

Національна академія державного управління
при Президентові України

Н. О. Рингач

**Громадське здоров'я як чинник
національної безпеки**

Монографія

Київ
2009

УДК 351.77:614.1:351.86

P93

*Схвалено Вченою радою Національної академії
державного управління при Президентові України
(протокол № 157/4-13 від 23 квітня 2009 р.)*

Рецензенти :

Я. Ф. Радий, доктор наук з державного управління, професор, професор кафедри управління охороною суспільного здоров'я НАДУ;

І. Ф. Гнибіденко, доктор економічних наук, професор, керівник Управління соціальної безпеки Ради національної безпеки і оборони України;

Т. О. Лукіна, доктор наук з державного управління, професор, професор кафедри управління освітою НАДУ.

Рингач Н. О.

P93 Громадське здоров'я як чинник національної безпеки :
монографія / Н. О. Рингач. - К. : НАДУ, 2009. - 296 с.

ISBN 978-966-619-259-5

У монографії здійснено аналіз громадського здоров'я як чинника національної безпеки України, розроблено і обґрунтовано теоретико-методологічні засади удосконалення державного управління у сфері охорони громадського здоров'я як складової системи національної безпеки.

За результатами дослідження отримано сукупність наукових та практичних результатів, спрямованих на вдосконалення механізмів управління охороною громадського здоров'я, що мають на меті збереження людського капіталу шляхом мінімізації ризиків для національної безпеки, пов'язаних зі здоров'ям.

Адресована науковцям, викладачам, державним службовцям, аналітикам, слухачам і студентам, а також усім, хто професійно цікавиться даною проблематикою.

УДК 351.77:614.1:351.86

ISBN 978-966-619-259-5

© Рингач Н. О., 2009

© Національна академія
державного управління
при Президентові України, 2009

ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень	6
Вступ	7
Розділ 1	
Вплив стану громадського здоров'я на національну безпеку	13
1.1. Медико-демографічна ситуація як фактор національної безпеки	13
1.2. Аспекти формування і збереження здоров'я у законодавстві щодо національної безпеки та відповідні пріоритети державного управління	27
1.3. Міжнародна безпека у сфері охорони громадського здоров'я	40
1.4. Роль і місце державного управління охороною здоров'я у формуванні громадського здоров'я та національної безпеки	49
Висновки до розділу 1	54
Список використаних джерел до розділу 1	56
Розділ 2	
Сучасна медико-демографічна ситуація в Україні як об'єкт впливу державно-управлінських рішень: наявні проблеми та прогностичні тенденції	63
2.1. Стан здоров'я населення як інтегральний показник економічного і соціального благополуччя країни	63
2.2. Народжуваність в Україні: аналіз детермінант	102

2.3. Очікувана тривалість життя та її вплив на рейтинг України за Індексом людського розвитку	113
2.4. Прогнозні тенденції основних демографічних процесів	119
2.5. Передчасна смертність населення України як загроза національній безпеці	124
Висновки до розділу 2	156
Список використаних джерел до розділу 2	158

Розділ 3

Ефективність державної політики у сфері

громадського здоров'я: методи оцінки	167
3.1. Інвестиції в охорону здоров'я як внесок у розвиток людського капіталу	167
3.2. Втрати життєвого потенціалу населення внаслідок передчасної смертності	172
3.3. Оцінка рівнів смертності, якій можна запобігти	180
3.4. Статистична оцінка ефектів пронаталістських заходів	190
3.5. Експертна оцінка зусиль національної політики у сфері планування сім'ї	194
3.6. Досягнення Україною цільових параметрів Цілей Розвитку Тисячоліття як напрям державної соціальної політики	198
Висновки до розділу 3	223
Список використаних джерел до розділу 3	225

Розділ 4

Ідентифікація та оцінка ризику передчасної смертності як компонент забезпечення національної безпеки України	231
---	-----

4.1. Ідентифікація ризику як крок до запобігання його негативному впливу	231
4.2. Кількісна оцінка ризику передчасної смертності як однієї з основних реальних та потенційних загроз національній безпеці	235
4.3. Ризик передчасної смертності внаслідок окремих причин	240
Висновки до розділу 4	246
Список використаних джерел до розділу 4	247

Розділ 5

Рекомендації щодо удосконалення механізмів державного управління із забезпечення оптимального для національної безпеки рівня громадського здоров'я	250
5.1. Алгоритм мінімізації ризиків, пов'язаних зі здоров'ям	252
5.2. Оптимізація міжгалузевої взаємодії у напрямі формування та збереження здоров'я населення	256
5.3. Мобілізація потенціалу спільнот для покращання громадського здоров'я	259
5.4. Організація моніторингу ефективності заходів державного управління з мінімізації ризиків, пов'язаних зі здоров'ям (на прикладі передчасної смертності)	266
Висновки до розділу 5	279
Список використаних джерел до розділу 5	281
Висновки	286

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВВП - валовий внутрішній продукт
ВООЗ - Всесвітня організація охорони здоров'я
ВРУ - Верховна Рада України
Держкомстат - Державний комітет статистики України
ЗМІ - засоби масової інформації
ЄС - Європейський Союз
ІЛР - Індекс людського розвитку
МОЗ - Міністерство охорони здоров'я
КМУ - Кабінет Міністрів України
НБ - національна безпека
ОЗ - охорона здоров'я
ООН - Організація Об'єднаних Націй
ОТЖ - очікувана тривалість життя
ОТЗЖ - очікувана тривалість здорового життя
РНБОУ - Рада національної безпеки та оборони України
СНБ - система національної безпеки
СНІД - синдром набутого імунodefіциту
СОТЖ - середня очікувана тривалість життя при народженні
ЦОВВ - центральні органи виконавчої влади
ЦРТ - Цілі Розвитку Тисячоліття
ЦСЄ - Центральна і Східна Європа

ВСТУП

Традиційно питання національної безпеки пов'язувалось переважно з політичними, воєнними, економічними аспектами, перевага віддавалась зовнішнім чинникам перед внутрішніми. Однак сучасне визнання людського капіталу одним з основних чинників розвитку суспільства потребує вивчення стану здоров'я з точки зору забезпечення національної безпеки. Усвідомлення того, що проблеми, пов'язані зі здоров'ям, можуть поставити під загрозу можливість створення конкурентоспроможної економіки, захист державного суверенітету і розвиток громадянського суспільства, зумовлює необхідність дослідження можливостей і механізмів управлінського впливу на збереження і зміцнення здоров'я нації як одного із вагомих чинників національної безпеки.

Обов'язковою умовою розвитку та самозбереження держави є достатність і оптимальне використання трудового потенціалу, а необхідна кількість та якість трудових ресурсів може бути забезпечена за рахунок їх відновлення та приросту шляхом проведення державою ефективної соціальної, демографічної та освітньо-виховної політики; їх збереження за рахунок ефективної охорони здоров'я, навколишнього середовища та правопорядку. Система самозбереження - необхідний компонент існування держави, а стан здоров'я населення - одна із найважливіших складових такої системи. Сьогодні в Україні стан здоров'я населення створює загрозу не лише обороноздатності, а й нормальному функціонуванню держави. Про це свідчать висока (удвічі вища ніж у країнах Європейського Союзу) смертність, насамперед чоловіків працездатного віку; низька тривалість життя (розрив з ЄС більше ніж 10 років); найвищі в Європі темпи депопуляції та стрімке старіння населення; високий рівень загальної захворюваності на тлі значного поширення факторів ризику і загрозливі темпи поширення туберкульозу та ВІЛ/СНІДу.

Фахівці зазначають, що кризовий характер демографічної ситуації в Україні визначається не тільки депопуляцією, а й її поєднанням з погіршенням якості населення, насамперед його здоров'я (С.І.Пирожков, В.С.Стешенко, Е.М.Лібанова). Чинник здоров'я детермінує відтворення і розвиток людини та соціуму, впливаючи на формування і функціонування людського потенціалу.

Залежність стану здоров'я від низки біологічних та соціальних детермінант (спадковість, середовище життєдіяльності (дов-

кілля, соціально-економічне становище, у тому числі рівень доходу, освіти, зайнятість, умови побуту і харчування), індивідуальна поведінка і організація медичної допомоги) зумовила поширення системного підходу до розв'язання проблем громадського здоров'я. Не менш важливим є застосування такого підходу до аналізу впливу різноманітних чинників, пов'язаних зі здоров'ям, на забезпечення національної безпеки.

Вивченню впливу громадського здоров'я на національну безпеку в Україні присвячено *перший* розділ. Увагу зосереджено на аналізі основних демографічних процесів, проблемах міжнародної безпеки у сфері охорони громадського здоров'я, залежності здоров'я від харчування, якості питної води і водопостачання. Особливо розглянуто висвітлення питань формування і збереження здоров'я та відповідних пріоритетів державного управління у законодавстві щодо національної безпеки. Так, Законом України "Про основи національної безпеки України" (ст. 8) зміцнення демографічного і трудових ресурсів потенціалу держави, подолання кризових демографічних явищ віднесено до основних напрямів державної політики з питань національної безпеки. Створення державою умов для дотримання права людини на здоров'я та його охорону визнається запорукою зміцнення національної безпеки (В.Ф.Москаленко, 2008). Роль державного управління охороною здоров'я у формуванні громадського здоров'я та національної безпеки беззаперечна. Як зазначив директор Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) Marc Danzon (2008), "здоров'я - це право кожної людини, і його цінність не підлягає сумніву. Інвестування у здоров'я відповідає інтересам кожного уряду, адже покращання здоров'я населення суттєво сприяє підвищенню добробуту всієї нації". Зокрема, зниження смертності дорослого населення в Східній Європі та Центральній Азії на 2% на рік впродовж чверті сторіччя привело б до економічної вигоди у розмірі 25-40% від нинішнього загального доходу (M.Suhrcke, L.Rosso, M.МcКее, 2007). Згідно з Талліннською хартією "Системи охорони здоров'я для здоров'я та добробуту" саме міністерства охорони здоров'я мають сприяти всебічному відображенню інтересів охорони здоров'я в політиці, що реалізується в усіх сферах, з метою максимально можливого покращання здоров'я людей. При цьому моніторинг і оцінка показників діяльності системи охорони здоров'я та збалансована взаємодія зацікавлених сторін на всіх рівнях управління мають ключове значення у забезпеченні прозо-

рості і підзвітності. Наголошується на тому, що ефективна система охорони здоров'я - складова соціальної і матеріальної інфраструктури, на якій ґрунтується процвітання, соціальна єдність і благополуччя будь-якої країни.

У *другому* розділі здійснено поглиблений аналіз сучасної медико-демографічної ситуації в Україні з більш детальним вивченням репродуктивного здоров'я, стану здоров'я призовного контингенту, поведінкових чинників, соціальної нерівності у стані здоров'я, самооцінки здоров'я тощо. Окремі підрозділи присвячено аналізу прямих і непрямих детермінант народжуваності, змін очікуваної тривалості життя та її внеску у формування індексу людського розвитку. Сьогодні український громадянин не тільки проживає менш тривале життя, ніж його ровесник з розвинених європейських країн, а й проживає його з гіршим станом здоров'я. Зумовлені високою передчасною смертністю скорочення чисельності населення та статеві-вікова деформація його структури загрожують національній безпеці сьогодні і в близькому майбутньому, адже спонтанні зміни на краще поки що не прогнозуються. У ситуації постійного зменшення частки економічно активного населення основною метою діяльності держави стає підтримання необхідного базового рівня, а не прогресивний розвиток.

Визначення проблем та оцінка прогнозних тенденцій, різнобічний аналіз явища передчасної смертності дали змогу підтвердити гіпотезу стосовно визнання проблеми передчасної смертності населення, високий рівень якої акумулює в собі наслідки погіршення його здоров'я, однією з основних внутрішніх загроз національній безпеці.

У *третьому* розділі зроблено спробу оцінити ефективність державної політики у сфері громадського здоров'я, яка залежить, у свою чергу, від ефективності організації і функціонування суб'єктів державного управління охороною здоров'я, правильного визначення цілей та успішності їх реалізації. У дослідженні використано різні підходи, зокрема здійснено оцінку економічних збитків для держави через порушення здоров'я, що спричинювали зниження працездатності або передчасну смерть людини, і, відповідно, скорочували час функціонування людського капіталу у національній економіці. Розраховано величини демографічних і економічних втрат, яких сьогодні зазнає українське суспільство через передчасну смертність, вивчено їх гендерні особливості та визначено можливості використання цих даних як для оцінки ре-

зультативності програм, спрямованих на збереження здоров'я нації, так і для розробки державної політики у сфері громадського здоров'я, передусім обґрунтування пріоритетності певних заходів.

Акцентовано увагу на втратах, які потенційно можна зменшити, передусім на можливостях державного управління охороною громадського здоров'я стосовно збереження людського потенціалу країни. За Концепцією "avoidable mortality"*, зниження рівня смертності, якій можна запобігти, розцінюється як результат адекватної державної політики та діяльності охорони здоров'я (Rutstein, Charlton, Holland та ін.). Було обчислено рівні смертності, якій можна запобігти, в Україні за переліком Holland у динаміці, для здійснення їх оцінки та обґрунтування доцільності зазначеної методики.

Як демографічна політика, спрямована на заохочення дітонародження, так і політика у сфері репродуктивного здоров'я має на меті позитивні кількісні та якісні зміни населення України. Було здійснено статистичну оцінку ефекту від державних заходів щодо стимулювання народжуваності в Україні. З метою експертної оцінки політики у сфері планування сім'ї та збереження репродуктивного здоров'я проведено опитування в рамках міжнародного дослідження програм планування сім'ї International Family Planning Program Study та проілюстровано використання результатів дослідження при розробці відповідної Державної програми.

Проаналізовано стан реалізації взятих на себе Україною зобов'язань у межах Цілей Розвитку Тисячоліття (ЦРТ), які стосуються охорони громадського здоров'я. Досліджено прогрес у досягненні національних цілей, які безпосередньо стосуються здоров'я населення, розглянуто окремі завдання та роль державного управління охороною громадського здоров'я в їх реалізації, визначено досягнення ЦРТ за методикою розрахунку показника відставання у часі, оцінено відповідність прогнозів динаміки показників реальним зрушенням, проведено порівняльний аналіз відповідних ЦРТ у колишніх соціалістичних країнах. Розглядаючи впровадження ЦРТ у процес розробки та реалізації національної стратегії розвитку як шлях до забезпечення соціальної спрямованості реформування всіх сфер економіки, соціалізації всіх складових економічної політики, усвідомлюючи необхідність покращання державного управління для сприйняття країнами ЦРТ як пріоритетів

*Смертність, якій можна запобігти (якої можна уникнути), "керована" смертність.

розвитку, запропоновано основні управлінські підходи, що сприятимуть досягненню цільових індикаторів ЦРТ-Україна.

У *четвертому* розділі здійснено ідентифікацію та оцінку ризику передчасної смертності. Отримані результати (як кількісна оцінка - шляхом розрахунку ймовірності померти передчасно в розрізі статі, так і якісна, обчислена як ризик передчасної смертності внаслідок окремих причин) ілюструють масштаби ризику передчасної смерті і обґрунтовують тезу стосовно необхідності ідентифікації й оцінки передчасної смертності як компонента політики формування національної безпеки України. Запропоновано включити до переліку показників демографічної безпеки Методики розрахунку рівня економічної безпеки індикатора, що характеризує передчасну смертність, або смертність у працездатному віці.

Рекомендаціям щодо вдосконалення механізмів державного управління із забезпечення оптимального для національної безпеки рівня громадського здоров'я присвячено *п'ятий* розділ. Згідно з Талліннською хартією моніторинг і оцінка показників діяльності системи охорони здоров'я та збалансована взаємодія зацікавлених сторін на всіх рівнях управління мають ключове значення в забезпеченні прозорості і підзвітності. Організацію моніторингу ефективності державного управління з мінімізації ризиків, пов'язаних зі здоров'ям, розглянуто на прикладі аналізу заходів, спрямованих на зниження передчасної смертності. Проаналізовано зарубіжний досвід (ЄС, Швеція, Куба, Російська Федерація) з використання для управлінських потреб методики обчислення рівня смертності, якій можна запобігти. Оцінювалась прийнятність такого управлінського інструменту в умовах України та відповідність зарубіжних переліків національним умовам як за змістом, так і за принципами групування, доцільність використання для порівняння тих чи інших варіантів стандартів. Уперше обґрунтовано та запропоновано для використання в управлінській діяльності Мінімальний національний перелік показників смертності населення, якій можна запобігти. При цьому наголошено на необхідності регулярного перегляду переліку, його поновлення та розширення виходячи з пріоритетів та можливостей держави, передусім галузі охорони здоров'я і соціальних служб на сучасному етапі.

Окремі підрозділи присвячено оптимізації міжгалузевої взаємодії у напрямі формування та збереження здоров'я населення, мобілізації потенціалу спільнот для покращання громадського здо-

ров'я. Сформульовано алгоритм мінімізації ризиків, пов'язаних зі здоров'ям.

Нові наукові та практичні результати, отримані в монографії, можуть бути використані в процесі розробки національної політики у сфері охорони здоров'я з урахуванням вимог забезпечення необхідного рівня національної безпеки, підготовки відповідних нормативно-правових документів та державних програм.

Автор щира вдячна за зауваження та рекомендації, висловлені при ознайомленні з рукописом доктором наук з державного управління, професором М.М.Білинською, доктором наук з державного управління, професором Я.Ф.Радишем, доктором економічних наук, професором І.Ф.Гнибіденком, доктором медичних наук, професором Б.П.Криштопою, доктором наук з державного управління, професором Т.О.Лукіною.

Розділ 1 ВПЛИВ СТАНУ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НА НАЦІОНАЛЬНУ БЕЗПЕКУ

1.1. Медико-демографічна ситуація як фактор національної безпеки

На реальній загрозі погіршення стану здоров'я населення України генофонду нації і безпеці наголошується в Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми "Здорова нація" на 2009-2013 роки [1]. Підкреслюється, що національні інтереси потребують нагального вжиття ефективних заходів і адекватного вирішення цієї проблеми загальнодержавного значення шляхом зміцнення здоров'я як найвищої соціальної цінності. Радою національної безпеки і оборони України після розгляду на засіданні 19 вересня 2007 р. питання стосовно демографічної ситуації та розвитку трудових ресурсів потенціалу охарактеризовано їх стан як "критичний та такий, що загрожує національній безпеці держави" [2].

Сьогоднішня демографічна ситуація в Україні в Стратегії демографічного розвитку в період до 2015 року характеризується як кризова. Її ознаками визнано: низьку народжуваність, зниження тривалості життя; високу ймовірність смертності чоловіків у працездатному віці; вищу порівняно з розвиненими державами смертність немовлят і дітей віком до 5 років, а також масштабну еміграцію переважно молоді [3].

Доцільно коротко охарактеризувати сучасні особливості трьох основних демографічних процесів з урахуванням їх впливу на національну безпеку. Можна стверджувати, що всі ці процеси, а саме народжуваність, смертність та міграція, значною мірою зумовлені станом здоров'я населення (народжуваність і смертність - безпосередньо, тоді як процес міграції має низку більш опосередковано пов'язаних можливостей/наслідків впливу на громадське здоров'я).

Народжуваність в Україні протягом останніх років зменшилась до найнижчих за всю історію України рівнів. Зниження до критичного рівня народжуваності, яке у Стратегії названо однією з основних причин загострення демографічної кризи, зумовлене цілою низкою причин - економічних, соціальних, психологічних, біологічних. Це насамперед зміни в соціальному статусі жінки - розширення сфери її позасімейних інтересів, підвищення рівня

освіти та зайнятості. Дається взнаки деформація шлюбно-сімейних процесів, започаткована ще у 60-х рр. минулого століття. Поширилися такі явища, як відкладання шлюбів і народження дітей, безшлюбне материнство та соціальне сирітство (покинуті батьками діти), зменшилася кількість зареєстрованих шлюбів, збільшилася кількість розлучень [4].

Проблема низької народжуваності, що активно "підживлює" депопуляційні тенденції, тривалий час перебуває в полі зору не лише науковців-демографів, а й представників суміжних спеціальностей - економістів-трудоиків, статистиків, фахівців із соціальної економіки, а також політиків та громадськості [5]. Низка робіт, присвячених народжуваності, її чинникам та ефектам впливу на цей процес заходів демографічної політики, належить знаному вітчизняному демографу В.Стешенко [6-8], а також російським авторам В.Беловій, В.Борисову, О.Кайлової [9-10]. На сучасних українських матеріалах динаміку, регіональну диференціацію народжуваності та можливості стимулювання дітородної активності населення вивчають також О.Макарова, З.Пальян, О.Коломієць [11-13] та інші науковці. В Російській Федерації, на думку експертів, на сьогодні понад 15% подружніх пар безплідні, що, за даними ВООЗ, є критичним рівнем, за яким починається виродження нації, і в половині випадків причиною цього є чоловіче безпліддя [14]. В Україні також проблема безпліддя є актуальною, проте рівень безплідності, за висновками фахівців, становить близько 6-7% (що підтверджується і даними соціологічних досліджень), тоді як зареєстровані офіційною статистикою рівні у 20 разів нижчі [15]. На думку Н.В.Фомицької, відновлювальна життєдіяльність серед усіх суспільних відносин населення посідає особливе місце. Причому в цьому вбачається не лише фізична заміна поколінь, а й оновлення соціальних характеристик і властивостей населення - показників здоров'я, фізичної працездатності, загальноосвітньої та професійної підготовки (при тому, що соціальні параметри коригуються відповідно до вимог, що змінюються, та до якісного складу населення). Соціальні, національні, регіональні відмінності репродуктивної діяльності населення є наслідком впливу на демографічну ситуацію різних факторів: соціально-економічних, природних, етнічних, культурних [16].

Проблема високого рівня смертності, передусім передчасної, є загальною для таких колишніх радянських республік, як Україна, Білорусь, Російська Федерація. Як зарубіжні, так і вітчиз-

няні автори зазначають, що високий рівень передчасної смертності є переважно чоловічою проблемою [17-20]. В Україні спостерігаються значні відмінності у рівнях та структурі передчасної смертності чоловіків і жінок, зокрема, індекс надсмертності чоловіків у працездатному віці досягає значення 3 і більше. Саме динаміка смертності чоловіків у працездатному віці найбільш чутливо відреагувала на соціально-економічні трансформації 90-х рр. [21, с. 23-24].

На думку Е.М.Лібанової (2006 р.), надмірний рівень передчасної смертності пов'язаний: з неефективністю економічних реформ; низькою якістю продуктів харчування; поганими умовами життя в цілому; недоступністю якісної медичної допомоги для всього населення; недоліками профілактичної роботи; відсутністю у громадян орієнтованості на дотримання здорового способу життя. Надзвичайно важливо правильно оцінити причини надвисокої смертності в Україні та інших країнах колишнього Радянського Союзу, над чим і працював ряд вітчизняних і зарубіжних дослідників (В.С.Стещенко, Е.М.Лібанова, А.Г.Вишневський, Е.М.Андрєєв, В.М.Школьніков, М.Мак Кі, Е.Нолт). Фахівці називають низьку ціну робочої сили головною причиною вимирання Росії. Саме трудова бідність, як вважає російський дослідник Е.Жилинський (2008), визначає високий рівень смертності працездатного населення і його низьку репродуктивну мобільність. Ринкова економіка посилила вплив на здоров'я трудящих виробничого середовища, зумовлений капіталізацією виробництва, кінцева мета якого, за класичним визначенням - отримання прибутку. В Росії щорічні економічні втрати через травмування на виробництві та професійні захворювання, роботу в шкідливих умовах становлять близько 1,9% ВВП [14, с. 5].

Інтегральним показником здоров'я нації та соціально-економічного становища в країні є величина середньої очікуваної тривалості життя, яка характеризує режим смертності в країні, що перебуває під впливом низки чинників (соціально-економічного становища, ефективності системи охорони здоров'я, екологічних умов, сформованих стереотипів поведінки та психологічного самопочуття населення). Україна за цим показником значно (більш ніж на 10 років) відстає від економічно розвинених країн світу [22, с. 263; 23].

Вплив міграційних процесів на здоров'я та національну безпеку досить складний і стосується як суспільства в цілому, так і безпосередньо суб'єктів міграції. На думку С.І.Пирожкова, у су-

часній Україні спостерігається здебільшого негативний вплив міграційного чинника - як кількісний, так і якісний. Особливості географічного положення України як транзитної території на шляху до привабливих для мігрантів високорозвинених країн Європи зумовлюють зростання нелегальної міграції та пов'язане з цим загострення санітарно-епідеміологічної та криміногенної ситуацій тощо [24]. Фахівці вказують на неоднозначний вплив міграції на стан здоров'я самих мігрантів. Так, сам факт переїзду в іншу країну, може справляти певний негативний вплив на здоров'я через стрес та зміни способу життя, кліматичних умов тощо, а також на можливості позитивних зрушень, адже люди в основному мігрують в країни з більш сприятливими, ніж на батьківщині, умовами і кращим медичним обслуговуванням. З одного боку, трудові мігранти часто працюють в небезпечних для здоров'я умовах, з другого - зароблені ними кошти покращують умови життя родини, доступність медичних послуг та рекреаційних заходів [25, с. 10-21; 26]. Подібні проблеми виникають і в сусідніх країнах, населення яких змушене в пошуках заробітку покидати домівку. Так, у Молдові викликає занепокоєння розрив сімейних зв'язків, неповна реалізація репродуктивної функції через зовнішню трудову міграцію (В.Г.Мошняга, 2007), зростання захворюваності мігрантів, які економлять на власному здоров'ї, виробничий травматизм тощо.

В Україні вплив трудової міграції на соціально-економічну і демографічну ситуацію багаторазово посилюється унаслідок прагнення більшості мігрантів, особливо тих, хто працює у країнах ЄС, залишитися в цих країнах назавжди. А оскільки виїжджають переважно молоді, здорові, освічені, активні особи, їх неповернення завдає значної шкоди демографічному, освітньому і трудовому потенціалу України [27]. Як свідчать результати прогнозу демографічного розвитку України на період до 2050 року, зробленого фахівцями Інституту демографії та соціальних досліджень НАН України [28], за умов сприятливих тенденцій економічного розвитку відбудеться зростання імміграції до України вихідців з країн, що розвиваються.

У разі песимістичного варіанта розвитку подій у першій половині прогнозного періоду слід очікувати нової хвилі вибуття населення з України - як за рахунок виїзду висококваліфікованих спеціалістів, так і внаслідок часткового переходу тимчасової трудової міграції у незворотну форму. Імміграція з афрозіатських

країн однаково триватиме (і за найгірших можливих умов рівень життя в Україні залишатиметься вищим, ніж у найбідніших країнах світу, а потреба в мігрантах через виїзд власних громадян буде значно вищою, ніж за сприятливих тенденцій соціально-економічного розвитку).

Таким чином, навряд чи можна розраховувати на можливості міграційного процесу зменшити депопуляцію в Україні.

У Стратегії демографічного розвитку в період до 2015 року серед причин втрати здоров'я, зростання смертності та зниження очікуваної тривалості життя згадується низький рівень і несприятливі умови життєдіяльності значної частини населення [3]. Одним із найважливіших чинників як забезпечення самого життя, так і здоров'я населення, зокрема, є достатність та повноцінність харчування і доступ до безпечних джерел води. Дійсно, достатнє раціональне харчування є необхідною умовою забезпечення здоров'я населення, нормального розвитку та життєдіяльності організму людини в оптимальному фізіологічному стані. З одного боку, нормальне харчування сприяє збереженню працездатності, уповільненню старіння і подовженню тривалості життя, з другого - в разі його недостатності за кількісною або якісною ознаками розлади харчового походження погіршують якість життя, є обтяжливими для системи охорони здоров'я і знижують продуктивність праці.

Незважаючи на те, що в сучасному світі на перший план у цій сфері виходять проблеми стосовно глобальної безпеки харчових продуктів, створення стійких, комплексних систем безпеки харчових продуктів, побудованих на оцінці ризиків, пов'язаних з мікробіологічними, хімічними факторами, а також ризиків, зумовлених упровадженням нових технологій (генна інженерія, опромінення харчових продуктів тощо), проблема достатнього і раціонального харчування залишається не менш важливою.

Нестача біологічно цінних продуктів харчування, порушення його режиму завдають значної шкоди здоров'ю людини, знижують фізичну і розумову працездатність, підвищують ризик виникнення захворювань, рівень професійного травматизму, нервово-емоційне напруження, посилюють вплив шкідливих факторів виробництва та радіації, і, врешті-решт, скорочують термін активної життєдіяльності.

Зміни в режимі харчування населення України останніх років, зумовлені соціально-економічними трансформаціями, зниженням матеріального рівня життя досить значної частини насе-

лення, екологічними негараздами, спричинили виключення (чи обмеження) з раціону низки біологічно цінних продуктів, життєво важливих інгредієнтів. Заміна дорогих натуральних продуктів на більш дешеві джерела калорій призводить до деформації структури і зниження біологічної цінності раціону харчування.

Споживання харчових продуктів на душу населення (consumption of food production per capita) є одним із індикаторів продовольчої безпеки країни. Розроблено національні Норми фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах і енергії, які визначають рівні оптимальних потреб у білках, жирах, вуглеводах, вітамінах, макро- і мікроелементах і енергії з урахуванням особливостей харчування населення України в сучасних екологічних умовах [29]. Вони використовуються для оцінки стану фактичного харчування населення і розробки норм харчування (продуктових наборів) різних груп населення. Норми харчування використовуються для балансових розрахунків виробництва основних продуктів харчування, визначення державної політики у сфері сільськогосподарського виробництва і харчової промисловості, є науковою основою для планування виробництва і розподілу продуктів для населення, оцінки резервів продовольства і соціального захисту громадян України. Згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 5 грудня 2007 р. № 1379 "Деякі питання продовольчої безпеки" задекларовано визначення Міністерством охорони здоров'я кожні п'ять років рекомендованих раціональних подушових норм споживання основних продуктів [30]. Однак зауважимо, що чинні норми, регламентовані наказом МОЗ 1999 р. та затверджені постановою Кабінету Міністрів України від 14 квітня 2000 р. № 656 "Про затвердження наборів продуктів харчування, наборів непродовольчих товарів та наборів послуг для основних соціальних і демографічних груп населення" [31], вже понад 8 років не переглядалися.

Індикаторами продовольчої безпеки, визначеними постановою КМУ від 5 грудня 2007 р. № 1379, є такі, що характеризують споживання пересічною людиною: добова енергетична цінність раціону людини (граничний критерій якого становить 2500 ккал на добу, при цьому 55% від добового раціону має забезпечуватися за рахунок продуктів тваринного походження); забезпечення раціону людини основними видами продуктів, що визначається як співвідношення між фактичним споживанням окремого продукту та його раціональною нормою [30].

Інші індикатори, такі як достатність запасів зерна у державних ресурсах, ємність внутрішнього ринку окремих продуктів, продовольча незалежність за окремим продуктом, визначають спроможність держави щодо забезпечення своїх громадян продовольством у необхідних кількості та якості. Ще один важливий індикатор є показником соціально-економічного становища в країні, що опосередковано ілюструє поширення бідності. Адже чим незаможніша родина, тим більша частка її прибутку витрачається на задоволення найнагальнішої потреби - потреби у харчуванні. Таким індикатором є економічна доступність продуктів, що визначається як частка сукупних витрат на харчування у загальному підсумку сукупних витрат домогосподарств. Граничним (пороговим) критерієм для зазначеного показника вважається його 60% рівень, що в 3-4 рази вище, ніж у розвинених європейських країнах та США, де критичними визнаються показники при досягненні 15-20%. Причому впродовж останніх років, за даними щорічних опитувань домогосподарств Державним комітетом статистики, реальна величина цього показника балансує в Україні на рівні понад 50%, наближаючись до порогового.

Низка нормативних документів регламентує харчування певних соціальних та демографічних груп населення, зокрема постанов Кабінету Міністрів України від 22 листопада 2004 р. № 1591 "Про затвердження норм харчування у навчальних та оздоровчих закладах", спільний наказ Міністерства охорони здоров'я і Міністерства освіти і науки України від 1 червня 2005 р. № 242/329 "Про затвердження Порядку організації харчування дітей у навчальних та оздоровчих закладах"; постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2001 р. № 1752 "Про норми харчування для осіб, хворих на туберкульоз та інфікованих мікобактеріями туберкульозу"; постанова Кабінету Міністрів України від 13 березня 2002 р. № 324 "Про затвердження натуральних добових норм харчування в інтернатних установах, навчальних та санаторних закладах сфери управління Міністерства праці та соціальної політики" тощо.

Незважаючи на те, що, за даними обстеження Держкомстатом домогосподарств у III кварталі 2006 р., витрати на продовольчі товари (включаючи харчування поза домом, алкогольні напої та тютюнові вироби) у структурі сукупних витрат домогосподарств були втричі більшими, ніж в економічно розвинених країнах і становили 52,5%, раціон харчування більшості громадян України прийнятним назвати не можна [32, с. 37]. Так, у цілому по всьому

набору харчових продуктів, необхідних для здорового харчування, дефіцит досягає майже 40%, у тому числі по продуктах рослинного походження - близько 22%, в основному через те, що рівень доходів значної частини населення не дає змоги забезпечити прийнятний кількісно-якісний склад харчування. Не дотримується передусім вітамінна насиченість харчування - за споживанням фруктів і ягід на одну особу Україна відстає від розвинених країн учетверо. Зауважимо, що, крім суб'єктивних обставин, на харчування населення значною мірою впливають його поінформованість з питань раціонального харчування і усталені харчові звички. Так, яскравим свідченням цього стали результати опитування української учнівської молоді у рамках дослідження Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC): a WHO Collaborative Cross-National Study, проведеного у 2006 р. Виявилось, що українська учнівська молодь погано обізнана із сучасними принципами раціонального харчування та не дотримується їх:

- про оптимальну кратність харчування знає лише одна п'ята частина опитаних;
- менше від половини респондентів вибрали правильний варіант кількісного розподілу їжі впродовж дня;
- кожному другому нічого невідомо про роль дотримання режиму харчування в уникненні ризику зайвої ваги або важко відповісти на це запитання.

Більш ніж у третини опитаних у щоденному раціоні кількість овочів і фруктів не відповідає рекомендованій дієтологами. Надмірним є вживання цукровмісних продуктів, причому солодощі в щоденному меню учнівської молоді наявні частіше за фрукти [33, с. 60].

Безпека продовольства визначена важливою складовою економічної безпеки. У Методиці розрахунку рівня економічної безпеки наведена така її дефініція: "Продовольча безпека - це такий рівень продовольчого забезпечення населення, який гарантує соціально-економічну та політичну стабільність у суспільстві, стійкий та якісний розвиток нації, сім'ї, особи, а також сталий економічний розвиток держави" [34].

На сьогодні в Україні гарантування безпечності харчових продуктів є одним з пріоритетних у діяльності державної санітарно-епідеміологічної служби [35]. Це передусім запобігання виникненню інфекційних та неінфекційних захворювань, пов'язаних з харчовим фактором, а також зниження ризиків для здоров'я людини, пов'язаних із забрудненням та шкідливим впливом чинників

довкілля. Державна санепідслужба України проводить постійну роботу щодо виявлення та вилучення з обігу неякісних та небезпечних харчових продуктів (зокрема, в Україні лише впродовж 2007 р. заборонено випуск та реалізацію понад 5571 т харчових продуктів та продовольчої сировини). Лабораторіями держсанепідслужби України проводиться контроль відповідності безпеки харчових продуктів установленим нормативам за вмістом у них токсичних елементів, харчових добавок, пестицидів, нітратів, мікотоксинів, нітрозамінів, антибіотиків, радіоактивних речовин. Для оцінки санітарного стану харчових підприємств і дотримання на них протиепідемічного режиму проводиться комплекс санітарно-мікробіологічних досліджень, які включають перевірку санітарного стану технологічного обладнання, трубопроводів, тари, інвентаря, посуду, тощо.

Останнім часом досить гостро стоїть проблема забезпеченості населення України йодом. Йододефіцит призводить до цілої низки негативних впливів на організм людини, викликаючи йодозалежні хвороби (зоб, кретинізм, погіршення репродуктивної функції, уповільнення психічного і розумового розвитку дітей тощо). Рівень поширення йодозалежних станів і захворювань в Україні значно підвищився після Чорнобильської катастрофи. Захворювання, пов'язані з йодною недостатністю, трапляються практично на всій території країни (найбільше на так званих "ендемічних територіях" семи західних областей; однак результати дослідження, проведеного Міністерством охорони здоров'я і Академією медичних наук у 2002 р., виявили існування йодного дефіциту в більшості населених пунктів).

Гострота проблеми йододефіциту в Україні зумовлена зниженням споживання багатих йодом морської риби і продуктів моря та відносно високовмісних за цим елементом м'яса і молочних продуктів. Структура харчування населення розбалансована через недостатнє вживання повноцінних білків, вітамінів, органічних кислот, макро- і мікроелементів (кальцію, йоду, фтору, селену та ін.) і нераціональне їх співвідношення.

Для жителів сіл ситуація щодо йододефіциту є більш несприятливою, ніж для городян, і ускладнюється тим, що в структурі харчування дуже великою є частка місцевих продуктів, у тому числі отриманих з присадибних ділянок. В умовах природного йодного дефіциту йоду у цих продуктах міститься мало. Наявність у доквіллі ксенобіотиків (у селі це - пестициди, добрива) разом з

дисбалансом інших макро- і мікроелементів призводять до порушення включення навіть наявного йоду в клітини щитовидної залози. На сьогодні в Україні за участю міжнародних організацій (ЮНІСЕФ) проводиться профілактика захворювань, спричинених дефіцитом макро- і мікронутрієнтів (йод, залізо, фолієва кислота, селен), запроваджено комплекс заходів, спрямованих на ліквідацію йододефіцитних станів.

Проблеми дотримання безпеки харчування та ролі державного контролю якості і безпечності харчових продуктів досить актуальні і в розвинених зарубіжних країнах. Так, американські фахівці стурбовані припиненням прогресу, а іноді і погіршенням ситуації стосовно захворювань, пов'язаних із харчовим фактором, особливо інфекційного генезу. Опікуючись цим, головна уповноважена установа у США, що здійснює контрольно-наглядові функції і державний нагляд (Food and Drug Administration), розробила у листопаді 2007 р. спеціальний профілактичний план для зменшення ризику виникнення захворювань харчового походження. Американська медична асоціація, в свою чергу, оновила керівництво 2004 р. з діагностики та управління хворобами харчового походження для лікарів та інших фахівців у сфері громадського здоров'я [36].

Стан джерел водопостачання та якість питної води безпосередньо впливають на здоров'я населення. За даними ВООЗ, кожен четвертий у світі ризикує захворіти на хвороби, пов'язані зі споживанням неякісної питної води. Високий рівень техногенного навантаження на водойми, застарілі технології водопідготовки на сьогодні не дають змоги забезпечити населення питною водою гарантованої якості [37]. Подальше погіршення екологічного стану водних ресурсів викликає значне занепокоєння. Незважаючи на спад промислового виробництва та пов'язане з ним зменшення скиду у водойми стічних вод, їх стан суттєво не поліпшився. Особливу занепокоєність викликає стан Дніпра, який забезпечує питною водою 3/4 населення країни.

Дослідження якості води водойм свідчать про їх забруднення неочищеними та недостатньо очищеними стоками з переважних каналізаційних очисних споруд, які здебільшого перебувають у незадовільному технічному стані, що дається взнаки у випадках аварій, повені, тощо. У поверхневій водоймі скидають стоки понад 2 тис. об'єктів, причому третина - без очищення *(або з очищенням, яке не відповідає санітарним нормам)*, що зумовлює постійний

ризик інфікування населення, несприятливого впливу на здоров'я хімічних речовин. На сьогодні близько 5% водогонів не відповідають санітарним нормам. Найбільша їх кількість у Луганській, Херсонській, Тернопільській, Донецькій, Миколаївській, Житомирській областях. В окремих регіонах гостро стоїть проблема забезпечення населення питною водою не тільки з якісного, а й кількісного погляду (в АРК, Одеській, Миколаївській, Запорізькій, Херсонській, Луганській областях, у місті Севастополі). Фахівці вважають, що забезпечення населення питною водою є однією з досить гострих проблем, які можуть призвести навіть до дестабілізації ситуації в країні (передусім у таких регіонах, як АРК, Луганська, Донецька області та ін.). Подача води за графіками, її тривала відсутність спричиняє бактеріальне забруднення води у водогінних мережах. Значно погіршують ситуацію випадки відключення об'єктів водопостачання від систем енергопостачання, що є грубим порушенням Закону України "Про питну воду та питне водопостачання".

Органи державної виконавчої влади та місцевого самоврядування, керівники підприємств і господарств не приділяють належної уваги забезпеченню населення доброякісною питною водою, що є порушенням ст. 18 Закону України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення". Невідповідність якості питної води нормативним вимогам є головною причиною поширення в країні багатьох інфекційних хвороб (вірусного гепатиту А, ротавірусних інфекцій, інфекцій бактеріальної природи). Централізованим водопостачанням забезпечено лише чверть сіл України, решта сільського населення споживає воду з колодязів та індивідуальних свердловин, які здебільшого перебувають у незадовільному стані. Зростає нітратне забруднення ґрунтових вод, які без очищення споживає більшість сільського населення, а таке забруднення небезпечне для здоров'я як через безпосередню токсичну дію, так і через зниження резистентності організму.

Унаслідок недостатнього фінансування будівництво і реконструкція більшості об'єктів каналізування та водопостачання, запланованих державними і регіональними програмами охорони водних ресурсів, розвитку водного господарства та підвищення якості питної води, практично не проводиться. В країні здійснюється Загальнодержавна програма "Питна вода України" на 2006-2020 рр., повноцінна реалізація завдань та заходів якої може суттєво поліпшити санітарну та епідемічну ситуацію в країні.

Однією з актуальних проблем, пов'язаних з безпечністю продуктів харчування, є розповсюдження генетично модифікованих організмів (ГМО) та продукції, що їх містить [38], причому в Україні впродовж останніх років зросло їх несанкціоноване використання і ввезення, у зв'язку з чим виникла необхідність посилення контролю за ввезенням, транзитом та використанням. Картахенський протокол про біобезпеку до Конвенції про біологічне різноманіття, до якого Україна приєдналась в 2003 р. (ратифікований Законом України "Про приєднання України до Картахенського протоколу про біобезпеку до Конвенції про біологічне різноманіття"), визнає потенційні ризики та визначає пріоритетність принципу перестороги у діяльності, пов'язаній з генетично модифікованими організмами. З метою визначення й оцінки можливого несприятливого впливу живих змінених організмів на збереження і стале використання біологічного різноманіття, а також з урахуванням ризиків для здоров'я людини здійснюється оцінка ризиків через науково обґрунтований процес, який передбачає ідентифікацію небезпеки генетично модифікованих організмів, характеристику небезпеки, оцінку впливу та характеристику ризику. Управління ризиком - процес вибору альтернативних рішень на підставі результатів оцінки ризику ГМО та в разі необхідності - вибору і впровадження відповідних засобів управління (контролю), включаючи регуляторні заходи.

Крім того, з 21 червня 2007 р. набрав чинності Закон України "Про державну систему біобезпеки при створенні, випробуванні, транспортуванні та використанні генетично модифікованих організмів", в якому визначено, що основними принципами державної політики в галузі генетично-інженерної діяльності та поводження з генетично модифікованими організмами є: пріоритетність збереження здоров'я людини і охорони навколишнього природного середовища порівняно з отриманням економічних переваг від застосування ГМО; забезпечення заходів щодо дотримання біологічної і генетичної безпеки при створенні, дослідженні та практичному використанні ГМО в господарських цілях; контроль за ввезенням на митну територію України ГМО та продукції, отриманої з їх використанням, їх реєстрацією та обігом.

Ураховуючи, що відповідно до вищезазначеного закону державна реєстрація генетично модифікованих організмів полягає в занесенні генетично модифікованих організмів до реєстру з урахуванням оцінки їх ризику щодо впливу на здоров'я людини та

стан навколишнього середовища з метою подальшого отримання дозволу на практичне використання ГМО в Україні відповідно до їх господарського призначення, виникла необхідність затвердження Порядку державної реєстрації генетично модифікованих організмів та продукції, отриманої з їх використанням.

Нині значна увага приділяється екологічному здоров'ю як складовій громадського здоров'я. Наголошується на необхідності інтеграції проблем збереження здоров'я та безпечного довкілля для забезпечення сталого розвитку, об'єднання зусиль різних секторів з метою формування і реалізації "здорової" державної політики, що базується на відповідальності за майбутнє [39, с. 18-21; 40]. В.Ф.Москаленко звертає увагу на важливість впливу екологічної деградації на виникнення нових та посилення дії загроз для здоров'я, які існували раніше [41]. Чинники, що детермінують зовнішні і внутрішні загрози такому національному інтересу, як "забезпечення екологічно безпечних умов життєдіяльності", також істотно впливають на стан громадського здоров'я [24].

Аналізуючи стан екологічної безпеки як складової національної безпеки, значну увагу фахівці приділяють впливу негативних факторів довкілля на стан здоров'я населення та демографічні процеси. Так, у Національній доповіді про стан навколишнього природного середовища в Україні стан здоров'я населення названо основною характеристикою якості взаємовідносин суспільства і довкілля в конкретних соціально-економічних умовах та зазначено, що "без здорового довкілля не може бути могутньої економіки, міцної родини, здорової людини" [42]. Впливаючи на якість життя людини, стан довкілля визначає передусім рівень екологічного ризику, тобто ймовірність несприятливих для життєдіяльності суспільства і населення наслідків антропогенних і техногенних змін природи. На сьогодні в Україні немає жодного промислового міста, де б концентрації в атмосфері основних забруднюючих речовин не перевищували гранично допустимих. Приблизно 80% викидів від усіх основних промислових підприємств припадає на об'єкти, розташовані в містах Донецько-Придніпровського регіону. Здійснена Інститутом гігієни та медичної екології ім. О.М.Марзєєва АМН України оцінка здоров'я населення 19 промислових міст (де мешкає понад 1/5 всіх міських жителів), показала, що найнижчу очікувану тривалість життя при народженні має населення міських поселень з розвиненою металургійною і хімічною промисловістю у техногенно навантажених регіонах.

Актуальність оптимізації медико-соціального аспекту перспективної стратегії природокористування підвищується з глобалізацією процесів погіршення якості природного середовища життєдіяльності людини під впливом негативних антропо- і техногенних факторів (поряд з об'єктивно неминучими процесами розвитку біосфери). В умовах виснаження природного потенціалу, екологічної розбалансованості довкілля, значного техногенного навантаження на нього нагальною є консолідація державних, наукових, громадських і бізнесових сил для розробки заходів профілактичних концепцій збереження здоров'я і генофонду населення, зміст яких полягає в пом'якшенні і усуненні шкідливих чинників середовища і способу життя [42; 43, с. 79-80].

Крім того, в Україні негативні соціальні та демографічні тенденції створюють потенціал напруженості у сфері державних фінансів, гальмують формування внутрішніх фінансових джерел для активізації розвитку фінансових ринків та структурні реформи, зумовлюють виникнення додаткових ризиків, пов'язаних із залежністю банківської системи та фінансових ринків від соціально-демографічних факторів. Фахівці наголошують на тому, що, як правило, вирішення соціально-демографічних і фінансових проблем розвитку в нашій країні розглядається як два окремих завдання, тоді як низка досліджень у країнах з трансформаційною економікою переконує, що фінансові негаразди великою мірою визначаються саме негативними тенденціями в соціальній та демографічній сферах. Як вважають Я.В.Белінська, Л.Д.Яценко, С.І.Лавриненко [44, с. 278-283], визначення ролі демографічних і соціальних тенденцій у розвитку фінансової сфери економіки значною мірою сприятиме розв'язанню суперечностей між завданнями соціального та економічного розвитку, а виявлені залежності стануть теоретико-методологічним підґрунтям, на якому можливе здійснення ефективної економічної політики, спрямованої на поєднання таких цілей, як забезпечення сталих темпів економічного розвитку та підвищення добробуту населення.

Таким чином, можна зробити висновок, що збереження впродовж тривалого часу та розвиток сучасних негативних тенденцій медико-демографічної ситуації становить істотну загрозу національній безпеці України, впливаючи на різні її аспекти.

1.2. Аспекти формування і збереження здоров'я у законодавстві щодо національної безпеки та відповідні пріоритети державного управління

Традиційно до останнього часу питання національної безпеки пов'язувалось переважно з політичними, воєнними, економічними проблемами, перевага віддавалась зовнішнім чинникам перед внутрішніми. Однак зміни в науці державного управління останніх років, які полягали у визнанні того, що роль людського капіталу є однією з основних у розвитку суспільства, природним чином зумовили усвідомлення високої суспільної значущості громадського здоров'я та визначили потребу в дослідженні і оцінці його стану з точки зору забезпечення національної безпеки.

Важливість чинників, пов'язаних зі здоров'ям, відображена у низці публікацій вітчизняних та зарубіжних дослідників з державного управління. Загальновизнано, що сьогодні на перший план у сфері національної безпеки України висуваються внутрішні фактори, які і становлять найбільшу небезпеку для розвитку держави, однак частіше питання здоров'я не розглядається окремо, а лише як складова демографічного чинника [45, с. 56-57]. Зокрема, якщо у більш ранніх роботах фахівців фігурує досить широке поняття "соціальної безпеки", то пізніше все частіше зустрічається термін "демографічної/людської безпеки" [46; 47]. Відомі фахівці в галузі державного управління Н.Р.Нижник, Г.П.Ситник та В.Т.Білоус [46] розглядають національну безпеку України як сукупність взаємопов'язаних елементів, різномірних за функціональними сферами, важливими складовими якої є політична, економічна, екологічна, технологічна, воєнна та інформаційна безпека. В Національному інституті стратегічних досліджень до названого вище переліку компонентів національної безпеки України включають і людську (демографічну) безпеку [47, с. 24]. Аналіз впливу демографічного чинника на процеси комплектування Збройних Сил і виконання покладених на них завдань здійснено у роботі В.Ю.Богдановича, присвяченій воєнній безпеці [48].

Дослідники Національного інституту стратегічних досліджень визначили незадовільний стан здоров'я населення однією з найбільш небезпечних внутрішніх загроз пріоритетним національним інтересам (при цьому паралельно було виділено як окремі загрози

і більш вузькі конкретні проблеми такі, як поширення інфекційних захворювань, низький рівень планування сім'ї та прояв наслідків аварії на ЧАЕС (малися на увазі наслідки, пов'язані зі здоров'ям) [45, с. 13-14]. Однак незадовільний рівень здоров'я населення посідав досить незначне місце серед розрахованих рівнів небезпеки зовнішніх і внутрішніх загроз пріоритетним національним інтересам (на 1996 р. значення показника становило 0,26, тоді як криміналізація суспільства отримала коефіцієнт важливості 0,95-1,0, політичне протистояння - 0,86 - 0,94) [45, с. 19]. У центрі моделі взаємозв'язку функціонально-структурних компонентів національної безпеки України розміщено саме демографічну безпеку (рис. 1.1) [49].

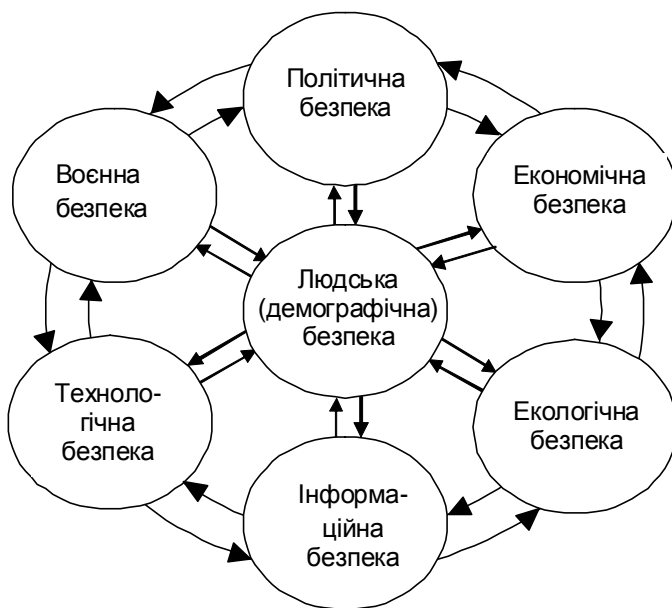


Рис. 1.1. Функціональні елементи системи національної безпеки України (за Я.Ф.Радишем)

У суспільстві і серед керівництва державою (як в Україні, так і в сусідніх пострадянських країнах із складною медико-демографічною ситуацією) підвищується усвідомлення вагомості детермінованих незадовільним станом здоров'я проблем у сфері формування національної безпеки.

Так, Концепція демографічного розвитку Російської Федерації на період до 2015 року була розроблена на основі Указу Президента Російської Федерації "Про Концепцію національної безпеки Російської Федерації", що свідчить про визнання важливості демографічного чинника для національної безпеки [50]. У цьому документі серед основних завдань визначаються укріплення здоров'я та подовження очікуваної тривалості життя. У Білорусі розроблено і затверджено Указом Президента Республіки Білорусь від 25 березня 2007 р. № 135 Національну програму демографічної безпеки, мета якої - стабілізація демографічної ситуації і формування передумов її покращання в Республіці Білорусь. Одним із завдань програми є зниження рівня захворюваності і смертності за рахунок вжиття заходів з формування здорового способу життя та усунення впливу несприятливих факторів довкілля. За умови успішної реалізації зазначеної програми очікується до 2011 р. зниження загального коефіцієнта смертності населення до 10-11 на 1 тис. населення та досягнення очікуваної тривалості життя при народженні 70-72 років [51].

На думку видатного українського демографа В.С.Стешенко (2008), "забезпеченню демографічної безпеки як такого стану демо-відтворювальних процесів, який не породжує реальні чи потенційні негативні впливи на розвиток країни, має бути присвячена окрема увага серед усіх розділів, напрямів і пріоритетів формування і посилення національної безпеки, або ж має бути прийнятий **окремий закон** про демографічну безпеку України, оскільки саме цей напрям зміцнення національної безпеки безпосередньо стосується національних інтересів, реалізація яких є гарантією державного суверенітету України та її сталого соціально-економічного розвитку". В.С.Стешенко вбачає основним засобом формування демографічної безпеки **демографізацію** усіх напрямів соціально-економічної політики, тобто посилення їх демографічної спрямованості та підвищення демографічної ефективності.

Однією зі спроб розробки подібного законопроекту було внесення на розгляд Верховної Ради України народними депутатами України О.Волковим і О.Біловолом у 2003 р. проекту Закону України "Про демографічну безпеку України". У ньому наведена дефініція понять демографічної безпеки: "стан захищеності держави і суспільства від демографічних загроз, при якому забезпечується розвиток України відповідно до її національних демографічних інтересів", а також демографічних загроз - "демографічні явища і

тенденції, соціально-економічні наслідки яких мають негативний вплив на сталий розвиток України" [52]. Метою демографічної безпеки є створення умов, достатніх для запобігання демографічним загрозам і їх нейтралізації.

Автори законопроекту розцінювали національні демографічні інтереси як сукупність збалансованих демографічних інтересів держави, суспільства і особистості на основі конституційних прав громадян України. При цьому демографічні інтереси держави і суспільства визначалися як формування типу відтворення населення, основними характерними рисами якого є відсутність депопуляції, свідомо регульована народжуваність, спрямована на повне заміщення батьківських поколінь, зниження смертності і збільшення тривалості життя, прогресивна вікова-статева структура населення, оптимальні внутрішні і зовнішні міграційні процеси, укріплення родини як соціального інституту, найбільш сприятливого для реалізації сформованої потреби в дітях, їх виховання; відповідно демографічні інтереси особистості - створення умов, що забезпечують здорове і тривале життя, повну реалізацію наявної індивідуальної потреби в дітях, свободу територіальних переміщень.

Основними принципами забезпечення демографічної безпеки законопроектом було визначено самостійність України у виборі форм і методів впливу на розвиток демографічних процесів; пріоритет національних демографічних інтересів при дотриманні загально визнаних принципів міжнародного права; інформованість суспільства про демографічні загрози, їх наслідки і заходи щодо забезпечення демографічної безпеки тощо.

Зокрема, зазначений законопроект передбачав розробку Кабінетом Міністрів України Національної програми демографічної безпеки як основної форми реалізації цього законодавчого акта та місцевими державними адміністраціями - програм демографічної безпеки для адміністративно-територіальних одиниць. У таких програмах значна увага мала приділятися розвитку галузі охорони здоров'я, у тому числі підвищенню якості медичного обслуговування населення; скороченню передчасної смертності, особливо в працездатному віці.

Як зауважив С.І.Пирожков (2004), сьогодні Україна ввійшла у демографічну кризу, яка за тривалістю та масштабами переважає попередні, і характеризується значним погіршенням здоров'я населення, якісних показників інтелектуального розвитку, деградацією генофонду, що є передумовою непрогнозованих геополітичних

ситуацій. Українські фахівці одностайно вважають демографічну кризу реальним підґрунтям глибоких незворотних наслідків в соціально-економічному та духовному розвитку української нації, прогнозуючи зумовлену нею небезпеку національним інтересам України [24; 53-55]. На цій проблемі наголошено в Стратегії демографічного розвитку в період до 2015 року та зазначено, що демографічний розвиток має стати одним з основних пріоритетів державної політики [3]. Метою зазначеної Стратегії є "поліпшення якісних характеристик рівня життя населення та гармонізація процесів його відтворення на основі відродження духовності української нації та національних традицій, відновлення сімейних цінностей, забезпечення морального здоров'я сім'ї, виховання свідомого батьківства та запобігання соціальному сирітству". Потрібно нагадати, що ще у 1994 р. в Програмі дій Міжнародної конференції з питань народонаселення і розвитку (Каїр) звертається увага на необхідність створення внутрішніх державних інституціональних механізмів і сприятливого середовища у суспільстві для забезпечення дії факторів, що впливають на подолання демографічної кризи.

Через це надзвичайно важливим є аналіз змісту Стратегії національної безпеки України - документа, що визначає сучасну політику у сфері національної безпеки та відповідні пріоритети державного управління - стосовно визначення місця і ролі чинників, пов'язаних із формуванням та збереженням здоров'я. Окремим завданням стало проведення паралелі з висвітлення зазначених чинників у Законі України "Про основи національної безпеки України".

Стратегію національної безпеки України розроблено відповідно до частини другої ст. 2 Закону України "Про основи національної безпеки України", тому видається доцільним спинитися на деяких базових поняттях закону [56]. Так, національну безпеку визначено як "захищеність життєво важливих інтересів людини і громадянина, суспільства і держави, за якої забезпечуються сталий розвиток суспільства, своєчасне виявлення, запобігання і нейтралізація реальних та потенційних загроз національним інтересам" (ст. 1). Першими у переліку об'єктів національної безпеки (ст. 3) стоять людина і громадянин - їх конституційні права і свободи; суспільство і держава посідають відповідно друге і третє місце. Першим з основних принципів забезпечення національної безпеки є пріоритет прав і свобод людини і громадянина, гарантування

конституційних прав і свобод людини і громадянина також очолює перелік пріоритетів національних інтересів України (ст. 5 та 6), а саме право на здоров'я, яке є одним із найважливіших прав людини.

Ще 15 років тому Україною (тоді ще як Українська РСР) було ратифіковано Указом Президії Верховної Ради Української РСР № 2148-VIII від 19 жовтня 1973 р. Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права. Цей важливий міжнародний документ (прийнятий Генеральною Асамблеєю ООН у 1966 р.), який входить до єдиного пакету разом із Загальною Декларацією прав людини і Міжнародним Пактом про громадянські і політичні права, ст. 11 закріплює "право кожного на достатній життєвий рівень для нього і його сім'ї, що включає достатнє харчування, одяг і житло, та на неухильне поліпшення умов життя", а ст. 12 підтверджує "право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я" [57].

Держави, що приєдналися до цього Пакту, мають заохочувати загальну повагу і дотримання згаданих прав людини та "зобов'язується в індивідуальному порядку і в порядку міжнародної допомоги та співробітництва, зокрема в економічній і технічній галузях, вжити в максимальних межах наявних ресурсів заходів щодо забезпечення поступового повного здійснення визнаних у цьому Пакті прав усіма належними способами, включаючи, зокрема, вжиття законодавчих заходів". Вивчаючи статус права на охорону здоров'я у міжнародному законодавстві, фахівці підкреслюють важливість не стільки міжнародної кодифікації, скільки забезпечення його реалізації як на міжнародному, так і на національному рівні. Створення державою умов для дотримання права людини на здоров'я та його охорону є запорукою зміцнення національної безпеки [58].

Згідно зі ст. 27 Конституції України кожна людина має право на життя і здоров'я, і, визнаючи це, держава забезпечує його захист через охорону здоров'я. Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають спільну відповідальність за рівень здоров'я (як сучасного, так і прийдешніх поколінь) суспільства і держави, розглядаючи охорону здоров'я як комплекс міжгалузевих дій, які забезпечують здорові і безпечні умови життя (що включає в себе підтримання необхідного для здоров'я життєвого рівня населення, забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя, сприятливих умов праці, навчання, побуту і відпочинку, спри-

яння здоровому способу життя), надання лікувально-профілактичної допомоги та ін.

Однак у сучасному українському суспільстві традиційно склалося уявлення про те, що обов'язок охорони здоров'я покладається абстрактно на державу, а реально - виключно на галузь охорони здоров'я. Тому надзвичайно важливими є не лише декларування, а й усвідомлення та наступна ефективна реалізація міжгалузевого комплексного підходу до вирішення проблем охорони громадського здоров'я. Відповідає вищезазваному принципу пріоритету прав людини і теза стосовно "зміцнення фізичного здоров'я нації, створення умов для розширеного відтворення населення"; яка, однак є лише складовою пріоритету дев'ятого і передостаннього. Безперечно, і важливість забезпечення розвитку й функціонування української мови, який у ієрархії визначеного Законом України "Про основи національної безпеки України" переліку пріоритетів національних інтересів України передує згадці про здоров'я, не підлягає сумніву, однак, на нашу думку, пріоритет збереження і зміцнення здоров'я нації (як фізичного, так і психічного) є одним із найвагоміших. Адже проблеми, пов'язані зі здоров'ям, можуть поставити під загрозу і можливості створення конкурентоспроможної ринкової економіки - бази добробуту, і захист державного суверенітету, і розвиток громадянського суспільства тощо. Ще одним і надзвичайно важливим з огляду на детермінанти здоров'я пріоритетом національних інтересів є забезпечення постійного підвищення рівня життя і добробуту населення. Відмінності за рівнем доходу значно впливають на стан здоров'я, адже в середньому малозабезпечені громадяни мають гірший стан здоров'я і помирають у більш молодому віці порівняно із більш заможними групами населення. Достаток надає більше можливостей користуватися благами і послугами для покращання здоров'я, в тому числі забезпечити здорове харчування, кращі житлові умови, більшу захищеність у разі нездоров'я тощо. Неабияке значення (особливо це стосується чоловіків) має тісно пов'язаний із розміром доходу соціальний статус людини, її місце у суспільстві, самоповага і задоволеність собою.

У ст. 7 зазначено, що на сучасному етапі одними із основних реальних та потенційних загроз національній безпеці України у соціальній та гуманітарній сферах є загострення демографічної кризи та криза системи охорони здоров'я і соціального захисту населення (і, як наслідок, небезпечне погіршення стану здоров'я

населення; поширення наркоманії, алкоголізму, соціальних хвороб). Однак неправомірно і неправильно пов'язувати погіршення здоров'я виключно з кризою системи охорони здоров'я. Низка перелічених законом ризиків у соціальній та гуманітарній сферах також істотно впливає на здоров'я. Наприклад, давно доведено кореляцію між станом здоров'я і освітою, отож зниження можливостей здобуття якісної освіти представниками бідніших верств населення детермінує формування гіршого здоров'я, ніж у більш освічених індивідів. З одного боку, вищий рівень освіти зумовлює можливість вибору кращої пропозиції при працевлаштуванні, що, в свою чергу, сприяє зростанню доходу, і, звичайно, позитивно впливає на стан здоров'я. З другого боку, освіта дає змогу людині більш ефективно використовувати інформацію стосовно залежності стану здоров'я від власної поведінки, можливості і шляхів його збереження та запобігання хворобам і травмам, зокрема стимулює вчасно звертатися про медичну допомогу в разі необхідності. Нижчий освітній рівень навіть поза залежністю від індивідуальних достатків корелює з гіршою здатністю протистояти стресу, депресіям, різноманітним порушенням здоров'я. Ще один приклад - зростання дитячої та підліткової бездоглядності - детермінує формування у цієї частини підростаючого покоління гірший рівень здоров'я, ніж у їх оточених піклуванням ровесників.

Низка ризиків в інших сферах також тісно пов'язана зі шкодою для здоров'я, зокрема, у сфері державної безпеки (поширення міжнародного тероризму, організованої злочинної діяльності, можливість незаконного ввезення в країну зброї, боєприпасів, вибухових речовин і засобів масового ураження, радіоактивних наркотичних засобів тощо); у сфері безпеки державного кордону (нелегальна міграція, що загрожує санітарно-епідеміологічному благополуччю держави, в тому числі через "ввезення" як традиційних, так і екзотичних для України хвороб); в екологічній сфері (передусім значне антропогенне навантаження і техногенна перевантаженість території України, зростання ризиків виникнення надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру, наслідки Чорнобильської катастрофи, неконтрольоване ввезення в Україну екологічно небезпечних технологій, речовин, матеріалів і трансгенних рослин, збудників хвороб, небезпечних для людей, тварин, рослин і організмів, необґрунтоване використання генетично змінених речовин) тощо.

Створення ефективної системи соціального захисту людини, охорони та відновлення її фізичного і духовного здоров'я, ліквідації алкоголізму, наркоманії, інших негативних явищ задекларовано як основні напрями державної політики з питань національної безпеки України у соціальній та гуманітарній сферах (ст. 8).

Крім того, ряд інших задекларованих напрямів державної політики з питань національної безпеки України у різних сферах також прямо або опосередковано стосуються охорони здоров'я, зокрема істотне посилення соціальної складової економічної політики, боротьба з організованою злочинністю та наркобізнесом, забезпечення продовольчої безпеки і захист внутрішнього ринку від недоброякісного імпорту, заходи в екологічній сфері, створення умов для подолання бідності.

Визначені законом основні функції суб'єктів забезпечення національної безпеки здебільшого стосуються формування та збереження громадського здоров'я. Це такі функції, як постійний моніторинг впливу на національну безпеку процесів, що відбуваються в політичній, соціальній, економічній, екологічній, науково-технологічній, інформаційній, воєнній та інших сферах; прогнозування змін, що відбуваються в них, та потенційних загроз національній безпеці; прогнозування, виявлення та оцінка можливих загроз, дестабілізуючих чинників і конфліктів, причин їх виникнення та наслідків прояву; розроблення науково обґрунтованих пропозицій і рекомендацій щодо прийняття управлінських рішень з метою захисту національних інтересів України; запобігання впливу загроз і дестабілізуючих чинників на національні інтереси та їх усунення; оцінка результативності дій щодо забезпечення національної безпеки тощо.

У Стратегії національної безпеки України, затвердженій Указом Президента від 12 лютого 2007 р. № 105/2007, серед стратегічних пріоритетів політики національної безпеки названо досягнення високих соціальних стандартів, вирішення на цій основі нагальних демографічних проблем, що передбачає, зокрема, створення умов для зміцнення здоров'я нації та зниження рівня смертності населення [59].

Стратегія національної безпеки України (далі - Стратегія) є надзвичайно важливим документом для нашої країни, яка враховує сьгоднішні реалії: подальше утвердження демократичних цінностей, продовження економічної перебудови, заходи щодо європейської та євроатлантичної інтеграції держави. Реалізація

державної політики національної безпеки має забезпечити захищеність життєво важливих інтересів особи, суспільства і держави від зовнішніх і внутрішніх загроз.

Положення Стратегії ґрунтуються на пріоритетності прав і свобод людини та громадянина, верховенства права, які розглядаються як основоположні принципи національної безпеки. У Стратегії проаналізовано весь комплекс проблем забезпечення національної безпеки у зовнішньо - та внутрішньополітичній, воєнній, економічній, інформаційній, гуманітарній та соціальній сферах, зафіксовано стан і спрямованість реформування сектору безпеки із врахуванням необхідності адекватного реагування на зовнішні і внутрішні загрози та виклики. Документ визначає цілі та напрями державної політики національної безпеки на середньо- та короткострокову перспективу і є своєрідною "дорожньою картою" для комплексного планування діяльності органів державної влади у сфері внутрішньої та зовнішньої політики на основі національних інтересів, розробки перспективних взаємоузгоджених планів та програм. У Стратегії вказано, що Україна "отримала нові можливості для реалізації власних національних інтересів у мінливому і суперечливому глобальному просторі".

Головною метою Стратегії є забезпечення рівня національної безпеки, достатнього для гарантування розвитку України, її конкурентоспроможності, забезпечення прав і свобод людини і громадянина, подальшого зміцнення позиції України на міжнародній арені. Державна політика національної безпеки України формується і реалізується за умов, коли в сучасному світі нівелюється різниця між внутрішніми та зовнішніми аспектами безпеки, зростає вага несилових (політичних, економічних, соціальних, енергетичних, екологічних, інформаційних та ін.) складових її забезпечення.

На розвиток положень Закону України "Про основи національної безпеки України" Стратегія визначає національну єдність як запоруку забезпечення ефективного захисту інтересів особи, суспільства і держави, що досягається за умов реалізації життєво важливих національних інтересів України. Серед них можна відзначити такі, що стосуються формування і збереження здоров'я населення: реалізація прав і свобод людини і громадянина (серед яких одне з чільних місць посідає право на здоров'я) та гарантування безпечних умов життєдіяльності, захисту навколишнього природного середовища, які є важливими детермінантами здоров'я. На відміну від Закону України "Про основи національної безпеки

України", у переліку пріоритетів (у Стратегії - життєво важливих) національних інтересів безпосередньо здоров'я не згадується. На наш погляд, прописане законом формулювання пріоритету як "розвиток духовності, моральних засад, інтелектуального потенціалу Українського народу, зміцнення фізичного здоров'я нації, створення умов для розширеного відтворення населення", що гармонійно поєднує духовну, фізичну і соціальну складові поняття здоров'я, є більш повним і правильним, ніж варіант у більш пізньому документі (Стратегії), що формулюється як "збереження і розвиток духовних і культурних цінностей суспільства".

Політика національної безпеки, спрямована на захист цих життєво важливих національних інтересів, базується на таких визначених законодавством України і важливих для врахування чинниках, пов'язаних зі здоров'ям, принципах, як пріоритет прав і свобод людини і громадянина; своєчасність і адекватність заходів захисту національних інтересів реальним і потенційним загрозам; залучення громадянського суспільства до процесу вироблення та реалізації політики національної безпеки.

У Стратегії лише "історично обумовлені війнами, голодоморами, репресіями і депортаціями, Чорнобильською катастрофою демографічні деформації, які у період радикальних суспільно-економічних трансформацій набули характеру демографічної кризи" згадані як чинники, що ускладнюють вирішення проблеми забезпечення національної єдності та соборності Української держави.

Поштовхом для цілеспрямованої діяльності фахівців науки державного управління з удосконалення механізмів державного управління є визнання низької ефективності механізмів прийняття та виконання державних рішень, спричиненої неузгодженістю дій між різними гілками та органами державної влади одним із таких чинників. Це є надзвичайно важливим аспектом для державного управління у сфері громадського здоров'я, адже забезпечити ефективну реалізацію політики з охорони здоров'я неможливо інакше як через комплекс міжгалузевих дій. Ще однією перешкодою на шляху забезпечення національної єдності та соборності України в Стратегії визначено "слабкість та розпорошеність інституцій громадянського суспільства, що не дозволяє належним чином реалізовувати їхній потенціал стосовно демократизації суспільного життя". Реалізація політики з охорони здоров'я має стати

результатом мобілізації зусиль уряду та громадськості для вирішення проблем громадського здоров'я та національної безпеки.

У Стратегії значну увагу приділено проблемі посилення екологічних та техногенних загроз національній безпеці (які одночасно є загрозами здоров'ю нації, тим більш небезпечних, що вони можуть негативно впливати на генофонд та процеси відтворення) внаслідок критичного стану основних виробничих фондів та комунальної інфраструктури, що спричиняє передумови для виникнення надзвичайних ситуацій та екологічних катастроф; проблемам підтримання у належному технічному стані ядерних об'єктів, гідротехнічних споруд, подолання наслідків Чорнобильської катастрофи; неприпустимо високого антропогенного навантаження на довкілля. Однак, акцентуючи увагу на накопиченні надлишкових, не придатних для подальшого застосування боєприпасів, застарілої та непотрібної для Збройних Сил України військової і спеціальної техніки, озброєння, вибухових речовин, не розглянуто не менш реальну і потенційно загрозливу проблему накопичення токсичних і екологічно небезпечних відходів. До речі, недостатню ефективність комплексів їх утилізації законом про національну безпеку України (ст. 7) визначено як загрозу національним інтересам і національній безпеці України в екологічній сфері.

Останнім часом увага міжнародної спільноти зосередилась на категорії речовин, віднесених до Стійких Органічних Забруднювачів (СОЗ), через очевидність шкоди для здоров'я людини і навколишнього середовища. Частина з них застосовується як пестициди, інші є промисловими хімічними речовинами, однак різноманітні їх види характеризуються спільними ознаками, а саме: токсичністю; стійкістю до розпаду (залишаються незмінними у довкіллі протягом багатьох років після використання); здатністю до накопичення в жирових тканинах майже всіх живих організмів; схильністю до транскордонного переміщення на далекі відстані (повітряними потоками, водними шляхами та шляхами міграції птахів, тварин і риби); значним негативним впливом на здоров'я людини і навколишнє середовище як поруч, так і на відстані від їх джерел. Більш ніж 150 країн світу, включаючи Україну, підписали спрямовану на скорочення використання та подальшу ліквідацію особливо токсичних СОЗ Стокгольмську конвенцію чи Конвенцію про СОЗ (прийняту у 2001 р., яка набула чинності 2004 р.), що має метою "охорону здоров'я людини та навколишнього середовища від стійких органічних забруднювачів". Зазначимо, що уже

розроблено і схвалено проект Національного плану дій щодо виконання Україною Стокгольмської конвенції про СОЗ.

Створення умов для зміцнення здоров'я нації та зменшення рівня смертності населення як однієї зі складових досягнення високих соціальних стандартів, як уже зазначалося, названо одними із стратегічних пріоритетів політики національної безпеки. На підставі цього очікується вирішення нагальних демографічних проблем. Передбачаються реалізація комплексних заходів щодо зміцнення середнього класу та подолання бідності, досягнення європейських стандартів якості життя громадян, забезпечення доступності якісних медичних послуг для усіх верств населення, реформа соціального (в тому числі пенсійного) забезпечення тощо. Стратегічною метою державної політики у гуманітарній сфері визначено розвиток освіти і науки, реформування системи охорони здоров'я населення, захист вітчизняної культурної і духовної спадщини, покращання морального здоров'я нації, в тому числі шляхом впровадження дієвих механізмів утвердження сімейних цінностей тощо.

Надзвичайно важливим для формування і збереження здоров'я є чинник "створення безпечних умов життєдіяльності населення". В основах законодавства України про охорону здоров'я (розд. 4) охорона здоров'я розглядається як комплекс міжгалузевих дій, що гарантують здорові і безпечні умови життя. Стратегією передбачено реалізацію цього пріоритету шляхом формування збалансованої системи природокористування на основі ощадливого споживання природних ресурсів, зменшення шкідливих викидів, застосування екологічно безпечних ресурсо- і енергозберігаючих технологій, запобігання забрудненню Чорного та Азовського морів, ефективного функціонування єдиної державної системи цивільного захисту, запобігання та ліквідації наслідків техногенних катастроф, підвищення рівня екологічної, ядерної та радіаційної безпеки, реформування житлово-комунального господарства.

Необхідною умовою ефективної реалізації політики національної безпеки Стратегія визначає забезпечення дієздатності системи державної влади через збалансований розподіл функцій і повноважень між її гілками та органами, чітке розмежування політичних та адміністративних повноважень, функцій і відповідальності, регламентацію діяльності органів державної влади, наголошуючи на потребі у вдосконаленні правових та організаційних

механізмів управління національною безпекою, його відповідного інтелектуально-кадрового і ресурсного забезпечення.

Абсолютно слушним є врахування в переліку пріоритетних напрямів фінансування реалізації політики національної безпеки процесу реформування і розвитку систем освіти і охорони здоров'я, приведення їх у відповідність із європейськими стандартами. Адже саме аргументуючи тим, що охорона здоров'я сьогодні - це складова частина національної безпеки держави, Президент України на Всеукраїнській конференції працівників галузі охорони здоров'я (2006 р.) зазначив, що вона не може жити за залишковим принципом.

Таким чином, Стратегією національної безпеки України наголошено на тому, що збереження та розвиток тривалий час існуючих негативних тенденцій громадського здоров'я становить реальну загрозу національній безпеці України. Одним із стратегічних пріоритетів політики національної безпеки визначено досягнення високих соціальних стандартів, вирішення на цій основі нагальних демографічних проблем, що передбачає, зокрема, створення умов для зміцнення здоров'я нації та зменшення рівня смертності населення. Однак відсутність безпосередньо поняття здоров'я у визначеному Стратегією переліку життєво важливих національних інтересів (у той час коли у більш ранньому документі - Законі "Про основи національної безпеки України" здоров'я нації - фігурує серед пріоритетів) може спричинити недооцінку важливості чинника здоров'я для національної безпеки, знизити пріоритетність державно-управлінських заходів щодо впливу на чинники, пов'язані зі здоров'ям. Одним із шляхів посилення демографічної спрямованості та підвищення демографічної ефективності соціально-економічної політики може стати розробка і прийняття Закону України про демографічну безпеку.

1.3. Міжнародна безпека у сфері охорони громадського здоров'я

Останнім часом значне занепокоєння світового співтовариства викликає небезпека здоров'ю населення планети через вплив екзогенних факторів, передусім інфекційних хвороб, стихійних лих і катастроф, соціальних конфліктів та глобальних змін довкілля, особливо змін клімату [60]. Причому катастрофи можуть бути як природними, так і антропогенними (спричинені людиною). Не-

контрольовані епідемії інфекційних хвороб здатні завдати великих збитків здоров'ю і добробуту значній кількості населення, а також мати довгострокові негативні наслідки для економічної стабільності і людського розвитку. Глобальні зміни довкілля, пов'язані зі збільшенням кількості і тяжкості таких природних явищ, як повені, періоди сильної спеки, також завдають значної шкоди здоров'ю населення. Всі ці явища взаємопов'язані (погіршення кліматичних умов поряд з несприятливими соціально-економічними чинниками та екологічною ситуацією значно підвищує уразливість населення до дії інфекційних агентів). Проблема міжнародної безпеки у сфері охорони здоров'я стає все актуальнішою, саме її обговоренню було присвячено Всесвітні дні здоров'я 2007 і 2008 років.

За даними фахівців Європейського бюро ВООЗ, в Європі через стихійні лиха та катастрофи впродовж останніх 15 років загинуло майже 100 тис. осіб, більш ніж 42 млн постраждало [61]. Насильницькі конфлікти стали причиною значних людських страждань і загибелі понад 300 тис. осіб. Майже чверть смертей у світі зумовлена інфекційними хворобами.

У 2007 р. набрали чинності переглянуті Міжнародні медико-санітарні правила (International Health Regulations), які прийняті 58-ю сесією Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я у 2005 р. й містять цілу низку зобов'язань і обов'язків держав та Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо заходів боротьби з міжнародним розповсюдженням епідемій та іншими надзвичайними ситуаціями у сфері охорони здоров'я і мінімізації їх негативного впливу на транспортні перевезення, торгівлю та економіку. Нові правила, крім боротьби з інфекційними хворобами, передбачають також діяльність стосовно розладів здоров'я, пов'язаних з харчовими продуктами та негативними чинниками навколишнього середовища [62; 63]. ВООЗ визнала введення правил, які допомагають країнам у взаємодії з ідентифікації ризиків та вжиття заходів щодо боротьби з ними, однією з найважливіших подій у сфері охорони здоров'я в 2007 р. [64]. В Україні останнім часом також приділяється достатня увага цим проблемам, зокрема аналізу природних та техногенних загроз (у тому числі медико-біологічного характеру) та заходам з їх усунення і мінімізації негативних наслідків. Цьому присвячено розділ Національної доповіді про стан техногенної та природної безпеки в Україні у 2006 р. [65]. Загрози національній безпеці, спричинені поширенням інфекційних хвороб, розгляда-

лися і на засіданні РНБО [66]. Вирішення проблем міжнародної безпеки у сфері охорони здоров'я потребує системного підходу і активної взаємодії між країнами, ефективність якої залежить від якості управління і відповідності новим вимогам.

Під безпекою у сфері охорони громадського здоров'я мається на увазі вжиття як запобіжних/попереджувальних заходів, так і заходів у відповідь з мінімізації уразливості у разі екстремальних подій у сфері охорони громадського здоров'я, що загрожують здоров'ю населення країни. Глобальна безпека у сфері охорони громадського здоров'я (або її відсутність) може істотно впливати на економічну і політичну стабільність, а при масштабних чи повторних подіях - і на демографічну. "Надзвичайна ситуація у сфері охорони громадського здоров'я, що має міжнародне значення" означає екстраординарну подію, яка становить ризик для здоров'я населення в інших країнах у результаті міжнародного розповсюдження захворювань та може потребувати скоординованих міжнародних заходів у відповідь [62].

