

3. Про підсумки розвитку загальної середньої, дошкільної та позашкільної освіти у 2008/2009 навчальному році та завдання на 2009/2010 навчальний рік : рішення колегії Міністерства освіти і науки України, 26 серп. 2009 р., Протокол № 9/1-2. - К., 2009.

4. Державний стандарт базової і повної середньої освіти : проект. - Режим доступу : <http://www.mon.gov.ua/index.php/ua/zvyazki-z-gromadskistyuta-zmi/gromadske-obgovorennya/4710>

5. Національна стратегія розвитку освіти на 2012-2021 рр. : проект. - Режим доступу : <http://www.mon.gov.ua/index.php/ua/zvyazki-z-gromadskistyuta-zmi/gromadske-obgovorennya/4710>

6. Біла книга національної освіти "Сили змін та вектори руху до нової освіти України" // Директор школи. - 2009. - № 43-44.

7. *Георгеску Д.* Курикулярна філософія двадцять першого століття: що старого і нового? / Д. Георгеску // Виклик для України: розробка рамкових основ змісту (національного курикулуму) загальної середньої освіти для 21-го століття : зб. доп. Всеукр. наук.-практ. конф., 25-27 черв. 2007 р., Київ. - К. : Постметодика, 2006. - № 3 (67). - С. 2-17.

8. *Кленко С.* Курикулум як проблема шкільної освіти України // Виклик для України : розробка рамкових основ змісту (національного курикулуму) загальної середньої освіти для 21-го століття : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., 26-27 черв. 2007 р., м. Київ / Україна - Проект "Рівний доступ до якісної освіти", Акад. пед. наук України, Державна установа "Директорат програм розвитку освіти" М-ва освіти і науки України. - К. : [б. в.], 2007. - С. 89-143.

Наталія Фойгт,

*кандидат економічних наук,
старший науковий співробітник,
докторант кафедри управління охороною
суспільного здоров'я НАДУ*

Зменшення навантаження старіння населення на систему охорони здоров'я засобами управлінського впливу

У статті аналізуються причини і чинники тиску старіння населення на систему охорони здоров'я, формулюються підходи до встановлення навантаження на охороноздоровчу галузь біологічного й інституційного старіння та визначаються управлінські засоби подолання такого навантаження.

Ключові слова: інституціалізація старіння, біологічне і соціальне старіння, політика охорони здоров'я.

In this article the causes and factors of pressure of population aging on health systems are analyzed. Approaches to determine the load on public health care by the both biological and institutional aging are formulated. Administrative means to overcome this burden are determined.

Key words: institutionalization of aging, biological and social aging, health policy.

Постановка проблеми. Старіння населення як глобальний процес впливає на всі сфери суспільного й економічного життя в будь-якій сучасній країні світу. В Україні цей процес збігся в часі із суспільно-економічними перетвореннями, які, зі свого боку, викликали низку ускладнень демографічного розвитку, зокрема безпрецедентне зниження народжуваності. Це прискорило процес демографічного старіння і обмежило час, необхідний суспільству для адаптації до нових демографічних реалій. На сьогодні процес старіння населення в Україні набув якості системного чинника розвитку, який впливає на фінансову і податкову системи, ринок праці, систему соціального забезпечення тощо. Охорона здоров'я є тією сферою, на яку демографічне старіння справляє найбільш складноструктурований вплив, що є однією з причин гальмування реформ у цій галузі та її ефективного розвитку.

Аналіз останніх досліджень. Проблеми еволюції, сучасного стану та перспектив демографічного старіння в Україні набули достатньо глибокого аналізу в роботах вітчизняних дослідників [1-3]. Гострота цих проблем відображена в таких важливих державних документах, як Концепція [4] і Стратегія демографічного розвитку України на 2005-2015 рр. [5]. Базові принципи управління реформуванням охорони здоров'я в умовах демографічного старіння набули розвитку в роботах В.Сімоненка [6], О.Крентовської [7], С.Мокрецова [8] та ін.

