

УДК 331:613.6

В. І. Куценко

ЗДОРОВ'ЯФОРМУЮЧА ФУНКЦІЯ СОЦІАЛЬНОЇ СФЕРИ: ШЛЯХИ ЇЇ АКТИВІЗАЦІЇ

Розкривається значення збереження та зміцнення здоров'я населення України, роль соціальної сфери та її окремих ланок у забезпеченні цього процесу, обґрунтовуються шляхи активізації здоров'я формуючої функції соціальної сфери в цілому та освітнього середовища зокрема.

The value of maintainance and strengthening of health of population of Ukraine opens up, role of social sphere on the whole and its parts in providing of it, the ways of activation of educational process are grounded in strenghtening of health.

*Ключові слова: здоров'я формуюча функція, освітнє середовище, медичне обслуговування.
Key words: function, forming a health, educational environment, medical service.*

ВСТУП

У всіх високорозвинутих країнах світу головним обов'язком суспільства і найважливішим стратегічним орієнтиром соціальної політики є збереження та зміцнення здоров'я населення. Більшість людей здоров'я вважають цінністю, елементом соціального благополуччя. Країни Європейського Союзу (ЄС) визначають здоров'я як фундаментальне право людини. Згідно з Лісабонською стратегією ЄС тривалість здорового життя передбачається розглядати як важливий показник прогресу, направлено на підвищення економічної конкурентоздатності та соціальної єдності. Здоров'я впливає на добробут населення через вплив на людський капітал, поліпшення забезпеченості робочою силою. У цьому контексті протягом останніх десятиріч людство у боротьбі з хворобами досягло значних успіхів. Підтвердженням цього є постійне зростання тривалості життя. Якщо у 1950 р. середня очікувана тривалість життя у світі складала 50 років, то у 2000 р. — 66. У високорозвинутих країнах, де ВВП на душу населення становить 20 тис. дол. США і більше, цей показник перевищує 78 років. Найкращих показників тривалості життя досягнуто в Японії (81,7 року), Гонконзі (82,2), Ісландії (81,8), Швейцарії (81,7), Австралії (81,2). Нині в 14 країнах світу середня очікувана тривалість життя складає понад 80 років. В Україні, на жаль, цей показник має чітку тенденцію до зниження і нині складає 68,3 років.

АНАЛІЗ ОСНОВНИХ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Тож не дивно, що проблеми, пов'язані зі станом здоров'я населення, останнім часом глибоко досліджуються фахівцями різних напрямів. Серед фахівців, які досліджують не лише проблеми здоров'я, а й вплив різних факторів на цю категорію, слід назвати А.В. Корчак-Чепурківського, Е.І. Дейчмана, Т.Г. Тульчинського, Е.А. Варавикова, Р.Б. Салмана, В.М. Князевича, В.Ф. Москаленка, Г.О. Слабкого, О.М. Ціборовського, А.Р. Уваренка та ін.

Останнім часом багато досліджень присвячено впливу довкілля на стан здоров'я. О.А. Федько, приміром, доводить, що між станом здоров'я та екологією існує прямий і опосередкований зв'язок. Однак стан здоров'я населення України продовжує погіршуватись. Сьогодні показник умовного здоров'я у 2,6 раза є нижчим, ніж він був 18 років тому.

Тому метою нашого дослідження є пошук шляхів активізації здоров'я формуючої функції соціальної сфери.

ВИКЛАД МАТЕРІАЛУ

Щоб подолати негативну тенденцію щодо погіршення стану здоров'я населення, необхідно, перш за все, виявити фактори, які не лише негативно, а й позитивно впливають на стан здоров'я. Як свідчить статистика, в атмосферу щорічно викидається 110 млн т оксиду сірки, 70 млн т азоту,

