

І.В. ЧОПЕЙ

Ужгородський національний університет, факультет післядипломної освіти, Ужгород

СУСПІЛЬНА ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я ТА ЇЇ ЗНАЧЕННЯ У ВПРОВАДЖЕННІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

Сьогодні, на початку XXI століття, стан здоров'я населення в колишніх соціалістичних країнах набагато гірший, ніж у Західній Європі і Північній Америці. За показниками захворюваності, смертності й інвалідності стоять страждання людей; не можна не враховувати і ту обставину, що зростання цих показників означає перевантаження системи охорони здоров'я і соціального забезпечення, уповільнення економічного росту.

Фактори, що безпосередньо впливають на здоров'я, такі як ожиріння, паління й алкоголь, відіграють важливу роль, однак спосіб життя визначається не тільки особистим вибором. Безліч даних свідчить про те, що здоров'я залежить від соціальних і економічних умов. Необхідно

підкреслити комплексну природу факторів, що впливають на здоров'я, виявити основні функції органів охорони здоров'я і роль системи охорони здоров'я у поліпшенні стану здоров'я.

Фактори, що визначають здоров'я:

людина і її особисті характеристики: вік, стать, спадковість і так далі; ці фактори важливі, однак змінити їх неможливо;

- спосіб життя;

- суспільні норми і безпосереднє оточення людини;

- умови життя і праці, медичне обслуговування і т.д.;

- усі перераховані вище фактори визначаються загальними економічними й екологічними умовами, в яких існує суспільство.

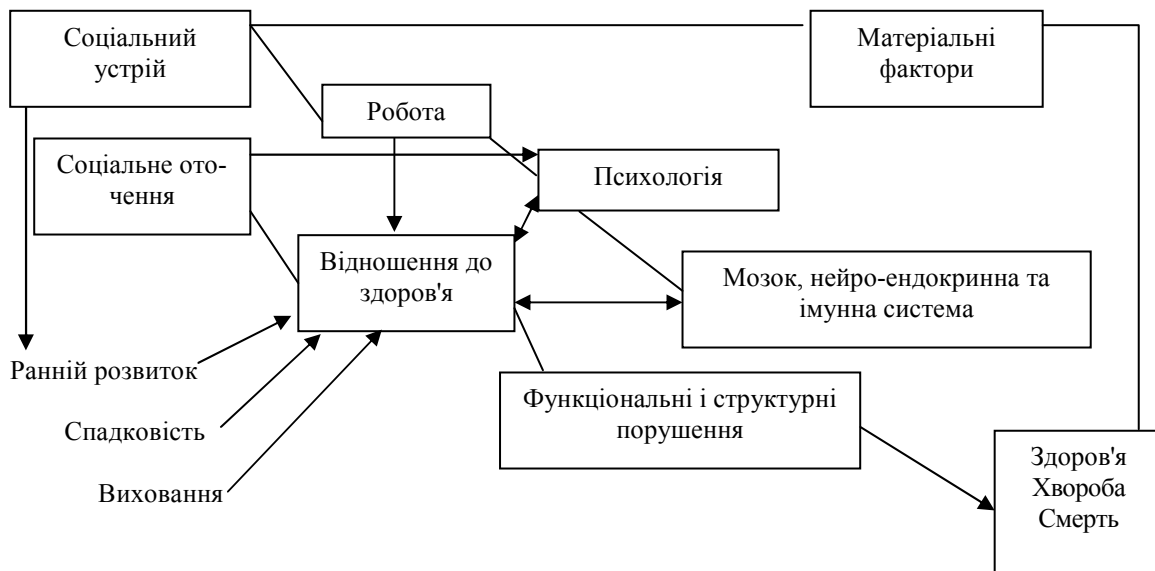


Рис. 1. Фактори, що визначають здоров'я.

На рисунку 1 показана друга теорія, що доповнює першу. Як і в попередньому випадку, ланцюг причинно-наслідкових зв'язків починається із соціальної структури і веде до стану здоров'я. Відмінність полягає в тому, що тут ми бачимо ланки, на які можна впливати. Наприклад, терапія та хірургія діють на патологічні зміни для того, щоб повернути здоров'я і попередити смерть. Профілактична медицина теж може впливати на ці ланки (наприклад, виявляючи й усуваючи гіперхолестеринемію), крім того, вона

може впливати на ставлення людини до свого здоров'я (наприклад, переконати його займатися фізкультурою, кинути палити).

Обидві теорії говорять про те, що, хоча втручання такого роду необхідні, ефективність їх невелика: вони направлені на наслідки і ніяк не

торкаються тих соціальних і економічних факторів, що у кінцевому рахунку визначають стан здоров'я. Чому в колишніх соціалістичних країнах так багато палять і так мало їдять овочів і фруктів? Ми знайдемо відповідь, звернувшись до соціально-економічної ситуації. Якщо людина почуває себе безсилою перед обставинами, не сподівається на краще, живе в бідності і не отримує від суспільства ніякої підтримки, то він не стане занадто піклуватися про своє здоров'я і витратити гроші на дорогі продукти, без яких можна обійтися.