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. Слід зазначити, що теоретичній відповіді науки державного управління на проблеми подолання негативних наслідків демографічного старіння досі бракує розширеного емпіричного обґрунтування.

Формулювання цілей статті. Цілями даної статті є аналіз причин і чинників тиску старіння населення на систему охорони здоров'я та формулювання напрямів управлінського впливу на подолання цього тиску.

Виклад основного матеріалу. Старіння є природною складовою життєвого циклу і має важливі наслідки для здоров'я, які й досі залишаються до кінця незрозумілими, а отже, такими, що важко піддаються контролю. Врешті, очевидними є два факти - той, що життя у свої фізичних проявах є цілком зрозумілим, і той, що каузальність цих проявів залишається таємницею. Це величезне відставання існуючого знання від нагальних проблем охороноздоровчої сфери робить завдання організації ефективної охорони здоров'я та забезпечення людського добробуту майже невиконуваним. Можливо, через це політичні аналітики прагнуть абстрагуватись від проблем

старіння, витискаючи їх за межі проблематики охорони здоров'я. Таке абстрагування, втім, не знижує актуальності фундаментальної проблеми забезпечення відповідності існуючої системи охорони здоров'я сучасному демографічному і соціальному контексту. Адже населення старіє, підвищуючи тиск на систему медичного обслуговування і дедалі потужніше підштовхуючи політичний істеблішмент до непопулярних політичних рішень. Непопулярних з обох сторін: з одного боку, для підтримки існуючих обсягів і якості медичного обслуговування або їх підвищення згідно з потребами старіючого населення необхідно підвищувати податки та інші платежі; з другого - при зниженні податків відповідно знижуватимуться обсяг і якість медичного обслуговування. У центрі цієї дилеми перебуває взаємозв'язок між віком, здоров'ям та організацією охорони здоров'я.

На перший погляд, цей зв'язок є очевидним: люди старіють, їх здоров'я слабшає, і вони висувають дедалі складніші вимоги до системи охорони здоров'я. Таким чином, з точки зору неокласичної економіки модель є досить простою: похилий вік позитивно пов'язаний з обсягом медичного обслуговування у будь-який час і у будь-якому місці. Проте у людей не існує вибору "старіти чи не старіти", а отже, старіння не вписується в рамки неокласичного світу раціонального вибору з фіксованими, чітко визначеними уподобаннями. Ось чому вивчення взаємозв'язку старіння населення і розвитку охорони здоров'я не можна редукувати до суто емпіричних кореляцій між старінням та іншими змінними, оскільки такий підхід не розкриває усієї глибини, багатства і комплексності такого взаємозв'язку. Цей зв'язок є наочним прикладом міждисциплінарної проблеми, розв'язання якої потребує залучення експертів як природничої, так і соціальної галузей знань. У цьому контексті адаптація охорони здоров'я до умов демографічного старіння не редукується до суто організаційних проблем. Старіння відбувається не в цілковито вільному від цінностей етичному вакуумі, навпаки, воно, будучи джерелом міжвікових та міжпоколінних відмінностей, постійно висуває на порядок денний нові цінності та генерує етичні виклики, які зазвичай ігноруються при вивченні пов'язаних зі старінням управлінських проблем охорони здоров'я.

Старший вік сам по собі не є причиною підвищення потреби у медичній допомозі. Багато людей проживають старший період свого життя без звертання по складне і високовартісне медичне обслуговування. Старіння знижує фізичні можливості людини, що робить її більш уразливою до хвороб, що, у свою чергу, підвищує потреби в послугах охорони здоров'я. У цій, здавалося б, простій схемі, проте, зв'язок старіння з використанням послуг охорони здоров'я є далеким від безпосереднього і потребує більш детального аналізу. Перша ланка між віком і фізичним слабшанням є зовсім не такою очевидною, як здається. Адже, передусім, фізіологічне старіння