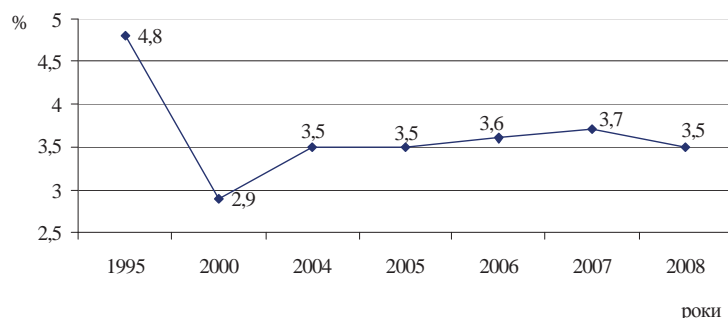


Рис. 1. Динаміка витрат зведеного бюджету на охорону здоров'я, % до ВВП

180 млн т вуглецю та ін. Всі ці викиди негативно впливають на стан здоров'я населення, на зростання його смертності. У світі щорічно передчасно помирає 2 млн осіб лише внаслідок забруднення атмосферного повітря. Зрозуміло, що скорочення викидів забруднювачів дозволить зберегти життя багатьом мешканцям України. Всього в Україні в середньому за рік виникає більше 350 надзвичайних ситуацій техногенного, природного та соціального характеру, що негативно впливають не лише на стан довкілля, а і на здоров'я населення.

Однією з причин високої захворюваності є паління. Так, у Національному звіті "Контроль над тютюном в Україні" зазначається, що в Україні загальна кількість смертей, пов'язаних з палінням, становить 100 тис. осіб, або ж 13% загальної смертності. Основна частина припадає на людей віком від 35 років і старших.

За цим показником Україна займає перше місце в світі (за кількістю чоловіків, які палять). В Україні палить кожен другий чоловік і кожна п'ята жінка. Всього налічується близько 9 млн активних курців. Це третина всього працездатного населення країни. Прикро, що щорічно до них додається в середньому 100 тис. До того ж на хвороби, пов'язані з палінням, припадає 37 тис. смертей з-поміж чоловіків віком 35—69 років. Водночас наша держава є другою країною в світі (після Чилі), де у віці 13—15 років палять понад 30% юнаків і дівчат. У світі на кожну людину припадає у середньому 870 випалених сигарет на рік, в Україні ж ця цифра досягає 1800 (4—5 сигарет на день). У цілому, в цьому контексті прослідковується дуже негативна тенденція. Так, за останні 20 років кількість жінок, які палять, збільшилась у 4 рази, а економічні збитки України від тютюну становлять близько 2 млрд дол. щорічно [1, с. 3].

Тому досить своєчасним є прийняття Верховною Радою України Закону щодо зниження куріння. У відповідності з ним нині куріння заборонено у:

- закладах охорони здоров'я;

- навчальних закладах;
- спортивних закладах;
- закладах культури;
- на територіях дитячих майданчиків;
- залах очікування пасажирів на залізничних, авто- і аеровокзалах;
- вагонах поїздів, автобусах, таксі, включаючи маршрутні, тролейбусах, трамваях, метрополітені;
- ліфтах житлових будинків.

У мінімізації впливу негативних чинників на стан здоров'я важливу роль належить соціальній сфері, зокрема — охороні здоров'я. Однак цей вплив ефективним може бути лише за умов достатніх ресурсів, що виділяються на її розвиток. А це залежить від самої величини ВВП, у тому числі на душу населення. Україна за цим показником посідає 85-е місце в світі. Величина ВВП складає в Україні 7,8 тис. дол. США, тоді як у світі в цілому — 10,2, а в країнах Європейського Союзу — 29,9 тис. США на охорону здоров'я виділяють 15% ВВП; від 10 до 13% виділяють на ці цілі у Швейцарії, Німеччині, Франції, Ісландії, Сербії, Португалії. Україна в цьому рейтингу займає 78 місце в світі. Середній показник питомої ваги витрат на охорону здоров'я дорівнює у світі 6,3% від ВВП, в Європі — 6,7, в Україні — 3,5%. Останній показник, на жаль, зменшується (рис. 1).

ВООЗ визначено розмір витрат на охорону здоров'я. Ця цифра має складати не менше 5% від ВВП. Критичною межею, після якої система охорони здоров'я стає нежиттєздатною, є 3%. Фінансування в Україні уже наближається до цієї критичної межі.