У Доповіді про стан охорони здоров'я в світі 2007 р. переконливо показано, як світ наражається на зростаючий ризик спалахів захворювань, епідемій, виробничих аварій, стихійних лих та інших надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я, які можуть швидко стати загрозою глобальній безпеці [67]. Останнім часом увагу акцентують на виділенні антропогенних факторів (дій людей або навпаки, їх бездіяльності), причому не лише щодо технологічних і природних катастроф, пов'язаних з людською діяльністю, а й тих, що впливають на уразливість населення стосовно інфекційних хвороб. Антропогенні причини порушення безпеки у сфері охорони громадського здоров'я такого роду включають:

- недостатні обсяги інвестування системи охорони громадського здоров'я, в тому числі через хибні уявлення щодо безпеки через відсутність спалахів інфекційних захворювань;
- неправильні політичні рішення (*прикладом є розпорядження керівництва двох штатів у Нігерії призупинити імунізацію дітей через чутки щодо її небезпечності, що призвело до нових випадків захворювання на поліомієліт як у цій країні, так і в сусідніх*);
- ситуацію збройного конфлікту, коли внаслідок вимушеної зміни місць проживання та існування у непристосованих умовах, антисанітарії та скупченості зростає ризик виникнення епідемій;

- прискорену еволюцію мікроорганізмів через нераціональне використання протимікробних засобів та зростання кількості форм, стійких до лікування; штучне створення нових небезпечних штамів мікроорганізмів;

- загрози у секторі тваринництва та харчової промисловості (*приклад - захворювання людей і тварин на губчастий енцефаліт (коров'ячий сказ).*)

Має враховуватися зростаюча небезпека несанкціонованого доступу до лабораторій, які працюють зі збудниками інфекційних хвороб, і можливості використання мікроорганізмів у терористичних цілях. Ейфорія від останніх досягнень у боротьбі з інфекційними хворобами призвела до зниження інвестицій у відповідні служби, недооцінки і, як наслідок, неготовності до адекватного реагування на спалах хвороби.

Особливостями сьогодення є максимально прискорене розповсюдження хвороб, передусім через високу мобільність населення та розвиненість транспортного сполучення. Крім того, спостерігається швидке виникнення нових інфекцій - із 70-х рр. минулого сторіччя щороку реєструвалася щонайменше одна нова хвороба. Небезпека, пов'язана з новими хворобами, має загальний характер. Жодна країна не може відчувати себе захищеною від появи нової хвороби на своїй території та від наступних потрясінь та збитків. Яскравим прикладом цього стали прояви біотероризму (пересилання спорів сибірки у США), спалах тяжкого гострого респіраторного синдрому (SARS - Severe acute respiratory syndrome) в азіатському регіоні (2003 р.) та масові ураження через незаконний скид токсичних відходів у Кот д'Івуарі (2003 р.). У сучасному світі необхідність запобігання та протидії біотероризму ставить серйозні завдання перед державним управлінням, передусім у сферах національної безпеки та охорони громадського здоров'я [68]. Зокрема, фахівці попереджують про можливі катастрофічні наслідки використання біотерористами вірусу натуральної віспи. Адже ще в 1979 р. ця хвороба у світовому масштабі перестала існувати, населення не вакцинується і значна його частина не має імунітету до цієї хвороби. Якщо врахувати відсутність специфічного лікування та того, що майже кожен третій з інфікованих помирає, передбачаються значні потенційні втрати внаслідок застосування такого виду біологічної зброї.

Потрібно зазначити, що виникнення загроз не залежить ані від багатства країни, від рівня життя і освіченості, ані від оснаще-

ності систем охорони здоров'я, санітарного нагляду, прикордонного контролю та кваліфікації їх співробітників. Так, SARS був хворобою великих міст, і найбільш інтенсивно розповсюджувався у сучасних лікарнях з високотехнологічним оснащенням. Якби не спільні зусилля, в результаті яких за 4 місяці спалах було ліквідовано, наслідки у світовому масштабі були б катастрофічними. Навіть беручи до уваги, що поширення SARS швидко було зупинено (ризик пандемії (світової епідемії) відвернено, кількість осіб, що захворіли, обмежено 8,5 тис. випадків, а летальність становила 10%), економічні збитки були істотними. Так, безпосередні негативні наслідки для економіки кількох азіатських регіонів (передусім через припинення поїздок у регіон розповсюдження - як туристичних, так і ділових) було оцінено у 20 млрд дол. Опосередковані втрати через недоотримані бізнесом прибутки становили 60 млрд дол. Насамперед постраждав туризм (який становить значну частину в структурі доходів ряду країн Азії), місцеве ж населення уникало відвідувати місця громадського харчування і відпочинку. Взагалі було підраховано (V.Rossi, J.Walker, 2005), що в разі розповсюдження пандемії вірусу типу грипу на кожен 1% інфікованого населення можна очікувати зниження обсягу світового ВВП щонайменше на 5%, і додатково на 1% - на кожен наступний відсоток зростання інфікування - аж до паралічу глобальної економіки. Яскравий приклад у масштабі країни: сільське господарство Великої Британії досі не може відновитися через руйнівні наслідки спалаху ящуру у 2000 р.

Трагедія в Кот д'Івуарі ілюструє пов'язане з глобалізацією посилення ризиків у процесах транспортування, зберігання, утилізації небезпечних відходів, коли потерпілою стороною виявляється інша країна. Судно, яке доставило до Кот д'Івуару свій небезпечний вантаж, прямувало з Північної Європи, заходило у ряд африканських портів, і належність відходів, врешті-решт, так і не було встановлено. За допомогою у короткий термін звернулось понад 8,5 тис. осіб, що швидко виснажило небагаті ресурси національної системи охорони здоров'я через нестачу адекватної кількості медперсоналу та необхідних матеріалів для лабораторних досліджень та надання послуг. В Україні у Львівській області трапилася залізнична аварія (2007 р.) під час транспортування фосфору з Казахстану, причому значні наслідки для здоров'я мала не тільки токсична дія хімічної сполуки, а й дезінформація про катастрофу, яка провокувала панічні настрої серед населення. Необхідність

адекватного реагування на подібні ситуації висуває відповідні вимоги до державного управління [69].

За кількома винятками, загрози громадському здоров'ю відомі і піддаються контролю та впливу, а за минулі сторіччя людством накопичено певний досвід і знання, що дають змогу протидіяти таким небезпекам. Значній частині надзвичайних ситуацій та їх наслідків можна було б запобігти або мінімізувати ризик їх виникнення. ВООЗ, спираючись на багаторічний досвід, здатна розгорнути сили впродовж доби в будь-якому віддаленому регіоні світу і надати допомогу національним системам охорони здоров'я. Отже, недостатні інвестиції у систему громадського здоров'я, ігнорування або недооцінка існуючих проблем, невчасне звернення за міжнародною допомогою можуть мати трагічні наслідки.

Про перші спроби боротьби з інфекційними захворюваннями згадується ще у Біблії і Корані. Три відомі з давнини основні механізми боротьби з поширенням інфекцій (карантинні заходи, санітарія та імунізація) довели свою ефективність. Однак нині усвідомлено нагальну потребу в міжнародному співробітництві. Першою подібною угодою була I Міжнародна конвенція із санітарії (1892 р.), яка стосувалася виключно такого небезпечного захворювання, як холера. У 2005 р. було розроблено нові Міжнародні медико-санітарні правила (ММСП), які визначають не лише заходи з недопущення розповсюдження так званих "карантинних" інфекцій, а й колективну взаємодію в умовах надзвичайних ситуацій в охороні здоров'я, які мають міжнародне значення. Згідно з правилами держави протягом 24 годин зобов'язані повідомляти про всі такі події (це може бути інформація про спалах інфекційних захворювань, про аварії, пов'язані з хімічними речовинами і радіоактивними матеріалами, про випадки отруєння харчовими продуктами тощо). До таких подій віднесено і розповсюдження природним чи іншим шляхом токсичних інфекційних або небезпечних в іншому сенсі матеріалів, яке призвело до зараження населення та/або великого географічного району чи потенційно здатне наражати їх на небезпеку зараження. Широке трактування термінів "загроза у сфері охорони громадського здоров'я" та "подія" забезпечують дію цих Правил стосовно безпеки внаслідок випадкового або умисного викиду патогенів або хімічних чи радіоактивних матеріалів.

Нові правила не обмежуються переліком загальновідомих шести особливо небезпечних інфекційних хвороб. Вони стосуються "зах-

ворювання або стану, незалежно від походження або джерела, яке становить/може становити ризик завдання людям істотної шкоди".

Правила сприятимуть швидкому виявленню спалахів інфекційних хвороб та інших надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я і проведенню спільних міжнародних дій для надання підтримки постраждалим державам щодо запобігання поширенню надзвичайної ситуації і рятування життя людей. Метою Правил є запобігання міжнародному розповсюдженню хвороб, боротьби з ними і вжиття таких адекватних заходів, які можна зіставити з ризиками для здоров'я населення і водночас обмежені ними, і при цьому не створюють надмірних невинуватених перешкод для міжнародних перевезень та торгівлі. При тому, що застосування Правил є обов'язковим, цілком природно, що виконання нових вимог залежить від можливостей країни. Правила містять схему прийняття рішень для оцінки і повідомлення про події, які можуть являти собою надзвичайну ситуацію у сфері охорони здоров'я, що має міжнародне значення, яка дає змогу з'ясувати: чи подія серйозно вплине на здоров'я, чи є несподіваною або незвичайною, оцінити ризик розповсюдження у міжнародних масштабах та ризик обмеження нормального функціонування регіону/країни. Неприпустимим є обмежене або несвоєчасне інформування про події через політичні або інші причини.

Міжнародні медико-санітарні правила закликають до укріплення національного базового потенціалу та колективного глобального реагування на надзвичайні ситуації, які ставлять під загрозу глобальну безпеку у сфері громадського здоров'я. Не всі країни мають достатньо сил, щоб самотужки справлятися з ними, тому Правила регламентують сценарії дій у разі виявлення національною системою нагляду подій, які можуть становити потенційну небезпеку, та поширюватись у міжнародному масштабі. У Правилах наведено перелік хвороб та ситуацій з огляду на їх вплив на здоров'я населення, незвичайність або непередбачуваність, ризик розповсюдження в регіоні та міжнародному масштабі, ризик обмеження міжнародних перевезень і торгівлі та порядок повідомлення про них ВООЗ [67, с. 59]. Приводом може бути будь-яка подія, що потенційно спроможна мати істотні негативні наслідки для громадського здоров'я, включаючи і події, що мають невідомі причини і джерела. Всесвітньою організацією охорони здоров'я рекомендовано 7 основних стратегічних напрямів дій із запровадження ММСП:

1. Підтримка глобального партнерства.
2. Посилення національних систем нагляду, профілактики хвороб і боротьби з ними.
3. Підвищення безпеки громадського здоров'я при міжнародних контактах, передусім у секторі туризму і транспорту; удосконалення прикордонного контролю.
4. Розвиток глобальної системи ВООЗ з попередження і реагування на ризики для здоров'я населення і надзвичайні ситуації, що мають міжнародне значення.
5. Удосконалення управління конкретними ризиками.
6. Підтримка прав, обов'язків і процедур (упровадження юридичних механізмів, сформульованих Правилами).
7. Проведення досліджень та контроль за впровадженням Правил (на основі запропонованих показників і методики оцінки).

Якість відповіді на надзвичайну ситуацію залежить від готовності персоналу, що спирається на місцевий потенціал та своєчасну міжнародну підтримку. Метою заходів є запобігання переростанню подій у сфері охорони здоров'я в ситуацію, що загрожує національній та міжнародній безпеці.

Незважаючи на короткий відрізок часу, що минув від набуття чинності ММСП, для їх впровадження уже багато зроблено. Кілька країн створили спеціальні центри з управління діями в разі виникнення надзвичайних ситуацій, які забезпечують можливості фізичної і віртуальної централізації даних про епідемії та спалахи і координації заходів у відповідь на реальну та потенційну надзвичайну ситуацію. Їх функціями є отримання, систематизація, аналіз і встановлення пріоритетів, відстеження і поширення інформації про надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я. У 2007 р. у низці країн розпочато проведення семінарів для співробітників медико-санітарної служби аеропортів.

Через запровадження Правил виникає необхідність доповнення та змін національного законодавства. Так, Канадою ще у період розробки ММСП визнано доцільним переглянути закони про карантин, адже положення попередньої редакції, сформульоване у часи, коли основне сполучення з країною здійснювалось морським шляхом, не враховувало сучасні реалії, пов'язані з небезпекою ввезення інфекцій повітряним транспортом. У зв'язку з ухваленням нової редакції Міжнародних медико-санітарних правил (2005) та необхідністю гармонізації вітчизняного законодавства до міжнародних вимог в Україні також розроблено проект поста-

нови Кабінету Міністрів України "Про затвердження Правил санітарної охорони території України" [70], які планується ввести замість попередніх, затверджених постановою КМУ від 24 квітня 1999 р. № 696. Правила санітарної охорони території України регламентують відповідальність за забезпечення належних умов діяльності санітарно-карантинних підрозділів (відділів, пунктів) у пунктах пропуску через державний кордон України Міністерства транспорту та зв'язку, Міністерства аграрної політики, Державної митної служби, Державної прикордонної служби, Міністерства охорони навколишнього природного середовища разом з регіональними органами виконавчої влади, підприємствами, установами та організаціями, що належать до сфери їх управління і майно яких розміщено постійно у прикордонних контрольних пунктах. З червня 2007 р. проект оприлюднений на офіційному сайті МОЗ для громадського обговорення, на сьогодні триває опрацювання остаточної редакції документа. Метою прийняття постанови є комплексне розв'язання проблеми захисту населення від інфекційних хвороб, завданнями - забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення на території держави. Відповідно основними заходами для здійснення зазначеної мети визначено вжиття медико-санітарних заходів, спрямованих на запобігання занесенню та розповсюдженню карантинних, особливо небезпечних та небезпечних інфекційних хвороб.

Санітарно-карантинні підрозділи (відділи, пункти) у пунктах пропуску через державний кордон працюють у взаємодії з іншими контрольними службами, які здійснюють прикордонний, митний, ветеринарний, фітосанітарний та екологічний контроль. Правила визначають функції Національного координатора ММСП (призначається Міністерством охорони здоров'я, який підтримує цілодобовий зв'язок з контактним пунктом ВООЗ).

Для розгляду поточної епідеміологічної ситуації та недопущення завезення і поширення на території України особливо небезпечних інфекцій, передусім малярії, холери, пташиного грипу, чуми, геморагічних гарячок тощо, у червні 2007 р. у м. Дніпропетровську проведено колегію санітарно-епідеміологічної служби України [71].

Потрібно зауважити, що хоча сектор охорони здоров'я часто очолює роботу з протидії небезпекам для здоров'я, ефективно усунення наслідків (і, що важливо, запобігання їх виникненню і недопущення у майбутньому), а відповідно, і стан здоров'я насе-

лення залежить від одночасних взаємопов'язаних дій багатьох відповідальних секторів. Саме тому функцією управління охороною громадського здоров'я є організація співпраці з іншими секторами та спрямування їх діяльності, сприяння розвитку ефективного партнерства з іншими зацікавленими сторонами для підвищення готовності до вжиття адекватних заходів із запобігання кризам в охороні здоров'я та їх пом'якшення.

Нааявність проблем, пов'язаних зі здоров'ям, які виходять за межі національних кордонів та загрожують колективній безпеці людей у всьому світі, висуває нові вимоги до державного управління у сфері громадського здоров'я, одним з важливих завдань якого є зведення до мінімуму збитків окремим людям, суспільству та економіці внаслідок надзвичайних ситуацій та кризових явищ. Захищеність здоров'я, зменшення детермінованих зазначеними проблемами ризиків для здоров'я можуть бути забезпечені лише за допомогою скоординованих дій (як у межах країни, так у міжнародному масштабі) та співробітництва між урядами, фахівцями, громадянським суспільством, мас-медіа та пересічними громадянами.

Особи, що приймають рішення, мають бути обізнаними з досвідом міжнародного співтовариства щодо протидії майбутній небезпеці. Як служба національної безпеки, так і система охорони здоров'я мають бути підготовленими до вирішення завдань і проблем, що постають або постануть перед ними в майбутньому.

Серед основних принципів забезпечення національної безпеки у ст. 5 Закону України "Про основи національної безпеки України" задекларовано "використання в інтересах України міждержавних систем та механізмів міжнародної колективної безпеки" [72]. З огляду на це дотримання Міжнародних медико-санітарних правил дасть змогу забезпечити ефективне функціонування механізмів попередження про спалахи захворювань та інших надзвичайних ситуацій та реагування на них для підвищення рівня глобальної безпеки у сфері охорони здоров'я.

1.4. Роль і місце державного управління охороною здоров'я у формуванні громадського здоров'я та національної безпеки

У своєму виступі на Всеукраїнській конференції працівників галузі охорони здоров'я у лютому 2006 р. Президент України В.Ющенко наголосив на значущості охорони здоров'я як складової націо-

нальної безпеки держави. Як висловився колишній міністр охорони здоров'я Російської Федерації Ю.Шевченко (2004), охорона здоров'я є не соціальною сферою, а сферою життєзабезпечення і національної безпеки країни. Статтею 4 Основ законодавства України про охорону здоров'я ***визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним із головних чинників виживання та розвитку народу України*** названо першим із основних принципів охорони здоров'я в Україні.

Здоров'я населення і тісно пов'язані з ним показники основних демографічних процесів - узагальнююча характеристика результатів політичної і господарської діяльності та умов життя населення конкретної країни. Важливо, що Програмою дій до 2015 р., прийнятою на Міжнародній конференції з проблем народонаселення і розвитку (Каїр, вересень 1994 р.), задекларовано, що "уряди країн повинні створити необхідні внутрішні інституціональні механізми і сприятливе середовище на всіх рівнях суспільства з тим, щоб забезпечити гарантії, що фактори народонаселення необхідним чином враховуються при прийнятті рішень та в адміністративному процесі всіх відповідних урядових установ, що відповідають за економічну, екологічну та соціальну політику і програми" [73, с. 2].

За класичним визначенням Уїнслоу (1920), "охорона громадського здоров'я - це наука і мистецтво запобігання хворобі, подовження життя і охорони здоров'я, забезпечення стану оптимальної життєдіяльності за рахунок організованих зусиль суспільства за такими напрямками:

- оздоровлення навколишнього середовища, санітарний контроль;
- контроль масових інфекцій;
- просвіта населення з питань здоров'я і гігієни;
- організація медичної допомоги і догляду, рання діагностика небезпечних хвороб і запобігання їм, розвиток соціальних послуг, забезпечення кожному гідного рівня життя для підтримки здоров'я, розподіл соціальних благ таким чином, щоб кожний громадянин зміг реалізувати своє право на здоров'я і довголіття".

Як бачимо, частина напрямів перебуває поза компетенцією та можливостями безпосередньо системи охорони здоров'я, тому бажано було б сфокусувати увагу на її ролі і місці, і особливо державного управління охороною здоров'я, у формуванні і збереженні

громадського здоров'я і, відповідно, свого внеску у забезпечення національної безпеки держави.

Досить поширеною є думка про детермінованість наявних проблем, пов'язаних з громадським здоров'ям, складними умовами соціально-економічних трансформацій, які переживає Україна, поширенням бідності серед значної частки населення. Однак було б помилковим акцентувати увагу лише на економічному чинникові. В Україні (як і в Росії) більш за все постраждали не найуразливіші і найбідніші статево-вікові і соціальні групи: діти і жінки, особи пенсійного віку, а навпаки, більш економічно забезпечена група чоловіків середнього віку [74]. В світі десятки країн мають значно нижчий ВВП на душу населення, однак значно більш благополучну ситуацію щодо смертності і тривалості життя. На високий рівень передчасної смертності впливає не лише криза охорони здоров'я, яка нині є предметом широкого суспільного обговорення і критики. Як би громадяни не були незадоволені нашою медициною, галузь функціонує і рятує людські життя. Стан системи охорони здоров'я в Україні навряд чи гірший, ніж у колишніх середньоазіатських та закавказьких радянських республіках, в яких ситуація зі смертністю і тривалістю життя в цілому краща (за винятком Казахстану, де проживає пропорційно більша частка слов'ян). Спостерігаються і позитивні здобутки вітчизняної медицини - зменшилися материнська смертність і смертність немовлят, знизилися показники смертності від певних патологій, однак на загальних рівнях смертності це практично не позначилося. Абсолютно правильно, що брак доступної і якісної медичної допомоги певною мірою зумовлює підвищену смертність в Україні та інших країнах СНД, однак одного цього фактора вкрай недостатньо для пояснення феномена пострадянської надсмертності.

Після розпаду Радянського Союзу через спад виробництва і зниження хімізації сільського господарства різко зменшилось навантаження на довкілля, обсяги шкідливих викидів у навколишнє середовище істотно скоротились. В середині 1990-х рр. (уперше за довгі роки) настала певна стабілізація довкілля, однак саме на цей період припадало катастрофічне зростання смертності населення. Не підлягає сумніву, що екологічне неблагополуччя негативно впливає на здоров'я, детермінуючи певний внесок у підвищену смертність, особливо в зонах екологічного лиха. Однак очевидно, що екологічний чинник не є таким, що пояснює феномен пострадянської надсмертності 1990-х рр. [75; 76]. Досить поширеною є

думка, що соціальний стрес, незадоволеність новою дійсністю робить істотний внесок у надсмертність на пострадянському просторі. Однак соціопсихологічні дослідження показують, що жителі багатьох пострадянських та східноєвропейських республік у 1990-ті рр. аж ніяк не були менш задоволеними життям і оптимістичними, ніж росіяни і українці [77]. Проте у Вірменії, Грузії і Молдові спостерігались значно, а інколи і разуче менші показники смертності та, відповідно, більші показники тривалості життя. Ряд авторів вважає, що саме зловживання алкоголем і меншою мірою наркотики зумовили безпрецедентне підвищення показників смертності в Росії та Україні у 1990-х рр. (В.Школьніков, Д.Халтуріна, А.Вишневський, А.Немцов, М.МакКее, А.Бриттон, D.A.Leon, L.Chenet) та продовжують залишатися найважливішими факторами демографічної кризи в обох країнах.

Не лише зловживання речовинами, що викликають залежність, а насамперед відсутність налаштованості на здоровий спосіб життя в українському суспільстві є основною причиною погіршення здоров'я населення України. Усвідомлюючи вплив та механізм дії усіх детермінант здоров'я, саме фахівці у сфері громадського здоров'я мають ідентифікувати, оцінювати наявні ризики для здоров'я населення та формувати і науково обґрунтовувати стратегії з мінімізації дій негативних чинників. Перед державним управлінням охороною громадського здоров'я стоїть завдання консолідації сил всіх зацікавлених сторін з реалізації таких стратегій, забезпечуючи максимально ефективний вплив галузі охорони здоров'я.

Безперечно, сучасна криза в охороні здоров'я становить істотну загрозу національній безпеці держави. Системна криза в охороні здоров'я безпосередньо впливає на національну безпеку держави через неспроможність практично всіх складових галузі здійснювати адекватну діяльність, спрямовану на збереження і укріплення здоров'я населення України, відповідати потребам її громадян. Сучасна система охорони здоров'я, яка сформувалася в Україні, спрямована передусім на надання медичної допомоги людям, які вже мають порушення здоров'я, і практично не виконує такої функції, як охорона наявного здоров'я та профілактика захворювань. За висловом англійського філософа Френсіса Бекона, перший обов'язок медицини - зберігати здоров'я, а лікування хвороб поступається йому, залишаючись другим. Потрібна розробка нової, адекватної сучасним соціально-економічним умовам стратегії охорони і покращення здоров'я населення, спрямованої передусім

на формування в суспільстві культури здоров'я, і роль державного управління у процесі реформування важко переоцінити.

На Європейській міністерській конференції ВООЗ "Системи охорони здоров'я - Здоров'я - Добробут", що відбулась 25-27 червня 2008 р. в Естонії, було прийнято Талліннську хартію "Системи охорони здоров'я для здоров'я та добробуту", метою якої є підвищення прихильності держав-членів Європейського регіону ВООЗ справі покращання здоров'я людей шляхом укріплення систем охорони здоров'я. Під системою охорони здоров'я мають на увазі сукупність усіх державних і приватних організацій, установ, структур і ресурсів, призначення яких - покращувати, зберігати або відновлювати здоров'я людей. Крім надання суспільних та індивідуальних послуг, системи ОЗ справляють вплив на політику і діяльність інших секторів з тим, щоб у них приділялась необхідна увага соціальним, економічним і екологічним детермінантам здоров'я [78]. Ця теза видається надзвичайно важливою, адже, як уже зазначалося, в українському суспільстві традиційно склалося уявлення про те, що питаннями охорони здоров'я має опікуватись виключно система охорони здоров'я (навіть при усвідомленні важливості чинника громадського здоров'я для суспільного розвитку і національної безпеки). Яскравим прикладом цього є той факт, що відповідальність за діяльність із запобігання шкідливим для здоров'я звичкам, профілактики психічних розладів, алкоголізму і наркоманії, зниження поширення захворювань, що передаються статевим шляхом; поширення знань про профілактику захворювань і здоровий спосіб життя авторами законопроекту "Про демографічну безпеку України" покладено на галузь охорони здоров'я, хоча можливості її впливу на шкідливі для здоров'я чинники способу життя є обмеженими [52].

У Хартії відображено більшу усвідомленість світовим співтовариством впливу систем ОЗ на здоров'я людей і, відповідно, економічного зростання. Наголошено на тому, що сьогодні проблеми, пов'язані з демографічним і епідеміологічним переходом, поглибленням соціально-економічної нерівності, дефіцитом ресурсів, розвитком технологій та зростаючими потребами людей, притаманні тією чи іншою мірою всім без винятку країнам.

Одним із чинників, що гальмують реформування галузі, крім соціально-економічних, пов'язаних зі зміною принципів розвитку, В.Ф.Москаленко (2008) визначає і політичні, зокрема часті зміни урядів, що не може не позначатися на управлінні галуззю [79].

Висновки до розділу 1

Досить вичерпне вивчення кризових явищ сучасної медико-демографічної ситуації в Україні та кризи охорони здоров'я показало: в Україні не сформувалось розуміння того, що погіршення громадського здоров'я становить загрозу національній безпеці України, впливаючи на різні її складові (економічну, демографічну, воєнну тощо). Домінує переважно фрагментарне представлення окремих аспектів проблеми впливу чинників, пов'язаних зі здоров'ям, на національну безпеку держави, здебільшого розглядаються вузькі конкретні питання, не завжди усвідомлюється важливість ефективного функціонування системи охорони здоров'я для забезпечення національної безпеки, нечітко визначено роль і місце державного управління охороною здоров'я у формуванні громадського здоров'я та забезпеченні національної безпеки. Поряд з декларативним визнанням здоров'я вищою соціальною цінністю і недостатнім усвідомленням детермінованості формування і збереження громадського здоров'я складним комплексом біологічних, соціально-економічних і екологічних чинників в Україні переважає уявлення про те, що питаннями охорони здоров'я має опікуватись виключно система охорони здоров'я.

Хоча в Стратегії національної безпеки України наголошується на тому, що збереження та розвиток протягом тривалого часу існуючих негативних тенденцій громадського здоров'я становить реальну загрозу національній безпеці України, а одним із стратегічних пріоритетів політики національної безпеки визначено досягнення високих соціальних стандартів, вирішення на цій основі нагальних демографічних проблем, що передбачає, зокрема, створення умов для зміцнення здоров'я нації та зменшення рівня смертності населення, відсутність безпосередньо поняття здоров'я у визначеному Стратегією переліку життєво важливих національних інтересів може спричинити недооцінку важливості чинника здоров'я для національної безпеки, применшити пріоритетність державно-управлінських заходів щодо впливу на чинники, пов'язані зі здоров'ям. Одним із шляхів посилення демографічної спрямованості та підвищення демографічної ефективності соціально-економічної політики може стати розробка і прийняття Закону України про демографічну безпеку.

Проблеми, пов'язані зі здоров'ям, які виходять за межі національних кордонів та загрожують колективній безпеці у всьому світі, ставлять нові вимоги до державного управління у сфері громадського здоров'я. Найважливішими завданнями є зведення до мінімуму небезпек для життя і здоров'я через надзвичайні ситуації та кризові явища і збитків для людини і держави, організація співпраці з іншими секторами та спрямування їх діяльності, сприяння розвитку ефективного партнерства з іншими зацікавленими сторонами для підвищення готовності до вжиття адекватних заходів щодо запобігання та пом'якшення наслідків криз в охороні здоров'я. Захищеність здоров'я, зменшення детермінованих зазначеними проблемами ризиків для здоров'я можуть бути забезпечені лише за допомогою скоординованих дій (як у межах країни, так і в міжнародному масштабі) та співробітництва між урядами, фахівцями, громадянським суспільством, медіа та пересічними громадянами.

Згідно із Законом України "Про основи національної безпеки" роль Міністерства охорони здоров'я, як і інших органів вищої виконавчої влади - суб'єктів забезпечення національної безпеки, полягає у забезпеченні в межах своїх повноважень виконання передбачених Конституцією і законами України, актами Президента України, Кабінету Міністрів України завдань, реалізації концепцій, програм у сфері національної безпеки. Важливими функціями державного управління у сфері громадського здоров'я є ідентифікація, оцінка наявних і потенційних ризиків для здоров'я населення та формування обґрунтованої стратегії щодо їх мінімізації, а також консолідація сил усіх зацікавлених сторін для реалізації такої стратегії з метою забезпечення максимально ефективного впливу на формування достатнього рівня національної безпеки на основі: постійного моніторингу впливу на національну безпеку процесів, що відбуваються у сфері охорони здоров'я та інших сферах; прогнозування, виявлення та оцінки можливих загроз національній безпеці, їх причин та наслідків прояву; розроблення науково обґрунтованих пропозицій і рекомендацій щодо прийняття управлінських рішень, спрямованих на захист національних інтересів України; запобігання загрозам і дестабілізуючим чинникам на національні інтереси та усунення їх впливу; регулярної оцінки результативності дій щодо забезпечення національної безпеки та визначення витрат на ці цілі.

Список використаних джерел до розділу 1

1. Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми "Здорова нація" на 2009-2013 роки : Постанова Кабінету Міністрів України від 21 трав. 2008 р. № 731-р. // Офіц. вісн. України. - 2008. - № 37. - С. 26. - Ст. 1241.

2. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 19 вересня 2007 року "Про заходи щодо подолання демографічної кризи та розвитку трудових ресурсів України" : Указ Президента України від 19 верес. 2007 р. № 895/2007. - Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua>. - Заголовок з екрана.

3. Про затвердження Стратегії демографічного розвитку в період до 2015 року : Постанова Кабінету Міністрів України від 24 черв. 2006 р. № 879 // Офіц. вісн. України. - 2006. - № 26. - С. 161. - Ст. 1898.

4. *Курило І. О.* Про чинники сучасного зниження народжуваності в Україні / І. О. Курило // Демографічні дослідження : міжвідом. зб. наук. пр. - К. : Ін-т економіки НАН України, 2001. - Вип. 23. - С. 296-311.

5. *Курило І. О.* Народжуваність в Україні: аналіз детермінант та статистична оцінка ефектів пронаталістських заходів / І. О. Курило, Н. О. Рингач // Статистика України. - 2007. - № 4. - С. 80-89.

6. Демографічна криза в Україні. Проблеми дослідження, витоки, складові, напрями протидії / [В. С. Стешенко, В. П. Піскунов, І. О. Курило та ін.]. - К. : Ін-т економіки НАН України, 2001. - 560 с.

7. *Стешенко В. С.* О некоторых направлениях демографической политики в сфере рождаемости / В. С. Стешенко // Демографические исследования : сб. науч. тр. - К. : Ин-т экономики НАН Украины, 1990. - Вып. 14. - С. 56-66.

8. *Стешенко В. С.* Когортна народжуваність і плідність у жінок України / В. С. Стешенко // Демографічні дослідження : зб. наук. пр. - К. : Ін-т економіки НАН України, 2003. - Вип. 25. - С. 9-33.

9. *Белова В. А.* Число детей в семье / В. А. Белова. - М. : Статистика, 1975. - 175 с.

10. *Кайлова О. В.* Семейная политика в странах Европейского Союза (социально-демографические аспекты) : автореф. дис. ... канд. экон. наук : спец. 08.00.05 "Экономика и управление народным хозяйством" / О. В. Кайлова. - М. : МГУ им. М. В. Ломоносова, 2004. - 20 с.

11. *Макарова О. В.* Тенденції народжуваності та нові підходи до демографічної політики / О. В. Макарова // Вісн. Прикарпат. ун-ту. Серія : Економіка. - Івано-Франківськ : [б. в.], 2007. - Вип. 4. - С. 149-153.

12. *Пальян З. О.* Регіональні особливості народжуваності в Україні / З. О. Пальян // Населення України - 2004. Регіональні аспекти демографічного розвитку. - К. : Ін-т демографії та соц. дослідж. НАНУ ; Держкомстат України, 2004. - С. 83-102.

13. *Коломієць О. О.* Державна політика економічної підтримки сімей з дітьми: порівняльний аспект / О. О. Коломієць // Стратег. пріоритети. - 2007. - № 2 (3). - С. 83-90.

14. *Жилинский Е.* Социально-экономические аспекты демографической политики России / Е. Жилинский // Власть. - 2008. - № 6. - С. 3-9.

15. *Дудіна О. О.* Деякі проблеми репродуктивного здоров'я населення України / О. О. Дудіна, Р. О. Моїсеєнко // Україна. Здоров'я нації. - 2008. - № 3-4 (7-8). - С. 28-34.

16. *Фоміцька Н. В.* Життєдіяльність населення як фактор розвитку території [Електронний ресурс] // Держ. будівництво. - № 1. - 2007. - Режим доступу: http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/n_1_2007/index.html. - Заголовок з екрана.

17. *Роговина А. Г.* Динамика преждевременной и предотвратимой смертности в Российской Федерации / А. Г. Роговина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2006. - № 6. - С. 10-14.

18. *Фойгт Н. А.* Загальні тенденції смертності та тривалості життя в Україні в умовах соціально-економічної трансформації / Н. А. Фойгт // Журн. практ. лікаря. - 2002. - № 3. - С. 6-10.

19. *Тишук Е. А.* Преждевременная смертность и ее предотвратимость / Е. А. Тишук, В. О. Щепин // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2001. - № 3. - С. 14-18.

20. *Андреев Е. М.* Продолжительность здоровой жизни / Е. М. Андреев, В. М. Школьников, М. Мак Ки // Вопр. статисти. - 2002. - № 11. - С. 16-21.

21. Залучення чоловіків до збереження здоров'я в Україні : аналіт. звіт / Е. М. Лібанова, Г. В. Герасименко, С. В. Ничипоренко. - К. : Фонд народонаселення ООН в Україні, М-во України в справах сім'ї, молоді та спорту, 2006. - 70 с.

22. Україна: Стратегічні пріоритети. Аналітичні оцінки - 2006 : монографія / за ред. О. С. Власюка. - К. : НІСД, 2006. - 576 с.

23. *Понякіна С. А.* Тривалість життя населення - критерій суспільного розвитку / С. А. Понякіна // Охорона здоров'я в Україні. - 2008. - № 1 (29). - С. 211-212.

24. *Пирожков С. І.* Демографічний фактор у глобальній стратегії розвитку України / С. І. Пирожков // Демографія та соціальна політика. - 2004. - № 1-2. - С. 5-20.

25. *Позняк О. В.* Міграція населення як чинник соціально-демографічного та економічного розвитку / О. В. Позняк // Міжнародна міграція та розвиток України в контексті європейської інтеграції : зб. матеріалів міжнар. наук. конф. (16 жовт. 2007 р., м. Київ) / за заг. ред. О. В. Власюка. - К. : ПЦ "Фоліант", 2008. - 264 с.

26. *Левчук Н. М.* Нелегальні міграції як чинник порушення якісних характеристик населення України / Н. М. Левчук // Міжнародна міграція та розвиток України в контексті Європейської інтеграції : зб. наук. пр. за матеріалами міжнар. конф. 16 жовтня 2007 р. - К. : ПЦ "Фоліант", 2008. - С. 147-155.

27. Реформування сектору безпеки // Україна в 2006 році: внутрішнє і зовнішнє становище та перспективи розвитку : експерт. доп. - Режим доступу : <http://www.niss.gov.ua/book/DOPOVID07/Dopovid-Rozd-4.pdf>. - Заголовок з екрана.

28. Сучасна демографічна ситуація в Україні: проблеми, перспективи, шляхи вирішення (наук.-аналіт. доп.) / за ред. акад. С. І. Пирожкова. - К. : Ін-т демографії та соц. дослідж. НАН України, 2007. - 72 с.

29. Про затвердження Норм фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах і енергії : Наказ М-ва охорони здоров'я України від 18 листоп. 1999 р. № 272.

30. Деякі питання продовольчої безпеки : Постанова Кабінету Міністрів України від 5 груд. 2007 р. № 1379 // Офіц. вісн. України. - 2007. - № 93. - С. 48. - Ст. 3405.

31. Про затвердження наборів продуктів харчування, наборів непродовольчих товарів та наборів послуг для основних соціальних і демографічних груп населення : Постанова Кабінету Міністрів України від 14 квіт. 2000 р. № 656 // Офіц. вісн. України. - 2000. - № 16. - С. 97. - Ст. 675.

32. Стан економічної безпеки України за 2006 рік : аналіт. записка. - К. : М-во економіки України, 2007. - Режим доступу : http://www.me.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=97980&cat_id=38738. - Заголовок з екрана.

33. Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді України : монографія / [О. М. Балакірева, Н. О. Рингач, Р. Я. Левін та ін.] / наук. ред. О. М. Балакірева. - К. : Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка, 2007. - 128 с.

34. Методика розрахунку рівня економічної безпеки України 20.03.2007. - Режим доступу: http://www.me.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=97980&cat_id=38738. - Заголовок з екрана.

35. Діяльність державної санепідслужби щодо здійснення державного санепіднагляду за безпечністю харчових продуктів за 2007 рік. - Режим доступу: <http://moz.gov.ua/ua/main/press/?docID=10565> 25.08.2008. - Заголовок з екрана.

36. *Elliott V. Food safety falls short of national goals* [Електронний ресурс] / V. Elliott // AMNews staff. - 2008. - May 5. - Режим доступу: <http://www.ama-assn.org/amednews/2008/05/05/hlsd0505.htm>. - Заголовок з екрана.

37. Міністр охорони здоров'я В. Князевич : "Якість питної води безпосередньо впливає на здоров'я громадян" 18.07.08 / В. Князевич. - Режим доступу: <http://moz.gov.ua/ua/main/press/?docID=10530>. - Заголовок з екрана.

38. Про затвердження Порядку державної реєстрації генетично модифікованих організмів та продукції, отриманої з їх використанням : Проект постанови Кабінету Міністрів України [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=8388>. - Заголовок з екрана.

39. Державна політика з охорони громадського здоров'я : навч. посіб. / за ред. І. М. Солоненка, Л. І. Жаліло. - К. : Вид-во НАДУ, 2004. - 116 с.

40. Екологічне громадське здоров'я : від теорії до практики : навч. вид. / за заг. ред. К. Чу, Р. Сімпсон; пер. : О. В. Кунгурцев, О. І. Мартинюк, Н. Д. Солоненко ; наук. ред. пер. : І. М. Солоненко, Л. І. Жаліло. - Кам'янець-Подільський : Абетка-НОВА, 2002. - 290 с.

41. *Москаленко В. Ф.* Пріоритетні напрями протидії глобальним загрозам громадському здоров'ю та міжнародна безпека в охороні здоров'я / В. Ф. Москаленко // Охорона здоров'я України. - 2007. - № 1. - С. 9-11.

42. Національна доповідь про стан навколишнього природного середовища в Україні у 2006 році. - К. : М-во охорони навколиш. природ. середовища України, 2007. - Режим доступу: <http://www.menr.gov.ua/cgi-bin/go?node=NAC%20dop%20p%20NPS>. - Заголовок з екрана.

43. *Качинський А. Б.* Екологічна безпека України: системний аналіз перспектив покращання / А. Б. Качинський. - К. : НІСД, 2001. - 312 с.

44. *Белінська Я. В.* Соціально-демографічні чинники впливу на фінансовий потенціал економічного розвитку / Україна в 2007 році: щорічні оцінки суспільно-політичного та соціально-економічного розвитку / Я. В. Белінська, Л. Д. Яценко, С. І. Лавриненко : монографія / за заг. ред. Ю. Г. Рубана. - К. : НІСД, 2007. - 538 с.

45. Національна безпека України, 1994-1996 рр. : наук. доп. НІСД / редкол. : О.Ф. Белов (голова) та ін. - К. : НІСД, 1997. - 197 с.

46. *Нижник Н. Р.* Національна безпека України (методологічні аспекти, стан і тенденції розвитку) / Н. Р. Нижник, Г. П. Ситник, В. Т. Білоус : навч. посіб. / за заг. ред. П. В. Мельника, Н. Р. Нижник. - Ірпінь : [б. в.], 2000. - 304 с.

47. *Белов О. Ф.* Найважливіші підсумки роботи НІСД у 1997-2000 роках // Стратегія розвитку України: теорія і практика / О. Ф. Белов / за ред. О. С. Власюка. - К. : НІСД, 2002. - 864 с.

48. *Богданович В. Ю.* Воєнна безпека України: методологія дослідження та шляхи забезпечення / В. Ю. Богданович. - К. : ВПЦ "Тираж", 2003. - 322 с.

49. *Радиш Я. Ф.* Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування : монографія / Я. Ф. Радиш. - К. : Вид-во УАДУ, 2001. - 358 с.

50. О Концепции национальной безопасности Российской Федерации : Указ Президента Российской Федерации от 10 янв. 2000 г. № 24 // Собрание законодательства Российской Федерации. - 2000. - № 2. - Ст. 170.

51. Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2007-2010 годы. - Режим доступа : <http://www.minzdrav.by>. - Заголовок с экрана.

52. Про демографічну безпеку України : проект Закону України. - Режим доступу : http://gska2.rada.gov.ua/pls/zweb_n/webproc4_1?id=&pf3511=16041. - Заголовок з екрана.

53. Демографічна криза загрожує безпеці : [Комент. голови Ком. Верховної Ради України з питань нац. безпеки та оборони Г. Крючкова щодо підготовки до проведення 21 трав. 2003 р. парламент. слухань "Демограф. криза в Україні: її причини та наслідки"] / Голос України. - 2003. - 13 трав. - С. 19.

54. *Стешенко В.* Демографічна криза в Україні - криза національна / В. Стешенко // Україна. - 2003. - № 5. - С. 17-18.

55. *Курило І.* Про медико-демографічні чинники формування і відтворення трудового потенціалу населення України / І. Курило // Україна: аспекти праці. - 2001. - № 8. - С. 35-42.

56. Про основи національної безпеки України : Закон України // Відом. Верховної Ради. - 2003. - № 39. - Ст. 351.

57. Міжнародний Пакт про економічні, соціальні та культурні права. - Режим доступу : http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=995_042&c=1#Public. - Заголовок з екрана.

58. *Москаленко В. Ф.* Право на здоров'я та охорону здоров'я у міжнародному законодавстві / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева, Г. В. Іншакова // Україна. Здоров'я нації. - 2008. - № 3-4 (7-8). - С. 103-114.

59. Про Стратегію національної безпеки України : Указ Президента України від 12 лют. 2007 р. № 105/2007 // Уряд. кур'єр. - 2007. - № 43.

60. Towards health security. A recent health crises in the WHO European Region / Ed. by G. Rockenschaub, J. Pukkila and M. C. Profili. - Copenh., WHO, Reg. Of. for Europe. - 2007. - 77 p.

61. Международная безопасность в области здравоохранения. Инвестируя в здоровье, построим более безопасное будущее : аналитическая записка. - Женева : ВОЗ, 2007. - 13 с.

62. Международные медико-санитарные правила (2005 г.). - Режим доступа : http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=897_007. - Заголовок с экрана.

63. Нові медико-санітарні правила. - Режим доступу : <http://www.yuricom.kiev.ua/main/uvu-publ-details.php?lang=ua&Parameter=PB-9633b35>. - Заголовок з екрана.

64. Міжнародні медико-санітарні правила. - Режим доступу : <http://health.unian.net/ukr/detail/1878>. - Заголовок з екрана.

65. Національна доповідь про стан техногенної та природної безпеки в Україні у 2006 році. - Режим доступу : http://www.mns.gov.ua/annual_report/2007/content_1. - Заголовок з екрана.

66. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 18 січня 2006 року "Про заходи щодо підвищення ефективності боротьби з небезпечними інфекційними хворобами : Указ Президента України від 14 лют. 2006 р. № 132/2006. - Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>. - Заголовок з екрана.

67. Более безопасное будущее: глобальная безопасность в области общественного здравоохранения в XXI веке : доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2007 г. - Женева : ВОЗ, 2007. - 74 с.

68. *Пасічник С. І.* Запобігання та протидія біотероризму: підходи та концепції / С. І. Пасічник, Г. І. Миронюк, Г. В. Василенко // Стратег. панорама. - 2007. - № 3. - С. 70-78.

69. *Кринична І.* Медико-соціальні аспекти управління запобіганням техногенним катастрофам / І. Кринична // Стратегія реформування системи державного управління на засадах демократичного врядування : матеріали наук.-практ. конф. за міжнар. участю (Київ, 31 трав. 2007 р.). : у 4 т. - К. : Вид-во НАДУ, 2007. - Т. 4. - С. 209-211.

70. Про затвердження Правил санітарної охорони території України : Постанова Кабінету Міністрів України (проект). - Режим доступу : <http://moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=8200>. - Заголовок з екрана.

71. *Данюк Н.* Санітарно-епідемічне благополуччя в Україні перебуває під контролем / Н. Данюк [Електронний ресурс] // Ваше здоров'я. - 2007. - № 24 (901). - Режим доступу : <http://www.vz.kiev.ua/med/24-07/9.shtml>. - Заголовок з екрана.

72. Програма дій, адаптована на Міжнародній конференції з питань народонаселення та розвитку, Каїр, 3-5 верес. 1994 р. - К. : Фонд народонаселення ООН, 1997. - 20 с.

73. Социальный мониторинг "Инноченти", 2004 г. - Florence : UNICEF Innocenti Research Centre, 2004 [Электронный ресурс]. - Режим доступа : www.unicef-icdc.org/publications/pdf/sm2004/sm2004_russian.pdf). - Заголовок с экрана.

74. *Халтурина Д. А.* "Русский крест": факторы, механизмы и пути преодоления демографического кризиса в России / Д. А. Халтурина, А. В. Коротаев. - М. : КомКнига, 2006. - 128 с.

75. *Халтурина Д. А.* Алкоголь и наркотики как важнейшие факторы демографического кризиса в России и Украине / Д. А. Халтурина [Электронный ресурс] // Демоскоп Weekly. - 2005. - № 227-228. - Режим доступа : <http://demoscope.ru/weekly/2005/0227/analit03.php>. - Заголовок с экрана.

76. Central and East European Barometer. - Режим доступу : <http://webapp.icpsr.umich.edu/ICPSR-SERIES/00018.xml>. - Заголовок з екрана.

77. Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния. Таллиннская хартия, Таллинн, Эстония. 25-27 июня 2008 г. - Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2008. - 6 с.

78. *Москаленко В. Ф.* Оптимальна модель системи охорони здоров'я: концептуальні засади та принципи побудови / В. Ф. Москаленко // Україна. Здоров'я нації. - 2008. - № 3-4 (7-8).

Розділ 2
СУЧАСНА МЕДИКО-ДЕМОГРАФІЧНА СИТУАЦІЯ
В УКРАЇНІ ЯК ОБ'ЄКТ ВПЛИВУ
ДЕРЖАВНО-УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ:
НАЯВНІ ПРОБЛЕМИ ТА ПРОГНОЗНІ ТЕНДЕНЦІЇ

2.1. Стан здоров'я населення як інтегральний
показник економічного і соціального
благополуччя країни

Категорія здоров'я є одним із найбільш складних, багатофункціональних понять, що поєднує в собі медико-біологічну та соціальну сутність. Здоров'я населення вважається його якісною характеристикою, основою продуктивної соціальної та економічної життєдіяльності. Класичне визначення ВООЗ здоров'я як "стану повного фізичного, духовного та соціального благополуччя, а не тільки відсутності хвороби або фізичних дефектів" (практично дослівно відтворено у ст. 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я), було розширене і доповнене у 1977 р. поняттям "соціальної і економічної продуктивності індивіда".

Здоров'я індивіда розглядається як динамічний процес збереження і розвитку його біологічних, фізіологічних і психічних функцій, оптимальної працездатності і соціальної активності при максимальній тривалості активного періоду життя.

Здоров'я нації - процес соціально-історичного розвитку психо-соціальної та біологічної життєздатності населення, що проживає на певній території в ряді поколінь, підвищення його працездатності і продуктивності колективної праці, удосконалення *Homo sapiens* як виду. Здоров'я є невід'ємною умовою ефективної участі індивіда в суспільно-економічних процесах. Незадовільний стан здоров'я не дає змоги людині плідно реалізовувати свої інтереси, пов'язані не лише із трудовою діяльністю, а і з суспільним життям.

Ще одне надзвичайно актуальне визначення здоров'я формується так: "Здоров'я - поєднання анатомічної цілісності організму і нормального функціонування особистості в сімейній, соціальній і трудових ролях, включаючи здатність адаптації до стресу, суб'єктивне відчуття благополуччя, невіддатливості ризику тяжких хвороб і передчасної смерті". Усвідомлення того, що здоров'я індивідуальне нерозривно пов'язане зі здоров'ям громадсь-

ким, є наріжним каменем сучасної соціальної політики. Феномен здоров'я поєднує чотири сфери - фізичну, психічну, духовну і соціальну в одну з найбільших особистісних і суспільних цінностей. Право на здоров'я є одним із найважливіших прав людини. У Декларації, прийнятій на Міжнародній конференції ВООЗ з первинної медико-санітарної допомоги (Алма-Ата, 1978), було акцентовано увагу як на загальному праві на охорону здоров'я, так і на відповідальності урядів за реалізацію цього права, а головною метою глобальної соціальної політики проголошено досягнення населенням такого стану здоров'я, що дав би змогу кожному вести повноцінний спосіб життя із соціальної та економічної точки зору.

Згідно з Конституцією України (ст. 3) людина, її життя та здоров'я визначаються найвищою соціальною цінністю. Кожна людина має право на життя і здоров'я (ст. 27), і, визнаючи це, держава забезпечує його захист через охорону здоров'я, тобто, за визначенням Основ законодавства України про охорону здоров'я, "систему заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя". У цьому ж законодавчому акті визначено спільну відповідальність за рівень здоров'я (як теперішнього, так і прийдешніх поколінь) суспільства і держави. Стан здоров'я населення є важливим інтегральним показником демографічного і соціального благополуччя країни, часткою національного багатства і одночасно джерелом соціально-економічного благополуччя людини в умовах конкурентного середовища, вагомим чинником національної безпеки.

Сучасний стан здоров'я в Україні інакше, як незадовільним, назвати не можна. На одностайну думку фахівців, несприятливі умови соціально-економічної кризи 1990-х рр. минулого століття стали могутнім каталізатором погіршення стану здоров'я й життєздатності населення України. Гостра і затяжна соціально-економічна криза в умовах трансформації суспільства позначилася на здоров'ї громадян України. Не можна недооцінювати негативний вплив на здоров'я населення забруднення навколишнього середовища і наслідків Чорнобильської катастрофи, зайнятості на виробництвах зі шкідливими для здоров'я умовами праці.

Оскільки в нашій країні зайнятість не є гарантією гідного рівня життя, значною є диференціація доходів та доволі високим - рівень бідності, а наявна система соціальних виплат та пільг не-

ефективна, остільки виникли передумови для обмеження доступу значної частини населення до медичного обслуговування, що не дає змоги повноцінно забезпечувати задеклароване Конституцією України право на охорону здоров'я, робить проблематичною можливість збереження і поліпшення стану здоров'я. Не меншу роль відіграло і посилення стресу, спровокованого труднощами перехідного періоду, що призвело до значної алкоголізації населення, зростання насильства і рівня самогубств. Протягом періоду суспільних трансформацій в Україні саме шкідливі й небезпечні стереотипи нераціональної вітальної поведінки закріпилися в свідомості та відобразилися у повсякденних діях значної частини населення країни. Це зумовили як численні матеріальні труднощі перехідного періоду, так і соціальна криза усталеного способу життя, зниження "вартості" людського життя та здоров'я на шкалі суспільних цінностей [1, с. 173].

У 2007 р. в Україні в середньому на кожні 100 осіб припадало 179 зареєстрованих хвороб, що великою мірою зумовлюється значним поширенням факторів ризику захворювань: шкідливих звичок (тютюнокуріння, вживання алкоголю і наркотиків), нераціонального харчування, малорухливого способу життя, ризикованої поведінки і низької відповідальності за власне здоров'я. Якщо рівень захворюваності з початку 1990-х рр. майже не змінювався і практично утримувався на одному рівні, то динаміка поширеності хвороб яскраво ілюструє тенденцію до накопичення патології: у 1990-2007 рр. показник поширеності хвороб збільшився у півтора раза: від 110,5 до 178,8 тис. випадків у розрахунку на 100 тис. осіб (рис. 2.1).

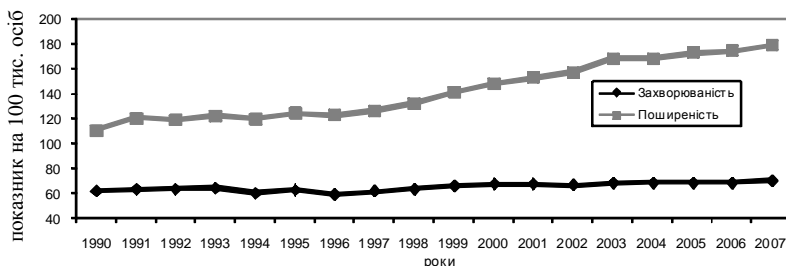


Рис. 2.1. Динаміка показників захворюваності та поширеності хвороб в Україні у 1990-2007 рр. (на 100 тис. осіб)*

*Рис. 2.1, 2.2, табл. 2.1 побудовано за даними Центру медичної статистики МОЗ України.

У структурі поширеності захворювань серед всього населення в Україні у 2007 р. перше місце (29,9%) посідали хвороби системи кровообігу, друге - органів дихання (20,4%), третє - органів травлення (9,7%). У структурі захворюваності найбільшу частку (42,5%) становили хвороби органів дихання; частки решти причин не досягають і десятої частини (хвороби системи кровообігу (7,4%); травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин (7,0%) та хвороби сечостатевої системи (6,5%)).

Погіршення здоров'я населення впродовж минулого десятиліття відбувалось в Україні на тлі підвищення показників поширеності захворювань практично по всіх класах хвороб. Особливо відчутним воно було для таких неінфекційних захворювань, як хвороби системи кровообігу (у 2,3 раза), хвороби сечостатевої системи (в 1,9 раза), ускладнення під час вагітності та післяпологового періоду (1,6 раза), уроджені аномалії (1,5 раза), новоутворення (1,4 раза). На думку фахівців, це може відображати і реальні зміни у захворюваності, і удосконалення діагностики низки патологій.

Погіршення стану здоров'я підростаючого покоління в Україні викликає занепокоєння, оскільки негаразди у сфері фізичного, психічного і соціального здоров'я дітей мають підвищений ризик трансформуватися з часом у серйозні порушення здоров'я, які нерідко обмежують можливості повноцінної життєдіяльності або вибору професії, викликають залежність від ліків та медичних послуг і які часто стають позитивними, що значно обтяжує подальше доросле життя і погіршує його якість.

Аналіз динаміки поширеності хвороб і захворюваності дітей та підлітків свідчить про погіршення стану здоров'я цього контингенту населення [2, с. 98-108; 3, с. 66-72; 4]. Так, у 2007 р. захворюваність дітей віком 0-14 років в Україні становила 1901,8 у розрахунку на 1 тис. осіб відповідного віку (2006 р. - 1357,8). Випереджальні темпи зростання частоти хвороб крові та ендокринної системи, новоутворень, хвороб кістково-м'язової системи, уроджених аномалій та хромосомних порушень стали характерними ознаками динаміки захворюваності дітей. За даними Центру статистики МОЗ, лише офіційний діагноз "ожиріння" поставлено кожній сотій дитині віком 0-14 років, проте потрібно пам'ятати, що зареєстровані далеко не всі випадки. Якщо за результатами профілактичних оглядів тільки у 50 шестирічних дітей з тисячі оглянутих виявлено зниження гостроти зору, то в групі учнів 9-11-х класів ця кількість зростає майже у півтора раза - до 73 на кожному тисячу.

Відповідно зростає вдвічі (з 20 до 43 на 1000 оглянутих) кількість дітей із сколіозом [4, с. 591-592].

За 1997-2007 рр. захворюваність дорослого населення зростала незначно, найбільший приріст її рівня спостерігався для таких патологій, як хвороби ендокринної системи, розладу харчування, порушення обміну речовин (удвічі); хвороби системи кровообігу (у 1,7 раза) та хвороби крові, кровотворних органів і окремі порушення із залученням імунного механізму (табл. 2.1). На думку фахівців, це може відображати і реальні зміни у захворюваності, і удосконалення діагностики ряду патологій.

Таблиця 2.1

**Захворюваність дорослого населення України
у віці 18 років і старше, у 1997 та 2007 рр., на 100 тис. осіб**

Класи хвороб та окремих нозологій	Захворюваність		
	1997	2007	2007 /1997, разів
Всі хвороби	49883	56646	1,1
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2060	2170	1,1
Новоутворення	851	1003	1,2
Хвороби крові, кровотворних органів і окремі порушення із залученням імунного механізму	149	218	1,5
Хвороби ендокринної системи, розладу харчування, порушення обміну речовин	448	907	2
Розлади психіки та поведінки	488	444	0,9
Хвороби нервової системи	6993	1500	x
Хвороби ока та придаткового апарату		3238	
Хвороби вуха та соскоподібного відростка		2245	
Хвороби системи кровообігу	3691	6217	1,7
Хвороби органів дихання	17518	17702	1,1
Хвороби органів травлення	2158	2466	1,1
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	3312	3464	1,0
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	3141	3462	1,1
Хвороби сечостатевої системи	3842	3462	0,9
Вагітність, пологи та післяпологовий період	4513	5421	1,2
Вроджені аномалії (вади розвитку), деформації і хромосомні порушення	12	15	1,3
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	5038	4853	1,0

У 2007 р. у структурі захворюваності дорослого населення переважали (близько третини) хвороби органів дихання; ще 10% належало патологіям системи кровообігу; 9,1% - таким причинам, як вагітність, пологи та післяпологовий період; 8,5% - хворобам сечостатевої системи; 8,2% - зовнішнім причинам (рис. 2.2).

Поширеність захворювань серед дорослого населення за 2005-2007 рр. практично не змінилася і становила 176708,3 у роз-

рахунку на 100 тис. осіб. Характерно, що показники поширеності захворювань серед жінок є вищими, ніж серед чоловіків, вони частіше звертаються до лікаря і ретельніше виконують його рекомендації. Основний внесок у формування існуючого рівня поширеності хвороб в Україні належить переважно ендогенним патологіям - хворобам системи кровообігу, органів дихання, органів травлення, кістково-м'язової системи і сполучної тканини та іншим, однак і частка екзогенної патології залишається досить значною, що нехарактерно для розвинених країн.

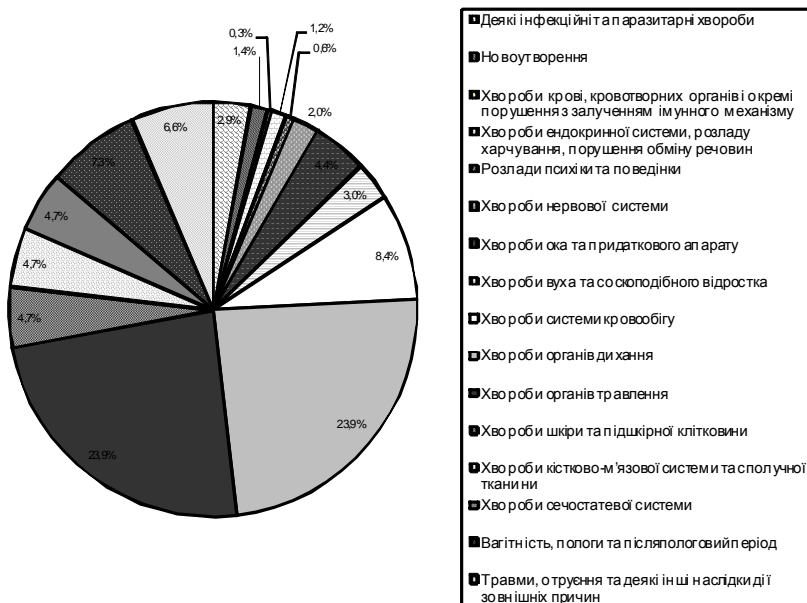


Рис. 2.2. Структура захворюваності дорослого населення України, 18 років і старше, 2007 р.

Частка ендогенної патології у структурі хвороб за останні роки послідовно зростала, що певною мірою пов'язано зі значним поширенням факторів ризику - нераціонального харчування, гіподинамії, тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотичних речовин. Хвороби системи кровообігу є найчисленнішою групою у структурі поширеності захворювань серед дорослого населення.

Очевидно, у найближчому майбутньому поширеність серцево-судинних та інших хронічних неінфекційних захворювань

буде зростати, що пов'язано з подальшим постарінням населення. Складається така ситуація, коли досить значна частина населення потребуватиме регулярного медичного нагляду та прийому певних медикаментів, у тому числі за життєвими показаннями. Так, у 2007 р. в Україні зареєстровано 162 232 особи з інсулінозалежним цукровим діабетом.

Надзвичайно тривожним є поширення так званих соціально небезпечних та соціально зумовлених хвороб. Зокрема, однією з нагальних проблем в Україні є поширення епідемії туберкульозу. В 2007 р. на обліку в протитуберкульозних закладах перебувало близько 0,5 млн хворих на туберкульоз, що є свідченням погіршення санітарно-епідеміологічного стану в країні та зниження рівня життя населення. У 2007 р. зареєстровано понад 37 тис. нових хворих на туберкульоз, показник захворюваності становив 79,8 на 100 тис. населення. У свою чергу, поширенню епідемії туберкульозу зумовлює епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу. Лише за 2007 р. зареєстровано 17,7 тис. нових випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України (для порівняння: у 2005 р. - 13,8 тис.). Поширеність ВІЛ серед вагітних у нашій країні є однією з найвищих в Європі. Залишається високою захворюваність на сифіліс - 35,3 на 100 тис. дорослого населення, на гонорею - 35,4 [4, с. 364-366].

Досить високою є захворюваність на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин та їх поширеність, яка досягла відповідно 388,8 та 2041,7 на 100 тис. осіб, хронічний алкоголізм зареєстровано у 1336,9 на 100 тис. осіб [4, с. 367]. За даними МОЗ, нині в Україні психіатричної допомоги потребує 2,5% населення.

В Україні наявні міжпоселенські розбіжності у стані здоров'я населення. Краща самооцінка і нижчі рівні поширення зареєстрованих статистикою патологій на селі парадоксально поєднуються з вищим рівнем смертності у сільській місцевості. Дійсно, те, що захворюваність городян в 1,3-1,4 раза перевищує її рівні на селі, а поширеність захворювань на селі нижча, ніж у містах, у середньому на 1/4, відображає не стільки краще здоров'я селян, скільки специфіку їх звернення за медичною допомогою, меншу доступність останньої через незадовільну її організацію, відсутність необхідних спеціалістів або обладнання та (в ряді випадків) і територіальну віддаленість закладів охорони здоров'я від місця проживання пацієнтів. Так, якщо захворюваність на активний туберкульоз досить незначно відрізняється у міських та сільських

жителів (відповідно 78,2 та 83,2 на 100 тис. осіб), то контингент хворих на всі форми активного туберкульозу у сільській місцевості є в 1,3 раза більшим і досягав у 2007 р. 234,9 проти 184,3 на 100 тис. осіб у містах [4, с. 357]. Певну роль відіграють також міжпоселенські відмінності якості обліку хворих і діагностики захворювань.

Поглиблене дослідження стану здоров'я сільських жителів, здійснене впродовж 2006 р. під час проведення національної акції "День здоров'я сільського населення" (за наказом МОЗ від 30 січня 2006 р. № 22-адм.), охопило приблизно 83% від усього сільського населення. Після проведення акції фахівцями було зроблено висновки про незадовільність попередньої роботи стосовно профілактичних оглядів, які мають на меті передусім ранню діагностику захворювань, у масштабі країни та необхідність її удосконалення. Так, під час оглядів сільських мешканців приблизно 2 млн захворювань було виявлено вперше. Той факт, що після первинного огляду консультації спеціалістів вторинного і третинного рівнів медичної допомоги потребувало відповідно 40 і 4,5% сільських мешканців, оглянутих на первинному рівні (за висновком експертів і світовим досвідом, зазначені частки становили лише відповідно 20 та 1%), може свідчити як про неефективність функціонування первинної медико-санітарної служби на селі через незадовільне матеріально-технічне та кадрове забезпечення, неналежну організацію етапності надання медичної допомоги на різних рівнях і відсутність чітких її критеріїв, так і про несприятливі тенденції стану здоров'я сільського населення.

Багато факторів впливу на стан здоров'я в Україні невідгідно вирізняє сільське населення від міського: складові рівня життя, нижчі можливості широких верств населення щодо задоволення своїх потреб у медичній допомозі (включаючи її фінансову та територіальну доступність), особливості способу життя й вітальної поведінки (зокрема, стосовно поширеності вживання алкоголю, нераціонального харчування, а також традиційно менш уважного ставлення до порушень стану здоров'я взагалі) [5, с. 118-119]. У сільській місцевості країни частка бідного населення є більшою, ніж у містах. Дещо сприятливішою на цьому тлі виглядає у селах лише ситуація із забрудненням довкілля промисловими відходами та щодо можливостей споживання екологічно чистіших продуктів власного виробництва. Однак жителі села стикаються з іншими небезпечними забрудниками навколишнього середовища -

пестицидами, мінеральними добривами, відходами тваринництва тощо. Крім того, слід зважати на фактор радіаційного забруднення, під вплив якого в Україні підпала значна частина північно-західних територій з переважанням сільського населення.

Однією з актуальних в Україні є проблема стійких органічних забруднювачів, передусім пестицидів (одним з найбільш відомих є ДДТ). Хоча хлоровані пестициди використовувалися у сільськогосподарському виробництві кілька десятиріч тому і нині вони заборонені, такі їх якості, як токсичність, стійкість і здатність до біоаккумуляції дотепер справляють негативний вплив на здоров'я людини і навколишнє середовище, в тому числі на здоров'я і благополуччя наступних поколінь. Крім того, контроль за дотриманням правил стосовно зберігання, транспортування, підготовки і використання пестицидів був недостатнім, особливо у 1990-х рр., коли здійснювалась перебудова сільського господарства України з переходом від колективного господарювання до індивідуального. Неконтрольоване використання пестицидів в індивідуальному господарстві значно підвищило ризик для здоров'я як працівників, які стикалися з ними в повсякденній діяльності, так і споживачів сільгосппродукції, зумовило проникнення пестицидів у навколишнє середовище і їх циркуляцію в харчовому ланцюзі. Разом з тим високий рівень забруднення сільськогосподарських угідь і харчових продуктів залишками пестицидів, невідповідність українських продуктів жорстким міжнародним нормам підриває експортний потенціал вітчизняної сільськогосподарської продукції, що також позначається на рівні реальних доходів селян.

Умови праці у сільській місцевості часто є гіршими, ніж у містах (нагадаємо, що рівень виробничого травматизму в сільському господарстві посідає 3-тє місце у структурі виробничого травматизму після промислового і травматизму у працівників галузей народного господарства та будівництва), неконтрольоване використання пестицидів і мінеральних добрив, кормів для птиці і худоби з хімічними добавками дещо зменшує, а то і зводить нанівець переваги продуктів з приватного сектору. Значна частина сільських мешканців працює в містах, для присадибного господарства не залишається часу, тому у їх звичному раціоні переважають продукти харчування (часто неякісні), придбані на недорогих оптових ринках по дорозі додому. Проблеми з доступністю безпечної питної води характерні для сіл у різних регіонах України, санітарно-гігієнічні умови життя в багатьох селах також не відповідають

сучасним нормам. На стан здоров'я населення впливають також дії таких чинників, як постаріння (велика частка людей похилого віку, які мають серйозніші порушення здоров'я, ніж молоді); інші зміни в якості населення через постійний міграційний вплив більш здорової, освіченої та ініціативної молоді до міських поселень або до інших країн. Все це аж ніяк не сприяє формуванню кращого, ніж у містах, стану здоров'я.

Репродуктивне здоров'я є важливим чинником забезпечення сталого розвитку. Саме репродуктивне здоров'я нації, перебуваючи біля витоків формування людського потенціалу, є необхідною передумовою реалізації соціально-економічних перспектив країни. Сучасний стан репродуктивного здоров'я населення України можна охарактеризувати як незадовільний. Як і на стан здоров'я населення взагалі, на здоров'я репродуктивне негативно впливають несприятливі соціально-економічні чинники, екологічні негаразди, які значно посилились у зв'язку з Чорнобильською катастрофою, інтенсивна дія ризиків для здоров'я, передусім зумовлених способом життя, поширення епідемій соціально небезпечних хвороб. Крім факторів, які спричиняють погіршення здоров'я нації в цілому, існує низка пов'язаних безпосередньо з репродуктивною сферою, з яких найбільш небезпечними вважаються високий рівень абортів та розповсюдження інфекцій, що передаються статевим шляхом.

Значна частина українських жінок часто використовує як метод планування сім'ї аборт. Високий рівень абортів є надзвичайно важливою медико-соціальною проблемою в Україні, адже саме аборт фахівці визнають основним чинником розладу репродуктивного здоров'я [2, с. 120; 6, с. 190-195]. Однак останнім часом завдяки реалізації низки програмних заходів з планування сім'ї рівень абортів істотно зменшився. Якщо у 1990 р. цей показник становив 82,3, у 2000 р. - 32,1; то у 2007 р. він знизився до 17,2 на 1000 жінок репродуктивного віку.

На сьогодні завдяки удосконаленню служб з охорони репродуктивного здоров'я, освітньо-профілактичної роботи з майбутніми батьками, підвищення поінформованості про заходи контрацепції та їх доступності спостерігається сприятлива динаміка - співвідношення пологів і абортів стало меншим, однак проблема абортів продовжує викликати занепокоєння. Загальновідомо, що аборт має як безпосередні негативні наслідки для народжуваності (тобто втрату потенційного життя плоду, що не народився, чи можливі випадки смерті жінки, яка у майбутньому могла б на-

родити, від його ускладнень), так і опосередковані - наступні невиношування вагітності або навіть безпліддя. Небезпечний аборт, навіть зроблений у найсучасніших медичних закладах, і для здоров'я жінки. Практично в кожній третій жінки після абортів виникають ті чи інші ускладнення. Крім фізичних наслідків, не можна забувати і про негативний вплив абортів на психічне здоров'я жінки, образу на партнера через відсторонення від "вирішення проблеми" тощо. Досить часто завершується аборт першою вагітністю (в Україні у 2007 р. - 12,3%). Високий ризик того, що перший аборт істотно зменшує шанс жінки відчувати щастя материнства у майбутньому та підвищує ймовірність появи різноманітних проблем зі здоров'ям упродовж подальшого життя, в тому числі психологічних, пов'язаних з відчуттям провини за власний вибір, що зумовив безплідний шлюб, недостатньо усвідомлюється в суспільстві, і потребує удосконалення профілактичної інформаційної роботи.

За даними Центру медичної статистики МОЗ України, у 2007 р. абортами завершилися понад 210 тис. вагітностей (у 2006 - майже 230 тис.). Відзначаючи важливість значного зменшення показника абортів на 1000 жінок репродуктивного віку порівняно з минулими роками, потрібно все ж усвідомлювати, що в розвинених країнах світу він на сьогодні вдвічі-втричі нижчий. На кожні 100 вагітностей в Україні припадає понад 33 аборти (33,55), на кожні 100 народжених живими - 44,3. Якщо порівняти останній показник з аналогічним у колишніх республіках СРСР, країнах постсоціалістичного табору та країнах ЄС, виявиться, що в сусідній Чехії (як і в ЄС в цілому) його рівень нижчий удвічі, тоді як у Росії ситуація гірша за українську (рис. 2.3). Навпаки, в Узбекистані, де висока народжуваність, на кожні 100 народжених живими припала майже в 7 разів менша кількість абортів.

Існує значна регіональна диференціація цього показника на території України. Найбільше перевищення загальноукраїнського показника спостерігалось у Кіровоградській (більш ніж на чверть), Луганській, Чернігівській та Київській областях. Звичайно, потрібно зважати на те, що можуть даватися взнаки і випадки можливої недоресстрації здійснених абортів. Найбільша кількість абортів сконцентрована у віковій групі 18-34 років, в якій показник на 1000 жінок репродуктивного віку становив 28,45 (для всього інтервалу фертильного віку він становив 17,2), причому найвищим він виявився у Кіровоградській, Одеській та Чернігівській областях). Державна програма "Репродуктивне здоров'я нації" на

період до 2015 року також серед основних індикаторів визначила зменшення рівня абортів ще на 20%.

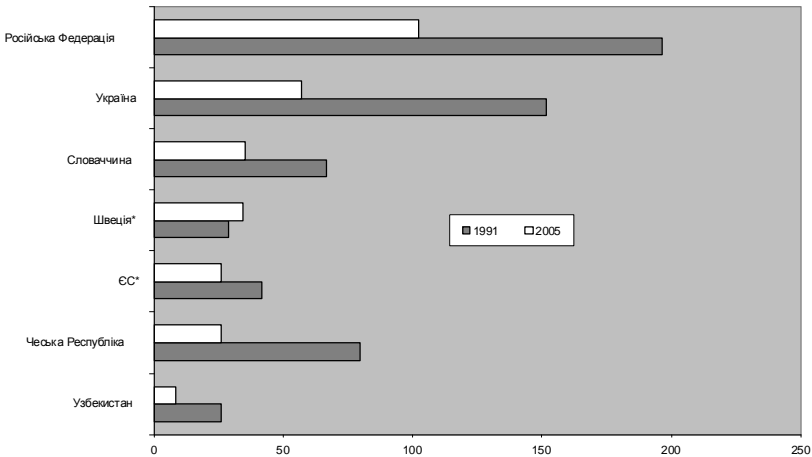


Рис. 2.3. Число абортів на 100 народжених живими в окремих країнах Європейського регіону, 1991, 2005 рр.**

Високий рівень як абортів, так і поширеності захворювань, що передаються статевим шляхом, зумовлюють дедалі більшу поширеність безпліддя. Значне поширення інфекцій, що передаються статевим шляхом, завдає невиправної шкоди репродуктивній сфері. Було б неправильним вважати причиною погіршення ситуації лише поширення на терени України сексуальної революції із Заходу. Падіння рівня життя значної частини населення, безробіття, бідність, підвищення мобільності населення, міграція як у межах країни, так і за кордон, нестійкість сімей, збільшення кількості сиріт та дітей, позбавлених батьківської турботи, поширення зловживання алкоголем та наркотиками, ранні статеві контакти і незахищений секс, безвідповідальне ставлення до власного здоров'я – ось далеко не повний перелік суто національних чинників, що спричинили поширення цієї патології.

За даними Медико-демографічного обстеження населення України 2007 р., здійсненого Українським центром соціальних реформ та Державним комітетом статистики України за допомо-

*Для Швеції та ЄС останні доступні дані стосувались 2004 р.

**Рис. 2.3, 2.4, 2.11, 2.13, 2.14, 2.16-2.18, 2.21, 2.23-2.26, 2.28-2.30, табл. 2.5, 2.6 побудовано за даними European health for all database HFA-DB.

гою агентства США з міжнародного розвитку та агентства Macro International Inc., у значній частині населення репродуктивного віку спостерігається ризикована з огляду на ймовірність зараження на інфекції, що передаються статевим шляхом, поведінка: 43% чоловіків і 22% жінок мали ризиковані статеві контакти, при цьому 48% жінок і 38% чоловіків нехтували захисним засобом.

Рівень захворюваності, а отже і внесок цих хвороб у порушення репродуктивного здоров'я в Україні набагато вищий, ніж у розвинених країнах Європи (рис. 2.4). За даними Центру медичної статистики МОЗ України, в останні роки спостерігалось зниження показника захворюваності на сифіліс і гонорею, однак фахівці наголошують на недооцінці масштабів поширення цих захворювань офіційною статистикою. Опосередковано це підтверджується і практично однаковими зареєстрованими рівнями обох патологій, хоча в реальності поширеність гонококової інфекції зазвичай вища (див. показники у країнах ЄС), як це спостерігалось і в Україні у минулому та відповідало особливостям епідеміологічного процесу.

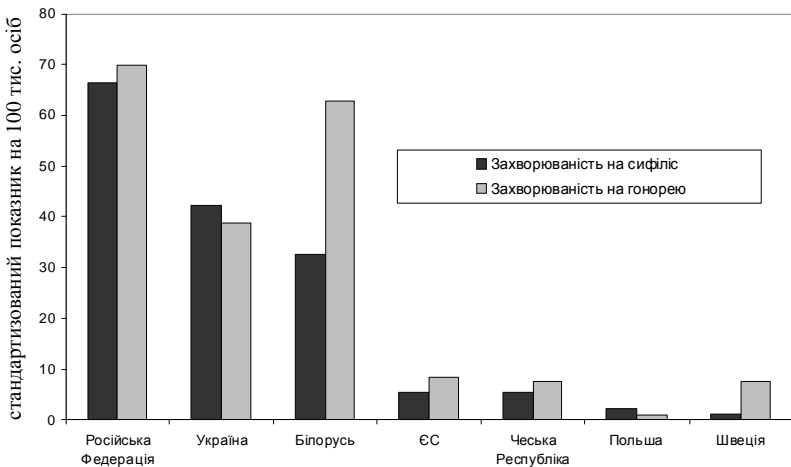


Рис. 2.4. Захворюваність на сифіліс та гонорею в Україні та окремих країнах Європейського регіону, 2005 р.

Така недооцінка може пояснюватися як нелегальним лікуванням передусім гонореї, так і самолікуванням або ігноруванням хвороби. Крім того, досить поширена практика самолікування підвищує ризик неблагополучних наслідків захворювання та перехід гострих форм у хронічні, часто малочутливі до медикамен-

тозного лікування, одночасно зберігається загроза зараження оточення такого хворого. У разі наявності інфекцій у вагітної жінки підвищується також ризик неблагополучного протікання вагітності та інфікування плоду, а отже і виникнення проблем зі здоров'ям майбутньої дитини.

Протягом останніх десятиріч спостерігається більш раннє фізичне і фізіологічне дозрівання молоді. Однак статева зрілість небезпечно поєднується з незрілістю соціальною, моральною, психічною, коли молода людина не передбачає наслідків своїх дій і не відчуває відповідальності за власну поведінку, часто не усвідомлюючи можливу шкоду для себе та свого партнера. Демократизація суспільства привносить більш вільні моральні норми, і тоді як західний світ починає повертатись до загальнолюдських ідеалів та стандартів поведінки, утверджуючи сімейні цінності та проводячи пропаганду добровільного утримання від статевих стосунків до шлюбу, в Україні вирує "сексуальна революція". Якщо 2-3 десятиріччя тому більшість українських юнаків та дівчат після закінчення середньої школи не мали досвіду сексуальних стосунків, то в 2006 р., за даними опитування, проведеного в рамках міжнародного дослідження Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC), здійсненого Українським інститутом соціальних досліджень ім. О.Яременка, до досягнення 15-16 років його вже мали більше чверті підлітків, а у групі юнаків-першокурсників ПТУ - навіть більше від половини [7, с. 83].

Зазначимо, що у сучасному світі роль репродуктивного здоров'я значно зростає. Від його стану залежить не лише рівень народжуваності, а й життєздатність майбутніх поколінь, що є важливою умовою нормального функціонування держави. На рівні сім'ї поліпшення репродуктивного здоров'я сприяє зменшенню безпліддя чи появи небажаної вагітності, які часто виливаються у сімейні конфлікти, що ведуть до дестабілізації шлюбно-сімейних відносин і до розлучень. Поліпшення репродуктивного здоров'я як невід'ємної складової здоров'я нації в цілому має бути пріоритетним напрямом діяльності уряду та системи охорони здоров'я.

Професійна захворюваність є однією зі складових загальної захворюваності дорослого населення. Щорічно виявляються вперше професійні захворювання та професійні отруєння у тисяч працюючих (у 2000 р. - 2,6 тис. осіб, у 2004 р. - майже 7 тис. осіб). На сьогодні значна частина населення України працює в несприятливих виробничих умовах. Так, за даними Держкомстату (2005 р.),

кожен четвертий (24,7% зайнятих) працює в умовах, що не відповідають санітарно-гігієнічним вимогам за багатьма параметрами, серед тих, хто працює на виробництві - кожен третій (35,5%), а в деяких галузях це явище ще більш виражене (зокрема, у вугільній промисловості - 74,1%, металургії - 59,5%). Лише у вугільній промисловості за 1988-2004 рр. кількість хворих зросла майже у 8 разів, і понад 80% хворих на професійну патологію пов'язано саме з цією галуззю. Це є важливою медико-соціальною проблемою для України, адже на сьогодні у вугільнодобувній промисловості зайнято близько 1 млн робітників (з них 400 тис. працює під землею). Ще однією галуззю, зайнятість у якій зумовлює високий ризик виникнення професійної патології, є металургійна (8% від всієї кількості хворих). Понад половину (62,9%) у структурі професійної захворюваності належить патологіям органів дихання (пневмоконіоз, хронічний пиловий бронхіт); частки хвороб нервової системи та органів чуттів становлять 25,8% випадків; кістково-м'язової системи та периферичної нервової системи - 12,3%.

Водночас наявні статистичні дані не відображають реальну ситуацію. За офіційними даними, Україна посідає місце у третьому десятку серед країн Європи за рівнем захворюваності на 100 тис. працюючого населення, тобто професійна захворюваність у нашій країні є нижчою, ніж у країнах ЄС, хоча порівняння умов, у яких працюють українські громадяни і їх колеги в Євросоюзі, не на користь України. Ще одним свідченням неадекватності статистики та, відповідно, недовиявлення патології є істотне зменшення професійної захворюваності у сільській місцевості, абсолютно недостовірне за явного погіршення умов праці. В процесі переходу до ринкової економіки, на тлі зростання частки виробництв приватної форми власності не відпрацьовано механізм виконання зобов'язань держави щодо забезпечення пріоритетності охорони здоров'я працюючого населення. Зниження якості медико-санітарного забезпечення, в тому числі згортання цехової служби, занедбання періодичних профілактичних медичних оглядів, використання застарілих, небезпечних технологій і обладнання, економія на засобах індивідуального захисту, відчуття соціальної незахищеності робітників та страх втратити робоче місце призводять до того, що значна частина патологій виявляється лише при розгорнутій клінічній картині і формуванні непрацездатності. Це означає, що основний принцип - принцип профілактики професійних захворювань - не виконується, що не може не позначитися на здоров'ї

працюючого населення як сьогодні, так і в найближчому майбутньому [8; 9]. Зростання рівня професійної захворюваності останніми роками, на думку фахівців, пов'язане з прийняттям низки нормативних документів, що передбачають суттєві компенсації за ушкодження здоров'я, спричинені несприятливими умовами праці.