(сенильність) відрізняється від пов'язаних із віком хвороб. Літні люди можуть не мати діагностованих хвороб, але страждати на інвалідність через зниження фізичних сил і здатності до адаптації. У цьому сенсі похилий вік скоріше пов'язаний з інвалідністю, ніж з якоюсь хворобою. З іншого боку, літні люди можуть страждати на вікозалежні хвороби, для яких похилий вік є невід'ємною передумовою їх виникнення (так звані дегенеративні хвороби, як от хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення та ін.). Можна сказати, що старіння є комплексним процесом, який, як близнюків, пов'язує елементи сенильності та вікозалежних хвороб. Крім того, асоційоване з віком фізичне слабшання завжди кореспондується з індивідуальним матеріальним становищем та соціальним статусом. Таким чином, зв'язок між старінням і зниженням фізичних можливостей є біосоціальним за природою і неоднозначним з точки зору його інтерпретації в рамках запропонованої схеми.

Безпосередність зв'язку між зниженням фізичних можливостей і слабким здоров'ям спростовує апріорна складність визначення й оцінки здоров'я, оскільки воно є багатозначним об'єктом, якості якого не завжди можна виміряти кількісними шкалами. Спроби визначення результату здоров'я, отриманого від медичного втручання, завжди залишалися суперечливими, а їх застосування у політичній та управлінській практиці охорони здоров'я - проблематичним. Оскільки здоров'я є відносним концептом, те, що ми розуміємо під цілковитим здоров'ям, у різних спільнотах буде різним. Пересічні медики визначатимуть здоров'я як відсутність хвороб, серед політиків здоров'я як політична мета втілюватиме, передусім, ціннісне судження і змушуватиме їх апелювати до медичної етики, у середовищі соціологів формулювання поняття здоров'я потягне за собою шерег соціальних та психологічних уточнень і т. ін., хоча ВООЗ взагалі визначає здоров'я як усе те добре, що може відбутись у житті людини. Отже, якщо вік можна виміряти точно, то здоров'я - цілком, напевно, ні.

Наступною ланкою є досить логічне посилення про прямий зв'язок між слабким здоров'ям і системою охорони здоров'я, оскільки, якщо людина хвора, вона лікується. В ідеальній системі охорони здоров'я це так і відбувається. Проте така ідеальна система поки що ніде не створена, і на шляху до лікування в конкретної хворої людини виникає стільки перешкод і бар'єрів, що згаданий прямий зв'язок іноді зовсім не реалізовується. Наприклад, незначні проблеми зі здоров'ям людина може ігнорувати і ніколи не отримати лікування. Або якщо медична послуга є платною, пацієнт може бути вимушений відмовитись від неї через брак коштів. Медичне обслуговування на комерційній основі може віддавати перевагу платоспроможним пацієнтам і відмовляти в лікуванні пенсіонерам з низькою пенсією. Навіть коли охорона здоров'я є державно регульованою і фінансованою системою, як-от в Україні, більший доступ до неї все одно мають представники забезпечені-

ших соціальних груп через кращу освіту та інформованість, а також через вищу зацікавленість у здоров'ї. Отже, і в цьому випадку зв'язок між слабким здоров'ям і обсягом споживання послуг охорони здоров'я не є безпосереднім і опосередковується низкою соціальних та економічних обставин.

Загалом схема "старіння → зниження фізичних можливостей → слабке здоров'я → навантаження на охорону здоров'я" відображає перебіг подій, який базується на біологічному аспекті старіння, але ця схема є не єдино можливою. Оскільки виміряти і простежити здоров'я і хворобу не просто, політики охорони здоров'я зазвичай визначають похилий вік як передумову слабого здоров'я і потреби в медичному обслуговуванні та апіорне обґрунтування для надання останнього. Проте існує інший шлях, коли метою організації охорони здоров'я стає перерозподіл послуг за віковою ознакою. Такий підхід враховує як вікозалежну різницю потреб у медичному обслуговуванні, так і пов'язану з віком різницю в доходах. У такому випадку з наведеної схеми випадають ланки "зниження фізичних можливостей" та "слабке здоров'я", оскільки вона відбиває вже не біологічну, а інституційну логіку подій і стосується соціальних аспектів старіння.