Важливим показником ставлення держави до розвитку охорони здоров'я є обсяг фінансування у розрахунку на одного жителя. Якщо, приміром, у США ця цифра складає 6 тис. дол. США, Люксембурзі — 5,9 тис., Швейцарії — 5,6, Норвегії — 5,4, Ісландії — 4,4, Данії — 3,8, Німеччині — 3,6, то в Україні — всього 0,081 тис. дол. (81 дол.). Не дивно, що наша держава за цим показником посідає 110 місце в світі.

Водночас Україна володіє значною ресурсною базою для забезпечення зміцнення здоров'я населення. Мережа закладів охорони здоров'я України включає лікувальні, лікувально-профілактичні, санаторно-профілактичні та інші медичні заклади. Не дивлячись на те, що останнім часом мережа лікарняних закладів має тенденцію до скорочення, вона ще залишається досить розгалуженою — 2,9 тис. одиниць. Функціонує широка мережа амбулаторно-поліклінічних* закладів. Саме в цих закладах здійснюється основна лікувально-діагностична робота.

* Мережа амбулаторно-поліклінічних закладів включає всі медичні заклади, що здійснюють амбулаторний прийом: поліклініки, амбулаторії, поліклінічні відділення лікарняних закладів, диспансери, лікарські пункти охорони здоров'я тощо.

Не дивлячись на те, що з усіх лікувально-профілактичних закладів лише мережа амбулаторно-поліклінічних закладів постійно зростає, як і, до речі, їх потужність, в Україні простежується тенденція зменшення кількості осіб, яким надано допомогу амбулаторно, під час виїздів швидкої медичної допомоги. Проте далеко не всім надається своєчасна та якісна допомога. Адже в Україні щорічно помирає в середньому 800 тис. осіб, 80% із них можна було б врятувати за умови надання їм своєчасної необхідної допомоги. Тобто Україна втрачає значні людські ресурси лише через ненадану своєчасно медичну допомогу, зокрема лікарську.

Серед лікарів найвищий рівень забезпеченості (на 10 тис. населення) — це: терапевтами — 10,7, хірургами — 6,5 і зубними лікарями — 5,5. Кількість педіатрів у розрахунку на 10 тис. дітей віком 0—17 років включно складає 18,9, а на 10 тис. дітей віком 0—14 років — 24,2. Серед середнього медичного персоналу на 10 тис. населення припадає: 74 медичні сестри, 9,4 — фельдшери і 8,3 — лаборанти (фельдшери-лаборанти). У багатьох закладах спостерігається недоукомплектованість медичних закладів і лікарями, і середнім медичним персоналом. Так, у м. Києві та Київській області укомплектованість поліклінічних закладів лікарями-педіатрами (на 10 тис. населення) останнім часом знизилась відповідно на 5,% і 25%. Лікарі ж, що залишились працювати, відчувають постійно зростаючу напругу внаслідок професійного перевантаження, збільшення обсягу інформації, зростання вимогливості пацієнтів до якості медичних послуг, реальної можливості морального та фізичного ушкодження на роботі, вірогідність яких в останні роки, як зазначають фахівці, значно підвищилась.

Професійна ж діяльність медичних працівників не супроводжується відповідною державною системою винагороди за працю, що веде до відтоку з галузі великої кількості спеціалістів. Значна частина випускників, навіть підготовлених за рахунок бюджетних ресурсів, працевлаштовується поза державними та муніципальними закладами охорони здоров'я, а в багатьох випадках — і поза мережею медичної сфери. І це при тому, що з кожним роком в Україні зростає кількість вільних робочих місць, особливо в лікарських амбулаторіях, територіальних поліклініках, станціях швидкої допомоги. Більшість із них належить державній і комунальній формі власності. Крім того, на території України функціонує 1,3 тис. відомчих закладів. Медичні послуги та медичну допомогу населенню надають 4,6 тис. юридичних і 7,6 тис. фізичних осіб у вигляді приватної практики.

Поліпшенню медичного обслуговування має сприяти реалізація постанови Кабінету Міністрів

України "Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я". У цьому контексті значна увага має бути приділена підготовці медичних працівників, які мають здійснювати комплексний підхід до хворого, забезпечувати пропаганду здорового способу життя.

