

УДК 613.9+614.2(477)

А. В. КАЛЬЯНОВ

Донецький інститут МАУП

ПОТЕНЦІАЛ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ У ЛЮДСЬКОМУ ВИМІРІ

Наукові праці МАУП, 2012, вип. 1(32), с. 269–276

Досліджуються складові потенціалу здоров'я населення України, його ставлення до різних типів систем охорони здоров'я, здійснюється порівняльна оцінка окремих показників здоров'я населення країни з зарубіжними даними, розкривається сутність концептуальних моделей здоров'я та хвороби, надається структура показників соціальних стандартів рівня життя як фактора відтворення людського потенціалу.

На сучасному етапі розвитку суспільства в Україні важливою і пріоритетною є проблема оцінки потенціалу здоров'я населення [1–5].

Інвестиції в охорону здоров'я як галузь людського капіталу дають можливість підтримати його відповідний рівень та працездатність кожної людини, підвищити результативність праці робітників. Охорону здоров'я по праву можна віднести до проблем національної безпеки України, тому що від стану здоров'я сучасних поколінь населення залежить якість трудового потенціалу держави, яке буде працювати на відповідних сегментах ринків праці у 2012–2040 рр. [2].

Аналіз структури бюджетних коштів, призначених на охорону здоров'я в Україні, свідчить про домінуюче фінансування лікарняних установ (понад 2/3 питомої ваги). Отже, на першому місці знаходиться не профілактична (превентивна) робота, а лікування хво-

рих людей та осіб похилого віку. За період існування медицини лікарі навчилися лікувати майже 10 тис. хвороб, проте невирішеною проблемою є вимірювання наявного рівня здоров'я людини, відсутність у штаті медичних установ валеологів (від лат. *valeo* – бути здоровим).

Навіть за стандартами Всесвітньої організації охорони здоров'я кількість лікарів і лікарняних ліжок у розрахунках на душу населення в Україні є дуже високою і перевищує у 3–5 разів аналогічні показники по країнах Європи, а середній термін – 16 днів, які пацієнт проводить у лікарні, є дуже великим [2].

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) чітко вказує, що система охорони здоров'я повинна фінансуватися з держбюджету на рівні не менше 5 % від внутрішнього валового продукту (ВВП). Якщо у 2007 докризовому році сфера охорони здоров'я

мала цей показник на рівні 3,4 % від ВВП, то у 2009–2010 рр. він не досяг рівня трьох відсотків.

Нині Україна єдина серед країн СНД, яка не має додаткового джерела фінансування галузі охорони здоров'я – безкоштовного медичного страхування [3].

У Німеччині воно було запроваджено ще в 1884 р., Франції – 1954, Росії – 1991, Молдові – 1996, Казахстані – 2002 р.

Низький рівень доходів більшості сімей з дітьми не дає їм можливості задовольняти в достатньому обсязі потреби у підтримці свого здоров'я, одязі, харчуванні, нормальних житлово-побутових умовах. За результатами соціологічних досліджень, у випадку захворювання близько 40 % опитаного населення по можливості намагаються не звертатися до лікарів за медичною кваліфікаційною допомогою. Основною причиною такого явища є висока вартість медичних послуг [4]. Кожний 8-й мешканець (12 %) відкладає свій візит до лікаря. Найбільше вартість медичної допомоги турбує мешканців Західно-го регіону (20 %), найменше (8 %) – населення, яке мешкає у Східному та Центральному регіонах України. Приблизно п'яту частину осіб, які не звертаються по медичну допомогу, становлять сільські мешканці (малозабезпечені особи з прибутком у 200–400 грн (17 %), люди старшого віку та пенсіонери (20 %). Однією із причин незвертання населення за медичною допомогою є її низька якість (14 %).

Статистика останніх років свідчить, що звертаються до лікарів – 59,5 %, не звертаються через високу вартість медичного обслуговування – 12 %, віддаленість медичної установи від місця проживання – 3,5 %, довгі черги – 4,5 %.

Соціологічні дослідження свідчать, що страхову модель медицини підтримують лише 20 % населення Східного та понад 35 % Західного регіонів України. При цьому слід зазначити, що страхова модель медицини успішно зарекомендувала себе у Польщі й Угорщині та неуспішно – у Росії.