Вплив соціальних умов на здоров'я населення стало особливо очевидним у перехідний період. Ми ще раз переконалися у значущості широкого кола факторів, що визначають стан здоров'я. Наприклад, зниження смертності в Чехії і Польщі, що відбулося після 1990 р., було обумовлено не

удосконаленням охорони здоров'я, а покращенням харчування. Поліпшення харчування, у свою чергу, стало можливим завдяки зниженню цін на продукти, що містять ненасичені жирні кислоти, фрукти й овочі. Таким чином, першопричиною зниження смертності стали фактори, далекі від медицини.

Суспільна охорона здоров'я може і повинна відігравати важливу роль у розробці заходів, щодо покращення здоров'я. Однак тільки медичними заходами значно поліпшити здоров'я населення неможливо. Охорона здоров'я покликана займатися профілактикою і санітарною освітою, тобто безпосередньо здоров'ям населення. Але вона не може залишити без уваги і ті фактори, що його визначають.

Суспільна охорона здоров'я (соціальна гігієна) — дуже загальний термін; у різних країнах його розуміють по-різному; відмінна і уява про її функції. Відповідно до одного з вдалих визначень, суспільна охорона здоров'я — це галузь, що мобілізує сили суспільства для поліпшення стану здоров'я,

підвищення якості і тривалості життя. У ряді країн суспільна охорона здоров'я займається не тільки медичними питаннями, але й освітою, житлом, транспортом та іншими державними питаннями. В інших країнах у її підпорядкуванні знаходиться власне соціальна гігієна і управління охороною здоров'я, нарешті, існують країни, де їй відведені тільки гігієнічні заходи.

Більшість фахівців сходяться на тому, що основні завдання суспільної охорони здоров'я включають:

- спостереження за станом здоров'я населення і факторами, які його визначають,
- попередження хвороб, травм і інвалідності,
- санітарну просвіту і пропаганду,
- охорону навколишнього середовища.

Однак ми вважаємо, що органи охорони здоров'я не можуть виконувати всі ці функції без сторонньої допомоги.

Стан здоров'я населення в колишніх соціалістичних країнах набагато гірший, ніж у Західній Європі. У кінці 1990-х років різниця між середньою тривалістю життя у різних країнах Європи досягала 10 років, причому майже всі країни з низькою тривалістю життя — це колишні соціалістичні країни. Навіть у віці 45 років середня тривалість наступного життя в чоловіків тут на 8 років нижча, ніж у Західній Європі.

Різниця в стані здоров'я між Заходом і Сходом виникла вже давно, але стала такою разючою лише в останні роки. Після Другої світової війни середня тривалість життя стала швидко зростати як у Західній, так і у Східній Європі, однак до початку шістдесятих намітилися розходження. Середня тривалість життя в країнах Західної Європи продовжувала рости і за період з 1970 по 2000 рр. збільшилася в середньому на 6 років. В той же час у країнах Центральної і Східної Європи і

на території колишнього Радянського Союзу збільшення було вкрай незначним, а в Болгарії, Угорщині і Польщі середня тривалість наступного життя в 15-річних чоловіків навіть знизилася (ознака збільшення смертності серед дорослих).

Після того як у 1998 р. соціалістичний табір припинив своє існування, ситуація в країнах Центральної і Східної Європи різко погіршилася. Економічні показники знижувалися, смертність росла. Через якийсь час у більшості цих країн перехідний період завершився більш-менш успішно, і смертність знову знизилася. Тим часом у країнах колишнього СРСР, де перехідний період мав значно важчі наслідки, смертність неухильно зростала.

Які захворювання відповідають за різницю у тривалості життя на Сході і Заході? Можливо, відповідь на це питання вкаже нам спосіб покращити ситуацію. Різниця в середній тривалості життя на початку 1990-х років складала 6,1 року. При цьому 15% цієї різниці сформувалося в дитинстві, 43% — від 35 до 64 років і 23% — після 65 років. На частку серцево-судинних захворювань припадає 54%, насильницької смерті — 23%, легеневих захворювань — 16%. Цікаво, що в колишніх соціалістичних країнах онкологічні захворювання поширені не більше, ніж у Західній Європі. Дані по окремих країнах (Німеччина, Угорщина і Росія) відповідають загальній картині. Частота насильницької смерті (від убивств і нещасних випадків) вище в колишніх Радянських республіках, особливо з кінця 1990-х років.

Причинам високої смертності в колишніх соціалістичних країнах було присвячено ряд досліджень. Вони показали, що наростання розриву між Сходом і Заходом лише в дуже незначній мірі визначається різницею в рівні медичної допомоги і обумовлено насамперед різницею захворюваності, а не летальності захворювань. Виняток складає лише дитяча смертність, що скоріше за все скорочувалася в країнах з високим рівнем розвитку акушерства і педіатрії.