У країнах Європи і Північної Америки основними суб'єктами надання первинної медико-санітарної допомоги виступають сімейний лікар, практикуюча медична сестра, соціальний працівник, менеджер та адміністративні працівники. Якщо у цих країнах сектор первинної медичної допомоги ще 30 років тому знаходився на периферії системи охорони здоров'я, то сьогодні він є рівним партнером медичної сфери. Останнім часом тут відбуваються суттєві зміни, пов'язані, перш за все, з розвитком різних форм мережених взаємодій. Реагуючи на зростання числа пацієнтів з хронічними захворюваннями та використовуючи покращені технічні можливості телекомунікацій й електронних технологій, лікарі загальної практики все сильніше втягуються у створювані та ті, що розвиваються мережі взаємодії з ланками, що надають вторинну і третинну допомогу, зорієнтовані на надання допомоги хворим вдома тощо.

Як уже зазначалось вище, в Україні діє широка мережа лікарняних закладів. Забезпеченість населення складає 95 ліжок (на 10 тис. мешканців). У той же час Декрет Кабінету Міністрів України (1997 р.) встановив норматив планування попиту на стаціонарні ліжка на середньому рівні — 80 ліжок на 10 тис. жителів, вимагаючи від регіонів відповідної адаптації їх ліжкових фондів. Водночас в межах реструктуризації вторинної медичної допомоги немає відповідності до вимог, що постійно змінюються внаслідок змін у віковій структурі населення, кількості пацієнтів стаціонару та постійного зменшення середньої тривалості перебування хворого в лікарні в результаті впровадження прогресивних технологій тощо.

Останнім часом менше звертаються за лікарською допомогою. Адже в умовах безробіття стан здоров'я став фактором відбору і профпридатності. Економічно активне населення з метою підтримки перед роботодавцями певного професійного іміджу різко обмежило кількість звернень за медичною допомогою. В результаті поза полем зору медичних працівників значна частина патологій, обсяг якої серед працездатного населення доходить до половини від її загального обсягу, продовжує розвиватись за своїми закономірностями, що в кінцевому результаті виливається в процес хронізації, комплексної патології, первинної інвалідації, передчасної смертності. А це веде до великих економічних витрат (інваліди, приміром, споживають медичних послуг у 5,1 рази більше, ніж середньосписковий житель країни,



Рис. 2. Територіальні відмінності забезпечення населення амбулаторно-поліклінічними закладами (відвідувань за зміну на 10 тис. населення), 2008 р.

зростають потреби у соціальному забезпеченні й численних пільгах).

Амбулаторно-поліклінічна сфера нині представлена місткістю близько 215 відвідувань за зміну в розрахунку на 10 тис. населення. Зазначимо, що дані показники досить суттєво різняться в регіональному розрізі. Якщо, приміром, забезпеченість населен-

ня Вінницької області складає 154,8 відвідувань за зміну, то в Кіровоградській області — 282. перевищення середньоукраїнського показника мають 10 регіонів (рис. 2).

Особливої уваги заслуговують дитячі лікарняні заклади. Поліклінічні відділення, як правило, знаходяться при лікарняних закладах. Не дивлячись на те, що високою є захворюваність дитяча, кількість дитячих лікарняних закладів зменшується (рис. 3).

Зменшення мережі медичних закладів зумовлює зростання територіальної доступності медичної допомоги та медичної послуги. Але не менш важливим є і забезпечення економічної доступності. Не секрет, що з кожним роком все більше медичних послуг і медичної допомоги надається населенню на платній основі. Якщо ж ціна лікувально-діагностичного процесу перевищує реальні можливості оплати, виникає конфлікт інтересів, що спонукає населення вимагати певні обмеження, або ж здійснювати реформування галузі. Останнє має бути направлено на забезпечення балансування між різними видами фінансування та витрат.