Більшість громадян України бажають мати солідарну систему охорони здоров'я, яка дає змогу перерозподіляти кошти на медичне забезпечення між державою і населенням шляхом модернізації бюджетної, запровадження страхової моделі та зменшення витрат з боку пацієнтів. Узагальнені дані стосовно незадоволеності населення діючою системою охорони здоров'я наведені у табл. 1 [4].

Ці дані свідчать, що у бюджетній моделі медицини через цілу низку причин рівень якості медичної допомоги низький, що зумовлює незадоволеність населення цією моделлю охорони здоров'я.

У ст. 49 Конституції України визначено, що кожний громадянин має право на отримання безкоштовної медичної допомоги.

Проте реально громадяни розуміють, що 3 грн на добу на лікування одного хворого та 1 грн 60 коп. на харчування – вкрай недостатньо [3].

Люди вмирають в основному від серцево-судинних захворювань не тільки частіше, ніж у країнах зарубіжжя, а й раніше. Причому показники смертності від цих хвороб найвищі серед європейських країн. Серйозну за-

Таблиця 1

Незадоволеність населення України діючою системою охорони здоров'я, у відсотках до опитуваних

Тип системи	Низький рівень якості медичної допомоги	Висока вартість медичного забезпечення
Бюджетна	37,4	57,7
Страхова	33,3	14,6
Приватна	6,1	5,0
Не виділили конкретного типу	23,2	22,0

непокоєність викликає стан та демографічні тенденції здоров'я жінок і немовлят, які породжують цикл: хворий плід – хвора дитина – хворий підліток – хворі батьки. Його тривалість, за даними російських учених, становить 20–25 років. З кожним новим циклом хвороблива ураженість немовлят неухильно зростає [2].

Серед країн Європи Україна займає перше місце за захворюваністю СНІДом і туберкульозом. Вона друга після Росії за показником онкологічних захворювань. Смертність у теперішній час в Україні в 2 рази перевищує народжуваність. Щорічно в країні реєструється 20–25 млн відвідувань хворих у зв'язку із серцево-судинними захворюваннями, понад 1 млн мешканців України знаходяться на диспансерному огляді за діагнозом “рак”, більш 500 тис. – за діагнозом “туберкульоз” [3].

За показником загальної кількості (коефіцієнтом смертельних випадків на виробництві на 1000 працюючих) серед десяти європейських країн Україна посідає друге місце після Росії ($K_{см}^{1000}=0,117$) [5]. Зведені дані

про смертельні випадки на виробництві наведені на рис. 1.

Одним із суттєвих чинників погіршення здоров'я населення України є нездоровий спосіб життя. За офіційними даними в Україні здорового способу життя дотримуються лише 6 % населення, в той час як в окремих зарубіжних країнах (Японія, Швеція, Німеччина) цей показник перевищує 80 % [2].

Концепції охорони здоров'я, що розробляються в Україні, містять положення, які спрямовані на боротьбу з різноманітними хворобами.

Проте людина вмирає не від хвороб, а від зменшення кількості (міри) здоров'я. На жаль, сучасна медицина не розробила дієві та ефективні методи вимірювання кількісно-якісних показників здоров'я людини. Тому не дивно, що такі важливі напрями збереження і зміцнення здоров'я, як валеологія і синологія не отримали свого пріоритетного розвитку в умовах сучасного суспільства.

Нині 60–70 % медичного обладнання використовується в лікувально-профілактичних установах, яке було придбано ще у 70-ті



Рис. 1. Загальна кількість (коефіцієнт) смертельних випадків на виробництві на 1000 працюючих ($K_{см}^{1000}$) у деяких європейських країнах

роки минулого століття, воно морально та фізично застаріле [3].

На сьогодні 60 % медичних кадрів – пенсіонери. В Росії лікар має зарплату 800 дол., в Україні – 150 дол., тобто в 5,33 раза менше.

У Законі “Про бюджет” і Конституції України визначено, що середня заробітна плата медичних працівників і викладачів має бути на рівні заробітної плати по промисловості. Проте заробітна плата лікаря становить 1342 грн, в той час як в середньому по промисловості – 2162 грн, тобто в 1,61 раза менше.