Імовірно, що висока смертність у колишніх соціалістичних країнах у значній мірі обумовлена тим, що тут не ведеться боротьба з такими факторами ризику, як паління, артеріальна гіпертонія і гіперхолестеринемія. Число курців тут значне серед чоловіків і росте серед молодих жінок, частка людей, що страждають ожирінням, велика, харчування неповноцінне (споживається багато насичених жирів і мало свіжих овочів і фруктів), мало хто займається спортом у вільний час.

У той же час роль забруднення навколишнього середовища, яке прийнято вважати основною причиною високої смертності, скоріше за все невелика.

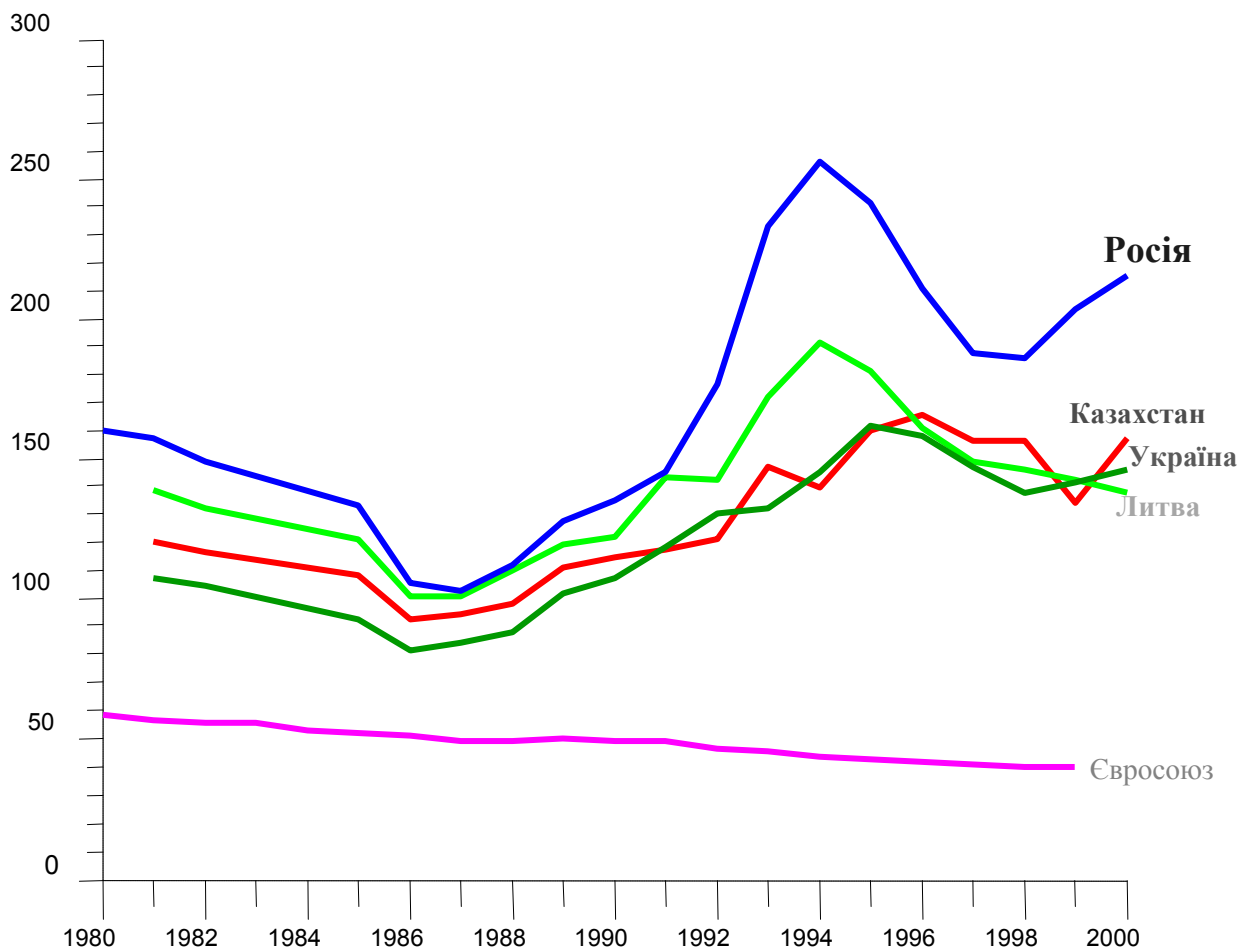


Рис. 2. Рівень смертності від травм і насилля (на 100000 населення)

Причини різких коливань смертності в 1990-х роках вивчені ще не повністю, однак більшість дослідників сходяться на тім, що вони обумовлені змінами соціальних і економічних умов. З початком перехідного періоду ці умови погіршилися у всіх країнах. Ріст безробіття і майнової нерівності тією чи іншою мірою торкнувся всіх країн, а в ряді країн колишнього СРСР вони досягли того ж рівня, що й у країнах Латинської Америки. Соціальна нерівність відобразилася і на здоров'ї. Судячи з деяких непрямих даних, одна з причин високої смертності — це пияцтво й алкоголізм, що ведуть до алкогольних отруєнь, каліцтв, убивств і, можливо, підвищують ризик серцево-судинних захворювань.

