

УДК 5:303.444

Євтушенко Г.І., Куценко В.І.

ПАРАДИГМА ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ – ВАЖЛИВИЙ ЧИННИК ЕКОНОМІЧНОГО ЗРОСТАННЯ

«Для всіх систем властива послідовність розвитку: виникнення, становлення, період зрілості, перетворень значення цих загальних рис у розвитку системи дає відправну точку для глибокого конкретного пізнання й створює можливість передбачення»

А. Авер'янов

Розкривається роль здоров'я у формуванні головної продуктивної сили, у забезпеченні економічного зростання та сталого розвитку. Особлива увага приділена здоров'язбереженню перш за все за рахунок поліпшення медичного обслуговування та медичної допомоги, доступу населення до якісних медичних послуг, що можливе шляхом зміцнення матеріально-технічної бази галузі, її кадрового потенціалу, подальшого реформування.

***Ключові слова:** економічне зростання, робоча сила, медична послуга, здоров'язбереження, сталий розвиток, реформування.*

Постановка проблеми. Поняття «sustainable development» означає розвиток, що має підтримуватись постійно і не суперечити потребам майбутніх поколінь. Сталий розвиток – це стабільний, керований розвиток, у динаміці якого відкриваються нові можливості для забезпечення подальших позитивних змін. Розвиток – це процес закономірної зміни, переходу з одного стану в інший, більш досконалий; від простого до складного, від нижчого до найвищого. Виходячи з цього, стабільний розвиток – це процес впливу соціально-економічних інститутів на особистість, включену в процес ринкових відносин, в ході якого підвищується вартість її функціональної робочої сили. Такого впливу зазнає особистість, що має перш за все загальну й професійну освіту, відчуває необхідність підвищення кваліфікації чи навіть перекваліфікації.

Дослідженню проблем сталого розвитку, економічного зростання присвячені роботи О. Ареф'євої, О. Білоруса, З. Герасимчук, Д. Гвішіані, Б. Данилишина, В. Шевчука та інших. Проте в них недостатня увага приділяється розкриттю ролі та значенню в забезпеченні такого розвитку як соціальної складової в цілому, так і кожної її ланки, зокрема, у тому числі системи охорони здоров'я. Остання є важливим чинником формування здоров'я головної продуктивної сили.

Тому **метою** нашого дослідження є обґрунтування шляхів підвищення ролі здоров'язбереження у забезпеченні сталого розвитку, дотримуючись при цьому наступних критеріїв:

- забезпечення високого рівня ділової активності громадян України;
- динамічності розвитку економіки;
- досягнення поставлених цілей;
- розширення ринків збуту вітчизняної продукції.

Виклад основного матеріалу. Світовий банк, Організація Британських стандартів, Організація Міжнародних стандартів разом з Інститутом соціальної й етичної відповідальності взяли участь у розробці стандартів, які мають бути покладені в основу концепції сталого розвитку, що передбачає необхідність розробки:

- нових управлінських процедур ;
- форм стратегічного мислення;
- відповідності та звітності господарюючих структур перед суспільством.

За визначенням фахівців вищезазначених міжнародних інституцій, сталий розвиток являє собою перш за все процес управління сукупним капіталом суспільства на користь збереження та примноження людських можливостей. Адже, як свідчить світовий досвід, на забезпечення сталого розвитку негативно впливає не лише загальноосвітня, професійно-кваліфікаційно та вікова структура робочої сили, пасивність, уповільнене формування ринкового менталітету тощо, а й незадовільний стан здоров'я людей, зокрема, їх економічно активної частини. Нині на пострадянському просторі лише одна Україна у виробництві валового національного продукту (ВВП) до цього часу не досягла рівня 1990 р. Прикро, але факт. Адже здоров'я впливає на добробут як на рівні індивіда, так і суспільства в цілому. Покращення здоров'я населення зумовлює зростання тривалості життя, що в свою чергу веде до збільшення ВВП. Загальновідомо, що здорові люди працюють більш продуктивніше, ніж нездорові. Проте українська нація нині дуже хвора. Саме це є причиною того, що в Україні щогодини вмирає 86 осіб, що нас з кожним днем стає все менше. Нині населення нашої держави складає 45,8 млн. осіб. Дотепер показник умовного здоров'я складає менше 24%, тоді як у 1991 р. він перевищував 62%. Якщо у 2000 р. було госпіталізовано 9,6 млн. осіб, то в 2009 р. – 10,3 млн., у тому числі дітей віком 0-17 років включно – відповідно 1,5 млн. і 1,9 млн. осіб. Суттєво зросли і показники госпіталізованих у розрахунку на 100 осіб відповідного віку. По першій групі (тобто усього) ці показники склали відповідно 19,4 і 22,4 та 17,7 і 23,0 осіб. Як результат цього – зниження показників, що характеризують людський розвиток (табл. 1).