Окремо варто спинитись на проблемі **стану здоров'я призовного контингенту**. Ще у XIX ст. полковник французької армії Ш.Ардан дю Піке стверджував: "У всіх справах, що стосуються армійської організації, дисципліни і тактики, у вирішальний момент битви основним фактором є людське серце... Людина - головна зброя в битві". Людський чинник у забезпеченні військової безпеки є визначальним, а стан здоров'я (всіх його складових - фізичного, психічного і соціального) призовного контингенту є однією з важливих якісних характеристик майбутнього поповнення українських збройних сил. Опосередковано цей фактор впливає і на кількісні характеристики цього контингенту, адже вимоги до стану здоров'я визначають придатність до несення служби в цілому або детермінують здатність виконувати конкретні функціональні обов'язки (як взагалі, так і у певних родах військ). Тому аналіз ситуації стосовно стану здоров'я дає змогу здійснити оцінку реальних і потенційних людських ресурсів поповнення військових сил, визначити шляхи управлінських втручань, спрямованих на збереження і укріплення здоров'я української молоді, в тому числі юнаків-допризовників.

Фахівці наголошують на тому, що на зміну характерному для радянського періоду уявленню про воєнну безпеку у зв'язку із загрозою виникнення війни і державну безпеку як безпеку державного устрою приходять системне уявлення про безпеку країни і народу, що відповідає сучасним внутрішнім та світовим проблемам [10; 11]. Останнім часом проблема незадовільного стану здоров'я українських юнаків призовного віку та спричинені цим проблеми щодо формування особового складу строкової служби отримали висвітлення у низці досліджень та публікацій [12; 13; 14, с. 117-119]. Однак помилковим було б розглядати лише проблеми чоловічого контингенту. У сучасному світі зростає кількість жінок, залучених до служби в армії. Форми їх участі коливаються - від обов'язкової строкової служби для дівчат в Ізраїлі до контрактної у США, у Європі є прецедент заняття жінкою посади міністра оборони. Є приклади успішної служби жінок в українській армії, що підтверджено ефективністю виконання ними своїх службових обо-

в'язків. Перспективи майбутнього переходу до контрактної армії вимагають гендерного підходу, і, відповідно, аналогічних досліджень здоров'я дівчат з огляду на придатність до несення військової служби.

В останні роки придатними до військової служби було визнано 74-76%, непридатними - 18-22% призовників, отримали відстрочку за станом здоров'я - 4-6%. З року в рік кількість юнаків, які отримують відстрочку за станом здоров'я, збільшується. Крім того, аналіз стану здоров'я вже призваних на військову службу показав, що після первинного огляду молодого поповнення у військових частинах у військкомати за місцем проживання щорічно повертається до 400 осіб. Водночас зменшення призовних ресурсів через проблеми зі здоров'ям або через інші причини, в тому числі законодавчі пільги, змушує військкомати знижувати вимоги до якості здоров'я призовних контингентів, забезпечуючи при цьому виконання плану призову за рахунок непридатних до військової служби.

Серед основних причин, через які в останні роки було повернуто з військової служби юнаків, основну частку становили хірургічні захворювання (близько 41%), нервово-психічні (38%) та внутрішні хвороби (16% від всіх звільнених). Збільшення звільнення призваних на військову службу в перший рік її проходження безпосередньо залежить від якості медичного забезпечення підготовки молоді до військової служби і ретельності та вірогідності медичних оглядів при призові на строкову військову службу. Медики свідчать: починаючи уже з першого року життя зростає захворюваність майбутніх призовників (317,7 випадків на 1000 хлопчиків до 1 року), досягаючи у юнаків 15-17 років 8415,2 випадків на 10 тис. населення. В результаті поширеність захворювань у найстаршій групі становить 15277,9 на 10 тис. населення, тобто на кожних 10 юнаків припадає 15 зареєстрованих хвороб.

Накопичення хронічної патології (тобто різниця між усіма зареєстрованими та вперше в житті встановленими захворюваннями) у юнаків 15-17 років лише за 1996-2004 рр. збільшилась у півтора раза (на 54,2%). Поряд з об'єктивним погіршенням здоров'я підлітків існує низка хвороб, які при своєчасному виявленні та лікуванні могли б і не вплинути на придатність до військової служби (наприклад анемії, жовчнокам'яна хвороба, хвороби підшлункової залози, контактні дерматити тощо). Майже у 160 тис. хлопчиків до 14 років (або 430,3 на 10 тис. населення) та в 70 тис.

юнаків 15-17 років (598,3 на 10 тис. населення) зафіксовано розлади психіки та поведінки; хвороби нервової системи - майже у 70 тис. хлопчиків до 14 років (або 178,3 на 10 тис. населення), і більш ніж 100 тис. юнаків 15-17 років (936,4 на 10 тис. населення). Ще понад 50 тис. юнаків 15-17 років страждали на короткозорість (443,2 на 10 тис. населення) [15].

У результаті профілактичних оглядів хлопчиків в окремих вікових групах у 2006 р. зафіксовано порушень зору - 53, осанки - 54, в тому числі сколіозу - 39, порушень слуху - 2,9 на кожну тисячу юнаків після досягнення ними призовного віку (за даними Центру статистики МОЗ України). Таким чином, до початку строкової служби стан здоров'я значної частини юнаків є незадовільним. А стан здоров'я (поряд з моральним станом) військових сил, що забезпечують безпеку країни, безпосередньо зумовлює її обороноздатність.

До показників воєнного потенціалу держави, зокрема, належить здатність країни утримувати і удосконалювати збройні сили відповідного складу, поповнювати їх навченими кадрами. Однією з важливих складових воєнного потенціалу є морально-психологічний стан особового складу і народу в цілому.

Під воєнною міццю держави мається на увазі сукупність всіх задіяних у воєнний і мирний час матеріальних і духовних сил, здатність держави мобілізувати всі сили для ведення війни (відбиття агресії), яка безпосередньо втілюється у збройних силах [16]. Демографічна ситуація безпосередньо впливає на формування воєнної моці держави через кількість і якість людських ресурсів. Так, M.Feshbach та C.Galvin (2005), формулюючи у звіті Агенції з міжнародного розвитку основні проблеми, пов'язані з епідемією ВІЛ/СНІДу в Україні, підкресливали ризик послаблення воєнної моці держави через прискорене зниження чисельності когорт, придатних до несення військової служби і служби в силових структурах.

Проблеми зі здоров'ям природним чином з дорослішанням призовників трансформуються у проблеми зі здоров'ям дорослих осіб, які перебувають на військовій службі. Останнім часом фахівці б'ють тривогу стосовно невідповідності фізичного, психічного і соціального здоров'я частини військовослужбовців жорстким вимогам, що висуваються до сучасних військових сил.

Так, зі складу 5-ї окремої механізованої бригади, яка виконувала завдання у Республіці Ірак, у 2003 р. за зловживання спиртними напоями, низькі морально-ділові якості та з інших причин

було відправлено в Україну 93 військовослужбовці, або 6% від особового складу контингенту.

Причиною майже кожного четвертого випадку загибелі українського миротворця були: дорожньо-транспортна пригода, самогубство, порушення правил безпеки та поведження зі зброєю, а також порушення військової дисципліни. На початок 2006 р. із загальної кількості всіх осіб, які отримали поранення, каліцтва та травми під час перебування у складі миротворчих контингентів, чисельність травмованих та скалічених через дорожньо-транспортні пригоди, порушення правил безпеки та поведження зі зброєю, в результаті позастатутних відносин становила 37% [17]. Зважаючи на те, що направленню українських військових до складу миротворчого контингенту, які висловили власне бажання взяти участь у цих операціях, передував жорсткий відбір, перспективи щодо поведінки пересічного складу в умовах воєнних дій є невтішними.

Ще однією проблемою є зниження в сучасному суспільстві престижу служби в армії. Навіть за наявності достатнього фізичного здоров'я для частини українських юнаків характерне активне неприйняття виконання військового обов'язку, бажання всіма можливими засобами ухилитися від строкової служби, яке часто підтримується і батьками*, і близьким оточенням. Причому лише для дуже незначної частки це детерміновано релігійними або ідейними переконаннями, однак саме ці молоді люди зазвичай добросовісно реалізують свій обов'язок на альтернативній службі.

Неприпустимою є ситуація, коли протягом останніх п'яти років, як свідчать загальноукраїнські соціологічні опитування Центру ім. О.Разумкова, разом із збільшенням кількості громадян, які вважають себе патріотами (з 71 до 75%), зменшується кількість готових захищати країну у разі війни - з 66 до 53% [18]. Таким чином, крім фізичного здоров'я, робота з майбутніми призовниками має бути спрямована і на духовну складову, виховання патріотизму і готовності захищати Вітчизну. Було б помилковим вважати основною причиною цього лише розмір фінансової винагороди за службу в армії. Аргументуючи необхідність поступовості процесу переведення армії на комплектування за контрактом, начальник Національної академії оборони України В.Радецький наголошу-

*Потрібно зазначити, що тривога батьків стосовно забезпечення під час проходження строкової служби умов для збереження здоров'я молодих солдат у ряді випадків є обгрунтованою.

вав на тому, що без докорінної зміни ставлення суспільства до військової служби, формування позитивної морально-психологічної мотивації у майбутніх контрактників (навіть у разі повного вирішення всіх матеріально-фінансових питань), проблема не буде розв'язаною [19]. Цілеспрямоване морально-психологічне забезпечення заходів щодо переходу збройних формувань до комплектування на контрактній основі сприятиме заощадженню значних коштів, з одного боку, та залученню до проходження служби більш свідомого контингенту допризовників - з другого.

Особливою проблемою, якою не можна знехтувати, аналізуючи стан здоров'я допризовної молоді, є дедалі більше поширення вживання молоддю речовин, що викликають залежність - тютюну, алкоголю, наркотиків [7, с. 79]. Сформована у дитячому чи підлітковому віці залежність, яка детермінує неадекватну немотивовану поведінку, у юнаків може зберегтися в армії, чим зумовлюється потенційна небезпека здоров'ю і навіть життю як власному, так і оточуючих.

Тютюнова залежність є причиною гіршого засвоєння знань, зниження фізичної витривалості, що безпосередньо позначається на стані і якості підготовки призовного контингенту. Зазначимо, що серед чоловіків за рівнем поширеності тютюнопаління Україна є одним із "лідерів" в Європі, що викликає занепокоєння стосовно придатності і більш старшого вікового резерву до вирішення складних завдань, що можуть постати перед військовими у разі збройного конфлікту.

Ще одним важливим аспектом є небезпечна сексуальна поведінка, яка призводить до поширення захворювань, що передаються статевим шляхом. Дані дослідження виявили небезпечну ситуацію - кожен четвертий-п'ятий з тих, хто вступав у статеві стосунки, не користувався засобами захисту від захворювань, що передаються статевим шляхом, автоматично потрапляючи в групу найвищого ризику поширення цих захворювань, у тому числі ВІЛ/СНІДу [7, с. 90-91]. Юнаки допризовного віку частіше наражаються на небезпеку інфікування, особливо у разі сексуальних контактів у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння. Дослідження показують, що соціальна і моральна незрілість хлопців, недостатня інформованість стосовно запобігання зараженню є причиною створення небезпечних для життя і здоров'я ситуацій як у підлітковому віці, так і під час служби в армії [20].

Таким чином, молодь підходить до початку трудоактивного періоду із сформованим стійким поведінковим чинником ризику низки небезпечних, у тому числі хронічних захворювань.

Існують і проблеми якості медичного нагляду за дітьми і підлітками, організації медичної допомоги хронічно хворим підліткам, і особливо якості обстеження допризовників медичними комісіями військкоматів, а також медичними закладами, які проводять експертизу за їх дорученням.

З одного боку, факт призову до війська нездорових юнаків суперечить Положенню про підготовку і проведення призову громадян України на строкову військову службу та є порушенням прав людини, з другого - призов до армії хворих є вкрай небезпечним і дорого коштує для самого призовника, армії і суспільства в цілому. Саме хворі призовники частіше стають жертвами, провокують нестатутні відносини або ж є носіями небезпечних інфекцій (ВІЛ, гепатитів тощо) [21].

А ргіогі військовослужбовці повинні мати добрий або задовільний стан здоров'я. Однак необхідною складовою будь-якої армії є медична служба, метою якої є збереження здоров'я та організація адекватної допомоги у разі виникнення його порушень, готова до виконання своїх функцій як у мирний час, так і у разі воєнних протистоянь. Медичне забезпечення військ постійно вдосконалюється. Свідченням цього стало розроблення і затвердження наказом міністра оборони України від 24 грудня 2006 р. "Програми розвитку системи медичного забезпечення Збройних Сил України на 2006-2011 роки". Метою програми є побудова такої системи медичного забезпечення, яка відповідатиме вимогам чинного законодавства щодо повноцінної охорони здоров'я військовослужбовців, підтримуватиме на належному рівні постійну готовність медичної служби до виконання завдань за призначенням в особливий період.

Аналіз звітних статистичних даних щодо отримання медичної допомоги у закладах охорони здоров'я Міністерства оборони України дає підстави зробити висновки про наявність проблем зі здоров'ям військового контингенту. Опосередковано відображає стан здоров'я кількість осіб, що потребували госпіталізації у військових медичних закладах, тобто мали порушення здоров'я, які вимагали лікування в умовах стаціонару. У військових госпіталах щороку проходять стаціонарне лікування понад 160 тис. хворих. Звичайно, до них віднесено не тільки тих, хто перебуває на військовій службі, а й осіб, які мають право на отримання медичної допомоги у закладах охорони здоров'я системи Міністерства оборони України, однак цифра все одно значна [22]. Таким чином,

порушення здоров'я спричинюють як прямі витрати (на медичну допомогу та реабілітацію), так і непрямі - через скорочення часу на навчання та виконання функціональних обов'язків військовослужбовцями.

Фахівці наголошують на підвищених вимогах до якості трудових ресурсів (освітній, кваліфікаційний рівень, фізична підготовка тощо) не лише призовного контингенту, а й зайнятих у секторі безпеки (військовослужбовців та співробітників інших силових структур військово-промислового комплексу тощо). Однак сукупну пропозицію на ринку праці характеризує спроможність суспільства задовольняти потреби держави в робочій силі для сектору безпеки, яка, в свою чергу, визначається демографічними факторами та соціально-економічними показниками розвитку країни [23; 24].

Метою соціальної політики держави є створення та забезпечення безпечного середовища проживання, що надає можливість повноцінного розвитку і реалізації фізичного, психічного та соціального потенціалу молодих поколінь, необхідного, крім всього іншого, для виконання військового обов'язку. Обов'язковою умовою розробки та реалізації такої політики є співпраця секторів охорони здоров'я, освіти, соціального захисту з урахуванням реальних потреб як молоді в цілому, так і найбільш уразливих її контингентів. Адже ефективно виконувати військові функції має гармонійно розвинута свідомо особистість, яка поєднує хороші фізичні дані, розумові здібності, здатність до навчання та адекватної реакції в складних ситуаціях, і має високі моральні якості. Обороздатність держави безпосередньо залежить від людського потенціалу військових сил, однією із визначальних характеристик якого є стан здоров'я.

Таким чином, стан здоров'я (фізичного, психічного, соціального) призовного контингенту в Україні впродовж останніх років є незадовільним з огляду на потребу у формуванні особового складу строкової служби, причому динаміка змін не дає підстави прогнозувати покращання ситуації в найближчому майбутньому. Загальне погіршення здоров'я молоді негативно позначається на стані національної безпеки через зменшення чисельності спроможних за станом здоров'я до виконання військового обов'язку та зниження якісних характеристик призовного контингенту.

Існують істотні недоліки в організації медичного забезпечення як підготовки юнаків-допризовників до строкової служби (несвоєчасна діагностика і неадекватні лікування та санація), так і експертизи придатності до несення військової служби, що транс-

формується у проблеми під час перебування у війську та зумовлює вимушене повернення частини військовослужбовців через неможливість виконання військових функцій.

Основними управлінськими принципами розробки заходів з покращання здоров'я юнаків-допризовників є системний підхід до комплексного вирішення наявних проблем через скоординовану взаємодію секторів охорони здоров'я, освіти та соціальних служб; превентивна спрямованість та активне залучення до того інститутів громадянського суспільства.

Важливою характеристикою людського потенціалу держави є його здатність до праці. Показники **інвалідності** дорослого населення України сьогодні відображають не стільки реальну працездатність і стан здоров'я населення, скільки специфіку соціально-трудового середовища, динаміку рівня соціального захисту [25, с. 372]. Запровадження нових соціально-економічних відносин, зростання конкуренції на ринку праці змусило частину осіб з деякими обмеженнями (які раніше певним чином пристосовувались до свого стану і могли існувати за рахунок власної праці) звертатися до соціальних служб для призначення пенсії. Для певної частини громадян пенсія у зв'язку з інвалідністю стала єдиним стабільним джерелом існування. Ще для частини населення, звичної до патерналізму радянських часів, пошук місця і нової ролі у швидкозмінних соціально-економічних умовах виявився занадто складним, тому більш привабливим і безпечним для них видається перебування на утриманні держави.

Як відомо, наявність задокументованої інвалідизуючої патології надає право на отримання певних соціальних пільг. Досить значну групу інвалідів становлять громадяни, інвалідність яких пов'язана з наслідками аварії на ЧАЕС. Динаміка інвалідності останніми роками є неоднозначною. За період 1987-1993 рр. рівень її зріс майже у 1,8 раза, а в першій половині 1990-х рр. змінився стабілізацією на досить високому рівні. З кінця 1990-х рр. цей показник повільно знижується. Таке зниження, що спостерігалось на тлі зростання захворюваності та поширеності хвороб, не може розцінюватись як покращання здоров'я населення і пов'язане швидше з чинниками правового і організаційного характеру та низьким соціальним захистом інвалідів. Частина працюючого населення, особливо в приватному секторі, не схильна легалізувати свій статус, намагаючись уникнути проблем із зайнятістю.

Показник первинної інвалідності дорослого населення коливається останнім часом біля позначки 50 на 10 тис. населення віком 18 років і старше. Основними причинами інвалідності населення України в останні роки залишаються серцево-судинні захворювання, новоутворення, травми, отруєння та деякі інші наслідки зовнішніх дій. Показник первинної інвалідності працездатного населення внаслідок туберкульозу, ілюструючи погіршення епідемічної ситуації в Україні, впродовж 2001-2005 рр. збільшувався з 3,4 до 3,9 на 10 тис. осіб працездатного віку; з 2006 р. спостерігалось його поступове зменшення, яке досягло рівня 2,9 на 10 тис. осіб працездатного віку у 2007 р. Високий рівень дитячої інвалідності є свідченням погіршення здоров'я та соціального неблагополуччя (у 2007 р. він становив 196,4 на 10 тис. дітей віком 0-17 років, у 2005 р. - 177,6; у 2006 - 191). Всього в Україні на кінець 2007 р. налічувалось майже 170 тис. дітей-інвалідів (167619), тобто цю кількість можна зіставити з населенням невеликого міста, з них майже 42 тис. є інвалідами внаслідок вроджених аномалій [4, с. 381]. Усе це призводить до погіршення якісних характеристик населення, адже діти-інваліди з часом здебільшого поповнюють ряди інвалідів-дорослих.

Довгі роки життя самі по собі не є абсолютною самоціллю, надзвичайно важлива для людини і суспільства якість прожитих років. "Хороше здоров'я - один з найважливіших ресурсів для соціального і економічного розвитку. Досягнення більш високого рівня розвитку людського потенціалу означає, що люди не лише живуть довше, але й довше зберігають своє здоров'я" - наголошується у Доповіді про стан здоров'я в Європі (2005 р.) [26].

Ймовірність для пересічного українського громадянина прожити менш тривале життя, ніж його ровесник, що мешкає в одній з розвинених європейських країн, є вищою; період життя без порушень здоров'я, які спричинюють непрацездатність аж до інвалідності, також є коротшим. Всесвітньою організацією охорони здоров'я використовується для якісної характеристики прожитих років показник очікуваної тривалості здорового життя (Disability-adjusted life expectancy), що розраховується як величина середньої очікуваної тривалості життя, зменшена на кількість років, прожитих у стані хвороби та/або інвалідності. Оцінні значення очікуваної тривалості здорового життя (ОТЗЖ) базуються на даних національних таблиць смертності, репрезентативних вибірових епідеміологічних дослідженнях стану здоров'я населення та рівнів наявних об-

межень фізичного та психічного здоров'я (з експертизою і визначенням ступеня непрацездатності), а також на детальній епідеміологічній інформації стосовно основних патологій. За оцінкою ВООЗ, очікувана тривалість здорового життя, тобто життя без періодів непрацездатності (тимчасової та стійкої (інвалідність)) та функціональних порушень в Україні більш ніж на 10 років менше, ніж у країнах ЄС, і на 14 років - ніж у Швеції - країні з одним із найвищих показників середньої очікуваної тривалості життя та найвищим показником тривалості здорового життя.

Отже, в середньому 8 років український громадянин живе з тим чи іншим порушенням здоров'я (за останніми доступними даними 2002 р., ОТЗЖ в Україні становила 59,2 року, тоді як середня очікувана тривалість життя - 67,2 року).

Соціальна нерівність у стані здоров'я. Однією з найважливіших складових досягнення соціальної справедливості у суспільстві є забезпечення рівності людей у правах, що стосуються збереження й поліпшення їх здоров'я. Вже хрестоматійним став приклад контрасту майбутньої долі двох дівчаток, наведений у World Health Report 2003 [27, с. ix]. Звіт починається з порівняння долі маленьких мешканок Японії та С'єрра Леоне - дівчаткам, що народилися в один день, судилося прожити різне за тривалістю життя. Якщо перша може прожити понад 85 років, то очікувана тривалість життя іншої - лише 36 років. Така різюча різниця зумовлена тим, що маленьку японку чекають своєчасні вакцинація і лікування продовж життя (в разі потреби), кваліфікована допомога при вагітності і дітонародженні, адекватне харчування і доступна якісна освіта, при негараздах зі здоров'ям вона може розраховувати на забезпечення ліками в середньому на суму понад 500 дол. США на рік. Її ж ровесниця в одній з найбідніших країн Африки має значний ризик вмерти передчасно: у дитинстві, при пологах, через відсутність необхідної медичної допомоги тощо, а доступна для неї вартість медикаментів становила б близько трьох доларів на рік.

Нині проблема подолання бідності розглядається світовим співтовариством як ключова у соціально-економічній політиці будь-якої держави, де зазначене явище має істотне поширення. Зниження рівня життя опосередковано позначається на стані здоров'я населення - через погіршення раціону харчування, медичного обслуговування, недоступність для широких верств населення багатьох ліків, відмову від занять спортом, хронічні психологічні та емоційні перевантаження, роботу в несприятливих умовах тощо.

Соціальна спрямованість державної політики у сфері охорони здоров'я, захист інтересів соціально уразливих верств населення в Україні задекларовані у низці програмних документів, на державному рівні передбачено соціальну підтримку непрацездатних громадян та осіб з обмеженими фізичними можливостями, підготовку до впровадження системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування і запровадження консолідованої системи адресної соціальної допомоги та соціальних послуг (у межах компетенції охорони здоров'я). Для певних категорій населення гарантовано безоплатний відпуск лікарських засобів (зокрема, згідно із законами України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту" і "Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні"). Функціонує спеціалізована мережа "ветеранських" аптек з обслуговування ветеранів війни і праці та інших громадян похилого віку. Однак усі ці заходи не можуть нейтралізувати значного поширення бідності в Україні та зростаючого розшарування населення за рівнем доходів.

Вивчення різниці у стані здоров'я й тривалості життя певних соціальних груп населення, особливо тих, що відрізняються за рівнем доходів, дає можливість оцінювати ступінь соціальної нерівності, з одного боку, та виявляти шляхи і резерви підвищення соціального контролю над станом здоров'я населення - з другого, а також є базою для прийняття обґрунтованих цілеспрямованих управлінських рішень. Фахівці акцентують увагу на складності дослідження кореляцій соціально-економічного становища індивідів і показників стану їх здоров'я через відсутність в Україні достатніх офіційних статистичних даних стосовно захворюваності й інвалідності з огляду на завдання соціально-демографічного аналізу. Окремо наголошується на вилученні в 1990-ті рр. із записів актів про смерть інформації щодо рівня освіти і зайнятості померлих, що значно ускладнило дослідникам аналіз соціальної диференціації смертності (і, відповідно, тривалості життя) [28-30]. Рівень освіти, зміст, характер та режим праці, професійна позиція, рівень оплати праці, матеріального добробуту незмінно детермінують специфіку способу життя індивідів, структуру споживання, побут, дозвілля, наявність чи відсутність шкідливих звичок та гігієнічно нераціональних стереотипів, можливості користування рекреаційними благами та якісною медичною допомогою, а отже, впливають на тривалість життя і здоров'я різних верств населення.

ня. У цьому контексті можна говорити про особливості соціального здоров'я різних верств населення, що детермінуються системою цінностей, установок і відповідних їм мотивів поведінки в конкретному соціально-економічному середовищі [31]. Як інфекційні, так і неінфекційні захворювання більш поширені серед малозабезпечених та соціально незахищених верств населення.

Результати широкомасштабного спеціального дослідження рівності в охороні здоров'я, проведеного Українським інститутом громадського здоров'я МОЗ України [29], свідчать, що поширеність захворювань серед малозабезпеченого населення на 45,7% перевищує аналогічний показник у забезпеченого; рівень госпіталізації осіб з низькими доходами втричі вищий, ніж осіб з доходами, що перевищують середні. Більшим серед малозабезпечених був рівень поширеності хронічних неінфекційних хвороб, наявність яких обмежує можливість заробляти на життя; незадовільні умови проживання та харчування погіршують ситуацію, а лікування забирає й без того незначні заощадження. Більша поширеність шкідливих звичок серед малозабезпечених верств населення зумовлює формування патології, пов'язаної з тютюнопалінням та зловживанням алкоголем, та, відповідно, зростання потреб у медичній допомозі.

На думку Н.М.Левчук, зменшення нерівності у здоров'ї та смертності невіддільне від зменшення соціально-економічної нерівності загалом. Доки розрив у соціально-економічному становищі окремих груп залишатиметься значним, а його інституціональна підтримка - сталою, немає підстав сподіватися на зближення показників життєзбереження й зменшення соціально детермінованої захворюваності та смертності [30].

Безперечним є взаємозв'язок характеру праці з рівнем освіти, яким, на думку І.О.Курило [28], опосередковується вплив соціально-професійних факторів на "вітальну" поведінку. Рівень освіти є незамінним при встановленні залежностей між власне економічними і санітарно-гігієнічними детермінантами стану здоров'я і тривалості життя населення через те, що він великою мірою визначає загальний рівень культури, що як складову включає й гігієнічну культуру індивідів. Було підраховано, що за умови збереження смертності у віці від 20 до 60 років на рівні показників населення з вищою освітою у 1989 р. кількість померлих була б в 1,8 раза нижчою [30].

Особи з вищим рівнем освіти живуть довше, ніж менш освічені, звідки випливає, що підвищення рівня освіти населення є

однією із соціальних передумов подовження тривалості його життя. Таким чином, зміни в структурі зайнятості населення, реструктуризація праці на користь інтелектуальних її видів, що диктується логікою переходу до інноваційного економічного розвитку, можуть розцінюватися і як важливий резерв підвищення життєздатності економічно продуктивних контингентів населення, зменшення впливу виробничих ризиків, пов'язаних із важкою фізичною працею, а отже, і скорочення передчасних медико-демографічних втрат.

Проте для України характерне поєднання високого рівня освіти з незадовільним матеріальним становищем, яке стосується значної кількості "бюджетників". Так, більшість лікарів, як і освітян, науковців, інженерів, які ще на початку трансформаційного періоду мали середні (за українськими стандартами) прибутки, сьогодні опинилася серед "нових бідних". Перехід значної частини людей з високим освітнім рівнем і високими соціальними орієнтирами до групи з мінімальними доходами має вкрай негативні наслідки стратегічного характеру взагалі і для стану громадського здоров'я зокрема. Навіть після низки підвищень заробітна плата медичних працівників нижча у 1,5-2 рази, ніж у промисловості (всупереч задекларованому законодавством принципу), і залишається неадекватною як складності та обсягу виконуваної роботи, так і важливості і відповідальності їх перед суспільством. Середньомісячна оплата праці в галузі впродовж останніх років коливалась в межах *прожиткового мінімуму для працездатної особи*, і лише у 2006 р. перевищила його, досягнувши 780,4 грн. Ця гостра соціальна проблема усвідомлюється урядом, досить часто піднімається як науковцями, так і громадськістю, однак реальні позитивні зрушення, незважаючи на регулярні підвищення зарплати, ще не спостерігаються [32, с. 16; 33, с. 73].

Таким чином, низький рівень оплати праці медичних працівників, з одного боку, є джерелом соціального напруження, негативного впливу на якість виконання професійних обов'язків, причиною відпливу кваліфікованих кадрів на роботу за кордон, з другого - провокує "тіньову" практику надання медичних послуг та сприяє корупційним проявам.

Нестатки незалежно від рівня освіти обмежують можливість застосування наявних знань та вмінь у процесі реалізації життєзберігаючої поведінки.

Безпосередній зв'язок високої захворюваності й смертності (особливо екзогенної) з бідністю і безробіттям, маргіналізацією і

соціальною ізоляцією не підлягає сумніву [34, с. 19-20], навіть у найбагатших країнах з доступною медичною допомогою у осіб з нижчого соціально-економічного класу спостерігаються більш високі показники захворюваності й смертності, ніж у верств з вищим соціально-економічним статусом [35, с. 67-69]. Ряд зарубіжних дослідників соціально-економічного статусу й стану здоров'я та смертності пов'язує розбіжності у цих процесах з характером праці, рівнем освіти й доходів [36], причому вони наголошують на важливості залежності здоров'я індивіда від співвідносної соціально-економічної позиції, яку він посідає [37], тобто впливу на погіршення стану здоров'я не просто гіршого соціально-економічного становища, а усвідомлення власної меншовартості чи знедоленості.

На думку І.О.Курило, передчасна смертність у працездатному віці, в структурі якої чільні місця посідають причини смерті, найбільш поширені серед нижчих соціальних верств (туберкульоз, нещасні випадки, зумовлені зловживанням алкоголем) або вищих (убивства, що стали для певних категорій звичним способом вирішення проблем у бізнесі та зведення рахунків в умовах криміналізації суспільства), відображає деформації соціально-економічного складу населення України, пов'язані з бідністю, надмірною соціальною нерівністю, зокрема, майновим розшаруванням, з маргіналізацією населення, нечисленністю середнього класу [28].

Існують різні думки стосовно відображення суспільно-економічних трансформацій останніх років на здоров'ї населення. Так, одні дослідники припускають, що від радикальних змін найбільше страждають у плані погіршення здоров'я ті, чий рівень добробуту за старого соціального порядку був вищим [38, с. 120], інші акцентують увагу на уразливості старших вікових груп, які болісніше сприймають різкі зміни [39, с. 490], або молодших - через більшу фізичну уразливість дитячого організму. Загальноприйнятою є думка про найвищий тягар соціальних зрушень на здоров'я населення працездатного віку [32, с. 9-17; 40]. Вивчення офіційної статистики смертності внаслідок убивств, злочинності (вбивств та замахів на вбивства), судової звітності щодо судимостей за навмисні вбивства й показників матеріального добробуту і соціально-економічного становища в Україні та її регіонах дало підстави Н.М.Левчук зробити висновки щодо зв'язку рівня злочинності не з рівнем і глибиною бідності, а з показником нерівності у розподілі доходів (індексом Джині). У регіонах, де за останні роки цей індекс підвищився, рівень злочинності виявився вищим.

Таким чином, не бідність сама по собі є ризиком крайніх форм девіантної поведінки, яка несе загрозу для життя оточуючих, а глибокий розрив між бідністю і багатством, що спричиняє загострення криміногенної ситуації в цілому і зростання кількості злочинів проти життя і здоров'я людини зокрема [41].

Специфіку культури здоров'я і особливості його соціальної диференціації відображають суб'єктивні оцінки стану здоров'я. Парадоксальність отриманих під час опитування даних стосовно самооцінки здоров'я населенням України з різним рівнем доходів (найгірші самооцінки продемонстрував один із найвищих за рівнем добробуту дециль домогосподарств, найкращі - 10% найменш забезпечених (за середньодушовими сукупними витратами) домогосподарств [42, с. 50]), на думку дослідників, скоріше відображає менш уважне ставлення до свого здоров'я осіб з малозабезпечених верств населення, занижений рівень їх запитів і вимог (у тому числі до свого самопочуття), а також недоступність якісного медичного обстеження й лікування для "соціальних низів" [28].

Поглиблення соціального розшарування населення зумовлює формування значної диференціації здоров'я в сучасному українському суспільстві.

Самооцінка стану здоров'я і її використання в державному управлінні охороною громадського здоров'я. Загальнови́зано, що офіційна статистична інформація не досить повно відображає реальний стан здоров'я населення. Наприклад, показник захворюваності населення, який формується "за зверненнями", перебуває під впливом низки об'єктивних та суб'єктивних чинників: можливостей/бажання людини звернутися до лікаря, кваліфікації медичного персоналу та матеріально-технічного забезпечення (і, відповідно, повноти діагностики), організації звітності на місцевому та державному рівні. Скорочення обсягу та якості санітарно-профілактичної роботи протягом останнього десятиріччя позначилося на зниженні обізнаності населення щодо ризиків захворювань, його санітарної культури. Серед певної частини працюючого населення, переважно зайнятого у приватному секторі, поширеною є практика звернення по медичну допомогу лише в невідкладних ситуаціях, тобто менш вагомій розлади здоров'я не фіксуються офіційною статистикою.

Значна частина осіб свідомо обмежує звернення до лікувальних закладів через матеріальну неспроможність придбання ліків, оплати необхідних медичних послуг. Молодь рідше, ніж більш

старші, звертаються по допомогу, а отже, "випадає" з поля зору медиків, через що наявні проблеми зі здоров'ям проявляються зазвичай у дорослому віці, коли вплив на них стає менш ефективним і більш економічно витратним.

Показники зареєстрованої захворюваності не стільки відображають істинний її рівень, який реально може бути значно вищим, скільки характеризують організацію медичної допомоги. Показники смертності є більш об'єктивними, однак дають змогу оцінити ситуацію "post factum", коли можливість дієвого втручання в конкретних випадках втрачена, а процес вивчається ретроспективно. Тому отримання даних із самооцінювання стану здоров'я за результатами репрезентативних соціологічних досліджень є дуже важливим для прийняття управлінських рішень у сфері громадського здоров'я.

Сукупність залежних від характерологічних особливостей конкретних людей та їх сприйняття власного самопочуття оцінок досить реально відображають ситуацію стосовно суспільного здоров'я в цілому. Як зарубіжні, так і вітчизняні автори зазначають, що розрахунки тривалості здорового життя із залученням об'єктивних характеристик мало відрізняються від розрахунків на основі лише самооцінки здоров'я, що підтверджує важливість і достовірність суб'єктивного оцінювання [43; 44].

У сучасному світі поширене вивчення суб'єктивного самопочуття серед різних груп населення для оцінки стану здоров'я як на національному, так і міжнародному рівнях. Прикладом останнього є опитування "Health behaviour schoolage children" (HBSC) з моніторингу здоров'я і гігієнічної поведінки молоді в Європейському регіоні ВООЗ та Північній Америці, яке сприяє більш глибокому розумінню основних детермінант здоров'я молодого покоління [45]. Дослідження HBSC 2001/2002 рр. виявило низьку самооцінку здоров'я українською учнівською молоддю. Дійсно, Україна (поряд з Латвією, Литвою та Російською Федерацією) очолювала список країн з найбільшою часткою тих, хто вважав власне здоров'я поганим та задовільним. Так оцінили своє здоров'я 63,1% дівчат та 31,5% хлопців у 15-річному віці.

В аналогічному опитуванні 2005/2006 рр. Україна знову була першою у списку країн з найгіршою оцінкою підлітками власного здоров'я, причому ця позиція виявилась досить стійкою - так вважали і наймолодші (11-річні), і найстарші (15-річні) респонденти

[46, с. 60-61]. Виявлено певні відмінності у оцінці здоров'я залежно від матеріального становища родини респондентів.

Закономірно, що і серед хлопців, і серед дівчат в більшості країн відзначався відносно чіткий градієнт, що ілюструє зменшення частки тих, хто гірше оцінює своє здоров'я, зі збільшенням достатку сім'ї. Так, 59% дівчат та 33% хлопців з українських сімей з низьким рівнем доходу оцінили своє здоров'я як погане та задовільне, тоді як з високим - відповідно лише 46 та 19%. Такий розподіл виявився найбільш вираженим для України. Хоча в сусідній Польщі і спостерігалась подібна тенденція, однак частки таких оцінок були значно меншими (21 проти 14% у дівчат, 16 проти 9% у хлопців).

Не тільки молодь вважає своє здоров'я гіршим, така позиція притаманна і людям старшого віку. Дані порівняльного аналізу самооцінок здоров'я населенням різних країн свідчать про більш песимістичне оцінювання його українськими громадянами. Зокрема, за результатами міжнародного дослідження "European Social Survey", проведеного у 24 країнах Європейського Союзу та Україні у 2005 р. під керівництвом професора Лондонського університету Р.Джовела, частка тих, хто оцінював своє здоров'я як "погане" і "дуже погане", в нашій країні виявилась найвищою і становила 23,2% (у Швейцарії - 2,6%, у Польщі - 12,9%). Набагато менше респондентів вважали стан здоров'я "добрим": 24,1% проти 52,2% у Швейцарії та 41,8% у Польщі. Про "дуже добре" здоров'я заявили лише 1,9% опитаних, при тому, що в жодній з досліджуваних країн цей показник не був нижче від 7,5%, а в більшості країн коливався від 15 до 40%. Половина опитаних оцінили стан здоров'я як "посередній" (50,4%), тоді як у всіх досліджуваних країнах, крім Естонії (40,1%), така самооцінка не перевищувала 35% [47].

Результати подібних опитувань мають важливе значення для формування політики у сфері охорони громадського здоров'я, процедури оцінювання впливів на здоров'я [48], а також повсякденної медичної практики.

Виділяються три основних суб'єктивних показники здоров'я: самооцінка власного здоров'я, скарги на здоров'я та задоволеність життям. Якщо певна частина скарг на здоров'я реєструється офіційною статистикою (ті, які висловлені при зверненні по медичну допомогу і стали підставою для діагностування патології), то для отримання даних про інших два показники потрібні спеціальні соціологічні дослідження, що вимагає додаткових матеріальних та часових витрат на їх організацію та проведення, роботи

з населенням для одержання поінформованої згоди на участь в опитуванні, ускладнюючись досить жорсткими вимогами щодо репрезентативності вибраної групи респондентів та досягнення достовірності отриманих результатів. У результаті ключові аспекти здоров'я і благополуччя залишаються поза увагою і використовуються в управлінських цілях неналежно.

Доступність інформативних та достовірних даних, які характеризують стан здоров'я - основна запорука виявлення і розуміння проблем громадського здоров'я, а також планування й оцінки діяльності у сфері його охорони. Зарубіжні фахівці зазначають, що пріоритети в цій сфері змістилися від макросоціальної структурної інформації (такої, як смертність немовлят, материнська смертність тощо) через клінічні індикатори (наприклад рівень холестерину в крові, артеріальний тиск) до інформації щодо самооцінки здоров'я [49]. Концептуально суб'єктивне сприйняття здоров'я тісно пов'язане з відносно новою сферою досліджень, а саме з якістю життя. Якість життя найточніше трактується як конкретизація еталонного визначення здоров'я (ВООЗ) шляхом включення самооцінки благополуччя та рівня діяльності у фізичній, емоційній і соціальній сферах життя (М. Bullinger, 1991). Звичайно поняття якості життя акцентує увагу на ролі сприйняття, тобто інтелектуальній та емоційній оцінці сукупності даних, пов'язаних зі здоров'ям, а не просто на звітній інформації про власну поведінку і діяльність. Фахівці різних спеціальностей (медики, психологи, соціологи) підкреслюють важливість самооцінки, адже визначальним для усвідомлення власного здоров'я або нездоров'я людини є суб'єктивне самопочуття. Саме воно певною мірою визначає поведінку особистості, продуктивність її праці і реалізацію соціальних функцій.

За даними опитування, проведеного Держкомстатом України у жовтні 2006 р. у 10,5 тис. домогосподарств, 41% населення оцінювало стан свого здоров'я як "добрий", причому закономірно, що найвищою така частка виявилась у респондентів віком до 30 років [50]. Максимальною частка таких осіб (73%-60%) була серед дітей віком до 14 років (за оцінкою батьків), підлітків, молоді у віці 18-29 років. У групі населення трудоактивного віку (25-64 роки) 37,3% відзначили добрий стан здоров'я, 53,6% оцінили стан власного здоров'я як задовільний, решта вважала його поганим.

Особливістю міжпоселенської диференціації самооцінок стану здоров'я є зазвичай порівняно більш висока концентрація городян у складі осіб із задовільним станом здоров'я, у той час як

сільські жителі відчутніше "поляризуються" за суб'єктивними оцінками здоров'я (рис. 2.5). При цьому серед молоді більш явно переважають позитивні оцінки, а серед осіб старше працездатного віку відносно більше селян скаржаться на поганий стан здоров'я. Респонденти з великих міст дещо частіше за жителів малих міст вважали своє здоров'я поганим та відносно рідше - добрим.

Сім з 10 опитаних осіб повідомили, що впродовж 2006 р. хворіли, найчастіше це відбувалося в групах дітей 3-6 років (за свідченням батьків) та дорослих пенсійного віку, причому жінки повідомляли про проблеми зі здоров'ям частіше за чоловіків. Більшість осіб, які перенесли захворювання, відзначили їх негативні довготермінові наслідки: майже кожна п'ята особа відзначила їх вплив на працездатність, близько третини - на можливість займатися фізичною працею, відвідувати культурні заклади, вести активний спосіб життя. Із загальної кількості опитаних осіб 36% мали хронічні захворювання або проблеми зі здоров'ям, а зверталися за медичною допомогою протягом року майже 80% опитаних.

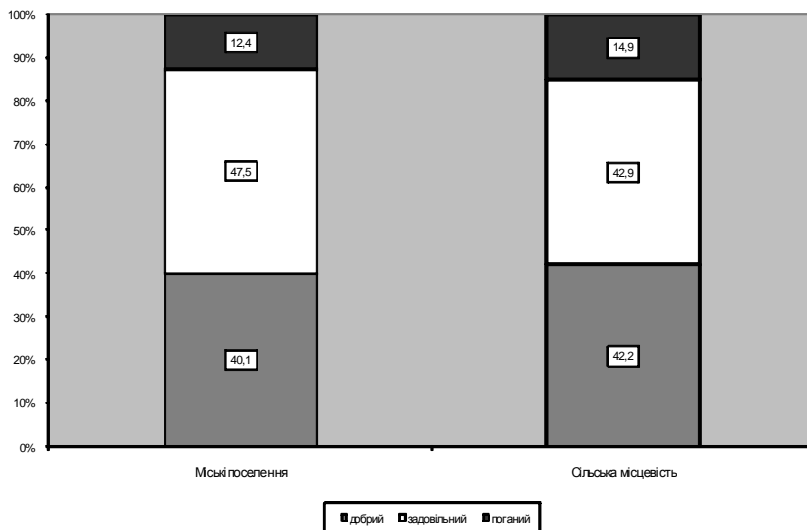


Рис. 2.5. Самооцінка стану здоров'я жителями міських поселень та сільської місцевості в Україні, 2006 р.*

*Рис. 2.5, 2.6 побудовано за розрахунками фахівців ІДСД НАНУ за даними обстеження домогосподарств в Україні.

Однак, незважаючи на досить високий рівень незадоволеності власним здоров'ям, з одного боку, та усвідомлення ризику тютюнопаління для здоров'я - з другого, шкідливу звичку курити має чверть населення у віці, старшому за 12 років. Надзвичайно небезпечним є те, що кожен третій громадянин з тих, хто курить, має "стаж" понад 20 років. Серед дорослих чоловіків курять майже кожні три з п'яти у віці 18-59 років, кожен третій непрацездатного віку. Серед жінок тютюнопаління найбільш поширене в активному дітородному віці: кожна дев'ята жінка у віці 18-29 років повідомила, що курить. Викликає занепокоєння дедалі більше поширення шкідливої звички серед дітей та підлітків: за даними опитування домогосподарств, це стало звичкою для частини зовсім юних (0,2% хлопців 12-13 років та 5% хлопців і 1% дівчат у віці 14-15 років), а серед підлітків у віці 16-17 років курять уже 16% хлопців та 3% дівчат.

Дослідження демонструють істотну відмінність самооцінки здоров'я чоловіками і жінками, останні схильні до більш песимістичного оцінювання, причому така ситуація спостерігається впродовж останніх років під час різних опитувань, виконаних різними дослідницькими колективами у різних прошарках населення [7; 51; 52]. Так, при обстеженні домогосподарств в Україні у 2006 р. 43,5% чоловіків і лише 32% жінок оцінили свій стан здоров'я як добрий, зате поганим його визнали 10,3% жінок і 7,7% чоловіків трудоактивного віку 25-64 роки (рис. 2.6). Ці дані співвідносяться і з даними стосовно меншого порівняно з однолітками-жінками рівня поширення зареєстрованої патології, що парадоксально поєднується з вищим рівнем смертності чоловіків у трудоактивному віці. На нашу думку, результати опитування ілюструють менш відповідальну вітальну поведінку чоловіків.

На підставі даних останньої хвилі соціологічного опитування, проведеного в Україні в межах міжнародного проекту ВООЗ "Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді" (HBSC 2006) Інститутом соціальних досліджень ім. О.Яременка [7, с. 66-67], можна зробити висновок про відносно більшу поширеність тютюнопаління: повідомили, що курять, 43% хлопців та 29% дівчат у віці 15-16 років (на нашу думку, розбіжність з даними попереднього опитування домогосподарств можна пояснити більшою відкритістю молодих людей під час анонімного власноручного заповнення анкет поза домівкою).

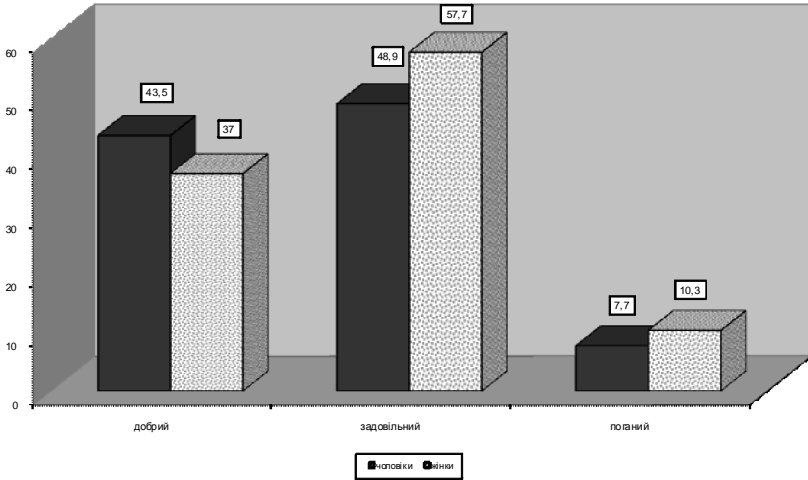
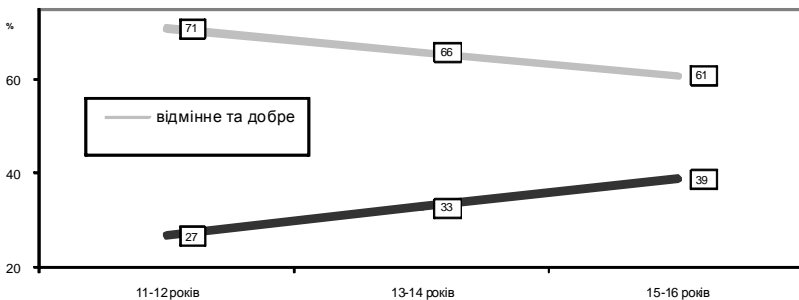


Рис. 2.6. Самооцінка здоров'я населенням України у віці 25-64 роки, 2006 р.

Комплексні дослідження проблем здоров'я і освіти - двох з трьох основних складових людського розвитку, сьогодні набувають значного поширення насамперед серед молоді. Важливість проектів, подібних до HBSC, не можна недооцінити: адже саме такі соціологічні дослідження дають об'єктивне підґрунтя для правильного вибору стратегічних напрямів і конкретних складових програм. Опитування надає інформацію про панівні тенденції серед учнівської молоді, які сприяють або заважають розвитку (наприклад щодо куріння, вживання алкоголю, наркотиків, сексуальної культури, фізичної активності, матеріального становища, сімейного та шкільного оточення, способів проведення дозвілля, рівня інформованості, знань, навичок, міфів і стереотипів, ставлення до життєвих проблем і поведінкових практик, загалом оцінок власного життя тощо). Самооцінка молоддю власного здоров'я є одним із таких важливих показників. Під час опитування 2006 р. у середньому близько половини респондентів віком 11-16 років обирали оцінку "добре". Викликає занепокоєння, що з віком більш ніж удвічі зменшувалася частка респондентів, які вважали своє здоров'я відмінним, натомість зростала кількість опитаних, які оцінили його задовільним (рис. 2.7). Спостерігається чітка тенденція - чим старшими були опитані, тим гіршими були самооцін-

ки, а сума оцінок здоров'я як "задовільного та поганого" зростала, що свідчить про суб'єктивне погіршення самопочуття.

Юнаки схильні краще оцінювати стан власного здоров'я, ніж дівчата. Така "чоловіча" оптимістичність притаманна не лише українській молоді, що навчається. В інших країнах, які брали участь в опитуванні, дівчата також були більш критичними стосовно власного здоров'я (рис. 2.8) [46, с. 60-61], тобто вже в підлітковому віці проявляється схильність жінок частіше порівняно з чоловіками оцінювати своє здоров'я гірше, і цей феномен не залежить від національних особливостей.



*Рис. 2.7. Розподіл учнівської молоді за самооцінкою стану здоров'я залежно від віку, 2006 р.**

Вражає, що частка української учнівської молоді, яка оцінює власне здоров'я не найкращим чином, виявилась найбільшою серед усіх країн. Очевидно, підстави для цього були. Наприклад, 40% опитаних скаржились, що їм дошкуляє головний біль раз на 1-4 тижні, 23% - майже щодня або кілька разів на тиждень, лише в кожного третього голова боліла рідко або ніколи не боліла.

Незважаючи на існування певних проблем, опитані не часто зверталися по медичну допомогу з власної ініціативи, що свідчить про недостатню відповідальність за своє здоров'я. Так, кожен п'ятий звертався до медпрацівника не частіше ніж раз на півроку, майже така сама частка - раз на три місяці. Можливо, певну роль у цьому відіграло те, що третина респондентів не віри-

*Авторські розрахунки за результатами опитування "Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді України".

ли в збереження медичним персоналом конфіденційності звернення до медичного закладу.

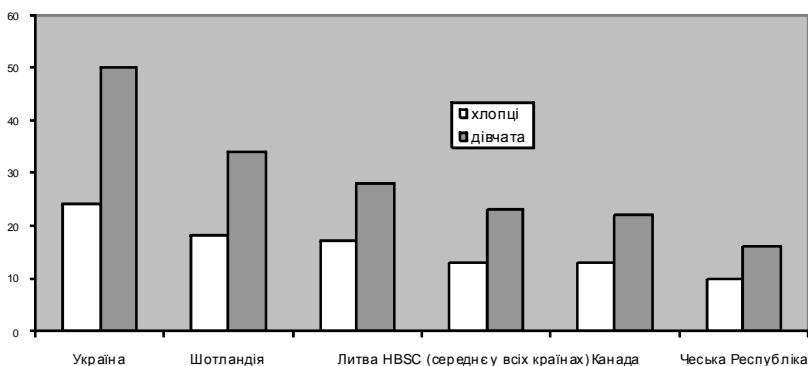


Рис. 2.8. Частка опитаних віком 15 років, які оцінювали власне здоров'я як "задовільне" та "погане" [45, с. 61]

Становить інтерес те, що оцінка респондентами власного здоров'я (як і поширеності тютюнопаління) корелює з наявністю повноцінної сім'ї та легкості спілкування з обома батьками, що переконливо демонструє цінність доброзичливих сімейних стосунків (причому це справедливо як для дівчат, так і для хлопців з усіх країн). Позитивна оцінка шкільного життя також асоціюється з більш високою суб'єктивною оцінкою власного здоров'я та задоволеністю життям.

Парадоксально, що хоча опитування в рамках дослідження "Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді України" підтвердило пряму залежність відчуття підлітками себе щасливими від стану власного здоров'я, назвали його в переліку необхідних для щастя речей, цінністю, якої не вистачає, лише 2,5% опитаних, що переконливо ілюструє відсутність у сучасної української молоді усвідомлення соціальної значущості здоров'я.

Згідно з принципом розширення прав і можливостей людини вивчення здоров'я молоді має включати її власну точку зору при визначенні особистого фізичного і психічного благополуччя. Суб'єктивні показники мають цілком об'єктивні поведінкові наслідки. Необхідні зміни мислення в такому напрямі, щоб пріоритет при розробці політики у сфері охорони здоров'я віддавався з'я-

суванню думок і позицій молодих людей та залученню їх до процесу формування політичної стратегії та тактики.

Опитування HBSC підтвердило: значна частина молодих людей з усіх країн веде такий спосіб життя та дотримується таких форм поведінки, що можуть зашкодити їх здоров'ю. Це означає, що укріплення здоров'я, особливо серед тих, хто живе в несприятливих умовах, залишається пріоритетом як міжнародної, так і національної політики. Опитування надає фактичні дані, необхідні для того, щоб переконати уряди та суспільство в необхідності продовження інвестицій у формування здоров'я молодих людей сьогодні для підтримки їх здоров'я в майбутньому та укріплення громадського здоров'я в цілому.

Взагалі результати самооцінки стану здоров'я, отримані шляхом інтерв'ювання (анкетування) населення, дають змогу виявити проблеми, пов'язані зі здоров'ям, диференціювати їх за різними статеві-віковими і соціальними групами. Так, відповіді респондентів можна згрупувати за рівнями освіти, доходів, сімейним станом, розміром населеного пункту, тобто параметрами, за якими дані офіційної статистики щодо захворюваності не простежуються. Залежно від завдань дослідження можна визначати необхідні додаткові параметри. Крім того, в опитуванні беруть участь люди, у яких розлади здоров'я відсутні або недостатньо виражені для того, щоб змусити їх звернутися до лікувального закладу, і, відповідно, інформація про стан їхнього здоров'я зазвичай не потрапляє до рутинної статистичної звітності. Опитування також може виявляти певні регіональні особливості стану здоров'я населення, які стануть у пригоді при прийнятті управлінських рішень на місцевому рівні та забезпечать диференційований підхід до організації національних заходів. Все це, в свою чергу, надаватиме достовірну інформацію стосовно потреб різних груп населення у відповідній медичній допомозі, необхідності її покращання тощо. У схемі основних елементів медичного менеджменту самооцінка паралельно з епідеміологічними даними є базою для визначення потреби населення у послугах системи охорони здоров'я (рис. 2.9).

Таким чином, аналіз сучасної медико-демографічної ситуації свідчить про поглиблення негативних тенденцій та подальше погіршення стану здоров'я населення України. Парадокс полягає в тому, що чільне місце на шкалі життєвих цінностей, яке українські громадяни відводять здоров'ю (за даними численних соціологічних обстежень), неприродним чином поєднується зі знач-

ною поширеністю факторів ризику і схильністю до нездорового способу життя. Доволі часто спостерігається ситуація, коли, усвідомлюючи наявність проблем зі здоров'ям, люди проте не поспішають до лікаря, не дотримуються заходів щодо запобігання хворобам. Несвоєчасне виявлення хвороби, накопичення запущених, складних випадків та запізніле, неадекватне або неповне лікування призводять до зростання вартості і тривалості медичного втручання, а іноді й взагалі унеможливають ефективну допомогу та знижують шанси зберегти життя. Втрата здоров'я тісно пов'язана зі зниженням продуктивності і працездатності, а також матеріального добробуту та соціальної активності. Поганий стан здоров'я спричинює вищу ймовірність не реалізувати власний потенціал особистості (репродуктивний, трудовий, творчий тощо) та померти передчасно. Високий рівень захворюваності та інвалідності є одним з визначальних чинників зниження якості життя, поглиблення бідності і відсторонення від активної суспільної життєдіяльності, ризику соціальної ізоляції. Наслідки погіршення стану громадського здоров'я виходять за межі суто медичної проблематики і призводять до значних демографічних та економічних втрат, становлять істотну загрозу національній безпеці країни.

Фінансування охорони здоров'я	
Надання послуг	Споживання послуг
Організація обслуговування	Інформаційні та аналітичні системи
Потреба в послугах охорони здоров'я:	
Об'єктивна (епідеміологічна)	Суб'єктивна (самооцінка)

Рис. 2.9. Основні елементи менеджменту в охороні здоров'я [35, с. 94]

2.2. Народжуваність в Україні: аналіз детермінант

Народжуваність є одним із основних демографічних процесів, що зумовлюють відтворення населення. На народжуваність впливає багато чинників, або так званих непрямих детермінант - соціальних, економічних, культурних, екологічних. У рівні народжуваності, що репрезентує реалізовану дітородну активність на-

селення, втілюється вся сукупність умов його життєдіяльності. Специфіка цього демографічного індикатора полягає в його значній залежності від якісних характеристик населення (здоров'я, освітнього рівня, професійного складу) та в особливій підвладності дії факторів інституціонального характеру (у тому числі неформальних: традицій, цінностей, сталих ознак способу життя).

У сучасному суспільстві переважає соціально-психологічна мотивація до народження дітей, за якої багатьом сім'ям достатньо мати лише одну-дві дитини. Багатодітність родини була обґрунтованою в соціально-економічних умовах, за яких більше дітей означало більше робочих рук у господарстві, більше майбутніх захисників, вищу впевненість у забезпеченні утримання батьків у старості. Більшість світових релігій розцінювали появу дітей як благословення шлюбу, часто не схвалюючи або й забороняючи запобігання вагітності. А висока дитяча смертність, поширеність хвороб, особливо інфекційних, менша стійкість дитячого організму до зовнішніх чинників зумовлювали високий ризик не дожити до продуктивного періоду життя. Ще у 20-х рр. минулого сторіччя до досягнення 16-річного віку в Україні вмирало близько половини новонароджених (493 з 1000 у 1925 р.).

У міру того, як держава й інші соціальні інститути "перебирали" на себе колишні обов'язки сім'ї (як-от: з утримання у старості та в разі непрацездатності, навчання підростаючого покоління, стосовно виробничої кооперації тощо) і при цьому у зв'язку з ускладненням трудової діяльності відпадала потреба в широкому використанні дитячої праці у виробництві, мотивація дітородної діяльності населення суттєво трансформувалася. Попри величезне значення економічного фактора, кількість дітей у сучасному світі визначається не тільки ним. Дійсно, у фінансового магната, як і в його водія, часто однакова кількість дітей, незважаючи на різні рівні доходу (при цьому невідомо, в якій родині діти почуватимуться щасливішими та більш доглянутими).

Кардинально змінився сам характер впливу економічного чинника: актуалізувалися специфічні економічні "антимотиви" дітородження, передусім зростаючі витрати сім'ї на народження дітей, їх утримання й освіту, порівняно високий віковий ценз першого працевлаштування, необхідність батьківської підтримки дорослих дітей тощо. Особливо істотним є їх вплив на дітородну поведінку населення в умовах вкрай недостатньої матеріальної бази для задоволення потреби у дітях. Зі зростанням же загально-

го рівня матеріального добробуту населення втрачається безпосередня прив'язка репродуктивної поведінки до соціально-економічних чинників, а отже, активізувати її все більшою мірою здатні саме соціально-психологічні важелі та фактор соціального престижу. Тому велику роль у визначенні рівня народжуваності в розвинених країнах нині відіграє специфіка інституціональної моделі того чи іншого соціуму, ступінь соціального престижу особи в разі наявності сім'ї та дітей, визнання (але й "матеріального підтвердження") суспільної значущості батьківства й материнства.

Водночас слід брати до уваги і специфічні, найтісніше пов'язані саме з процесом народжуваності фактори, що визначають, чи взагалі відбудеться зачаття і чим це зачаття закінчиться. Це - прямі, або безпосередні, детермінанти народжуваності. На народжуваність безпосередньо впливає п'ять найбільш важливих чинників, а саме: шлюбний фактор; контрацептивна практика; тривалість періоду несприйнятливості після пологів; поширеність абортів та рівень безпліддя.

Однією з характеристик **шлюбного фактора** виступає частка заміжніх жінок репродуктивного віку в населенні, а також тих, які перебувають у постійному консенсуальному союзі (що передбачає наявність сімейних, у тому числі сексуальних стосунків). Частка жінок, які перебувають у шлюбному союзі, істотно варіює по країнах світу. Числове значення вказаної частки залежить від таких прямих чинників, як вік вступу до шлюбу (чим він нижчий, тим вищою є частка заміжніх і навпаки, чим пізніше жінки виходять заміж, тим більша частка потенційно здатних народити дитину жінок перебуває поза шлюбом), поширеність консенсуальних союзів, частота розлучень та інші фактори формування шлюбного складу населення, детерміновані як власне шлюбно-сімейними процесами, так і деякими іншими демографічними тенденціями (зокрема відмінностями у рівнях смертності за статтю тощо).

Опосередковано на охоплення жінок репродуктивного віку шлюбом впливають такі чинники:

- рівень освіти - серед жінок з вищою освітою частка заміжніх нижча (як у результаті відкладання створення сім'ї на термін до закінчення навчання, так і через вищі вимоги до вибору майбутнього чоловіка). Наприклад, недавнє дослідження у Великій Британії, в якому взяли участь понад 5 тис. випускниць вищих навчальних закладів 1970 р. народження, показало, що 40% з них на момент досягнення 35 років ще не мали дітей, а ті, які мали,

народжували їх пізніше, ніж жінки без вищої освіти. Дослідники прогнозують, що третина з них до кінця дітородного віку так і залишиться бездітними. Частина жінок свідомо не хоче мати дітей, частина просто не встигає поєднувати кар'єру з пошуком партнера і створенням сім'ї;

- рівень зайнятості жінок економічною діяльністю та ступінь її продуктивності - серед працюючих жінок частка заміжніх нижча, ніж серед непрацюючих; до того ж, якщо жінка може забезпечити себе сама, то така причина для заміжжя, як прагнення отримати "годувальника" і певний рівень добробуту, перестає бути вирішальною;

- ступінь урбанізації (частка незаміжніх жінок серед городянок зазвичай вища, ніж серед сільських жінок).

Таким чином, чим вищі рівні всіх перерахованих факторів, тим нижчою є частка жінок, які перебувають у шлюбному союзі, а отже, прогресивні фактори розвитку цивілізації неминуче призводять до зниження частки найбільш перспективного щодо реалізації своєї репродуктивної функції контингенту населення.

Відмітною рисою шлюбно-сімейних тенденцій на європейському просторі в останній третині ХХ - на початку ХХІ ст. стало поширення консенсуальних шлюбів. У західних країнах усе більша кількість людей не бажають створювати сімейних союзів, причому продовжують часом багаторічний сексуальний і емоційний зв'язок, не обтяжуючи себе веденням спільного господарства, народженням і вихованням дітей. З певним часовим лагом така схема відносин поширюється і в Україні, особливо серед молоді, де частим стає так званий "гостьовий" шлюб. Зазвичай консенсуальні шлюби є значно менш "репродуктивно орієнтованими", ніж офіційно зареєстровані шлюбно-сімейні відносини. Так, значною частиною консенсуальних шлюбів є своєрідні "пробні" сімейні союзи молодих людей, іншою - співжиття більш зрілих осіб середини репродуктивного періоду, які свідомо не бажають "зв'язувати себе" більш тісними зобов'язаннями, і, нарешті, нерідкими серед таких союзів є випадки спільного проживання та ведення спільного господарства людьми старшого репродуктивного віку без офіційного оформлення стосунків (як варіант "втечі від самотності"), коли за фізіологічної спроможності народження спільної дитини ймовірність такої події вже навіть не розглядається.

Вітчизняна статистика, на жаль, не дає змоги виділити із загалу всіх новонароджених немовлят, народжених у незареєстрованому шлюбі. Однак і доволі приблизні оцінки з використанням

даних щодо народжень поза зареєстрованим шлюбом та чисельності фактично незаміжніх жінок фертильного віку (зафіксованих переписом населення) засвідчують, що частота народжень у зареєстрованому шлюбі у середньому майже вчетверо перевищує позашлюбну народжуваність. Отож поширення консенсуальних шлюбно-статевих відносин у нашій країні наразі теж "підштовхує" до "відкладання" народжень та в цілому призводить до зменшення народжуваності.

Щодо власне поширеності позашлюбної народжуваності, то вона здебільшого визначається чинниками інституціонального характеру і варіює за країнами світу у вельми широких межах. Так, у країнах з ісламським віросповіданням, як-от Арабські Емірати, майже немає позашлюбних дітей і навпаки, на островах Карибського басейну до 70% малят народжується від батьків, які не перебувають в зареєстрованому шлюбі. У Швеції та деяких інших країнах Північної Європи понад половина дітей народжується поза шлюбом, що певною мірою зумовлено і значними соціальними пільгами самотнім матерям, коли парі економічно вигідніше не реєструвати свої стосунки. За часткою позашлюбних народжень на європейських теренах Україна перебуває нижче від середнього рівня.

У будь-якій найконсервативнішій країні питома вага жінок, які перебувають у шлюбному союзі того чи іншого типу, рідко може бути більшою за 80% - практично завжди є жінки, які або перебувають тимчасово поза шлюбом, або з тих чи інших причин взагалі не вступили в шлюбний союз. Такими причинами можуть бути, наприклад, вибір релігії, що припускає наявність обітниць безшлюбності для певних категорій осіб, будь-які фізичні недоліки, особисті обставини. На самотність чи вдівство прирікають частину жінок висока чоловіча надсмертність і зумовлені нею статеві диспропорції. До того ж у деяких країнах існують традиції, згідно з якими не схвалюються повторні шлюби. Через високий рівень розлучень також зменшується частка заміжніх жінок через те, що скорочується час перебування в шлюбному союзі, а певна частина розлучених жінок більше ніколи не вступає у другий і наступні шлюби.

Особливістю сучасної України є значна частка самотніх та вдів за рахунок катастрофічно високої смертності чоловіків у молодому і середньому віці. Смертність чоловіків у віці між 20 та 50 роками майже вчетверо перевищує смертність жінок у відповідному віковому інтервалі. Статистика свідчить, що вдовам та розлуче-

ним жінкам значно складніше вступити у повторний шлюб, ніж удівцям та розлученим чоловікам.

Брак відповідної сучасної інформації по Україні не дає змоги стверджувати це напевне, однак традиційно вважається також, що повторні шлюби зазвичай не компенсують повністю той репродуктивний потенціал шлюбної пари, який міг би бути реалізований у першому шлюбі, але виявився втраченим через розлучення чи овдовіння.

Ще одна вагома обставина, що має негативні наслідки для народжуваності - це поширення епідемії ВІЛ/СНІДу, адже смертність унаслідок цієї хвороби максимальна саме для молодих осіб (щоправда, більшою мірою для чоловіків - потенційних батьків), а серед ВІЛ-інфікованих жінок народжуваність у середньому на 30% нижча [53].

Зрештою, досліджувана узагальнююча характеристика шлюбного чинника - питома вага жінок репродуктивного віку, які перебувають у шлюбі - в Україні становить (за даними Всеукраїнського перепису населення 2001 р.) 60%, у тому числі у зареєстрованому шлюбі - 55,4%, у незареєстрованому - 4,6% [54]. Слід зазначити, що у селах України загальна кількість жінок, які перебувають у шлюбі, майже на 9% більша, ніж у містах. Водночас, не зважаючи на загальне пожвавлення шлюбної активності населення останніми роками (коефіцієнт шлюбності в Україні за останні п'ять років (2001-2006) підвищився майже на 1/5), у сільських поселеннях країни (де, як відомо, дітородна активність населення вища, ніж у містах) фіксується і стале підвищення рівня розлучуваності, що, очевидно, є фактором, який негативно впливатиме на народжуваність.

Охоплення контрацепцією характеризується часткою жінок репродуктивного віку, які мають сексуальні стосунки і використовують будь-яку форму контрацепції. У різних країнах цей показник відрізняється, максимальне його значення (приблизно 80%) спостерігається в економічно розвинених країнах, мінімальне - в деяких країнах Африки (близько 10%). В Україні цей показник наближається до 70% (слід зауважити, що враховуються всі види контрацепції), однак у структурі контрацепції частка високоефективних сучасних методів є нижчою, ніж у розвинених європейських країнах. Так, за даними національного медико-соціологічного дослідження репродуктивного здоров'я українських жінок (1999 р.), сучасні методи контрацепції використовували приблизно третина жінок [55]. Існує пряма залежність між поширеністю контрацепції

та сумарним коефіцієнтом народжуваності (СКН): чим вищий показник охоплення контрацепцією, тим нижчий СКН і навпаки. Можна окремо виділити частку жінок, які використовують контрацепцію з метою припинення дітонародження та тих, хто використовує контрацептиви з метою відстрочення часу народження первістка чи наступної дитини. В Україні, де значна кількість жінок обмежується однією дитиною, частка тих, хто використовує контрацепцію для припинення дітонародження, є більшою, ніж тих, хто відстрочує час народження наступної дитини.

Ще один чинник - **тривалість періоду післяпологової несприйнятливості, або періоду після пологів**, під час якого жінка не має ризику завагітніти через післяпологову аменорею або через традиційне утримання від статевих стосунків. Спостерігається велика розмаїтість величини цього періоду - від 6 місяців до 2 років (цей останній, максимально довгий період спостерігається в Малі, де жінка після пологів вважається нечистою, а табу щодо післяпологової недоторканості дуже жорстко дотримується). У розвинених країнах цей строк набагато коротший. З підвищенням рівня розвитку суспільства, зростанням урбанізації, підвищенням ступеня зайнятості жінок економічною діяльністю та зміною їх менталітету посилюється тенденція до зменшення цього періоду. Це пов'язано, на жаль, також зі скороченням термінів грудного вигодовування або взагалі з відмовою від нього. А тим часом грудне вигодовування, крім безсумнівної користі для здоров'я (фізичного і психічного) дитини і матері (у тому числі зменшення потенційного ризику виникнення раку грудей у жінки), ще і певною мірою "захищає" жінку, яка годує, від наступної вагітності. В Україні у 1990-х рр. також спостерігалася несприятлива тенденція до скорочення строків грудного вигодовування, а почасти - й відмови від нього.

Однак останнім часом у нашій країні за сприяння фонду ООН ЮНІСЕФ вжито низку заходів щодо створення сприятливих умов для грудного вигодовування. Регулярно проводяться Тижні підтримки грудного вигодовування у рамках ініціативи ВООЗ/ЮНІСЕФ "Охорона, заохочення та підтримка практики грудного вигодовування: особлива роль родопомічних служб". Нормативними документами Міністерства охорони здоров'я регламентовано практику якомога більш раннього прикладання до грудей і спільного перебування матері й немовляти у пологових будинках, реалізовано Програму підтримки грудного вигодовування дітей в

Україні на 2000-2005 рр., а в 2006 р. затверджено її продовження - відповідну галузеву програму на 2006-2010 рр.

Узагальнюючим статистичним показником **рівня абортів** є сумарний коефіцієнт абортів (СКА), або середня кількість абортів, що припадає на одну жінку протягом життя у разі збереження протягом репродуктивного періоду існуючих повікових рівнів абортів та за умови, що жінка повністю проживає репродуктивний період. Чим частіше вагітність закінчується абортom, тим більше СКА. В Україні, за даними вищезгаданого національного соціологічного дослідження репродуктивного здоров'я 1999 року, під час якого було опитано майже 17 тис. жінок у різних регіонах, СКА досягав 1,6 (у міських жінок - 1,7, у сільських - 1,3). Майже 40% опитаних жінок вказали, що в своєму житті вони хоча б раз застосовували саме цей спосіб регулювання народжуваності, а близько 18% робили аборт двічі й більше (для сільських жінок ці цифри були нижчими).

За даними інституту А.Гуттмахера, у світі щорічно роблять аборт 46 млн жінок, тобто в цілому нараховується така їх кількість, яку можна зіставити з населенням нашої країни [56]. З кожної 1000 жінок репродуктивного віку щороку 35 роблять аборт. За офіційними даними, у Західній Європі спостерігається мінімальний рівень абортів у світі, у Східній - максимальний. Звичайно абсолютна та відносна кількість абортів у регіоні корелює з кількістю жінок, які проживають на цій території. Однак на Східну Європу, де живе лише 5% жінок світу, припадає 14% від світової кількості абортів.

У більш патріархальних країнах, де загальноприйнятими є сексуальні стосунки лише в сім'ї, переважають аборти, зроблені заміжніми жінками, в Європі та Північній Америці - навпаки, максимальну кількість абортів роблять жінки, які перебувають поза шлюбом.

Високий рівень абортів залишається актуальною медико-соціальною проблемою для України. Фахівці небезпідставно вказують на важливість репродуктивного здоров'я українських жінок для національної безпеки [57; 58]. Останнім часом рівень абортів істотно зменшився, позитивною ознакою є також зменшення частоти абортів у дівчат-підлітків: їх рівень у розрахунку на 1000 дівчат віком 15-17 років знизився за 1995-2006 рр. з 18,9 до 4,35 [53; 57].

Відзначаючи важливість значного скорочення показника рівня абортів порівняно з минулими роками, слід, однак, пам'ятати про його істотне переважання показників розвинених країн світу (див. рис. 2.3). Слід також зважати на можливість недореєстрації здійснених абортів.

Зазвичай рівень абортів мало залежить від того, чи легальні вони у певній країні. Наприклад, як уже зазначалося, існує істотна різниця щодо їх рівнів у Східній і Західній Європі, хоча аборти офіційно дозволено в обох регіонах. Проте рівень абортів у ряді країн Латинської Америки, де вони офіційно заборонені, набагато вищий, ніж у Західній Європі. Якщо у жінки виникає необхідність зробити аборт, здебільшого вона знаходить можливість його зробити, незалежно від того, заборонено цю процедуру чи ні. На жаль, нелегальні аборти завдають набагато більше шкоди, ніж здійснені в медичних установах. Потрібно зазначити, що в країнах, де ефективно використовуються протизаплідні засоби, рівень абортів поступово падає до помірних величин.

З метою забезпечення збереження генофонду населення, здоров'я майбутніх поколінь, а також запобігання демографічній кризі у нашій країні було розроблено та реалізовано Національну програму "Репродуктивне здоров'я 2001-2005", у рамках якої значну увагу було приділено проблемі зниження кількості абортів. Нова Державна програма "Репродуктивне здоров'я нації" на період до 2015 року також одним із основних цільових індикаторів визначає зниження рівня абортів. Ця проблема перебуває в зоні постійної уваги. Зокрема, у 2008 р. Міністерством охорони здоров'я спільно з ВООЗ реалізовано проект "Стратегічна оцінка питань політик, програм та дослідницьких аспектів у галузі небажаної вагітності", що дасть змогу з'ясувати причини високого рівня поширення абортів, а також зробити їх більш безпечними шляхом застосування сучасних методик з метою зменшення кількості ускладнень.

Ступінь безпліддя визначається часткою жінок вікової групи 45-49 років (найстаршої групи дітородного віку), які будь-коли перебували в шлюбному союзі, але не мають дітей (і не мали їх у минулому). Припускається, що якщо жінка бажала і могла народити дитину, то вона впродовж всього репродуктивного періоду здійснила б цей намір. Дуже високим є відсоток безплідних жінок у деяких африканських країнах, де це явище зумовлюється значною поширеністю хвороб, що передаються статевим шляхом, наслідком яких є набута стерильність.

Вважається, що в Україні майже кожна п'ята подружня пара безплідна. Але ці дані враховують ще й чоловіче безпліддя, яке в нашій країні досить високе. Рівень стерильності серед жінок, згідно з даними соціологічного дослідження 1999 р., становить 6%, за офіційними даними медичної статистики - коливається в межах

2,8-3,5%. Чим вищий рівень абортів, тим, природно, більше спричинене ними патологічне безпліддя. Міні-аборти не вирішують проблеми, оскільки також зумовлюють, хоча і меншою мірою, певні ускладнення.

Медицина нині здатна надати допомогу в численних випадках безпліддя, для чого використовується широкий арсенал методів, починаючи з нових технологій лікування запальних захворювань репродуктивної сфери і до екстракорпорального запліднення. В Україні так звані "діти з пробірки" уже подарували щастя батьківства великій кількості раніше бездітних родин. Однак такі технології є високовартісними (і далеко не безболісними для жінки), що є обтяжливим як для суспільства, так і для конкретної бездітної сім'ї.

Тепер слід з'ясувати, як усі п'ять проаналізованих факторів у сукупності впливають на потенційну плідність (мається на увазі максимально можлива кількість дітей, яку спроможна народити жінка за весь репродуктивний період). Гіпотетично здорова жінка, яка веде регулярне статеве життя без періодів утримання, не практикуючи контрацепцію та аборти, здатна за 35 років репродуктивного періоду народити 16 дітей. Однак саме гіпотетично. У підсумку це число виявляється нижчим. Існує так звана реальна природна плідність, дані стосовно якої отримані при вивченні американської секти гуттеритів, де звичними є ранні шлюби і забороняється будь-яка контрацепція. Навіть за такого способу життя гіпотетична цифра 16 не досягається (*не всі жінки заміжні, а якщо заміжні, то не протягом усього репродуктивного періоду; іноді пари утримуються від статевих стосунків через об'єктивні причини, хворобу або відсутність одного з членів подружжя; спостерігається різна тривалість періоду годування груддю; певна частина вагітностей не виношується тощо*). Тож у підсумку природна плідність у середньому дорівнює 12 дітям. На зниження цієї потенційної кількості народжень впливають:

- час, прожитий поза шлюбом;
- тривалий період післяпологової несприйнятливості (його скорочує відмова від грудного вигодовування);
- високий рівень абортів;
- широке охоплення контрацепцією;
- значний рівень безпліддя.

Таким чином, дія усіх названих чинників зменшує потенційну кількість дітей до певного реального числа, яке визначається

сумарним коефіцієнтом народжуваності. У розвинених країнах в умовах низького рівня народжуваності основними за значущістю безпосередніми факторами скорочення природної плідності нині є контрацептивна практика та перебування поза шлюбним союзом (рис. 2.10).

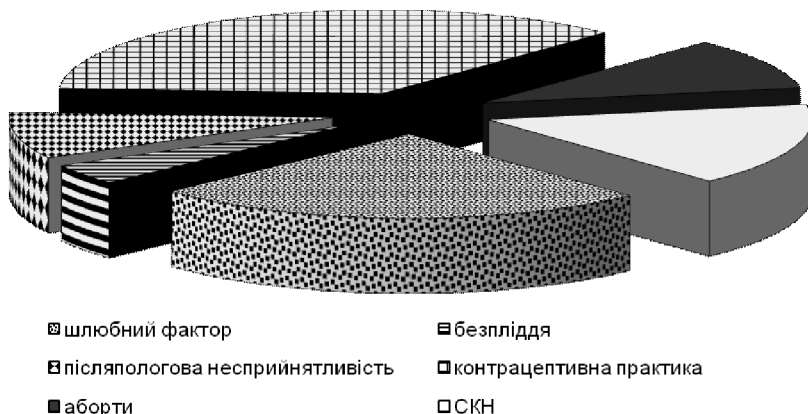


Рис. 2.10. Внесок безпосередніх детермінант у природну плідність, %

Як уже зазначалося, ступінь свідомого обмеження (жінкою, подружньою парою) кількості народжуваних дітей з допомогою контрацепції (у гіршому випадку - абортів), визначається впливом низки загальних чинників, серед яких у скрутних (а надто кризових) соціально-економічних умовах особливу роль відіграють матеріально-дохідні "антимотиви" дітонародження, що яскраво демонструють новітні тенденції народжуваності в Україні. У результаті сумарний коефіцієнт народжуваності не лише не досягає рівня простого відтворення покоління батьків (2,2, а краще 2,5 дитини), а й навіть (з 1994 р.) залишається меншим за 1,5. Навіть підвищення рівня народжуваності у 2006-2007 рр. не змогло істотно зменшити розрив між рівнем смертності і рівнем народжуваності, так що число померлих переважало число народжених у 1,6 раза (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

**Показники природного руху населення України,
2004-2007 рр.***

Показник	2004	2005	2006	2007
Рівень народжуваності (на 1000 жителів)	9,0	9,0	9,8	10,2
Рівень смертності (на 1000 жителів)	16,0	16,6	16,2	16,4
Природний приріст	- 7	- 7,6	- 6,4	- 6,2

Таким чином, з огляду на превалювання соціально-психологічних детермінант народжуваності в сучасному світі та на особливу значущість досягнення не стільки кількісних, скільки належних якісних характеристик населення в умовах демографічної кризи у нашій країні слід наголосити на необхідності формування моделі усвідомленого й відповідального батьківства (материнства) та на підвищенні рівня суспільного престижу дітородної й виховної діяльності сім'ї й особистості. Процес, що закінчується народженням дитини, починається (принаймні, обов'язково має починатися) не із сексуального контакту. Він визначається насамперед усвідомленням жінкою потреби бути матір'ю, а чоловіком - батьком, через відчуття своєї життєвої нереалізованості за відсутності дитини. І суспільство, демографи і медики, політики та економісти мають забезпечити можливість своїм громадянам відповідну потребу реалізувати. Ставити завдання підвищувати народжуваність як самоціль навряд чи розумно. Вирішальним є не кількісні, а якісні характеристики підростаючого покоління - майбутніх трудівників, батьків, особистостей. Дитина має бути жаданою для своїх батьків і своєї країни, що не менш важливо. Принцип усвідомленого батьківства - ось основа розвитку як щасливої гармонійної родини, так і благополучного цивілізованого суспільства.