Поряд із серцево-судинними захворюваннями, травмами й алкоголізмом поширюються й інфекційні хвороби. В Україні з 1989 року різко зросла захворюваність на дифтерію, вірусний гепатит В і С, туберкульоз та ВІЛ-інфекцію. Остання пов'язана переважно зі стрімким поширенням внутрішньовенної наркоманії. У Росії й у деяких інших країнах вживання наркотиків досягло масштабів епідемії. Поширеність цих інфекційних хвороб покищо не дуже велика, але темпи її росту

вражають. Якщо так буде й далі, то гепатит, СНІД і інші інфекції вийдуть на перше місце по розповсюдженості і стануть основною причиною смерті.

Деякі труднощі дев'яностих років були пов'язані з дезорганізацією державної охорони здоров'я і недостатнім фінансуванням для закупівлі лікарських засобів, зокрема, матеріалу для щеплень. Проте, головні причини загального погіршення стану здоров'я коріняться в глибокій соціальній кризі, прояв якої — економічний спад, безробіття, біженці, організована злочинність, алкоголізм і наркоманія. Позначається і гнітюча загальна атмосфера. Людям здається, що вони нічого не можуть змінити, не відчувають себе зв'язаними із суспільством. У дев'яностих роках потрясіння на ринку праці, кричуща нерівність, руйнування родини зробили положення ще обтяжливим. Вирішення цих проблем — першочергове завдання органів охорони здоров'я й уряду.

Соціалістична система суспільної охорони здоров'я ґрунтувалася на санітарно-епідеміологічній службі, що відповідала за здоров'я народу і профілактику. Це була складна ієрархічна система, у

якій місцеві (головним чином районні) санітарно-епідеміологічні станції (СЕС) підкорялися центральним (обласним чи республіканським) інститутам. У той же час санітарно-епідеміологічні служби підкорялися і місцевим органам охорони здоров'я. У завдання СЕС входило санітарне спостереження, профілактика й іноді — наукові дослідження. Центральні інститути займалися охороною навколишнього середовища, загальним станом здоров'я, професійною гігієною, гігієною харчування, гігієною дітей і підлітків, епідеміологією і мікробіологією.

Мабуть, головним досягненням санітарно-епідеміологічних служб можна вважати їх внесок у програму вакцинації і боротьбу з інфекційними хворобами; майже у всіх соціалістичних країнах тут були досягнуті вражаючі успіхи. В охороні навколишнього середовища, боротьбі з неінфекційними і професійними захворюваннями стан справ був значно гірший. Недоліки старої системи були частково зумовлені тим, що вона не мала реальної влади: наприклад, виявивши, що підприємство забруднює середовище, вона ніяк не могла на нього вплинути. Позначалася і політична обстановка. Необхідні санітарні міри часто йшли врозріз з лінією партії, і мало в кого вистачало мужності їх відстоювати.

Інформаційна функція санітарно-епідеміологічної служби полягала в зборі даних по інфекційних хворобах, імунізації, стану імунітету, професійних і деяких інших захворюваннях. Дані по медичній допомозі і неінфекційних захворюваннях (наприклад, онкологічних) збирали лікувальні установи, використовувалися ці дані відносно рідко. Незважаючи на розходження від країни до країни, у цілому інформаційне забезпечення після 1990 р. було незадовільним. Багато даних (наприклад, по смертності, результатам пологів) надходили з державних і закордонних джерел. Наприклад, основним джерелом інформації по захворюваності на серцево-судинні захворювання і її лікуванню була присвячена цим питанням ВОЗівська програма MONICA.

Після 1990 р. суспільна охорона здоров'я, як і інші державні установи, була в більшості країн реформована. Подальший виклад заснований на спостереженнях у деяких країнах. Реформи у всіх країнах йшли по різному, однак є і кілька загальних закономірностей.

У багатьох країнах органи суспільної охорони здоров'я були децентралізовані. У більшості країн контроль центральних органів над місцевими установами охорони здоров'я послабився, а зв'язок місцевих установ з місцевою владою, навпаки, зміцнів. Майже у всіх країнах центральні органи охорони здоров'я як і раніше знаходяться у відомстві міністерства охорони здоров'я, однак місцеві органи управління набули більшого впливу у питаннях охорони здоров'я. Ці зміни мали деякі позитивні наслідки: місцеві органи охорони здоров'я стали

краще відповідати місцевим потребам: наприклад, вони проводять за завданням місцевого керівництва епідеміологічні дослідження і роблять спеціальні послуги (наприклад, консультування по ВІЛ-інфекції). У деяких країнах органи охорони здоров'я одержали право на додаткове фінансування.