Як видно із табл. 1, в Україні суттєво зросла смертність і зменшився показник очікуваної тривалості життя. А це свідчить про те, що здоров'я населення погіршується. Наразі треба мати на увазі, що здоров'я населення – не лише результат діяльності системи охорони здоров'я, а і соціально-економічного стану в країні в цілому.

Таблиця 1.

Динаміка основних індикаторів людського розвитку

Показник	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009
Показник очікуваної тривалості життя при народженні, років	70,7	67,2	67,9	68,0	68,1	68,3	68,3	...
Загальний коефіцієнт смертності, осіб	12,1	15,4	15,4	16,6	16,2	16,4	16,3	15,3
Смертність немовлят, осіб	12,8	14,7	11,9	10,0	9,8	11,0	10,0	9,4

Джерело: [3, с. 3].

Тенденцію до зростання має показник кількості уперше зареєстрованих випадків захворювань. Лише протягом 1995–2009 рр. він зріс більше, ніж на 3%. І це при тому, що чисельність населення в Україні зменшилась. Тому кількість уперше зареєстрованих випадків захворювань на 100 тис. населення за вищезазначений час зросла більше, ніж на 14%. На це впливає багато чинників, передовсім стан такої складової сталого розвитку як економічна. В Україні спостерігається погіршення не лише соціально-економічної, але і соціально-психологічної ситуації, наростання міграційних настроїв, зростання втрати віри у швидке поліпшення життя тощо. До речі, більше половини респондентів вважає, що їх матеріальний стан є гіршим, ніж вони заслуговують.

Останнім часом з'явилося багато хвороб, які зумовлені асоціальною поведінкою молоді. Саме з цим пов'язана проблема ВІЛ/СНІДу, яка є не лише медичною, але й соціальною. Кількість ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД в Україні продовжує зростати високими темпами (рис. 1).

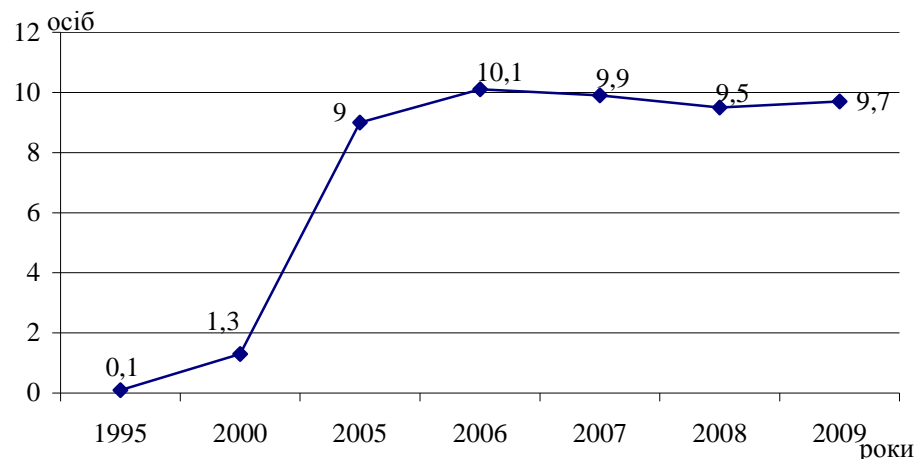


Рис. 1. Із числа ВІЛ-інфікованих хворі на СНІД з уперше встановленим діагнозом у розрахунку на 100 тис. населення

У 2009 р. на обліку в медичних закладах у розрахунку на 100 тис. населення перебувало 25,9 осіб проти 0,1 – у 1995 р. Тобто зростання склало

259 разів. На кінець 2010 р. з ВІЛ-інфекцією в Україні проживало 108434 особи (диспансерна група). Оціночні ж дані говорять, що ця цифра досягає 360 тис. Лише в 2010 р. щомісяця появлялось більше 1,5 тис. нових випадків ВІЛ-інфікованих в Україні. Високою залишається і смертність серед цієї категорії населення. У 2010 р. вона складала в середньому 250 осіб.