У забезпеченні високої якості медичного обслуговування населення провідна роль належить перш за все медичним кадрам, які безпосередньо здійснюють надання медичної допомоги чи медичних послуг населенню. Від кваліфікації медичного персоналу, ставлення його до своїх обов'язків значною мірою залежить якість медичного обслуговування. Проте останнім часом має місце значне недоукомплектування медичними кадрами відповідних закладів. Сьогодні реальний дефіцит лікарів у закладах охорони здоров'я складає 57 тис. осіб, кількість вакантних посад лікарів перевищує 17,8 тис. осіб, а медичних сестер — 16,5 тис. Рівень забезпечення практикуючими лікарями — 26,7 на 10 тис. населення. Ці показники є значно нижчими, ніж у країнах Європейського Союзу. Державне замовлен-

Таблиця 1. Вартість навчання у ВНЗ України, грн.

ВНЗ	Спеціальність	2008 р., грн.	2009 р., грн.
Національний університет ім. О.О. Богомольця	Стоматологія	16990	84950 (весь термін навчання)
	Фармація	13188	65940
	Лікувальна справа	11990	71940
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького	Стоматологія	15000	19700
	Фармація	10000	14300
	Лікувальна справа	12500	—
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова	Стоматологія	14000	16500
	Фармація	10500	11200
	Лікувальна справа	11500	12000
Ужгородський національний університет	Стоматологія	9900	9900
	Фармація	7300	7300
	Лікувальна справа	9500	9500
Запорізький державний медичний університет	Стоматологія	10500	14700
	Фармація	8600	10900
	Лікувальна справа	9000	12100
Кримський державний медичний університет ім. Георгієвського	Стоматологія	13000	16500
	Фармація	9000	12230
	Лікувальна справа	10000	15000
Тернопільський державний медичний університет ім. Горбачевського	Стоматологія	10840	14700
	Фармація	9150	11300
	Лікувальна справа	9500	12900
Луганський державний медичний університет	Стоматологія	75250	12860
	Фармація	58500	9900
	Лікувальна справа	76980	11000
Дніпропетровська державна медична академія	Стоматологія	13512	14068
	Фармація	10428	10884
	Лікувальна справа	13993	13371
АОЗТ «Медичний інститут Української асоціації народної медицини»	Стоматологія	1500	16200
	Фармація	11700	12500
	Лікувальна справа	10900	11400

Джерело: [4, с. 8].

ня (4 тис. фахівців) випускників медичних ВНЗ може забезпечити лише покриття природних кадрових втрат.

Належна підготовка кадрів є одним з найбільш актуальних питань. Існуюча система атестації працівників охорони здоров'я орієнтується переважно на опосередковані ознаки професіоналізму (стаж роботи за фахом, посада, наявність наукового ступеня тощо). При цьому недостатньо враховуються такі ознаки, як володіння конкретними знаннями і практичними навичками. Сьогоднішній лікар має володіти новими технологіями, у тому числі інформаційними. Більшість медичних закладів забезпечує підготовку таких кадрів. Щоправда, останнім часом все активніше впроваджується система підготовки кадрів на платній основі. При цьому в більшості ВНЗ вартість навчання швидко зростає (табл. 1).

А це значить, що значна частина молоді не зможе здобути фах лікаря саме через економічний чинник.

Белика роль у зміцненні здоров'я належить освітньому середовищу. Оздоровча робота в навчальних закладах здійснюється різними шляхами. Серед останніх, скажімо, С. Назаренко виділяє, зокрема, створення спеціальних курсів або інтеграції змісту діяльності навчальних предметів. Доведено, що шкільні навчальні програми мають значні резерви для запровадження здорового способу життя, для створення почуття психологічного комфорту під час навчальної діяльності та встановлення довіри, контакту у взаємодії з викладачем.

Скажімо, навчальний предмет "Основи здоров'я" сприяє:

- ефективному доданню психофізичного напруження, що має надзвичайно велике значення для профілактики перевантаження, психосоматичних захворювань, неврозів;
- заспокоєнню, швидкому відпочинку за короткої час;
- активізації фізичних і психічних функцій, підвищенню уваги, працездатності, пам'яті тощо;
- мобілізації творчих ресурсів через розвиток образного мислення, інтуїції;
- успішній боротьбі зі шкідливими звичками, раціональним виходом зі стресу [5, с. 26].