У багатьох країнах (особливо колишнього СРСР) державне фінансування було значно знижене через економічний криз. Це набагато сильніше позначилося на суспільній охороні здоров'я, ніж на лікувальних установах. У результаті органи охорони здоров'я виявилися нездатні робити деякі послуги (наприклад, проводити вакцинацію) і починати нові програми. Органи охорони здоров'я втратили частину своїх функцій через зміни в законодавстві. Так, у Чехії вивчення забруднення навколишнього середовища частково стало завданням Міністерства екології, контроль за якістю продуктів харчування — Міністерства сільського господарства, радіаційна гігієна — створеного Агентства ядерної безпеки при уряді.

Децентралізація і деякі зміни в законодавстві були необхідні, але, відбуваючись одночасно, вони призвели до ослаблення контролю і розмивання відповідальності. До цього додалося зниження фінансування. У результаті децентралізації в багатьох країнах суспільна охорона здоров'я усе більше витісняється на периферію міністерських інтересів. Не занадто цікавляться нею і місцеві влади. При необхідності урізати витрати, це роблять, насамперед, за рахунок суспільної охорони здоров'я.

Суспільна охорона здоров'я, як і інші медичні галузі, до 1990 р. мала у своєму розпорядженні достатню кількість співробітників. У результаті політичних змін їхнє число значно зменшилося. Деяке скорочення штату було необхідним (Feachem & Grekeg 1991), але були звільнені насамперед найбільш професійні і кваліфіковані. Основні причини — низька зарплата і відсутність перспектив.

Оздоровчу роботу можна розділити на три напрямки.

Проведення разових заходів і прийняття актів, наприклад, по боротьбі з палінням.

Постійна робота з окремими групами населення, наприклад, наркоманами і ВІЛ-інфікованими.

Міжгалузеве співробітництво, наприклад, з Міністерствами житла, транспорту, фінансів.

Якщо до 1990 р. оздоровчій роботі приділялося мало уваги, то останнім часом у багатьох країнах вона стала основною функцією суспільної охорони здоров'я; важливу роль зіграло при цьому Європейське регіональне бюро ВОЗ.

Найбільша увага звичайна приділяється другому напрямку роботи. У більшості країн існують програми по боротьбі з ВІЛ-інфекцією і зниженню шкоди від внутрішньовенного вживання наркотиків, по роботі з підлітками, пропаганді здорового способу життя і так далі. Ця робота, як це взагалі характерно для періоду після 1990 р., ведеться при сприятливих міжнародних програм, зокрема Міжнародної

програми по зниженню шкоди Інституту «Відкрите Суспільство», що займається насамперед ВІЛ-інфекцією і внутрішньовенною наркоманією.

Недостатній розвиток міжгалузевої взаємодії багато в чому обумовлено труднощами, з якими зустрічаються уряди, що намагаються ввести антиалкогольне й антитютюнове законодавство (наприклад, заборона на рекламу і підвищення податків). Там, де таке законодавство було введено, воно зустріло запеклий опір тютюнових компаній, що нерідко виявлявся успішним. Останній приклад такого роду — скасування антитютюнового законодавства в Чехії в травні 2002 р. Заважає міжгалузевою співробітництву і те, що суспільна охорона здоров'я розглядається державою як другорядна галузь.

Є все-таки і позитивні приклади. Найвідоміший з них — це програма «Здорові міста», що поєднує різні напрямки роботи на місцевому рівні. Цей підхід залучає своєю новизною, вітається в колишніх соціалістичних державах: він залучає новими можливостями в охороні здоров'я населення, змушує керівників прислухатися до думки людей. Регіональне бюро ВОЗ підтримує цю програму в Центральній і Східній Європі й у Росії; в одній тільки Хорватії а програмі беруть участь 60 міст. Інший приклад — Європейська програма «Школа здоров'я», очолювана ВОЗ, фінансується Європейським союзом і Радою Європи. У програмі беруть участь більшість країн Центральної і Східної Європи. Завдання програми — розвиток санітарної освіти в школах. У Латвії, Польщі, Росії й Узбекистані діє програма «Охорона здоров'я у в'язницях».

До 1990 р. система охорони здоров'я була не в силі знизити забруднення навколишнього середовища, насамперед через політичні причини. З 1990 р. положення змінилося. Проблема забруднення навколишнього середовища потрапила в центр уваги, і в багатьох країнах з'явилися дослідницькі й освітні програми в цій області.