У розрахунку на 100 тис. населення у 2010 р. ВІЛ-інфіковані склали 221 чол., а з діагнозом СНІД – 26 осіб. Особливо поширеними ці патології є в Одеському, Миколаївському, Херсонському, Дніпропетровському, Донецькому регіонах та в АР Крим. Найменш поширеними ці патології характерні для Івано-Франківської, Львівської, Рівненської та Закарпатської областей.

У кінці 2008 р. в рамках Другого незалежного оцінювання ЮНЕЙДС (Second Independent Evaluation of UNAIDSSIE) в Україні знаходилась група міжнародних експертів, які зустрілись більш, ніж з 70 національними стейкхолдерами, відвідали регіональний тренінг з моніторингу результатів незалежного оцінювання комплексна зовнішня оцінка національних заходів протидії СНІДу в Україні. Ці фахівці відмічають, що епідемія ВІЛ-інфекції в Україні продовжує концентруватись в популяціях найбільших ризиків, особливо серед споживачів ін'єкційних наркотиків, дітей вулиці тощо. Водночас експерти відмічають як позитивний момент те, що зростає консенсус з приводу того, що, якщо не будуть вжиті заходи щодо різкого розширення профілактики в групах ризиків, то генералізаційна епідемія найближчим часом може зрости.

Зростання захворюваності на ВІЛ/СНІД часто пов'язано із соціальними чинниками – розвитком ін'єкційної наркоманії, високим рівнем інфікованості серед жінок секс-бізнесу, у місцях позбавлення волі. Останнім часом хвороба, внаслідок збільшення статевого шляху передачі ВІЛ-інфекції, розповсюджується серед загального населення. І ця тенденція характерна не лише для нашої країни. Нині у світі, за даними ВООЗ та ЮНЕСКО, ВІЛ-інфекцією вражено більше 33 млн. осіб. Ще в 2007 р. в Україні Національною Радою затверджено Дорожню карту по розширенню універсального доступу до профілактики, лікування, догляду та підтримки по ВІЛ/СНІДу.

Нині в нашій державі діє Державна політика протидії ВІЛ-інфекції (СНІДу), яка затверджена законом України як Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД на 2009-2013 роки. Сформовано законодавчу та нормативну базу, що регулює всі напрями реалізації Програми. Щоправда суттєвих позитивних зрушень не спостерігається. А це негативно позначається на формуванні головної продуктивної сили, на забезпеченні сталого розвитку.

На це негативно впливає й така соціально небезпечна хвороба як туберкульоз. Нині під диспансерним наглядом з приводу туберкульозного захворювання знаходиться 500 тис. громадян України. З них 90 тис. мають відкриту форму. Щороку в країні вперше реєструється до 40 тис. хворих туберкульозом, помирає 10 тис. осіб. Прикро, що серед останніх з кожним роком зростає кількість дітей. Однією з головних причин цього є та, що боротьба з цією хворобою, яка здійснюється в Україні, залишається

неефективною. Серед основних причин цього – недостатнє фінансування. І на 2010 р. у бюджеті на ці потреби закладено лише третину. За всі роки незалежності України жодного разу централізовано не закуповувалось обладнання. Тож не дивно, що в Україні виліковується лише 50% хворих туберкульозом, тоді як у Європі – 85%. А це, небезпечно для країни, негативно позначається на генофонді нації, на стані її трудового потенціалу.

Тому проблема збереження здоров'я нації з кожним днем набуває все більшої актуальності. Сучасні несприятливі соціально-економічні й екологічні умови в Україні значно загострили проблему профілактики захворювань, збереження й зміцнення здоров'я населення, посилили вимоги до якості та ефективності медичного обслуговування. І цьому має сприяти формування здорового способу життя, який являє собою типову сукупність форм і способів культурної щоденної життєвої діяльності особистості, що об'єднує норми і цінності керованої діяльності та сприяє повноцінному використанню навчально-трудова, соціальних і біологічних функцій. Здоровий спосіб життя включає перш за все:

- визначення та пропагування фізичної активності як життєво-необхідної функції людини;

- адекватність змісту й умов фізичної підготовки індивідуальному стану людини, гармонізація та оптимізація фізичного тренування, свобода вибору форм фізичної активності;

- специфічність впливу природних факторів на розвиток фізичного потенціалу людини, дія яких може посилюватись або зменшуватись відповідно до активності самої людини.