Вся освітня діяльність має бути направлена не лише на оволодіння певними знаннями, вміннями, а й на:

- формування у дітей, підлітків і молоді бережливого ставлення до здоров'я та свідомого прагнення до його збереження;
- попередження негативних наслідків соціальних явищ у суспільстві;
- забезпечення активізації своєї поведінки,

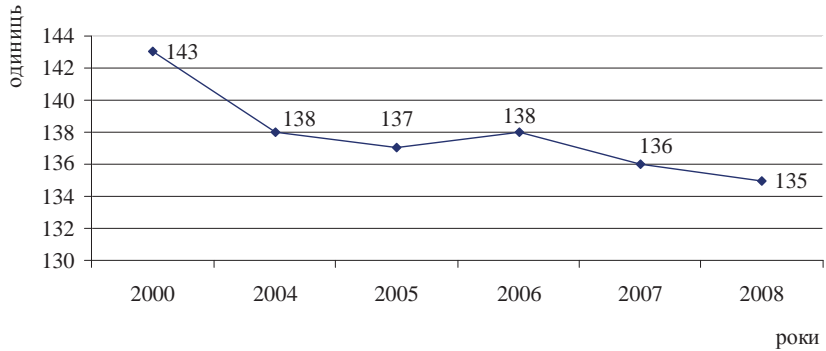


Рис. 3. Динаміка мережі дитячих лікарняних закладів (система МОЗ України)

здійснення самостійного вибору та прийняття відповідальних рішень у різноманітних життєвих ситуаціях.

З цією метою всі навчальні заклади мають мати необхідні умови, сприятливі для зміцнення здоров'я учнів. На жаль, до цього часу ще є багато навчальних закладів, в яких не створені умови для зміцнення здоров'я школярів, зокрема відсутнє не лише гаряче, але й холодне водозабезпечення (маємо на увазі проточною водою). В результаті має місце порушення вимог організації питного режиму. Щороку в таких навчальних закладах реєструються спалахи вірусного гепатиту А. За останні два десятки років поширеність захворювань органів травлення серед дітей віком до 14 років збільшилась у 6 разів. Особливо високими ці показники є у Вінницькій, Закарпатській, Дніпропетровській, Житомирській, Кіровоградській, Миколаївській, Одеській, Черкаській областях.

Останнім часом не на достатньому рівні у багатьох навчальних закладах організовано дитяче харчування. Це перш за все притаманне для шкіл Донецької, Житомирської та Київської областей.

У той же час слід у позитивному плані відмітити, що у багатьох школах запроваджується валеологія, направлена на покращення фізичного і морального здоров'я дітей. Валеологія забезпечує формування вмінь долікарського спостереження за станом організму, усвідомленої потреби в реалізації життєдіяльності принципів здорового способу життя. Цінність впровадження у навчальний процес валеології полягає в тому, що вона забезпечує формування у кожного учня потреби в реалізації на практиці принципів здорового способу життя, вчить виявити потенціал свого здоров'я, вміння гармонізувати власні потреби та можливості, бажання та наміри.

На стан здоров'я дошкільнят, учнів, студентів впливає все освітнє середовище, зокрема: дизайн приміщень, книги, комп'ютери, взаємодія з учнями, колегами (соціум), технологічний процес (спосіб набуття знань), тренажерні та ігрові зали, система вентиляції (духота, холод негативно впли-

Таблиця 2. Обладнання житлового фонду, %

	2000		2007		2008	
	у міських поселеннях	у сільській місцевості	у міських поселеннях	у сільській місцевості	у міських поселеннях	у сільській місцевості
Питома вага загальної житлової площі, обладнаної водопроводом	75,3	17,9	76,9	21,6	77,3	23,3
каналізацією	73,7	12,9	75,7	17,4	76,1	19,1
опаленням	72,8	18,3	74,7	26,9	75,5	31,4
газом	81,6	82,5	82,2	84,5	82,3	84,5
гарячим водопостачанням	58,4	4,3	59,4	6,3	60,3	7,5
ваннами	70,0	11,1	72,0	15,1	72,4	16,7
підлоговими електроплитами	4,8	0,1	5,4	0,1	5,5	0,1

Джерело: [8, с. 40].