2.3. Очікувана тривалість життя та її вплив на рейтинг України за Індексом людського розвитку

Середня очікувана тривалість життя - інтегральний показник стану здоров'я населення та ефективності державної політики в цілому і у сфері охорони здоров'я зокрема. Принципово новий погляд на прогрес цивілізації висуває на перший план розвиток

*Табл. 2.2, 2.4, рис. 2.19, 2.20 розраховано та побудовано за даними Державного комітету статистики України.

людського потенціалу при збереженні навколишнього середовища. Індекс людського розвитку (ІЛР, Human Development Index) обчислюється за методикою Програми Розвитку ООН (ПРООН), поєднуючи в собі характеристики стану здоров'я, освіти та добробуту населення. Для оцінки першої складової використовується середня очікувана тривалість життя (СОТЖ) при народженні, яка є загальноновизнаним індикатором здоров'я населення. СОТЖ, або кількість років, що в середньому має прожити людина з покоління народжених у даному році за умови збереження протягом життя цього покоління наявних рівнів смертності у всіх вікових групах, характеризує режим смертності, який склався у певному році для населення певної території. В Україні впродовж останніх років спостерігається несприятлива динаміка показника СОТЖ, що відповідним чином позначається на змінах рейтингу України у списку країн світу за Індексом людського розвитку.

Індекс, запропонований в 1990 р. пакистанським економістом Махбубом ель Хаком, з 1993 р. використовується ООН при підготовці щорічного звіту з розвитку людського потенціалу. Вивчення динаміки СОТЖ та її вплив на величину Індексу людського розвитку було висвітлено у низці праць вітчизняних учених [59-62]. Українські фахівці О.У.Хомра та Т.С.Русанова (2006) вважають, що Індекс людського розвитку як узагальнюючий показник соціально-економічного розвитку має включатися до критеріїв соціальної безпеки [63]. В розрізі основних адміністративно-територіальних одиниць рівні людського розвитку можуть вимірюватися на базі методики Програми Розвитку ООН як без яких-небудь змін, так і з залученням додаткових часткових показників, що враховують специфіку соціально-економічного розвитку конкретної країни. Зазначається, що в регіонах з низькими значеннями індексу людського розвитку на тлі благополучних регіонів, які часто є сусідами, соціальне напруження позначається не тільки на власне регіональному рівні, а й на рівні країни загалом.

Зміни показника очікуваної тривалості життя при народженні в Україні мали істотний вплив на Індекс людського розвитку.

Півсторіччя тому середня тривалість життя в Україні перебувала на рівні розвинених країн світу. На сьогодні наша країна відстає від середнього показника країн Європейського Союзу на 11,1 року (рис. 2.11), причому це відставання впродовж останніх років збільшилось. Так, ще в 1989 р. воно ледь перевищувало 4 роки і становило в Україні 71 рік проти 75,1 року у країнах ЄС.

Ще більш різні відмінності спостерігаються при порівнянні цього показника з показниками країн світу, диференційованими за статтю. В усіх розвинених країнах жінки зазвичай живуть довше за чоловіків, що зумовлено низкою біологічних і соціальних чинників, проте для жодної з них не характерне настільки значне "недоживання" чоловіків, як в Україні. Порівняно з країною-еталоном Японією, яка нині характеризується найвищим у світі показником СOTЖ, Україна демонструє значне відставання, особливо для чоловіків. Так, японському хлопчику судилося б прожити на 17,5 року довше, ніж його українському ровеснику, дівчинці - відповідно на 12,5 року.

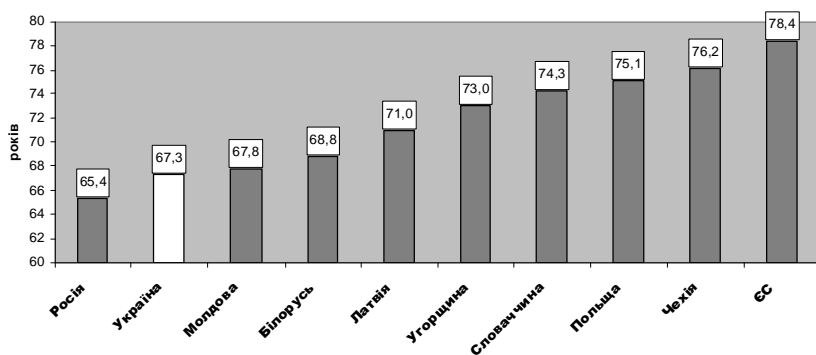


Рис. 2.11. Середня очікувана тривалість життя при народженні в Україні та країнах Європи у 2005 р.

Зазначимо, що в Україні у 1960 р. показник СOTЖ перевищував аналогічний у Японії на два роки. За ймовірністю дожити чоловікам до віку 65 років Україна перебуває на рівні Гондурасу та Непалу [64], хоча як за рівнем доходів і освіченості, так і розвитком системи охорони здоров'я значно переважає ці країни. На рис. 2.12 видно, що відмінності у тривалості життя жінок і чоловіків, що так явно простежуються в Україні, Російській Федерації та Білорусі, значно зменшуються в країнах світу. Так, якщо в Швеції та Австрії така різниця коливається в межах 4,5-5,5 років, то в Україні вона досягає катастрофічної цифри - майже 12 років, що яскраво ілюструє явище чоловічої надсмертності.

Крім СOTЖ, за допомогою таблиць смертності можна розрахувати показники очікуваної тривалості життя для осіб, які досягли певного віку, тобто середня кількість років, що судилося

прожити цим особам у разі збереження у наступних вікових групах характерного для сучасності режиму смертності. Як при народженні, так і при досягненні віку 1, 15, 45 та 65 років Україна відстає від рівня країн Євросоюзу, причому спостерігається закономірність: у більш старшому віці ця різниця зменшується. Так, за даними Європейської бази даних Здоров'я Для Всіх, відмінність коливалася від 11,14 року при народженні до 4,56 року при досягненні віку 65 років (рис. 2.13) [64].

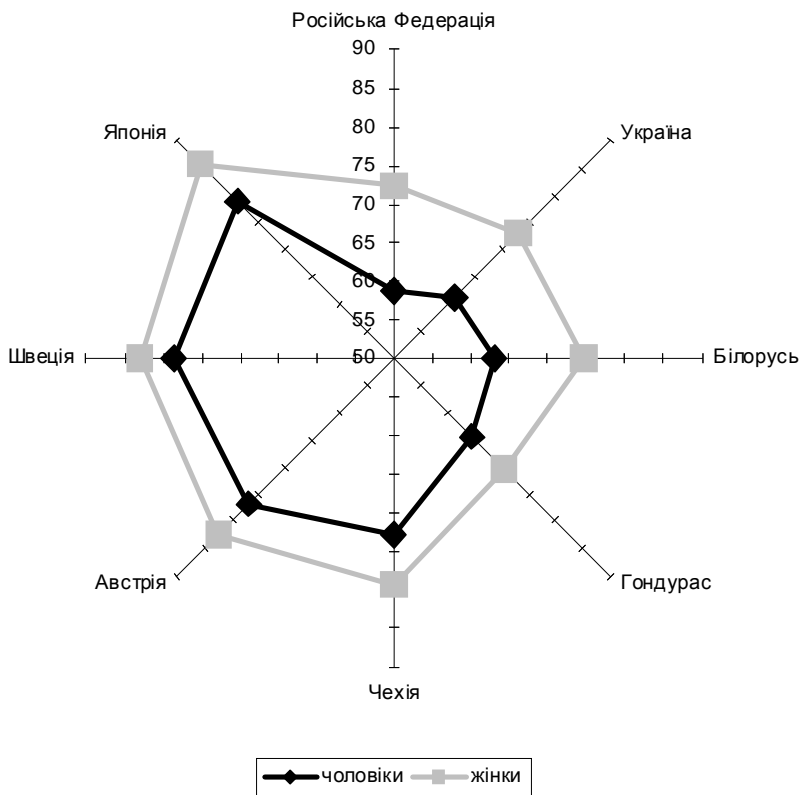


Рис. 2.12. Середня очікувана тривалість життя при народженні в Україні та країнах світу у 2005 р., чоловіки і жінки [59]

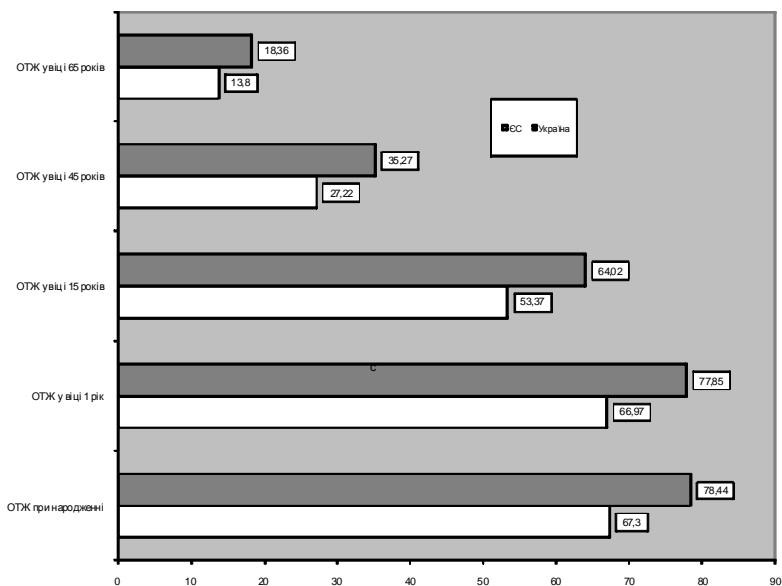


Рис. 2.13. Очікувана тривалість життя при досягненні певного віку в Україні та країнах Європейського Союзу, обидві статі, 2005 р.

Якщо розглянути, яким чином змінюються впродовж останніх років ці величини, то помітна різна спрямованість динаміки: в ЄС порівняно з 1989 р. у народженій в кожному наступному році дитині ймовірність прожити довше життя ставала вищою, то в Україні - навпаки, причому і при народженні, і при досягненні певного віку (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Динаміка показників очікуваної тривалості життя при досягненні певного віку в Україні та країнах Європейського Союзу, 1989 та 2005 рр.

Очікувана тривалість життя	1989		2005		Зміни	
	Україна	ЄС	Україна	ЄС	за 1989-2005	за 1989-2005
					Україна	ЄС
При народженні	70,98	75,08	67,30	78,44	-3,68	+3,36
У віці 1 рік	70,91	74,82	66,97	77,85	-3,94	+3,03
У віці 15 років	57,47	61,13	53,37	64,02	-4,1	+2,89
У віці 45 років	30,04	32,75	27,22	35,27	-2,82	+2,52
У віці 65 років	14,98	16,39	13,80	18,36	-1,18	+1,97

Так, українським громадянам, що досягли віку 15 років у 2005 р., судилося прожити на 4,1 року менше, ніж тим, хто досяг цього віку у 1989 р., тоді як в ЄС аналогічна когорта мала шанс прожити на 2,9 року довше. Якщо порівняти, як змінюється "розрив" за величиною очікуваної тривалості життя для кожної статі між Україною та країнами ЄС, то виявляється закономірність більш інтенсивного для "сильної статі" зменшення такої різниці при досягненні певного віку.

Для чоловіків різниця між показником СОТЖ при народженні порівняно з аналогічним в ЄС більш виражена, ніж у жінок (на 5 років вища), але поступово нівелюється при переході від молодшого віку до старшого. Так, у віці 45 років переважання становило 3,4 року (рис. 2.14). Статева різниця у відмінності показника очікуваної тривалості життя тих громадян України, що пережили 65-річний рубіж, від такого в Євросоюзі становила вже лише чверть року.

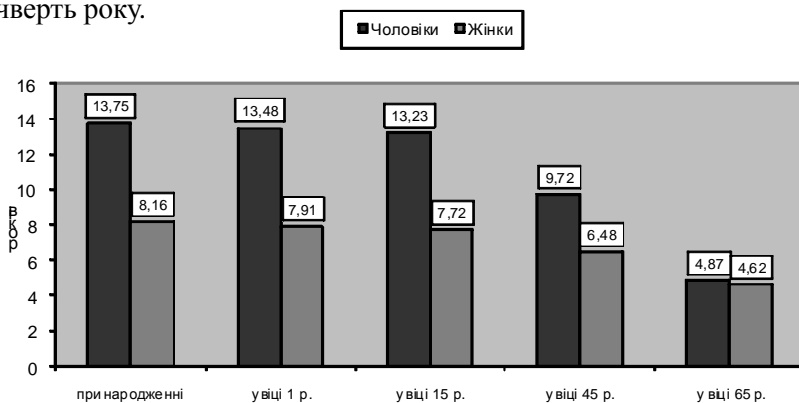


Рис. 2.14. Відмінності між показниками очікуваної тривалості життя населення України та країн Європейського Союзу у віці 0, 1, 15, 45 та 65 років у 2005 р.

Це знову свідчить про важливість визнання чоловіків молодого і середнього віку цільовою групою втручання, вплив на яку зможе привести до істотного підвищення очікуваної тривалості життя населення України.

Найбільше з 1993 р., тобто з часу, коли стали публікуватись розрахунки ІЛР, в Україні зазнали змін складові, що характеризували здоров'я та рівень життя, оцінений через ВВП на душу насе-

лення за паритетом купівельної спроможності (ПКС) в доларах США, які і зумовили коливання значення індексу людського розвитку, а отже, і місця України в рейтингу.

Перше місце у світовому рейтингу кілька років обіймає Норвегія. Також у першу п'ятірку лідерів увійшли Ісландія, Австралія, Ірландія та Швеція. Вершина світового рейтингу людського розвитку, що формує групу країн із високим рівнем цього розвитку, охоплює 60 країн. На початку моніторингу за цим індексом величина ІЛР в Україні, яка перебувала на 45-му місці, становила 0,844 (за даними на 1990 р). Роки тривалої соціально-економічної кризи зумовили різке зниження показників середньодушового ВВП і досить істотне скорочення тривалості життя, високим залишився лише чинник, що визначає освіченість (рівень грамотності дорослого населення країни і сукупну частку учнів та студентів).

Найгірші рейтингові показники для України припали на кризовий 1995 р., коли вона обіймала 102-ге місце. У 1996-1998 рр. відбулося незначне підвищення СОТЖ, яке в наступні роки змінилося її зниженням. У 2004 р. Україна посідала 77-ме місце в світі за цим показником (0,774); у 2005 р. - 78-ме місце (0,766), у 2006 р. піднялась лише на одну сходинку і знову опинилася на 77-му місці. Однак якщо розглянути окремі складові індексу, найгірша ситуація спостерігалась саме за показником СОТЖ: якщо за рівнем грамотності наша країна перебувала на 11-му місці, часткою населення, що навчається - на 43-му, навіть за ВВП на душу населення за паритетом купівельної спроможності - 85-му, то за величиною СОТЖ - на 113-му місці у переліку з 177 країн [66].

Таким чином, негативна тенденція до скорочення очікуваної тривалості життя впродовж останніх років, характеризуючи наявні проблеми зі здоров'ям в українському суспільстві, зумовила те, що внесок СОТЖ в індекс людського розвитку став менш вагомим, зумовивши тим самим зниження рейтингу України серед країн світу.

2.4. Прогнозні тенденції основних демографічних процесів

Для правильної оцінки існуючого становища та виваженого прийняття управлінських рішень як у сфері державної політики з охорони здоров'я, так і безпосередньо в галузі недостатньо лише навіть найдетальнішого і найретельнішого аналізу стану здоров'я

населення. Дуже важливим є науково обґрунтоване передбачення ситуації в майбутньому, що зумовлює необхідність прогнозу, в тому числі демографічного. Демографічне прогнозування є ефективним засобом аналітичної оцінки демографічної ситуації. Принципова неможливість абсолютно точного прогнозу демографічних процесів через комплексний вплив багатьох явних та прихованих чинників зумовлює розробку інтервальних прогнозів, які ґрунтуються на ймовірнісних припущеннях. На основі оцінки експертів та аналізу динамічних рядів, аналізу колишніх прогнозів можна вказати межі окремих параметрів з певною ймовірністю. Суть науково обґрунтованого прогнозу полягає, передусім, в адекватності прогнозної моделі найбільш вірогідним припущенням про очікуваний перебіг демографічних процесів, що і відображено у ймовірнісному прогнозі демографічного розвитку України на період до 2050 р., виконаному фахівцями Інституту демографії та соціальних досліджень НАН України [67, с. 47; 68-70].

За найбільш песимістичним варіантом цього прогнозу, сумарна народжуваність в Україні до 2050 р. не зменшиться нижче від однієї дитини у розрахунку на жінку, за іншим - повільно зросте з імовірним досягненням рівня простого відтворення, тобто сумарного показника народжуваності до величини 2,2. Розглядаючи гіпотезу стосовно продовження підвищення народжуваності, яке спостерігалось протягом останніх років, вчені висловили припущення, що в разі недостатньої підтримки заходів зі стимуляції народжуваності позитивними економічними перетвореннями та в умовах політичної нестабільності упродовж найближчих років народжуваність повернеться до рівня 2004 р. Разом з тим підвищення рівня життя, поліпшення ситуації у сфері виробництва і зайнятості, соціального захисту материнства й дитинства за всебічної підтримки уряду України потенційно можуть забезпечити стабільність підвищення народжуваності, яке намітилось останніми роками.

З огляду на певну інерційність даного демографічного процесу в основу так званого низького варіанта прогнозу покладено подальше зниження тривалості життя при народженні для обох статей, що триватиме в 2010-2020 рр., приблизно до показника 57,3-58,2 року для чоловіків і 68,6-68,3 року - для жінок (що певною мірою ґрунтується і на припущенні про ймовірний "спалах" смертності від СНІДу та ВІЛ-асоційованих хвороб, передусім туберкульозу). Реалізація заходів відповідних національних програм,

дієва допомога Глобального фонду боротьби з туберкульозом та СНІДом, а також увага уряду України та громадськості до цих проблем дають підстави сподіватися і на більш оптимістичний прогноз.

До 2050 р. очікується зростання тривалості життя до 79,9 року для жінок і 74,1 року - для чоловіків, причому на кінець цього періоду за різними сценаріями прогнозу передбачається скорочення розриву в тривалості життя чоловіків і жінок до 5,5-8 років. Основний приріст тривалості життя при зниженні смертності від екзогенних причин смерті відзначатиметься в економічно активних вікових групах, що сприятиме підвищенню якості населення.

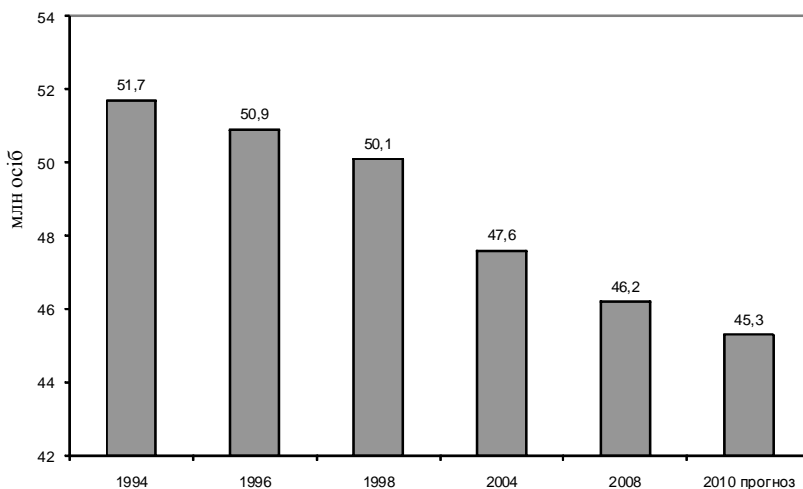
Очікується, що передусім виховання відповідального ставлення до здоров'я (починаючи від громадського до індивідуального рівня) та самозберігаюча поведінка населення можуть помітно сприяти поліпшенню стану здоров'я та зростанню тривалості життя.

Чисельність населення України постійно зменшуватиметься (рис. 2.15), і в 2050 р. становитиме від 24,5 до 36,1 млн осіб, тобто очікується скорочення чисельності населення більш ніж на третину. За всіма варіантами прогнозу природний приріст залишатиметься від'ємним, кількість померлих переважатиме кількість народжених, а сальдо міграцій не покриватиме демографічних утрат.

Загрозливим наслідком демографічної кризи в Україні стане подальше постаріння населення та пов'язане з цим зростання навантаження на осіб працездатного віку непрацездатними, переважно людьми старшого віку, а частка людей старше від 60 років досягне третини всього населення. Надалі скорочення чисельності працездатного населення прискориться, оскільки чисельність покоління народжених у 90-ті рр. істотно поступається поколінням 50-60-х рр. минулого сторіччя. Тому темпи скорочення чисельності осіб у працездатному віці будуть вищі, ніж темпи зменшення загальної чисельності населення. У 2010-2015 рр. у працездатний вік "входитимуть" нечисленні когорти народжених у 1995-2005 рр., відповідно у 2015-2020 рр. економіка зазнаватиме певних проблем через те, що на ринку праці відчуватиметься посилення дефіциту пропозиції робочої сили.

Вітчизняні прогнози в основному збігаються з оцінками зарубіжних науковців. Так, за прогнозом, оприлюдненим фахівцями Європейського регіонального бюро ВООЗ [26], до 2015 р. в Україні очікується скорочення чисельності населення до 44,7 млн осіб, причому частка дітей до 15 років зменшиться і переважати-

ме частка людей, старших за 65 років, яка навпаки, стане більшою відповідно на 13,2 та 16,1%.



*Рис. 2.15. Динаміка та прогноз чисельності населення України, млн осіб, 1994-2010 рр.**

Зрушення у віковому складі населення зумовлять глибокі системні зміни у суспільно-економічному житті країни. Прогресуюче старіння населення вже у 2020-30 рр. призведе до змін фінансових потоків, які більше спрямовуватимуться на соціальну підтримку та страхування, зросте потреба в медичному обслуговуванні, в тому числі у спеціалізованій геріатричній допомозі. Істотно підвищуватиметься навантаження і на медико-соціальні служби.

Міністерством охорони здоров'я України разом зі Світовим банком за фінансової підтримки Міжнародного альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні та Глобального Фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією і з технічною допомогою ЮНЕЙДС було проведено дослідження "Соціально-економічний прогноз наслідків епідемії ВІЛ/СНІД в Україні до 2015 року". Дослідницька група оновила прогноз розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу на період 2005-2014 років з використанням комп'ютерної програми "Спектрум" ("Spectrum Policy Modeling System") за оптимістичним і песимістичним сце-

*За даними Держкомстату України та [68].

наріями [71, с. 10-14]. Протягом 2005-2014 рр. СНІД спричинить 274 тис. смертей за оптимістичним і 470 тис. - за песимістичним сценаріями. До кінця прогнозного періоду кількість смертей, зумовлених СНІДом, може становити третину від усіх смертей серед чоловіків віком 15-49 років, і майже 60% усіх смертей серед жінок цієї вікової групи. На 4 найбільш уражені області, де нині проживають 1/4 населення країни (Дніпропетровська, Одеська, Миколаївська і Донецька), припадатиме 36-43% від загальної кількості ВІЛ-інфікованих та 31-38% смертей від СНІДу, а рівень смертності від СНІДу в цих областях у 1,5-2,1 раза перевищуватиме середній показник по країні.

За умови доступності антиретровірусної терапії для 50% тих, хто її потребуватиме, а також успішного виконання Національної програми протидії ВІЛ/СНІДу, ураженість ВІЛ становитиме 1,9% від дорослого населення (якщо ж терапія буде доступна лише 5% тим, хто її потребуватиме, ця частка зросте до 3,5%). Подальше прогресування епідемії ВІЛ/СНІДу негативно впливатиме на державний бюджет не лише через втрату продуктивності хворих, високу вартість лікування і догляду, а й через зменшення податкових надходжень та зростання соціальних видатків.

За песимістичним сценарієм прогнозу витрати на лікування СНІДу у 2014 р. можуть становити 630 млн грн. Несплачені податки та внески до пенсійних фондів і фондів соціального страхування (тимчасової непрацездатності та безробіття) можуть досягти 418 млн грн. Для оцінки наслідків епідемії були розроблені три різні макроекономічних моделі, за якими очікуються зниження рівня ВВП на 1-6%; загального добробуту - на 2-8%; зменшення рівня інвестицій на 1-9%; експорту - на 3-9%, зниження темпів економічного зростання, рівня основних фондів та коливання споживчих цін та цін виробника тощо. Не досить ефективні втручання сьогодні, недостатні інвестиції в заходи боротьби з ВІЛ уже XXI ст. можуть обернутися непоправною соціально-економічною кризою у найближчому майбутньому.

Аналізуючи низку прогнозів на найближчий час, здійснених як вітчизняними дослідниками (Радою з вивчення продуктивних сил НАН України, Державним НДІ інформатизації і моделювання економіки Національного агентства з питань інформатизації при Президентові України та ін.), так і зарубіжними (Міжнародним статистичним комітетом СНД, Бюро цenzів США), можна перекоонатися, що попри їх відмінності, в жодному з них немає занадто

втішних результатів. Що стосується смертності взагалі, на найближчі 2 десятиріччя прогнози змін песимістичні - навіть через 30 років не очікується досягнення нинішнього рівня західних країн.

Автором у 2000 р. за допомогою аналітичної комп'ютерної моделі "Demproj", яка базувалась на національних демографічних показниках, модельній таблиці смертності та гіпотез щодо можливої динаміки основних демографічних процесів, було проведено моделювання смертності населення працездатного віку та одночасно здійснено приблизний трендовий прогноз рівня смертності у працездатному віці від хвороб системи кровообігу методом апроксимації [72]. Всі варіанти прогнозу свідчили про ймовірне, але різне за величиною підвищення смертності населення.

Таким чином, результати різних варіантів прогнозу, розрахованих з допомогою різноманітних методик, вказують на зростання смертності населення працездатного віку, особливо чоловіків, що підтверджує збереження проблеми передчасної смертності у найближчі роки. Зважаючи на те, що навіть найбільш оптимістичні прогнози стосовно ймовірного підвищення народжуваності не дадуть змоги досягти перевищення показників смертності, можна говорити про основний напрям обмеження депопуляції за рахунок передусім зниження смертності населення України.

2.5. Передчасна смертність населення України як загроза національній безпеці

Негативним чинником поглиблення демографічної кризи, нагальною соціальною проблемою в сучасній Україні є надзвичайно високий рівень смертності населення, особливо передчасної. Серед головних пріоритетів політики національної безпеки України у Стратегії національної безпеки визначено створення умов для зміцнення здоров'я нації та зменшення рівня смертності населення. Втрати людського капіталу через передчасну смертність (за критерієм ВООЗ передчасною вважається смертність у віці до 65 років), спричинені ними кількісні та якісні зміни народонаселення істотно впливають на економічний, військовий, інтелектуальний потенціал країни, становлять загрозу прогресивному суспільному розвитку і процесу відтворення населення.

На проблемі високого рівня передчасної смертності в Україні останнім часом наголошувалось у вітчизняних і зарубіжних публікаціях [32; 59; 64; 67; 73-78].

У 2005 р. Україна за показником середньої очікуваної тривалості життя (СОТЖ) посідала 25-те місце серед 27 країн Європейського регіону, представлених у базі даних Здоров'я Для Всіх (HFA - DB) Європейського регіонального бюро ВООЗ (меншою його величина була лише в Казахстані й Російській Федерації). Розрив із середнім по Європейському регіону показником СОТЖ для обох статей досягав 11,1 року. Така різниця у тривалості життя українських громадян та громадян Європейського Союзу (ЄС) зумовлена в основному масштабами *передчасної смертності*, внесок якої у скорочення СОТЖ в Україні був удвічі вищим і дорівнював 15 рокам у чоловіків та 7 рокам - у жінок (тоді як в ЄС відповідно 6 та 3,5 року).

Висока передчасна смертність є основною детермінантою зменшення СОТЖ в Україні, особливо серед чоловіків. Дитячу смертність також відносять до передчасної, однак зумовлене нею скорочення СОТЖ (навіть враховуючи підвищення показника смертності немовлят у 2005-2006 рр.) досить незначне. Динаміку рівнів передчасної смертності населення України інакше як загрозливою назвати не можна, адже переважання рівня передчасної смертності в Україні відносно показника ЄС нині стало вдвічі більшим, ніж у 1989 р., тобто до початку соціально-економічних перетворень у країнах пострадянського простору, та досягло у 2005 р. співвідношення 2,9 раза (669,6 проти 232,2 на 100 тис. населення у країнах ЄС). Упродовж останніх десятиріч рівень передчасної смертності в Україні постійно зростав, за винятком короткотривалого періоду горбачовської антиалкогольної кампанії у другій половині 80-х рр., коли спостерігалось зменшення рівня смертності переважно серед чоловіків, яке, на жаль, виявилось нестійким (рис. 2.16).

Відповідно зріс і внесок передчасної смертності у скорочення СОТЖ, а для чоловіків він практично зрівнявся з кризовим показником з огляду на демографічну ситуацію у 1995 р. Це відбувалося на тлі постійного зменшення внеску передчасної смертності у СОТЖ не лише для країн Євросоюзу в цілому, а й для окремих країн колишнього соціалістичного табору, що також зазнавали складних соціально-економічних трансформацій.

Так, у Чеській Республіці (країні з подібними природними та кліматичними умовами, етнічно близьким населенням) рівень передчасної смертності істотно знизився з початку 90-х рр., і до 2005 р. внесок передчасної смертності у скороченні СОТЖ для чоловіків ненабагато перевищував показники ЄС, а для жінок

навіть зрівнявся з ними (рис. 2.17). Відмінності у величинах скорочення СОРЖ за рахунок передчасної смертності в Україні та Чеській Республіці за 1990-2005 рр. стали більш істотними - з 1,2 до 2 разів для жінок і з 1,3 до 2,3 раза - для чоловіків.

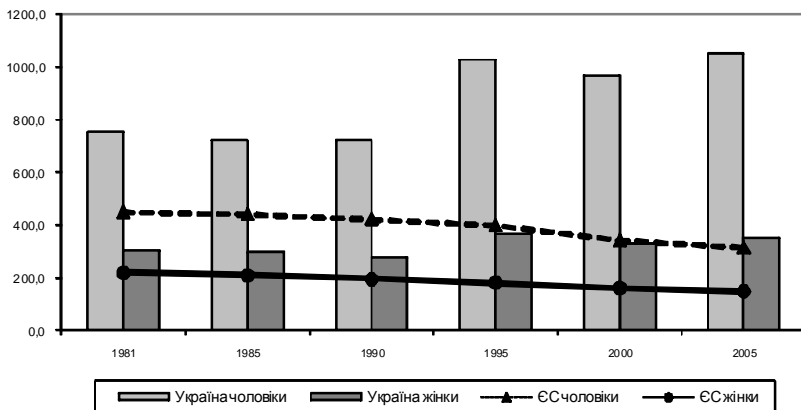


Рис. 2.16. Динаміка передчасної смертності населення в Україні у 1981-2005 рр., чоловіки та жінки, стандартизований показник на 100 тис. населення

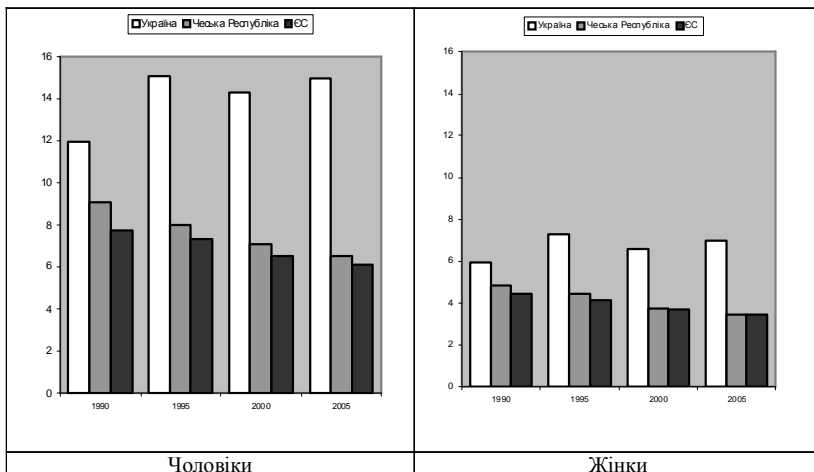


Рис. 2.17. Внесок передчасної смертності у скорочення очікуваної тривалості життя в Україні, Чеській Республіці та країнах ЄС у 1990, 1995, 2000 та 2005 рр.

За даними Держкомстату, у 2006 р. Україна щоденно втрачала 694 життя громадян у віці, молодшому від 65 років, а всього впродовж 2006 р. померло 253,2 тис. осіб, тобто кожна третя смерть була передчасною (причому чоловіків серед померлих виявилось у 2,5 раза більше, ніж жінок). Проблема високого рівня передчасної смертності населення є однією з нагальних сучасних соціальних проблем, і викликає занепокоєння не лише у фахівців у сфері громадського здоров'я і демографів, а й у представників громадськості [77]. Зокрема, на цій проблемі наголошувалося на Всеукраїнському форумі "Здорова нація" (2007), на засіданні Ради національної безпеки і оборони України (2007), численних науково-практичних форумах. Висока передчасна смертність стала однією з ознак, через які рішенням засідання РНБО сучасну демографічну ситуацію було охарактеризовано як таку, що загрожує національній безпеці держави [78].

Закономірно, що за величиною показника СОРЖ чоловіків в Україні, порівняно з аналогічним у ЄС спостерігаються більші відмінності (13,8 року), ніж у жінок (8,2 року). Статеві-вікова структура українського населення зазнала значної деформації через надсмертність чоловіків, причому диспропорція зростає з віком. Результатом надсмертності стало те, що у групі осіб, які у 2006 р. досягли межі 65 років, чоловіків стало менше на 1,3 млн, ніж жінок такого самого віку. Саме за рахунок надсмертності чоловіків у молодому і середньому віці зросла частка самотніх жінок та вдів. Фахівці вказують на надсмертність чоловіків і як на один з чинників низької народжуваності (Е.М.Андрєєв, 2001).

Певна статева нерівність існує вже на початку життя: на кожні 100 дівчаток у середньому народжується 105 хлопчиків, але й смертність у ранньому дитячому віці серед хлопчиків є вищою. Далі, з віком, показники смертності хлопчиків і дівчаток вирівнюються, а в підлітковому віці знову спостерігається збільшення кількості смертей юнаків (переважно від неприродних причин), чисельність населення різної статі поступово стає однаковою. Зауважимо, що в Україні в 2006 р. приблизно однаковою кількістю чоловіків і жінок стала уже у віці 29 років, тоді як у розвинених європейських країнах така вікова "рівновага" спостерігається приблизно на 15-20 років пізніше, що зумовлено значно вищими темпами "вимирання" українських чоловіків. У працездатному віці чоловіки вмирають частіше за жінок, а у більш старших вікових групах статеві відмінності смертності поступово зменшуються.

Переважання показників передчасної смертності у чоловіків є характерним і для розвинених країн. Взагалі, певне перевищення смертності чоловіків зумовлене комплексом біологічних і соціальних чинників. Це спричинено біологічними особливостями, тобто меншою порівняно з жіночим захищеністю чоловічого організму, з одного боку (організм жінки характеризується більшою витривалістю, обумовленою його специфічною функцією продовження і збереження роду, гнучкістю та стійкістю до стресу), гормональними особливостями, та соціальними чинниками (переважанням чоловіків серед працюючих в небезпечних та шкідливих умовах, надмірним вживанням спиртного і наркотиків та тютюнопалінням, більшою схильністю до ризикованої поведінки) - з другого.

Дійсно, кількість чоловіків, які працюють в умовах, які не відповідають санітарно-гігієнічним нормам, втричі більша, ніж жінок (у таких галузях, як будівництво - у 8 разів, транспорт та зв'язок, добувна промисловість - більш ніж у 5, металургія - втричі). Чоловіки переважають і в професійних сферах, що мають підвищений ризик для життя (армія, поліція, рятувальні служби), екстремальних видах спорту тощо.

Зазначені чинники, що впливають на рівні смертності, тією чи іншою мірою характерні для чоловіків різних країн. Однак якщо в країнах ЄС таке переважання рівнів смертності чоловіків становило 2,1 рази порівняно з жінками і практично стабілізувалося або навіть зменшилося впродовж останніх 25 років (у США така тенденція спостерігалася для чоловіків білої раси), то в Україні воно навпаки, зросло з 2,5 до 3 разів, що переконливо ілюструє негативні тенденції до посилення явища чоловічої надсмертності в нашій країні. Одночасно це свідчить про наявні ресурси подовження життя українських громадян шляхом вжиття заходів щодо зменшення передчасної смертності чоловіків.

Деякі дослідники пояснюють феномен надсмертності чоловіків безпосереднім та опосередкованим впливом воєн на життєздатність; польський демограф Кедельський пов'язує його зі зміною умов праці, зниженням фізичної активності, що заважає чоловікам реалізувати генетично закладені у них якості "захисника і годувальника". Проте в сучасній Україні переважання смертності чоловіків є надзвичайно високим [59, с. 98-100; 79; 80]. На думку фахівців, однією з причин зростання передчасної смертності українських чоловіків стали саме стрес, зумовлений нездатністю пристосуватися до швидкозмінних соціально-економічних транс-

формації суспільства наприкінці минулого сторіччя, та втрата звичного соціального і професійного престижу (що для частини перетворилася на "втечу" від проблем в алкогольну чи наркотичну залежність) [59; 76]. Позначається на показниках смертності і більша поширеність серед чоловіків соціально детермінованих хвороб, зокрема туберкульозу, алкогольно-залежних хвороб, захворювань, що передаються статевим шляхом, тощо.

Зазначимо, що ще з радянських часів охорона здоров'я жінки-матері була пріоритетним і задекларованим принципом політики з охорони здоров'я, тоді як питання здоров'я "сильної статі" зазвичай не піднімалися. Дискусія на шпальтах "Літературної газети" з приводу славнозвісної статті Б.Урланіса "Бережіть чоловіків" (1968) була резонансною, але не дістала підтримку в тодішній соціальній політиці. Лише в окремих документах державного значення останнього часу (таких, як Послання Президента України до Верховної Ради України "Про внутрішнє та зовнішнє становище України у 2005 році", Стратегія демографічного розвитку в період до 2015 року) надсмертність чоловіків визнано важливою проблемою. У Державній програмі "Репродуктивне здоров'я нації" на період до 2015 року наголошується на негативному впливі високого рівня смертності чоловіків репродуктивного віку на реалізацію репродуктивної функції для певної частини населення.

Національним планом дій щодо поліпшення становища жінок та сприяння впровадженню гендерної рівності у суспільстві на 2001-2005 роки основну увагу було приділено такому аспекту гендерної політики, як захист жіночих прав. У наступній Державній програмі з утвердження гендерної рівності в українському суспільстві на 2006-2010 роки вже акцентується увага на констатації таких проблем, як нижча тривалість життя чоловіків, більша поширеність соціально детермінованих хвороб та розладів, погіршення чоловічого репродуктивного здоров'я тощо [81]. Проте в заходах на виконання зазначеної програми питання впливу на здоров'я згадується лише у зв'язку із забезпеченням безпечних для життя і здоров'я умов праці, боротьбою із насильством* та опосередковано - у зв'язку з просвітницькою роботою щодо гендерної рівності та розвіювання гендерних стереотипів. На необхідності запровадження гендерного аналізу державної політики наголошу-

*До речі, за даними Національного опитування "Репродуктивне здоров'я населення України - 1999", від насильства в сім'ї чоловіки потерпають ненабагато рідше за жінок.

ють фахівці державного управління [82-84]. Використання гендерного підходу для аналізу стану здоров'я населення в Україні, а головне - для розробки стратегічних заходів з його формування, збереження та оцінки ефективності здійснюваної політики залишається недостатнім, хоча потреба в такому підході з огляду на істотну різницю у тривалості життя чоловіків і жінок є нагальною.

В Україні надсмертність чоловіків досягає максимального рівня у працездатному віці. Так, 2006 р. у віковому інтервалі 20-54 роки показники смертності чоловіків були більш ніж утричі вищими, ніж жінок (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Смертність чоловіків і жінок в Україні за окремими віковими групами, 2006 р.

Вік, років	Показник на 100 тис. осіб		Переважаання, разів
	чоловіки	жінки	
0-1	1163,6	844,2	1,4
1-4	74,1	62,6	1,2
5-9	41,6	26,2	1,6
10-14	38	23,3	1,6
15-19	106,3	45,5	2,3
20-24	218,1	64,5	3,4
25-29	391,3	119,3	3,3
30-34	596,9	181,9	3,3
35-39	792,8	244,6	3,2
40-44	1126,8	317,9	3,5
45-49	1531,5	441	3,5
50-54	2118,9	649	3,3
55-59	2793,6	1000,1	2,8
60-64	3945,1	1480,9	2,7
65-69	5223,4	2277,5	2,3
70-74	7113	3777,4	1,9
75-79	10158,7	6478,2	1,6
80-84	14259,5	10804,8	1,3
85 і старші	23125,8	21837,8	1,1

Сьогодні українські чоловіки у віці 15-60 років вмирають у 3,3 раза частіше, ніж, наприклад, їх австрійські однолітки. З підвищенням рівня освіти статеві відмінності смертності нівелюються - незалежно від статі особи з вищою освітою мають у кілька разів менший рівень смертності, ніж з рівнем, нижчим за неповну середню освіту, відповідно індекс надсмертності чоловіків виявляється найвищим серед найменш освічених груп населення [41].

При порівнянні із розвиненими країнами спостерігаються відмінності не лише у величині співвідношення смертності чо-

ловіків і жінок, а й спрямованості змін рівня передчасної смертності. У європейських країнах вже з 70-х рр. спостерігається поступове зниження або стабілізація (рис. 2.18), в Україні процес переважання смертності чоловіків над смертністю жінок прогресує.

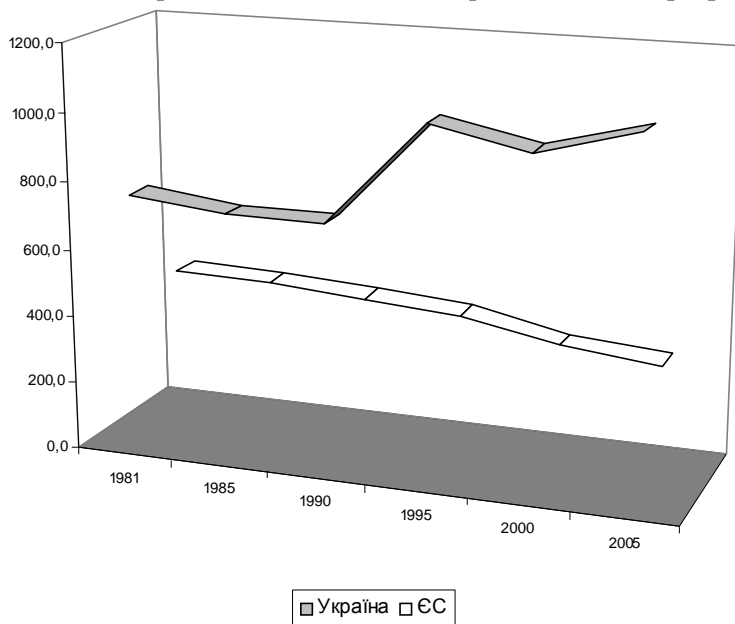


Рис. 2.18. Динаміка передчасної смертності чоловіків в Україні та країнах ЄС у 1981-2005 рр., стандартизований показник на 100 тис. населення 0-65 років

Відмінності у величині очікуваної тривалості життя при народженні - інтегрального показника стану здоров'я населення - українських громадян та громадян Європейського Союзу, як уже зазначалося, криються саме у масштабах смертності передчасної, однак вона по-різному впливає на тривалість життя осіб різної статі: чоловіків - приблизно на 15, а жінок - на 7 років.

Найризикованішим щодо можливості померти передчасно для чоловіків є період працездатного віку. У групі 15-59 років смертність українських громадян була значно вищою порівняно з країнами ЄС (у чоловіків - у 3,5 раза, жінок - у 2,5). За даними European mortality database (MDB), переважання рівнів смертності у всіх п'ятирічних підгрупах цього інтервалу, відрізняючись за

величиною, завжди було більш явним для чоловіків. Так, найбільшим (або таким, що майже досягло для чоловіків 5 разів, для жінок - 3,2) перевищення було не в найстаршій, як можна було б очікувати, а в середній віковій групі 30-44 роки.

Якщо порівняти індекси чоловічої надсмертності у 1989 та 2006 рр., виявляється, що відбувся зсув у більш старші вікові групи, тобто наприкінці 80-х рр. найвищі показники (втричі і більше) концентрувались в інтервалі від 20 до 40 років, тоді як таке переважання у 2006 р. торкнулось вже значно ширшого проміжку - від 20 до 55 років (рис. 2.19).

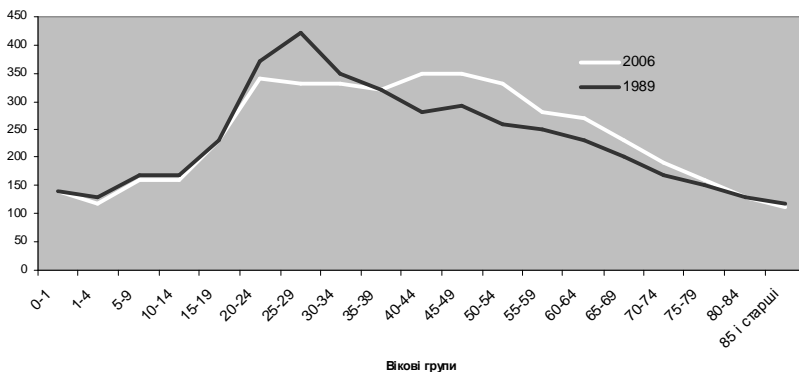


Рис. 2.19. Індекси надсмертності чоловіків в Україні за окремими віковими групами, 1989, 2006 рр., %

Саме у віці 30-54 роки в 1989-2006 рр. зафіксовано найбільший приріст смертності чоловіків - у 1,5-2 раза. Серед жінок таке несприятливе явище спостерігалось у молодшій групі - 25-39 років.

Якщо розглянути смертність від окремих причин, то найбільш разючим є перевищення чоловічої смертності від зовнішніх причин, інфекційних та серцево-судинних хвороб. Українські чоловіки майже у п'ять разів (4,7 раза) частіше гинуть від неприродних причин, ніж їх однолітки у країнах ЄС. Причому найбільше переважання спостерігається не в молодому віці (15-19 років), коли юнаки схильні до надмірного ризику, не мають достатнього життєвого досвіду, в тому числі і щодо самозбережувальної поведінки, і цілком природно, більше наражаються на зовнішню небезпеку. Як це не парадоксально, в цьому віці співвідношення найменше - 2,7 раза,

тоді як максимальним є переважає для зрілих 45-59-річних чоловіків - майже в 6 разів (5,6 раза). Серед жінок переважає смертності внаслідок зовнішніх причин було меншим (3,4 раза), однак знов-таки найвища точка переважає спостерігається у найстаршій віковій групі. Кількість насильницьких смертей чоловіків перевищує аналогічну величину в жінок у багато разів.

Фахівці вказують на певні відмінності у смертності сільських і міських чоловіків, найбільш помітні у молодому віці 20-23 роки [59, с. 101], пояснюючи зазначений феномен різким підвищенням саме в цьому віці рівня смертності від неприродних причин. Причиною цього є насамперед небезпечна поведінка демобілізованих з армії юнаків, що наражаються на ризик, зловживаючи донедавна малодоступним спиртним. До цього додається необережне поводження з технічними засобами, недотримання правил безпеки на виробництві та на автошляхах. Як результат - смертність від нещасних випадків сільських юнаків в інтервалі 20-24 роки більш ніж у півтора раза вища, ніж міських.

Високий рівень передчасної смертності чоловіків обумовлює загрозу суспільному виробництву (через втрату істотної частини трудового потенціалу), скорочує кількість осіб, придатних для несення військової служби, детермінує соціальні проблеми (сирітство, зниження добробуту сімей через втрату годувальника, самотність) тощо. Крім того, це спричиняє деформацію статевовікової структури населення, що негативно позначається на його відтворенні (рис. 2.20). Так, якщо у наймолодших вікових групах чисельність чоловіків більше, ніж жінок, то починаючи з 30-річного віку чисельність жінок поступово стає більшою. У результаті насамперед надсмертності чоловіків спостерігається істотне переважає кількості жінок. У віковій групі 15-49 років (найбільш перспективній щодо дітонародження) різниця між чисельністю жінок і чоловіків становила понад 200 тис. (на 1 січня 2007 р.). Не одна здорова жінка, яка бажала створити родину, не змогла знайти собі пари і залишилася бездітною. Навіть якщо жінка вирішує народити "для себе" (як правило, вже в досить пізньому віці, що теж небезпечно як для власного здоров'я, так і для здоров'я майбутньої дитини), вона, як правило, обмежується однією дитиною, що є недостатнім для відтворення населення.

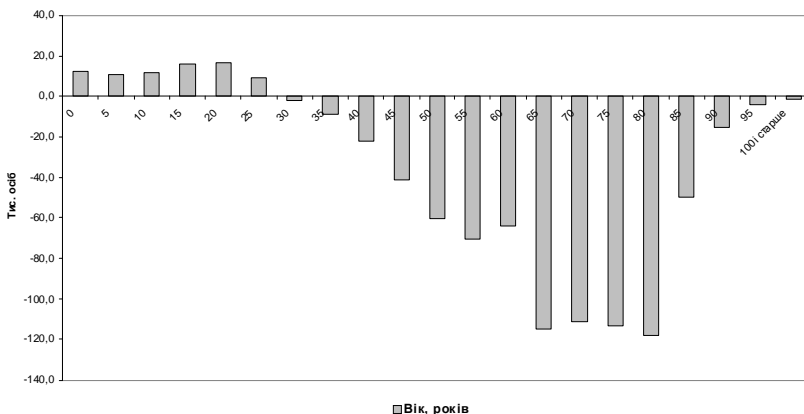


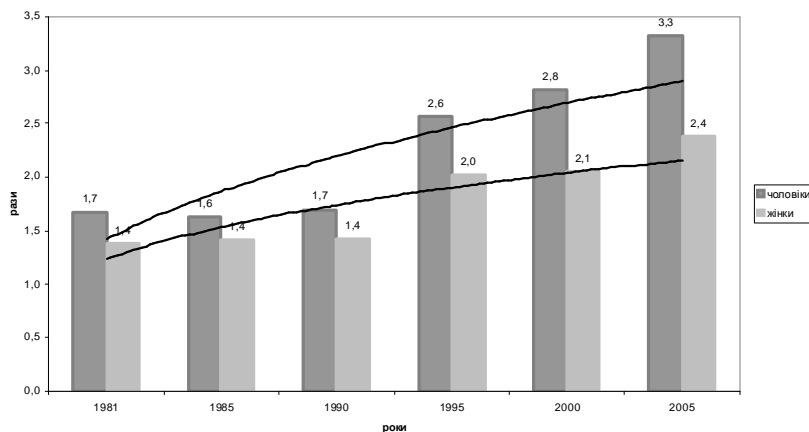
Рис. 2.20. Різниця у чисельності чоловіків і жінок в Україні за окремими віковими групами, 2006 р., тис. осіб

Серед соціальних чинників, що спричиняють чоловічу над- смертність, значне місце посідають поведінкові [59; 73; 85; 86]. Палить понад половина чоловіків старше за 18 років, серед ін'єкційних наркоманів (за розрахунками Харківського інституту неврології, психіатрії та наркології АМН, кількість їх становить 140 тис., за даними незалежних дослідників - наближається до 500 тис. осіб) більшість становлять чоловіки. Поведінка, пов'язана із створенням ситуацій підвищеного ризику для життя, частіше характерна для чоловіків. Так, за даними офіційної статистики показники поширеності захворювань серед жінок є вищими, ніж у чоловіків, що свідчить не про краще здоров'я останніх, а скоріше про менш свідому вітальну поведінку. Що стосується певних ро- льових стереотипів, то в українському суспільстві відповідальність за стан здоров'я родини, передусім дітей, зазвичай покладається на жінку. Опосередкованим наслідком цього є ситуація, коли серйозне порушення здоров'я чоловіка-одинака частіше, ніж у того, ким опікуються мати або дружина, призводить до летального на- слідку або до інвалідності.

За даними російського дослідника І.Б.Назарової (2004), під час опитування працюючого населення при практично однаковій частці чоловіків та жінок (41,5 та 43%), які повідомили про на-

явність упродовж останнього місяця проблем зі здоров'ям, по медичну допомогу, однак, зверталися частіше жінки, ніж чоловіки (відповідно 30 та 25,3%). Характерно, що чоловіки наявність легкого нездужання (наприклад головного або зубного болю, болю в горлі, розладу шлунка, незначного підвищення температури тощо) не вважали "проблемою зі здоров'ям", і, відповідно, рідше зверталися до медичного працівника з цього приводу, а частіше займалися самолікуванням або просто це ігнорували [87].

Результатом різноспрямованої динаміки змін рівнів передчасної смертності в Україні та ЄС (тенденції до підвищення в Україні та до зниження - в ЄС) стало поглиблення відмінностей між ними. Так, з початку 80-х рр. до 2005 р. для чоловіків різниця збільшилася з 1,7 до 3,3 раза; для жінок - відповідно з 1,4 до 2,4 раза (рис. 2.21).



*Рис. 2.21. Співвідношення показників смертності чоловіків і жінок віком до 65 років в Україні та країнах ЄС, 1981-2005 роки**

Якщо порівняти рівні передчасної смертності в окремих вікових групах періоду трудової активності, то виявляється, що найбільшим перевищення було у середній віковій групі 30-44 роки, яке становило майже 5 разів (4,9) у чоловіків і більш ніж 3 рази

*Рис. 2.21 побудовано згідно з авторськими розрахунками за матеріалами Європейської бази даних (HFA - DB), Європейське регіональне бюро ВООЗ.

(3,2) для жінок (рис. 2.22). Цей вік є серединою життя, коли відносно більша вразливість дітей та схильність до ризику і небезпечних експериментів, характерних для підлітків і молоді, вже позаду, а проблеми, пов'язані зі старінням і накопиченою з роками патологією, ще далеко попереду. Смерть людини у цьому віці, в розквіті сил, спричинює найбільші втрати суспільства. У нормальних умовах, в мирний час у цивілізованій країні у такому віці громадяни вмирати не повинні. Найбільшу частину смертей українців у віці 30-44 роки зумовлюють зовнішні причини, другу за значущістю - серцево-судинні захворювання. Більшості із цих смертних випадків можна було б уникнути, тому необхідно спрямовувати заходи щодо запобігання передчасній смертності на більш молоді вікові групи.

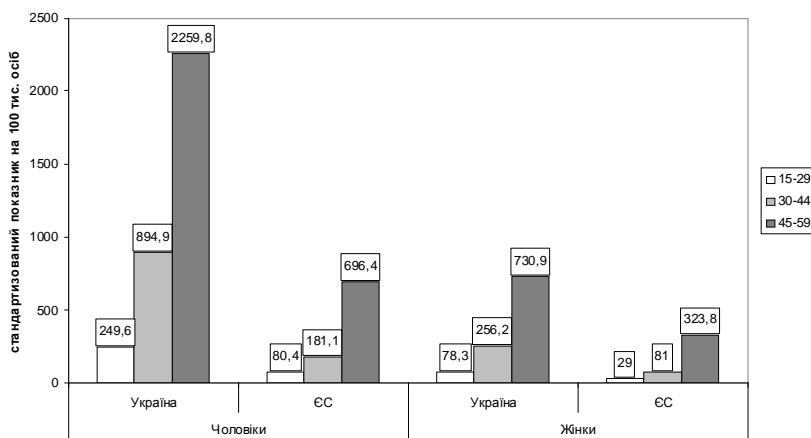


Рис. 2.22. Рівні смертності в окремих вікових групах в Україні та країнах Європейського Союзу, 2005 р., чоловіки та жінки*

Основними причинами передчасної смертності населення в Україні на сьогодні є хвороби системи кровообігу. Зовнішні причини і новоутворення посідають відповідно друге та третє місце. У країнах же Євросоюзу найвагомішою причиною передчасної смерті були новоутворення, із значним відривом випереджаючи навіть суму наступних за рангом причин (табл. 2.5). Значущість

*Рис. 2.22, 2.27, 2.28, табл. 2.6, 2.7 побудовано за даними European mortality database (MDB) World Health Organization Regional Office for Europe.

окремих причин упродовж останніх років зазнала певних змін. Так, якщо у 1989 р. у структурі передчасної смертності населення України новоутворення посідали друге місце, а зовнішні причини незначно їм поступалися (25,1 та 21,6 %), то в 2005 р. частка смертності від зовнішніх причин практично не змінилася, але перемістилася на друге місце. Це пояснюється не тільки зниженням рівня смертності внаслідок новоутворень майже на 11%, а й підвищенням рівня смертності від зовнішніх причин на 40% порівняно з 1989 р., тобто частина людей помирає у відносно молодому віці від неприродних причин або внаслідок серцево-судинних захворювань, не доживаючи до потенційного виникнення або розвитку онкологічної патології. Якщо рівень смертності всього населення від хвороб системи кровообігу (ХСК) утричі вищий порівняно з країнами Європейського Союзу, то передчасної - більш ніж у чотири рази. Взагалі серцево-судинна патологія має в нашій країні більшу значущість у формуванні смертності.

Таблиця 2.5

Структура смертності населення віком до 65 років в Україні та країнах ЄС (стандартизований показник (європейський стандарт) на 100 тис. населення, 2005 р.)

Причини	Україна		ЄС	
	к	%	к	%
Усі причини	669,6	100	232,2	100
У тому числі:				
Хвороби системи кровообігу	238,0	35,5	54,9	11,9
Новоутворення	102,5	15,3	95,5	41,1
Зовнішні причини	140,7	21	33,8	14,6

Рекомендаціями ВООЗ і Міжнародного товариства з гіпертензії (1999) проживання у країнах СНД було віднесено до додаткових чинників ризику смерті від серцево-судинних захворювань одночасно із загально визнаними чинниками ризику. Так, в Україні порівняно з країнами Євросоюзу перевищення рівня передчасної смертності від ХСК було більш істотним (у 4,3 рази), ніж унаслідок всіх причин (відповідно у 2,9 рази).

Зазначимо, що передчасна смертність від серцево-судинних хвороб, які впродовж останніх років беззаперечно переважали серед основних її причин, практично постійно зростала, за винятком коротких проміжків часу (першого, що збігається з антиалкогольною кампанією середини 80-х рр. ХХ ст., другого - незначного зни-

ження після піку 1995 р.), залишаючись вищою від загальноєвропейського рівня, тоді як у країнах ЄС спостерігалось невпинне зниження її показника (рис. 2.23). Вражаючим є те, що у 2005 р. показник передчасної смертності від ХСК в Україні перевищив рівень 1995 р. - практично за всіма медико-демографічними показниками найгіршим роком останніх десятиріч.

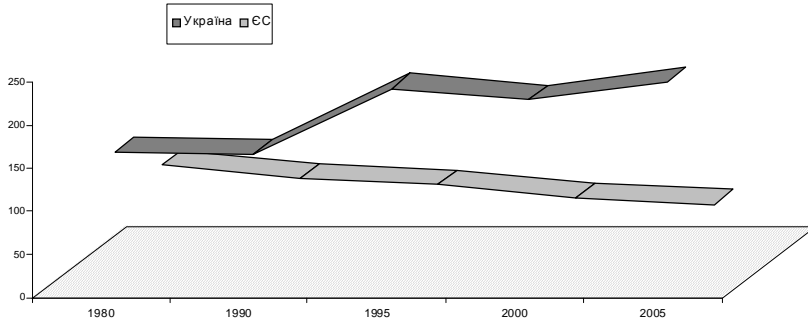


Рис. 2.23. Стандартизований показник смертності від ХСК віком до 65 років в Україні та країнах Європейського Союзу, 1980-2005 рр.*

Однак якщо в колишніх країнах соціалістичного табору, які також на початку 90-х рр. пережили соціально-економічні трансформації, показники передчасної смертності від ХСК поступово зменшувались, наближаючись до рівня розвинених європейських країн, то в Україні (як і в Російській Федерації) спостерігалось погіршення ситуації (рис. 2.24). Якщо у 1991 р. у трьох сусідніх близьких за природно-кліматичними умовами країнах - Україні, Польщі та Румунії, які мають спільні кордони, показники були практично однаковими - на рівні 160-170 на 100 тис. населення, то на сьогодні, на відміну від ситуації в Україні, в двох останніх коефіцієнт значно зменшився.

При більш детальному вивченні явища високої серцево-судинної смертності в Україні з'ясується, що основним внеском у зростання її рівнів смертності стало збільшення його у найбільш продуктивному віці 30-59 років, тобто віці, коли людина закінчила базову освіту, набула певного досвіду, і, відповідно, більше може

*Рис. 2.23, 2.24, 2.29, 2.30 побудовані з використанням Європейської бази даних (HFA - DB), Європейське регіональне бюро ВООЗ.

віддавати суспільству. Саме населення цього віку більшою мірою формує національний продукт, несе відповідальність за утримання дітей, людей похилого віку і непрацездатних. Виявляється, що українці вмирають унаслідок серцево-судинних захворювань набагато раніше від громадян Європейського Союзу: показник смертності українських чоловіків відносно молодого віку (30-44 роки) у 2005 р. ненабагато відрізнявся від такого в групі на 15 років старших чоловіків з країн ЄС (відповідно 177,7 та 201,5 на 100 тис. осіб).

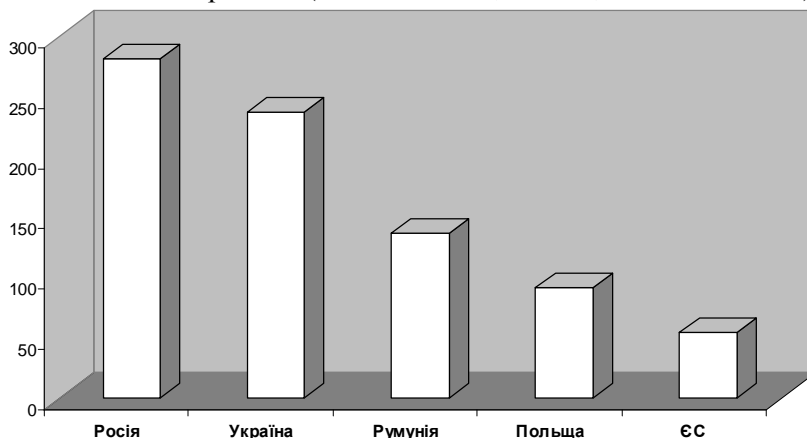


Рис. 2.24. Показники передчасної смертності від ХСК в країнах Європи, обидві статі, стандартизований показник на 100 тис. населення, 2005 р.

В Україні втрачається набагато більша кількість людських життів унаслідок передчасної смертності від ХСК у зрілому працездатному віці, ніж у розвинених країнах. Так, при порівнянні рівнів смертності за статтю у віковому інтервалі 30-59 років переважання показника смертності чоловіків виявляється найбільшим (табл. 2.6), причому воно зросло порівняно з 1989 р. майже втричі - до максимального значення (5,5 раза) у чоловіків віком 30-44 роки (у 1989 р. в тій самій віковій групі - 1,9 раза).

Розробники Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006-2010 роки вважають, що високий рівень передчасної смертності від ХСК в Україні спричинений недостатнім рівнем виявлення хвороб на ранніх стадіях, незадовільною організацією процесу діагностики

та лікування, обмеженою доступністю сучасних методів лікування, низьким рівнем оснащення закладів охорони здоров'я необхідним обладнанням, недостатньою поінформованістю населення про чинники ризику та можливості запобігання хворобам системи кровообігу. Зауважимо, що принципово важливим є останній пункт, який має посідати чільне місце. Адже навіть найдосвідченіший лікар і найдосконаліше обладнання не допоможуть, якщо за цією допомогою пацієнти не звертаються або приписів лікаря не виконують.

Таблиця 2.6

Переважання рівнів передчасної смертності від ХСК населення України порівняно з країнами Європейського Союзу, 2005 р.

Роки	30-44 роки		45-59 років	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
1989	1,9	1,4	1,7	2,0
1995	3,8	2,8	3,2	3,5
2000	4,3	2,7	3,6	3,7
2005	5,5	3,7	4,3	4,3

На думку експертів, ще однією з причин надмірно високої смертності від ХСК може бути практика, відповідно до якої випадки раптової смерті через інші причини, які важко було визначити ретроспективно, реєструються як випадки смерті від ХСК.

Зазначимо, що не так давно у 1989 р. в ЄС питома вага ХСК в структурі передчасної смертності була більш ніж удвічі вищою. Зниження смертності у країнах Європи пов'язане, передусім, з успішною реалізацією заходів щодо упровадження здорового способу життя і формування у населення більш відповідального ставлення до свого життя та вітальної поведінки, і, відповідно, зменшення негативного впливу таких ризиків хвороб системи кровообігу, як тютюнокуріння, недостатня фізична активність, артеріальна гіпертензія, підвищений рівень холестерину і цукру в крові, надмірна вага тощо.

Новоутворення в Україні є другою за значущістю причиною смерті населення, однак рівень їх порівняно з країнами Європейського Союзу (ЄС) є значно нижчим. Рівень загальної смертності внаслідок новоутворень в Україні впродовж останнього десятиріччя коливається біля позначки 195 на 100 тис. населення, по-

сідаючи при цьому в структурі смертності всього населення стабільну частку близько 12%.

Відсутність яскравої негативної динаміки величини внеску онкологічної патології у масив смертності (особливо порівняно зі смертністю від серцево-судинних хвороб, рівень якої зріс порівняно з початком 90-х рр. у 1,5 раза) викликає у частини суспільства, в тому числі і у тих, хто приймає рішення, певні сумніви в пріоритетності і важливості для держави стратегії боротьби з новоутвореннями. Однак фахівці неодноразово зазначали, що, незважаючи на негативний вплив на здоров'я населення України комплексу чинників ризику, які спричинюють виникнення хронічних захворювань, у тому числі онкологічних, частина населення через надвисоку смертність від хвороб системи кровообігу та зовнішніх причин не доживає до більш старшого віку, в якому зазвичай виникає онкологічне захворювання [3, с. 33-38; 73, с. 72-101; 88; 89]. Прогнозується, що за умови досягнення певних успіхів у боротьбі з серцево-судинними захворюваннями та неприродними причинами смерті показники онкологічної смертності неухильно зростатимуть.

Проблемою для України (як і сусідніх пострадянських республік) є поширення онкопатології серед населення працездатного віку та значна частка захворювань, які діагностовано на пізніх стадіях [90, с. 52-57; 91]. Так, за даними галузевої статистики, у 2006 р. третина вперше зареєстрованих хвороб виявлено у III-IV стадіях, коли шанси ефективного зцілення є малоюмовірними. В результаті майже кожний третій хворий протягом року з постановки діагнозу помирає [92].

З усіх найбільш значущих класів хвороб це чи не єдиний, від якого в Україні спостерігається традиційно нижчий за показники європейських країн рівень смертності. Причому відносна кількість спричинених новоутвореннями смертей нижча порівняно як з країнами з розвинутою економікою, так і з колишніми сусідами по соціалістичному табору. Виникає закономірне запитання - подібна ситуація зумовлена реально нижчим рівнем смертності, гіршою діагностикою чи кращим лікуванням? Зважаючи на численні прогнози стосовно різкого зростання поширеності онкологічної патології, спровокованої наслідками аварії на Чорнобильській АЕС, можна було б очікувати спалаху смертності через два десятиріччя потому. Але цього не відбулося. Стандартизований показник смертності від новоутворень для всього населення впродовж останніх років залишається нижчим, ніж у країнах ЄС (рис. 2.25).

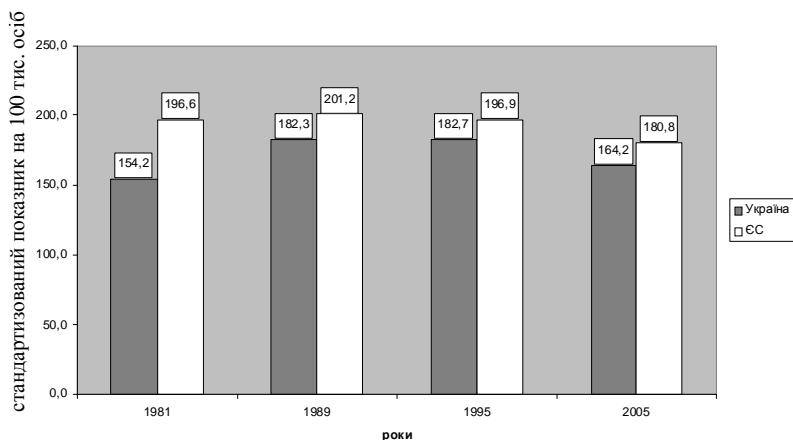


Рис. 2.25. Смертність від новоутворень в Україні та країнах ЄС, 1981, 1989, 1995, 2005 рр., стандартизований показник на 100 тис. населення*

Якщо порівняти рівні смертності з колишніми радянськими республіками та найближчими сусідніми країнами Центральної та Східної Європи, виявляється, що вищі рівні онкологічної смертності спостерігаються у країнах з більш високою очікуваною тривалістю життя (рис. 2.26).

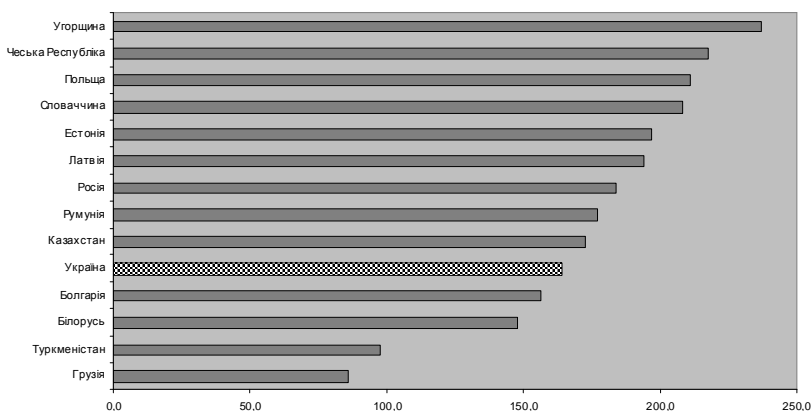


Рис. 2.26. Смертність від новоутворень в Україні та країнах постсоціалістичного простору, 2005 р.

*Рис. 2.25-2.28, табл. 2.7 побудовано за даними ВООЗ (HFA - MDB).

Цілком імовірно, що частина смертей від онкологічних захворювань в Україні помилково реєструється як смерті від хвороб системи кровообігу, передусім від ішемічної хвороби серця, особливо в осіб старшого віку або у сільській місцевості, що пов'язано передусім з обмеженням можливостей діагностики.

Взагалі відносне зростання частки онкопатології супроводжує економічний розвиток суспільства. З одного боку, більша частина населення доживає до зрілого віку, з другого - розвиток промислового виробництва неминуче призводить до посилення впливу на людський організм чинників техногенного походження, негативні наслідки яких накопичуються з роками. На думку фахівців, близько 75% смертей від новоутворень зумовлено дією квазіендогенних, середовищних факторів кумулятивної дії [73, с. 94]. Велике значення мають і зміни в харчуванні, зокрема підвищення в раціоні висококалорійної їжі з одночасним зменшенням частки їжі рослинного походження, вживання в їжу генетично модифікованих продуктів, продуктів з високим вмістом штучних домішок, консервантів тощо. Загальновідоме різке зростання захворюваності і смертності від раку шлунка у жителів Японії у другій половині ХХ ст. після масової заміни звичного, такого, що існував століття, раціону з переважно рослинних продуктів та продуктів морського походження, на характерні для західного світу харчові уподобання з високою часткою продуктів тваринного походження (м'яса та молочних продуктів).

Численними дослідженнями переконливо доведено прямий зв'язок виникнення злоякісних пухлин системи органів дихання з тютюнокурінням. Дедалі більше поширення тютюнокуріння в Україні, в першу чергу в молодіжному середовищі, і зумовлює зростання кількості таких захворювань, особливо в найближчій перспективі. Встановлено кореляцію між частотою ураження злоякісними пухлинами органів дихання і рівнем забруднення повітря в містах, особливо в промислових регіонах.

Різке зростання рівнів онкологічної смертності в Україні починає спостерігатися з відносно молодого віку (30-44 років), а найбільша кількість смертей від новоутворень припадає на віковий проміжок 60-74 роки. У країнах ЄС новоутворення є хворобою людей похилого віку; підвищення рівня смертності спостерігається у досить зрілому віці, який у ЄС відповідає завершенню періоду економічної активності (в сучасній Україні це вік після виходу на пенсію), що ілюструє рис. 2.27.

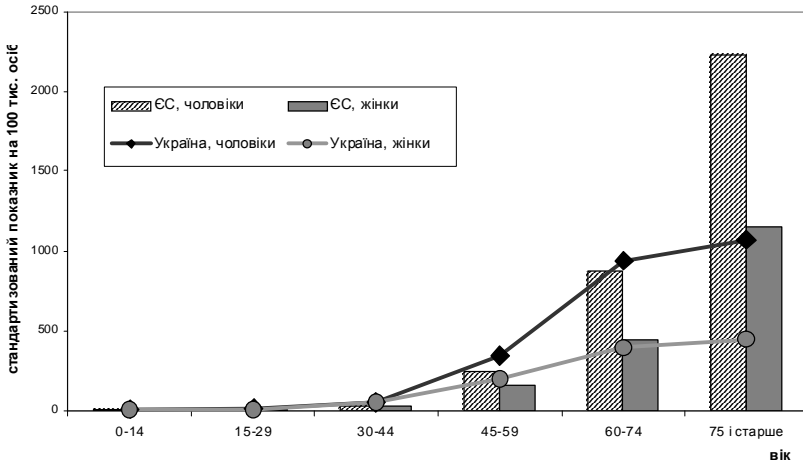


Рис. 2.27. Смертність від новоутворень в окремих вікових групах в Україні та країнах ЄС, чоловіки та жінки, 2005 р., стандартизований показник на 100 тис. населення

Найбільша кількість смертей концентрується на більш пізньому, ніж в Україні, відрізку людського життя, а саме в останньому віковому інтервалі - 75 років і старше. Нагадаємо, що при середній тривалості життя в нашій країні, яка у 2006-2007 рр. становила 68,25 року, це вік, до якого пересічний український громадянин має небагато шансів дожити.

Порівняльний аналіз стандартизованих повікових коефіцієнтів смертності населення від новоутворень в Україні з відповідними показниками країн Європейського Союзу (за 15-річними віковими інтервалами) свідчить про негативне явище переважання смертності українських громадян саме в інтервалі молодого активного віку - 15-44 роки, тобто в період найбільш продуктивного щодо трудової віддачі часу. Як і в чоловіків, так і в жінок це переважання становить майже два рази (1,7-1,9 рази). Навпаки, у найстаршій віковій групі в країнах ЄС спостерігається вищий рівень смертності від онкологічної патології, але це скоріше свідчить про відносно меншу частку українців, що доживають до віку старше від 75 років, та, на думку фахівців, відображає не завжди достовірне визначення причини смерті у похилому віці (табл. 2.7).

Таблиця 2.7

Динаміка відмінностей за рівнями смертності населення від новоутворень в Україні та країнах Європейського Союзу, чоловіки та жінки, 1989, 2005 рр.

Вік, років	Співвідношення стандартизованих повікових показників смертності від новоутворень в Україні та країнах ЄС			
	Чоловіки		Жінки	
	1989	2005	1989	2005
0-14	2,0	1,9	1,7	1,6
15-29	1,4	1,7	1,6	1,9
30-44	1,4	1,7	1,2	1,6
45-59	1,5	1,4	1,1	1,2
60-74	1,1	1,1	0,9	0,9
75 і старше	0,5	0,5	0,5	0,4

Особливістю є і значне перевищення в Україні порівняно з країнами ЄС смертності дитячого населення віком до 14 років (у 1,6-1,9 раза). Незважаючи на те, що кількість смертей від новоутворень у цьому віці дуже незначна, рівень її не перевищує 10 на 100 тис. відповідного населення, смерть дитини взагалі, тим більше від онкологічного захворювання, перебіг якого майже завжди супроводжується болем і значними стражданнями, завжди є трагедією, і надання допомоги таким дітям є гострою соціальною проблемою. Така відмінність у рівні смертності дітей в Україні та ЄС свідчить про якість і ефективність медичної допомоги цій категорії онкологічних хворих у розвинених країнах. Можна сподіватися на покращання ситуації з наданням допомоги дітям, що страждають на онкологічні захворювання, у рамках реалізації Державної програми "Дитяча онкологія" на 2006-2010 роки.

Зауважимо, що в структурі передчасної смертності (віком до 65 років) за умови практично однакового за величиною показника смертності від новоутворень на 100 тис. населення (на тлі втричі вищого рівня загальної смертності) новоутворення посідають різні рангові місця - друге в Україні та перше в країнах ЄС (див. табл. 2.5).

Закономірно, що за умови ефективної реалізації Україною передусім заходів боротьби із серцево-судинними захворюваннями і зниженням внаслідок них рівня передчасної смертності (як і

в результаті зниження кількості так званих "неприродних смертей") у країні неминуче очікується переміщення смертності від новоутворень з другого на перше місце в структурі одночасно зі зростанням показника смертності від онкологічної патології.

Свідченням усвідомлення керівництвом країни важливості проблеми онкологічних захворювань стало, зокрема, проведення в березні 2007 р. Дня Уряду України з порядком денним "Про захист прав онкологічних хворих в Україні та виконання Державної програми "Онкологія" на 2002-2006 роки, створення на основі Інституту онкології Академії медичних наук Національного інституту раку (розпорядження КМУ від 24 грудня 2007 р. № 1186-р) тощо.

Ще в червні 2007 р. Національна рада з питань охорони здоров'я населення, заслухавши звіт Міністерства охорони здоров'я про виконання Указу Президента України від 6 грудня 2005 р. № 1694 "Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення", звернулася із заявою до Президента України, в якій, зокрема, зазначалось, що програму боротьби з онкологічними захворюваннями досі не прийнято. Концепцію Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на 2007-2016 роки схвалено розпорядженням КМУ від 10 липня 2006 р. № 393-р, з 24 липня 2006 р. на офіційному сайті МОЗ розміщено для громадського обговорення проект програми.

Таким чином, тенденції динаміки онкологічної смертності населення України, особливо працездатного віку, є відображенням соціально-економічних та екологічних негараздів у країні. Відмінності смертності від новоутворень в Україні та країнах ЄС полягають у вищому рівні смертності у відносно молодому віці, що зумовлює більші втрати трудового потенціалу в нашій країні.

Тому існує нагальна потреба у прийнятті нової державної цільової програми боротьби з онкологічними захворюваннями.

Унаслідок зовнішніх причин (нещасних випадків, отруєнь і травм) в Україні щороку гине в середньому близько 70 тис. осіб, причому більшість з них - це населення працездатного віку. Зовнішні причини є другими за значущістю у структурі передчасної смертності (для населення працездатного віку першою). Така кількість смертей через неприродні причини є тривожною ознакою суспільного неблагополуччя, тим більш у мирний час. Нелетальні випадки насилля також мають довгострокові негативні наслідки для здоров'я, психіки і поведінки. Більшості таких випадків можна було б запобігти [93].

Нині рівень передчасної смертності внаслідок травм, отруєнь та нещасних випадків в Україні більш ніж у чотири рази перевищує аналогічний показник у країнах ЄС. Наприклад, у нашій країні зовнішні причини зумовлюють майже чверть (24%) смертних випадків серед чоловіків віком 45-54 років та 12-13% - серед чоловіків віком 55-64 роки, тоді як у Франції, наприклад, зазначені показники становлять відповідно лише 8 та 4% [73, с. 88]. Найбільша диспропорція у величинах втрат в Україні та країнах ЄС через отруєння алкоголем - більш ніж у 30 разів (рис. 2.28). Рівні смертності сільського населення від цих причин зазвичай вищі, ніж міського.

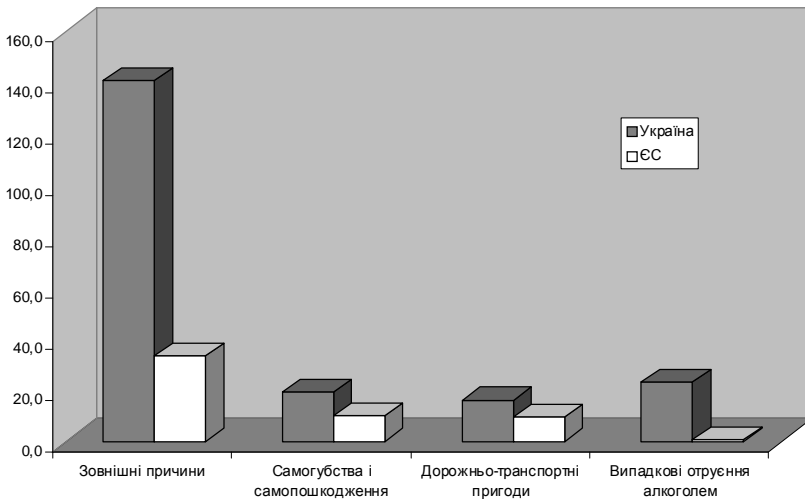


Рис. 2.28. Смертність у віці до 65 років від зовнішніх причин в Україні та країнах ЄС, 2005 р., стандартизований показник на 100 тис. населення, обидві статі

Викликає занепокоєння істотне зростання рівня передчасної смертності від зовнішніх причин (на 40% порівняно із 1989 р.). Найвищими темпами зростає смертність від зовнішніх причин у віці 35-65 років. При цьому фахівці зазначають, що статистику нещасних випадків, отруєнь і травм в Україні не можна вважати цілком об'єктивною та достовірною, оскільки певна їх частина реєструється в інших класах причин смерті, насамперед у класі неуточнених та невідомих причин (клас XVIII за Міжнародною класифікацією хвороб).