Якщо таку спрощену схему читати не зліва направо, а навпаки, можна отримати ще один варіант взаємодії демографічного старіння та розвитку охорони здоров'я, коли розширення обсягу та підвищення якості медичного обслуговування є самодостатнім чинником поліпшення здоров'я і підвищення тривалості життя. У цьому випадку ефективна система охорони здоров'я реагує на старіння населення не як на якийсь зовнішній процес, а як на інтегровану складову діяльності у сфері підтримки здорового старіння. Але тут виникає парадокс: люди, які в молодому віці отримують лікування від небезпечної для життя хвороби, можуть дожити до похилого віку і врешті померти від цієї хвороби після тривалого і високовартісного лікування. У цьому випадку торжество медицини перетворюється на Піррову перемогу, призводячи до підвищення рівнів хворобливості населення та середньодушового обсягу спожитого медичного обслуговування. Виникає замкнене коло, коли поліпшення якості медичного обслуговування, детермінуючи збільшення обсягів його споживання в дитячому, підлітковому і робочому віці, стимулює підвищення частки населення похилого віку з високим рівнем хронічної поліморбідності, зниження якого потребує знову ж таки підвищення якості й обсягу послуг охорони здоров'я. Розриває це коло лише визнання неефективності розширення мережі лікувальної медицини і необхідності перенесення акценту суспільної охорони здоров'я на розвиток профілактики.

Зв'язок інституційного старіння з обсягом споживання медичного обслуговування проявляється у взаємодії вікового складу населення та повікових особливостей використання медичних послуг і оформлюється як

усіма соціальними детермінантами індивідуального інституційного старіння, так і чинниками, що діють на агрегованому рівні вікової структури населення. Такий зв'язок може бути визначений через каузальну послідовність двох напрямів: (1) "соціальні чинники, що впливають на віковий склад населення → віковий склад населення → обсяг споживання послуг охорони здоров'я" та (2) "інституційні чинники використання послуг охорони здоров'я → вікозалежні рівні такого використання → обсяг споживання послуг охорони здоров'я".

У першому випадку йдеться переважно про соціальні чинники, агреговані у взаємодії процесів, що формують вікову структуру і впливають на демографічне старіння. Тут індивідуальне і демографічне старіння поєднуються лише однією складовою - тривалістю життя. У еволюційному плані межі видової тривалості життя Homo Sapiens залишаються предметом наукових дискусій і орієнтуються на 100-120 років. З точки зору статистики населення нормальна, або модальна тривалість життя, тобто вік, у якому відбувається найбільша кількість смертей, в Україні коливається у межах 82 років, що не набагато нижче нормального віку смерті в розвинутих країнах.

Загально визнаними і історично апробованими соціальними чинниками зниження рівня та зміни структури смертності є (1) розвиток профілактичної медицини, який через впровадження вакцинації та застосування антибіотиків сприяв успішному лікуванню інфекцій та зниженню смертності від інфекційних і паразитарних хвороб; (2) економічні досягнення, які сприяли поліпшенню харчування, покращенню умов життя та подальшому розвитку медичних технологій; та (3) громадянський рух соціального захисту, який забезпечив уразливим верствам населення доступ до ресурсів охорони здоров'я. Усе це сприяло доживанню більшої кількості населення до похилого віку.

Іншим процесом, який формує вікову структуру, є народжуваність, рівневі та структурні характеристики якої опосередковані соціальними детермінантами значно складніше, ніж це має місце у випадку смертності. Пояснення тут просте: народження дитини є справою вибору, а смерть - ні. Виходячи з історичного досвіду, народжуваність справляє істотніший вплив на вікову структуру порівняно зі смертністю. Основною причиною зниження народжуваності є соціально-економічний розвиток, який докорінним чином змінив становище жінок у суспільстві, розширивши для них можливості освіти та залучивши в економічну активність, що, врешті призвело до зменшення розміру сім'ї та скорочення в ній кількості дітей. Народжуваність впливає на віковий склад населення, зменшуючи чисельність когорт жінок репродуктивного віку та число народжень у розрахунку на 1 жінку.