На жаль, значна частина громадян України не дотримується здорового способу життя. Дослідження Світового банку свідчать, що 36% українців курять, у тому числі 31% – щоденно, тоді як за даними ВООЗу, в країнах Європейського Союзу перший показник складає 28,6%. Курять в усіх регіонах України, однак більше їх на сході, ніж на заході. 20% громадян нашої держави надмірно вживають алкоголь*, з яких 80% – це чоловіки. До нездорових елементів способу життя відноситься малорухливість населення, яким страждає кожен десятий житель України (недостатньо ходить пішки, їздить на велосипеді, займається спортом). За малорухливістю серед європейських країн наша держава посідає перше місце, у тому числі серед 18-29 річних. Якщо, приміром, у Чехії цей показник складає 3,7%, в Угорщині – 7,1, то в Україні – 10%. Однією з причин цього є й те, що у суспільстві відсутня ідея здоров'я, мотивація до його збереження.

Сучасний стан розвитку особистості переживає значний розрив між духовною** і фізичною складовими, що негативно позначається як на моральному, так і на фізичному здоров'ї особистості й суспільства. Статистика свідчить, що більше 80% дітей дошкільного віку мають відхилення у стані

* За рівнем смертності від зловживанням алкоголем Україна посідає друге місце в Європі (після Естонії).

** Як зазначає Армін Різі, все бере свій початок у дісі, і тому далеко не байдуже, у що вірять люди, і який світогляд вони поділяють.

здоров'я. Спосіб життя і здоров'я, скажімо, студентів носять дисгармонійний характер. Понад 85% студентів вживають алкоголь, палять. Негативно на стані їх здоров'я позначається і те, що значний відсоток студентів харчується нерационально, відчуває перевтому, що призводить до нервових, серцево-судинних захворювань[1, с. 353–399].

Тож не дивно, що, як свідчать дані аналізу амбулаторних карток, більше 30% студентів мають відхилення у стані здоров'я, стільки ж не знають основ здорового способу життя і лише 8-10% – систематично займаються фізичною культурою і спортом (табл. 2).

Таблиця 2.
Відношення студентів до фізичної культури та спорту

№ п/п	Показник	Відсоток до загальної кількості, %
1.	Постійно займаються спортом, мають спортивні розряди	7,9
2.	Займаються спортом самостійно, для себе, у позанавчальний час	34,7
3.	Відвідують навчальні заняття з фізичного виховання	22,5
4.	Ні спортом, ні фізичною культурою не займаються і не цікавляться цим	3,9
5.	Є постійними болільниками	4,9
6.	Хотіли б займатись фізичною культурою, спортом, але не виходить	24,2
7.	Інше	1,0

Джерело: [2, с. 15].

В окремих регіонах реалізуються програми щодо формування здорового способу життя. Приміром, у Полтавській області діє програма «Формування здорового способу життя населення області на 2002–2011 роки», яка принесла вже позитивні результати. Зокрема, в регіоні збільшилося охоплення молоді фізкультурно-оздоровчою роботою, розширилась мережа дитячо-юнацьких шкіл, підліткових клубів. Організовано роботу спеціалізованих формувань служб соціальної підтримки сімей. У школах проводяться конкурси дитячої творчості, малюнків, рефератів, санбюлетенів на теми про здоровий спосіб життя. Збільшується кількість мобільних консультативних пунктів соціальної роботи в сільській місцевості та зросли обсяги консультативної допомоги з проблем профілактики негативних явищ у дитячому та молодіжному середовищі. Наразі в області працює 40 народних університетів медичних і гігієнічних знань з понад 100 факультетами, в навчальних закладах – 225 лекторів здоров'я. Все це дає свої позитивні плоди.