Однак буде потрібен якийсь час, щоб дослідження взаємозв'язку навколишнього середовища і здоров'я ввійшли в повсякденну практику. Серед досягнень можна назвати національну програму охорони здоров'я і навколишнього середовища, діючу у Чехії. Програма збирає дані по впливу різних шкідливих факторів і зіставляє їх зі змінами в стані здоров'я. Ще один приклад — Національні плани дій по гігієні навколишнього середовища, що діють у багатьох колишніх соціалістичних країнах під керівництвом ВОЗ. Ці плани покликані координувати дії урядів у різних галузях народного господарства у справі охорони навколишнього середовища.

Щоб поліпшити збір і обробку інформації про стан здоров'я населення, були витрачені значні кошти. Інформаційні системи були удосконалені й у багатьох країнах комп'ютеризовані. Істотна частина даних збирається у ВОЗ, ЮНІСЕФ і інших

міжнародних організаціях і публікується у виді електронних баз даних, частина з яких розміщена в Інтернеті. Наприклад, Возівська база даних «Здоров'я для всіх» (<http://www.who.dk/hfadb>) містить безліч санітарних і соціологічних показників. Європейське регіональне бюро ВОЗ разом з іншими міжнародними організаціями розробляє базу даних «Розвиток систем охорони здоров'я», у якій містяться, зокрема, дані по суспільній охороні здоров'я різних країн світу (<http://www.observatory.dk>). Існує база даних по інфекційних і серцево-судинних захворюваннях. ЮНІСЕФ створила базу даних, що містить відомості про стан здоров'я і соціально-економічних показників у 27 колишніх соціалістичних країнах Європи (<http://www.eurochild.gla.ac.uk/documents/monee>).

Значимість усієї цієї інформації визначається насамперед якістю збору первинної інформації, а вона часто буває невисокою. Крім того, використання даних затруднюється тим, що вони недостатньо деталізовані, недостатньо докладно описують стан здоров'я в окремих соціально-економічних групах населення.

У багатьох країнах з недавніх пір проводяться однократні і повторні дослідження, що допомагають зібрати дані по способу життя й індивідуальних факторах ризику. Існують і негативні тенденції. Ослаблення контролю відбулося на інформаційних системах в області охорони здоров'я: багатьох даних не вистачає, а ті, що є, іноді неточні.

Як уже було сказано, багато країн переживають спад економіки. Крім того, доводиться вирішувати безліч соціальних проблем: це високі корупція і злочинність, слабкі соціальні структури, ріст безробіття і майнове розшарування. Усе це затруднює проведення реформ і негативно позначається на здоров'ї населення.

У багатьох країнах існує думка, що здоров'я населення визначається роботою медичних установ. Цю думку розділяють керівники і рядові громадяни. Більшість погоджується також з необхідністю імунізації й з боротьбою з інфекційними захворюваннями. Деякі вважають необхідними програми по боротьбі з хронічними захворюваннями і наркоманією. І лише далеко не всі усвідомлюють, що істотний вплив на здоров'я має цілий рад таких галузей, як освіта, транспорт і пенсійне забезпечення. Не усвідомлюється і той факт, що розвиток суспільства — це насамперед зміцнення здоров'я його членів. Керівники не звикли думати про те, як їхні рішення позначаються на здоров'ї населення і надавати підтримку програмам зміцнення здоров'я. Наприклад, дослідження програмних документів, проведене в Росії, показало, що багато хто з них пропонує різні профілактичні заходи, але переважна більшість з них розуміють під ними винятково дії усередині системи охорони здоров'я.

Щоб перенаправляти зусилля на оздоровчу і профілактичну роботу, необхідний час. Міжгалузево

співробітництво здавна було недостатнім, і змінити це положення досить важко.

Співробітництво між різними установами і галузями недостатнє навіть у нових проєктах, що задумувалися як міжгалузеві. Так, дослідження, присвяченому гігієні навколишнього середовища в шести колишніх соціалістичних країнах показало, що, незважаючи на розуміння необхідності міжгалузевого підходу, взаємодія між організаціями навіть усередині однієї галузі вкрай слабка.

Необхідно терміново перевчити працівників суспільної охорони здоров'я в таких найважливіших галузях, як оздоровча робота, медична статистика й інформатика, виявлення й оцінка шкідливих факторів.

Розуміння того, якого роду дані можна вважати доказами, суттєво відрізняються на Сході і Заході. У колишніх соціалістичних країнах необхідне впровадження принципів доказової медицини. Викладання суспільної охорони здоров'я в медичних інститутах поставлене слабо; післядипломна підготовка проводиться головним чином в галузі боротьби з інфекційними захворюваннями. Роль фахівців немедичних професій в галузі охорони здоров'я як і раніше не дооцінюється.

На початку 1991 р. Світовий банк виробив шість принципів розвитку охорони здоров'я.

Зберегти переваги (вакцинація, інші методи боротьби з інфекційними захворюваннями).

Усунути недоліки.

Реформувати установи охорони здоров'я.

Розвивати навчання в галузі суспільної охорони здоров'я.

Фіксувати бюджет суспільної охорони здоров'я.

Розробити міждисциплінарний і міжгалузевий підхід.