Лікарі повинні отримувати заробітну плату на рівні щонайменш 5–8 тис. грн [3].

Розглядаючи проблеми формування та збереження потенціалу здоров'я населення України, слід зазначити, що в Європі приблизно 80 % медикаментів відпускаються тільки за рецептом. Серед недоліків охорони здоров'я в Україні через відсутність надання ліків за рецептом розповсюджена хіміорезистентна форма туберкульозу. Тому потрібне поетапне обмеження на закупівлю ліків без рецепта.

Здійснена нами експертна оцінка потенціалу здоров'я дала змогу встановити, що його вагомість (0,081) займає четверте місце після громадянсько-політичного потенціалу (0,136), демографічного (0,087) та діяльнісного (0,082).

Серед складових потенціалу здоров'я на першому місці знаходиться показник тривалості життя, далі йде рівень захворюваності з тимчасовою втратою працездатності, останнє місце посідає рівень інвалідності (табл. 2).

У сучасній науковій медичній літературі розкривається сутність п'яти основних кон-

цептуальних моделей здоров'я і хвороб людини: релігійна, екзистенційна, міжособистісна, біомедична, психосоматична (рис. 2) [6]. Згідно з релігійною моделлю релігійні чинники мають більше значення у відтворенні здоров'я, ніж біологічні, психологічні та соціальні. Існує думка, що реабілітацію здоров'я людини в комплексній реабілітації необхідно розпочинати з релігійної реабілітації.

Згідно з екзистенційною моделлю стан здоров'я людини і схильність її до розвитку різних захворювань визначається досвідом і життєвою позицією. Якщо людина обирає активну життєву позицію, то вона обирає здоров'я.

Для досягнення гарного стану здоров'я потрібно дотримуватися балансу системи “розум – тіло”, що пропонується психосоматичною моделлю, яка поєднує значення розуму й тіла в етіології хвороби, що розвивається за механізмом зворотного зв'язку через взаємодію фізичних і розумових чинників.

Згідно з біомедичною моделлю здоров'я людини розглядається як відсутність органічних порушень і суб'єктивного відчуття нездоров'я. Причому істотну роль в життєдіяльності людини та в збереженні її здоров'я відіграють біологічні чинники і закономірності. У цьому зв'язку багато залежить від біологічного потенціалу людини, вагомість якого становить 0,068 відносних одиниць.

Міжособистісна модель істотно розширює поняття здоров'я і хвороби стосовно гуманістичної, релігійної, екзистенційної моделей і розглядається як надприродна.

Враховуючи, що головні хвороби люди-

Таблиця 2

Розподіл складових потенціалу здоров'я населення, ранги

Складові потенціалу здоров'я	$x \pm Sx$, ранги
Тривалість життя	1,85 ± 0,30
Рівень захворюваності з тимчасовою втратою працездатності	2,54 ± 0,25
Рівень професійної захворюваності	2,92 ± 0,20
Умовний показник здоров'я населення	3,31 ± 0,33
Рівень інвалідності	4,38 ± 0,16



Рис. 2. Концептуальні моделі здоров'я і хвороби



Рис. 3. Структура показників соціальних стандартів рівня життя як фактора відтворення людського потенціалу

ни мають не монокаузальний, а поліпричинний характер порушення здоров'я, відтворення його потенціалу має здійснюватися не тимчасово, а постійно, на системно-синергетичній основі [7], що буде надійним підґрунтям для розробки пріоритетних заходів щодо попередження можливих порушень здоров'я.

Розглядаючи напрями забезпечення розвитку трудового потенціалу за їх пріоритетністю, необхідно підкреслити, що заходи, які пов'язані зі здоров'ям населення, за ваговим коефіцієнтом впливу знаходяться у другій, шостій, восьмій та дев'ятій десятках [1].