Якщо підсумувати кількість смертних випадків за класами зовнішніх та неуточнених і невідомих причин, то їх кумулятивна частка у складі причин смерті населення виявиться більшою (щонайменше на 4-5%), що реальніше відображає справжні обсяги "неприродної" смертності в Україні.

Саме висока смертність від зовнішніх причин є одним із найголовніших чинників формування феномена надсмертності українських чоловіків. Так, якщо індекс надсмертності чоловіків віком 30-44 роки внаслідок всіх причин дещо перевищує 3 рази, то від зовнішніх причин досягає майже 6 разів.

Серед окремих причин основну частку становлять самогубства та самопошкодження і випадкові отруєння, більшість з яких є отруєння алкоголем. Зловживання алкоголем є чинником, що значно підвищує ризик померти від інших неприродних причин (дорожньо-транспортні пригоди, травми, самогубства тощо) та пов'язаних з алкоголем захворювань. З початку 90-х рр. частка смертей, пов'язаних з вживанням алкоголю, неспинно зростала і досягла у 2006 р. 3,8% від усіх летальних випадків у країні [94, с. 435].

Зовнішні дії як причина смерті та розладів здоров'я в останні роки є предметом особливої уваги фахівців з управління охороною громадського здоров'я. Експертами Європейського регіонального бюро ВООЗ підраховано, що внаслідок травм щорічно в Європі гине близько 800 тис. осіб (8,3% всіх смертей), або майже 2,2 тис. осіб щодня [95]. На один випадок смерті припадає 30 госпіталізацій та 300 амбулаторних звернень за невідкладною допомогою. За наявними оцінками, втрати, пов'язані зі смертельними та несмертельними травмами на рівні Європейського регіону, становлять відповідно 1-6 млрд та 80-290 млрд євро на рік.

Водночас існують відмінності у показниках смертності між менш і більш забезпеченими країнами: так, у країнах з низьким і середнім рівнем доходів імовірність загинути внаслідок травм у чотири рази вища, ніж у країнах з високим рівнем добробуту. Незалежно від матеріального добробуту країни вищий ризик неприродної смерті мають діти, люди похилого віку та малозабезпечені верстви населення: наприклад, ймовірність загинути від зовнішніх причин у дітей із соціально і економічно неблагополучних родин у 3-4 рази вища, ніж у дітей з більш благополучних сімей.

Проте двох третин смертей та більшості ушкоджень можна було б уникнути, якщо вдалося б досягти щонайменше рівня краї-

ни з найнижчими в регіоні показниками, що дало б змогу врятувати майже 0,5 млн людських життів щороку [96]. На нашу думку, для України боротьба за зменшення втрат через травми, отруєння та нещасні випадки є одним із найбільш перспективних та реальних заходів щодо збереження людського потенціалу.

За рівнем передчасної смертності від інфекційних захворювань, які спричинюють значно меншу частку смертей, ніж три попередні класи захворювань, Україна, однак, перевищує показники ЄС майже у 10 разів (відповідно 38,5 проти 4,0 на 100 тис. осіб, причому понад 4/5 смертей припадає на чоловіків).

Дедалі більше поширення епідемії туберкульозу і ВІЛ/СНІДу, залучення до процесу не лише представників груп ризику, а й "благополучної" частини населення при досягненні певної критичної маси зумовлює ризик поглинути всі наявні ресурси тільки на боротьбу з цією проблемою. З 1991 р. по 2007 р. смертність від туберкульозу зросла майже втричі, причому серед померлих від туберкульозу близько 90% не досягли віку 65 років. Зазначимо, що найбільша частина смертей припадає на чоловіків працездатного віку. Фахівці прогнозують потенційне поширення епідемії туберкульозу, пов'язане як зі зростанням резистентності до лікування, так і з поширенням ВІЛ-асоційованого туберкульозу. За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України, на початок 2008 р. в Україні чисельність офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих, які перебували під диспансерним наглядом, становила майже 82 тис., а за 12 місяців 2007 р. виявлено понад 17 тис. нових випадків захворювання (за 2006 р. - 16 тис.), переважно молоді. Так, більшість випадків ВІЛ зареєстровано в осіб віком 20-29 років, а близько половини померлих мали вік 25-34 роки. Зростаюче поширення ВІЛ-інфекції зумовлює і підвищення рівня спричинених СНІДом випадків передчасної смерті.

Підраховано, що передчасною смертністю населення України у 2006 р. зумовлено втрату понад 4 млн років потенційного (недожитого) життя, що можна порівняти з втраченим трудовим внеском упродовж 40 найбільш продуктивних років приблизно 105-140 тис. громадян, тобто кількості населення невеликого міста (*це питання більш докладно висвітлено у підрозд. 3.2*).

Виникає запитання: чи можливі реальні зрушення на краще з огляду на вплив несприятливих соціально-економічних умов трансформаційного періоду? Сьогодні у деяких постсоціалістичних країнах та колишніх радянських республіках, у яких також

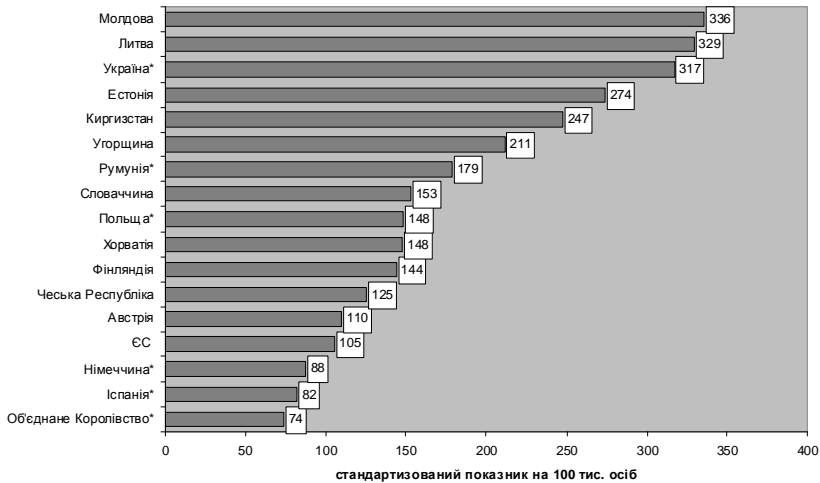
здійснювалися соціально-економічні перетворення, пов'язані з переходом до ринкової економіки, вдалося домогтися позитивних змін, і навіть (Чеська Республіка) досягти рівнів ЄС [74]. Для значної ж частини українських громадян поєднання цілої низки несприятливих впливів, варіантів індивідуального вибору і життєвих обставин реалізувалося, зрештою, у підвищеній імовірності передчасної смерті чи інвалідності. На думку Е.М.Лібанової (2006), надмірний рівень передчасної смертності пов'язаний з комплексом соціально-економічних чинників, при чому згадується і про якість медичної допомоги, і про відсутність у громадян спрямованості на дотримання здорового способу життя.

Інші дослідники роблять акцент на проблемі зловживання алкоголем (К.Красовський, 2005) (що підтверджується зростанням смертності внаслідок так званих алкогольно-залежних* захворювань та пошкоджень, спричинених або спровокованих алкоголем). За рівнем смертності чоловіків від таких захворювань Україна переважає показник Євросоюзу втричі (рис. 2.29), жінок - удвічі. Національні фахівці під час розробки проекту Концепції державної політики України щодо наркотиків та алкоголю такі втрати оцінили як понад 10 тис. смертей від причин, пов'язаних із вживанням алкоголю щорічно. Причому, крім прямих втрат, потрібно врахувати і непрямі (жертвами дій осіб у нетверезому стані стають інші люди) або спрямовані в майбутнє - через згубний вплив на генофонд нації.

Результати численних опитувань підтверджують поширеність вживання алкогольних напоїв в українському суспільстві. Так, за даними масштабного Медико-демографічного обстеження населення України у 2007 р. (МДОУ-2007), здійсненого Українським центром соціальних реформ і Державним комітетом статистики України за допомогою дослідницького агентства "Masco International, Inc." та Агентства міжнародного розвитку США, майже 30% чоловіків віком 15-49 років повідомили про вживання алкоголю один-два рази на тиждень, а щонайменше раз вживали спиртне впродовж останнього місяця 77% опитаних чоловіків і більше від 60% жінок [97, с. 116]. Найінтенсивнішим споживанням спиртного відрізнявся Східний регіон, де на щоденне вживання алкоголю вказали майже 3% чоловіків репродуктивного віку

*За визначенням ВООЗ, до них віднесено хронічний алкоголізм, алкогольний психоз, цирози печінки (алкогольний та ін.), злякисні новоутворення глотки і стравоходу, всі зовнішні причини.

(на Півдні таких виявилось 2,3%). Важливо зважати на недооцінку масштабів поширення цієї небезпечної звички, адже частина респондентів вочевидь не була відвертою.



*Рис. 2.29. Смертність чоловіків через причини, пов'язані з алкоголем, у європейських країнах, 2005 р.**

Загальний рівень споживання алкоголю на душу населення є одним із важливих показників, що характеризує алкогольну ситуацію в країні. За експертними оцінками, в Україні людина вживає понад 12 л чистого спирту на рік [98], офіційна цифра більш ніж вдвічі менша. Класичними індикаторами ступеня пов'язаних з алкоголем проблем є смертність унаслідок гострих алкогольних отруєнь, цирозу печінки та захворюваності на алкогольні психози [99]. Установлено, що найбільш точно рівень загального споживання алкоголю розраховується згідно з даними щодо захворюваності на алкогольні психози, однак потрібно зауважити про недостатні діагностику і реєстрацію цих станів, особливо в сільській місцевості.

Пілотний скринінг пов'язаних з алкоголем проблем виявив закономірність, згідно з якою в структурі споживання алкоголю в осіб з високим рівнем вказаних проблем переважають саморобні алкогольні напої. Відповідно до цих розрахунків, незареєстрова-

*Доступні дані стосувались 2004 р.

не споживання алкоголю в різні роки становило 41,5-55% від загального рівня споживання алкоголю.

Результати дослідження свідчать про існування тіньового алкогольного ринку, що за обсягом продаж можна зіставити з обсягом державної торгівлі. Ці обставини необхідно враховувати, формуючи державну політику у сфері громадського здоров'я для планування і організації відповідних превентивних заходів. Свого часу російський дослідник А.В.Немцов при спробі оцінити реальний рівень споживання алкоголю в Росії на основі кількості насильницьких смертей у стані алкогольного сп'яніння, офіційно зафіксованої бюро судово-медичної експертизи, використовуючи показник вмісту алкоголю в крові для оцінки співвідношення позитивних та негативних за ним випадків насильницької смерті, отримав значно вищий розрахунковий обсяг спожитого алкоголю, ніж сума офіційних даних Держкомстату з продажу алкоголю і оцінок обсягів його виробництва [100].

За представленими у Європейській базі даних з боротьби проти алкоголю показниками, Україна зовсім не є лідером споживання алкоголю per capita: якщо у таких не надто обтяжених алкогольними проблемами країнах, як Австрія і Чехія, ця кількість перевищує 10 л на рік, то в Україні вона становить 5,15 л [101].

Фахівці ВООЗ під щорічним споживанням алкоголю (в літрах чистого спирту на душу населення) мають на увазі загальну кількість чистого спирту, що виробляється в країні у вигляді міцних спиртних напоїв, вина, пива та інших напоїв, що реалізуються через торгівельну мережу/спожитих впродовж календарного року; чи розраховану на основі офіційної статистики місцевого виробництва, імпорту та експорту спиртних напоїв з урахуванням наявних запасів і виготовлення їх вдома (*за умови наявності відповідної інформації*). Дані збираються і обробляються відділенням з питань алкоголю і наркотиків ЄРБ ВООЗ. Загалом використовуються три джерела інформації: дані, які публікує Produktschap voor Gedistilleerde Dranken (Східам, Нідерланди) у бюлетені World Drink Trends, дані ФАО (Продовольчої і сільськогосподарської Організації Об'єднаних Націй) і дані, представлені національними партнерами безпосередньо у ВООЗ.

Ще одним важливим показником є кількість дорожньо-транспортних нещасних випадків за участю однієї особи чи більшої кількості людей, які перебували в стані алкогольного сп'яніння (на 100 тис. населення). Джерелом інформації для бази да-

них ЗДВ є публікація "Statistics of road traffic accidents in Europe" (Статистика дорожньо-транспортних нещасних випадків у Європі). Зазначимо, що в цю статистику потрапляють лише ті нещасні випадки, в результаті яких постраждали люди, а інциденти, які призвели лише до матеріальних збитків, не включаються.

У табл. 2.8 яскраво ілюструються особливості статистичних даних щодо споживання алкоголю в Україні та колишніх радянських республіках і європейських країнах. Якщо вирахувати частку, яку займають у структурі споживання міцні алкогольні напої, то з'ясується, що в Україні та Російській Федерації (країні ще з менш цивілізованими формами вживання спиртного) вона є надзвичайно високою - понад половину (відповідно 56,9 та 69,7%), тоді як і в сусідній слов'янській Польщі, і в ЄС у середньому частка міцних напоїв не перевищувала 20%.

Таблиця 2.8

Деякі характеристики споживання алкоголю в країнах Європи, 2005-2006 рр.

Країна	Споживання алкоголю на душу населення, л		Кількість дорожньо-транспортних пригод унаслідок алкогольного сп'яніння, на 100 тис. населення	Показник смертності від хронічних хвороб та цирозу печінки
	всього	в тому числі міцних напоїв		
Україна	5,1	2,9 (56,9%)	6,3	35,0
Російська Федерація	8,9	6,2 (69,7%)	21,6	н/д
Польща	6,7	1,3 (19,4%)	15,1	15,4
Румунія	7,4	1,6 (21,6%)	1,4	41,0
Німеччина	10,7	2,0 (18,7%)	29,4	14,3
Швеція	5,6	0,9 (16,1%)	11,7	5,7
ЄС	9,1	1,8 (19,8%)	19,2	15,0

У країнах з аналогічно високим рівнем споживання алкоголю не спостерігаються такі високі рівні смертності, як у колишніх радянських республіках. Д.Халтуріна стверджує, що у Східній Європі традиція споживання міцних алкогольних напоїв (горілка, самогон, паленка, ракія тощо) є колосальним потужним негативним чинником демографічного розвитку, який за силою впливу можна порівняти з епідемією ВІЛ/СНІДу в Африці. Саме міцні спиртні напої, на її думку, відповідальні за аномально високу (для відповідного рівня економічного розвитку) смертність у Росії, Україні, Білорусі і країнах Балтії. Важливішим чинником ризику є міцність найпопулярнішого в країні напою. Розрахунки показу-

ють, що якщо б росіяни та українці випивали б такий самий обсяг у спиртовому еквіваленті, як і на сьогодні, але у вигляді слабших напоїв (пива і вина), то смертність в Росії і Україні була б значно нижча [102].

Зате показник дорожньо-транспортних пригод, пов'язаних з вживанням алкоголю, вчетверо/втричі менший, ніж в Австрії чи Великій Британії. Це свідчить скоріше не про меншу кількість таких випадків або вищу дисциплінованість українських водіїв та пішоходів, а про організацію достовірного контролю за визначенням і реєстрацією стану алкогольного сп'яніння учасників інциденту.

За показником смертності внаслідок хронічних хвороб та цирозу печінки Україна також у кілька разів випереджає країни зі значно вищим рівнем офіційного споживання алкоголю. Особливо хотілося б наголосити на тому, що рівень передчасної смертності українських чоловіків унаслідок такої причини, як випадкові отруєння алкоголем, відрізняється від аналогічного показника в ЄС більш ніж у 32 рази!

Проблеми, пов'язані з алкоголем, тією чи іншою мірою наявні в усіх країнах. Однак якщо порівняти динаміку рівнів смертності від алкогольно-залежних хвороб в Україні та країнах ЄС у 1991-2005 рр. (рис. 2.30), то виявиться, що впродовж останніх 15 років у країнах ЄС вдалось досягти повільного, але стабільного зниження цих показників. Україна ж навпаки, характеризується зростанням кількості смертей унаслідок алкогольно-залежних хвороб, причому найбільш уразливою групою стають чоловіки.

Зауважимо, що реєстрація контингентів, залежних від алкоголю, здійснюється за зверненням і не відтворює реальної картини алкоголізації населення України. За даними Центру медичної статистики МОЗ України, захворюваність на розлади психіки та поведінки через вживання психоактивних речовин становила 388,8, а поширеність - 2041,7 на 100 тис. населення; на хронічні алкогольні синдроми - 106,4 та 1336,9; гострі психотичні алкогольні розлади - відповідно 20,7 та 33,1 на 100 тис. населення. Співвідношення показників поширеності та захворюваності на розлади психіки та поведінки через уживання алкоголю серед жіночого і чоловічого населення країни протягом багатьох років утримується орієнтовно на рівні 1:7.

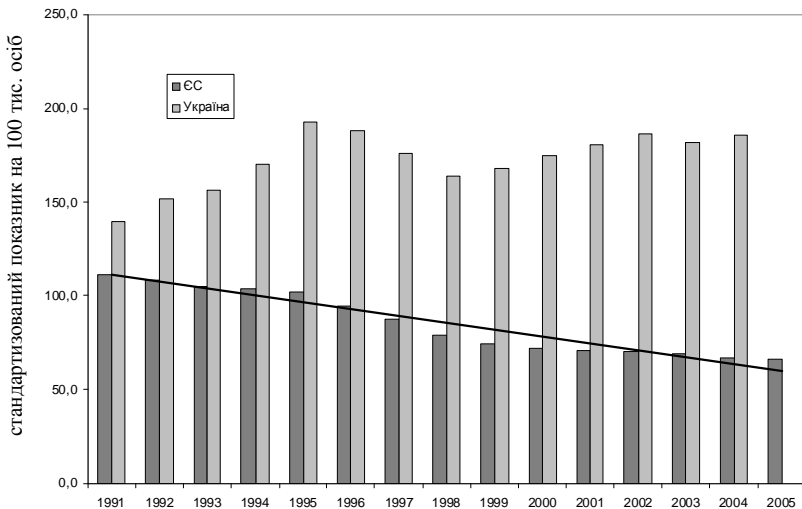


Рис. 2.30. Смертність населення від алкогольно-залежних хвороб в Україні та країнах ЄС, 1991-2005 рр.

Очевидним є те, що за наданням необхідної допомоги, лікуванням та реабілітацією в нашій країні звертається тільки частина осіб, які страждають на алкогольну залежність. Відповідно і під час реєстрації смерті доволі часто трапляються випадки неповної реєстрації реальних причин через низку об'єктивних і частіше суб'єктивних причин (передусім з міркувань ставлення до цього оточуючих, на прохання рідних тощо). Тому вагомість внеску алкогольно-залежних причин у масштаби смертності, передусім передчасної, залишається недооціненою.

Таким чином, тяжкість алкогольної проблеми і її вплив на формування втрат людського потенціалу ще достатньо не усвідомлена ні урядом, ні суспільством. Закономірно, що стратегія зниження передчасної смертності в Україні потребує розробки і впровадження адекватної алкогольної політики.

Висновки до розділу 2

Основними проявами погіршення стану здоров'я населення України протягом останнього десятиліття є:

- несприятлива динаміка поширеності захворювань (у тому числі серед дітей і підлітків), посилення процесу хронізації хвороб та накопичення значної кількості хронічних хворих, особливо на так звані "хвороби цивілізації" на тлі дедалі більшого поширення чинників ризику (тютюнокуріння, вживання алкоголю і наркотиків, передусім серед молодого покоління, гіподинамії, нерационального харчування тощо);

- негативні якісні зміни захворюваності: підвищення частки інфекційних хвороб (ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, інфекцій, що передаються статевим шляхом), з одного боку, та збільшення питомої ваги таких важких хронічних хвороб, як серцево-судинні, ендокринні, новоутворення, - з другого;

- підвищення захворюваності та інвалідності серед дітей (насамперед новонароджених) та підлітків.

Іншими важливими особливостями стали гендерні відмінності у стані здоров'я, які знайшли відображення в "надсмертності" чоловіків, та досить істотна соціальна диференціація здоров'я.

Негативна тенденція до скорочення середньої очікуваної тривалості життя впродовж останніх років, характеризуючи наявні проблеми зі здоров'ям в українському суспільстві, зумовила зниження рейтингу України за індексом людського розвитку серед країн світу. Основною детермінантою зменшення СОТЖ в Україні є висока передчасна смертність, внесок якої у скорочення середньої тривалості життя вдвічі вищий, ніж у країнах ЄС.

В Україні спостерігається надзвичайно високий для мирного часу рівень передчасної смертності, причому відмінності порівняно з країнами Європейського Союзу стосуються як розмірів втрат (найбільших - для чоловіків), так і динаміки (тенденція до зростання - в Україні та до зниження - в ЄС) та структури (переважання в структурі причин смерті серцево-судинних захворювань та неприродних причин).

Наслідком передчасної смертності та надсмертності чоловіків стало скорочення чисельності населення, що супроводжувалося деформацією статево-вікової структури. Негативні кількісні і якісні зміни населення України, спричинені передчасною смертністю, зумовлюють як реальну, так і потенційну загрозу національній безпеці. Зокрема, в економічній сфері це проявляється у

зменшенні частки економічно активного населення одночасно зі збільшенням навантаження на неї у зв'язку з утриманням зростаючої частки осіб непрацездатного віку, погіршенням добробуту як окремої людини (сім'ї), так і країни в цілому, у демографічній - в порушенні механізму відтворення населення, втраті як реальних життів, так і життів ненароджених дітей, у воєнній - у кількісному зменшенні контингенту для забезпечення обороноздатності країни.

Надсмертність чоловіків зумовлює втрату репродуктивного потенціалу не тільки через смерть потенційних батьків, а й опосередковано (через обмеження або й повну неспроможність реалізації репродуктивної функції і народження дітей жінками, які залишилися без пари), поглиблює соціальні проблеми (сирітство, виховання дітей у неповних сім'ях, погіршення матеріального стану сімей через втрату годувальника, неможливість створити сім'ю для частини жінок, самотність та самотність старість) тощо.

Проблема значної надсмертності чоловіків в Україні, зумовленої передусім соціальними чинниками, визначає пріоритетний напрям втручання державного управління охороною громадського здоров'я та вимагає комплексного міжгалузевого підходу для ефективного впливу на причини цього явища. Порівняльний аналіз рівнів передчасної смертності в Україні та країнах Європейського Союзу, особливо чоловіків, переконливо доводить існування значних резервів їх зменшення та визначає критерії досягнення.

Так звана "епідемія" передчасної смертності в Україні являє собою складне соціо-медико-біологічне явище, що характеризується динамічністю, зростаючим негативним ефектом, високим рівнем загрози сталому розвитку і національній безпеці держави і одночасно поєднує в собі ознаки надзвичайної ситуації і проблеми, яка існуватиме тривалий час. Це явище потребує як вжиття заходів щодо невідкладного реагування, так і розробки системи довгострокової протидії.

Системний аналіз впливу медико-демографічних чинників на національну безпеку довів, що на сучасному етапі саме високий рівень передчасної смертності населення України є найважливішою ознакою медико-демографічної кризи і становить серйозну загрозу національній безпеці держави. Передчасна смертність є тією ланкою ланцюга медико-демографічних проблем, на яку необхідно (і можливо) впливати з найбільшою ефективністю, особливо на так звану "керовану" смертність. Це зумовлює необхідність визнання передчасної смертності пріоритетним об'єктом впливу державного управління охороною суспільного здоров'я.

Список використаних джерел до розділу 2

1. Людський розвиток в Україні: 2003 рік : щоріч. наук.-аналіт. доп. / [кол. авт.] / за ред. Е. М. Лібанової. - К. : Ін-т демографії та соц. дослідж. НАН України, Держкомстат України, 2004. - 290 с.
2. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію, 2006 рік. - К. : Укр. ін-т громад. здоров'я МОЗ України, 2007. - 398 с.
3. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію, 2007 рік. - К. : Укр. ін-т громад. здоров'я МОЗ України, 2008. - 282 с.
4. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2007 рік : стат. довід. - К. : МОЗ України, 2008. - 704 с.
5. Населення України. Соціально-демографічні проблеми українського села. - К. : Ін-т демографії та соц. дослідж. НАНУ, 2007. - 468 с.
6. Населення України. Народжуваність в Україні у контексті суспільно-трансформаційних процесів : монографія. - К. : АДЕФ-Україна, 2008. - 288 с.
7. Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді України : монографія / [О. М. Балакірева, Н. О. Рингач, Р. Я. Левін та ін.] ; наук. ред. О. М. Балакірева. - К. : Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка, 2007. - 128 с.
8. Кундієв Ю. І. Професійне здоров'я в Україні. Епідеміологічний аналіз / Ю. І. Кундієв, А. М. Нагорна. - К. : Авіценна, 2006. - 316 с.
9. Нагорна А. М. Професійна захворюваність і виробничий травматизм як соціально-гігієнічна проблема / А. М. Нагорна // Україна. Здоров'я нації. - 2008. - № 3-4 (7-8). - С. 23-27.
10. Горбулін В. П. Стратегічні ризики - нова парадигма стратегії національної безпеки України / В. П. Горбулін, А. Б. Качинський [Електронний ресурс] // Стратег. панорама. - 2005. - № 1. - Режим доступу : http://www.niisp.gov.ua/vydanna/panorama/issue.php?s=prnb0 &issue=2005_1. - Заголовок з екрана.
11. Жаліло Л. Здоров'я нації - важлива складова національної безпеки / Л. Жаліло, Я. Радиш, І. Солоненко // Вісн. УАДУ. - 2003. - № 1. - С. 336-342.
12. Кульчицька Т. К. Особливості захворюваності підлітків / Т. К. Кульчицька, Т. С. Грузєва // Панорама охорони здоров'я населення України. - К. : Здоров'я, 2003. - С. 56-59.

13. *Косарчук В. В.* Наукове обґрунтування оптимізації медичного забезпечення військовослужбовців Збройних Сил України в системі "допризовник-призовник-молодий солдат" : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / В. В. Косарчук. - К., 2004. - 24 с.

14. *Людський розвиток регіонів України: аналіз та прогноз : [кол. моногр.] / за ред. Е. М. Лібанової.* - К. : Ін-т демографії та соц. дослідж. НАН України, 2007. - 328 с.

15. *Стан здоров'я допризовної молоді в Україні за 1996-2004 роки : стат. довід. / [за заг. ред. В. Л. Весельського].* - К. : МОЗ України, 2005. - 232 с.

16. *Актуальні проблеми реалізації політики національної безпеки України в оборонній сфері / [за заг. ред. В. П. Горбуліна].* - К. : ДП НВЦ "Євроатлантикформ", 2006. - Вип. 27. - 196 с.

17. *Копниця О.* Військовий психолог сьогодні - це не данина моді, а вимога часу / О. Копниця // *Військо України.* - 2006. - № 5. - С. 40-31.

18. *Реформування сектору безпеки / Україна в 2006 році: внутрішнє і зовнішнє становище та перспективи розвитку : експерт. доп. - Режим доступу : <http://www.niss.gov.ua/book/DOPOVID07>.* - Заголовок з екрана.

19. *Радецький В.* Негайна відмова від призову: реальність чи красивий міф? / В. Радецький [Електронний ресурс] // *Військо України.* - № 1. - 2008. - Режим доступу : <http://www.vu.mil.gov.ua/index.php?part=article&id=617>. - Заголовок з екрана.

20. *Погоріла Н. Б.* Моніторинг поведінки військовослужбовців як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління / Н. Б. Погоріла, О. В. Сасько, В. Л. Пашкевич. - К. : МБФ "Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні", 2005. - 28 с.

21. *Права людини в Україні - 2006. XVII. Право на охорону здоров'я та медичну допомогу.* - Режим доступу : http://helsinki.org.ua/index.php?id=1187868417#_ftn1. - Заголовок з екрана.

22. *Мельник П.* Військово-медична служба: від етапу "стабілізації" до етапу розвитку / П. Мельник // *Військо України.* - 2007. - № 6. - С. 34-35.

23. *Баланда А. Л.* Державне регулювання ринку праці в контексті забезпечення національної безпеки України / А. Л. Баланда // *Університетські наукові записки : часоп. Хмельницьк. ун-ту упр. та права.* - 2007. - № 1 (21). - С. 323-329.

24. *Лойко О. М.* Демографічні і соціальні аспекти необхідності реформування системи комплектування Збройних сил Ук-

раїни / О. М. Лойко // Ефективність державного управління : зб. наук. праць / [за заг. ред. А. О. Чемериса]. - Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2004/2005. - Вип. 6/7. - С. 227-231.

25. *Курило І. О.* Соціально-економічна структура населення: еволюція, сучасність, трансформації / І. О. Курило. - К. : І-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2006. - 472 с.

26. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2005 г. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения. - Копенгаген : Европ. регион. бюро ВОЗ. - 168 с.

27. World Health Report 2003. Shaping the future. - Geneva : WHO, 2003. - 193 p.

28. *Курило І. О.* Соціально-економічна диференціація стану здоров'я й смертності населення в Україні / І. О. Курило // Охорона здоров'я України. - 2007. - № 1 (25). - С. 16-18.

29. *Москаленко В. Ф.* Відмінності в здоров'ї населення та стратегії досягнення рівності в охороні здоров'я / В. Ф. Москаленко, В. М. Пономаренко, Т. С. Грузева // Вісн. соц. гігієни і організації охорони здоров'я України. - 2004. - № 1. - С. 5-10.

30. *Левчук Н. М.* Соціальна диференціація стану здоров'я і смертності в Україні / Н. М. Левчук // Демографія та соц. економіка. - 2007. - № 1. - С. 12-27.

31. *Иноземцев В. Л.* Социальное неравенство как проблема становления постэкономического общества / В. Л. Иноземцев // На рубеже эпох. Экономические тенденции и их неэкономические следствия. - М. : ЗАО "Изд-во Экономика", 2003. - С. 199-229.

32. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / [за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого]. - К., Вид-во Раєвського, 2005. - 168 с.

33. Звіт з людського розвитку в Україні за 2006 рік. Людський розвиток і європейський вибір України. - К. : ПРООН, 2008. - 122 с.

34. Здоровье - XXI. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. - Копенгаген : Европ. регион. бюро ВОЗ, 2000. - 310 с.

35. *Тульчинский Т. Г.* Новое общественное здравоохранение: введение в современную науку / Т. Г. Тульчинский, Е. А. Варавикова. - Иерусалим : Amutah for Education and Health, 1999. - 1049 с.

36. *Deaton A.* Mortality, Education, Income and Inequality among American Cohorts : Paper prepared for NBER Aging group meeting /

A. Deaton, C. Paxson. - The Boulders, Carefree, Arisona. - 1999. - May 6-9. - 12 p.

37. *Wilkinson R. G.* Unhealthy Societies: The Affliction of Inequality / R. G. Wilkinson - London : Routledge, 1996. - 176 p.

38. *Роуз Р.* Социальные потрясения, социальная уверенность и здоровье / Р. Роуз // Социальный капитал и социальное расслоение. - М. : Альпина Паблишер, 2003. - С. 119-143.

39. *Тапилина В. С.* Социально-экономическое неравенство регионов России и здоровье населения / В. С. Тапилина // Россия, которую мы обретаем. - Новосибирск : Наука, 2003. - С. 474-490.

40. *Рынгач Н. А.* Анализ предотвратимой смертности населения как инструмент принятия управленческих решений / Н. А. Рынгач // Статистика в диалоге общества и власти : материалы междунар. наук.-практ. конф. (Санкт-Петербург, 27-30 янв. 2008 г.). - СПб. : Знание, 2008. - С. 218-220.

41. *Левчук Н. М.* Смертність від вбивств в Україні: соціальна нерівність винуватців і жертв злочинів / Н. М. Левчук // Демографія і соціальна економіка. - 2006. - № 2. - С. 64-74.

42. Стан здоров'я населення (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2005 року) : стат. бюл. - К. : Держкомстат України, 2006. - 166 с.

43. *Москаленко В. Ф.* Самооцінка здоров'я - складова частина моніторингу європейської політики "Здоров'я для всіх в Україні" / В. Ф. Москаленко, В. М. Пономаренко // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2002. - № 1. - С. 5-10.

44. *Андреев Е. М.* Продолжительность здоровой жизни / Е. М. Андреев, В. М. Школьников, М. Мак Ки // Вопр. статистики. - 2002. - № 11. - С. 16-21.

45. Здоровье молодых людей и окружающая их среда. Исследование "Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья" (HBSC): результаты международного обследования 2001/2002 гг. [Электронный ресурс]. - Режим доступа : <http://www.euro.who.int/document/e82923>. - Заголовок с экрана.

46. Inequalities in young people's health. HBSC international report from the 2005/2006 survey [Електронний ресурс]. - Режим доступа : http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20080616_1. - Заголовок з екрана.

47. *Головаха Є.* Україна та Європа: результати міжнародного порівняльного соціологічного дослідження / Є. Головаха, А. Горбачик, Н. Паніна. - К. : Ін-т соціології НАНУ, 2006. - 142 с.

48. Шкаратан О. И. Социально-экономическое неравенство и его воспроизводство в современной России / О. И. Шкаратан. - М. : ЗАО "ОЛМА Медиа Групп", 2009. - 560 с.

49. Bullinger M. Международная сопоставимость результатов опросов по изучению состояния EUROHIS: Разработка общего инструментария для опросов о состоянии здоровья / M. Bullinger. - М. : Права человека, 2005. - С. 12.

50. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги [Електронний ресурс]. - Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua/> - Заголовок з екрана.

51. Гендерний паритет в умовах розбудови сучасного українського суспільства. - [2-ге вид., допов., уточ.] - К. : Укр. ін-т соц. дослідж., 2003. - 129 с.

52. Паніна Н. В. Українське суспільство 1994-2005: соціологічний моніторинг / Н. В. Паніна. - К. : ТОВ "Вид-во Софія", 2005. - 160 с.

53. Жилка Н. Стан репродуктивного здоров'я в Україні / Н. Жилка, Т. Іркіна, В. Шешенко. - К. : МОЗ України ; Ін-т економіки НАН України, 2001. - 68 с.

54. Склад населення України за шлюбним станом (за даними Всеукр. перепису населення). - К. : Держкомстат України, 2003. - 216 с.

55. Репродуктивне здоров'я українських жінок - 1999. - К. : КМІС, Центр з контролю та профілактики захворювань (США), 2000. - 16 с.

56. Sharing responsibility. Women, Society and abortion worldwide. - New York, Washington : The Alan Guttmacher Institute, 1999. - 55 p.

57. Дудіна О. О. Характеристика стану репродуктивного здоров'я населення України / О. О. Дудіна, Н. Я. Жилка // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2006 рік. - К. : МОЗ ; Укр. ін-т громад. здоров'я, 2007. - С. 113-125.

58. Гакало В. Здоров'я українських жінок - важлива складова національної безпеки України / В. Гакало // Стратегія реформування системи державного управління на засадах демократичного врядування : матеріали наук.-практ. конф. за міжнар. участю (Київ, 31 трав. 2007 р.). - К. : Вид-во НАДУ, 2007. - Т. 4. - С. 273-274.

59. Людський розвиток в Україні: можливості та напрями соціальних інвестицій : (кол. наук.-аналіт. моногр.) / [за ред. Е. М. Ліба-

нової]. - К. : Ін-т демографії та соц. дослідж. НАН України, Держкомстат України, 2006. - 356 с.

60. Людський розвиток в Україні: 2004 рік : щорічна наук.-аналіт. доп. / [за ред. Е. М. Лібанової]. - К. : Ін-т демографії та соц. дослідж. НАН України, Держкомстат України, 2004. - 266 с.

61. *Грішнова О. А.* Людський розвиток : навч. посіб. / О. А. Грішнова. - К. : КНЕУ, 2006. - 308 с.

62. *Мехедова Т. М.* Людський капітал: концепція, напрямки розвитку / Т. М. Мехедова [Електронний ресурс]. - Режим доступу : http://experts.in.ua/baza/analitic/index.php?ELEMENT_ID=11380. - Заголовок з екрана.

63. *Хомра О. У.* Соціальна безпека: виклики, загрози, критерії / О. У. Хомра, Т. Є. Русанова [Електронний ресурс] // Стратег. панорама. - 2004. - № 1. - Режим доступу : http://www.niisp.gov.ua/vydanna/panorama/issue.php?s=prnb1&issue=2004_1. - Заголовок з екрана.

64. 2006 - WOLD DEVELOPMENT INDUCATORS [Електронний ресурс]. - Режим доступу : <http://devdata.worldbank.org/wdi2006/contents>. - Заголовок з екрана.

65. База даних Всесвітньої організації охорони здоров'я [Електронний ресурс]. - Режим доступу : http://www.who.int/whosis/database/life_tables/life_tables_process.cfm?path=whosis,life_tables&language=english/. - Заголовок з екрана.

66. Human Development Report 2006 [Електронний ресурс]. - Режим доступу : http://hdrstats.undp.org/countries/country_fact_sheets/cty_fs_UKR.html. - Заголовок з екрана.

67. Сучасна демографічна ситуація в Україні: проблеми, перспективи, шляхи вирішення (наук.-аналіт. доп.) / [за ред. акад. С. І. Пирожкова]. - К. : Ін-т демографії та соц. дослідж. НАН України, 2007. - 72 с.

68. *Стефановський А.* Прогноз чисельності та статеві-вікового складу населення України до 2050 року / А. Стефановський, О. Рудницький // Демографічні дослідження : зб. наук. пр. - Вип. 25. - К. : НАН України, Ін-т економіки, 2003. - С. 105-115.

69. Демографічні перспективи України до 2026 року / [В. Стещенко, О. Рудницький, О. Хомра, А. Стефановський]. - К. : НАН України, 1999. - 56 с.

70. Комплексний демографічний прогноз України на період до 2050 року : кол. моногр. / [за ред. Е. М. Лібанової]. - К. : Укр. центр соц. реформ, 2006. - 138 с.

71. Demographic Forecast under the HIV/AIDS Epidemic // Socioeconomic Impact of HIV/AIDS in Ukraine. - Washington : The World Bank, International HIV/AIDS Alliance in Ukraine, 2006. - 132 p.

72. *Чепелевська Л. А.* Роль прогнозу смертності населення працездатного віку в удосконаленні організації медичної допомоги в Україні / Л. А. Чепелевська, Н. О. Рингач // Матеріали VIII Конгресу СФУЛТ (13-15 серп. 2000 р.). - Львів : [б. в.], 2000. - С. 25-26.

73. Смертність населення України у трудоактивному віці : кол. моногр. / [відп. ред. Е. М. Лібанова]. - К. : Ін-т демографії та соц. дослідж. НАНУ, 2007. - 211 с.

74. *Рингач Н. О.* Передчасна смертність як загроза національній безпеці України / Н. О. Рингач // Охорона здоров'я в Україні. - 2007. - № 1 (25). - С. 29-30.

75. Национальные Цели развития тысячелетия: платформа для действия : регион. доклад о Целях развития тысячелетия в странах Европы и СНГ). - Братислава : Регион. бюро ПРООН по странам Европы и СНГ, 2006. - 210 с.

76. Обзорная сводка о состоянии здоровья в Украине 2005 [Электронный ресурс]. - Режим доступа : <http://www.euro.who.int/document/E88285r.pdf>. - Заголовок с экрана.

77. *Красовский К.* Почему в Украине умирают люди среднего возраста? / К. Красовский [Электронный ресурс]. - Режим доступа : http://www.acid.org.ua/sirpatip/periodicals/anti/anti_18.htm. - Заголовок с экрана.

78. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 19 вересня 2007 року "Про заходи щодо подолання демографічної кризи та розвитку трудових ресурсів потенціалу України" : Указ Президента України від 19 верес. 2007 р. № 895/2007. - Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua>. - Заголовок з екрана.

79. *Богданович В. Ю.* Системний підхід до формування державної політики у сфері забезпечення населення лікарськими засобами для вирішення проблем демографічної безпеки України / В. Ю. Богданович, В. Є. Нестеровський, А. І. Семенченко [Електронний ресурс] // Державне управління: теорія та практика. - 2006. - № 2. - Режим доступу : <http://www.nbu.gov.ua/e-journals/DUTP/2006-2>. - Заголовок з екрана.

80. *Рингач Н. О.* Жити разом - помирати нарізно, або надсмертність чоловіків як гостра соціальна проблема сьогодення / Н. О. Рингач // Демократичні стандарти врядування й публічного

адміністрування : матеріали наук.-практ. конф. за міжнар. участю (4 квіт. 2008 р.) - Львів : Вид-во ЛРІДУ НАДУ, 2008. - С. 489-493.

81. Про затвердження Державної програми з утвердження гендерної рівності в українському суспільстві на 2006 - 2010 роки : Постанова Кабінету Міністрів України від 27 груд. 2006 р. № 1834. - Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1834-2006-%EF>. - Заголовок з екрана.

82. *Грицяк Н. В.* Методика гендерного аналізу державної політики / Н. В. Грицяк // Суспільні реформи та становлення громадянського суспільства в Україні : матеріали наук.-практ. конф./ [за ред. В. І. Лугового, В. М. Князева]. - К. : Вид-во УАДУ, 2001. - С. 244-248.

83. Гендер як один з базових вимірів соціальної структури суспільства : інформ.-аналіт. вид. - К. : [б. в.], 2007 р. [Електронний ресурс]. - Режим доступу : <http://profy.nplu.org/files/1000-gender.doc>. - Заголовок з екрана.

84. *Грицяк Н.* Підходи і методи державного управління у сфері гендерної політики / Н. Грицяк // Упр. сучас. містом. - 2004. - № 7-9. - С. 131-139.

85. Залучення чоловіків до збереження здоров'я в Україні : аналіт. звіт / [Е. М. Лібанова, Г. В. Герасименко, С. В. Ничипоренко, О. І. Щербина]. - К. : Фонд народонаселення ООН, Мінсім'я-молодь України, 2006. - 70 с.

86. *Lunenfeld B.* Health and Men ageing: 5th International Congress "The aging male" / В. Lunenfeld / Здоров'я мужчини. - 2006. - № 2 (17). - С. 23.

87. *Назарова И. Б.* Здоров'я зайнятого населення / И. Б. Назарова. - М. : МАКС Пресс, 2007. - 526 с.

88. Медико-демографічні дослідження як перспективний напрямок підвищення ефективності державного управління якістю надання онкологічної допомоги населенню України / Я. Ф. Радиш, С. Г. Бугайцов, О. О. Акімов, Н. О. Рингач // Університ. наук. зап. : часоп. Хмельниц. ун-ту упр. і права. - 2008. - Вип. 3. - С. 317-323.

89. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні : навч. посіб. / [за ред. І. М. Солоненка, Л. І. Жаліло]. - К. : Вид-во НАДУ, 2004. - 116 с.

90. Про внутрішнє та зовнішнє становище України у 2005 році. Послання Президента України. - К. : Держкомстат України, 2005. - 163 с.

91. *Залуцкий И. В.* Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований в Республике Беларусь в 1995-2004 гг. / И. В. Залуцкий, Н. Н. Антоненкова, Г. В. Якимович // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. - 2006. - № 2. - С. 5-10.
92. Здоров'я населення та діяльність галузі охорони здоров'я України в 2001-2005 роках : інформ.-аналіт. довід. - К. : МОЗ України, 2006. - 210 с.
93. *Москаленко В. Ф.* Пріоритетні напрями протидії глобальним загрозам громадському здоров'ю та міжнародна безпека в охороні здоров'я / В. Ф. Москаленко // Охорона здоров'я України. - 2007. - № 1. - С. 9-11.
94. *Лібанова Е. М.* Низька тривалість життя населення - основний прояв тотальної демографічної кризи в Україні / Е. М. Лібанова // Журн. Акад. мед. наук України. - 2007. - Т. 13. - № 3. - С. 411-447.
95. Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done / [Sethi D et al.]. - Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006. - Режим доступу : http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20060601_1). - Заголовок з екрана.
96. Снижение смертности от травматизма до уровня стран с самыми низкими показателями в Европейском регионе позволило бы спасти полмиллиона жизней в год // Факты и цифры ЕРБ ВОЗ/02/06 Копенгаген, Рим, Вена, 26 июня 2006 г. - [б. и.], 2006.
97. Ukraine Demographic and Health Survey 2007. - Calverton, Maryland, USA : UCSR and Macro International, 2008. - 335 p.
98. *Минко А. И.* Алкоголизм - междисциплинарная проблема (выявление, лечение, реабилитация, профилактика) / А. И. Минко // Укр. вісн. психоневрології. - 2001. - Т. 9. - № 4. - С. 6-7.
99. *Разводовский Ю. Е.* Алкогольные проблемы в Беларуси / Ю. Е. Разводовский // Медицина. - 2005. - № 3. - С. 23-26.
100. *Nemtsov A.* Estimates of total alcohol consumption in Russia, 1980-1994 / A. Nemtsov // Drug and Alcohol Dependence. - 2000. - Vol. 58. - P. 133-142.
101. Alcohol control database [Електронний ресурс]. - Режим доступу : <http://data.euro.who.int/alcohol/Default.aspx?TabID=4936>. - Заголовок з екрана.
102. *Халтурина Д. А.* Алкоголь и наркотики как важнейшие факторы демографического кризиса в России и Украине / Д. А. Халтурина [Электронный ресурс] // Демоскоп Weekly. - 2005. - № 227-228. - Режим доступа : <http://demoscope.ru/weekly/2005/0227/analit03.php>. - Заголовок с экрана.

Розділ 3

ЕФЕКТИВНІСТЬ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я: МЕТОДИ ОЦІНКИ

3.1. Інвестиції в охорону здоров'я як внесок у розвиток людського капіталу

Під соціальною ефективністю державного управління фахівці розуміють зіставлення результату функціонування системи (сукупності суб'єкта і керованих об'єктів державного управління) з витратами на його досягнення або з поставленими цілями [1, с. 153, 328]. Надзвичайно важливо оцінити ефективність державної політики у сфері громадського здоров'я, яка залежить від належної організації і функціонування суб'єктів державного управління охороною здоров'я, правильного визначення цілей та успішності їх реалізації для збереження здоров'я населення.

Інвестиціями в здоров'я (так званий "капітал здоров'я") є інвестиції в людину, здійснювані з метою формування, підтримки і поліпшення її здоров'я і працездатності. Капітал здоров'я є опорною конструкцією, основою для людського капіталу в цілому. Інвестиції в здоров'я, його охорону, що сприяють зниженню рівня захворюваності й смертності, подовжують період працездатності, і, відповідно, час функціонування людського капіталу в національній економіці. Порушення здоров'я як чинник зниження працездатності (тимчасової або постійної) разом з необхідністю певних витрат на медичну та соціальну допомогу обертаються значними економічними збитками для індивіда та суспільства в цілому.

Економічні збитки внаслідок втрати здоров'я істотно залежать від тяжкості та тривалості порушення здоров'я та його наслідків, у тому числі стосовно працездатності, від вартості діагностики, лікування (догляду) і реабілітації, віку постраждалих та складаються з кількох груп витрат. У разі захворювання або травми це, насамперед, витрати на лікувальний процес (у комплексі) для всіх вікових груп (для працюючого населення додаються виплати із соціального страхування на період тимчасової непрацездатності, в тому числі не лише через проблеми з власним здоров'ям, а й через необхідність догляду за маленькими дітьми чи за іншими близькими у ситуаціях, передбачених відповідними нормативними документами та втрачена вигода у вигляді недовиробле-

ного ВВП унаслідок невиходу на роботу). Якщо ж порушення здоров'я призводить до інвалідності, крім лікування, витрати включають ще й виплати пенсії з інвалідності. Якщо це відбувається у працездатному та молодшому за працездатний віці, втрати у вигляді недовиробленого ВВП (протягом втрачених років активного трудового життя) значно більші. Зауважимо, що у разі доведеного зв'язку захворювання або травми з професійною діяльністю розмір пенсії з інвалідності є значно вищим.

Якщо ж захворювання або травма спричиняє смерть, до втрат, характерних для нелетальних випадків, додаються суми соціальних виплат на допомогу особам, які перебували на утриманні в померлої особи.

За розрахунками російських фахівців, наприкінці ХХ ст. збитки внаслідок втрат здоров'я зайнятого в економіці Російської Федерації населення досягали 306 млрд російських карбованців, або майже 58 млрд доларів США, з яких близько двох третин становили втрати через тимчасову непрацездатність, п'ята частина - через інвалідність, решта - через передчасну смертність; сукупні ж втрати досягли 6,3% ВВП [2, с. 249].

Хоча важливість капіталу здоров'я, беззаперечність його ролі як основи людського життя і ефективності економічної діяльності загально визнані, розрахунку ефективності інвестицій у здоров'я приділяється недостатньо уваги. Це стосується не лише теоретичних досліджень, а й прикладного застосування, тобто оцінки результативності витрат коштів, а також наслідків хвороб як для індивіда, так і для роботодавця.

Загалом ефективність інвестицій у капітал здоров'я можна представити як співвідношення витрат на підтримку здоров'я і втрат, які понесе індивід або виробництво в результаті непрацездатності внаслідок хвороби (втрата прибутку, виплати по лікарняних листках, витрати на лікування). Запропоновано таку формулу для розрахунку ефективності інвестицій (за Е.Е.Лимачко):

$$R = \Sigma C_{f1} - \Sigma PL_1 + \Sigma C_{f2} + \Sigma PL_2 - I_2,$$

де R - користь від інвестування в капітал здоров'я; PL_1 - втрати прибутку внаслідок зниження продуктивності праці або втрати заробітку людини; C_{f1} - виплати по лікарняних листках, або витрати на лікування; PL_2 і C_{f2} - відповідно показники, аналогічні PL_1 і C_{f1} після інвестування у здоров'я.

Протягом життя відбувається природне зношування людського капіталу, а інвестиції, пов'язані з охороною здоров'я, здатні уповільнити цей природний процес. Не всякі інвестиції в людину можуть бути визнані внеском у людський капітал, а лише суспільно доцільні й економічно необхідні. Нехтування необхідністю інвестицій у здоров'я населення призводить до того, що його низький рівень перешкоджає сталому розвитку.

Сучасні дослідники зазначають, що якщо основна увага при формуванні політики у сфері охорони здоров'я приділяється боротьбі з хворобами, то і діяльність системи охорони здоров'я переважно спрямована на удосконалення діагностики та лікування, що призводить до зростання витрат на ці цілі випереджальними темпами. Проте досвід країн світу свідчить, що механічне підвищення суспільством видатків на лікування захворювань не має прямої кореляції з показниками громадського здоров'я [3]. Стандартною функцією сучасної української медицини залишається лікувальна допомога тим, хто її потребує (навіть у більш вузькому розумінні - тим, хто звернувся по неї). Профілактика часто обмежується певними кампаніями або інформуванням переважно за допомогою наочної агітації про перші симптоми та скринінгом з метою виявлення хвороб на ранній стадії. Вдосконалення діагностично-лікувального процесу відіграє важливу, але досить незначну роль у загальному комплексі чинників, що визначають стан здоров'я населення.

Зниження витрат на лікування хвороб - одне з нагальних завдань у багатьох країнах, навіть найбагатших. Г.Л.Апанасенко вважає, що сьогодні пріоритетним є забезпечення умов для досягнення високого рівня фізичного і психічного здоров'я та якості життя, що зумовлює необхідність певних організаційно-структурних зрушень, системної перебудови наявної структури охорони громадського здоров'я з переорієнтацією її на підтримання здоров'я, а не на лікування хвороби, виходячи з усвідомлення неспроможності досягнення здоров'я шляхом лікування.

Потрібно зазначити, що будь-яке лікувальне втручання, яке подовжує життя, передбачає як витрати, так і економію коштів. Прямі витрати пов'язані з вартістю вже проведеного лікування, з необхідністю (як правило) подальшого прийому лікарських препаратів, реагуванням на можливі побічні ефекти лікування, потребою в повторних зверненнях по медичну допомогу, госпіталізаціях, процедурах та втручаннях упродовж більш тривалого жит-

тя; непрямі - з продовженням строку виплати пенсії або соціальних виплат. Економія ж витрат теж може бути безпосередньою (уповільнення прогресування захворювання, зменшення кількості відвідувань лікаря, кількості ускладнень, процедур та операцій, поліпшення якості життя) та опосередкованою (продовження трудової діяльності, збереження працездатності, спроможності платити податки, в тому числі і на медичну допомогу). Тому за наявності кількох лікувальних технологій з науково доведеною ефективністю для суспільства є вигідним інвестувати кошти в ті з них, у яких співвідношення "витрати - ефективність" є більш оптимальним.

Одними із найбільш ефективних є інвестиції в профілактику і боротьбу з неінфекційними захворюваннями. За підрахунками фахівців ВООЗ, не менш ніж 86% випадків смерті і 77% тягаря хвороб в Європейському регіоні зумовлені саме цими хворобами, які характеризуються спільними факторами ризику, детермінантами і, що важливо, спільними можливостями лікувально-профілактичних втручань. Вжиття адекватних лікувально-профілактичних заходів на більш доступній і справедливій основі дасть змогу покращити якість життя окремих людей і суспільства в цілому та забезпечить максимальну ефективність як в економіці, так і у сфері охорони здоров'я. У вересні 2006 р. Європейським регіональним комітетом ВООЗ прийнято Стратегію, орієнтовану на дії, яка базується на принципі всеохопного комплексного підходу до боротьби з хворобами [4].

З огляду на специфіку оцінки стану здоров'я (що здебільшого базується на застосуванні показників нездоров'я) та на переважно негативні медико-демографічні тенденції в Україні питання ефективності інвестування в цю царину можна розглядати і за принципом "від протилежного" - через втрати, яким за належного інвестування можна було б запобігти, або через відсутність очікуваного медико-демографічного ефекту. Отже, спробуємо оцінити втрати людського потенціалу, спричинені розладами здоров'я аж до критичного його ступеня (тобто повного вичерпання ресурсу здоров'я і настання смерті), яким за певних обставин можна було б запобігти. Опосередковано обрахувати втрати суспільства через порушення здоров'я можна і за допомогою аналізу витрат на соціальні виплати. Однак потрібно зазначити, що між даними медичної статистики, даними статистичної звітності підприємств та звітності Фонду соціального страхування існують значні розбіжності. Зокрема, кількість штатних працівників, відсутніх на ро-

боті через хворобу (тобто тих, хто надали за місцем роботи оформлені лікарняні листки), виявилася на чверть меншою, ніж за даними медичної статистики (не всі виписані лікарняні листки подавали на оплату).

Підсумки діяльності Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності* свідчать, що на виплату допомоги з тимчасової непрацездатності за 2006 р. витрачено 2 351,5 млн грн, допомоги з вагітності та пологів - 661 458 тис. грн. У 2006 р. витрати Фонду за статтею "Оздоровчі заходи" становили 963 983 тис. грн (частину з цих коштів можна віднести до витрат на спричинені хворобами і травмами порушення здоров'я - на реабілітаційне лікування в санаторно-курортних закладах, профілакторіях тощо, частину - розцінювати як інвестиції в укріплення здоров'я з метою запобігання ймовірним порушенням у майбутньому). Для порівняння: в 2005 р. виплати з тимчасової непрацездатності становили 1 985,2 млн грн, з вагітності та пологів - 446,9 млн грн. Якщо зростання обсягу останніх виплат є позитивним чинником, то збільшення за рік виплат з приводу непрацездатності більш ніж на 0,3 млрд грн викликає занепокоєння.

Значним в Україні залишається і обсяг платежів, пов'язаних з втратою здоров'я (чи навіть життів) у результаті виробничих травм та професійних захворювань. За 2006 р. загальна сума страхових виплат потерпілим на виробництві (членам їхніх сімей) становила 2346,4 млн грн, з них 110362,9 тис. грн - на медичну профілактику та соціальну реабілітацію (за 2005 р. - 1417,8 млн грн). Найбільша питома вага загальної суми страхових виплат по Україні за 2005 р. припадала на шахтарські регіони, причому "лідером" була Донецька область, частка якої стабільно досягає близько 40%, значні їх обсяги були також у Луганській, Дніпропетровській та Львівській областях.

У цілому ж за приблизною оцінкою кошти, що витрачаються в Україні навіть не на ліквідацію розладів здоров'я, а лише на соціальну страхову допомогу працюючим особам (через тимчасову непрацездатність у сукупності з виплатами через виробничі травми та професійні захворювання), досягають майже 5 млрд грн на рік.

Загальновідомо, що якість охорони здоров'я залежить від ефективності її організації та інвестицій держави та її громадян у відповідну сферу. Адже попри формальну безкоштовність основ-

*За даними Міністерства праці і соціальної політики.

них послуг з охорони здоров'я, на практиці найчастіше самі хворі або їхні родичі оплачують необхідні їм послуги. Насамперед, це стосується діагностики хвороби та здебільшого придбання ліків тощо. Тож переважній більшості населення країни доводиться самостійно інвестувати кошти в охорону здоров'я. За даними самооцінки населенням рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2007 р., отриманими під час щорічного опитування домогосподарств, здійсненого Держкомстатом України, виявилось, що найбільш вартісними для населення на сьогодні є послуги лікарень. Для тих домогосподарств, які мали відповідні статті витрат, оплата послуг лікарень у 2006 р. у середньому становила 750 грн на рік, фармацевтичних послуг (купівля медикаментів) - 263 грн на рік, діагностичних послуг - 114 грн на рік, стоматологічних - 217 грн на рік. Наголошується на тому, що 9 з 10 домогосподарств, які в разі потреби в придбанні медичного приладдя, відвідування стоматолога, протезування, проведення медичних обстежень та отримання лікувальних процедур змушені були відмовитися від цих видів медичної допомоги, зазначили як причину відмови високу їх вартість.

Усвідомлюючи, що навіть у найдосконалішому за соціальним устроєм і найбагатшому суспільстві проблеми зі здоров'ям, а отже і необхідність інвестування на них коштів, існуватимуть завжди, у своїх оцінках хотілось би акцентувати увагу на медико-демографічних втратах, які потенційно можна зменшити за рахунок адекватної соціальної політики, спинитися передусім на можливостях державного управління охороною суспільного здоров'я стосовно запобігання втратам людського потенціалу країни.

3.2. Втрати життєвого потенціалу населення внаслідок передчасної смертності

Неприпустимо висока для мирного часу смертність є однією з найгостріших сучасних соціальних проблем України. Якщо вітчизняний вчений-демограф С.А.Томілін наголошував на втратах через передчасну смертність передусім у юному віці, коли до досягнення 16 років в Українській РСР у 1925 р. вмирало 493 із 1 000 народжених, то сьогодні в Україні до отримання паспорта доживає абсолютна більшість дітей (984 з 1 000). Основні ж втрати сконцентровані серед населення працездатного віку. Людське

життя безцінне в будь-якому періоді, проте для суспільства найбільш вагомими є втрати населення в період трудової активності.

Соціально-економічне значення окремих причин смерті визначається не лише місцем у структурі за абсолютною кількістю смертей, а й впливом на оцінену в роках потенційного життя величину безповоротних втрат суспільства унаслідок смертності. Крім того, це значення характеризується внеском у скорочення середньої очікуваної тривалості життя населення та величиною економічних збитків. Чим у більш молодшому віці настає смерть, тим більшою є кількість втрачених років, недожитих до 65 років, і, відповідно, вищими економічні збитки, зумовлені відсутністю внеску цих громадян у процес суспільного виробництва. Останні зміни в науці державного управління щодо визнання ролі людського капіталу однією з основних у розвитку суспільства визначають потребу в дослідженні розмірів втрат людського капіталу з позиції потенційної можливості їх зменшення або запобігання їм через обґрунтовані виважені заходи.

Видатний науковець С.А.Томілін розглядав людину як абсолютно необхідний елемент виробничого процесу, не тільки як суб'єкт, але і як об'єкт народного господарства. Він вважав, що з метою підвищення продуктивності суспільної праці в "біологічний" капітал мають бути інвестовані такі самі суми основного капіталу, які вкладено в кожний вид промисловості. Адже біологічна цінність людини, вважав С.А.Томілін, на відміну від інших природних цінностей, полягає в тому, що лише людина може трансформувати власну біологічну енергію в різного виду господарські і культурні цінності, сума яких, власне, і визначає те, що називається цивілізацією.

Ця думка відповідає визнанню ролі людського капіталу однією з основних у розвитку суспільства (Г.Беккер, Т.Шульц, Б.Вейсброд, Дж.Мінцер, Л.Хансен тощо) та усвідомленню прибутковості інвестицій у людину. Інвестиції в здоров'я, його охорону, що сприяє скороченню рівнів захворюваності і смертності, подовжує період працездатності і відповідно час функціонування людського капіталу. Передчасна смерть зумовлює безповоротну втрату всіх інвестицій в людину - в утримання і виховання дитини, в освіту, здобуття й удосконалення професії, а також спричинює певні соціальні витрати у вигляді пенсій у зв'язку з втратою годувальника тощо. Саме передчасна смертність є головним чинником, який зумовлює різницю між середньою очікуваною тривалістю життя громадян України та громадян розвинених європейських країн [5,

с. 30]. Внесок смертності у віці до 65 років у скорочення тривалості життя в Україні значно більший (більш ніж удвічі), ніж у європейських країнах [6]. За розрахунками фахівців ВООЗ, якби вдалося вилучити вплив передчасної смертності, очікувана тривалість життя збільшилась би в референс-групі Євр-В+С, до якої належить Україна, у середньому на 10,6 року, тоді як для країн з розвинутою ринковою економікою - лише на 4,6 року [7, с. 9].

Найбільше криза смертності, що спостерігається в останні десятиріччя в країнах колишнього Радянського Союзу, вплинула переважно на чоловіків із соціально уразливих груп населення. На жаль, немає подібних вітчизняних досліджень, але за даними російського вченого В.Школьнікова (2004), у великих російських містах (Москва та Санкт-Петербург) серед чоловіків з вищою та неповною вищою освітою за період 1975-1997 рр. практично не спостерігалось підвищення смертності, цей показник був майже однаковим з аналогічним у містах Північної Європи (Гельсінкі та Осло) [7].

Одним із важливих показників, що характеризує втрати внаслідок передчасної смертності, є кількість втрачених років потенційного життя (ВРПЖ) (Years of potential life lost, YPLL). Цей показник, рекомендований ВООЗ, допомагає оцінити кількість років людського життя, недожитих до 65 років.

У вітчизняній літературі відображені спроби розрахунку втрат життєвого потенціалу населення працездатного віку через найбільш вагомні причини. Зокрема, втрати, зумовлені смертністю від неприродних причин, становили у 1997 р. третину всіх втрат унаслідок смертності; від хвороб системи кровообігу - майже п'яту частину таких втрат, причому зазначено, що кількість втрачених років життя чоловіків у 4,2 раза перевищувала аналогічний показник у жінок [8]. Однак питання оцінки економічних втрат через передчасну смертність на сучасному етапі розвитку українського суспільства висвітлено недостатньо.

Нами було досліджено величини втрат, яких сьогодні зазнає українське суспільство через передчасну смертність, у демографічному та економічному аспектах, вивчено гендерні особливості таких втрат (як взагалі, так і через основні причини) та визначено можливості використання зазначених даних під час формування державної політики у сфері охорони здоров'я, передусім обґрунтування пріоритетності певних заходів.

Показник кількості втрачених років потенційного життя є мірою негативного впливу на суспільство передчасної смертності,

який дає змогу оцінити відносну значущість окремих причин смерті. Інформаційною базою дослідження були офіційні дані Державного комітету статистики за 2006 р. За нашими розрахунками, абсолютна кількість років потенційного життя, втрачених унаслідок передчасної смертності населення у віці до 65 років, становила в Україні у 2006 р. 4 165,1 тис. років. Якщо врахувати те, що пересічний українець впродовж свого життя до 65 років, гіпотетично може працювати приблизно 30-40 років, і використати образний підхід, що абсолютну кількість втрачених років потенційного життя в Україні за рік можна уявити як втрачений внаслідок передчасної смертності трудовий внесок упродовж 40 найбільш продуктивних років 105-140 тис. громадян, тобто населення невеликого міста. Зауважимо, що, за оцінкою фахівців ВООЗ, період трудової творчої активності в Україні перебуває на нижній межі, тобто 30 років, тоді як аналогічний період у розвинених європейських країнах триває 40 років і довше. Наявність будь-яких проблем зі здоров'ям та спроможністю до праці, з працевлаштуванням, тривале навчання, перебування на службі в армії, у відпустці по догляду за дитиною, у місцях відбування покарань тощо в сукупності скорочує середній період трудової активності, однак у своєму дослідженні ми розглядали лише внесок передчасної смертності в демографічні втрати.

Абсолютну більшість втрат (3 044,6 тис. років, або 73%) було зумовлено чотирма основними класами причин смерті: зовнішніми причинами; хворобами системи кровообігу; новоутвореннями; інфекційними та паразитарними хворобами.

Якщо ж розрахувати відносний показник, маємо таку картину: втрати через зовнішні причини становлять 3 110,8 на 100 тис. осіб; хвороби системи кровообігу - 2 399,3; новоутворення - 1 252,6; інфекційні та паразитарні хвороби - 9 31,6. Порівняння із загальним коефіцієнтом смертності, також розрахованим на 100 тис. осіб, переконливо ілюструє різницю у значущості причин смерті з огляду на величину потенційних демографічних втрат. Відносно нижчий (порівняно з таким унаслідок серцево-судинної патології) показник смертності від зовнішніх причин зумовлює максимальну кількість потенційно втрачених років життя, адже кількість смертних випадків через неприродні причини в молодших вікових групах значно вища, ніж від хвороб системи кровообігу, відповідно більшою є і кількість років, недожитих до 65 років. Водночас за умов майже втричі нижчого рівня смертності внаслідок інфекційних захворювань порівняно зі смертністю через новоутворення

показник ВРПЖ менший лише на 30 %, що пояснюється більш старшим середнім віком настання смерті від онкологічних захворювань (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Показники передчасної смертності та кількості втрачених років потенційного життя внаслідок передчасної смертності на 100 тис. осіб, 2006 р.

Причини смерті	Показник смертності	Показник кількості втрачених років потенційного життя
Усі причини	639,9	10 526,3
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	38,4	931,6
Новоутворення	103,6	1 252,6
Хвороби системи кровообігу	224,5	2 399,3
Зовнішні причини	136,7	3 110,8

Зазначимо, що для чоловіків показник смертності від зовнішніх причин значно перевищує аналогічний показник для жінок (відповідно 33,1 та 20,2%) і посідає перше місце в структурі втрачених років потенційного життя; тоді як у жінок основною причиною смерті є хвороби системи кровообігу. Крім того, у відсотковому співвідношенні різниця між показниками смертності жінок від зовнішніх причин, серцево-судинних хвороб, новоутворень була незначною, тоді як для чоловіків ці показники значно відрізнялися (рис. 3.1).

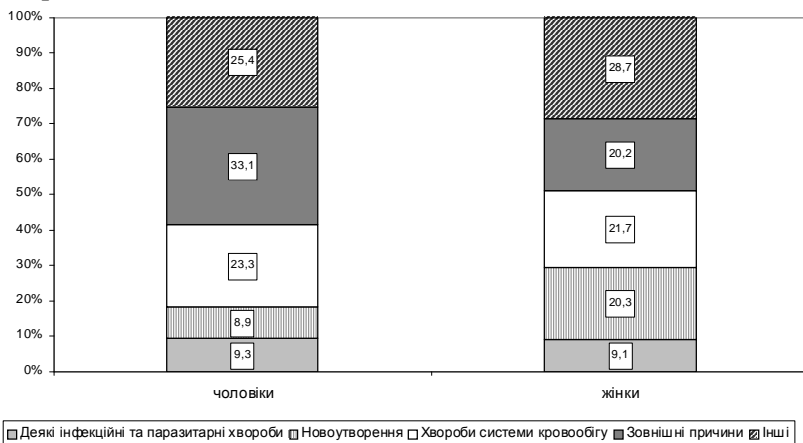


Рис. 3.1. Структура втрачених років потенційного життя чоловіків і жінок віком до 65 років в Україні у 2006 р., %

Було також оцінено відмінності між абсолютними та відносними показниками втрачених років потенційного життя чоловіків і жінок у віці до 65 років. Загалом втрати внаслідок смертності від усіх причин, що припадають на чоловіків, перевищують цей показник у жінок у 2,7 раза (табл. 3.2). При цьому найбільшою виявилась різниця у втратах через зовнішні причини (у 4,5 раза), найменшою - через новоутворення (1,2 раза).

Як бачимо, при порівнянні показників втрачених років потенційного життя з розрахунку на 100 тис. населення співвідношення їх значень у чоловіків та жінок стає більшим, що пояснюється різницею в чисельності груп населення у віці до 65 років. Ця різниця, яка становила у 2006 р. 1,3 млн осіб, яскраво ілюструє наслідки "надсмертності" чоловіків в Україні.

Таблиця 3.2

Втрачені роки потенційного життя через смертність у віці 0-64 роки в Україні, 2006 р.

Причини смерті	Абсолютна кількість, тис. років			Показник на 100 тис. осіб		
	чоловіки	жінки	чоловіки/ жінки, разів	чоловіки	жінки	чоловіки/ жінки, разів
Усі причини	3033616	1117513	2,7	15843,7	5472,3	2,9
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	281140,7	101670,1	2,8	1468,3	497,9	2,9
Новоутворення	268917,5	226736,8	1,2	1404,5	1110,3	1,3
Хвороби системи кровообігу	707180,1	242198,2	2,9	3693,4	1186,0	3,1
Зовнішні причини	1004914,7	226001,1	4,5	5428,4	1106,7	4,9

Порівняльний аналіз структури загальної смертності чоловіків і жінок та структури втрачених років потенційного життя в трудоактивному віці (від 25 до 64 років) свідчить, що за такого підходу значущість причин смерті відрізняється. Так, абсолютна кількість смертей чоловіків від хвороб системи кровообігу у цьому віці в 1,6 раза більша, ніж від зовнішніх причин, тому відповідні частки в структурі становлять 36,5 та 23%.

Відносно молодший у середньому вік настання смерті, спричиненої травмами, отруєннями та іншими наслідками зовнішніх дій, зумовлює більшу кількість недожитих до 65 років і, відповідно, втрачених років потенційного життя. Тому зовнішні причини детермінують найбільшу кількість втрачених років потенційного життя чоловіків, що пояснює вище рангове місце цих причин у структурі, ніж хвороб системи кровообігу (відповідно 30,4 та

27,5%). Так само інфекційні та паразитарні хвороби, які спричинили вдвічі меншу кількість смертей чоловіків, займали, однак, вище місце, ніж новоутворення, смерть через які характерна для осіб, старших за віком. У жінок частка хвороб системи кровообігу є найбільшою у структурі як смертності, так і ВРПЖ, проте за розміром втрат ХСК і новоутворення практично не відрізняються, а зовнішні причини в обох випадках посідають третє місце. Наявна нерівність розмірів втрат через надмірну смертність чоловіків в Україні повинна привернути увагу управлінців для розробки цілеспрямованих заходів, орієнтованих на попередження передчасної смертності чоловічого населення від визначених причин.

Можна спробувати оцінити економічні збитки суспільства, спричинені передчасною смертністю населення. Як уже зазначалось, недожиті роки обертаються на недовироблений національний продукт. Гіпотетично на кожного громадянина України у 2006 р. припадала частина валового внутрішнього продукту (ВВП) у розмірі 11,5 тис. грн (дані Мінекономіки).

Звичайно, ми усвідомлюємо, що механічний поділ усього валового внутрішнього продукту на чисельність населення не є правильним. Адже із наявних 46,6 млн жителів України значна частина - діти і люди похилого віку, інваліди, ті, хто навчається, тимчасово непрацездатні через проблеми зі здоров'ям або вагітність, пологи і догляд за дітьми, безробітні або такі, хто просто ухиляється від суспільно корисної праці, тощо. Для більш точного підрахунку доцільно було б оцінити відсоток населення віком до 65 років, зайнятого в суспільному виробництві, середні розміри отриманого ними доходу тощо. У літературі трапляються розрахунки продуктивних втрат [9], що базуються не на ВВП на душу населення, а на середньорічному доході, скоригованому з урахуванням надбавок до заробітної плати (внески роботодавця на соціальне забезпечення, медичне соціальне страхування, відрахування на приватну пенсію). На жаль, в Україні така офіційна інформація часто не відповідає дійсності через значне поширення "тіньової" економіки, практики неоподаткованих доходів тощо.

Навіть обмежившись таким спрощеним підходом, попередня оцінка свідчить про вагомість економічних збитків через високий рівень передчасної смертності. Так, у 2006 р. більше як 4 млн втрачених років потенційного життя коштували Україні щонайменше 47,9 млрд грн, причому лєвова частка втрат зумовлена смертями українських чоловіків.

Якщо ж врахувати, що діти та молодь переважно не виробляють, а споживають, можна з великою ймовірністю стверджувати, що абсолютна більшість ВВП створюється працею переважно населенням від 25 до 65 років, тобто після здобуття освіти та отримання певної професії. Тоді частина ВВП, що припадала на душу населення зазначеного віку, становитиме уже 21,4 тис. грн, тобто більшу частку. Якщо спиратися на такі розрахунки, збитки внаслідок передчасної смертності досягали у 2006 р. майже вдвічі більшої суми - 89,1 млрд грн.

На наш погляд, актуальною залишається думка видатного вченого С.А.Томіліна стосовно економічних вигод для держави за рахунок боротьби з передчасною смертністю й поширеністю хвороб та неможливості їх досягнення "без значних витрат на покращання кваліфікації людського життя і на оздоровлення її оточуючого середовища" [10, с. 136]. Боротьбу з передчасною смертністю та хворобами вчений розглядав не лише в медичному аспекті, а й у сукупності комплексу детермінант здоров'я, в тому числі соціально-економічних, які насамперед визначають якість життя (під терміном "кваліфікація" людського життя автор мав на увазі саме його якість, а не більш звичну для сучасного сприйняття переважно професійну характеристику).

Заходи щодо запобігання передчасній смертності обертаються як збереженими роками людського життя, так і внеском у створення додаткового національного продукту. Кількісна оцінка втрат суспільства, спричинених передчасною смертністю, дає змогу обґрунтовано формувати державну політику стосовно громадського здоров'я, спираючись на аргументи стосовно визначення пріоритетності тих чи інших заходів, що особливо важливо за обмеженості фінансових ресурсів.

Ураховуючи, що держава несе відповідальність за розробку та реалізацію політики, спрямованої на збереження та укріплення найважливішого стратегічного ресурсу країни, без якого неможливо здійснити жодних економічних зрушень, - здоров'я нації, інвестиції в охорону здоров'я необхідно розглядати як внесок у розвиток національної економіки. Кількісна оцінка втрат суспільства, спричинених передчасною смертністю, є інструментом обґрунтування політичних рішень, який допомагає формувати державну політику у сфері громадського здоров'я, спираючись на аргументи визначення пріоритетності тих чи інших заходів.

3.3. Оцінка рівнів смертності, якій можна запобігти

Необхідною умовою організації роботи галузі охорони здоров'я та прийняття управлінських рішень і розробки відповідної політики є наявність об'єктивної та виваженої інформації про стан здоров'я. Фахівцями визнано, що смертність як показник здоров'я населення відрізняється від таких показників, як захворюваність та поширеність захворювань, більшою надійністю та вірогідністю [11].

Дійсно, отримання даних про виникнення або наявність хвороби залежить від багатьох об'єктивних та суб'єктивних чинників: можливостей (або бажання) людини звернутися до лікаря, кваліфікації медичного персоналу та матеріально-технічного забезпечення діагностики, організації звітності тощо. Факт же смерті реєструється практично завжди, а причину її в абсолютній більшості випадків визначає лікар. Показники загальної смертності та смертності за статтю, окремими причинами, віковими та соціальними групами містять певну корисну інформацію. Однак для управління охороною здоров'я як на державному, так і місцевому рівні найбільший інтерес становлять ті показники, які могли б найкраще відображати саме ефективність і результативність роботи галузі.

Розглянемо показники загальної смертності саме з цієї точки зору. Загальновідомо, що вплив медичної служби на рівень загальної смертності не є головним. Набагато більше її рівень зумовлений соціально-економічними умовами, способом життя, спадковістю, екологічними факторами. Істотно впливає на коефіцієнт загальної смертності вікова структура населення. Так, у популяції з більш старшим населенням за всіх однакових інших умов смертність буде вищою, а вплив на неї медичної служби - нижчим. Ураховуючи сучасну демографічну ситуацію, можна прогнозувати, що навіть якщо в кожному віковому проміжку збережуться сучасні рівні смертності, реально загальна смертність все одно стане вищою тільки через збільшення частки людей літнього віку.

Незважаючи на безумовну цінність та інформативність коефіцієнтів смертності, які розраховуються для окремих вікових, статевих та соціальних груп, їх важко оцінювати в проекції на всю популяцію.

Рівні дитячої та материнської смертності, які є загальновизнаним чутливим індикатором здоров'я населення і роботи служби охорони здоров'я взагалі, вже давно використовуються як критерії

якості надання медичної допомоги. Однак аналізуються випадки смерті серед не такої вже численної групи населення - дітей до року та жінок у зв'язку з реалізацією репродуктивної функції. По них можна робити висновки в певному аспекті (наприклад стану репродуктивного здоров'я, стосовно організації допомоги матерям і дітям тощо).

Більш інформативними є коефіцієнти передчасної смертності (тобто до 65 років, про використання яких згадувалось ще за часів Радянського Союзу) [11; 12]. В цьому контексті доцільно зауважити, що показник імовірності дожиття чоловіків в Україні до цього віку за останні п'ять років має негативну динаміку, більше половини українських чоловіків не мають шансів дожити до 65 років (у жінок шанс дорівнював 77,3%) [13, с. 9-10]. Але і цей показник є також досить розпливчастим.

Не на всі причини передчасної смерті галузь охорони здоров'я може впливати з однаковою результативністю, і до того ж остання значно залежить від віку пацієнта. Смертність, якій можна запобігти (*терміни, що найчастіше вживаються: "avoidable mortality" - смертність, якої можна уникнути; "preventable mortality" - смертність, якій можна запобігти; та "mortality amenable to medical intervention" - смертність, на яку можливо впливати медичним втручанням*), є так званою "керованою" частиною передчасної смертності; її високий рівень свідчить про низьку ефективність соціально-демографічної політики у цілому та функціонування галузі охорони здоров'я зокрема. Концепцію "запобіжної" смертності було розроблено наприкінці ХХ ст. (Rutstein, Charlton, Holland та ін.) під час пошуку методу визначення ефективності медичної допомоги та національної/регіональної політики з охорони здоров'я. Смертність, якій можна запобігти, визначається як випадки смерті від певних хвороб у певному віці, яких можна уникнути (повністю або частково) за умови своєчасного звернення та отримання кваліфікованої медичної допомоги (тобто за рахунок використання усіх медичних знань, послуг, ресурсів як офіційної охорони здоров'я, так і благочинних та соціальних джерел, а також співробітництва самих пацієнтів) [14]. На нашу думку, більш прийнятною для державного управління охороною здоров'я (і більш правильною в українській транскрипції) була б дефініція терміна "смертність, якій можна запобігти". Однак, зважаючи на використання у літературі останніх десятиріч визначення "запобіжна смертність", ми вживаємо обидва терміни.

Йдеться про два аспекти: внесок у збереження здоров'я безпосередньо системи медичної допомоги - з одного боку, і програм охорони громадського здоров'я як відображення соціальної політики держави - з другого [15]. Саме "запобіжна" смертність є одним із чинників, покладених в основу відмінностей показників між різними країнами, причому найбільші такі розбіжності спостерігаються стосовно станів, які піддаються впливу профілактичних стратегій. Слід зазначити, що впродовж останніх років у всіх країнах, що входили до Європейського Союзу до 2004 р., смертність, якій можна запобігти, зменшилась [16].

Ми ставимо за мету обґрунтування доцільності аналізу ефективності державного управління у сфері охорони здоров'я за допомогою методики обчислення рівня смертності, якій можна запобігти.

Експертами було визначено перелік хвороб та станів, смертності від яких у певному віці на сучасному етапі розвитку суспільства можна уникнути. Зазначений перелік постійно переглядався та удосконалювався, відбувалися зміни стосовно переліку причин та вікових груп, у яких визнавалось можливим запобігання смертельним випадкам унаслідок цих причин. Останній перелік Holland (1997) розподілено за способом запобігання смерті у віці 5-64 роки на 3 групи причин: 1) за рахунок первинної профілактики; 2) шляхом вторинної профілактики: ранньої діагностики, ефективного лікування тощо; 3) шляхом поліпшення ефективності лікування та медичної допомоги [17].

До першої групи належать причини смерті, яким можна запобігти за рахунок первинної профілактики, адже значною мірою хвороби і стани першої групи детермінуються способом життя та особистою поведінкою (наприклад зловживання алкоголем та тютюнокуріння є чинниками ризику передчасної смерті від судинних уражень мозку, ряду новоутворень, хронічних хвороб печінки). Несприятливі умови виробництва, професійні чинники ризику можуть провокувати розвиток деяких новоутворень легенів, сечового міхура, печінки тощо. До цієї групи віднесено і клас зовнішніх причин, на смертність від яких можна суттєво вплинути на суспільному рівні, насамперед за рахунок антиалкогольної, антинаркотичної та антитютюнової політики, вжиття заходів з безпеки руху; дотримання правопорядку, безпечних умов виробництва і побуту; виховання у населення самозберігаючої поведінки; адекватного функціонування медико-соціальних та психологічних служб. До другої групи віднесено низку злякисних новоутворень,

смерті внаслідок яких можна запобігти при ранньому виявленні і вчасному лікувальному втручанні. Третю групу становить низка причин, на запобігання смерті від яких впливає передусім підвищення ефективності медичної допомоги, узгодженість функціонування різних служб системи охорони здоров'я.

На смертність унаслідок інфекційних хвороб, віднесених до третьої групи, впливають як вакцинація і відповідне лікування, так і безпечність води і харчування. Зростання рівня смертності населення працездатного віку від інфекційних та паразитарних хвороб, яке спостерігалось в Україні, є нехарактерним для розвинених країн [13, с. 13]. Зниження рівня смертності від інших причин цієї групи (артеріальна гіпертензія, виразки шлунку і дванадцятипалої кишки, ускладнення вагітності і пологів, апендицит, грижи, холелітіаз) пов'язані з ефективністю та узгодженістю комплексної роботи різних служб системи охорони здоров'я (точна та своєчасна діагностика, вчасне транспортування до лікарні, адекватна медична допомога).