Будучи ключовими у формуванні вікової структури, соціальні чинники справляють широкий вплив на індивідуальний життєвий цикл. Крім

фізичного впливу, соціальне середовище формує відчуття і ставлення до людей похилого віку з боку представників молодших вікових груп. Ця рукотворна періодизація людського життя відображає ставлення соціуму до літніх людей. Пенсіонери, навіть якщо вони не користуються ніякими соціальними пільгами, є фізично цілком спроможними і не потребують медичного обслуговування, все одно сприймаються як залежні від молодших вікових груп. Соціальна традиція сприйняття похилого віку робить інституційне старіння повністю відокремленим від біологічного. Найбільш яскравим прикладом інституціоналізації є обов'язковість виходу на пенсію по досягненню законодавчо встановленого пенсійного віку, що проводить чітку межу між молодими і старими, і робить останніх в очах суспільства вже не здібними до роботи і повноцінної участі в суспільному житті. Іншим, не менш характерним прикладом інституціоналізації є поміщення літніх людей у будинки престарілих для здійснення централізованої медико-соціальної допомоги. Виходить так, що заходи, спрямовані на підтримку літніх людей - пенсія, формальний догляд і т.ін., - перетворюють їх на залежну соціальну групу і підриває їх спроможність та бажання здійснювати увесь спектр соціальної активності.

Отже, інституційне старіння, як і біологічне, має свою специфіку навантаження на охорону здоров'я, втім ніяк не пов'язану з фізіологією старіючої людини. На відміну від обсягу пенсій та соціального захисту, зв'язок споживання послуг охорони здоров'я з інституційним старінням дещо інший, адже інституціоналізація у межах цієї системи стосується представників усіх вікових груп, і тут контраст між цими групами проявляється не так яскраво. Більше того, охорона здоров'я сприяє соціалізації літніх людей. Формування статусу осіб похилого віку у межах охорони здоров'я відбувається під дією двох чинників: (1) як вони потрапили у систему медичного обслуговування та (2) як ставляться до них у цій системі. Якщо літні люди потрапляють у заклади охорони здоров'я передчасно, це посилює їх залежний статус та закріплює за ними стигму тягаря, оскільки перерозподіл медичного догляду на користь старших пацієнтів, врешті не буде їм корисним, але призведе до недостатності догляду за молодшими пацієнтами, які, можливо, потребують його більше. Таким чином, дуже важливо відрізнити потребу літньої людини у спеціалізованій допомозі, здійснюваній у медичному стаціонарі, від тих її потреб, які можна задовольнити амбулаторно або за місцем проживання.

Висновки. Зв'язок між віком і споживанням послуг охорони здоров'я далекий від простого, механічного і суто біологічно детермінованого. Старіння коріниться у людській біології, але є комплексним динамічним процесом, що формується під впливом багатьох соціальних та інституційних чинників. Отже, завданням управління охороною суспільного здоров'я є не про-

сто пошук засобів регулювання відповіді на екзогенний біологічно детермінований процес, а у багатьох випадках визначення шляхів корекції соціального сприйняття старшого віку і в цьому сенсі винайдення управлінських механізмів здійснення каузального впливу на соціальні умови старіння. Комплексність причинних зв'язків ускладнює процес визначення та роз'єднання чинників, які діють на старіння та його соціальне втілення. Зі свого боку, численність соціальних напрямів старіння робить проблематичною розробку охороноздоровчої політики щодо подолання тиску збільшення частки населення похилого віку на систему охорони здоров'я.