вають на стан здоров'я), меблі. Позитивно на стан здоров'я впливають меблі, що пройшли енергомічну експертизу тощо.

У зв'язку з тим, що, скажімо, смертність за період з 1987 р. зросла серед 25—29 років удвічі, у віці 30—34 роки — у 2,8 рази, а серед людей похилого віку відсутня негативна тенденція, особливу увагу щодо зміцнення здоров'я слід приділити молодому поколінню. Згідно з даними досліджень, проведених у рамках наукового проекту "Здоров'я і поведінка школярів", більше 50% серед школярів 15—17 років мають хронічні захворювання. Загальна захворюваність у цьому віці лише протягом останніх 10 років зросла на 60%.

Тому сьогодні вкрай важливим, поряд з наданням якісних медичних послуг, якісної медичної допомоги, є впровадження у навчальний процес здоров'язберігаючих технологій, зниження гіподинамії та гіподинамічного синдрому. Важливе місце у збереженні та зміцненні здоров'я посідає житлово-комунальний комплекс, зокрема забезпеченість житлом, комунальними послугами. В Україні багато було прийнято програм, реалізація яких мала б сприяти забезпеченості населення житлом. Проте вони не реалізовані. Тому сьогодні майже 1,2 млн сімей стоять у черзі на поліпшення житлових умов. Досить низьким є рівень забезпечення населення обладнаним житлом, особливо в сільській місцевості (табл. 2).

Такий стан житлового фонду, безперечно, негативно впливає на стан здоров'я.

ВИСНОВОК

Таким чином, стан здоров'я населення України має тенденцію до погіршення. І впливає на це багато чинників, у тому числі соціальних. Тому вкрай важливим є включення всіх ланок економіки у покращення цього стану шляхом модернізації мережі навчальних закладів, забезпечення належного фінансування, поліпшення кадрового потен-

ціалу. Провідна роль у цьому контексті належить системі охорони здоров'я, яка потребує модернізації, активного впровадження сучасних технологій. Адже сучасна система охорони здоров'я залишається ще моделлю національної або державної системи, заснованої на принципах загальної доступності та безплатності. Проте сьогодні ці принципи практично не діють.

В умовах економічної і фінансової криз вкрай важливим є пошук шляхів

перебудови всієї соціальної сфери не лише в плані збільшення фінансування її існуючої моделі, а й в обґрунтуванні побудови нової ефективної оптимальної моделі даної сфери, здатної результативно працювати в нових реаліях часу й активно впливати на стан здоров'я населення.

Такий підхід сприятиме поліпшенню й освітнього середовища, а в кінцевому результаті — покращенню стану здоров'я, перш за все, підростаючого покоління.

Література:

1. Будьмо здорові. — 2009. — № 2. — С. 3.
 2. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2008 році: [стат. бюл.]. — К.: Державний комітет статистики України, 2009. — 88 с.
 3. Здоровье — 21. Основы политики здоровья для всех в Европейском регионе ВООЗ: Европейская серия "Здоровье для всех". — Копенгаген: ЕРБ ВООЗ, 1999. — № 5 — 310 с.
 4. Какова цена медицинского образования в Украине? // Главный врач. — 2009. — № 10. — С. 8.
 5. Назаренко С. Запровадження інтерактивних методів навчання в освітньо-оздоровчому процесі курсу "Основи здоров'я" / Назаренко С. // Післядипломна освіта в Україні. — 2009. — № 2. — С. 26.
 6. Офіційна інформація про IV з'їзд спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я // Охорона здоров'я України. — 2008. — № 3(31). — С. 5—96.
 7. Слабкий Г.О. Стан і перспективи соціально-медичних досліджень в Україні / Слабкий Г.О. // Охорона здоров'я України. — 2008. — № 3 (31). — С. 32—36.
 8. Статистичний щорічник України за 2008 рік: [стат. зб.]. — К.: Державне підприємство "Інформаційно-аналітичне агентство", 2009. — 566 с.
- Стаття надійшла до редакції 27.01.2010 р.