Нині широко використовується метод визначення результативності політики з охорони здоров'я та якості медичної допомоги на основі обліку кількості передчасних випадків смерті, яким можна запобігти у результаті медичного втручання. Використання коефіцієнта передчасної смертності як інтегрального показника якості медичної допомоги було запропоновано і впроваджено як експеримент вперше ще в Радянському Союзі (в Алтайському краї), проте аналіз проводився у спрощеному вигляді. В Україні М.Телішевською було проаналізовано смертність за переліком Rutstein у Львівській області (1987) і доведено, що значній частці смертних випадків можна було б запобігти.

Українським інститутом громадського здоров'я МОЗ України проводилися дослідження (1999, 2006 рр.), метою яких було вивчення рівнів запобіжної смертності населення працездатного віку від основних причин. Для аналізу динаміки рівнів смертності від низки вибраних причин із переліку Holland-1988 було застосовано аналіз часових трендів. Вибір зумовлений значущістю цих причин у формуванні передчасної смертності українських громадян і можливостями медичної галузі та політики у сфері охорони здоров'я щодо запобігання випадкам спричиненої ними смерті [18, с. 84-90].

За досліджуваний період (1991-2005 рр.) спостерігалось зростання смертності для обох статей від цереброваскулярних хвороб, цирозу печінки, жінок - від злоякісних новоутворень шийки

та тіла матки (табл. 3.3). Значним було і зростання смертності від туберкульозу (більше ніж утричі у чоловіків та більш ніж у 5 разів - у жінок), що свідчить про низьку ефективність програмних протитуберкульозних заходів. Смертність, спричинена злоякісними новоутвореннями трахеї, бронхів та легень, навпаки, знизилась: майже на третину у чоловіків та на 1/5 у жінок. Виникла парадоксальна ситуація: незважаючи на збільшення кількості осіб, що курять, вмирають від цих причин менше. На думку експертів, таке зниження не можна інтерпретувати як позитивну ознаку. Тривала експозиція виникнення раку органів дихання зумовлює те, що частина потенційних жертв не "доживає" до власного раку, помираючи передчасно від інших причин, у тому числі і через хвороби системи кровообігу, чинником ранньої смертності від яких також є тютюнокуріння, або ж від несприятливих причин.

В останні роки спостерігається підвищення рівня смертності внаслідок нещасних випадків, пов'язаних з транспортом, для обох статей.

Таблиця 3.3

Динаміка показників "запобіжної" смертності населення України працездатного віку, 1991-1995-1998-2005 рр., на 100 тис. населення*

Причини смерті	1991		1995		1998		2005	
	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.
Злоякісні новоутворення шийки матки	-	5,6	-	7,0	-	7,3	-	8,6
Злоякісні новоутворення шийки та тіла матки	-	9,9	-	11,7	-	11,2	-	12,1
Злоякісні новоутворення трахеї, бронхів та легенів	47,1	5,0	46,1	5,3	36,2	4,4	31,8	4,1
Цироз печінки	19,0	7,8	35,1	14,3	30,7	10,8	77,0	33,1
Цереброваскулярні хвороби**	95,3	52,6	138	75,8	105,6	59,7	112,6	52,7
Туберкульоз	20,2	1,8	36,1	3,9	39,3	4,0	66,8	10,9
Нещасні випадки, пов'язані з транспортом	19,8	3,0	14,0	2,9	27,8	6,2	45,7	9,8

За винятком такої суто жіночої причини смерті, як злоякісні новоутворення шийки та тіла матки, за всіма іншими запобіжними причинами спостерігається переважання чоловічої смертності над жіночою (рис. 3.2; 3.3).

*Для адекватного порівняння рівнів смертності чоловіків та жінок показники розраховувалися до вікової межі 60 років.

**Показник розраховано у віковому інтервалі 35-60 років.

Однак якщо в 1998 р. величина максимального переважання (для туберкульозу) становила більш ніж 11 разів, то у 2005 р. співвідношення скоротилось до 6 разів, що зумовлено випереджальним темпом зростання смертності жінок - у 2,5 раза впродовж 1998-2005 рр. (чоловіків - у 1,5 раза). Мінімальне співвідношення між рівнями смертності чоловіків і жінок-однолітків становило 3 рази для цирозу печінки. Рак трахеї, бронхів та легень спричинював у чоловіків майже у 8 разів більшу кількість смертей, ніж у жінок (у 1998 р. - більш ніж у 9, зменшення міжстатевого співвідношення, на нашу думку, є відображенням дедалі більшого поширення тютюнокуріння серед жінок); цереброваскулярні хвороби - удвічі більшу кількість (1998 р. - відповідно втричі).

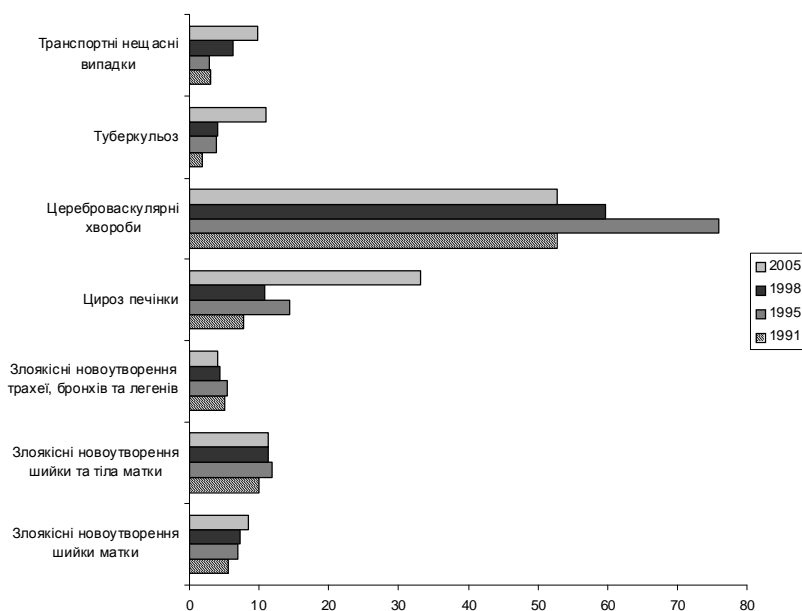


Рис. 3.2. Динаміка смертності, якій можна запобігти, в Україні (за скороченим списком Холланда), жінки, 1991-2005 рр.*

*Рис. 3.2-3.4, табл. 3.4 побудовані згідно з авторськими розрахунками за даними Держкомстату України.

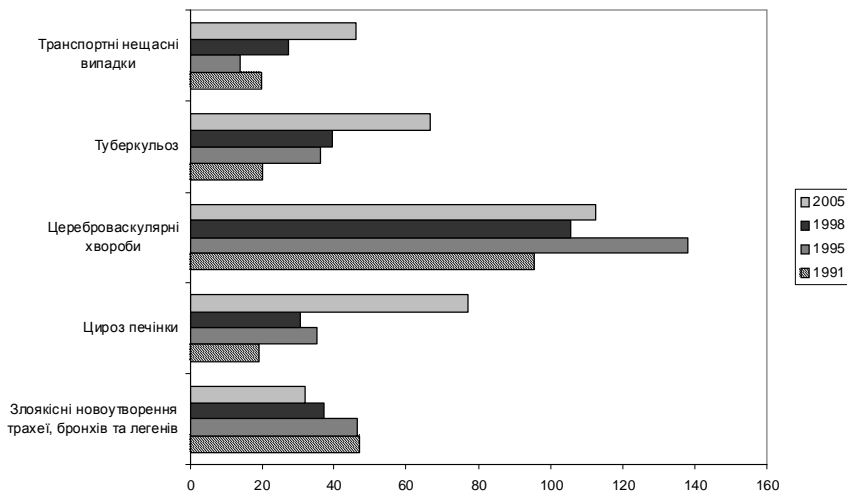


Рис. 3.3. Динаміка смертності, якій можна запобігти, в Україні (за скороченим списком Холланда), чоловіки, 1991-2005 рр.

Виконаний у 2007 р. фахівцями Інституту демографії та соціальних досліджень НАНУ аналіз смертності, якій можна запобігти, за останнім переліком (Holland, 1997 р.) для віку 25-64 роки* в Україні показав, що найвищий її рівень спостерігався в кризовому 1995 р., однак і в 2006 р. показники значно перевищували рівень 1989 р. - на 36% у чоловіків та на 20% у жінок (рис. 3.4) [19, с. 108].

Найбільш численною групою виявилась перша група причин, смерті від яких можна було б запобігти завдяки первинній профілактиці. Причинами першої групи в Україні зумовлено майже 4/5 всіх випадків "запобіжної" смерті чоловіків та 2/3 - жінок трудоактивного періоду. Зазначена група причин посідає домінуюче місце і в європейських країнах, проте там її роль (на відміну від України) останніми роками послаблюється, що пояснюється передусім змінами у способі життя внаслідок проведення цілеспрямованої соціально-демографічної політики.

*Вибір вікового інтервалу зумовлений тим, що саме 25-64 роки - вік трудової активності, коли більшість громадян завершила освіту та професійну підготовку і безпосередньо бере участь у створенні національного продукту. Навіть після досягнення регламентованого законодавством України пенсійного віку значна частина громадян продовжує свою трудову діяльність (повна або часткова зайнятість у суспільному або приватному секторі).

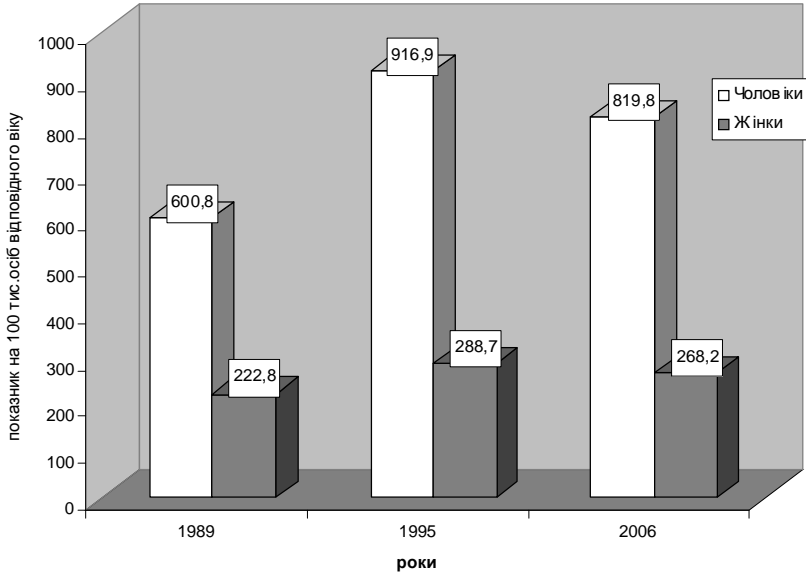


Рис. 3.4. Рівень смертності населення віком 25-64 роки, якій можна запобігти, в Україні у 1989, 1995 та 2006 рр. (на 100 тис. осіб)

Рівень смертності, якій можна запобігти, у чоловіків трудо-активного віку в Україні був утричі вищим, ніж у жінок цього віку, причому у 2006 р. порівняно з 1989 р. диспропорція стала більш помітною.

Особливу увагу суспільства потрібно привертати до причин смерті, що призводять до максимальних втрат, з одного боку, та значною мірою можуть бути усунуті, в тому числі силами сучасної медицини - з другого. Аналіз динаміки показників смертності за окремими причинами показав, що якщо для всіх причин у цілому та більшості причин "керованої" смерті в Україні зазвичай повторювався профіль зростання загальної смертності (1995 р. був піковим, а пізніше відбувалось зниження з різною інтенсивністю), то для окремих причин (клас інфекційних і паразитарних хвороб* (за рахунок передусім туберкульозу), цироз та фіброз печінки)), спостерігалось безперервне зростання, що віддзеркалює соціальне та санітарно-епідемічне неблагополуччя в країні (табл. 3.4).

*За рахунок передусім туберкульозу.

Таблиця 3.4

**Показники смертності населення віком 25-64 роки
від окремих причин в Україні у 1989, 1995 та 2006 рр.,
на 100 тис. осіб**

Причини смерті	Чоловіки			Жінки		
	1989	1995	2006	1989	1995	2006
Інфекційні та паразитарні хвороби	25,8	51,6	97,5	4,0	7,3	21,2
Рак трахеї, бронхів, легенів	89,7	81	51	9,9	8,5	6,6
Рак матки	–	–	–	15,7	16,9	17,5
Цереброваскулярні хвороби	90,2	135,6	97,5	64,9	81,9	51,3
Цироз та фіброз печінки	20,7	49,4	93,6	8,2	18,7	38,5
Зовнішні причини	227,8	401,9	332,2	44,5	73,9	62,6

Високий рівень смертності від цереброваскулярних хвороб відносно молодих (до 65 років) чоловіків і жінок свідчить про неефективність первинної і вторинної профілактики таких поширених захворювань, як артеріальна гіпертензія та атеросклероз.

У цілому ж та обставина, що близько половини (57% у чоловіків та 52% у жінок) смертних випадків у трудоактивному періоді 25-64 роки належить до таких, яких можна було б уникнути, свідчить про низьку ефективність медико-демографічної політики.

Якщо при аналізі втрат унаслідок передчасної смертності увагу зосереджено на кількісних показниках, що відображають найбільші за обсягом демографічні втрати (за причинами, у певному віці та за статтю), без врахування потенційних можливостей їх зменшення, то дослідження смертності, якій можна запобігти, є більш практичним підходом з точки зору запобігання значній частці таких смертей. Саме тут локалізуються пріоритетні напрями діяльності та, відповідно, інвестування, за якими докладання зусиль має привести до реальних позитивних результатів, а вкладання коштів є найбільш ефективним.

Більшість зарубіжних авторів розцінює зниження рівня запобіжної смертності як результат ефективної діяльності системи охорони здоров'я, а стабільність і тим більш зростання цього рівня - навпаки. Якщо реалізується адекватна національна політика у сфері охорони здоров'я і галузь охорони здоров'я є ефективною, то "запобіжна" смертність має знижатися швидше за загальну (як це і відбувається в розвинених країнах).

Аналіз запобіжної смертності для управлінської діяльності досить широко використовується. Можливе вивчення її показників як у динаміці за певний час, так і одномоментне дослідження на

різних територіях, що дасть змогу порівняти ефективність роботи медичної служби за певний період або в різних регіонах, у тому числі оцінити "запобіжну" смертність на рівні країни порівняно зі стандартами ЄС або країн світу.

Вибірковий ретроспективний аналіз випадків смерті осіб унаслідок визначених причин у певному віці виявляє недоліки у медичному забезпеченні як окремих груп населення, так і конкретних пацієнтів, оцінює відповідність лікувального процесу стандартам медичної допомоги. Можна визначити, яка саме служба (кардіологічна, гастроентерологічна, фізіотрична) потребує удосконалення [20; 21].

На початковому етапі розробки регіональної політики охорони здоров'я населення (на стадії формулювання гіпотез) аналіз коефіцієнтів смертності від окремих причин дасть змогу виявити проблеми у стані здоров'я населення регіону. Наступним стане проведення експертних оцінок окремих летальних випадків на локальному рівні, що дозволить перевірити та доопрацювати гіпотези. З допомогою такого алгоритму аналізу смертності можна розширити сферу застосування запропонованих заходів і перейти від розробки політики тільки в системі діяльності лікувально-профілактичних закладів до міжсекторальної політики в охороні здоров'я. Крім того, він дасть змогу відійти від централізованого принципу в управлінні діяльністю системи охорони здоров'я і слугуватиме базою для децентралізованої розробки організаційних заходів на територіальних рівнях.

Таким чином, аналіз смертності, якій можна запобігти, використаний як критерій результативності національної політики з охорони здоров'я та медичної допомоги, може стати дієвим інструментом державного управління щодо зменшення втрат людського потенціалу України.

Інформацію про рівень "запобіжної" смертності можна використовувати для оцінки масштабів безповоротних втрат, яких можна було уникнути, вимірювання результативності діяльності системи охорони здоров'я, вибору пріоритетів в охороні здоров'я та напрямів потенційних інвестицій і наступного розподілу ресурсів [11]. Тож зниження рівня передчасної смертності (передусім смертності, якій можна запобігти) виступає об'єктивним індикатором ефективності інвестицій в збереження і поліпшення стану здоров'я населення.

3.4. Статистична оцінка ефектів пронаталістських заходів

Одним із способів визначення ефективності державних заходів щодо стимулювання народжуваності в Україні є їх статистична оцінка. Динаміка народжуваності в нашій країні протягом першого десятиріччя її незалежності була різко спадною, і лише останні п'ять років ознаменувалися деяким поступальним приростом кількості народжень, зумовленим низкою факторів: як тих, що вплинули власне на дітородну активність населення (поступова соціальна адаптація до нових умов життєдіяльності, певне підвищення життєвого рівня тощо, а також активізація останнім часом демографічної політики пронаталістського спрямування), так і структурним - "припливом" демографічної хвилі потенційних матерів із численних контингентів народжених на початку - в середині 1980-х рр. (вплив цього фактора був особливо суттєвим у 2002-2003 рр.) [22].

У 2002-2004 рр. та у 2006 р. в Україні зафіксовано певне збільшення чисельності народжених, яке, однак, не свідчить про докорінний перелом у тенденціях народжуваності. На нашу думку, це швидше є наслідком так званої "компенсації" відкладених у кризові роки народжень, і, крім того, спричинене зрушеннями у традиційному "календарі народжень" та реалізацією (принаймні, в останні півтора року) запланованих на більш пізній термін народжень, що було зумовлене введенням з 1 квітня 2005 р. вагомої одноразової допомоги при народженні дитини.

Постановою Кабінету Міністрів України від 21 квітня 2005 р. № 315 "Деякі питання призначення і виплати допомоги сім'ям з дітьми" було передбачено призначення одноразової допомоги при народженні дитини у сумі, кратній 22,6 розміру прожиткового мінімуму на дітей віком до шести років. Статтею 56 Закону України "Про Державний бюджет України на 2007 рік" було визначено, що допомога при народженні дитини у 2007 р. виплачуватиметься у розмірі 8500 грн, а в бюджеті на 2008 рік було передбачено виплату грошової допомоги при народженні першої дитини в розмірі 12 240 грн, другої - 25 000 грн, третьої та кожної наступної дитини - 50 000 грн.

У підсумку чисельність новонароджених в Україні у 2006 р. становила 460,4 тис. і на 34,3 тис. перевищувала сукупність народжених у попередньому році. Загальна ж чисельність народже-

них за п'ять років (з 2002 до 2006 рр. включно) становила 2113,1 тис. і була на 100,6 тис. осіб більшою, ніж сукупність народжених за період з 1997 до 2001 р. Слід констатувати і наявність певних демостатистичних свідчень результативності введення вищезгаданої одноразової допомоги при народженні дитини - її демонструє зіставлення помісячних кількостей народжень 2006 р. і за I півріччя 2007 р. з даними за попередні роки (рис. 3.5).

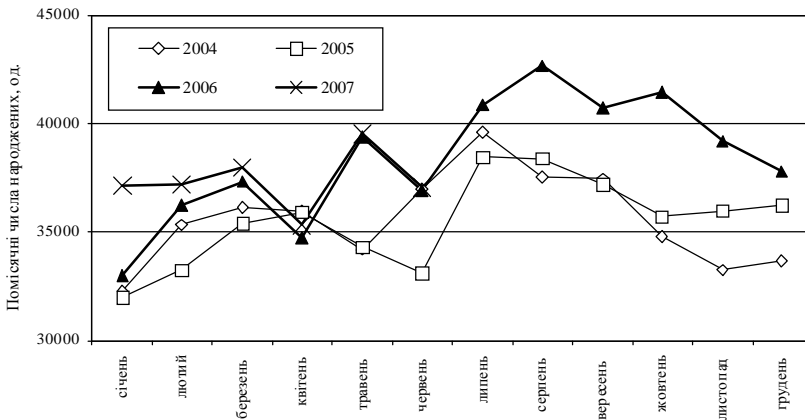


Рис. 3.5. Помісячні чисельності народжених в Україні у 2004-2006 рр. та в першому півріччі 2007 р., осіб [22]*

Багато політиків не можуть втриматися від спокуси підтвердити таким зростанням народжуваності ефективність реалізації відповідних заходів демографічної політики. Однак кількість народжень у 2006 р. була значно нижчою (більше ніж на 200 тис.), ніж, скажімо, кількість новонароджених в Україні в докризовий період, на межі 1980-1990-х рр., а рівень сумарного показника народжуваності (найбільш коректного її індикатора, що дорівнює середній кількості дітей, яких може народити жінка протягом життя за умови збереження рівнів повікової народжуваності у відповідному календарному році) в Україні і на сьогодні є одним із найнижчих серед європейських країн, особливо серед міського населення (рис. 3.6). Таким чином, підстав стверджувати, що настав "бебі-бум" у традиційному розумінні (як підняття народжуваності понад звичний або колишній рівень) немає.

*Рис. 3.5, 3.6, 3.9 побудовано за даними Держкомстату України.

Не варто також розраховувати на довгострокову сталу результативність цього пронаталістського заходу, адже, як показує вітчизняний і міжнародний досвід проведення демографічної політики, зазвичай одноразові (чи інші короткострокові) грошові допомоги діють за принципом "доза-ефект" і стосовно нашої країни не в змозі компенсувати надто низький рівень оплати праці як основного джерела відтворення як власне працюючого населення, так і підростаючих поколінь. При цьому і соціальна результативність введення згаданої одноразової грошової допомоги при народженні дитини (у сумі 8 500 тис. грн) в Україні швидко знижується, що демонструє новітня динаміка рівня бідності сімей з дітьми віком до трьох років (і особливо "повернення" після нетривалого зниження до попереднього рівня частки бідних серед сімей, які мають кількох дітей (у тому числі й дитину віком до трьох років) [22].

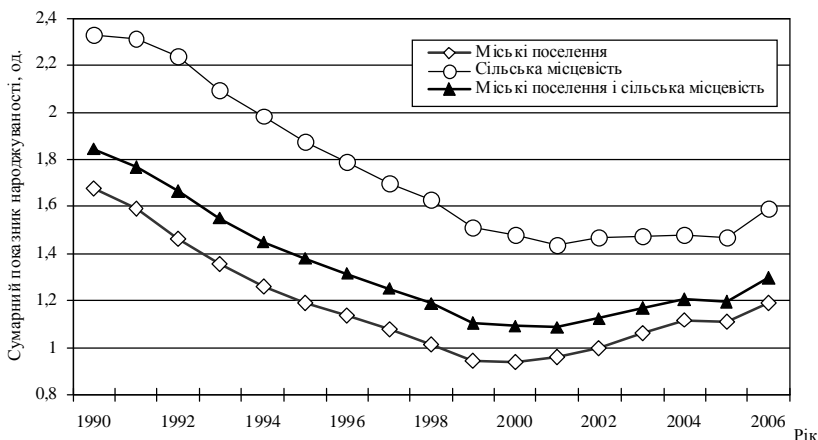


Рис. 3.6. Динаміка сумарного показника народжуваності в Україні, 1990-2006 рр.

Варто вказати і на деякі прояви в цілому небажаних ефектів призначення вагомого розміру одноразової допомоги при народженні дитини. Йдеться, зокрема, про активізацію дітородної активності маргінальних та інших верств населення, в яких поширена матеріально й духовно "не забезпечена" народжуваність (а то й багатодітність) і вельми проблематичною видається належна організація майбутнього виховання й соціалізації дітей. Статис-

тично оцінити внесок згаданих контингентів населення у "стимульований" одноразовою допомогою приріст народжень, звісно, неможливо, однак у зв'язку з цим слід вказати на підвищення (за підсумками 2006 р.) показника народжуваності у наймолодшій віковій групі дівчат віком до 18 років. Крім того, збільшується частка позашлюбних немовлят високих черговостей народження (четвертої-п'ятої) в загальні новонароджених у два останні роки, що почасти пояснюється поширеністю консенсуальних шлюбів серед жінок зрілого дітородного віку, які народжують третіх-четвертих дітей (особливо якщо йдеться про повторні шлюби), однак ще більше - "несвідомою" багатодітністю незаміжніх жінок із маргінальних або "напівмаргінальних" верств.

Слід зазначити також, що кілька минулих і найближчі наступні роки - не найкращий час для реалізації витратних і недостатньо (нетривало) ефективних заходів і в демографічному сенсі, оскільки сучасний ефект від дії одноразової грошової допомоги "накладається" в часі як на вищезгаданий демографічний приплив (збільшення контингентів потенційних матерів), так і на власне післякризовий період компенсації відкладених народжень, тож він потягне за собою дезорганізацію "календаря народжень" з вельми вірогідним зниженням народжуваності в наступні роки.

На наш погляд, підтриманню й стимулюванню дітородної активності населення в сучасних українських умовах здатне сприяти підвищення рівня матеріального добробуту населення (зокрема працюючого) насамперед за рахунок суттєвого зростання оплати праці та вжиття реальних заходів щодо вирішення житлової проблеми. Оскільки давно доведено, що поведінкою сім'ї у питаннях дітонародження керує саме суб'єктивна оцінка власного соціально-економічного стану (В.А.Белова, 1971), певну сприятливу роль у підвищенні рівня дітородної активності населення України може відіграти також скорочення значного матеріально-дохідного розшарування населення, яке підтримує все ще надто поширену "суб'єктивну бідність". Безпосередньо галузь охорони здоров'я має забезпечити насамперед можливість реалізації населенням репродуктивних установок шляхом створення умов для збереження і укріплення репродуктивного здоров'я, профілактики його порушень, безпечного материнства, надання консультативної і освітньої допомоги з питань планування сім'ї та відповідального батьківства.

3.5. Експертна оцінка зусиль національної політики у сфері планування сім'ї

Надзвичайно важливим для потреб державного управління є врахування позиції експертів з визначених питань стосовно оцінки розробленої політики, особливо в такій важливій сфері, як планування сім'ї та збереження репродуктивного здоров'я, яка в той чи інший відрізок часу стосується практично кожного. В процесі демократизації суспільного життя в Україні взагалі зростає роль громадської думки. Громадська думка - це своєрідний спосіб існування суспільної свідомості у вигляді неофіційної масової свідомості певної соціальної спільноти, пов'язаної спільністю інтересів, у якій фіксується ставлення до подій або явищ суспільного життя, діяльності політичних партій, установ і особистостей. Знання суспільної думки стає об'єктивно необхідною передумовою для вироблення і реалізації проектів та планів у процесі демократизації політичного життя України. Соціальна суть суспільної думки полягає в зосередженні уваги на оцінці певної дійсності. Процес відображення суспільної думки - це її висловлення, оприлюднення багатьох індивідуальних думок з актуальних проблем дійсності.

Існує три види висловлення суспільної думки: стихійне; з ініціативи державних органів/громадських організацій/засобів масової інформації; в процесі спеціальних соціологічних досліджень. Одним із способів вивчення висловленої в процесі соціологічних досліджень суспільної думки є метод експертних опитувань. У практиці управління широко використовуються результати експертних опитувань, які враховуються при прогнозуванні, розробці управлінських рішень та проектів, тощо. Респондентами в експертному опитуванні є фахівці, які володіють необхідними для оцінки поставлених в дослідженні питань знаннями та досвідом, професійною інтуїцією [23-25].

Метою міжнародного дослідження програм планування сім'ї International Family Planning Program Study, яке проводилося компанією "The Futures Group International" в Україні у 2005 р., було представлення експертної інформації стосовно української програми планування сім'ї для здійснення порівняльної характеристики широкомасштабних програм планування сім'ї більш ніж у 100 країнах світу. Було використано термін "національна програма планування сім'ї" як узагальнююча назва всіх урядових програмних заходів. Потрібно наголосити на тому, що в Україні захо-

ди з планування сім'ї поєднуються із заходами щодо укріплення репродуктивного здоров'я родини в межах національних програм з репродуктивного здоров'я (як теперішньої, так і чинної під час дослідження) і є їх фрагментом.

Відбір респондентів зумовила обізнаність в аспектах політики у сфері планування сім'ї, механізмів її реалізації та результатів. Перелік опитаних включав висококваліфікованих державних службовців, медиків (теоретиків і практиків), демографів, представників українських та міжнародних недержавних організацій тощо. Експерти мали безпосередній стосунок до різних аспектів планування сім'ї в Україні, причому практично у всіх респондентів він характеризувався поліфункціональністю (частина поєднувала державну службу та наукову діяльність, інша - наукові дослідження та/або медичну практику і роботу в громадських організаціях, тобто могли оцінити ситуацію з різних напрямів і точок зору). Були представлені респонденти з Києва та регіонів України.

Як вважає більшість опитаних, в країні досить сприятливі умови для розробки та реалізації програм з планування сім'ї, відмічено досить значні зусилля щодо створення таких умов (рис. 3.7). Рівень старшинства директора національної програми планування сім'ї є високим, посадові особи регулярно публічно виступають з питань програм планування сім'ї. Експерти практично одностайно звернули увагу на високі ступені адекватності звітності, реальної інформації про отримані результати (7,33 бала, або 73,3% від максимально можливої оцінки); використання статистичних даних, даних національних опитувань та конкретних спеціальних досліджень для звітності, оцінки прогресу (8 балів, або 80%); використання управліннями даних моніторингу та оцінки з метою удосконалення програми відповідно до отриманих результатів (8 балів, або 80%). Прикладом можуть служити Національні слухання щодо реалізації Національної програми "Репродуктивне здоров'я 2001-2005", на яких обговорювались підсумки виконання Національної програми "Репродуктивне здоров'я 2001-2005" та перспективи щодо розробки наступної програми (23.03.05).

Експертами визначено актуальність досягнення таких цілей: покращання здоров'я матерів і дітей (понад 9 балів), запобігання народженню небажаних дітей (8 балів); зменшення незадоволеної потреби в контрацепції (7,8 бала), відзначено необхідність наближення комплексу послуг з планування сім'ї до сільського

населення; приділення більшої уваги малозабезпеченим верствам населення.

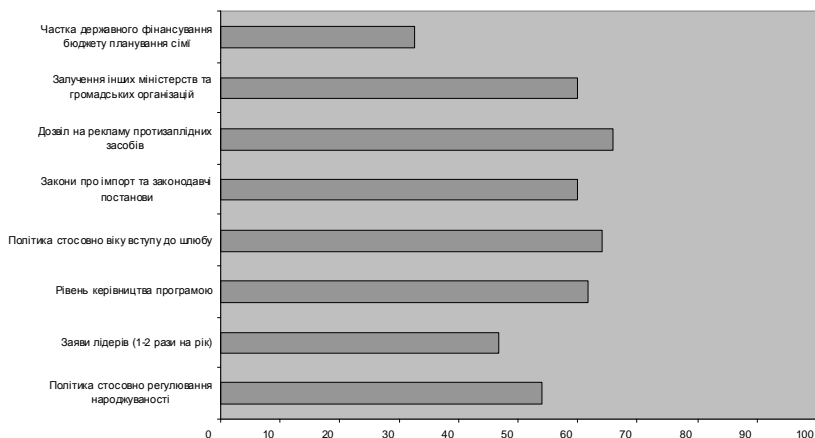


Рис. 3.7. Оцінка окремих аспектів політики планування сім'ї, відсоток від максимального

Ступінь залучення приватних установ/організацій та бюрократичного апарату було оцінено в 4,7 бала, відповідність адміністративної структури та штату співробітників на національному, регіональному та державному рівнях завданням з реалізації програми планування сім'ї - у 6,42 бала, частоту та обсяг публікації в ЗМІ повідомлень щодо інформування населення - 5,17 бала. Надзвичайно низькою була оцінка ступеня використання стимулів для мотивації участі в програмі планування сім'ї - 2 бали; соціального маркетингу - 1,73 бала.

Загальна оцінка експертами всіх аспектів зусиль політики планування сім'ї виявилась досить високою - майже 6 балів, або 60% від максимально можливої позитивної оцінки (планування сім'ї, на одностайну думку українських фахівців, розглядається як складова національної програми репродуктивного здоров'я, що стосується здоров'я та гармонійного функціонування сім'ї, включаючи і дітей, які ще не досягли репродуктивного віку) (рис. 3.8).

Експертні опитування є невід'ємною складовою процесу оцінки проектів та прийняття рішень і використовуються на всіх етапах цих процесів починаючи від постановки проблеми і до оцінки впровадження.

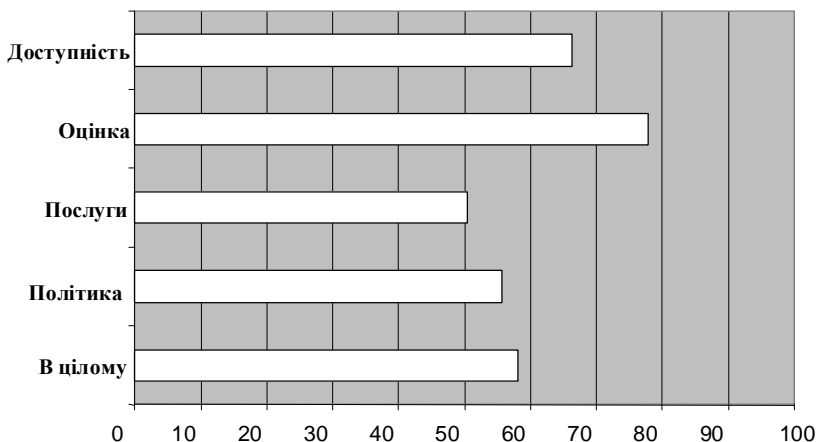


Рис. 3.8. Експертна оцінка заходів національної політики планування сім'ї

Зокрема, дані опитування було враховано під час опрацювання проектів Концепції Державної програми "Репродуктивне здоров'я нації на 2006-2015 роки" [26] та Державної програми "Репродуктивне здоров'я нації" на період до 2015 року [27].

Таким чином, за загальною оцінкою експертів, оцінка якості планування сім'ї в Україні становила за десятибальною шкалою 7 балів, або 70% від максимально можливої позитивної оцінки.

Причому основний акцент національної політики планування сім'ї робиться на важливості сприяння плануванню бажаної вагітності та можливості народження здорової дитини. Найбільш актуальними завданнями на сучасному етапі визначено: покращання стану здоров'я матерів і дітей; зменшення кількості абортів, а також частки використання абортів в структурі методів та засобів планування сім'ї; наближення комплексу послуг з планування сім'ї до сільського населення, забезпечивши їх надання сімейним лікарем; приділення більшої уваги малозабезпеченим верствам населення.

На думку більшості українських фахівців, планування сім'ї в нашій країні розглядається як складова національної програми репродуктивного здоров'я, що стосується здоров'я та гармонійного функціонування сім'ї, а не переважно жінки.

Експертами відзначено, що управлінці широко використовують статистичні дані, дані національних опитувань та цільових

спеціальних досліджень для звітності, оцінки прогресу; дані моніторингу та оцінки з метою удосконалення програми відповідно до отриманих результатів.

Як вважають фахівці, для оптимального розв'язання наявних проблем у сфері репродуктивного здоров'я необхідна реалізація Державної цільової програми "Репродуктивне здоров'я нації на 2006-2015 роки", розробленої з урахуванням як позитивних результатів виконаної національної програми "Репродуктивне здоров'я на 2001-2005 роки", так і визначених у процесі її виконання пріоритетних напрямів діяльності, та завдань з досягнення Цілей Розвитку Тисячоріччя: Україна.

3.6. Досягнення Україною цільових параметрів Цілей Розвитку Тисячоліття як напрям державної соціальної політики

Декларацією Тисячоліття, прийнятою на Саміті ООН у вересні 2000 р., було визначено основні цілі та завдання розвитку до 2015 р., що стали відомі як Цілі Розвитку Тисячоліття (ЦРТ). ЦРТ є системою індикаторів, запропонованою ООН для оцінки ефективності соціально-економічної політики, що проводиться різними країнами світу. Генеральна Асамблея ООН прийняла ЦРТ як частину плану роботи Генерального Секретаря ООН, присвяченого виконанню Декларації Тисячоліття ООН. ЦРТ - це зобов'язання розробити довгострокову політику, спрямовану на допомогу насамперед найбільш уразливим верствам суспільства кожної окремої країни та найбільш уразливим націям у світі. Важливість таких цілей, що є маніфестом у сфері людського розвитку, зумовлює передусім їх актуальність. Завдання на їх виконання є чіткими, зрозумілими, мають визначені терміни реалізації та кількісно вимірювані індикатори.

Оцінка досягнення Україною цільових параметрів Цілей Розвитку Тисячоліття може слугувати критерієм спеціальної соціальної ефективності державного управління, а саме цілеорієнтованості організації і функціонування державно-управлінської системи. Аналіз цілеорієнтованості передбачає виявлення об'єктивно зумовлених і суспільно актуальних цілей і встановлення виміру цілей за результатами [1, с. 155]. Ми зробили спробу проаналізувати з огляду на викладене вище сучасний стан реалізації взятих

Україною на себе зобов'язань у межах ЦРТ, які стосуються охорони громадського здоров'я.

Україна серед 189 країн світу підписала Декларацію Тисячоліття ООН. Заради досягнення цілей та бажаного рівня розвитку, визначеного Декларацією, уряд України зобов'язався проводити соціально-економічну політику, яка сприятиме покращанню добробуту народу України. У зв'язку з тим, що у значній частині країн деякі цілі не повністю відображали завдання розвитку, пов'язані з переходом до демократії і ринкової економіки, більшість адаптувала ЦРТ для кращої відповідності власним особливостям. Адаптовані ЦРТ включають найбільш значущі на сучасному етапі напрями, що забезпечують всебічний розвиток людського капіталу, в тому числі для соціально незахищених верств населення. ЦРТ стають сьогодні основними напрямками національної політики, імплементуючись у програмних документах, що визначають соціально-економічну політику держави. Створення чіткої, зрозумілої системи індикаторів ЦРТ означає передусім забезпечення можливості контролю за їх досягненням, у тому числі контролю громадськістю, і отже, адекватного, своєчасного і дієвого реагування шляхом змін у державній політиці.

Результатом адаптації глобальних цілей до національних умов (здійсненої за участі фахівців міністерств та відомств, науковців, представників громадськості та експертів міжнародних організацій) у 2003 р. стала аналітична доповідь "Цілі Розвитку тисячоліття: Україна" - довгостроковий програмний документ, що охопив основні індикатори людського розвитку та сталого розвитку довкілля.

Сесією Генеральної Асамблеї ООН (2005 р.) було рекомендовано розробляти національні стратегії розвитку держав-членів ООН з урахуванням ЦРТ та специфіки національного розвитку (MDG-based Development Strategy). Було відібрано 23 показники, які характеризували вибрані 6 цілей - показники, адаптовані з урахуванням особливостей національного розвитку, узагальнені та кількісно вимірювані. Запроваджено щорічний моніторинг виконання завдань ЦРТ.

Вибір цілей є основою формування державно-управлінських рішень [28]. Здоров'я є одним із нематеріальних компонентів людського розвитку. Національною доповіддю "ЦРТ: Україна" серед інших було визначено національні цілі, які безпосередньо стосуються здоров'я населення, а саме Ціль 4 - Поліпшення здоро-

в'я матерів та зменшення дитячої смертності та Ціль 5 - Обмеження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу і започаткування тенденції до скорочення їх масштабів. Більш докладно спинимосся на окремих задекларованих Україною завданнях по кожній з цілей та ролі державного управління охороною суспільного здоров'я у їх досягненні.

Зниження дитячої смертності. Однією із цілей, визначених як ключові, є зменшення дитячої смертності, критерієм досягнення якої передбачено скорочення до 2015 р. в світовому масштабі смертності дітей у віці до п'яти років на дві третини. В національній аналітичній доповіді "Цілі Розвитку Тисячоліття: Україна" представлено 6 національних цілей, 13 завдань та 23 показники, що характеризували обрані цілі [29]. Вимогами до вибору показників були: адаптація з урахуванням національного розвитку, можливість узагальнення та кількісного вимірювання. Критерій досягнення цілі щодо зменшення дитячої смертності було розроблено з огляду на реальну ситуацію з відносно низьким її рівнем в Україні, відповідно на виконання національної Цілі 4 було поставлено завдання щодо зменшення смертності дітей до п'яти років за 2001-2015 рр. на 17% (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

**Реальні та прогностні показники досягнення Цілі 4,
деталізація за періодами на 2003 р.**

Показники	1990	2000	2001	2004	2007	2011	2015
				з 2004 р. - прогностні			
Показник 2.1. Рівень смертності дітей віком до 5 років: кількість померлих віком до 5 років на 1000 осіб, народжених живими відповідного року народження	17,3	15,6	14,9	14,3	14,3	13,7	12,3
Показник 2.2. Рівень смертності немовлят: кількість померлих дітей віком до 1 року на 1000 народжених живими	12,8	11,9	11,3	10,4	10,4	9,8	9,3

Як точку відліку для визначення критеріїв досягнення цілей у 2015 р. було обрано 2001 р., прогностні розрахунки показників здійснювались для проміжних етапів - 2004, 2007, 2011, 2015 рр.

Актуальність зазначеної цілі для нашої країни не підлягає сумніву, адже смертність немовлят, яка є визначальною у формуванні смертності дітей віком до п'яти років, перевищує аналогічні рівні країн Євросоюзу більш ніж удвічі, що є вагомим внеском у скорочення очікуваної тривалості життя.

Одним із загально визнаних і найбільш чутливих індикаторів соціально-економічного розвитку суспільства є показник смертності дітей віком до одного року, що відображає рівень добробуту населення і розподіл соціальних і матеріальних благ у суспільстві, стан довілля, рівень освіти і культури, ефективність профілактики, рівень доступності і якості медичної допомоги тощо. Смертність немовлят є одночасно і індикатором якості життя населення, тобто коефіцієнт смертності є не тільки ключовим показником стану здоров'я та виживання дітей, а й показником ефективності та справедливості у забезпеченні державними послугами, а в більш широкому сенсі - соціально-економічної нерівності [30].

В аналітичній доповіді зазначається, що Україна, єдина з країн Центральної та Східної Європи, показала результати щодо зниження дитячої смертності, вищі за очікувані [31, с. 33]. Аналіз змісту національних доповідей свідчить, що кожна країна приділяє увагу актуальним проблемам, які справляють безпосередній вплив на досягнення цілі щодо зниження дитячої смертності. У національних доповідях країн Кавказу відзначено проблему недоотримання кваліфікованої медичної допомоги в допологовому періоді, зокрема вказано, що кожна четверта дитина в Азербайджані народжується поза лікарняним закладом, у Вірменії - кожна восьма. Білоруські експерти акцентують увагу на проблемі вроджених вад. У деяких національних доповідях мірою ефективності національних зусиль у боротьбі з дитячою смертністю виступає частка дітей віком до одного року, імунізована проти кору (Киргизія, Молдова). Крім того, узбецькі фахівці вказують на ризик недооцінки рівня дитячої смертності тільки за офіційними даними, а азербайджанські дослідники у своїй національній доповіді навіть наводять дві групи показників - за офіційною статистикою і за даними дослідження репродуктивного здоров'я, які відрізняються більш ніж у 4 рази.

Навіть у разі однаково сформульованих цілей спостерігалась значна диференціація цільових критеріїв як за змістом, так і величиною. Латвією до цілі "Скорочення дитячої смертності" віднесено такі індикатори, наприклад, як рівень перинатальної смертності, смертності внаслідок зовнішніх причин у віці 5-14 років; Литвою - частку дітей, що пройшли через основні види вакцинації; Словаччиною - відхилення у відсотках від показника смертності дітей віком до п'яти років у країнах ЄС; Болгарією - частку народжених з вагою менше від 2500 г; Хорватією - цей самий показник, але з диференціацією: до 1000, 1500 і 2500 г, відсоток мертвонародже-

ності, коефіцієнти смертності немовлят через певні причини, кількість насильницьких смертей серед різних вікових груп дітей і кількість дитячих смертей унаслідок нещасних випадків; Чехією - кількість дітей, що народились із природженими вадами розвитку (на 10 тис. народжених живими) тощо. Величина індикатора також відрізнялась, залежно як від базового рівня, так і можливостей країни. Наприклад, Латвія задекларувала до 2015 р. скорочення смертності дітей віком 0-5 років до показника 1,6%, Словенія - до 4,0%, Естонія - до 5,7%, Білорусь - до 7,6%, Словаччина - до 7,7%, Молдова - до 8,4%, Албанія - до 10,0%, Туреччина - до 20,7%, Узбекистан - до 24,4%, Таджикистан - до 42,3%, Киргизія - до 55,3%, а Польща навіть раніше (до 2010 р.) - до 0,9%.

Помітний прогрес у досягненні цілі зменшення дитячої смертності в західній частині СНД і Вірменії. У Чехії, одній із нових членів ЄС, досягнуто дворазове зменшення показника смертності дітей віком до одного року і до п'яти років, що навіть нижче від середнього рівня по ЄС в цілому [32]. Практично в усіх аналітичних доповідях підкреслено, що подальше зниження дитячої смертності потребує передусім зменшення іноді дуже високих показників у деяких регіонах країни або серед певних соціально уразливих груп населення. Так, у Литві особлива увага акцентується на різниці рівнів смертності у селах і містах, у Словаччині і Угорщині - серед циганського населення тощо.

На відміну від більшості соціальних індикаторів ЦРТ, смертність немовлят не є так незаперечно визначеною економічними умовами, на неї впливає набагато більш складний комплекс факторів, із значною диференціацією ступеня потенційного позитивного/негативного впливу. Дійсно, стійке зниження рівня дитячої смертності в Україні почалось на піку медико-демографічної кризи, в роки найвищого рівня загальної смертності, задовго до першого з часу здобуття незалежності приросту ВВП у 2000 р. Однозначно негативний процес скорочення народжуваності в 1990-х рр. одночасно супроводжувався, з одного боку, більш усвідомленим ставленням значної частини населення до планування сім'ї та посиленою увагою (як близьких, так і медичних працівників) і більшою частиною сімейних ресурсів, що припадає на одну дитину - з другого [33]. Разом з тим певне зниження навантаження на акушерсько-гінекологічну службу дало змогу більше уваги приділяти вагітним і породіллям, а держава в останні роки стала послідовно вкладати більше коштів в охорону материнства і

дитинства. Не можна недооцінити і внеску цілеспрямованої діяльності галузі охорони здоров'я, особливо реалізації заходів Національної програми планування сім'ї та наступної Національної програми "Репродуктивне здоров'я 2001-2005", допомоги міжнародних донорських організацій. Найбільш помітне покращання соціальних індикаторів досягається при поєднанні поведінкових змін та зусиль держави, коли певний мультиплікативний ефект стає результатом спільних дій громадян, медичної галузі і держави. Фінансування за потребою оптимально організованої медичної допомоги у відриві від змін життєвих цінностей і способу життя не дасть бажаного позитивного ефекту, або забезпечить нестійке покращання ситуації. Яскравим прикладом є зниження показника дитячої смертності в Якутії після створення спеціалізованого пологового будинку для матерів, що страждають на алкоголізм. Однак через певний час у регіоні спостерігалось зростання дитячої інвалідності, причому кількість матерів, що зловживають алкоголем, не зменшилася [34].

Цільові параметри зменшення дитячої смертності визначалися національними експертами шляхом ретельного аналізу тогочасної ситуації, динаміки змін у минулі роки, аналізу існуючої нормативно-правової бази і державної політики, оцінки наявних ризиків і можливостей їх модифікації, тривалих дискусій і консультацій фахівців різного профілю. Результатом цієї роботи стали задекларовані в національній доповіді "Цілі Розвитку Тисячоліття: Україна" рівні досягнення зазначеної цілі до 2015 р. Виникає закономірне запитання - наскільки справдились прогнозні показники, представлені в аналітичній доповіді?

У першій половині 90-х рр. смертність немовлят в Україні зростала, що певним чином корелювало із погіршенням соціально-економічної ситуації в державі. Впродовж 1995-2004 рр. спостерігалась досить стала тенденція до зниження смертності дітей віком до одного року, причому цей показник знижувався за всіма основними класами хвороб, крім зовнішніх причин. Це викликає занепокоєння, адже зазначені причини є такими, смертних випадків унаслідок яких можна було б уникнути за умов належного догляду за дитиною [35]. Нині смертність від зовнішніх причин є третьою в структурі смертності дітей віком до п'яти років, як і в структурі смертності дітей віком до одного року, зумовлюючи досить значну частку - 13% випадків смерті [13, с. 17-18].

У 2005 р. (вперше за останні роки) було зареєстровано підвищення рівня смертності до 10,0 на 1000 народжених живими, що,

на думку фахівців, спричинено і соціально-економічними причинами, і причинами, за які відповідальна медична служба, і змінами в реєстрації дитячої смертності згідно з критеріями ВООЗ. Зокрема, існують такі проблеми, як недостатнє оснащення медичних закладів (особливо пологових будинків/відділень) сучасним обладнанням, спеціалізованим медичним транспортом, незадовільна забезпеченість кадрами служби охорони материнства і дитинства, нереалізованість пріоритетного принципу фінансування з бюджетів усіх рівнів національних програм щодо охорони материнства та дитинства тощо. Є потреба в удосконаленні міжвідомчого підходу до медико-соціального патронажу сімей груп соціального ризику, у яких рівень дитячої смертності є вищим, ніж у середньому, адже певна частка смертей дітей зумовлена неналежним доглядом, незадовільним харчуванням та санітарно-гігієнічним станом.

Серед соціальних причин можна назвати низьку ефективність профілактичних програм, повільне запровадження в суспільстві засад здорового способу життя, недостатність впливу інформаційно-освітніх програм, поширеність тютюнокуріння, вживання алкоголю і наркотичних речовин, тенденцію до поширення ризикованої статевої поведінки, особливо серед молоді. У 2006 р. рівень смертності дітей віком до одного року незначно підвищився стосовно мінімально досягнутого рівня 2003-2004 рр. і становив 9,8‰ (рис. 3.9).

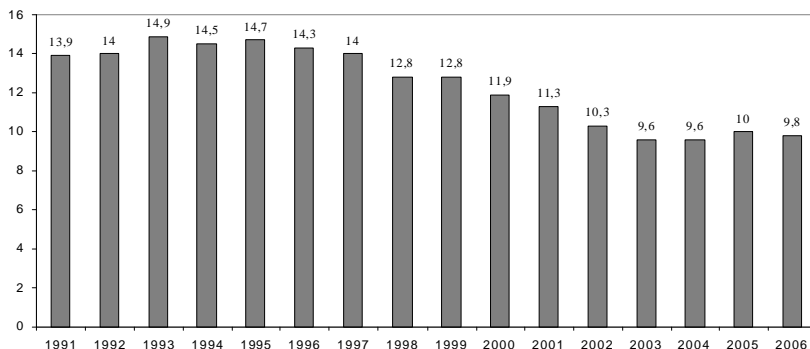


Рис. 3.9. Динаміка рівня дитячої смертності в Україні, 1991-2006 роки, на 1000 народжених живими

Показник смертності дітей віком до п'яти років у 2001-2005 рр. знизився на 16% (з 15,2 до 12,9 на 1000 народжених живими відпо-

відного року народження) [13, с. 17-18]. Основною причиною відмінностей між Україною та розвиненими європейськими країнами за рівнем смертності дітей віком до п'яти років є відносно висока смертність унаслідок зовнішніх причин, тобто причин, яким можна запобігти.

До 60-ї сесії Генеральної Асамблеї ООН (2005) фахівцями Міністерства економіки та інших зацікавлених міністерств, Секретаріату Президента, експертами ПРООН, науковцями, представниками НУО було розроблено аналітичну доповідь "Україна. Цілі Розвитку Тисячоріччя 2000+5", яка проілюструвала стан реалізації національних ЦРТ у 2000-2005 рр. В доповіді акцентувалась увага на прогресі в досягненні цілей, окреслено проблеми сьогодення та оптимальні шляхи їх розв'язання в контексті сучасних тенденцій соціально-економічного розвитку України [31]. Державну політику, спрямовану на досягнення зниження смертності дітей, визначено як "комплекс цілеспрямованих заходів, які дають змогу забезпечити максимально можливі рівні медичної допомоги за існуючого рівня правових, фінансових, матеріально-технічних і кадрових ресурсів". Серед найбільш важливих напрямів такої політики названо удосконалення первинної медико-санітарної допомоги, системи надання екстреної медичної допомоги, заходи з покращання репродуктивного здоров'я, забезпечення охоплення дітей основними профілактичними щепленнями відповідно до Національного календаря щеплень тощо. Враховуючи, що Україна, єдина з країн Центральної та Східної Європи, показала результати щодо зниження дитячої смертності, вищі за очікувані [31], було висловлено припущення стосовно можливості перегляду індикатора в бік його зменшення, яке базувалось на факті досягнення вже у 2004 р. значення показника смертності дітей віком до п'яти років, який незначно відрізнявся від цільового у 2015 р. (12,4 проти 12,3). Однак у 2005 р. показник зріс до рівня 2003 р., тобто досягнуті позиції було втрачено. До того ж навіть незважаючи на зменшення він залишається вдвічі вищим, ніж у країнах ЄС.

У Регіональній доповіді про Цілі розвитку тисячоліття у країнах Європи і СНД, підготовленій у 2006 р., було здійснено аналіз виконання ЦРТ у 32 країнах Центральної та Східної Європи та СНД [32]. Досягнення країнами ЦРТ оцінювалися за допомогою методики розрахунку показника відставання у часі. Показник G розраховувався як різниця між часом, що залишився до цільового року, і часом, що потрібен для досягнення цільового значення індикатора.

катора (останній обчислюється з урахуванням швидкості зміни індикатора, закладений в національній доповіді) за формулою:

$$G = T_r - T_n,$$

де T_r - час, що залишився;

$$T_r = t_t - t_c,$$

де t_t - цільовий рік; t_c - останній рік спостереження, якого стосуються оцінювані дані; T_n - час, необхідний для досягнення цілі (базується на припущенні, що зміни індикатора від базового до цільового років відбуваються за лінійною функцією).

Якщо отримано додатне значення, країна випереджає досягнення поставлених цілей на певний час, якщо від'ємне - прогрес є меншим від запланованого. В разі додатного значення діяльність країни визнається успішною. Якщо показник відставання у часі має від'ємне значення, але величина його менше від 1/4 часу, що залишився, досягнення ймовірно, якщо більше ніж 1/4 - малоймовірно. Зазначається, що діяльність більшості країн щодо зниження дитячої смертності є досить успішною, за незначним винятком.

Наприклад, малоймовірним є досягнення Таджикистаном задекларованого рівня смертності дітей віком до п'яти років у 40,0%, якщо в 2002 р. її рівень становив 110,0%, тобто відставання у часі становить сім років. Діяльність України з досягнення проміжних індикаторів як щодо зниження смертності дітей до року, так і до п'яти років, визнано успішною (для порівняння: досягнення запланованих індикаторів, що характеризують зниження захворюваності на туберкульоз або зменшення частки населення, що проживає за національною межею бідності, оцінено як малоймовірно з відставанням у часі відповідно 8,6 та 3,6 року).

Національні ЦРТ, розроблені різними країнами, зберігаючи відповідність глобальним ЦРТ у цілому, відрізнялись від них у формулюванні окремих завдань і індикаторів, що яскраво проілюстровано в національних аналітичних доповідях.

Так, у Росії відповідною національною ціллю було визначено зниження смертності дітей віком до п'яти років хоча б на 50% - від 21,5% у 1990 р. до 11% у 2015 р. (станом на 2005 р. - 13%) [36]. У нашого північного сусіда також спостерігається зниження показника смертності немовлят - з 19,9 у 1993 р. до 11,0% у 2005 р. [33; 36]. Російські аналітики наголошують на значних регіональних відмінностях - рівні смертності на деяких територіях більш ніж удвічі перевищують середньоросійський (у Коряцькому АО, Республіці Інгусетія).

Російські та узбецькі фахівці застерігали стосовно ризику недооцінки рівня дитячої смертності за умови використання даних офіційної статистики, а їх азербайджанські колеги вважали за доцільне навести в національній доповіді дві групи індикаторів, базові рівні яких відрізняються більш ніж у 4 рази - за офіційними даними і за даними спеціального дослідження репродуктивного здоров'я.

Навіть при однаково сформульованих цілях спостерігалась значна диференціація цільових індикаторів за їх величиною. Наприклад, задекларовані до 2015 р. показники смертності дітей віком до п'яти років Латвією і Киргизією відрізняються більш ніж у 30 разів, різними є і темпи їх досягнення. Так, Польща планує досягти цільового рівня до 2010 р., а Чехія вже досягла зменшення показника смертності дітей віком до одного року і до п'яти років удвічі, тобто навіть нижче від середнього рівня по ЄС у цілому [32].

Зазначимо, що в Росії з 2006 р. розпочато реалізацію національних проектів для досягнення актуальних цілей соціально-економічного розвитку, в тому числі з метою надати новий імпульс розвитку охорони здоров'я. Національні проекти є новим інструментом соціальної політики з надзвичайно високим рівнем контролю (створено Раду при Президентові РФ з реалізації національних проектів та демографічної політики) та фінансування (лише прямі витрати федерального бюджету коливаються у 2006-2007 рр. у межах 120-170 млрд руб.). Публічність проектів передбачає більш активну участь експертів і громадськості у їх підготовці, реалізації та моніторингу і оцінці. Концепція ЦРТ+ дає змогу посилити спрямованість національних проектів на довготривалі перспективи розвитку. Одним із проектів є національний проект "Здоров'я", в якому значна увага приділяється покращанню диспансерного нагляду та імунізації населення [38].

За час, що минув із підписання Україною Декларації, було досягнуто і певних позитивних зрушень поза завданнями Цілі 4. Так, упровадження в Україні національної стратегії профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини дало змогу знизити рівень інфікування немовлят у 3 рази, завдяки чому вдалося також запобігти частині дитячих смертей. Однак тенденція до збільшення кількості дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, зумовлює те, що проблема залишиться у майбутньому.

Обмеження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу. Нині проблема дедалі більшого поширення ВІЛ спричинює серйозну загрозу

в національному і глобальному масштабах. Відділом народонаселення Департаменту з економічних і соціальних питань ООН опубліковано черговий огляд державних оцінок проблем населення і політики у 195 країнах світу - *World Population Policies 2007*, що проводиться з метою їх вирішення (станом на 2007 р.) [39]. При розгляді таких основних питань, як зміни чисельності населення і його вікова структура, народжуваність і планування сім'ї, здоров'я, смертність, міграція найбільшу стурбованість у більшості національних урядів викликає саме розповсюдження ВІЛ-інфекції/СНІДу. Це відзначили уряди 90% країн, що дещо вище, ніж показали результати аналогічного дослідження 2005 р. За темпами поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу в останні роки Україна посідає одне з перших місць в Європі [40; 41, с. 31]. Стрімке розповсюдження епідемії створює загрозу особистій, громадській та державній безпеці, є причиною негативних соціально-економічних наслідків. За прогнозами фахівців, до 2014 р. епідемія ВІЛ-інфекції може охопити 479-820 тис. осіб та стати причиною зниження обсягу валового внутрішнього продукту на 6%. Все це зумовлює необхідність вжиття спеціальних заходів щодо захисту прав та законних інтересів громадян і суспільства, нормального функціонування держави в цілому.

Одна із цілей, визначених світовими лідерами як ключова, є "обмеження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу і започаткування тенденції до скорочення їх масштабів". Першим завданням зазначеної цілі було "зменшити на 13% темпи розповсюдження ВІЛ-інфекції/СНІДу", а показниками її досягнення - захворюваність на ВІЛ-інфекцію на 100 тис. населення; смертність від СНІДу та рівень вертикальної трансмісії, або питома вага ВІЛ-інфікованих дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями (табл. 3.6).

2001 рік обрано як точку відліку для визначення критеріїв досягнення цілей у 2015 р., прогнозні розрахунки показників здійснювались для проміжних етапів - 2004, 2007, 2011, 2015 рр. Під час розробки прогнозних показників враховувалися характер епідемії, швидкість, з якою поширюється інфекція, і те, що Україна перебуває в епіцентрі епідемії ВІЛ у Східній Європі, що і зумовило передбачення зростання рівнів захворюваності на ВІЛ та смертності внаслідок СНІДу на проміжному етапі до 2004 р. Однак на той час експерти сподівались на поступове зниження показників з 2007 р., що, на жаль, не спостерігається.

Таблиця 3.6

**Реальні та прогнозні показники досягнення Цілі 5,
деталізація за періодами, на 2003 р.***

Показники	1990	2000	2001	2004	2007	2011	2015
				Станом на 2003 р. - прогнозі			
Кількість осіб з вперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції на 100 тис. населення	0,08	12,6	14,2	15,4	14,1	13,7	12,4
Кількість померлих від СНІДу на 100 тис. населення, осіб	0,06	0,8	0,9	1,2	0,7	0,6	0,5
Питома вага ВІЛ-інфікованих дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів (рівень вертикальної трансмісії)	н/д	н/д	35	30	25	15	5

Під час підготовки матеріалів до ювілейної 60-ї сесії Генеральної Асамблеї ООН у вересні 2005 р. [31] за результатами даних моніторингу виконання завдань у межах Цілі 5 фахівці МОЗ дійшли висновку про можливість перегляду кількісної складової частини цільових параметрів (в бік збільшення), що і було враховано в наступному (другому) звіті у 2005 р. (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

**Реальні та прогнозні показники досягнення Цілі 5,
деталізація за періодами, на 2005 р.****

Показники	1990	2000	2001	2004	2007	2011	2015
					З 2004 р. - прогнозі		
Кількість осіб з вперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції на 100 тис. населення	0,08	12,6	14,2	26,2	35,0	31,5	24,5
Кількість померлих від СНІДу у розрахунку на 100 тис. населення, осіб	0,06	0,8	0,9	3,7	4,5	3,5	2,0
Питома вага ВІЛ-інфікованих дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів (рівень вертикальної трансмісії)	н/д	н/д	35	10	9	7	5

Якщо зіставити показники у табл. 3.6 та 3.7, виявляється, що реальний показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію у 2004 р. становив 26,2 на 100 тис. населення, що майже вдвічі перевищило прогнозний показник (15,4 на 100 тис. населення), а смертності

*За редакцією Національного звіту-2003.

**За редакцією Національного звіту-2005.

від СНІДу - 3,7, або втричі (відповідно 1,2 на 100 тис. населення). Під час підготовки наступного (третього) національного звіту "Україна. Цілі Розвитку Тисячоліття 2000+7" [42, с. 64-72] не здійснювалися перегляд та корекція індикаторів, проте документом зафіксовано невідповідність фактичного рівня реалізації завдань прогнозованому, зокрема за показником смертності внаслідок СНІДу.

Так, розрахункова максимальна величина у точці 2007 р., з якої очікувався початок тенденції до зниження, становила 4,5 на 100 тис. населення, тоді як уже в 2006 р. вона його перевищувала (5,2), а у 2007 р. становила 5,4 на 100 тис. населення. Стосовно рівня захворюваності, то вона "вписалася" у скориговані рамки, однак перевищуючи прогнози 2003 р. більш ніж удвічі (див. табл. 3.6 і 3.7).

Протягом 2007 р. в країні зареєстровано понад 17,5 тис. нових випадків ВІЛ-інфекції, що становить 38,0 на 100 тис. населення. Незважаючи на реалізацію комплексу заходів, спрямованих на призупинення епідемії ВІЛ-інфекції, темпи приросту ще залишаються доволі високими. Кількість нових випадків ВІЛ-інфекції у 2006 р. порівняно з 2005 р. зросла на 16,8 %, а в 2007 р. порівняно з попереднім роком рівень приросту становив 9,9%. Унаслідок упровадження широкомасштабної антиретровірусної терапії (тобто протягом 3,5 років) в Україні уперше зареєстровано зниження рівня захворюваності на СНІД на 100 тис. населення з 10,1 у 2006 р. до 9,8 у 2007 р. та зменшення темпу приросту смертності від захворювань, зумовлених СНІДом, з +10,6 % у 2006 р. до лише + 3,5 % у 2007 р.

У грудні 2007 р. за результатами розширеної наради щодо ефективної протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні під головуванням Президента України відповідним Указом [43] утворено Координаційну раду з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та наркоманії як консультативно-дорадчий орган при Президентові України. Роль цієї Ради полягає в забезпеченні активної діяльності Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, що створена урядом країни, а також у визначенні конкретних відповідальних установ та першочергових заходів щодо зниження темпів поширення ВІЛ-інфекції, захворюваності на СНІД та смертності від захворювань, обумовлених СНІДом, у країні. Фахівці Українського центру профілактики і боротьби зі СНІД констатують, що темпи розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу випереджають темпи розгортання діяльності щодо її запобігання [44].

Серед причин негативних змін показників називають невисоку ефективність профілактичних програм, які не в змозі забез-

печити пріоритет здорового способу життя, недостатність впливу інформаційно-освітніх програм, стали тенденцію до поширення ризикованої поведінки серед молоді. Хоча за останні роки збільшилися державні асигнування на боротьбу з ВІЛ/СНІДом, існує невідповідність між фінансуванням і потребами в ньому. Незважаючи на істотну фінансову допомогу Світового банку в межах проєктів, спрямованих на боротьбу з ВІЛ/СНІДом, у звіті про виконання Стратегії допомоги Україні у 2003-2007 рр. відзначається їх недостатня результативність, відсутність тенденцій до зменшення кількості ВІЛ-інфікованих [41, с. 39, 59].

За даними дослідження "Соціально-економічний прогноз наслідків епідемії ВІЛ/СНІД в Україні", здійсненого Міністерством охорони здоров'я України разом зі Світовим банком за фінансової підтримки Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні та Глобального Фонду Боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією (з технічною допомогою ЮНЕЙДС), у 2014 р. загальна кількість ВІЛ-інфікованих досягне від 1,9 до 3,5% населення віком 15-49 років відповідно за оптимістичним і песимістичним сценаріями (за умови 50% або лише 5% доступності антретровірусної терапії (АРТ) для осіб, які її потребуватимуть на той час, а також успішного виконання Національної програми протидії ВІЛ/СНІДу). На думку фахівців, як характер розвитку епідемії, так і покращання діагностики (в тому числі доступу до тестування на ВІЛ та підвищення поінформованості населення і кваліфікації медичного персоналу), збільшення кількості виявлених захворювань, насамперед серед соціально-дезадаптованих контингентів, зумовлять зростання показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію у 2007 р. та в наступні роки - щонайменше до 2011 р. Епідемія детермінує довготривалі руйнівні наслідки для населення та економіки країни: як кількісні (через зменшення кількості осіб, придатних до праці), так і якісні (через гальмування процесу відтворення та набуття знань, зменшення віддачі витрат на освіту тощо) втрати робочої сили. Можна очікувати включення епідемії ВІЛ/СНІДу до переліку чинників формування бідності та вважати її додатковим джерелом соціально-економічної нерівності, що призводить до поглиблення розширення населення [45].

Наявна інформація щодо реальної кількості ВІЛ-інфікованих є недостатньо валідною, адже відповідно до чинної нормативної бази України офіційній реєстрації підлягають лише ті особи, в яких за результатами клінічного обстеження може бути встановлено

клінічний діагноз. Таким чином, за даними сероепідмоніторингу, чисельність виявлених ВІЛ-інфікованих у кілька разів більша, ніж офіційно зареєстрованих (зокрема, у м. Києві у 2005 р. - втричі [46]). Стосовно кількості зареєстрованих смертей від СНІДу також можна очікувати зростання показника не лише внаслідок реального збільшення таких випадків, а й через більш точне встановлення причини смерті (на сьогодні нерідко фіксується смерть, наприклад, від пневмонії або туберкульозу, хоча її спричинено СНІДом).

Однак здійснено корекцію не тільки в негативному напрямі. З часу підписання Україною Декларації до виходу в світ аналітичної доповіді минуло майже 5 років, і за цей час було досягнуто певних позитивних зрушень. Так, упровадження в Україні галузевої програми "Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини на 2000-2003 роки" дало змогу знизити вже в 2002 р. рівень інфікування немовлят, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів, у 3 рази (з 30 до 10%). ВООЗ визнала Україну лідером упровадження таких заходів, на базі її досвіду розроблені відповідні рекомендації для країн з високими темпами поширення ВІЛ/СНІДу. У 2005 р. показник зменшився до 8% (нагадаємо, що лише в 2007 р. очікувалось його зниження до 9%), тобто спостерігалось більш швидке покращання ситуації зі зниження рівня передачі ВІЛ від матері до дитини за рахунок реалізації національної стратегії профілактики вертикальної трансмісії, що здійснюється відповідно до визначених ВООЗ чотирьох компонентів (профілактики ВІЛ серед жінок; запобігання небажаній вагітності; профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини; турботи та підтримки), не обмежуючись суто медичними аспектами, такими як антенатальна профілактика, антиретровірусна терапія, безпечні пологи та вигодовування дитини [47].

Поліпшенню надання медичної допомоги сприяло і затвердження клінічних протоколів з питань антиретровірусної терапії вагітних та роділь (наказ МОЗ від 07 квітня 2006 р. № 206). Як вважають фахівці Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом, зниження темпів приросту захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед дітей першого року життя є важливим позитивним показником.

На засіданні Генеральної Асамблеї ООН у червні 2008 р. Україна була відзначена як держава, що досягла суттєвих результатів у профілактичній роботі із запобігання поширенню ВІЛ/СНІД, насамперед передачі ВІЛ від матері до дитини [48]. Визнається, що копітка робота різних гілок влади дала перший пози-

тивний результат, який інші країни можуть взяти на озброєння. Проте занепокоєння викликає тенденція до збільшення чисельності ВІЛ-інфікованих вагітних (на 20-30% щорічно) та, відповідно, частки вагітностей, які завершилися пологами, і чисельності народжених ними дітей. Це пов'язано передусім зі збільшенням частки статевого шляху передачі інфекції (і збільшенням частки жінок серед ВІЛ-інфікованих), що зумовлює зростання абсолютної кількості ВІЛ-інфікованих новонароджених, і як наслідок, актуальність цієї проблеми в найближчому майбутньому. Кількість дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, зросла з 727 у 2000 р. до 3430 дітей у 2006 р.

Якщо в 2003 р. антиретровірусну терапію (АРТ) отримували лише 137 хворих на СНІД, в 2004 р. - близько 1400, в 2006 р. 3424, то на 01 червня 2008 р. АРТ отримували 4767 осіб. З упровадженням широкомасштабної антиретровірусної терапії фахівці сподівалися на поступове зниження рівня спочатку темпів зростання смертності від СНІДу, а потім - і рівня смертності внаслідок нього в інтервалі 2007-2011 рр. Дійсно, щорічний темп приросту, що становив у 2004 р. 37%, поступово уповільнюється.

Ураховуючи, що в Україні основний шлях інфікування ВІЛ - перентеральний, поширення наркоманії в молодіжному середовищі (а 60% зареєстрованих споживачів наркотиків молодше від 30 років) неминуче призводить до розповсюдження епідемії ВІЛ. Значна частина українських фахівців вважає, що передусім реалізація заходів вторинної профілактики та зменшення шкоди слід вважати інструментами, здатними забезпечити ефективний вплив на споживачів наркотиків й інших представників груп ризику та досягнення до 2015 р. зобов'язань України щодо виконання Цілей Розвитку Тисячоліття.

Мета щодо стабілізації темпів поширення ВІЛ-інфекції вимагає від органів державної виконавчої влади всіх рівнів, органів місцевого самоврядування та громадськості розробки і впровадження чітко визначеної стратегії, заходи якої охоплюють усі рівні профілактики. Первинна профілактика має бути спрямована на всі верстви населення, починаючи з дитячого та підліткового віку, забезпечуватися підтримкою державних структур, громадських організацій тощо.

Ефективна протидія поширенню ВІЛ-інфекції на національному рівні передбачає інтеграцію відповідних стратегій і програм у діяльність законодавчої виконавчої та судової гілок влади, а та-

кож її координацію єдиним органом з міжсекторальними повноваженнями у рамках єдиної стратегії. Лише адекватна практика державного управління проблемами ВІЛ/СНІДу та наркоманії зможе забезпечити подолання суспільної стигми до ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, споживачів наркотиків, що сприятиме їм в отриманні медико-профілактичних та соціальних послуг. Оцінюючи проблеми, пов'язані з поширенням соціально небезпечних хвороб, ряд дослідників вказує на низьку ефективність існуючої в Україні моделі державного управління у сфері профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу [49; 50]. Це підтверджується і необхідністю прийняття відповідного Указу Президента [51].

Фахівці визнають, що відсутність адміністративної спроможності та координації між донорами й міністерствами - одна з головних перешкод у виконанні програм ВІЛ/СНІД. Донорські кошти в Україні не завжди використовуються ефективно. Наприклад, у квітні 2006 р. Світовий банк оголосив про замороження розрахованого на чотири роки проекту, покликаного припинити поширення ВІЛ і туберкульозу, на суму 60 млн дол. США, через нездатність уряду розподілити кошти та втілювати програми (Програму відновлено в листопаді 2006 р. за умови, що Україна поліпшить управління проектом і пришвидшить реалізацію програм).

Глобальний фонд у 2004 р. відкликав дворічний грант урядові на суму 25 млн дол. США і передав його в управління неурядовій організації - Міжнародному альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні. Недостатнє фінансування також є однією з причин неефективного вирішення проблеми ВІЛ/СНІД. Попри суттєву підтримку міжнародних донорів, відчувається брак ресурсів, адже затверджені програмні заходи часто виявляються не забезпеченими коштами на їх реалізацію. Очікується, що новий грант Глобального фонду, який фокусуватиметься на профілактиці, покриє лише 24% від загальних фінансових потреб на період 2007-2011 рр. Отже, український уряд має бути готовий збільшити витрати на лікування та інші програми [52, с. 9].

Надзвичайно важливий результат показало недавнє (2005) опитування найвищих посадовців і політиків в Україні: попри те, що політичні лідери підтверджували свою відданість контролю за ВІЛ/СНІДом, досі бракує достатнього розуміння можливого впливу епідемії [53]. Так, менш як 25% респондентів визнали, що для боротьби з ВІЛ/СНІДом, лікування та догляду за людьми, які живуть з ВІЛ, може бути потрібно передати чималі кошти з інших

секторів економіки, і тільки 11% погодилися, що епідемія може спричинити поглиблення рівня бідності. Це дає підстави зробити висновки стосовно необхідності поглиблення знань державних службовців щодо цієї проблеми, формування усвідомленої відповідальності за протидію епідемії на державному рівні.

Як свідчить світовий досвід, найбільш ефективною протидією ВІЛ-інфекції/СНІДу виявилася в країнах, керівництво яких продемонструвало політичну волю та відданість боротьбі з епідемією і де було реалізовано такі три ключових принципи: єдина національна стратегія/програма дій; єдиний координуючий орган високого рівня з широкими міжсекторальними повноваженнями; єдина національна система моніторингу і оцінки ефективності діяльності.

На засіданні Генеральної Асамблеї ООН у червні 2008 р., на якій зі звітом щодо стану подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні виступив міністр охорони здоров'я України В.Князевич, Національна програма боротьби з ВІЛ/СНІД на 2009-2013 рр. визнана найбільш всеохопною та повною порівняно з п'ятьма попередніми.

Хоча метою Програми визначено стабілізацію епідемічної ситуації, зниження рівня захворюваності та смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу шляхом реалізації державної політики щодо забезпечення доступу населення до широкомасштабних профілактичних заходів, послуг з лікування, догляду та підтримки інфікованих і хворих, у переліку очікуваних результатів виконання Програми показник захворюваності (перший з прийнятих показників виконання завдань ЦРТ) відсутній. Фігурують 2 наступних індикатори: очікуване зниження до 2% рівня передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини та зменшення на 10% рівня смертності серед інфікованих і хворих.

Розробники програми пов'язують погіршення ситуації із захворюванням на ВІЛ-інфекцію та збільшення кількості хворих на СНІД з низкою таких соціально-економічних причин, як невідповідність темпів розвитку інфраструктури медичної та соціальної допомоги темпам поширення епідемії, недостатнє фінансування заходів з профілактики та лікування, недосконала система інформування населення з питань запобігання інфікуванню [54]. Прийняття та реалізація Загальнодержавної цільової програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки дасть змогу досягти стабілізації епідемічної ситуації та зниження темпів

приросту захворюваності і рівня смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні шляхом забезпечення доступу населення до широкомасштабних профілактичних заходів, медичних послуг з лікування, догляду та підтримки. У Програмі наголошується на важливості залучення до реалізації програм профілактики ВІЛ-інфекції медичних і соціальних працівників, працівників органів державної влади, органів місцевого самоврядування, роботодавців, професійних спілок, представників бізнесу [55].

Хоча за останні роки збільшились державні асигнування на боротьбу з ВІЛ/СНІДом, невідповідність між фінансуванням і потребами в ньому існує. Незважаючи на істотну фінансову допомогу Світового банку в межах проєктів, спрямованих на боротьбу із ВІЛ/СНІДом, у звіті про виконання Стратегії допомоги Україні у 2003-2007 рр. [41, с. 39; 59] відзначається недостатня їх результативність, відсутність тенденцій до зменшення кількості ВІЛ-інфікованих.

Здійснення коригування критеріїв досягнення Україною Цілі 5 з переліку Цілей Розвитку Тисячоліття відповідно до розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу в країні та результатів реалізації заходів на виконання її завдань дало змогу реально оцінити ситуацію. Системний аналіз і оцінка реального стану та власних можливостей, вчасне реагування на необхідність зміни тих чи інших заходів сприятиме консолідації зусиль уряду, суспільства і медичної галузі щодо досягнення поставленої мети - боротьби із загальнонаціональним лихом.

Наступний перегляд та оновлення завдань національної соціально-економічної політики з урахуванням світових стандартів, у тому числі ЦРТ, та основних принципів політики "соціального включення" ЄС заплановано у 2009 р. Реалізація завдань довгострокової стратегії розвитку як послідовної системної програми передбачає цілеспрямоване вдосконалення регулюючих механізмів, що виникли в процесі суспільної трансформації з обов'язковим забезпеченням економічних, політичних та соціальних свобод.

Стосовно іншого завдання Цілі 5 ситуація є значно гіршою. Фахівці визнають, що на 2008 р. зусилля щодо розв'язання проблеми епідемії туберкульозу виявились безрезультатними [56, с. 75]. Реальні показники захворюваності і смертності від туберкульозу перевищують поставлені у завданні заплановані цифри, ставлячи під загрозу досягнення кінцевої цілі - зменшити захворюваність від туберкульозу на 42%. Аналіз тенденцій смертності від інфекційних та паразитарних захворювань в Україні та європейських краї-

нах підтверджує визначальну роль туберкульозу в Україні, переважно серед чоловіків.

У червні 2001 р. на спеціальній сесії Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІД керівники 189 держав підписали Декларацію про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД (Декларацію UNGASS). Декларація також визначає, що уряди всіх країн, які її підписали, мають періодично оцінювати досягнення стосовно виконання взятих на себе зобов'язань. Визнаючи вкрай важливу роль громадянського суспільства у боротьбі з ВІЛ/СНІД, Декларація закликає уряди залучати громадянське суспільство, в тому числі людей, які живуть з цією хворобою, до таких оцінювань. Заснована Інститутом відкритого суспільства 2004 р., Програма Public Health Watch підтримує незалежний моніторинг дотримання Декларації UNGASS та інших регіональних і міжнародних зобов'язань щодо боротьби з ВІЛ/СНІД. Завданням Програми Public Health Watch є активізація залучення громадянського суспільства до вироблення політики щодо ВІЛ/СНІД і туберкульозу - двох тісно пов'язаних хвороб, що є причиною мільйонів смертей щороку, яким можна було б запобігти [52, с. 5]. В Україні у 2007 р. у рамках проекту "Громадський нагляд за охороною здоров'я" Міжнародним центром перспективних досліджень на замовлення програми Public Health Watch підготовлено звіт "Громадський нагляд за державною політикою з ВІЛ/СНІД в Україні", причому до оцінки ефективності політики долучилось широке коло представників національних і міжнародних неурядових організацій.

Викликає також занепокоєння уповільнення прогресу у досягненні іншого завдання Цілі 4 - зниження материнської смертності. Якщо ще в 2005 р. показник уже на 48% був нижчим від базового в 1999 р. і становив 17,6 на 100 тис. народжених живими, перевищивши очікуваний рівень (22,0), то в 2007 р. збільшилася кількість померлих від ускладнень вагітності, пологів та післяпологового періоду на 100 тис. народжених живими на 36% порівняно з 2006 р. (з 11,5 до 17,8 на 100 тис. народжених живими), що потребує аналізу причин такої ситуації та продуманого невідкладного втручання.

Однак завдяки реалізації програм планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я кількість випадків материнської смертності, пов'язаних з абортами, зменшилася в кілька разів, показник абортів же знизився порівняно з базовим рівнем удвічі (а порівняно з початком 90-х рр. - у п'ять разів).

Крім розглянутих вище цілей, на здоров'я істотно впливають й успіхи у досягненні таких цілей, як скорочення рівня бідності (Ціль 1 - Подолання бідності), покращення стану довкілля (Ціль 3 - Сталий розвиток довкілля), опосередковано - підвищення освітнього рівня і професійної кваліфікації (Ціль 2 - Забезпечення якісної освіти впродовж життя). Як за міжнародним, так і за українським визначенням, рівень бідності скоротився, проте залишається на досить високому рівні (на кінець 2006 р. до бідного було віднесено 28% населення). Беззаперечно, що досить швидке економічне зростання України у 2000-2006 рр. спричинило підвищення рівня життя населення, зменшення рівня бідності, що абсолютно природно створює сприятливі умови для формування і збереження здоров'я. З огляду на це викликає занепокоєння зростаюча інфляція в умовах сучасної економічної кризи. Експерти вказують на неспроможність уряду надавати соціальні послуги в необхідних обсягах [56, с. 73].

У звіті з людського розвитку в Україні за 2006 рік зазначено, що всі головні екологічні показники демонструють тенденцію до погіршення порівняно з початком тисячоліття, тому 3-тя Ціль (Сталий розвиток довкілля) перебуває на межі зриву. Особливо важливо, що не спостерігається покращення доступу населення до питної води, що відповідає національним стандартам [42, с. 51]. Зауважимо, що доступ до безпечної питної води є необхідною умовою забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя. Недаремно тема світового Звіту з людського розвитку ПРООН 2006 року була така: "Що ховається за нестачею води: влада, бідність і глобальна криза водних ресурсів".