Ці принципи не втратили значення і сьогодні.

Україні важливо зберегти досягнення в галузі боротьби з інфекційними захворюваннями, вакцинації, охороні здоров'я матері і дитини. Країни, що зуміли зберегти життєздатні частини старої системи, легше перенесли зміни, ніж ті, де вона була цілком зруйнована.

Довгий список завдань, що стоять перед суспільною охороною здоров'я різних країн, істотно змінюється від країни до країни. Кожна країна повинна вирішити, які завдання вирішувати в першу чергу.

Це може бути боротьба зі старими і новими інфекційними хворобами, попередження лікарняних інфекцій, впровадження здорового способу життя, усунення факторів ризику, боротьба з наркоманією, планування сім'ї, попередження травм. У кожному випадку важливо знайти ключові фактори і використати міжгалузевий підхід, щоб впливати на кожний із них.

Завдання реформ – утримати найбільш здібних і зацікавлених співробітників, підвищити ефективність суспільної охорони здоров'я, розвивати міждисциплінарні і міжгалузеві взаємодії.

У деяких країнах існують спеціальні інститути, але вони готують переважно спеціалістів по управлінню ОЗ і приділяють мало уваги епідеміології, оздоровчій медицині, профілактиці і санітарній освіті. Відсилати студентів за кордон важко, однак приведення існуючих інститутів у відповідність із сучасними вимогами — цілком реальне завдання. Є кілька прикладів успішних починань у цій галузі. Угорщини за допомогою міжнародних організацій заснувала інститут суспільної охорони здоров'я; Американський університет у Єревані (Вірменія) проводить програму навчання в галузі суспільної охорони здоров'я. У Варнському університеті (Болгарія) теж є подібна програма, що підтримується Європейським Союзом. Інститут «Відкрите суспільство» і Асоціація шкіл суспільної охорони здоров'я в європейському регіоні також здійснюють програму в цій галузі в 13 країнах Європи.

Потрібно усвідомлювати, що профілактична медицина служить благу суспільства в цілому і повинна фінансуватися насамперед з державного бюджету. Природно, що держава при цьому має право направляти і контролювати його роботу. Уряд повинен фіксувати бюджет суспільної охорони здоров'я, наприклад, визначивши постійну частку витрат, що буде на нього витрачатися. Суспільство схильне дивитися на лікувальні установи як на основний елемент системи охорони здоров'я, однак у дійсності профілактична медицина робить набагато більший вплив на здоров'я суспільства.

Погіршення стану здоров'я населення в колишніх соціалістичних країнах обумовлено комплексом причин. Хоча діяльність суспільної охорони здоров'я відіграє важливу роль, проблему неможливо вирішити, не торкнувшись весь цей комплекс. Місцеві органи потребують підтримки з боку уряду; необхідно координувати діяльність різних міністерств, державних організацій і агентств, а також незалежних організацій. Завдання суспільної охорони здоров'я — підтримувати саме такий широкий підхід до суспільного здоров'я і визначальним його факторам.

Стан української системи охорони здоров'я початку ХХІ століття викликає гострий жаль. Ні, є в рідних пенатах лікарі зі світлими головами та вправними руками: їх, грамотних, висококваліфікованих фахівців, поки що, хвала Господу, вистачає. Корінь зла в іншому. Наша медицина в цілому перебуває в глибокому анабіозі. Як то кажуть, пацієнт швидше мертвий, ніж живий. Недарма експерти ВООЗ «закинули» Україну до країн — дрімучих аутсайдерів. Нам дісталось, подумати тільки, 155-те місце у світовому рейтингу охорони здоров'я.

Причин, з яких у нас так, м'яко кажучи, все невесело на медичному «фронті», зайвий раз повторювати немає сенсу. Їх усі чудово знають. Знову й знову підводити очі до неба і тремтячим голосом видихати «Доки ж?!!» також недоцільно. Знайти відповідь на це запитання, схоже, завдання складніше, ніж доко-

патися до сенсу буття. Тож спробуймо подивитися на сформовану ситуацію тверезим поглядом, відклавши рожеві окуляри і, водночас, не перебільшуючи негативів.

Мінздоровські чиновники можуть скільки завгодно рапортувати про «досягнення», «прориви» й «нові рубежі». Але тільки ми з вами, пересічні громадяни України, маємо право дати об'єктивну оцінку всьому, що відбувається, адже медицина покликана служити саме нам. Як вона виконує свої обов'язки всередині двадцятого року незалежності держави, чи задоволені наші співгромадяни нинішнім рівнем медобслуговування? Задоволених сучасною вітчизняною системою охорони здоров'я мало — лише 9,8% опитаних. 7,4% респондентів не мають певної точки зору. Тепер спробуйте вгадати з однієї спроби, яка думка решти 82,8% наших співвітчизників, котрі брали участь у дослідженні?.. Коментарі, погодьтеся, зайві.