Перспективи подальших розвідок. Наступними теоретичними і практичними питаннями, які потребують відповіді, є: (1) чи має управлінська політика сприймати поточну соціальну конструкцію похилого віку як даність і виходячи з цього підтверджувати та підтримувати її; або (2) ця політика має бути спрямована на реконструкцію соціального сприйняття старості та зменшення впливу інституційних вікових бар'єрів. Сучасна політика охорони суспільного здоров'я стикається із серйозними труднощами у цій сфері, оскільки новітні ідеї щодо виміру результатів та економічної рентабельності охорони здоров'я дедалі сильніше упираються у роль віку у раціоналізації надання медичної допомоги. Будь-який розподіл ресурсів охорони здоров'я за вікопов'язаною формулою зміцнюватиме існуючу конструкцію похилого віку, і, якщо бути послідовними, будь-який поступ у збільшенні ефективності діяльності системи охорони здоров'я та максимізації у її межах позитивних результатів для суспільного здоров'я досягатиметься коштом зниження соціального статусу літніх людей. Політична альтернатива цьому лежить у формуванні соціальних цінностей, заснованих на соціальній і, передусім, міжпоколінній солідарності.

Список використаних джерел

1. Демографічна криза в Україні. Проблеми дослідження, витоки, складові, напрями протидії / за ред. В. Стешенко. - К. : Ін-т економіки АН України, 2001. - 560 с.
2. Управління трудовим потенціалом : навч. посіб. / В. С. Васильченко, А. М. Гриненко, О. А. Грішнова, Л. П. Керб. - К. : КНЕУ, 2005. - 403 с.
3. *Фойгт Н. А.* Тривалість життя в похилому віці: еволюція, сучасність, перспективи : монографія / Н. А. Фойгт. - К. : Ін-т економіки АН України, 2002. - 435 с.
4. Про схвалення Концепції демографічного розвитку на 2005-2015 роки : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 8 жовт. 2004 р. № 724-р // Офіц. вісн. України. - 2004. - 29 жовт. - № 41. - С. 32.
5. Про затвердження Стратегії демографічного розвитку в період до 2015 року : Постанова від 24 черв. 2006 р. № 879 // Офіц. вісн. України. - 2006. - 12 лип. - № 26. - С. 161.

6. Сімоненко В. В. Соціально ефективне регіональне управління в контексті проблем "старіння населення" / В. В. Сімоненко // Вісн. ДонДУУ : наук. журн. "Менеджер". - 2006. - № 4 (38). - С. 184-188.

7. Крентовська О. Основні напрями державного управління щодо розвитку соціальної сфери в умовах старіння населення / О. Крентовська // Ефективність державного управління : зб. наук. пр. - 2009. - Вип. 21. - С. 98-104.

8. Мокрецов С. Є. Вплив демографічної політики держави на репродуктивний стан здоров'я населення України / С. Є. Мокрецов // Теорія та практика державного управління. - 2009. - Вип. 3(30). - С. 1-6.

Оксана Василиць,

аспірант кафедри державної політики

та управління політичними процесами НАДУ,

головний спеціаліст Головного управління контролю

за благоустроєм виконавчого органу

Київської міської державної адміністрації

(Київська міська державна адміністрація)

Соціальна функція Церкви в умовах трансформації українського суспільства: державно-управлінський аспект

Стаття присвячена аналізу соціального призначення діяльності релігійних організацій і пошуку напрямів співпраці держави та Церкви в умовах трансформації українського суспільства. Держава має сформувати соціальну нішу для релігійних організацій, визначити динаміку, характер і перспективи співпраці з Церквою. Посилення ролі Церкви у соціумі та її намагання брати активну участь в соціальному захисті населення країни тільки підтверджують необхідність використання її потенціалу та досвіду у розв'язанні соціальних проблем.

Ключові слова: соціальна функція, соціальна активність, соціально-політична функція, соціальна доктрина, християнське вчення, національна ідентичність, благодійність.

The Article analyzes the social purpose of a religious organization and retrieval activities, the State and the Church in terms of transformation of Ukrainian society. The state should form a social niche for religious organizations to determine the dynamics, nature and prospects of cooperation with the Church. Strengthening the role of the Church in society and its efforts to actively participate in the social protection of population only confirm the need to use its capacity and experience in solving social problems.

Key words: social function, social activity, socio-political function, the social doctrine, the Christian doctrine, national identity, charity.