Спинимось ще на одному важливому аспекті. При розробці аналітичної доповіді "Цілі Розвитку Тисячоліття: Україна" у 2003 р. було запропоновано і альтернативний варіант формулювання Цілі 4, а саме "Зменшення дитячої смертності та смертності осіб працездатного віку, поліпшення здоров'я матерів", оскільки високий рівень смертності населення працездатного віку, особливо чоловіків, на сьогодні є найвагомим внеском у формування безповоротних втрат людського потенціалу України. В аналітичній доповіді "Україна. Цілі Розвитку Тисячоліття 2000+5" також наголошувалося на тому, що, незважаючи на значний прогрес України в зниженні дитячої та материнської смертності, загальний рівень передчасної смертності залишається неприпустимо високим для мирного часу.

Незадовільний стан здоров'я, що передається у спадок дітям, нездоровий спосіб життя, поведінкові ризики, відсутність самозберігаючих навичок, усвідомлення відповідального батьківства також прямо чи опосередковано впливають на рівень дитячої смертності. Аналізуючи наслідки досягнення ЦРТ стосовно зниження дитячої і материнської смертності в Росії, експерти, відзначаючи можливості покращання здоров'я дітей і репродуктивного здоров'я, також акцентують увагу на пріоритетності заходів, спрямованих на збереження здоров'я людей працездатного віку.

Було підраховано, що досягнення ЦРТ щодо зменшення смертності до п'яти років приведе до подовження тривалості життя в середньому менш ніж на рік для обох статей. Зменшення смертності дітей до п'яти років до рівня, наприклад, Великої Британії, потенційно може подовжити тривалість життя майже на рік, а досягнення найнижчого у Росії регіонального рівня - лише на 5 місяців.

На протигагу цьому зменшення смертності у працездатному віці може привести до підвищення показника очікуваної тривалості життя в країнах з перехідною економікою на 7,75 років, а для Росії - навіть на 10 років [36]. До речі, Польщею відповідну ціль сформульовано так: "Покращання здоров'я і скорочення дитячої смертності", а серед завдань, крім скорочення рівня смертності дітей до п'яти років, було таке: "скоротити до 2010 року коефіцієнт передчасної смертності серед дорослих на 25%", відповідно індикаторами визначено ймовірність смерті чоловіків і жінок у віці 15-59 років. Закономірно, що у висновках Звіту з людського розвитку-2006 "Людський розвиток і європейський вибір України" пропонується зосередити увагу на усуненні причин зниження середньої очікуваної тривалості життя чоловіків, уповільненні темпів поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу і туберкульозу та поліпшенні стандартів охорони довкілля.

Упровадження ЦРТ в процес розроблення та реалізації національної стратегії розвитку забезпечить соціальну спрямованість реформування всіх сфер економіки, соціалізацію всіх складових економічної політики. Досвід країн ЦСЄ/СНД свідчить, що перспективи досягнення ЦРТ тісно пов'язані з якістю та ефективністю управління. У Регіональній доповіді про ЦРТ у країнах Європи і СНД [32] відзначається покращання державного управління, а також сприйняття країнами ЦРТ як пріоритетів розвитку, створення умов для більш відповідальної політики.

Основними управлінськими підходами до цього є:

- підвищення консолідуючої ролі уряду;
- узгодження цілей з основними положеннями програмних документів (на національному та місцевих рівнях);
- мобілізація ресурсів для досягнення цілей відповідно до визначених критеріїв;
- міжсекторальна взаємодія і узгодженість між різними гілками та органами державної влади;
- локалізація та інкорпорація ЦРТ у систему прогнозно-програмних документів;
- залучення широкого кола експертів та представників НУО до процесу прийняття рішень;
- поінформованість суспільства, забезпечення контролю громадськості, доступу до оперативного моніторингу індикаторів для своєчасного реагування, коригування соціально-економічної політики в разі потреби.

Так, реалізація довгострокових ЦРТ є більш здійсненною, коли ці заходи є взаємно узгодженими і спільними з іншими середньо- і короткостроковими стратегіями розвитку, що супроводжується максимізацією спільних результатів, з одного боку, та зниженням витрат - з другого. Для країн СНД це, передусім, стратегії подолання бідності і ті, що пов'язані з інтеграцією/вступом до ЄС. В Україні було розроблено з урахуванням реалізації ЦРТ - Україна такі важливі програмні документи, як Програма економічно-соціального розвитку на 2007 рік та Державна програма "Репродуктивне здоров'я нації" на період до 2015 року [27].

Мобілізація ресурсів в умовах їх обмеженості є необхідною, особливо на місцевому рівні, адже вона забезпечить максимальний рівень зусиль, спрямованих на досягнення ЦРТ.

Ураховуючи мультифакторний вплив на формування здоров'я, подальший прогрес України стосовно досягнення пов'язаних зі здоров'ям ЦРТ можливий лише за умови скоординованої міжсекторальної взаємодії, передусім освіти, забезпечення безпечної життєдіяльності, охорони здоров'я, соціальної допомоги на тлі поінформованості та зацікавленості громадськості у здійснюваних заходах.

На думку експертів, одним із найсуттєвіших аспектів досягнення ЦРТ є їх локалізація. Остаточо питання реалізації ЦРТ вирішується на місцевому рівні, відповідно, вони мають бути розукрупнені і адаптовані до місцевих умов так само, як і до на-

ціональних. Одночасно очікується розвиток потенціалу місцевого державного управління, організацій громадянського суспільства у сфері стратегічного планування, реалізації заходів і моніторингу, що тісно пов'язано з удосконаленням місцевого самоуправління. Це також страшує від невиконання ЦРТ на певних територіях, якщо на національному рівні бажаних показників досягнуто. Локалізація вимагає інтеграції діяльності на місцевому рівні з політикою на рівні держави, а також децентралізації і реформи місцевого самоуправління. В цьому аспекті локалізація ЦРТ пов'язана із завданнями більш ефективного надання державних послуг на місцях, особливо у сфері охорони здоров'я, соціального захисту і просвіти, які відіграють основну роль у досягненні ЦРТ, що стосуються здоров'я.

Широка громадська участь і зацікавленість є запорукою досягнення ЦРТ через створення ефективного механізму співпраці між державними інституціями та організаціями громадянського суспільства, що ставить перед науковцями нагальні завдання щодо оцінки результативності такої міжсекторальної взаємодії. Зокрема, нещодавно українськими дослідниками запропоновано методологію вимірювання ефективності регіональної політики за допомогою самооцінювання міжгалузевої співпраці, яка дає змогу суб'єктивно проаналізувати заходи щодо реалізації державної політики у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу на регіональному рівні та ідентифікувати проблемні питання у міжгалузевій та міжсекторальній співпраці [49; 57]. Надзвичайно важливим аспектом цієї методики є системний підхід, коли оцінка протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу здійснювалася за основними напрямками, які характеризували організацію діяльності центральних і місцевих органів влади за участю органів місцевого самоврядування; розвиток партнерства між центральними і місцевими органами влади і зацікавленими установами, організаціями та об'єднаннями громадян; фінансування заходів боротьби з ВІЛ/СНІДом; дотримання законодавства; забезпечення рівного доступу до профілактичних програм, лікування, догляду для ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД; удосконалення системи соціального та правового захисту уразливих груп населення, ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, членів їхніх родин та медичних працівників, що надають допомогу ВІЛ-інфікованим; створення умов для виховання і навчання ВІЛ-інфікованих дітей.

Наголошується і на певних вимогах до результативності державного управління, його координації. Так, у процесі аналізу ефективності державного впливу на розповсюдження соціально

небезпечних хвороб в Україні встановлено, що саме прихильність до принципу галузевого управління складним соціальним об'єктом як суто медичний підхід не дала змоги Міністерству охорони здоров'я вчасно спрогнозувати еволюційні суспільні наслідки некеруваного перебігу туберкульозу і ВІЛ/СНІД-інфекції, що загальмувало розробку ефективної міжвідомчої стратегії [58; 59].

Хоча основна відповідальність досягнення ЦРТ покладається на уряди, їх успішність пов'язана зі здатністю влади до налагодження співпраці з громадськими організаціями, міжнародними донорами і приватним сектором. Важливо, щоб ділові кола усвідомлювали те, що довгострокові комерційні інтереси передусім пов'язані з підтримкою розвитку суспільства, що процвітає, яке створює передумови і найкращі можливості для комерційної діяльності. Прогресу в досягненні Україною ЦРТ сприяють також реалізація Проекту ПРООН "Цілі Розвитку Тисячоліття для України" в цілому та низки міжнародних проектів, спрямованих на покращання здоров'я дітей і удосконалення надання медичної допомоги матерям і дітям, на протидію епідемії ВІЛ/СНІДу та туберкульозу.

Ще один важливий принцип Декларації тисячоліття - підзвітність уряду. Як вважає адміністратор ПРООН М.М.Браун, "на підставі оприлюднених даних щодо прогресу у досягненні Цілей громадяни самі можуть судити, чи є діючі уряди успішними в реалізації взятих зобов'язань, чи ні". Постійний моніторинг процесу реалізації завдань з виконання визначених цілей, аналіз і оцінка реального стану та власних можливостей, вчасне коригування тих чи інших заходів сприятиме консолідації зусиль уряду, суспільства і медичної галузі у здійсненні поставленої мети - досягненню проголошених Цілей Розвитку Тисячоліття.

Реалізація Україною взятих на себе зобов'язань стосовно досягнення Цілей Розвитку Тисячоліття - Україна є показником ефективності соціально-економічної політики держави.

Висновки до розділу 3

Доведено вагомість втрат суспільства в результаті розладів здоров'я і високої передчасної смертності населення: скорочення тривалості життя, що зумовлює відставання України від розвинених країн за Індексом Людського Розвитку; втрат щорічно близько 4 млн людино-років потенційного життя та недовиробленого національного продукту у розмірі від 47,9 до 89,1 млрд грн; виплат на соціальну страхову допомогу у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю у сукупності з виплатами через виробничі травми та професійні захворювання (майже 5 млрд грн на рік). Близько половини (57% у чоловіків та 52% у жінок) смертних випадків у трудоактивному періоді належать до таких, яким можна було б запобігти. Це свідчить про низьку ефективність політики у сфері громадського здоров'я та необхідність збільшення інвестицій у здоров'я населення.

Навіть за умови підвищення на сучасному етапі народжуваності в Україні переважання смертності над народжуваністю залишається значним і досягає 1,5 раза. Віддаючи належне важливості стимулювання дітонароджуваності, спираючись на різні аспекти оцінки пронаталістських заходів, вважаємо, що основну увагу в боротьбі з депопуляцією в Україні слід концентрувати на запобіганні втрат унаслідок високої смертності населення, а стимулювання народжуваності має здійснюватися одночасно з покращанням соціально-економічного становища в країні в цілому та удосконаленням політики у сфері репродуктивного здоров'я з акцентуванням уваги на важливості сприяння і допомоги бажаному і безпечному народженню здорових дітей.

Оцінка діяльності України стосовно досягнення Цілей Розвитку Тисячоліття, пов'язаних зі здоров'ям, є неоднозначною - від успішної щодо зниження дитячої смертності та зменшення рівня передачі ВІЛ від матері до дитини до неефективної стосовно призупинення епідемії туберкульозу та ВІЛ/СНІДу. Наявне відставання навіть найвищих національних показників від показників ЄС має стати стимулом та орієнтиром для подальшої роботи в цьому напрямі.

Основними управлінськими підходами, що сприятимуть досягненню цільових індикаторів ЦРТ - Україна, є підвищення консолідуєної ролі уряду, імплементація ЦРТ у положення програмних документів, локалізація, мобілізація ресурсів, міжсекторальний

підхід і створення ефективного механізму співпраці між державними інституціями та організаціями громадянського суспільства, постійне оцінювання ефективності цілеспрямованої діяльності.

Заходи щодо нарощування потенціалу, необхідні для досягнення успіху: посилення політичної підтримки щодо збільшення інвестицій в охорону здоров'я й включення охорони здоров'я в процеси розвитку; розробка комплексних стратегій і систем, що сприяють кращому вирішенню проблем охорони здоров'я малозабезпечених верств населення; підвищення ефективності допомоги (міжнародних організацій, країн-донорів).

Таким чином, визначення розмірів втрат людського потенціалу та економічних втрат (як реальних, так і потенційних) унаслідок дії медико-демографічних чинників, оцінка досягнення Україною зобов'язань, взятих на себе у рамках досягнення Цілей Розвитку Тисячоліття - Україна, аналіз можливості впливу на різні ланки основних демографічних процесів і, відповідно, ефективності соціальної політики в конкретних напрямках за допомогою методів потенційної демографії, статистичної оцінки та соціологічного опитування дали змогу обґрунтувати необхідність розробки системи заходів, спрямованих на боротьбу з передчасною смертністю, насамперед її керованою складовою як найбільш перспективного напрямку удосконалення державного управління охороною суспільного здоров'я.

Список використаних джерел до розділу 3

1. Державне управління : навч. посіб. / [А. Ф. Мельник, О. Ю. Оболенський, А. Ю. Васіна, Л. Ю. Гордієнко] / за ред. А. Ф. Мельник. - 2-ге вид., випр. і допов. - К. : Знання, 2004. - 342 с.
2. Общественное здоровье и экономика / [отв. ред. Б. Б. Прохоров]. - М. : МАКС Пресс, 2007. - 292 с.
3. *Разумов А. Н.* Оздоровление населения - стратегическая задача Российского социума / А. Н. Разумов, О. В. Ромашин. - Режим доступа : <http://beka.ru/php/content.php?id=352>. - Заголовок с экрана.
4. Курс на оздоровление населения. Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями. - Копенгаген : ВОЗ, 2006. - 65 с.
5. Сучасна демографічна ситуація в Україні: проблеми, перспективи, шляхи вирішення (наук.-аналіт. доп.) / [за ред. С. І. Пирожкова]. - К. : Ін-т демографії та соц. дослідж. НАН України, 2007. - 72 с.
6. *Рингач Н. О.* Передчасна смертність як загроза національній безпеці / Н. О. Рингач // Охорона здоров'я в Україні. - 2007. - № 1. - С. 29-30.
7. Обзорная сводка о состоянии здоровья в Российской Федерации 2005 [Электронный ресурс]. - Режим доступа : <http://www.euro.who.int/document/E88405r.pdf>. - Заголовок с экрана.
8. *Чепелевська Л. А.* Розрахунки кількості втрачених людино-років життя населення працездатного віку від хвороб системи кровообігу / Л. А. Чепелевська, Н. О. Рингач, О. О. Чернобривенко // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2000. - № 2. - С. 103-107.
9. Years of Potential Life Lost from Heart Disease [Електронний ресурс]. - Режим доступу : http://www.musc.edu/bmt737/Spr_1999/pj/ypll.html. - Заголовок з екрана.
10. *Томилин С. А.* Демография и социальная гигиена / С. А. Томилин. - М. : Статистика, 1973. - 312 с.
11. *Телішевська М. Г.* "Запобіжна" смертність та її взаємозв'язок із соціально-економічними факторами (науковий огляд) / М. Г. Телішевська // Мед. реферат. журн. - Розд. 2. - 1998. - № 8-4. - С. 1-7.
12. *Аскалонов А. А.* Преждевременная смертность как интегральный показатель качества медицинской помощи / А. А. Аскалонов

калонов, Н. Ф. Герасименко, Я. И. Шойхет // Сов. здравоохранение. - 1990. - № 8. - С. 54-57.

13. Здоров'я населення та діяльність галузі охорони здоров'я України в 2001-2005 роках : (інформ.-аналіт. довід.) - К. : МОЗ України, 2006. - 210 с.

14. Различия в показателях смертности от болезней, поддающихся медицинскому вмешательству, по географическим зонам в Европе : "Атлас предотвратимых случаев смерти" Европейского Сообщества / А. Пауль, Дж. Эванс, Дж. Барри и др. // Ежеквартальный обзор мировой санитарной статистики. - 1992. - Т. 42. - С. 29-36.

15. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения : докл. о состоянии здравоохранения в Европе, 2005. - Копенгаген : Европ. регион. бюро ВОЗ. - 168 с.

16. *Treurniet H. F. Avoidable mortality in Europe (1980-1997): a comparison of trends / H. F. Treurniet, H. C. Boshuizen, P. P. M. Harteloh // J. Epidemiol. Com. Hlth. - 1998. - Vol. 52. - P. 624-630.*

17. Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: проблемы и перспективы / под ред. В. И. Стародубова, Ю. О. Михайловой, А. Е. Ивановой. - М. : Медицина, 2003. - 288 с.

18. *Рингач Н. О. Показник запобіжної смертності як критерій ефективності національної політики в сфері охорони здоров'я / Н. О. Рингач // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2006 рік. - К. : МОЗ, Укр. ін-т громад. здоров'я, 2007. - С. 84-90.*

19. Смертність населення України у трудоактивному віці : (кол. моногр.) / [відп. ред. Е. М. Лібанова]. - К. : Ін-т демографії та соц. дослідж. НАНУ, 2007. - 211 с.

20. Пропозиції щодо використання показника смертності від цереброваскулярних хвороб, яким можна запобігти, як критерію якості медичної допомоги : (інформ. лист) / [В. М. Пономаренко, Л. А. Чепелевська, Н. О. Рингач та ін.]. - 2002. - № 157. - К. : Укр-медпатентінформ МОЗ України, 2002. - 2 с.

21. Предотвратимая смертность в России и пути снижения / [под ред. Ю. В. Михайловой, А. Е. Ивановой]. - М. : ЦНИИОИЗ, 2006. - 312 с.

22. *Курילו О. І. Народжуваність в Україні: аналіз детермінант та статистична оцінка ефектів пронаталістських заходів / О. І. Курילו, Н. О. Рингач // Статистика України. - 2007. - № 4. - С. 80-89.*

23. Крижановский О. В. Социологический статус метода экспертных оценок / О. В. Крижановский. - К. : Наук. думка, 1992. - 92 с.
24. Литвак Б. Г. Разработка управленческого решения : учебник. - [3-е изд., испр.] / Б. Г. Литвак. - М. : Дело, 2004. - 392 с.
25. Соціальна експертиза в Україні: методологія, методика, досвід впровадження / [за ред. Ю. І. Саєнка]. - К. : Ін-т соціології НАНУ, 2000. - 194 с.
26. Про схвалення проекту Концепції Державної програми "Репродуктивне здоров'я нації на 2006-2015 роки : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 квіт. 2006 р. № 244-р // Офіц. вісн. України. - 2006. - № 18. - Ст. 1352.
27. Про затвердження Державної програми "Репродуктивне здоров'я нації" на період до 2015 року : Постанова Кабінету Міністрів України від 27 груд. 2006 р. № 1849 // Офіц. вісн. України. - 2007. - № 1. - Ст. 35.
28. Бакуменко В. Д. Вибір цілей як основа формування та різновид державно-управлінських рішень / В. Д. Бакуменко // Актуальні проблеми державного управління : зб. наук. пр. УАДУ. - Дніпропетровськ : Дніпропетр. філ., 2000. - Вип. 1 (1). - С. 55-61.
29. Цілі розвитку тисячоліття: Україна. - К. : М-во економіки та з питань європ. інтеграції. - 2003. - 29 с.
30. Социальный мониторинг "Инноченти", 2006 год: Анализ детской бедности в Юго-Восточной Европе и Содружестве Независимых Государств. - Флоренция : Исслед. центр ЮНИСЕФ : пер. с англ. - М. : ЗАО Интердиалект, 2006. - 128 с.
31. Україна. Цілі розвитку тисячоліття 2000 + 5 [матеріали до ювілейної 60-ї сесії Генеральної Асамблеї ООН]. - К. : М-во економіки та з питань європ. інтеграції, 2005. - 47 с.
32. Национальные Цели развития тысячелетия: платформа для действия (Региональный доклад о Целях развития тысячелетия в странах Европы и СНГ). - Братислава : Регион. бюро ПРООН по странам Европы и Содружества Независимых государств, 2006. - 210 с.
33. Людський розвиток в Україні: можливості та напрями соціальних інвестицій : (кол. наук.-аналіт. моногр.) / [за ред. Е. М. Лібанової]. - К. : І-т демографії та соц. дослідж. НАН України, Держкомстат України, 2006. - 356 с.
34. Щербакова Е. Младенческая смертность снизилась до 11,0‰ / Е. Щербакова // Demoscope Weekly [Электронный ресурс]. -

2006. - № 239. - Режим доступа : <http://demoscope.ru/weekly/2006/0239/barom04.php>. - Заголовок с экрана.

35. Становище дітей та жінок в Україні: ситуаційний аналіз 1991-2003 / [Р. О. Моїсеєнко, Н. Я. Жилка, В. Б. Педан, Є. Є. Шунько]. - К. : Кобза, 2005. - 179 с.

36. Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации за 2005 год "Россия в 2015 году: цели и приоритеты развития". - М. : ПРООН, 2005. - 220 с.

37. Цели развития тысячелетия в контексте России: от экономического роста к устойчивому социальному развитию, основанному на правах человека. - М. : Информ-Знание, 2005. - 32 с.

38. Цели развития тысячелетия и национальные проекты - стратегический выбор России. - М. : ПРООН в России, Ин-т комплекс. стратег. исслед., 2006. - 36 с.

39. *Щербакова Е.* Наибольшую озабоченность национальных правительств вызывает распространение СПИДа и ВИЧ-инфекции / Е. Щербакова // Demoscope Weekly [Электронный ресурс]. - 2008. - № 333. - Режим доступа : <http://demoscope.ru/weekly/2008/0333/barom02.php>. - Заголовок с экрана.

40. EuroHIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report 2006. - Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2007. - N 75. - Режим доступа : <http://www.eurohiv.org>. - Заголовок з екрана.

41. Стратегія партнерства з Україною на період 2008-2011 фінансових років: Міжнародний банк реконструкції та розвитку та Міжнародна фінансова корпорація. - 159 с. - Режим доступу : <http://siteresources.worldbank.org/INTUKRAINE/Resources/CPS-Sept-20-2007-ukr.pdf>. - Заголовок з екрана.

42. Україна. Цілі розвитку тисячоліття 2000+7. - К. : М-во економіки України, 2008. - 92 с.

43. Про додаткові невідкладні заходи щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні : Указ Президента України 12 груд. 2007 р. № 1208/2007 // Офіц. вісн. Президента України. - 2007. - № 38. - С. 52. - Ст. 1031.

44. ВІЛ-інфекція в Україні : [Електронний ресурс] // Інформ. бюл. - 2008. - № 29. - С.3. - Режим доступу : <http://ukraids.org.ua/stat>. - Заголовок з екрана.

45. *Левчук Н. М.* Демоекономічні впливи епідемії ВІЛ/СНІДу на людський розвиток в Україні / Н. М. Левчук // Формування ринкової економіки : зб. наук. пр. : у 2 т. Спец. вип. Управління людсь-

кими ресурсами: проблеми теорії і практики. - Т. 1. Сучасні технології управління людськими ресурсами. - К. : КНЕУ, 2007. - С. 292-298.

46. Стан епідемії ВІЛ/СНІДУ в Києві та аналіз заходів протидії (ситуаційний аналіз) / [О. Балакірева, Л. Бочкова, І. Белова та ін.]. - К. : Вид-во Раєвського, 2006. - 128 с.

47. Довідник з питань репродуктивного здоров'я / [за ред. Н. Г. Гойди]. - К. : Вид-во Раєвського, 2004. - С. 43-52.

48. Досягнення в галузі попередження передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні (ППВМД) визнані найкращими в світі. 20.06.08 // Офіційний сайт МОЗ [Електронний ресурс]. - Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua/ua/main/press/?docID=10309>. - Заголовок з екрана.

49. Методичні рекомендації щодо оцінювання ефективності державної політики у сфері профілактики ВІЛ/СНІДУ: регіональний вимір / [С. М. Серьогін, В. М. Лехан, О. Б. Петраєва та ін.]. - Дніпропетровськ : ДРІДУ НАДУ, 2007. - 36 с.

50. *Якобчук А. В.* Вирішення проблем ВІЛ/СНІДУ на державному рівні з урахуванням міжнародного досвіду / А. В. Якобчук // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2006. - № 2. - С. 75-81.

51. Про вдосконалення державного управління у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ та туберкульозу в Україні : Указ Президента України від 30 листоп. 2005 р. № 1674/2005 // Офіц. вісн. України. - 2005. - № 48. - С. 29-30.

52. Громадський нагляд за державною політикою з ВІЛ/СНІД в Україні : звіт. - К. : Ін-т відкрит. сусп-ва, Міжнар. центр перспект. дослідж., 2007. - 63 с. - Режим доступу : <http://www.icps.com.ua/doc/HIV-AIDS%20Watch%20U.pdf>. - Заголовок з екрана.

53. United Nations Development Programme (UNDP), Factors in the Formation of Public Policy towards HIV/AIDS in Ukraine: Report on a Survey of Top Officials at Various Levels of Government. - Kyiv : UNDP, 2005. - 18 p.

54. Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 21 трав. 2008 р. № 728-р // Офіц. вісн. України. - № 37. - С. 22. - Ст. 1240.

55. Проект Загальнодержавної цільової програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки. 22.05.2008 //

Офіційний сайт МОЗ [Електронний ресурс]. - Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=10091>. - Заголовок з екрана.

56. Прогрес у досягненні ЦРТ і покращенні людського розвитку : звіт з людського розвитку в Україні за 2006 рік. Людський розвиток і європейський вибір України. - К. : ПРООН, 2008. - С. 74-83.

57. *Хожило І. І.* Передумови формування ефективної регіональної політики у сфері профілактики соціально небезпечних хвороб / І. І. Хожило, О. П. Сакальська // Державне будівництво [Електронний ресурс] : електрон. наук. фах. вид. - 2008. - № 1. - Режим доступу : http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/n_1_2008/doc/2/10.pdf. - Заголовок з екрана.

58. *Хожило І. І.* Виклики соціально небезпечних хвороб як сфера державно-управлінської діяльності / І. І. Хожило // Державне управління: теорія та практика [Електронний ресурс] : електрон. наук. фах. вид. - 2006. - № 1. - Режим доступу : <http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/DUTP/2006-1>. - Заголовок з екрана.

59. *Солоненко І. М.* Базові критерії оцінки ефективності діяльності системи охорони здоров'я / І. М. Солоненко // Альтернативні шляхи фінансування медичних послуг населенню. Досвід міст. - К. : [б. в.], 2004. - С. 24-28.

Розділ 4

ІДЕНТИФІКАЦІЯ ТА ОЦІНКА РИЗИКУ ПЕРЕДЧАСНОЇ СМЕРТНОСТІ ЯК КОМПОНЕНТ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ БЕЗПЕКИ УКРАЇНИ

4.1. Ідентифікація ризику як крок до запобігання його негативному впливу

Питання безпеки сьогодні є одним із важливих критеріїв соціального розвитку, в тому числі і безпеки стосовно чинників, що впливають на здоров'я населення. Як системне соціальне утворення Національна безпека України покликана запобігати реально існуючим загрозам та їх відбиттю та бути адекватною цим загрозам [1, с. 333]. Оцінка потенційних загроз національній безпеці і ступеня їх небезпеки для національних інтересів є одним із наріжних каменів при виробленні політики безпеки України як держави. Поточна оцінка загроз має охоплювати всі сфери життєдіяльності і здійснюватися на високому професійному рівні.

Для кількісного вимірювання небезпеки використовується шкала, що базується на обчисленні ризику. Дослідження походження терміна "ризик" показує, що витoki його лежать у португальському слові "скеля". Це пов'язане з виникненням самого поняття в епоху великих географічних відкриттів, коли з'явилася необхідність розраховувати потенційні збитки через загибель чи пошкодження корабля і вантажів унаслідок ураганів, штормів, пограбувань піратами тощо. Тоді вся сукупність небезпечних факторів на морі визначалась словом "ризик". Сьогодні проблематика досліджень ризику активно розширюється. Німецький соціолог У.Бек вважав ризик сучасним поняттям, яке передбачає прийняття рішення і покликане зробити непередбачувані наслідки цивілізаційних рішень передбачуваними і контрольованими. Він стверджує, що з технічним прогресом сучасний світ збільшує глобальний розрив між звичними передбачуваними ризиками, в рамках яких ми мислимо і діємо, і світом постійно створюваних нами непередбачуваних загроз [2, с. 11].

Нині підкреслюється все більш активне проникнення категорії ризику в його найрізноманітніших проявах у сфері наукового знання і професійних практик - не тільки як об'єкта аналізу, а і як

сучасного міждисциплінарного підходу в роботах багатьох дослідників і організацій. Сформувалась окрема сфера пізнання і практики - ризик-менеджмент, або управління ризиком. Основна увага в ній приділяється аналізу і пошуку ефективних способів комунікації, розробці рішень і управління в ситуації настання ризику в тих чи інших галузях життєдіяльності [3]. Найбільша кількість досліджень ризиків сьогодні здійснюється у фінансовій, технологійній і страховій сферах. Однак потрібно виокремити поведінковий напрям соціології ризику, найбільш яскраво представлений у роботах німецького соціолога Н.Лумана, який аналізує ризик відповідно до соціальних зв'язків у суспільстві, розглядає особливості прояву ризику крізь призму постіндустріального суспільства, відводить особливу роль розумінню ризику як наслідку внутрішнього вибору під час прийняття рішення суб'єктом.

Ряд авторів вказує на існування певної невизначеності терміна "ризик - risk" та використання як синоніма терміна "загроза - hazard" [4, с. 79-80]. Найбільш прийнятним, на нашу думку, є таке трактування: загроза - явище або ситуація, що може завдати шкоду, яка відповідає більш абстрактному англійському "threats" і яку можна визначити якісно; тоді як ризик - імовірність шкідливих наслідків такого явища або ситуації, або частота реалізації загрози, і її можна визначити кількісно.

Категорія "загроза безпеці" Законом Російської Федерації "Про безпеку" визначається як сукупність умов і факторів, що створюють небезпеку життєво важливим інтересам особистості, суспільства і держави [5]. Саме реальна і потенційна загроза об'єктам безпеки, спричинена внутрішніми і зовнішніми джерелами небезпеки, визначає зміст діяльності із забезпечення внутрішньої і зовнішньої безпеки. Загрози класифікуються залежно від місця джерела загрози (зовнішні і внутрішні); від ступеня сформованості (реальна і потенційна); за характером (природна, антропогенна, соціальна); за сферою життєдіяльності (в економічній, оборонній, політичній, міжнародній, соціальній, інформаційній) [6, с. 120-121].

В.Горбулін, акцентуючи увагу на актуальності проблеми подальшого вдосконалення науково-методичної та інформаційно-аналітичної підсистем системи національної безпеки, вказав на необхідність збільшення частки наукових досліджень з прогнозованої та аналітичної тематики, концентрації зусиль на своєчасному виявленні загроз національній безпеці та підготовці випереджаль-

них адекватних дій щодо їх ліквідації, нейтралізації, зменшення масштабів негативних наслідків [7].

Рівень національної безпеки трактується як якісна визначеність захищеності особистості, суспільства та держави від загроз. Розрізняють низький рівень, що забезпечує лише існування; середній, достатній для простого відтворення; і, нарешті, високий, який дає можливість для розширеного відтворення та розвитку об'єкта безпеки [8, с. 92]. Чинник здоров'я значною мірою детермінує відтворення і розвиток як пересічної людської особистості, так і всього соціуму, безпосередньо впливаючи на формування і функціонування людського потенціалу.

О.Новікова вважає, що запровадження в систему державного управління подолання загроз національній безпеці у соціальній сфері є першочерговим завданням, відповідно подолання соціальних загроз і соціальних ризиків, пов'язаних з людським потенціалом України, має стати пріоритетними національними інтересами. Їх зниження, подолання та запобігання їм потребують значних цільових та адресних дій з боку держави та регіонів. Адже соціальні ризики часто обумовлені невиконанням правових внутрішніх обов'язків держави (забезпечення виконання законодавства про мінімальні стандарти та державні соціальні гарантії, фінансового забезпечення реалізації державних програм тощо) [9].

Згідно з дефініцією, наведеною в Законі України "Про безпечність та якість харчових продуктів", аналіз ризику - процес, що складається з трьох взаємопов'язаних компонентів: оцінки ризику, управління (керування) ризиком та повідомлення про ризик; в свою чергу, оцінка ризику - науково обґрунтований процес, який складається з ідентифікації небезпеки, характеристики небезпеки, оцінки впливу, характеристики ризику; а управління ризиком - процес вибору альтернативних рішень на підставі результатів оцінки ризику та в разі необхідності - вибору і впровадження відповідних засобів управління (контролю), включаючи регуляторні заходи [10]. Схематично процес запобігання негативному впливу ризиків, у тому числі і ризиків для здоров'я, можна представити як комплекс дій з нагляду за ризиками, їх оцінки та управління ними з обов'язковою взаємодією зацікавлених сторін у сфері мінімізації ризиків (рис. 4.1) [11, с. 149].

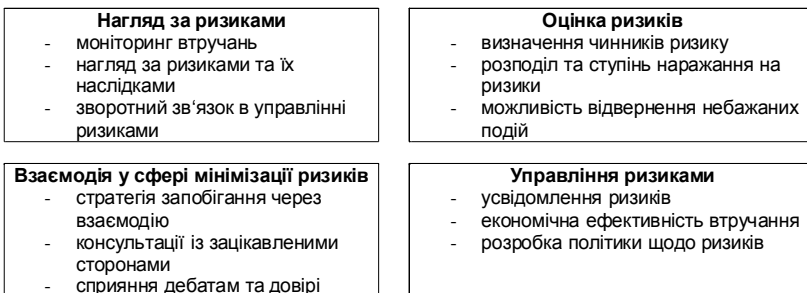


Рис. 4.1. Запобігання негативному впливу ризиків та їх мінімізація

Дані попередніх досліджень дали змогу нам дійти висновку, що основним проявом демографічної кризи є саме передчасна смертність, високий рівень якої, зумовлений складним комплексом соціально-економічних чинників, акумулює в собі загальні наслідки тотального погіршення здоров'я населення. В цьому аспекті ситуація з високим рівнем передчасної смертності населення України є загрозою, а ймовірність померти передчасно кількісно відображає наявний ризик.

Соціальний ризик характеризує масштаби такого ураження, тоді як індивідуальний ризик свідчить про можливе ураження індивіда (як конкретного, так типового). Також використовуються поняття додаткового ризику як зростання ймовірності виникнення небажаного ефекту (наприклад для осіб, що практикують внутрішньовенне введення наркотиків, ризик померти внаслідок СНІДу або гепатиту набагато вищий, ніж для пересічної особи).

Попри залежність передчасної смертності від комплексу соціально-економічних чинників, роль медичної галузі охорони здоров'я в цілому і управління охороною громадського здоров'я зокрема у протидії загрозі високого її рівня для національної безпеки важко недооцінити. В літературі навіть трапляється виділення медичної безпеки в окремий різновид (один з найважливіших різновидів безпеки), що впливає на будь-яку сферу діяльності людини [12]. Нехтування нею призводить до дестабілізації економіки внаслідок скорочення часу працездатності та кількості трудових ресурсів, збільшення медико-соціальних виплат, погіршення якості продукції та зниження продуктивності праці тощо.

Прикладом законодавчого забезпечення запобігання низки ризиків для здоров'я можуть бути такі акти, як закони України "Про безпечність та якість харчових продуктів" [10] (що визначає зобов'язання держави щодо відповідальності за безпечність та якість харчових продуктів з метою захисту життя і здоров'я населення від шкідливих елементів, які можуть входити до складу харчових продуктів (ст. 3); "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення" [13] (під яким мають на увазі такий стан здоров'я населення та середовища життєдіяльності людини, за якого показники захворюваності перебувають на сталому рівні для певної території, умови проживання сприятливі для населення, а параметри факторів середовища життєдіяльності перебувають у межах, визначених санітарними нормами; а під ризиком - можливість виникнення та вірогідні масштаби наслідків від негативного впливу об'єктів санітарних заходів протягом певного часу); "Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення (метою якого визначено зниження ризику розвитку захворювань, втрати працездатності та передчасної смертності населення України внаслідок куріння тютюнових виробів чи інших способів їх вживання [14]) тощо. Порядок розроблення та виконання державних цільових програм, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 31 січня 2007 р. № 106, передбачає проведення державної експертизи (наукової, науково-технічної, екологічної, інвестиційної, санітарно-епідеміологічної, експертизи землевпорядної документації тощо) проекту програми [15]. Окремий наголос при цьому ставиться на врахуванні екологічної безпеки програмних заходів.

Попередні етапи нашого дослідження дали змогу виокремити високу передчасну смертність як загрозу національній безпеці, у цьому розділі більш докладно спинимося на оцінці ризику смерти передчасно.

4.2. Кількісна оцінка ризику передчасної смертності як однієї з основних реальних та потенційних загроз національній безпеці

Видатний український демограф В.Стешенко наголошувала на необхідності створення на всіх рівнях управління програм підвищення демографічної безпеки, які мають включати резуль-

тати досліджень реальних і потенційних демографічних загроз і критеріїв безпеки (із залученням до аналізу порогових значень демографічних показників і визначенням наслідків їх виходу за критичні межі), а також основні напрями і заходи щодо протидії цим загрозам [16, с. 28-32; 52]. Нещодавно розроблено (затверджено наказом Міністерства економіки України від 2 березня 2007 р. № 60) та оприлюднено Методику розрахунку рівня економічної безпеки України [17], яка викликала значний резонанс серед економістів, фахівців з державного управління, аналітиків тощо. Основна мета цієї методики - визначення рівня економічної безпеки України як головної складової національної безпеки держави.

О.Новікова вважає розробку та затвердження Методики розрахунку рівня економічної безпеки України важливим кроком на шляху до ефективної державної та регіональної політики із забезпечення економічної та соціальної безпеки, акцентуючи увагу на глибокому ступені опрацьованості окремих питань (від термінологічної визначеності до систематизації індикаторів і їх порогових значень), а також оцінці місця соціальної безпеки в структурі сфер економіки (соціальний блок представлений трьома складовими: соціальною, демографічною і продовольчою безпекою) [10]. Зазначається, що Україна вперше серед країн СНД розпочала практичну систематизацію і оцінку стану безпеки у всіх сферах економіки, визначивши широке коло індикаторів і показників для використання в практиці управління, які вкрай обмежено відображені в правових документах з національної безпеки Росії та Білорусі. Однак упродовж року після затвердження методики не було представлено та оприлюднено (ні на державному, ні на регіональному рівнях) розрахунки рівня безпеки за цією методикою.

За визначенням, порогові значення індикаторів - кількісні величини, порушення яких зумовлює несприятливі тенденції в економіці, а досягнення їх граничних величин призводить до виникнення загрозливих процесів в економіці. Методикою розрахунку рівня економічної безпеки України (дод. 1) запропоновано такі індикатори та порогові значення індикаторів стану демографічної безпеки України, наведені в табл. 4.1 [17]. Викликає занепокоєння те, що низка реальних демографічних показників впродовж останніх років перебуває на рівні, нижчому за пороговий, що свідчить про актуальність демографічних загроз (табл. 4.1).

Таблиця 4.1

Індикатори стану демографічної безпеки України, реальні та порогові значення

Індикатор, одиниця виміру	Порогове значення $X_{\text{опт}}$	Показник 2007 р.*
Очікувана тривалість життя при народженні, років	Не менше 70	68,24
Коефіцієнт дитячої смертності (померло дітей віком до одного року на 1 тис. народжених живими), осіб	Не більше 1 – 2	11,0
Коефіцієнт природного приросту (на 1 тис.), осіб	Не менше 2,8	- 6,2
Сумарний коефіцієнт народжуваності населення (середня кількість дітей, народжених жінкою за все життя), осіб	Не менше 2,2	1,317
Чистий коефіцієнт відтворення населення (брутто), осіб	Не менше 1,1	0,64
Демографічне навантаження працездатного населення на працездатне, %	Не більше 60	64,9

*За даними Держкомстату України. Такі показники, як очікувана тривалість життя при народженні, сумарний коефіцієнт народжуваності, чистий коефіцієнт відтворення населення розраховано за 2006-2007 рр.

У публікаціях уже трапляються пропозиції щодо удосконалення Методики розрахунку рівня економічної безпеки в частині визначення рівня соціальної безпеки з використанням порогових значень показників соціальних ризиків [9]. На нашу думку, Методика потребує доповнення щодо показників демографічної безпеки. До цього переліку доцільно було б додати щонайменше ще один індикатор: той, що характеризує передчасну смертність взагалі (у віці до 65 років) або в інтервалі працездатності. Ця пропозиція ґрунтується на усвідомленні загрозливого явища зростання ризику передчасної смерті для громадян України впродовж останніх років. Як уже зазначалося, на проблемі високого рівня передчасної смертності наголошено в таких важливих стратегічних документах, як Послання Президента України до Верховної Ради України "Про внутрішнє та зовнішнє становище України у 2005 році", Стратегія демографічного розвитку в період до 2015 року; Національні аналітичні доповіді останніх років з Людського Розвитку та щодо реалізації Україною Цілей Розвитку Тисячоліття тощо. Загострення демографічної кризи, одним із головних проявів якої є підвищення рівня передчасної смертності, на законодавчому рівні визнано однією із основних реальних та потенційних загроз на-

ціональній безпеці України у соціальній та гуманітарній сферах (ст. 7 Закону України "Про основи національної безпеки України") [18]. Зазначимо, що з початком соціально-економічних перетворень у країнах пострадянського простору переважання рівня передчасної смертності в Україні порівняно з економічно розвиненими країнами стало вдвічі більшим. Впродовж останніх десятиріч цей показник в Україні практично постійно зростає.

Частку тих, хто доживає до віку 65 років, включено до переліку показників, що характеризують розвиток держави (World Development Indicators) [19]. У різних країнах світу ймовірність померти передчасно значно варіює (рис. 4.2).

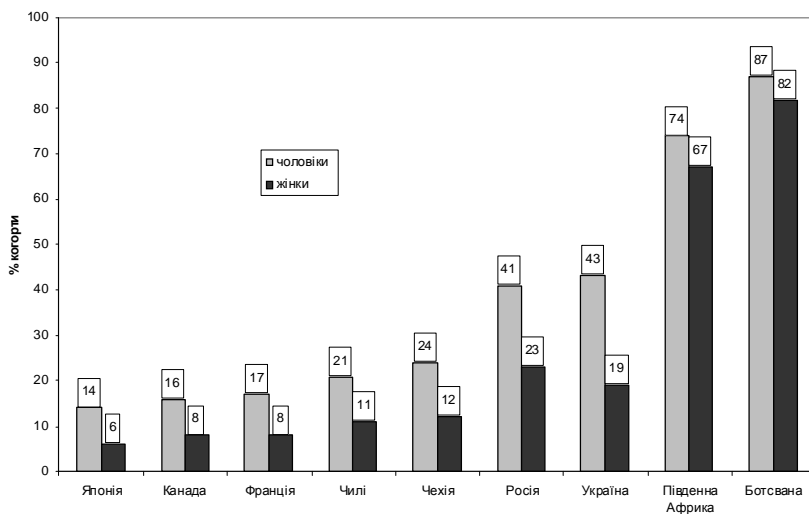


Рис. 4.2. Частка у когорті осіб, які померли до досягнення віку 65 років у країнах світу, % [19]

Так, частка у когорті померлих до 65 років у Ботсвані досягли 87% для чоловіків та 82% для жінок, тоді як у Японії вони становили лише 14% для чоловіків та 6% для жінок. Україна навіть порівняно із сусідньою Чехією відрізняється значно вищою ймовірністю передчасної смертності для чоловіків, і особливо відмінністю у виживанні залежно від статі.

Отже, у розвинених країнах світу абсолютна більшість покоління доживає до віку 65 років (у Японії - 94% жінок та 86% чоловіків, Канаді - 92% жінок та 82% чоловіків), у найбільш розвинених

країнах Африки це судилося лише незначній частці людей (у Ботсвані - 18% жінок та 13% чоловіків). В Україні цей відсоток неприпустимо низький, особливо для чоловіків, близько половини яких не доживає до 65 років.

Якщо розрахувати ймовірність померти у віці 0-65 років для чоловіків і жінок в Україні в динаміці, то виявиться, що ризик передчасної смерті невпинно зростав з 1989 р. до найбільшого значення у піковому 1995 р. (0,52 для чоловіків та 0,23 для жінок). В наступні роки він дещо знижувався до 1998 р. та поступово знову зростав до 2005 р., практично повернувшись до рівня кризового 1995 р. (а для чоловіків навіть дещо його перевищив). Проте незначне покращення ситуації, яке спостерігалось у 2006 р., не було закріплено у наступному році (рис. 4.3).

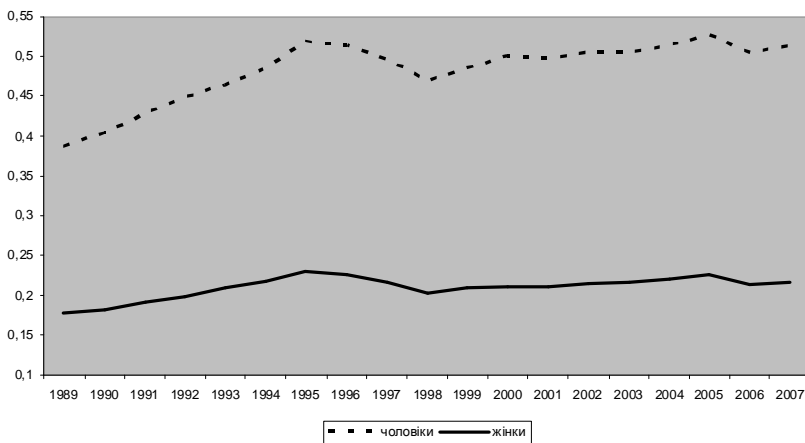


Рис. 4.3. Ймовірність смерті у віці до 65 років для чоловіків і жінок в Україні, 1989-2007 рр.

Більш ніж удвічі вищий ризик померти передчасно для чоловіків є додатковим аргументом на користь необхідності фокусування уваги на чоловічому населенні як цільовій групі, що потребує втручання через комплекс загальнонаціональних заходів, спрямованих на зниження передчасної смертності населення України.

4.3. Ризик передчасної смертності внаслідок окремих причин

Які ж конкретно причини детермінують високий ризик передчасної смертності в Україні? Українці мають вищий ризик порівняно з жителями розвинених країн померти як від ендогенних, так і від екзогенних причин. Здійснено низку досліджень з оцінки внеску окремих причин у формування масиву смертності в Україні. Так, фахівці Національного інституту стратегічних досліджень у 1998 р. за допомогою математичного моделювання здійснили кількісну оцінку *екзогенного* (не пов'язаного з внутрішніми біологічними причинами) та *ендогенного* (обумовленого біологічними і генетичними особливостями) ризиків смертності населення України внаслідок усіх причин [20]. За їх розрахунками, для дев'яти вікових груп (від 20-24 до 60-64 років) величина екзогенної складової ризику смертності була значно більшою за величину ендогенної складової, для решти ж вікових груп ендогенна складова переважала екзогенну. Високий відсоток екзогенного ризику характерний для відносно "молодого" населення - від 25 до 60 років, найбільший відсоток припадав на вік 40-44 роки (ризик смертності внаслідок зовнішніх шкідливих факторів у цій віковій групі становив 76%, або $4,4 \times 10^{-3}$). Ризик смертності внаслідок зовнішніх причин з 1989 р. став помітно зростати, досягнувши максимального значення у 1995 р., причому для чоловіків впродовж досліджуваного часу цей ризик був значно більшим, ніж для жінок.

Нами було проаналізовано ймовірність передчасно померти від окремих причин для населення у 2007 р., причому додатково розраховувалась ймовірність передчасно померти для інтервалу від 15 до 65 років. Було висунуто гіпотезу, що через певні причини ймовірність померти у більш старшому віці (15-64 роки) виявиться вищою, ніж у всьому інтервалі до 65 років. Дійсно, ймовірність смерті внаслідок таких захворювань, як новоутворення і хвороби системи кровообігу у віковому проміжку 15-64 роки більша, ніж в інтервалі від народження до досягнення 65 років (табл. 4.2).

Якщо порівняти ймовірність передчасно померти від окремих причин, спостерігається значна диференціація у розрізі статі. Так, хоча для обох статей найвищою є ймовірність передчасно померти (до досягнення 65 років) від серцево-судинних захворювань, величина її становила для чоловіків 0,17739, а для жінок - 0,07748, тобто чоловіки мають більш ніж удвічі вищий ризик пе-

редчасної смерті внаслідок патології системи кровообігу (для інтервалу 15-64 роки - відповідно 0,18067 та 0,07831).

Таблиця 4.2

Імовірність померти від окремих причин у визначеному віковому інтервалі в Україні, чоловіки і жінки, 2007 р.

Причина смерті	Імовірність померти у віковому інтервалі:			
	чоловіки		жінки	
	[0-64] I_{65}/I_0	[15-64] I_{65}/I_{15}	[0-64] I_{65}/I_0	[15-64] I_{65}/I_{15}
Всі причини	0,51366	0,50390	0,21617	0,20483
Інфекційні та паразитарні хвороби	0,03272	0,03253	0,00995	0,00936
в тому числі туберкульоз	0,02155	0,02196	0,00476	0,00480
СНІД	0,00886	0,00896	0,00369	0,00365
Новоутворення	0,06361	0,06391	0,04865	0,04873
Хвороби системи кровообігу	0,17739	0,18067	0,07748	0,07831
в тому числі цереброваскулярні хвороби	0,10757	0,10973	0,04452	0,04517
Хвороби органів дихання	0,02356	0,02326	0,00618	0,00564
Хвороби органів травлення	0,04564	0,04641	0,02217	0,02237
Зовнішні причини	0,12412	0,12228	0,02758	0,02544

Що стосується ризику померти передчасно від травм, отруєнь, нещасних випадків та інших зовнішніх причин, то для чоловіків він вищий у 4,5 раза, ніж для жінок (0,12412 проти 0,02758), а якщо порівняти його в інтервалі 15-64 роки, то різниця досягала 4,8 раза. Взагалі для українських чоловіків ризик передчасної смертності від неприродних причин поступається лише ризику від хвороб системи кровообігу, тоді як для жінок це третій за значущістю ризик. Статева диференціація стосовно ймовірності померти від новоутворень значно менша і досягає лише 1,3 раза.

Значні відмінності спостерігалися у ймовірності померти від інфекційних та паразитарних хвороб (0,03272 проти 0,00995), зокрема від туберкульозу (0,02155 проти 0,00476) та ВІЛ/СНІДу (0,00886 проти 0,00369). Якщо для чоловіків перевищення ймовірності померти від туберкульозу порівняно з жінками становило 4,5 раза, то від СНІДу - у 2,4 раза.

Спостерігається досить значне (у 3,8 раза) для чоловіків перевищення ризику передчасно померти внаслідок хвороб органів дихання (0,02356 проти 0,00618).

Імовірність померти передчасно внаслідок основних неінфекційних захворювань (хвороб системи кровообігу, новоутво-

рень, хвороб органів дихання і органів травлення) вища, ніж від зовнішніх причин, що відповідає світовій тенденції. Сьогодні хронічні неінфекційні захворювання спричиняють 60% смертей у світі (крім Африки) і призводять до смерті і втрати працездатності більшої кількості людей, ніж ВІЛ/СНІД, туберкульоз і малярія разом узяті. Причому це характерно не лише для багатих держав: 80% смертей від серцево-судинних хвороб та 87% випадків інвалідності припадає на країни з низькими і середніми доходами. В Європейському регіоні ВООЗ хронічні неінфекційні захворювання є причиною абсолютної більшості смертей (86%) і тягаря хвороб (77%) [21].

Швидко збільшуються витрати суспільства на лікування цієї групи захворювань, об'єднаної спільними чинниками ризику та детермінантами. Так, за оцінкою Американської асоціації діабету, безпосередні витрати, пов'язані з діабетом в лише у США, у 2002 р. становили 92 млрд дол. (зростання порівняно з 1997 р. більш ніж удвічі). У Мексиці за 2005-2002 рр. відповідні витрати зросли втричі. Якщо негайно не вжити заходів щодо відповідних чинників ризику, витрати будуть невпинно зростати [22]. Запобігання виникненню і розвитку хронічних хвороб вважається світовими фахівцями життєво важливим вкладенням коштів і спрямованою в майбутнє інвестицією [23].

Саме поширеність хронічних неінфекційних захворювань (ХНІЗ) та факторів ризику, що їх зумовлюють, визнано головною в комплексі складових, що детермінують відмінності показника очікуваної тривалості життя поміж європейськими країнами і навіть всередині кожної з них. Фахівці ВООЗ відзначають дедалі більше перевищення рівня передчасної смертності від серцево-судинних захворювань у країнах Центральної та Східної Європи, причому найбільш різке - на Сході (тобто це стосується насамперед Російської Федерації та України), яке спостерігається на тлі досить стабільного впродовж останніх десятиріч зниження рівня смертності від цієї патології в Західній Європі [21]. Поширеність ХНІЗ та їх ризиків серед населення є нерівномірним: найбільша концентрація спостерігається серед найбідніших та найуразливіших його верств.

Представникам соціально уразливих груп населення загрожує щонайменше подвоєний ризик серйозного захворювання і передчасної смерті порівняно з людьми з вищим соціально-економічним статусом. У разі досягнення тих чи інших успіхів у сфері охорони здоров'я позитивний ефект також розподіляється нерівномірно серед населення, причому групи з вищим соціально-еконо-

мічним статусом нерідко виявляються більш чутливими до заходів зі збереження здоров'я, отримуючи більшу користь від досягнень сучасної медичної науки і практики. Доведено, що показники смертності від хвороб системи кровообігу знижуються швидше в групах населення з вищими рівнями достатку та освіти, в результаті чого відмінності у стані здоров'я між "багатими" і "бідними" стають ще значнішими.

Спинимось на понятті "ризик" у медичному розумінні. Під ризиком для здоров'я особи у медичному розумінні мається на увазі підвищена потреба носія ризику в увазі медиків, особливо в профілактичних заходах. Концепція оцінки ризику забезпечує певний мінімум кожному і максимум тим, хто особливо потребує цього, пропорційно до ступеня ризику. Одним із прикладів оцінки індивідуального ризику може слугувати використання так званих шкал ризику. Для ідентифікації осіб з високим ризиком розвитку серцево-судинних захворювань та їх ускладнень розроблено спеціальні шкали, які широко застосовуються у США (шкала Framingham) та країнах Європейського Союзу (шкала EuroScore), і вже не є рідкістю у кабінетах вітчизняних лікарів. Обидва варіанта шкал існують у вигляді як комп'ютерних програм, так і таблиць, за якими кожен бажаючий (навіть без участі медичного працівника) може розрахувати власний ризик розвитку основних серцево-судинних хвороб або ймовірність смерті від них на найближче десятиріччя та визначити доступні заходи щодо мінімізації такого ризику, в тому числі необхідність медичного обстеження та консультації лікаря. Для ідентифікації осіб високого ризику доцільно масове використання (медичними працівниками, громадськими організаціями, населенням) шкал ризику з наступною оцінкою та корекцією індивідуального серцево-судинного ризику, що матиме позитивний вплив через зниження ризику на популяційному рівні і в подальшому - через зменшення рівня передчасної смертності внаслідок хвороб системи кровообігу [24].

Уразливість людини до дії чинників ризику, ступінь їх негативного впливу залежать як від індивідуальних характеристик (належність до певної статі або етнічної групи, генетичних особливостей, психічної і емоційної стабільності), так і від соціальних, економічних і екологічних детермінант. Потрібно пам'ятати, що кожен з основних чинників ризику пов'язаний щонайменше з двома основними захворюваннями. Надзвичайно інформативним є здійснені експертами ВООЗ розрахунки внеску окремих факторів

у втрати життя і здоров'я. Як видно з табл. 4.3, такі чинники ризику, як високий артеріальний тиск та високий рівень холестерину крові зумовлюють найбільшу кількість смертей та втрачених років здорового життя. В Україні вони мають більшу значущість у формуванні втрат життя і здоров'я. Фахівці наголошують на необхідності визначення пріоритетності ризиків для здоров'я з метою організації адекватної діяльності щодо їх профілактики [11, с. 146-157] та інвестування коштів саме в запобігання ризикам для здоров'я, тим самим запобігаючи в майбутньому смертності, якої можна уникнути [11, с. 145].

Значна поширеність факторів ризику, що спостерігається в Україні, відображається у високих показниках поширеності захворювань і смертності населення. Так, під час щорічного опитування 2008 р. в межах проекту "Українське суспільство: моніторинг соціальних змін" про тютюнокуріння повідомили близько 35% дорослого населення*, причому половина його в середньому викурює 10-20 і більше цигарок на день, а 45% вживають спиртні напої від 1 до 12 разів на місяць [26, с. 49].

Таблиця 4.3

Частка загальної кількості смертей і втрачених років здорового життя (DALYs) в Україні, зумовлених 10 основними факторами ризику в Європейському регіоні ВООЗ [25, с. 140]**

№ з/п	Фактор ризику смерті	Відсоток від загальної кількості смертей	№ з/п	Фактор ризику втрат років здорового життя	Відсоток DALYs
1	Високий артеріальний тиск	36,3	1	Високий артеріальний тиск	16,6
2	Високий рівень холестерину	29,9	2	Високий рівень холестерину	14,4
3	Недостатнє вживання фруктів і овочів	15,5	3	Тютюнокуріння	12,8
4	Тютюнокуріння	14,8	4	Алкоголь	12,3
5	Ожиріння	13,2	5	Ожиріння	9,0
6	Недостатня фізична активність	11,2	6	Недостатнє вживання фруктів і овочів	8,0
7	Алкоголь	9,2	7	Недостатня фізична активність	5,6

За даними масштабного Медико-демографічного обстеження населення України у 2007 р. (МДОУ-2007), здійсненого Українським

*При цьому близько 40% респондентів старше від 18 років вказали на наявність одного та більше хронічного захворювання.

**Дані стосуються 2002 р.

центром соціальних реформ і Державним комітетом статистики України за допомогою дослідницького агентства "Macro International, Inc." та Агентства міжнародного розвитку США, 15% жінок і 52% чоловіків віком 15-49 років повідомили про те, що зараз палять, з них 42% жінок і 89% чоловіків - 10 і більше цигарок на день.

Майже 30% чоловіків повідомили про вживання алкоголю один-два рази на тиждень, а щонайменше раз вживали спиртне впродовж останнього місяця 77% опитаних чоловіків і понад 60% жінок [27, с. 116]. Найінтенсивніше вживають спиртне у Східному регіоні, де на щоденне вживання алкоголю вказали майже 3% чоловіків репродуктивного віку (на Півдні таких виявилось 2,3%). Важливо зважати на недооцінку масштабів поширення цієї небезпечної звички, адже частина респондентів вочевидь не була відвертою.

Підвищений тиск/артеріальна гіпертензія є одним із найважливіших чинників ризику розвитку серцево-судинних захворювань. Так, було встановлено (Stamler, 1999), що зниження у популяції систолічного артеріального тиску лише на 3 мм рт. ст. призводить до зниження смертності від інсультів на 8% та від ішемічної хвороби серця - на 5%. Під час проведення інтерв'ю в рамках МДОУ у респондентів тричі вимірювали кров'яний тиск і запитували про прийом антигіпертензивних препаратів. Виявилось, що 25% жінок і 32% чоловіків можна віднести до осіб з підвищеним тиском^{*}, причому про свій статус не знали 1/2 жінок та 3/4 чоловіків. Навіть враховуючи ймовірність того, що частина респондентів не має артеріальної гіпертензії, а підвищення тиску в процесі вимірювання пов'язане з хвилюванням під час інтерв'ю, попереднім вживанням речовин, що могли спричинити підйом тиску, тощо, ці цифри все одно песимістичні - адже обстежувалось населення віком 15-49 років.

Дослідження фахівців ННЦ "Інститут кардіології ім. акад. М.Д.Стражеска" свідчать про значну поширеність артеріальної гіпертензії у сільській популяції, стандартизований за віком показник якої серед населення 18-64 років становив 36,3% [28]. Катастрофічно незначна частка хворих ефективно лікуються: за даними І.М.Горбась (2008), лише 9% міських чоловіків та 25% жінок досягають при лікуванні бажаних рівнів артеріального тиску (тоді як за даними Mona-Lisa Survey (Франція, 2005-2007 рр.) аналогічні частки становили 23% для чоловіків і 36% для жінок.

^{*}Вимірювання, що були проведені в рамках обстеження, не мали за мету поставити медичний діагноз захворювання, а вважаються тільки статистичним описом обстежуваного населення.

Висновки до розділу 4

Таким чином, пересічний український громадянин має на сьогодні вищий ризик померти передчасно, ніж житель країн з розвинутою ринковою економікою. Для чоловіків ймовірність померти до досягнення до 65 років удвічі вища, ніж для жінок, і практично дорівнює ймовірності дожити цього віку, досягнувши у 2007 р. катастрофічної величини - 51%. Ймовірність померти передчасно внаслідок основних неінфекційних захворювань (хвороб системи кровообігу, новоутворень, хвороб органів дихання і органів травлення) більша, ніж від екзогенних причин, що відповідає світовій тенденції.

Спостерігається значна диференціація в розрізі статі стосовно ймовірності померти передчасно від окремих причин. Так, хоча для обох статей найвищою є ймовірність померти до досягнення 65 років від серцево-судинного захворювання, чоловіки мають більш ніж удвічі вищий ризик передчасної смерті внаслідок патології системи кровообігу. Найбільш істотні статеві відмінності ймовірності передчасної смерті від екзогенних причин: ризик померти передчасно від травм, отруєнь, нещасних випадків та інших зовнішніх причин для чоловіків вищий у 4,5 раза, ніж для жінок; від інфекційних та паразитарних хвороб - більш ніж утричі (від туберкульозу - у 4,5 раза). Крім того, досить значним (у 3,8 раза) для чоловіків є перевищення ризику померти передчасно внаслідок хвороб органів дихання.

Аналіз масштабів поширеності на теренах України основних факторів ризику свідчить про значущість внеску їх впливу у втрати життя і здоров'я. Незадовільний стан здоров'я спричинює вищий ризик для особистості не реалізувати власний потенціал (трудоий, творчий, репродуктивний тощо) та померти передчасно, що зумовлює знецінення або значні втрати людського капіталу суспільства. Збереження та розвиток існуючих тенденцій протягом досить тривалого часу становить реальну загрозу національній безпеці України.

Усвідомлюючи загрозливість явища зростання ризику передчасної смерті для громадян України, пропонуємо удосконалення Методики розрахунку рівня економічної безпеки в частині визначення рівня соціальної безпеки з використанням порогових значень показників соціальних ризиків шляхом включення до пере-

ліку показників демографічної безпеки індикатора, що характеризує передчасну смертність взагалі або в інтервалі працездатного віку.

Ідентифікація і оцінка ризику, розуміння зв'язку впливу чинників ризику і соціально-економічних детермінант, усвідомлення масштабів загрози національній безпеці є необхідним заходом щодо їх нейтралізації або, принаймні, мінімізації їх руйнівної дії. Мінімізація високого ризику передчасної смерті потребує термінових системних зусиль, спрямованих на переорієнтацію системи цінностей всіх верств українського суспільства і, передусім, керівництва держави переважно на збереження та відтворення здоров'я населення.

Список використаних джерел до розділу 4

1. Державне управління у сфері національної безпеки України / Державне управління в Україні : навч. посіб. / [за заг. ред. В. Б. Авер'янова.] - К. : [б. в.], 1998. - С. 329-363.

2. Бек У. Политическая динамика в глобальном обществе риска / Ульрих Бек // Миров. экономика и междунар. отношения. - 2002. - № 5. - С. 10-19.

3. Моторин О. А. О некоторых направлениях развития концепции управления риском в современной России [Электронный ресурс] / О. А. Моторин // Вест. Рос. акад. гос. службы при Президенте Российской Федерации. - 2008. - № 3. - Режим доступа : <http://oad.rags.ru/vestnikrags/issues/issue0308/030807.htm>. - Заголовок с экрана.

4. Качинський А. Б. Екологічна безпека України: системний аналіз перспектив покращання / А. Б. Качинський. - К. : НІСД, 2001. - 312 с.

5. Общая теория национальной безопасности : учебник / [А. В. Возжеников, Н. В. Кривельская, И. Н. Макаренко и др.] ; под общ. ред. А. А. Прохожева. - М. : РАГС, 2002. - 318 с.

6. О безопасности : Закон Российской Федерации от 5 марта 1992 г. № 2446-І (с изменениями и дополнениями). - Режим доступа : http://www.fstec.ru/docs/doc_1_2_002.htm. - Заголовок с экрана.

7. Горбулін В. П. Національна безпека України: етапи становлення та проблеми наукового і інформаційно-аналітичного забезпечення / В. П. Горбулін // Національна безпека: український

вимір : шокв. наук. зб. / Рада нац. безпеки і оборони України, Ін-т проблем нац. безпеки ; редкол. : В. П. Горбулін (голов. ред.) та ін. - К., 2008. - Вип. 1-2 (20-21). - С. 5-12.

8. Аналіз соціальних систем / [за заг. ред. М. І. Мельника]. - К. : Логос, 2007. - 160 с.

9. *Новікова О.* Оцінка соціальних ризиків в регіонах України як підстава для прийняття управлінських рішень щодо їх подолання / *О. Новікова.* - Режим доступу : <http://www.niss.gov.ua/Monitor/Jul08/08.htm>. - Заголовок з екрана.

10. Про безпечність та якість харчових продуктів : Закон України // Відом. Верховної Ради України. - 1998. - № 19. - Ст. 98.

11. Strengthening Risk Prevention Policies / The world health report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life. - Geneva : WHO, 2002. - 230 p.

12. *Пастернак-Таранушенко Г. А.* Економічна безпека держави. Методологія забезпечення : монографія / *Г. А. Пастернак-Таранушенко.* - К. : Київськ. екон. ін-т менеджменту, 2003. - 320 с.

13. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення : Закон України від 24 лют. 1994 р. № 4004-ХІІ. - Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=4004-12>. - Заголовок з екрана.

14. Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення : Закон України від 22 верес. 2005 р. № 2899-IV // Офіц. вісн. України. - 2005. - № 42. - С. 51. - Ст. 2642.

15. Про затвердження Порядку розроблення та виконання державних цільових програм : Постанова Кабінету Міністрів України від 31 січ. 2007 р. № 106 // Офіц. вісн. України. - 2007. - № 8. - С. 86. - Ст. 313.

16. *Сухоруков А. І.* Методичні рекомендації щодо оцінки рівня економічної безпеки / *А. І. Сухоруков, С. Л. Воробйов, Т. П. Крушельницька.* - К. : НІПМБ, 2003. - С. 28-32, 52.

17. Методика розрахунку рівня економічної безпеки України. Затверджена Наказом М-ва економіки України від 2 берез. 2007 р. № 60. - Режим доступу : http://www.me.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=97980&cat_id=38738. - Заголовок з екрана.

18. Про основи національної безпеки України : Закон України // Відом. Верховної Ради України. - 2003. - № 39. - Ст. 351.

19. World Development Indicators 2006. - Washington : The World Bank, 2006 [Електронний ресурс]. - Режим доступу : <http://>

devdata.worldbank.org/wdi2006/contents/Section2.htm. - Заголовок з екрана.

20. *Качинський А. Б.* Оцінка й аналіз фонового ризику смертності в Україні / А. Б. Качинський, С. І. Пирожков, Г. А. Хміль. - К. : НІСД, 1998. - 67 с. - (Серія "Екологічна безпека"; Вип. 4).

21. Борьба с основными болезнями в Европе - актуальные проблемы и пути их решения: Факты и цифры ЕРБ ВОЗ/03/06. - Копенгаген, 11 сентября 2006 г. - Режим доступа : www.euro.who.int/document/mediacentre/fs0306r.pdf. - Заголовок с экрана.

22. Трудный выбор. Инвестиции в здравоохранение для целей развития. Национальный опыт реализации последующих мер по рекомендациям Комиссии по макроэкономике и здоровью / [С. Спиначи, Л. Куррат, П. Шетти и др.] - Режим доступа : who.int/publications/2006/9244594064_rus.pdf. - Заголовок с экрана.

23. Preventing chronic diseases: a vital investment. - Geneva: World Health Organization, 2005. - Режим доступа : http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/. - Заголовок с экрана.

24. *Рингач Н. О.* Оцінка та корекція індивідуального серцево-судинного ризику на популяційному рівні як напрям зменшення передчасної смертності від серцево-судинних захворювань / Н. О. Рингач, О. О. Чернобривенко, С. О. Гаврилюк // Укр. мед. вісті. - 2007. - Т. 7, число 1-2 (66-67). - С. 66-67.

25. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2005. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения. - Копенгаген : Европ. регион. бюро ВОЗ, 2006. - 168 с.

26. *Головаха Є.* Українське суспільство 1992-2008 : Соціологічний моніторинг / Є. Головаха, Н. Паніна. - К. : І-т соціології НАН України, 2008. - 85 с.

27. Ukraine Demographic and Health Survey 2007. - Calverton, Maryland, USA : UCSR and Macro International, 2008. - 335 p.

28. *Горбась І. М.* Епідеміологія факторів ризику серцево-судинних захворювань у сільській популяції / І. М. Горбась // Здоров'я України. - 2008. - № 5/1. - С. 56-59.

Розділ 5

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ІЗ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОПТИМАЛЬНОГО ДЛЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ БЕЗПЕКИ РІВНЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Сучасним українським суспільством в основному порушення стану здоров'я розглядається як привід до надання медичної допомоги, тоді як стан здоров'я має забезпечувати можливість нації реалізовувати завдання з її розвитку і прогресу. Давно доведено факт зміщення в бік погіршення оцінок стану здоров'я з погіршенням соціально-економічного становища. Зменшення в складі населення частки осіб з обмеженими можливостями (в тому числі щодо професійної підготовки і вибору місця роботи, здійснення професійної діяльності повною мірою та в повному обсязі, реалізації репродуктивної функції), а не просто зміни рівня і структури поширеності патології мають стати одним із критеріїв оцінки стану здоров'я населення і, врешті-решт, якості населення [1, с. 94].

Складна соціально-економічна ситуація в нашій країні, з одного боку, є потужною детермінантою погіршення здоров'я, з другого - вимагає від органів державного управління у сфері громадського здоров'я нагальних, проте виважених і ретельно прорахованих заходів з метою мінімізації реальних і потенційних ризиків для здоров'я населення.

Оцінюючи соціально-економічний розвиток країн Східної Європи, провідні експерти ВООЗ дійшли висновку, що уряди країн цього регіону не приділяють потрібної уваги пріоритетності здоров'я населення; державне фінансування практично не впливає на суттєву, постійно зростаючу різницю в стані здоров'я і доступі до медичної допомоги між бідними і багатими верствами населення. Фахівці ВООЗ окремий акцент ставлять на укріпленні здоров'я населення за допомогою заходів поза межами власне охорони здоров'я: шляхом підвищення якості управління та інвестицій у соціальний капітал. Зазначається, що в цих двох сферах стан справ у більшості країн СНД, у тому числі і в Україні, невтішний [2].

За визначенням видатного польського вченого і політика, "батька польської реформи" Лешека Бальцеровича (Balzerovich),

існує чотири необхідні складові будь-яких успішних соціально-економічних реформ, а саме: наявність фахівців-експертів; політичної волі; професійної команди, здатної і мотивованої до здійснення таких реформ, та громадська підтримка. В.Ф.Москаленко (2008) також наголошує на важливості наявності професійної команди для здійснення організаційно-структурних перетворень, серед якої значну роль відіграють фахівці з державного управління [3]. У ст. 10 Закону України "Про основи національної безпеки України" [4] серед основних функцій суб'єктів забезпечення національної безпеки України називається **"розроблення науково обґрунтованих пропозицій і рекомендацій щодо прийняття управлінських рішень з метою захисту національних інтересів України"**. Виконання цієї функції неможливе без тісної співпраці з науковою спільнотою, залучення провідних вітчизняних експертів і разом з тим - без постійного підвищення кваліфікації фахівців з державного управління, привнесення в практику надбань досліджень у науці державного управління.

Симптоматично, що серед низки факторів, які зумовлюють незадовільний стан здоров'я громадян України, в Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми "Здорова нація" на 2009-2013 роки наголошено і на таких, як незадовільний рівень компетентності, знань та вмінь керівників і посадових осіб місцевих органів виконавчої влади і місцевого самоврядування щодо ефективності реалізації державної політики з охорони здоров'я населення в Україні; відсутність системи підготовки відповідних кадрів тощо [5].

Цією ж Програмою передбачено:

- установлення персональної відповідальності керівників усіх рівнів за створення умов для збереження та зміцнення здоров'я людей;

- запровадження органами виконавчої влади та місцевого самоврядування системи моніторингу стану здоров'я населення та створення умов для формування здорового способу життя;

- упровадження в систему підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації керівників органів виконавчої влади всіх рівнів та посадових осіб органів місцевого самоврядування навчальних програм з державної політики у сфері охорони здоров'я населення;

- вивчення потреб територіальної громади та визначення ефективних постачальників послуг щодо оздоровлення;

- широке залучення громадськості та громадських організацій до формування державної політики у сфері збереження здоров'я нації та її впровадження.

Проведені дослідження дали змогу сформулювати, розробити і обґрунтувати рекомендації стосовно удосконалення механізмів державного управління.

5.1. Алгоритм мінімізації ризиків, пов'язаних зі здоров'ям

Реально зменшення дії ризиків, пов'язаних зі здоров'ям, можна досягти лише за умови одночасної діяльності уряду та суспільства: за рахунок як цілеспрямованих соціальних змін, так і прийняття цих змін населенням та зустрічної модифікації індивідуальної поведінки громадян. У схемі, наведеній на рис. 5.1, під соціальними змінами маються на увазі зміни у різних сферах життєдіяльності, спрямовані на зменшення шкідливого впливу на різні детермінанти здоров'я. Небезпека ігнорування наявних проблем громадського здоров'я сьогодні неминуче призведе до його погіршення у найближчому майбутньому, а в найкращому випадку воно залишиться у нинішньому вкрай незадовільному стані.

Якщо відбуватимуться лише ізольовані позитивні зміни свідомості людей, які детермінують реальні дії, пов'язані з поведінкою стосовно власного здоров'я та здоров'я близьких (передусім дітей), без відповідних соціальних зрушень, загальний їх ефект обмежиться покращанням здоров'я лише тієї групи населення, яке спроможне реалізувати свій здоровий вибір. Така спроможність не може бути примітивно зведена до фінансової можливості, адже значну роль у цьому відіграє особиста позиція індивіда, що безпосередньо залежить від виховання, звичного сімейного укладу, освіти, поінформованості про аспекти, пов'язані зі здоров'ям, довіри до рекомендацій лікаря тощо.

Важливі також наявність та доступність певних послуг і товарів (безпечних продуктів раціонального харчування, медикаментів, можливості занять фізкультурою та спортом, надання необхідної профілактично-лікувальної допомоги, в тому числі консультативної, для звільнення від різних залежностей - тютюнової, алкогольної, наркотичної); державний контроль за дотриманням відповідного законодавства з безпеки життєдіяльності, тобто весь

комплекс можливостей, які суспільство надає громадянам для забезпечення здорового вибору.

Соціальні зміни	Зміни індивідуальної поведінки стосовно власного здоров'я та здоров'я близьких, спрямованість на здоровий спосіб життя		
		НІ	ТАК
	НІ	Збереження статус-кво або погіршення громадського здоров'я	Обмежене покращання здоров'я для певної групи населення
ТАК	Підвищення можливостей для збереження і укріплення здоров'я	Стабільне покращання громадського здоров'я	

Рис. 5.1. Алгоритм мінімізації ризиків, пов'язаних зі здоров'ям

Разом з тим якщо в суспільстві будуть здійснені певні соціальні зміни, це означатиме лише надання певних можливостей для збереження і зміцнення здоров'я, які без усвідомлення, прийняття і активної підтримки пересічними громадянами можуть залишитися нереалізованими. Необхідними є і схвалення спрямованої на зміцнення і збереження здоров'я поведінки у звичному оточенні індивіда, наявність однодумців, підтримки громадською думкою і сприятливого морально-психологічного клімату.

Одним з аспектів діяльності з мінімізації ризиків, що швидко розвивається, є внесок засобів масової інформації (ЗМІ). Це вагома допоміжна сила у формуванні спрямованого на збереження здоров'я світогляду. Засоби масової інформації у всіх своїх формах справляють все більший вплив на формування суспільної думки, поглядів і стереотипів поведінки стосовно здоров'я. З одного боку, це дає можливість поширювати інформацію, що стосується здоров'я та оприлюднювати інформацію про діяльність, пов'язану з ризиком для здоров'я, з другого - існує небезпека того, що широкий діапазон можливостей для рекламування і маркетингу товарів слугуватиме інтересам виробників, наприклад горілчаної і тютюнової промисловості. Активна творча співпраця ЗМІ з фахівцями-

медиками, освітянами, екологами, представниками громадськості має на меті підвищення рівня суспільної свідомості з питань цінності здоров'я і активної позиції особистості у його збереженні та привернення уваги керівництва держави до нагальних проблем у сфері громадського здоров'я, ініціатив, спрямованих на відповідні соціальні зміни.

На формування громадського здоров'я впливає як біологічна суть кожної людини, так і діяльність суспільства, пов'язана з прийняттям індивідуальних і колективних рішень та їх здійснення. Варіанти вибору, яким люди віддають перевагу, залежать від їх генетичних особливостей, стану довкілля, соціально-економічного становища і житлових умов, іноді політичних, релігійних і культурних особливостей, а також від ступеня свободи і реальної можливості вибору для покращання здоров'я.

Основами політики досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні ВООЗ визначено концептуальні засади заходів із забезпечення здоров'я за рахунок:

- управління фізичними і соціально-економічними детермінантами здоров'я;
- створення умов для здійснення вибору на користь здоров'я;
- надання широких можливостей для громад, приватних і добровільних організацій стосовно впливу на формування здоров'я (за місцем проживання, у навчальних закладах, на робочих місцях тощо);
- стимулювання прагнення всіх секторів досягти загальних суспільних цілей стосовно покращання здоров'я [6].

Покращання детермінант здоров'я - діяльність, тісно пов'язана з укріпленням здоров'я, що виходить за межі поведінки окремих осіб і спрямована на поліпшення фізичного, соціального і економічного оточення, які великою мірою визначають стан здоров'я, насамперед на боротьбу з бідністю. Дії, спрямовані на покращання детермінант здоров'я, включають прийняття відповідних законів та нормативів, розробку політики та інформаційно-пропагандистську роботу, що охоплює всі відомства, галузі і сектори.

Фізичні детермінанти, зокрема наявність, безпека і якість (саме в такій послідовності) харчових продуктів, води, повітря та житла справляють значний вплив на здоров'я населення. В останні роки світова спільнота все більше усвідомлює думку про більшу прийнятність вибору варіанта запобігання екологічним негараздам, ніж наступне дороговартісне і не завжди здійсненне оздоров-

лення довкілля. Постійна співпраця між економічним, екологічним секторами та сектором охорони здоров'я з метою мінімізації можливих ризиків для здоров'я, пов'язаних із забруднюючими речовинами, має стати звичною практикою з метою недопущення переходу факторів ризику і загроз щодо забруднення повітря, ґрунту і води з нижчої фази у вищу.

Соціально-економічні детермінанти - освіта, рівень доходів, зайнятість, стереотипи поведінки щодо власного здоров'я, що панують у суспільстві, більшою мірою перебувають поза впливом сфери охорони здоров'я, однак стимулювання і лобіювання діяльності з покращання цих детермінант є пріоритетним завданням державного управління охороною здоров'я.

На Всеукраїнському форумі "Здорова нація", який відбувся 13 вересня 2007 р., відзначено нагальну необхідність підвищення ефективності реалізації основних положень законодавства України щодо збереження та зміцнення здоров'я українського народу, формування здорового способу життя для забезпечення сталого національного розвитку. Резолюцією форуму утвердження в суспільстві ідеології здорового способу життя визначено стратегічним напрямом державної політики в Україні. Форум визначив сім основних завдань державної політики для досягнення поставленої мети щодо зміцнення громадського здоров'я, формування здорової нації, а саме:

- обмеження шкідливого впливу тютюнокуріння на здоров'я населення;
- зменшення негативних наслідків вживання алкоголю;
- залучення громадян до регулярних занять фізичною культурою та спортом;
- сприяння раціональному харчуванню населення;
- широке впровадження соціальної реклами про здоровий спосіб життя;
- реформування системи охорони здоров'я для забезпечення доступності медичної допомоги на засадах суспільної справедливості;
- запровадження системи моніторингу стану громадського здоров'я і діяльності органів виконавчої влади та місцевого самоврядування щодо його поліпшення.

Таким чином, максимально ефективним є одночасні скоординовані зміни індивідуальної поведінки населення, що ініціюються, підкріплюються і стимулюються соціальними змінами.

Лише в цьому разі можна очікувати на бажаний результат - стійке покращання громадського здоров'я.

Необхідними складовими адекватної успішної діяльності з мінімізації ризиків для громадського здоров'я мають стати:

- наявність знань і усвідомлення фактора ризику, здійснення нагляду за ним;
- вироблення та реалізація політики, спрямованої на боротьбу з конкретними факторами ризику;
- розробка відповідного законодавства;
- спільна діяльність різних секторів;
- здійснення необхідних інтегрованих оздоровчих, лікувально-профілактичних та реабілітаційних стратегій з науково доведеною ефективністю, в тому числі цілеспрямованих стратегій для населення певних груп або жителів певних територій, що підлягають підвищеному ризику; науково-дослідницька діяльність як частина безперервного їх удосконалення;
- інформаційно-просвітницька діяльність щодо наявних ризиків і можливості їх мінімізації на індивідуальному і колективному рівні;
- лобіювання інтересів охорони громадського здоров'я, поширення інформації про профілактичні стратегії;
- підготовка відповідних кадрів;
- динамічний нагляд та реєстрація кінцевого результату;
- моніторинг і оцінка всіх аспектів роботи з обов'язковим аналізом заключного впливу на стан здоров'я.