Але проблема ще й у тому, що в більшості з нас немає ні культури, ні знань, ні звички, ні бажання, нарешті, ставитися до власного здоров'я належним чином. Ми далеко не американці з їхнім культом здорового способу життя. У нас, на жаль, усе відбувається за принципом «Доки грім не вдарить, мужик не перехреститься». (А либонь, наприклад, запущену гангрену в жодній закордонній суперклініці також не вилікують...)

А що, як правило, роблять наші співвітчизники, коли в них виникають проблеми зі здоров'ям? Виявилося, викликають дільничного лікаря лише 43,3% респондентів. Напрошується висновок — кредит довіри до людей у білих халатах аж ніяк не на високому рівні. Це підтверджує й інша цифра — 31,6% опитаних лікуються народними засобами, ще 2,5% довіряють іншим нетрадиційним методам медицини. Незначна кількість громадян (3,9%) звертаються до сімейного лікаря (щиро кажучи, це викликає глибокі сумніви, оскільки в нашій державі досі до пуття навіть не визначилися: хто ж вони такі — ці сімейні лікарі? Та й інститут сімейної медицини перебуває лише в зародковому стані. Отже, у даному випадку йдеться, скоріше, про сусідку-медика, «свого» терапевта тощо). Нікуди не звертаються 13,5% «нігілістів», вагалися з відповіддю майже 2%. А послугами приватних медзакладів регулярно користуються 3,4% респондентів, чого, загалом, і слід було чекати: приблизно стільки в Україні, за статистикою, заможних людей. До речі, про приватні лікарні. Хоча б раз до них зверталися 40% українців.

Отже, що маємо в результаті. Переважна більшість людей цілком не задоволена вітчизняною системою охорони здоров'я. При цьому лише половина з них веде здоровий спосіб життя. Є очевидним досить низький авторитет вітчизняних медиків, що працюють як у державних медзакладах, так і в приватних. Плюс відсутність в основній масі населення

необхідних коштів на лікування та підтримку власного здоров'я. На цьому поставимо крапку.

Стан галузі потребує поліпшення і потребуватиме цього завжди. Не лише в Україні, а й у будь-якій іншій, більш розвинутій державі. Мабуть, немає такої країни, де б не нарікали на систему охорони здоров'я. Кожна людина, здебільшого в старшому віці, очікує від медиків гарантій його власного здоров'я і розчаровується, коли такі гарантії отримує не повною мірою.

Наведемо оцінку галузі Всесвітньої організації охорони здоров'я за 2010 рік. Досягнення охорони здоров'я тієї чи іншої країни ВООЗ оцінює за двома інтегрованими показниками. Перший — очікувана тривалість життя без інвалідності, тобто ймовірний період життя в стані, близькому до повного здоров'я. Для України цей показник становить приблизно 63 роки (58,5 — для чоловіків, 67,5 — для жінок). Серед країн СНД попереду лише Грузія, де довгожителів традиційно багато. Рейтингове місце України — 70-те серед 191 країни. Інший важливий показник стосується дитячого контингенту — це т. з. показник рівності (ймовірності) виживання дітей. Він вираховується на підставі демографічної інформації, аналізу стану новонароджених, даних про дитячу смертність тощо. За цим показником Україна посідає 47 позицію (із 191-ї).

У стаціонари і мають потрапляти лише хворі із серйозною патологією, при цьому досягається інтенсифікація роботи лікарняного ліжка та раціональне використання коштів і кадрового ресурсу. Легкі та неуспешні випадки захворювань є прерогативою позалікарняних закладів. А скільки разів середньостатистичний житель України звертається до лікаря на рік — не секрет: у 2010 році рівно 10 разів. Люди, які дбають про своє здоров'я, звертаються частіше із профілактичною метою, легковажні, як ви висловились, «з украї запущеними хворобами». Медики постійно попереджають, радять, рекомендують, але чи їх слухають? Як кажуть, здоров'я — гонорар мудрих.

Раніше в нас було забагато лікарів (до речі, хворих також) — їх скоротили, зменшилася кількість ліжок у стаціонарах. Рятуючи від фінансової скрути медицину, хворого кинули напризволяще. Дійшло до того, що село залишилося практично без медицини. Рівень здоров'я сільського населення нині гірше, ніж у містах.

Європейські стандарти варті того, аби до них прагнути, зокрема і щодо забезпеченості лікарняними ліжками. Адже кількість лікарів у нас не зменшилась, молодих спеціалістів медичні вузи випускають трохи більше за об'єктивну потребу. Інша річ, що концентрація фахівців у медицині нерівномірна. Отож, перефразуючи слова одного американського президента, слід сказати: «Не питай, що зробила медицина для тебе, задумайся, що ти зробив для охорони здоров'я».

*Декан факультету післядипломної освіти
Ужгородського національного університету,
доктор медичних наук, професор,
заслужений лікар України*
Чопей І.В.