Так, укріплення генофонду нації, запровадження всіх механізмів поліпшення стану здоров'я населення, забезпечення його охорони має ваговий коефіцієнт 0,136 (18 місце), реформування системи охорони здоров'я, підвищення її ефективності, формування системи профілактичних заходів щодо поліпшення здоров'я населення – 0,04 (61 місце), підвищення якості медичного обслуговування, забезпечення рівня його надання потребам працюючих – 0,037 (64 місце), забезпечення розвитку системи страхування соціальних ризиків та підвищення ефективності діючих систем страхування втрати здоров'я, роботи – 0,021 (76 місце), забезпечення сприятливих умов праці, запобігання виникненню ризиків втрати здоров'я і працездатності на виробництві – 0,0142 (86 місце).

Для відтворення людського потенціалу важливим напрямом є дотримання соціальних стандартів рівня життя населення (рис. 3). Важливою проблемою соціального захисту населення на всіх рівнях державного управління є недосконалість існуючої системи соціального страхування, що зумовлена насамперед відсутністю законодавчо встановленої прямої залежності між страховими внесками та виплатами з них, функціонуванням переважно державної системи соціального страхування. Згідно з Основами законодавства України “Про

загальнообов'язкове державне страхування” має бути здійснений перерозподіл відповідальності за соціальне забезпечення громадян між державою, роботодавцями та працівниками. В цьому напрямі першочерговим завданням у сфері соціального страхування є прийняття нових законів України з окремих видів загальнообов'язкового державного соціального страхування, створення сучасної нормативно-правової бази, яка б визначала їх правові, економічні та організаційні засади, відповідної системи управління соціальним страхуванням.

Потрібним першочерговим кроком у розвитку національної системи охорони здоров'я є якомога швидке прийняття Верховною Радою України Закону “Про загальнообов'язкове державне соціально-медичне страхування”, який зміцнить правову й фінансову основу всієї системи охорони здоров'я.



Література

1. Якість трудового потенціалу та управління трудовою сферою в Україні: соціальна експертиза: Монографія / О. І. Амоша, О. Ф. Новікова, В. П. Антонюк, Л. В. Шаульська та ін. / НАН України. Ін-т економіки промсті. – Донецьк, 2006. – 208 с.
2. Кальнянов А. В. Аксиологія здоров'я сучасної молоді // Роль науки, релігії та суспільства у формуванні моральної особистості: Матеріали XXIII міжнар. наук.-практ. конф., м. Донецьк, Держ. ун-т інформатики і штучного інтелекту, 16 трав. 2008 р. – Донецьк: ІПШІ “Наука і освіта”, 2008. – С.120–121.
3. Медицина на голодном пайке // Аргументы недели. – 2010. – № 9. – декаб.
4. Лехан В. Социологический опрос населения Украины о ситуации в системе здравоохранения и перспективах ее развития // Социология: теория, методы, маркетинг. – 2008. – № 4. – С. 207–210.
5. Шутов М. М. Регенерация населения Украины; сценарий будущего: Монография / М. Шутов, В. Бурега, С. Вовк. – Донецк: ВИК, 2010. – 204 с.
6. Гиріна О. М., Грішило П. В., Смикодуб О. І. та ін. Сімейна медицина. – Кн. 1. Організаційні основи сімейної медицини. – К.: Медицина, 2007. – 390 с.
7. Шконда В. В., Кальнянов А. В., Давидов П. Г. Феномен синергетики: наука – общество – образование: Моно-

Наводяться порівняльні дані щодо показників здоров'я населення України та зарубіжних країн, виокремлюються проблеми, які гальмують запровадження загальнообов'язкового державного соціального страхування та

відповідної системи управління соціальним страхуванням, робиться висновок, що відтворення потенціалу здоров'я населення має здійснюватися на системно-синергетичній основі.

Приводятся сравнительные данные о показателях здоровья населения Украины и зарубежных стран, формулируются проблемы, тормозящие внедрение всеобщего государственного социального страхования и соответствующей системы управления социальным страхованием, делается вывод о том, что воспроизводство потенциала здоровья населения должно осуществляться на системно-синергетической основе.

The comparative data about population health indicators of Ukraine and foreign countries are given. The problems of slowing down the introduction of universal obligatory state social insurance and appropriate control system by social insurance are formulated. It is concluded that reproduction of population health potential must be carried out on the systematic and sinergetic basis.

Надійшла 24 листопада 2011 р.