5.2. Оптимізація міжгалузевої взаємодії у напрямі формування та збереження здоров'я населення

Термін "міжсекторальна взаємодія" спочатку вживався для пояснення співпраці різних державних секторів, потім використовувався як визначення взаємодії між державним і приватним секторами, тобто у більш широкому сенсі він означає одночасні та односпрямовані заходи в кількох секторах щодо поліпшення стану здоров'я населення. Іноді в цьому сенсі вживався як синонім і термін "міжгалузева взаємодія", і на сьогодні превалює саме цей термін. З 1998 р. Всесвітньою організацією охорони здоров'я використовується така дефініція: "Міжсекторальна взаємодія - дії, в

яких сектор охорони здоров'я, ті чи інші відповідні сектори економіки співпрацюють або взаємодіють для досягнення цілей здоров'я" [7]. Оскільки проблеми здоров'я ускладнюються і стають все більш прив'язаними, ніж будь-коли, до значно ширших соціальних факторів, міжгалузеву взаємодію вважають дуже важливою, фокусуючи увагу не тільки на здоров'ї, а й на навколишньому середовищі, освіті і економіці. За інтенсивністю та змістом взаємодії можна виокремити **початковий** (взаємний обмін даними та інформацією з метою підвищення поінформованості сторін); **високий** (участь у спільних консультаціях і плануванні політики, що стосується інтересів зацікавлених сторін, і разом з тим незалежні реалізація заходів з досягнення спільних цілей та надання спеціалізованих послуг); **інтенсивний** (спільна робота з планування та реалізації політики і надання нових послуг) та **суперінтенсивний** (спільне фінансування, загальне керівництво наданням послуг, спланованих під час спільної роботи) рівні.

Умовою ефективної взаємодії є передусім усвідомлення і визнання її необхідності зацікавленими сторонами. Працівники служб охорони здоров'я мають роз'яснювати представникам інших секторів важливість і необхідність взаємодії, особливо представникам секторів, що не належать до системи охорони здоров'я. Фахівці ВООЗ пропонують деякі шляхи зміцнення взаємодії [8]:

- залучення спеціалістів з інших секторів до розробки політики у сфері охорони суспільного здоров'я;
- делегування повноважень для проведення окремих заходів організаціям з інших секторів;
- створення інформаційних мереж із залученням експертів немедичних організацій;
- створення національних консультативних комітетів, членами яких будуть представники організацій, що не належать до сектору охорони здоров'я.

Яскравим прикладом міжгалузевої взаємодії є організація боротьби з поширенням ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні. Діяльність Кабінету Міністрів України з протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу регламентовано прийнятою у 2004 р. Концепцією стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 року [9]. Зазначена Концепція передбачає (серед інших) завдання з посилення діяльності та розвитку партнерства між центральними і місцевими органами виконавчої влади у забезпеченні протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Координацію

діяльності з реалізації виробленої політики у сфері боротьби з епідемією ВІЛ-інфекції/СНІДу здійснює Урядовий комітет з питань гуманітарної і соціальної політики. Так, у 2006-2007 рр. цієї проблеми торкалися на засіданнях комітету, присвячених обговоренню проектів постанови КМУ "Про утворення Комітету з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам" і Державної цільової соціальної програми реформування системи закладів для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування (щодо ВІЛ-інфікованих дітей), тобто документів, ініційованих різними відомствами. При цьому Міністерство охорони здоров'я здійснює управління та координацію роботи у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в межах Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги і лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на період 2004-2008 рр. (п'ятої з початку організованої протидії епідемії), яка є першим етапом реалізації Концепції.

При Кабінеті Міністрів України як консультативно-дорадчий орган працює Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу*. У складі МОЗ утворено Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам, який здійснює співробітництво з Національною радою щодо координації роботи органів виконавчої влади і органів місцевого самоврядування в процесі реалізації державної політики у сфері запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних хвороб.

Питання протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу розглядалися під час проведення Днів Уряду у Верховній Раді України, присвячених посиленню боротьби з наркоманією в Україні та забезпеченню прав дітей в Україні, охороні материнства та дитинства (2005); стану захворюваності населення України на інфекційні хвороби та заходи щодо її зниження; проблемі ВІЛ-асоційованого туберкульозу під час розгляду стану епідемії туберкульозу та заходів боротьби з ним (2006) тощо.

До вирішення питань з протидії ВІЛ/СНІДу на рівні парламенту, крім профільного Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, можуть залучатися комітети з питань: сім'ї, молодіжної політики, спорту та туризму; бюджету; прав людини,

*Наступник Національної координаційної ради з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу і Наглядової ради з питань реалізації спільного із Світовим банком проекту "Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні".

національних меншин і міжнаціональних відносин; з питань національної безпеки і оборони; науки і освіти; свободи слова та інформації; культури і духовності; соціальної політики та праці тощо.

Крім того, ВРУ може створювати тимчасові спеціальні комісії для підготовки і попереднього розгляду певних питань, та тимчасові слідчі комісії для проведення розслідування з питань, що становлять суспільний інтерес (у 2004 р. було утворено Тимчасову спеціальну комісію з проблем ВІЛ-інфекції/СНІД, туберкульозу та наркоманії) [10]. Народні депутати за згодою можуть входити до складу Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу. Здійснюється ефективна співпраця з громадськістю в межах Дорадчої ради при Комітетові Верховної Ради України з питань охорони здоров'я. Проблеми ВІЛ/СНІДу також обговорювалось на засіданнях Ради національної безпеки і оборони, присвячених боротьбі з небезпечними інфекційними хворобами (2006) [11] і заходам з подолання демографічної кризи та розвитку трудових ресурсів (2007). У [12] відзначається важливість співробітництва державного і недержавного секторів, вагома роль всеукраїнських недержавних організацій у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в розробці і здійсненні національної стратегії боротьби з епідемією.

При Президентові України створено Національну раду з питань охорони здоров'я населення як вищий консультативно-дорадчий орган зі сприяння формуванню та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, яка опікується широким колом нагальних проблем громадського здоров'я.

У сформованій у червні 2008 р. Громадській експертній раді при Українській частині Комітету з питань співпраці між Україною та ЄС існує робоча група "Наука та технології, дослідження і розробки, освіта, культура, громадське здоров'я, інформаційне суспільство та медіа".

Таким чином, оптимізація міжгалузевої взаємодії у напрямі формування та збереження здоров'я населення є беззаперечною умовою і складовою удосконалення державного управління охороною громадського здоров'я.

5.3. Мобілізація потенціалу спільнот для покращання громадського здоров'я

Конституція України визначає спільну відповідальність суспільства і держави за рівень громадського здоров'я. Перший з ос-

новних принципів охорони здоров'я в Україні (ст. 4 Основ законодавства України про охорону здоров'я) - визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним із головних чинників виживання та розвитку народу України. Таким чином, законодавством на найвищому рівні задекларовано першочергову відповідальність суспільства за стан громадського здоров'я [13].

Однак серед значної частини сучасного українського суспільства панує сформована ще за радянських часів патерналістська думка стосовно покладання обов'язків з охорони здоров'я виключно на державу та галузь охорони здоров'я. Така позиція не сприяє усвідомленню особистої відповідальності за власне здоров'я (як індивіда, так і певної громади) та обмежує політичну активність громадян у цьому напрямі і можливості потенційного впливу громади на вирішення проблем, пов'язаних зі здоров'ям. Разом з тим відсутність чітких механізмів мобілізації потенціалу громад навіть за наявності бажання здійснювати таку діяльність і відповідної активності потребує наукових досліджень можливостей впливу на стан здоров'я саме громади та розробки практичних рекомендацій з організації плідного діалогу на рівні суспільства і ефективних спільних дій щодо реалізації конкретних нагальних питань у цій сфері.

Важливість участі громадськості у вирішенні проблем, пов'язаних зі здоров'ям, відображена у публікаціях як вітчизняних, так і зарубіжних дослідників [14; 15]. Як уже зазначалося, громадська підтримка, на думку Л.Бальцеровича, є однією з чотирьох необхідних складових будь-яких успішних соціально-економічних реформ, а тим більш такої актуальної для кожної пересічної людини реформи у сфері охорони здоров'я. Фахівці наголошують на відмінності між системою охорони громадського здоров'я, яка повністю включає все, що суспільство робить для захисту життя і здоров'я своїх громадян (це і державне регулювання економіки, умов праці і побуту, харчування, безпечне навколишнє середовище, соціальний захист, охорона правопорядку, просвіта і соціальна реклама тощо) та системою відомства охорони здоров'я [16; 17]. Остання є сукупністю спеціалізованих органів і установ, що безпосередньо вивчають проблеми здоров'я і його порушень, здійснюють профілактику і лікування, підготовку медичних кадрів і лікарське забезпечення (в різних країнах відомство може називатися міністерством або якимось інакше, проте функції цих установ

залишаються подібними). Незважаючи на багато спільного, між цими системами є відмінність у суспільних масштабах, засобах та державному характері управління. Керує системою охорони громадського здоров'я і несе повну відповідальність за її функціонування тільки держава, її уряд, а не міністерство охорони здоров'я, хоча досі в українському суспільстві (як і в деяких пострадянських країнах) доволі поширене хибне уявлення про делегування відповідальності на відомчий рівень. Причому таке розуміння проблеми спостерігається на рівні як частини політиків вищого рангу, так і пересічних громадян.

Здоров'я як перша життєва необхідність, умова і невід'ємна якісна характеристика життя, прояв гармонії і динамічної рівноваги організму (індивідуальне здоров'я) або популяції (громадське здоров'я) з навколишнім природним і соціальним середовищем є одним із найважливіших системоутворюючих факторів і одночасно критерієм ефективності функціонування обох систем.

У сучасній Україні сформовано достатню законодавчу базу стосовно участі громадськості в розробці та здійсненні політики на державному і місцевому рівнях, у тому числі у сфері громадського здоров'я. При вищих органах влади організовано ряд громадських інституцій. Зокрема, у 2006 р. створено Національну раду з питань охорони здоров'я населення як вищий консультативно-дорадчий орган при Президентові України, основним завданням якої є сприяння формуванню та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я населення [18]. При Комітеті з питань охорони здоров'я з 2007 р. функціонує громадська організація, яка об'єднує практичних лікарів, науковців, представників НУО, управлінців у сфері охорони здоров'я - Дорадча рада з питань охорони здоров'я. При міністерствах, інших центральних та місцевих органах виконавчої влади функціонують громадські ради/колегії [19]. Фахівці у сфері державного управління наголошують на необхідності пошуку механізму стимулювання діяльності громадських рад при ЦОВВ та координації їх діяльності Кабінетом Міністрів України [20]. При Кабінеті Міністрів України також можуть створюватись і спеціальні консультативно-дорадчі органи для вирішення окремих актуальних питань (прикладом може бути Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу) [21]. Однак діяльність з покращання суспільного здоров'я на рівні територіальної громади та спільнот на сьогодні ще не є досить активною і організованою.

Надзвичайно важливо для державного управління охороною суспільного здоров'я усвідомлювати роль громади або спільнот людей у вирішенні проблем, пов'язаних із формуванням та збереженням здоров'я населення, її спроможність до цілеспрямованої діяльності у цій сфері, здатність до зацікавленої виваженої оцінки державної політики. Ще в Концепції розвитку охорони здоров'я (2000) акцентувалась увага на державно-комунальній моделі надання медичної допомоги, контролі територіальної громади за її фінансуванням, якістю медичної допомоги тощо [22].

Однак нині однією з причин повільного і несистемного характеру реформування системи охорони здоров'я в Україні фахівці називають відсутність необхідної підтримки з боку громадськості [23].

Останнім часом у світовій практиці часто використовується термін "потенціал спільнот" (community capacity). Найбільш відомими визначеннями змісту цього поняття є такі:

- характеристики спільнот, які впливають на їх можливості визначати соціальні проблеми і проблеми охорони громадського здоров'я, мобілізувати зусилля на їх вирішення (Goodman et. al., 1998; Poole, 1997);

- сукупність якостей і сильних сторін, які населення індивідуально або колективно використовує для підвищення власного рівня життя (Easterling, Gallagher, Drisko, & Johnson, 1998);

- здатність людей і спільнот виконати роботу, необхідну для визначення ключових факторів, що впливають на здоров'я цих людей на місцях (Vorr, Germann, et. al., 2000).

Під мобілізацією розуміють процес розвитку потенціалу спільнот, через який окремі члени спільноти, групи або організації планують, здійснюють і оцінюють діяльність для покращання їх здоров'я і задоволення інших потреб (на постійній основі або з періодичним залученням до участі). Така мобілізація може відбуватися за їх власною ініціативою, бути стимульованою ззовні (ознайомлення з досвідом інших спільнот, відповідні кампанії в ЗМІ) або навіть бути зумовленою конкретними подіями, кричущим порушенням прав людини чи інтересів спільноти.

Ідея створення моделі взаємодії в суспільстві, спрямованої на соціальні зрушення, потреба в яких визначена і усвідомлена громадськістю, народилась та обговорювалась на таких міжнародних форумах з підтримки розвитку потенціалу спільнот, як Rockefeller Foundation Conferences (1997, 1998, 2000) та CCP-SAVE Community Mobilization Task Force. На практиці інтегровану мо-

дель взаємодії в суспільстві заради соціальних змін (CFSC) розробили спеціалісти Університету Джона Хопкінса за підтримки Фонду Рокфеллера. Нами було використано цю розробку для створення моделі мобілізації потенціалу спільнот до вирішення проблем громадського здоров'я та національної безпеки в комплексі (рис. 5.2).

Основними її складовими є суспільний діалог на основі виваженої оцінки ситуації і усвідомлення наявних потреб та інтересів, розробка узгодженого плану заходів, спрямованих на вирішення конкретної проблеми, що стосується територіальної громади або більш вузько - певної спільноти людей (не лише пов'язаної з охороною здоров'я, а й з вирішенням інших соціальних питань), та організація спільних дій з його реалізації і наступного оцінювання відповідності досягнутих результатів поставленим цілям.

Діалог на рівні суспільства

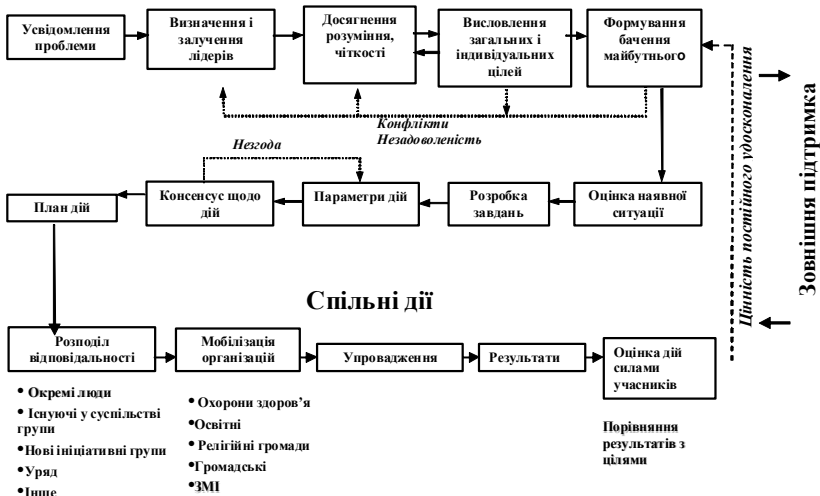


Рис. 5.2. Схема інтегрованої моделі мобілізації потенціалу спільнот для вирішення проблем у сфері громадського здоров'я та національної безпеки у комплексі

Метою розвитку потенціалу спільнот для вирішення проблем громадського здоров'я є насамперед:

- захист і наповнення реальним змістом прав людини, в тому числі на здоров'я та соціальний захист;

- посилення політичного тиску;
- розвиток громадянського суспільства та покращання державного управління охороною громадського здоров'я на місцевому і національному рівні;
- забезпечення рівності та представництва інтересів різних груп населення;
- сталість і організованість дій на основі усвідомлення проблематики;
- збагачення соціального капіталу;
- розвиток потенціалу й підвищення компетентності спільнот для реагування в майбутньому і на інші соціальні проблеми тощо.

Дієвий суспільний діалог та реалізація наступних спільних дій, ініційованих громадою, приводять до отримання як індивідуальних, так і соціальних результатів, зумовлюючи певний соціальний вплив та відповідні соціальні зміни, особливо за наявності адекватної зовнішньої підтримки (Figueroa & Kincaid, 2001).

Фахівці наголошують на необхідності виваженої інформаційної стратегії для формування громадської думки і усвідомлення проблем суспільного здоров'я шляхом підвищення інформованості як населення загалом, так і цільових груп, передусім представників влади всіх рівнів, фахівців охорони здоров'я та представників засобів масової інформації [24]. Особливо важливим є забезпечення одного вектора спрямування зусиль на досягнення суспільно корисних цілей. Адже останнім часом досить поширені в українських медіа протиставлення інтересів пацієнтів і медиків, переключене з метою підвищення гостроти матеріалу подання інформації, в якій смакуються реальні або вигадані помилки медичних працівників, акцентується увага на їх недбалості або "тіньових" доходах, спроби перекласти відповідальність за системні недоліки на конкретних надавачів медичної допомоги, трапляється некваліфіковане оцінювання, а подекуди і відверте "цькування" медиків, що не сприяє довірі населення до працівників сфери охорони здоров'я, створює перешкоди для розв'язання проблем, пов'язаних зі здоров'ям. Мобілізація потенціалу спільнот буде більш ефективною, якщо вона відбуватиметься в тісному контакті та при партнерській взаємодії з фахівцями охорони здоров'я.

Гарантування державою конституційних прав і свобод людини і громадянина (в тому числі права на здоров'я) очолює перелік пріоритетів національних інтересів України (ст. 5 Закону України "Про основи національної безпеки України") [4]. Як уже

зазначалось, сучасним законодавством України охорона здоров'я розглядається як комплекс міжгалузевих дій, що здійснюються з метою дотримання здорових і безпечних умов життя (підтримання необхідного для здоров'я життєвого рівня населення, забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя, безпечних умов праці, навчання, побуту і відпочинку, сприяння здоровому способу життя), надання лікувально-профілактичної допомоги та ін., що потребує узгодженої співпраці влади та суспільства.

Проте в сучасному суспільстві досить поширена думка, що обов'язок щодо охорони здоров'я покладається абстрактно на державу, реально - виключно на галузь охорони здоров'я, а індивід є пасивним об'єктом турботи і допомоги в разі необхідності. Самостійна свідома діяльність особи, спрямована на збереження і зміцнення власного здоров'я та здоров'я членів родини, особливо діяльність превентивна, а не вимушена, тобто детермінована наявними негараздами, в українському соціумі є досить рідким явищем. Тому надзвичайно важливим є не лише декларування, а й усвідомлення та наступна ефективна реалізація міжгалузевого комплексного підходу до вирішення проблем охорони громадського здоров'я, залучення до цього якнайширших кіл громадськості, адже проблеми здоров'я стосуються абсолютно всіх. Симптоматично, що одним із семи основних завдань державної політики, справою кожного громадянина і суспільства в цілому в утвердженні одного з визначальних чинників здоров'я нації - здорового способу життя - резолюцією Всеукраїнського форуму "Здорова нація" (2007) визначено запровадження системи моніторингу діяльності органів виконавчої влади та місцевого самоврядування щодо поліпшення стану громадського здоров'я, а серед заходів з його реалізації - істотне підвищення ефективності координації міжгалузевої взаємодії з охорони здоров'я територіальної громади, широкое залучення громадськості та громадських організацій до формування і впровадження державної політики на основі вивчення потреб територіальної громади.

Ряд дослідників звертає увагу на низьку інституціональну спроможність громадян впливати на політичний процес. Попри відносно високий рівень підтримки неполітичних інститутів (громадських організацій, профспілок тощо), громадяни здебільшого не бачать перспективи реальної власної участі в їх діяльності, не вірячи у спроможність цих інститутів ставати посередниками у процесі впливу на державу [25]. Практичними механізмами вирі-

шення цієї проблеми, на думку П.Г.Манджоли, можуть стати забезпечення широкого громадського обговорення стратегій розвитку країни із залученням представників якомога більшої кількості політичних сил та інституцій громадянського суспільства з прийняттям резолюції та подальшим обов'язковим законодавчим затвердженням; посилення діалогу між представниками влади та неурядового сектору у сфері розробки та прийняття політичних рішень. У довгостроковій перспективі це дасть змогу оптимізувати механізм взаємодії влади та населення, запобігаючи прийняттю державних рішень, позбавлених легітимності серед широких соціальних верств. Під легітимністю мається на увазі справедливість, народне визнання, загальна підтримка населенням владних ініціатив.

Виходячи з викладеного вище можна зробити висновок, що ефективною державна політика з охорони здоров'я, спрямована на збереження і покращання здоров'я населення України, може стати лише в разі співпраці і докладання спільних зусиль уряду та громадськості.

5.4. Організація моніторингу ефективності заходів державного управління з мінімізації ризиків, пов'язаних зі здоров'ям (на прикладі передчасної смертності)

Дослідники постійно розробляють методики та шукають критерії, які дають змогу глибше вивчити явища і оцінити результати функціонування об'єкта управління. Показники смертності досить часто використовуються для управлінських потреб. Зокрема, спираючись на тезу про необхідність достовірної інформації для ефективного управління процесами реформування охорони здоров'я та власне функціонування галузі, у [26] пропонується кількісний метод оцінки діяльності медичної служби, який передбачає визначення співвідношення таких показників, як смертність та захворюваність за певними нозологіями.

На місцевому рівні надзвичайно цінним вважається досвід Великої Британії стосовно визначення обсягу фінансування регіональних служб охорони здоров'я, що базується на показникові SMR (стандартизованому співвідношенні смертності, Standart Mortality Ratio). Розраховується SMR як співвідношення реальної

кількості випадків смерті в певній популяції до "очікуваної" кількості смертей за умови, що в кожній віковій групі досліджуваної популяції спостерігаються ті самі рівні повікової смертності, що і в стандартній [27, с. 170-171].

Необхідність для прийняття управлінських рішень та розробки національної політики з охорони здоров'я об'єктивних критеріїв, що характеризують як стан здоров'я населення, так і ефективність реалізації такої політики, зумовила розробку наприкінці ХХ ст. концепції смертності, якій можна запобігти (*preventable or avoidable mortality concepts*), розглянутій у підрозд. 3.2.

Доцільно спинитися на змінах, які відбувалися впродовж останніх років у переліку причин смерті, яким можна запобігти, визначених міжнародними експертами (як у складі, так і в принципах групування). Нагадаємо, що за першою загальноприйнятою дефініцією Holland та ін. [28-32], смертність, якій можна запобігти - це випадки смерті від певних хвороб у певному віці, яких можна було б уникнути (повністю або частково), за умови профілактики або отримання своєчасної та кваліфікованої медичної допомоги. Пізніше це визначення було доповнене і розширене через розуміння необхідності як реалізації відповідної національної політики, так і забезпечення можливості доступу до медичної допомоги та усвідомленого вибору пересічного громадянина стосовно способу життя.

Зазначимо, що перший перелік причин "запобіжної" смертності, розроблений у 1976 р. експертами Робочої групи з вивчення хвороб, яким можна запобігти, очолюваною Rutstein (*Working Group on preventable and manageable diseases*), включав лише 21 причину смерті [34]. Charlton та ін. розвинули цю концепцію і визначили 16 груп хвороб, при яких можна запобігти летальним випадкам серед осіб певного віку.

Результатом діяльності Робочої групи експертів Європейської співдружності стало видання у 1988 р. Атласу запобіжної смертності ЄС, у якому шляхом досягнення консенсусу між експертами перелік скорочено до 17 показників у певних вікових групах. Атлас ілюструє географічні відмінності в показниках смертності 10 країн ЄС [32] і дає можливість порівнювати рівні смертності як у різних країнах - членах ЄС, так і в межах окремих країн.

Пізніше було виділено в окрему групу низку причин, смертність від яких залежить не лише від медичної допомоги, а скоріше характеризує політику у сфері громадського здоров'я (зок-

рема смертність від цирозу печінки і раку легень - ефективність політики проти алкоголю і тютюну, від дорожньо-транспортних пригод - якість контролю за дотриманням правил безпеки руху).

Метод визначення ефективності медичної допомоги та національної/регіональної політики з охорони здоров'я на основі аналізу передчасної смертності, якій можна запобігти, нині широко використовується у країнах Євросоюзу [34]. Перелік постійно доопрацьовується, на сьогодні останній варіант списку Holland складається з 24 позицій, розділених на 3 основні групи за способом запобігання: за рахунок первинної профілактики та вторинної профілактики і шляхом підвищення ефективності лікування та медичної допомоги [35; 36].

Не підлягає сумніву необхідність аналізу смертності, якій можна запобігти, адже вона є "керованою" часткою смертності передчасної, причому керованою не тільки медициною. За Е.М.Лібановою (2006), "надмірний рівень передчасної смертності є тією високою ціною, яку українське населення сплачує за низьку ефективність економічних реформ, низьку якість продуктів харчування, погані умови життя в цілому, за недоступність якісної медичної допомоги, недоліки профілактичної роботи, відсутність власної спрямованості на дотримання здорового способу життя" [37].

Постає закономірне запитання: наскільки запропоновані зарубіжними фахівцями переліки (які відрізняються за складом, кількістю причин і принципом групування) є прийнятними для України?

Метою нашого дослідження стало обґрунтувати та запропонувати для використання в методиці оцінки ефективності національної політики у сфері охорони здоров'я мінімальний національний перелік показників смертності населення України, якій можна запобігти.

Потрібно визначити причини смерті, що зумовлюють максимальні втрати, з одного боку, та значною мірою можуть бути усунені в результаті цілеспрямованої діяльності - з другого. Українським інститутом громадського здоров'я у 1999 р. проведено дослідження, метою якого було вивчення рівнів запобіжної смертності населення працездатного віку від найважливіших причин, у якому автор брала участь як відповідальний виконавець. Проаналізувавши показники смертності, якій можна було запобігти, за списком Holland (1988), ми дійшли висновку, що найвищі рівні смертності спостерігались від цереброваскулярних хвороб, зло-

якісних новоутворень трахеї, бронхів та легенів, злоякісних новоутворень шийки і тіла матки (у жінок), а також цирозу печінки для обох статей. Відповідно до завдань дослідження перелік було доповнено ще однією причиною поза списком, а саме туберкульозом, смертність від якого в Україні в останні роки зростає випереджальними темпами.

Для обґрунтування вибору найважливіших причин більш детально спинимось на внеску кожної причини у формування рівня загальної смертності та можливостях як політики у сфері охорони здоров'я, так і медичної галузі в запобіганні смертним випадкам унаслідок неї.

Рак шийки матки може бути легко діагностований на ранніх стадіях, коли прогноз медичного втручання є позитивним, а шанси на збереження життя жінки максимальні. Останнім часом відзначається як менша поширеність цього захворювання, так і зниження рівня смертності від нього в країнах з добре організованими програмами скринінгу. Серед бідних та малоосвічених верств населення поширеність цього новоутворення є вдвічі вищою.

У структурі загальної онкологічної захворюваності жінок в Україні рак шийки матки посідає 5-те рангове місце, серед злоякісних новоутворень репродуктивної сфери - 3-тє. Щороку виявляється понад 4 тис. первинних хворих. Незважаючи на те, що для ранньої діагностики раку шийки матки високоефективним є цитологічний скринінг, на профілактичних оглядах виявляють лише третину первинних випадків захворювання. Крім того, близько 20% жінок помирають протягом року від моменту встановлення діагнозу, насамперед унаслідок запущеності захворювання.

Поширеність раку шийки матки зазвичай досягає піку у віці 45-55 років, але захворювання все частіше виникає в більш ранньому віці. Раннє виявлення передпухлинних станів і початкових форм раку є основним шляхом зниження як захворюваності, так і смертності від раку шийки матки. Цитологічне дослідження є легким і дешевим методом підтвердження цього захворювання, за допомогою доступного тесту можна виявити осіб з доклінічними формами захворювання, тому має дістати поширення практика взяття цитологічного мазка у будь-якому можливому випадку лікарського контакту з жінкою.

Самозберігаюча поведінка жінки, відповідальне ставлення до власного здоров'я значною мірою зменшує ймовірність смерті від раку шийки матки. Доведено, що освічені молоді жінки, які

перебувають у групі нижчого ризику, частіше обстежуються повторно, в той час як жінки більш старшого віку з більш низьких соціальних верств населення, що входять до групи високого ризику, часто ігнорують це обстеження.

Рак органів дихання є одним із найпоширеніших злякисних новоутворень у світі і посідає перше місце серед усіх форм раку в чоловіків. Небагатьом країнам (Фінляндія, Великобританія) вдалося знизити рівні смертності і захворюваності у чоловіків, молодших від 50 років, ще в деяких спостерігається стабілізація ситуації. Однак у більшості країн, особливо в Центральній і Східній Європі, ці показники швидко зростають як у чоловіків, так і у жінок, хоча показники смертності та захворюваності на рак легенів значно нижчі, ніж у чоловіків. Вважають, що близько 90% раку легенів спричиняє паління. Жінки мають менший ризик захворіти, оскільки палять менше, ніж чоловіки, або починають палити в більш пізньому віці і використовують сорти сигарет з меншим вмістом смол. Проте в нашій країні прогноз щодо ризику виникнення цієї хвороби у жінок маловтішний, враховуючи дедалі більшу поширеність паління серед молодих жінок.

Злякисні новоутворення легенів посідають перше місце в структурі онкологічної патології чоловічого населення України, уражаючи кожного п'ятого з первинних онкологічних хворих [38]. Рак легенів є істотною проблемою в онкології, оскільки ризик померти протягом року від встановлення діагнозу перевищує 60%. В Україні під час профілактичних оглядів виявляють не більше від 15% первинних випадків. Точно встановлено зв'язок між кількістю щоденно випалених цигарок і ризиком захворіти на рак легень: у осіб, які випалюють одну пачку на день або більше протягом 30 років, ризик захворіти в 20 разів вищий, ніж у тих, хто не палить. Ті, хто починають палити в 15-20 років, мають більший ризик захворіти на рак легень порівняно з тими, хто починає палити в 25 років і старше. Навіть коли людина кидає палити, високий ризик захворіти на рак залишається, і лише через 10-15 років він повільно зменшується і може зрівнятися з таким в осіб, що не палять.

В Україні понад половина чоловіків та майже п'ята частина жінок у віці старше 18 років повідомили, що палять, причому більше від 5 цигарок на день - п'ята частина дорослого населення [39]. Сьогодні спостерігається значне поширення тютюнокуріння серед молодого покоління українців. Дослідження в рамках Європейського опитування учнівської молоді щодо вживання тютюну,

алкоголю та наркотичних речовин (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) показало: досвід паління до 16 років має переважна більшість молоді (79-23% юнаків та 55-57% дівчат); до щоденних курців належало 32% хлопців та 11% дівчат віком 15-16 років у 1999 р., опитування 2007 р. дало дещо більш оптимістичні дані - 23% хлопців і 12% дівчат [40; 41, с. 14].

Існують і інші чинники ризику: виробничі (азбест, нафтопродукти тощо); фактори зовнішнього середовища (радіація (наприклад радон у шахтах і будівлях) та забруднення повітря). Проте дія тютюну суттєво перевищує вплив всіх інших факторів. Оскільки точно встановлений зв'язок між палінням тютюну і раком легень, перспективи його профілактики полягають у контролі над палінням. Однак зниження поширеності раку легень шляхом здійснення програм первинної профілактики і зміцнення здоров'я можна очікувати через тривалий період у зв'язку з розривом у часі між експозицією фактора і виникненням раку.

Тривожною ознакою є активне завоювання ринку України тютюновими компаніями, які виштовхуються західними країнами під тиском дедалі більшого усвідомлення шкідливості паління населенням та багатомільйонними позовами жертв тютюну стосовно відшкодування завданої здоров'ю шкоди.

Цереброваскулярні захворювання (ЦВХ) для населення працездатного віку - друга за значимістю причина смерті серед хвороб системи кровообігу, що зумовлює відповідно п'яту частину смертей чоловіків та третю - жінок. Втрати трудового потенціалу, тобто кількість недожитих до пенсійного віку років унаслідок передчасної смерті від цієї патології посідають друге місце після ішемічної хвороби серця. Причому наші громадяни вмирають не лише частіше, але і в більш молодому віці. Значущість цієї патології в Україні постійно зростає (так, поширеність цереброваскулярних хвороб серед дорослого населення збільшилася на 24,7% у 2005 р. порівняно із 2001 р. [38].

Велике значення в розвитку порушень мозкового кровообігу має атеросклероз і артеріальна гіпертензія. Мозковий інсульт виникає частіше саме в осіб з підвищеним артеріальним тиском. Спонтанні крововиливи у практично здорових людей можуть виникати внаслідок вад внутрішньомозкових судин, ці катастрофи відбуваються, як правило, у молодих людей. У віці ж 35-59 років переважна більшість смертних випадків від цереброваскулярної хвороби є наслідком нелікованих або неправильно лікованих за-

хворювань серцево-судинної системи, насамперед артеріальної гіпертензії. З огляду на це існують великі можливості щодо запобігання такої смертності. Адже рання діагностика артеріальної гіпертензії, її адекватне медикаментозне та немедикаментозне лікування (причому не курсове, а довготривале!), раціональне харчування, спрямоване на нормалізацію рівня холестерину крові та помірні фізичні навантаження, рекомендації хворим відмовитися від шкідливих звичок можуть значно зменшити розміри втрат людського життя внаслідок передчасної смертності від ЦВХ. Важливими є також якість невідкладної допомоги, ефективне лікування порушень мозкового кровообігу, свідоме ставлення людини до свого здоров'я, що певною мірою залежить від освітньо-профілактичної роботи з населенням, причому не тільки з пацієнтами, але і з їхніми родичами та оточенням.

Національною програмою профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні передбачено зниження смертності від мозкових інсультів на 20-30% та від ІХС - на 10%. У травні 2006 р. прийнято Державну програму запобігання та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2006-2010 роки, що свідчить про стурбованість суспільства і розуміння цієї проблеми урядом. Важливим чинником є значно нижча вартість заходів із попередження ЦВХ, ніж лікування інсультів та відновлення працездатності [42].

Цироз печінки часто є наслідком зловживання алкоголем, більшою мірою у чоловіків. Алкогольний цироз раніше переважав у структурі цирозів як причина смерті в Україні, проте останнім часом унаслідок зростання захворюваності на інфекційний гепатит, неадекватної вакцинації населення зросло значення таких форм захворювань, як постінфекційний цироз та аутоімунний цироз. Динаміка смертності від алкогольних отруєнь демонструвала певне зменшення їх загальної кількості у 1996-1998 рр., але протягом останніх років вона почала зростати знову. Разом з тим смертність від цирозів печінки у ці самі роки залишалася стабільно високою, що свідчить про збереження загального рівня споживання алкоголю в країні. Головною причиною зменшення частки смертей від отруєння алкоголем, алкогольних розладів до 1998 р. був так званий "феномен зростання відповідальної алкогольної поведінки" в перші роки ринкових реформ. Аналогічні явища спостерігались і в сусідніх країнах (Польща та ін.), коли протягом перших років ринкових реформ переважна більшість

населення зменшила вживання алкоголю. Але надалі ця спонтанна зміна поведінки витісняється (за відсутності цілеспрямованої алкогольної політики) поступовим відновленням звичного споживання алкоголю.

Як уже зазначалось, туберкульоз не було включено до переліку Rutstein. Проте в останні роки викликає занепокоєння зростання глобальної смертності від туберкульозу, особливо великими є втрати від цієї патології в групі працездатного населення. Ця несприятлива тенденція спостерігається в Україні, в Росії та країнах Східної Європи, хоча не так давно, до 90-х рр. було зафіксовано зниження рівня смертності від цієї причини. Підвищення рівня смертності від інфекційних хвороб, насамперед від туберкульозу, є індикатором погіршення санітарно-епідеміологічної ситуації в країні та рівня життя населення. Реалізація програмних протитуберкульозних заходів може позитивно вплинути на рівень смертності від цієї патології. Величезне значення для боротьби з туберкульозом має допомога міжнародних донорів (навіть зважаючи на те, що таким чином зарубіжна спільнота піклується про власну безпеку).

Для адекватного порівняння рівнів запобіжної смертності в Україні та країнах Європейської Співдружності у дослідженні 1999 р. було розраховано показники згідно з прийнятими у цих країнах межами вікових груп, регламентованими рекомендаціями експертів Робочої групи Європейської Співдружності. Розраховані показники співвідносилися із стандартними показниками ЄС. Порівняльний аналіз свідчив про майже однакові рівні смертності від злоякісних новоутворень трахеї, бронхів, легень в Україні та країнах ЄС. Найбільше (більш ніж у 13 разів) перевищення стандартів ЄС серед всіх досліджуваних показників характерне для туберкульозу. Рівень смертності від цереброваскулярних хвороб і від злоякісних новоутворень шийки та тіла матки у визначених вікових групах був вищим приблизно втричі.

Дані, отримані в результаті вітчизняного дослідження 1999 р. та в більш пізньому аналогічному дослідженні 2006 р. (див. підрозд. 3.2), дали змогу критично оцінити запропоновану Holland методику та обґрунтувати пропозицію стосовно змісту національного переліку причин смертності, якій можна запобігти.

Модифікація переліку Holland природно зумовлена часом, змінами у структурі причин смерті у країнах ЄС та змінами відповідних завдань щодо боротьби за зниження рівня смертності внас-

лідок них. Насамперед це визначення вікового інтервалу, який становить 5-64 роки незалежно від причини смерті. Однак внесок у смертність низки хронічних неінфекційних захворювань, частота яких зростає пропорційно до віку, досить незначний у дитячому та юнацькому віці. Наприклад, рідко спостерігається інсульт у віці молодше від 35 років; злякисні новоутворення репродуктивної сфери є нехарактерною причиною смерті для жінок, молодших за 15 років. Разом з тим можливості істотного впливу на перебіг ряду патологій та запобігання смерті від них різко зменшуються з підвищенням віку хворого. Останнім часом з'явилися публікації фахівців (E. Nolte, 2004) стосовно доцільності аналізу смертності, якій можна запобігти, до вікової межі 75 років, що аргументується зростанням середньої тривалості життя в країнах Західної Європи. Це навряд чи може бути доцільним для України, в якій майже третина населення не доживає до 60 років.

В останньому переліку Holland (1997) значна частка належить ретельно структурованій онкопатології. Можливо, такий перелік виправданий для постіндустріального суспільства, однак у сучасній Україні ситуація відрізняється. З огляду на національні умови основу масиву смертей, яким можна запобігти, становлять не новоутворення, рівень смертності від яких нижчий, ніж у країнах ЄС. Взагалі, на нашу думку, попередній перелік Holland з диференційованим підходом до визначення вікових інтервалів за кожною причиною був більш прийнятним, зручним та інформативним.

Групування та вивчення запобіжних причин смерті здійснюється відповідно до чинників впливу різних складових системи охорони здоров'я, в тому числі дії наявних медичних технологій та служб (швидкої та невідкладної, амбулаторної, стаціонарної допомоги тощо). Ще одним підходом до класифікації причин у переліку є можливості управління ними на індивідуальному чи популяційному рівні.

З цієї позиції не зовсім зрозумілим є віднесення Holland до третьої групи причин смерті, на які, на думку Holland, можна впливати в основному шляхом поліпшення ефективності лікування та медичної допомоги класу "Деякі інфекційні і паразитарні хвороби". На наш погляд, запобігання цим захворюванням більшою мірою сприяє вакцинація, дотримання належних санітарно-гігієнічних умов проживання, безпечна вода і харчування, боротьба з бідністю, просвіта населення, тобто низка чинників поза впливом безпосередньо медичної допомоги.

На потенційний факт передчасної смерті може впливати як недопущення виникнення захворювання, так і дії в разі вже наявної загрози життю. Зокрема, цереброваскулярні захворювання віднесено до групи I, тобто тих, яким можна запобігти за рахунок первинної профілактики, хоча рівень цієї патології у певному віці є інформативним маркером якості вторинної профілактики одного із найбільш поширених захворювань - артеріальної гіпертензії.

Принцип класифікації за рівнями профілактики є прийнятним, але для практичного застосування він потребує детальної розробки і адаптації.

Ще однією із проблем, з якою стикнулись як українські, так і російські дослідники, було визначення цільового рівня, якого можна досягти, щодо запобігання такої смертності. При максимально щедрому фінансуванні у найбільш багатому суспільстві важко уявити відсутність смертей, скажімо, від цереброваскулярних хвороб. Важливо вилучити і вирахувати ту частину, яка не "піддається" заходам з попередження смертності, визначити допустимі рівні смертності, вивчити ступінь залежності цих рівнів від умов середовища оточення і соціально-економічних умов, у тому числі і на регіональному рівні.

Виникає запитання, чи коректно використовувати для порівняння європейські стандарти рівнів запобіжної смертності, чи потрібно пропонувати інші варіанти?

Так, аналізуючи рівні запобіжної смертності за переліком Holland (1997), російські дослідники брали за основу для порівняння найнижчі реальні рівні по федеральних округах, а не європейські стандарти. Існувала небезпека того, що через спрямованість на європейські рівні дослідження стануть суто теоретичними і безперспективними з огляду на "недосяжність" [43].

Однак, на нашу думку, крім запропонованого російськими дослідниками варіанта, як показника для порівняння доцільно використовувати і рівень запобіжної смертності, що спостерігався в країні у недавньому минулому, наприклад у 1989 р., тобто до початку соціально-економічних перетворень.

Відмінності стосовно смертності, якій можна запобігти, в Україні порівняно з ЄС проявляються не лише у рівнях, а й у динаміці. За останніми доступними даними, у 1989-1994 рр. у Європі смертність, якій можна запобігти, знизилась на 8,7% у чоловічій і на 6,8% у жіночій популяціях, причому немає підстав вважати, що в останнє п'ятиріччя європейські тенденції змінились [36]. Вод-

ночас смертність українських чоловіків та жінок зростає від більшості причин.

Крім перерахованих вище причин, що досліджувались в Українському інституті громадського здоров'я (2006), до мінімального переліку доцільно включити клас зовнішніх причин, смертність унаслідок яких протягом останніх років є катастрофічно високою для мирного часу і практично дорівнює такій від хвороб системи кровообігу для населення працездатного віку (1-2-ге місце у структурі).

Хоча більшість сучасних дослідників нині використовує саме останній перелік Holland (1997), однак існують і інші. Так, британські вчені E.Nolte та M.McKee у своєму дослідженні [44] не використовували групування причин смерті, яким можна запобігти, за рівнями профілактики. Вони проаналізували смертність, якій можна запобігти, за двома групами причин, а саме: treatable mortality, тобто смертність від причин, на які впливає передусім діяльність охорони здоров'я (первинна та стаціонарна допомога, популяційні втручання та скринінг); та preventable mortality, тобто смертність від причин, що більшою мірою залежать від міжсекторальної державної політики стосовно громадського здоров'я. До першої групи було віднесено вибрані інфекційні хвороби (туберкульоз, правець, кір та ін.); окремі онкозахворювання (рак молочної залози, шийки матки, лейкемія у дітей); цукровий діабет у віці до 50 років; гіпертонічна хвороба та інсульт; грип і пневмонія; окремі хвороби шлунково-кишкового тракту (апендицит, виразкова хвороба, грижі та ін.); вроджені вади серця і судин; ускладнення вагітності і пологів та окремі стани, що виникають у перинатальному періоді. До другої групи увійшли, передусім, рак легенів (безпосередньо пов'язаний з тютюнокурінням), та алкогольно залежні причини (алкогольний психоз, хронічний алкоголізм, алкогольний цироз печінки та випадкові отруєння алкоголем) і нещасні випадки, пов'язані з автотранспортом.

На Кубі аналогічний перелік поділено на 4 групи. Коефіцієнти смертності від причин смерті першої групи характеризують ефективність вакцинації; другої - ранню діагностику та своєчасне лікування (менінгококові інфекції, злоякісні новоутворення шкіри, молочної залози, шийки матки, простати; цукровий діабет, авітамінози, ревматичні хвороби серця, бронхіт, емфізема, астма, гастрит, дуоденіт, виразкова хвороба, апендицит, кишкова непрохідність, холецистит, жовчнокам'яна хвороба тощо). До третьої групи відне-

сено хвороби, смертність від яких відображає ефективність санітарного нагляду та санітарно-освітньої роботи (кишкові інфекції, жовта лихоманка, інфекційний гепатит, рикетсіози, деякі гельмінтози). Аналіз частоти смерті за причинами четвертої групи (туберкульоз, бруцельоз, стрептококова ангіна, скарлатина, малярія, шистозомоз, ехінококоз, гострі респіраторні інфекції, пневмонії, цироз печінки, ускладнення вагітності, пологів та післяпологового періоду; насильницькі смерті) дає змогу оцінити ефективність проведення профілактики і комбінації різних лікувально-профілактичних заходів.

Аналіз за повним переліком Holland (1997) є корисним для порівнянь з європейськими країнами, однак для внутрішніх потреб видається більш доцільним використання адаптованого і менш змістовного національного переліку. Є конкретні приклади такої адаптації. Так, Міністерством охорони здоров'я і соціального захисту Російської Федерації запропоновано здійснювати узагальнену оцінку передчасної та "запобіжної" смертності за сформованим національними фахівцями Мінімальним списком "запобіжних" причин смерті в Росії, до якого було включено туберкульоз органів дихання, злякисні новоутворення трахеї, бронхів і легенів, злякисні новоутворення молочної залози і шийки матки (у жінок), гострий інфаркт міокарда, пневмонія, виразка шлунка і 12-палої кишки, цукровий діабет, дорожньо-транспортні пригоди, самогубства і вбивства [43, с. 440].

У Росії в останні роки приділяється значна увага дослідженню смертності, якій можна запобігти. Так, запропоновано здійснювати оцінку передчасної та запобіжної смертності, базуючись на двох підходах, які взаємно доповнюють один одного - порівняльному аналізу і визначенні власного місця/виявлення "слабких місць" [45]. У Доповіді про розвиток людського потенціалу в Росії за 2005 рік, підготовленій незалежними російськими експертами за участі фахівців ООН, а також у процесі активного діалогу з органами державної влади, проблемі смертності від неінфекційних захворювань, якої можна було б уникнути, приділено значну увагу [46, с. 107].

На нашу думку, у мінімальний національний перелік причин смерті, яким можна запобігти, доцільно включити показники смертності від цереброваскулярних хвороб, злякисних новоутворень трахеї, бронхів та легенів, злякисних новоутворень шийки і

тіла матки (у жінок), цирозу печінки, туберкульозу та класу зовнішніх причин для обох статей (табл. 5.1).

Таблиця 5.1

**Мінімальний національний перелік причин смерті,
яким можна запобігти**

Причина смерті	Вік, років	Код за МКХ-10
Цереброваскулярні захворювання	35–64	I60–I69
Злоякісні новоутворення трахеї, бронхів і легенів	5–64	C33, C34
Злоякісні новоутворення шийки і тіла матки (жінки)	15–64	C53–C55
Злоякісні новоутворення молочної залози (жінки)	15–64	C50
Цироз і фіброз печінки	15–64	K70, K74
Туберкульоз органів дихання	5–64	A15–A16
Зовнішні причини	Усі	S00–S99, T00–T98

Перелік має регулярно переглядатися, поновлюватися та розширюватися. Кількість причин смерті у переліку і принцип їх групування мають вибиратися виходячи з пріоритетів та можливостей держави, передусім охорони здоров'я і соціальних служб на сучасному етапі.

Таким чином, формування переліку "запобіжних" причин смерті, обґрунтований вибір певних причин є важливим першим кроком на шляху дієвого управління ними через обґрунтовані програми та заходи. Аналіз ситуації в Україні та сучасних переліків, що використовуються зарубіжними дослідниками у різних країнах, дав змогу запропонувати мінімальний національний перелік показників смертності населення, якій можна запобігти.

За висновками на підставі вітчизняних досліджень та даними огляду публікацій [47], інформацію про рівень запобіжної смертності можна використовувати для таких цілей:

- визначення потреб населення в наданні медичної допомоги;
- вибору пріоритетів в охороні здоров'я;
- вимірювання результативності діяльності системи охорони здоров'я;
- розподілу ресурсів;
- управління стаціонарними службами;
- організації профілактики та лікування професійних захворювань.

Пріоритетність заходів в охороні здоров'я вимірюється їх оздоровчим ефектом, який оцінюється як збільшення тривалості

життя пацієнтів і підвищення його якості. Основним критерієм пріоритетності в охороні здоров'я вважається не важкість патології чи частота передчасної смертності, а можливість медичних служб поліпшити здоров'я пацієнтів. Тому показники запобіжної смертності мають велике значення при виборі пріоритетів [43; 48].

Вказані показники також можуть використовуватись для оцінки результатів упровадження національних і регіональних програм та інших довготривалих заходів з покращання здоров'я населення.

Під результативністю системи охорони здоров'я звичайно розуміють ефект впливу медичних служб на здоров'я індивіда або популяції. Необхідно зауважити, що показники смертності, якій можна запобігти, відображають не тільки результативність дії національних програм з поліпшення здоров'я населення, а й заходів, які стосуються інших *немедичних аспектів* урядової політики (наприклад кампаній з безпеки руху - смертності від нещасних випадків на транспорті; антинікотинових кампаній - від раку легень, а антиалкогольних - від цирозу печінки) [47].

Планування охорони здоров'я базується на науково визначеній потребі у різних видах лікувально-профілактичної допомоги. Цьому може допомогти епідеміологічне картографування за рівнями смертності, якій можна запобігти. Картографування дає змогу управлінцям на регіональному та місцевому рівні, виділяючи дільниці з високим рівнем смертності, якій можна запобігти, розробляти програмні заходи для окремих громад, враховуючи специфіку соціальних та медичних проблем останніх [49].

Висновки до розділу 5

Концептуальна основа заходів із забезпечення оптимального для національної безпеки рівня здоров'я включає комплекс таких процесів, як: управління фізичними і соціально-економічними детермінантами здоров'я; створення умов для свідомого здійснення вибору здорового способу життя; надання можливостей щодо впливу на формування політики у сфері охорони здоров'я для громад і громадських організацій; здійснення заходів поза межами власне охорони здоров'я (передусім покращання управління і зростання інвестицій у соціальний капітал); стимулювання всіх секторів для досягнення загальних суспільних цілей заради покращання здоров'я.

Максимально ефективними для досягнення результату - стійкого покращання громадського здоров'я - є одночасні скоординовані зміни індивідуальної поведінки населення, що ініціюються, підкріплюються і стимулюються соціальними змінами.

Оптимізація міжгалузевої взаємодії з метою формування та збереження здоров'я населення є беззаперечною умовою і складовою удосконалення державного управління охороною громадського здоров'я.

Необхідною умовою ефективної реалізації політики з охорони суспільного здоров'я є активна позиція територіальних громад та спільнот людей, мобілізація їх можливостей щодо здійснення соціальної політики на місцевому рівні. Посилення потенціалу спільнот для вирішення проблем, пов'язаних зі здоров'ям, сприятиме оптимізації державного управління охороною здоров'я і створенню умов для зміцнення здоров'я нації.

Діяльність органів виконавчої влади та місцевого самоврядування щодо поліпшення стану громадського здоров'я потребує підвищення ефективності міжгалузевої взаємодії з охорони здоров'я, широкого залучення громадськості до формування і впровадження державної соціальної політики з обов'язковим вивченням і врахуванням потреб територіальної громади та окремих груп населення.

Пропонується використання в управлінській діяльності методики аналізу рівня смертності, якій можна запобігти, за мінімальним національним переліком для визначення потреб населення у наданні медичної допомоги та оцінки результативності діяльності системи охорони здоров'я (як на національному, так і на регіональному рівні) і національної політики у сфері охорони здоров'я в цілому. Крім того, зазначену методику можна застосовувати для вибору пріоритетів в охороні здоров'я та розподілу ресурсів як між територіями, так і між ланками медичної служби.

З метою удосконалення організації державного управління охороною здоров'я доцільно використовувати епідеміологічні карти, які відображають розподіл летальних випадків від "керованих" причин на всій території країни, що дасть змогу виявляти регіони та місцевості, населення яких найбільш потребує цільових медичних та профілактичних втручань, а також оцінювати ефективність таких управлінських рішень у динаміці.

Список використаних джерел до розділу 5

1. Максимова Т. М. Соціальний градієнт в формуванні здоров'я населення / Т. М. Максимова. - М. : Per Se, 2005. - 238 с.
2. Suhrcke M. Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia / M. Suhrcke, L. Rocco, M. McKee. - WHO : European Observatory on Health Systems and Policies, 2007. - 280 p.
3. Москаленко В. Ф. Оптимальна модель системи охорони здоров'я: концептуальні засади та принципи побудови / В. Ф. Москаленко // Україна. Здоров'я нації. - 2008. - № 3-4 (7-8). - С. 93-102.
4. Закон України про основи національної безпеки України // Відом. Верховної Ради України. - 2003. - № 39. - Ст. 351.
5. Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми "Здорова нація" на 2009-2013 роки : Постанова Кабінету Міністрів України від 21 трав. 2008 р. № 731-р // Офіц. вісн. України. - 2008. - № 37. - С. 26. - Ст. 1241.
6. Здоровье - 21 : основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. - Копенгаген : ВОЗ ; Европ. регион. бюро, 2000. - 310 с.
7. Glossary European Observatory on Health Systems and Policies. - Режим доступу : <http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=I>. - Заголовок з екрана.
8. Трудный выбор. Инвестиции в здравоохранение для целей развития. Национальный опыт реализации последующих мер по рекомендациям Комиссии по макроэкономике и здоровью / [С. Спиначи, Л. Куррат, П. Шетти и др.]. - Режим доступа : who.int/publications/2006/9244594064_rus.pdf. - Заголовок с экрана.
9. Про затвердження Концепції стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 року та Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 роки : Постанова Кабінету Міністрів України від 4 берез. 2004 р. № 264. - Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>. - Заголовок з екрана.
10. Про утворення Тимчасової спеціальної комісії Верховної Ради України з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та наркоманії : Постанова Верховної Ради України № 1943 ІV від 1 лип. 2004 р. // Відом. Верховної Ради України. - 2005. - № 1. - Ст. 24.

11. Про заходи щодо підвищення ефективності боротьби з небезпечними інфекційними хворобами : Указ Президента України "Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 18 січня 2006 року" // Офіц. вісн. України. - 2006. - № 7. - С. 85. - Ст. 349.

12. *Хожило І.* Всеукраїнські громадські організації: діяльність у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу / І. Хожило // Вісн. НАДУ. - 2008. - № 1. - С. 171-172.

13. Основи законодавства України про охорону здоров'я // Відом. Верховної Ради. - 1993. - № 4. - Ст. 19.

14. *Жаліло Л. І.* Консолідація суспільних заходів зі збереження та покращення здоров'я українського народу [Електронний ресурс] / Л. І. Жаліло, О. І. Мартинюк, Г. М. Надута // Держ. будівництво. - 2008. - № 1. - Режим доступу : http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/n_1_2008/index.html. - Заголовок з екрана.

15. *Дартау Л. А.* Межсекторальное и социальное партнерство как инструмент выработки согласованных действий экспертного сообщества и органов местной власти, направленных на повышение медико-социального благополучия и качества жизни населения на местах / Л. А. Дартау, Л. Е. Сырцова, Ю. Е. Абросимова // Национальные проекты и сбережение нации. - М. : ИНИОН РАН, 2008. - С. 49-51.

16. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні : навч. посіб. / [за ред. І. М. Солоненка та Л. І. Жаліло]. - К. : Вид-во НАДУ, 2004. - 116 с.

17. *Солоненко І. М.* Стан громадського здоров'я та якість життя як визначальні фактори стійкого економічного зростання / [І. М. Солоненко, Л. І. Жаліло, О. І. Мартинюк та ін.] // Зб. наук. пр. УАДУ. - К. : Вид-во УАДУ, 2003. - Вип. 1. - С. 111-118.

18. Про Національну раду з питань охорони здоров'я населення : Указ Президента України від 26 трав. 2006 р. № 443/2006 // Уряд. кур'єр. - 2006. - № 105.

19. Деякі питання щодо забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики : Постанова Кабінету Міністрів України від 15 жовт. 2004 р. № 1378 // Уряд. кур'єр. - 2004. - № 209.

20. *Загайнова Л.* Механізми залучення громадських рад до розвитку демократичного врядування в Україні / Л. Загайнова // Стратегія реформування системи державного управління на засадах демократичного врядування : матеріали наук.-практ. конф. за

міжнар. участю (Київ, 31 травня 2007 р.). - К. : Вид-во НАДУ, 2007. - Т. 2. - С. 299-301.

21. Деякі питання протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/ СНІДу : Постанова Кабінету Міністрів України від 11 липня 2007 р. № 926 // Офіц. вісн. України. - 2007. - № 52. - С. 112.

22. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України : Указ Президента України від 7 груд. 2000 р. № 1313 // Уряд. кур'єр. - 2000. - № 237.

23. *Кризина Н. П.* Державна політика як організаційно-нормативна система владних дій та управлінських рішень, основний регулятор життєдіяльності суспільства (теоретико-методологічні засади) / Н. П. Кризина, В. П. Мегедь // Україна. Здоров'я нації. - 2008. - № 3-4 (7-8). - С. 258-262.

24. *Батіг Л.* Роль зв'язків з громадськістю в забезпеченні інформаційного супроводу реформи системи охорони здоров'я в Україні. Посібник № 10 / Л. Батіг, Н. Лутшева. - К. : Проект ЄС "Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні", 2006. - 40 с.

25. *Манжола П. Г.* Взаємодія влади та громадян: практика легітимації інститутів влади у новітній історії України / П. Г. Манжола // Стратег. пріоритети. - 2007. - № 1(2). - С. 58-64.

26. *Гулицкая Н. И.* Методические подходы к оценке зависимости смертности и заболеваемости / Н. И. Гулицкая, Т. Н. Глинская // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. - 2007. - № 7. - С. 33-35.

27. *Тульчинский Т. Х.* Новое общественное здравоохранение / Т. Х. Тульчинский, Е. А. Варавикова. - Иерусалим : Amutah for education and Health, 1999. - 1049 с.

28. *Holland W. W.* Avoidable death as a measure of quality / W. W. Holland // Quality Assurance in Health Care. - 1990. - № 2. - P. 227-233.

29. *Holland W. W.* European community atlas of "Avoidable 'Death'" / W. W. Holland. - N.Y. ; Oxford : Oxford Univ. Press, 1988. - 356 p.

30. *Holland W. W.* European community atlas of "Avoidable Death" / W. W. Holland. - [2nd. ed.] - N.Y. ; Oxford : Oxford Univ. Press, 1991. - Vol. 1. - 154 p.

31. *Holland W. W.* European community atlas of "Avoidable Death" / W. W. Holland. - [2nd. ed.] - N.Y. ; Oxford : Oxford Univ. Press, 1993. - Vol. 12. - 215 p.

32. Различия в показателях смертности от болезней, поддающихся медицинскому вмешательству, по географическим зонам в Европе: "Атлас предотвратимых случаев смерти" Европейского Сообщества / [А. Пауль, Дж. Эванс, Дж. Барри и др.] // Ежеквартальный обзор мировой санитарной статистики. - 1992. - Т. 42. - С. 29-36.

33. Measuring the quality of medical care: a clinical method / D. D. Rutstein, W. Berenberg, T. C. Chalmers et al. // N. Engl. J. Med. - 1976. - № 294. - P. 582-588.

34. *Nolte E.* Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care / E. Nolte, M. McKee // BMJ. - 2003. - № 327. - P. 1129-1132.

35. *Holland W. W.* European Community Atlas of Avoidable Death 1985-1989 / W. W. Holland. - [3rd. ed.]. - (Commission of the European Communities Health Services Research Series). - Oxford : Oxford Medical Publications, 1997. - 392 p.

36. Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: проблемы и перспективы / под ред. В. И. Стародубова, Ю. О. Михайловой, А. Е. Ивановой. - М. : Медицина, 2003. - 288 с.

37. *Лібанова Е. М.* Новітні тенденції смертності населення України / Е. М. Лібанова // Демографія та соц. політика. - 2006. - № 1. - С. 23-37.

38. Здоров'я населення та діяльність галузі охорони здоров'я України в 2001-2005 роках (інформ.-аналіт. довід.). - К. : МОЗ України, 2006. - 210 с.

39. *Паніна Н. В.* Українське суспільство 1994-2005: соціологічний моніторинг / Н. В. Паніна. - К. : ТОВ "Вид-во Софія", 2005. - 160 с.

40. Динаміка поширення тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед учнівської молоді України: 1995, 1999, 2003 роки ESPAD / [О. М. Балакірева, О. О. Яременко, О. Р. Артюх та ін.]. - К. : Держ. ін-т проблем сім'ї та молоді, 2003. - 173 с.

41. Рівень і тенденції поширення тютюнокуріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед учнівської молоді України : аналіт. звіт / [О. М. Балакірева (кер. авт. кол.), Т. В. Бондар, Н. О. Рингач та ін.]. - К. : Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка, 2008. - 128 с.

42. *Cushman W. C.* The burden of uncontrolled hypertension: morbidity and mortality associated with disease progression / W. C. Cushman // Y. Clin. Hypertens (Greenwich). - 2003. - № 5, Suppl. 2. - P. 14-22.

43. Предотвратимая смертность в России и пути снижения / под ред. Ю. В. Михайловой, А. Е. Ивановой. - М. : ЦНИИОИЗ, 2006. - 312 с.
44. *Nolte E.* Population health in Ukraine: consequences of a failing health system? / E. Nolte, M. McKee // *Europ. Journ. of Public Health.* - 2006. - Vol. 16, Suppl. 1. - P. 14.
45. Определение приоритетов развития здравоохранения на федеральном и региональном уровнях на основе обобщенной оценки преждевременной и предотвратимой смертности населения : Методические указания Министерства здравоохранения и социальной защиты Российской Федерации № 2001/250. - М. : [б. и.], 2001.
46. Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации за 2005 год "Россия в 2015 году : цели и приоритеты развития". - М. : ПРООН, 2005. - 220 с.
47. *Телішевська М. Г.* Застосування інформації про "запобіжну смертність" в управлінні охороною здоров'я / М. Г. Телішевська // *Мед. реферат. журн.* - Розд. 2. - 1999. - № 1-2. - С. 55-65.
48. *Normand C.* Making priority setting a priority / *Setting priorities in health care* / Ed. by M. Malek / C. Normand. - N.Y. : John Wiley and Sons, 1994. - P. 327-332.
49. *Рингач Н. О.* Використання картограм "запобіжної смертності" для потреб місцевих органів управління охороною здоров'я // *Стратегія регіонального розвитку: формування та механізми реалізації : матеріали щорічної міжнар. наук.-практ. конф. (Одеса, 31 жовт. 2007 р.)* / Н. О. Рингач. - Одеса : ОРДУ НАДУ, 2007. - Т. 1. - С. 235-237.

ВИСНОВКИ

Здоров'я населення - найбільша соціальна цінність, без якої неможлива продуктивна соціальна та економічна життєдіяльність. Здоров'я - передумова і наслідок стабільного та сталого розвитку країни і, одночасно це важливий інтегральний показник благополуччя країни. Зменшення життєвого та трудового потенціалу (і, відповідно, військового) та прогресивне зростання потреб у медичній та соціальній допомозі внаслідок погіршення стану здоров'я населення є виснажливим для держави в умовах триваючої соціально-економічної трансформації.

У Стратегії національної безпеки України зазначається, що збереження та розвиток протягом тривалого часу існуючих негативних тенденцій громадського здоров'я становить реальну загрозу національній безпеці України. Одним із стратегічних пріоритетів політики національної безпеки визначено досягнення високих соціальних стандартів, вирішення на цій основі нагальних демографічних проблем, що передбачає, зокрема, створення умов для зміцнення здоров'я нації та зменшення рівня смертності населення. Однак поняття здоров'я відсутнє у визначеному Стратегією переліку життєво важливих національних інтересів*, що може спричинити недооцінку важливості чинника здоров'я для національної безпеки, применшити пріоритетність державно-управлінських заходів з впливу на чинники, пов'язані зі здоров'ям. Одним із шляхів посилення демографічної спрямованості та підвищення демографічної ефективності соціально-економічної політики може стати розробка і прийняття Закону України про демографічну безпеку.

Хоча сектор охорони здоров'я очолює роботу з протидії небезпекам для здоров'я, ефективне усунення наслідків (і, що важливо, запобігання їм і недопущення їх виникнення у майбутньому), і, відповідно, стан здоров'я населення залежить від одночасних взаємопов'язаних дій багатьох відповідальних секторів. Саме тому важливою функцією управління охороною громадського здоров'я є організація співпраці з іншими секторами та спрямування їх діяльності, сприяння розвитку ефективного партнерства з іншими зацікавленими сторонами для підвищення готовності до вжиття адекватних заходів щодо запобігання кризам в охороні здоров'я та їх пом'якшення.

*Зазначимо, що у більш ранньому документі - Законі України "Про основи національної безпеки" здоров'я нації визначено як один із пріоритетів.

Системна криза в охороні здоров'я також є істотною загрозою безпеці держави, вона безпосередньо впливає на національну безпеку через неспроможність практично всіх складових галузі здійснювати адекватну діяльність, спрямовану на збереження і укріплення здоров'я населення України, відповідати потребам її громадян.

Втрата здоров'я тісно пов'язана зі зниженням працездатності, і, відповідно, продуктивності праці, що призводить до падіння матеріального добробуту та соціальної активності громадян. Поганий стан здоров'я спричинює вищу ймовірність неповної реалізації потенціалу особистості (трудового, репродуктивного, творчого тощо) та передчасної смерті. Високий рівень захворюваності та інвалідності є одним з визначальних чинників зниження якості життя, поглиблення бідності і відсторонення від активної суспільної життєдіяльності, ризику соціальної ізоляції. Наслідки погіршення стану громадського здоров'я виходять за межі суто медичної проблематики і призводять до значних демографічних та економічних втрат.

Основними проявами погіршення стану здоров'я населення України впродовж останнього десятиліття є:

- зростання поширеності захворювань (у тому числі серед дітей і підлітків), посилення процесу хронізації хвороб та накопичення значної кількості хронічних хворих, особливо з так званими "хворобами цивілізації" на тлі дедалі більшого поширення чинників ризику (тютюнокуріння, вживання алкоголю і наркотиків, гіподинамії, нерационального харчування тощо);

- негативні якісні зміни захворюваності: підвищення частки інфекційних хвороб (ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, інфекцій, що передаються статевим шляхом), з одного боку, та збільшення питомої ваги таких важких хронічних хвороб, як серцево-судинні, ендокринні, новоутворення, - з другого;

- підвищення рівнів захворюваності та інвалідності серед дітей (насамперед новонароджених) та підлітків.

Іншими важливими особливостями стану здоров'я стали істотні гендерні відмінності, які відображаються у "надсмертності" чоловіків, та досить істотна соціальна і регіональна диференціація стану здоров'я.

Парадокс полягає в тому, що відведення українськими громадянами здоров'ю чільного місця на шкалі життєвих цінностей (за даними численних соціологічних обстежень) неприродно по-

еднується зі значною поширеністю факторів ризику і схильністю до нездорового способу життя.

Негативна тенденція до скорочення середньої очікуваної тривалості життя впродовж останніх років, яка демонструє наявні проблеми зі здоров'ям в українському суспільстві, зумовила зниження рейтингу України за індексом людського розвитку серед країн світу. Основною детермінантою зменшення показника СОТЖ в Україні є передчасна смертність, внесок якої у скорочення тривалості життя вдвічі вищий, ніж у країнах Європейського Союзу (у 2006 р. - відповідно 11 та 4,75 року).

Рівень передчасної смертності в Україні є надзвичайно високим для мирного часу, причому порівняно з країнами Європейського Союзу відмінності стосуються як обсягу втрат, так і динаміки (тенденція до зростання - в Україні та до зниження - в ЄС) і структури (переважання у структурі причин смерті часток серцево-судинних захворювань та неприродних причин). Наслідком надсмертності чоловіків стала деформація статеві-вікової структури: так, переважання чисельності жінок у складі населення, яке досягло віку 65 років, дорівнює 1,3 млн осіб. Негативні кількісні і якісні зміни населення України, спричинені передчасною смертністю, становлять загрозу національній безпеці (як існуючу, так і потенційну). Зокрема, в економічній сфері це проявляється у зменшенні частки економічно активного населення одночасно зі збільшенням навантаження на працюючих у зв'язку з утриманням осіб непрацездатного віку, частка яких зростає, погіршенні добробуту як окремої людини/сім'ї, так і країни в цілому, у демографічній - у порушенні механізму відтворення населення, втраті як реальних життів, так і життів ненароджених дітей, у воєнній - у кількісному зменшенні контингенту для забезпечення обороноздатності країни та погіршенні його якісних характеристик.

Обумовленість значної надсмертності чоловіків працездатного віку в Україні, передусім соціальними чинниками, вимагає комплексного міжгалузевого підходу для ефективного впливу на причини цього явища та визначає напрями втручання державного управління охороною громадського здоров'я на цю цільову групу у комплексі загальнонаціональних заходів, спрямованих на зниження передчасної смертності населення України.

Основний внесок у формування масиву передчасної смертності належить серцево-судинним захворюванням (35,5%); травми, отруєння та нещасні випадки (21%) є другою за значущістю

причиною (для населення працездатного віку - першою). Значна кількість смертей через неприродні причини та майже десятиразове перевищення показників ЄС за рівнем передчасної смертності внаслідок інфекційних захворювань відображають соціальне та санітарно-епідемічне неблагополуччя в країні.

Так звана "епідемія" передчасної смертності в Україні являє собою складне соціо-медико-біологічне явище, що характеризується динамічністю, зростаючим негативним ефектом, високим рівнем загрози сталому розвитку і національній безпеці держави і одночасно поєднує в собі ознаки надзвичайної ситуації і проблеми, на розв'язання якої потрібен тривалий час. Це явище потребує як вжиття невідкладних заходів, так і розробки системи довгострокової протидії.

Системний аналіз впливу медико-демографічних чинників на національну безпеку довів, що на сучасному етапі саме високий рівень передчасної смертності населення України є найбільш яскравою ознакою медико-демографічної кризи і становить серйозну загрозу національній безпеці держави. Передчасна смертність є тією складовою у низці медико-демографічних проблем, на яку необхідно (і можливо) впливати з найбільшою ефективністю, особливо на "керовану" смертність.

Це зумовлює необхідність визнання передчасної смертності пріоритетним об'єктом впливу державного управління охороною громадського здоров'я. Вивчення сучасної ситуації щодо передчасної смертності в Україні та компаративний аналіз із країнами Європи дають змогу визначити конкретні напрями першочергових та перспективних шляхів збереження людського потенціалу.

Кількісна оцінка втрат суспільства, спричинених передчасною смертністю, необхідна для обґрунтування політичних рішень і формування державної політики у сфері громадського здоров'я, при цьому науково підтверджені дані є аргументами для визначення пріоритетності тих чи інших заходів.

За нашою приблизною оцінкою, передчасною смертністю населення України у 2006 р. спричинено втрати понад 4 млн років потенційного життя. Обсяг недовиробленого національного продукту становив, за різними варіантами розрахунку, від 47,9 до 89,1 млрд грн.

Особливу увагу органам управління охороною громадянського здоров'я (від національного до місцевого рівнів) потрібно звернути на ті причини передчасної смерті, що зумовлюють максимальні втрати, з одного боку, та значною мірою можуть бути усунені на

сучасному етапі суспільного розвитку - з другого. Дослідження смертності, якій можна запобігти, є більш практичним підходом з точки зору запобігання значній частці таких смертей. Саме тут локалізуються пріоритетні напрями діяльності, за якими концентрація зусиль суспільства має привести до реальних позитивних результатів при найвищій ефективності інвестування.

Дослідження смертності, якій можна запобігти, в інтервалі трудоактивного віку (за останнім переліком Holland) виявило тенденцію до зростання її рівня в Україні: за 1989-2006 рр. на 36% у чоловіків у трудоактивному віці та на 20% у жінок, причому для чоловіків коефіцієнт виявився втричі вищим, ніж у жінок, а статевва диспропорція за досліджуваний період стала ще більш різною. Найбільш вагомою виявилась група причин, смертям від яких можна було запобігти завдяки первинній профілактиці: майже 4/5 всіх випадків "запобіжної" смерті чоловіків та 2/3 - жінок трудоактивного віку.

За умови реалізації у сфері охорони здоров'я національної політики, адекватної потребам суспільства, та оптимального управління і ефективного функціонування галузі охорони здоров'я, смертність, якій можна запобігти, має знижуватися швидше (як це і відбувається в розвинених країнах). Зниження рівня смертності, якій можна запобігти, виступає об'єктивним індикатором ефективності інвестицій у збереження і поліпшення стану здоров'я населення.

Хоча статистичною оцінкою ефекту пронаталістських заходів констатується наявність певних позитивних свідчень введення одноразової допомоги при народженні дитини (що знайшло відображення у зростанні абсолютної кількості народжень), спостерігається і швидке зниження соціальної результативності введення одноразової грошової допомоги при народженні дитини, а вітчизняний і міжнародний досвід проведення демографічної політики показує, що зазвичай одноразові грошові допомоги діють за принципом "доза - ефект" і в умовах нашої країни не компенсують надто низької оплати праці як джерела відтворення населення. Тому важко розраховувати на довгострокову сталу результативність такого пронаталістського заходу. Не применшуючи важливості стимулювання народжуваності, варто усвідомити, що навіть за умови підвищення її показника сьогодні в Україні переважання смертності над народжуваністю досягає 1,5 раза. Через це основну увагу в боротьбі з депопуляцією в Україні слід зосередити на запобі-

ганні втратам унаслідок високої смертності населення, а стимулювання народжуваності здійснювати одночасно з покращанням соціально-економічного становища в країні в цілому та проведенням більш виваженої політики у сфері репродуктивного здоров'я. Для стимулювання народжуваності галузь охорони здоров'я безпосередньо має забезпечити можливість реалізації населенням репродуктивних функцій, створення умов для формування, збереження і укріплення репродуктивного здоров'я, безпечного материнства, надання допомоги з питань планування сім'ї та відповідального батьківства.

Результати експертного опитування в рамках міжнародного дослідження програм планування сім'ї International Family Planning Program Study показали досить високу загальну оцінку всіх аспектів проведення політики планування сім'ї - майже 7 балів, або 70% від максимально можливої позитивної оцінки. Згідно з одностайною думкою українських фахівців, планування сім'ї в нашій країні розглядається як складова національної програми репродуктивного здоров'я, що стосується здоров'я та гармонійного функціонування сім'ї, а не переважно жінки, як це здійснюється у звичайних програмах планування сім'ї.

Відзначено високі ступені адекватності звітності, реальної інформації про отримані результати (7,33 бала, або 73,3% від max); використання управлінцями статистичних даних, даних національних опитувань та конкретних спеціальних досліджень для звітності, оцінки прогресу (8 балів, або 80%); даних моніторингу та оцінки з метою удосконалення програми відповідно до отриманих результатів (8 балів, або 80%). Надзвичайно низькою була оцінка ступеня використання стимулів для мотивації участі в програмі планування сім'ї (2 бали, або 20%); соціального маркетингу (1,73 бала, або 17,3%).

Досить неоднозначною є оцінка діяльності щодо реалізації Україною тих Цілей Розвитку Тисячоліття - Україна, що пов'язані зі здоров'ям - від успішної щодо зниження дитячої смертності та зменшення рівня передачі ВІЛ від матері до дитини до неефективної стосовно призупинення епідемії туберкульозу та ВІЛ/СНІДу. Однак наявне відставання навіть найкращих національних показників від показників ЄС має стати стимулом та орієнтиром для подальшої роботи у цьому напрямі. Основними управлінськими підходами, що сприятимуть досягненню цільових індикаторів ЦРТ-Україна, є забезпечення консолідуючої ролі уряду, імплементація

ЦРТ у положення програмних документів, локалізація, мобілізація ресурсів, міжсекторальний підхід і створення ефективного механізму співпраці між державними інституціями і організаціями громадянського суспільства, постійне оцінювання ефективності цілеспрямованої діяльності.

Визначення розмірів втрат людського потенціалу та економічних втрат (як реальних, так і потенційних) унаслідок дії медико-демографічних чинників, оцінка виконання Україною зобов'язань, взятих на себе в рамках досягнення Цілей Розвитку Тисячоліття - Україна, аналіз можливості впливу на різні ланки основних демографічних процесів і, відповідно, ефективності соціальної політики в конкретних напрямках за допомогою методів потенційної демографії, статистичної оцінки та соціологічного опитування дали змогу обґрунтувати необхідність розробки системи заходів, спрямованих на боротьбу з передчасною смертністю, насамперед її керованою складовою як найбільш перспективного напрямку удосконалення державного управління охороною суспільного здоров'я.

Високий рівень передчасної смертності, зумовлений складним комплексом соціально-економічних чинників, акумулює в собі загальні наслідки тотального погіршення здоров'я населення. З огляду на це високий рівень передчасної смертності населення України є загрозою, а ймовірність передчасно померти кількісно відображає наявний ризик. Показано, що ризик передчасної смерті порівняно з 1989 р. значно підвищився і в 2007 р. становив 0,5137 для чоловіків та 0,2162 - для жінок.

Ідентифікація і оцінка ризику, розуміння зв'язку між ступенем впливу чинників ризику і соціально-економічними детермінантами здоров'я, усвідомлення масштабів загрози національній безпеці необхідні для ефективної нейтралізації або, принаймні, мінімізації їх руйнівної дії. Попри залежність передчасної смертності від комплексу соціально-економічних чинників роль медичної галузі охорони здоров'я в цілому і управління охороною громадського здоров'я зокрема в протидії загрозі високого її рівня для національної безпеки є надзвичайно важливою. Мінімізація високого ризику передчасної смерті потребує термінових системних зусиль стосовно переорієнтації системи цінностей усіх верств українського суспільства і, передусім, керівництва держави на збереження та відтворення здоров'я населення.

Усвідомлюючи загрозу зростання ризику передчасної смерті для громадян України, пропонуємо доопрацювати Методику роз-

рахунку рівня економічної безпеки в частині визначення рівня соціальної безпеки з використанням порогових значень показників соціальних ризиків шляхом включення до переліку показників демографічної безпеки індикатора, що характеризує передчасну смертність взагалі (у віці до 65 років) або в інтервалі працездатності.

Знизити вплив ризиків, пов'язаних зі здоров'ям, можна лише за умови злагодженої співпраці уряду і суспільства шляхом здійснення цільових соціальних змін (тобто змін у різних сферах життєдіяльності, спрямованих на зменшення шкідливого впливу на різні детермінанти здоров'я), а також схвалення і прийняття цих змін населенням та зустрічної модифікації індивідуальної поведінки громадян.

Необхідними складовими адекватної успішної діяльності з мінімізації ризиків для громадського здоров'я мають стати усвідомлення фактора ризику, здійснення нагляду за ним; вироблення і реалізація політики, спрямованої на боротьбу з конкретними факторами ризику; розробка відповідного законодавства; скоординована міжсекторальна діяльність; використання оздоровчих, лікувально-профілактичних та реабілітаційних стратегій з науково доведеною ефективністю; цілеспрямовані стратегії для груп населення підвищеного ризику; інформаційно-просвітницька діяльність про наявні ризики і можливості їх мінімізації; лобіювання інтересів охорони громадського здоров'я; підготовка відповідних кадрів; контроль, динамічний нагляд та реєстрація кінцевого результату; моніторинг і оцінка всіх аспектів роботи щодо заключного впливу на стан здоров'я.

Оптимізація міжгалузевої взаємодії в напрямі формування та збереження здоров'я населення є беззаперечною умовою і складовою удосконалення державного управління охороною громадського здоров'я. Адаптовано інтегровану модель взаємодії в суспільстві заради соціальних змін (CFSC) та пристосовано її до вирішення проблем громадського здоров'я і національної безпеки в комплексі. Доведено, що обов'язковою умовою ефективною реалізації політики з охорони суспільного здоров'я є активна позиція територіальних громад та спільнот людей, мобілізація їх можливостей для здійснення соціальної політики на місцевому рівні. Використання потенціалу спільнот для вирішення проблем, пов'язаних зі здоров'ям, сприятиме оптимізації державного управління охороною здоров'я і створенню умов для зміцнення здоров'я нації.

Розроблено і обґрунтовано мінімальний національний перелік причин смерті, яким можна запобігти. Для оцінки ефективності діяльності системи охорони здоров'я (як на державному, так і регіональному рівні) і національної політики у сфері охорони здоров'я в цілому пропонується використання методики аналізу рівнів смертності, якій можна запобігти, за зазначеним переліком. Крім того, таку методику можна застосовувати для вибору пріоритетів в охороні здоров'я та розподілу ресурсів як між територіями, так і між ланками медичної служби, а також для визначення потреб населення у наданні медичної допомоги.

Ефективне протистояння одній з найактуальніших внутрішніх загроз національній безпеці - високому рівню передчасної смертності, яка акумулює в собі погіршення стану громадського здоров'я і відображає наявні соціально-економічні негаразди в державі, потребує:

- формування усвідомленої позиції громадян щодо відповідального ставлення до власного здоров'я та особистої безпеки;
- виконання державою конституційно визначених зобов'язань стосовно гарантування безпечних умов життєдіяльності, захисту довкілля та створення соціально-економічних умов для зміцнення здоров'я нації;
- здійснення реформи системи охорони громадського здоров'я з орієнтацією переважно на профілактику.

Оптимізація управління охороною громадського здоров'я дасть змогу всебічно відобразити інтереси охорони здоров'я в усіх сферах державної політики. Збалансована співпраця щодо збереження людського потенціалу країни зацікавлених сторін на всіх рівнях управління, створення умов для зміцнення здоров'я нації та максимально можливого його покращання, зменшення рівня смертності населення і підвищення тривалості життя сприятиме зміцненню національної безпеки України.

Наукове видання

Рингач Наталія Олександрівна
Громадське здоров'я як чинник
національної безпеки

Монографія

Київ, НАДУ

Відповідальний за випуск *В. А. Дон*
Редактор *В. Г. Шевельова*
Коректор *С. Г. Крушельницька*
Технічний редактор *О. Г. Сальнікова*

Підп. до друку 26.06.2009.
Формат 60 x 84/16. Ум. друк. арк. 16,65. Обл.-вид. арк. 15,52.
Тираж 300 пр.

Видавець : Національна академія державного управління
при Президентіві України
03057, Київ-57, вул. Ежена Потьє, 20; тел. 456-67-93.
E-mail : vydav@academy.kiev.ua

Свідоцтво серії ДК № 1561 від 06.11.2003.