Здоров'язбереженню сприяє й впровадження нових форм медичного обслуговування. Одним з останніх є розвиток денних стаціонарів загального

профілю. Денні стаціонари – це форма організації медичної допомоги населенню, це структурний підрозділ амбулаторно-поліклінічного чи іншого лікувального закладу, покликаний забезпечити проведення постійних лікувально-реабілітаційних, діагностичних і профілактичних заходів хворих в умовах поліклініки. Денні стаціонари включають: палати, кімнату відпочинку, маніпуляційні кабінети, ординаторську, кабінети завідувача та старшої медичної сестри.

Як свідчить світовий досвід, основними завданнями денних стаціонарів є:

- забезпечення висококваліфікованою стаціонарною медичною допомогою диспансерних хворих в амбулаторних умовах;
- дотримання наступності в обстеженні та лікуванні хворих (між сімейними лікарями, лікарями і реабілітаційним відділенням поліклініки);
- систематичне впровадження в практику медицини сучасних методів діагностики, лікування та профілактики в амбулаторно-поліклінічних умовах;
- скорочення термінів тимчасової втрати працездатності хворих;
- підвищення професійного рівня лікарів і середнього медичного персоналу;
- забезпечення здорового способу життя;
- сприяння ліквідації шкідливих звичок;
- засвоєння необхідних санітарно-гігієнічних знань і принципів кожним пацієнтом денного стаціонару.

Хоча існуюча мережа останніх є недосконалою, втім вона дозволяє забезпечити амбулаторне надання кваліфікованої медичної допомоги, наближеної за рівнем та якістю до стаціонарної. Їх подальше розширення, на наш погляд, сприятиме більш ефективному використанню ресурсних витрат галузі перш за все за рахунок зміщення акцентів у медичному обслуговуванні на рівень амбулаторно-поліклінічних та зменшеного навантаження на дороговартісний лікарняний сектор.

Втім нинішня мережа медичних закладів ще недостатньо адаптована до сучасних тенденцій переходу до сімейної медицини, а організаційні аспекти їх функціонування не отримали належного опрацювання.

Важливим стратегічним напрямом удосконалення системи охорони здоров'я щодо посилення її здоров'язберігаючої функції ймовірно є інтенсифікація розвитку амбулаторної ланки медичної допомоги, розширення практики організації так званих стаціонарів на дому, а також сімейної медицини, яка у більшості країн є досить поширеною. У розвинутих країнах світу у цьому сегменті охорону здоров'я медичну допомогу населенню надає 90% лікарів, які працюють в системі охорони здоров'я. В Україні ж на первинному рівні починають і закінчують лікування 30% пацієнтів у містах і у 50% – у селах. Нераціональна організація первинної допомоги, в нашій державі недостатнє її функціонування призвели до:

- втрати комплексності та наступності у наданні медичної допомоги;
- формального підходу щодо здійснення профілактичної та диспансерної роботи;

- високих показників пізнього виявлення тяжких хвороб та ускладнень хронічних захворювань;

- надмірної потреби в дорогому спеціалізованому лікуванні.

Останнім часом в Україні створено 185 закладів сімейної медицини, 139 – у сільській місцевості і 46 – у міських поселеннях. Особливо широке розповсюдження вони набули на Львівщині, Буковині (Чернівецька область), Дніпропетровщині. Нині в них працює 10,5 тис. лікарів (штатних посад) загальної практики (ЗП) сімейної медицини (СМ), з яких 6,9 тис. – у сільській місцевості. Всі вони наразі обслуговують 17,7 млн. осіб (38,5%).

В розрізі регіонів спостерігається значна диференціація щодо охоплення населення сімейною медициною (рис. 2).



Рис. 2. Регіональні особливості охоплення населення сімейною медициною, 2009, %

Якщо ми говоримо, що в будь-якій сфері кадри вирішують усе, то в медичній цей лозунг є особливо важливим. Однак при раціональному співвідношенні сімейний лікар/медична сестра 1:2 в жодному регіоні цього не досягнуто (рис. 3).

Укомплектованість сімейними лікарями в жодному регіоні не досягнуто 100-відсоткового рівня. Проте існують значні територіальні відмінності. Якщо у Львівській області укомплектованість сімейними лікарями досягла 96,4%, то в Кіровоградській – лише 67,3%. У 17 регіонах України цей показник не досяг 80%. А це, безперечно, негативно позначається на якості обслуговування населення.

За даними Європейського регіонального бюро ВООЗ, існує пряма кореляційна залежність між кількістю та якістю підготовлених фахівців, які визначають кількість жителів, що довелося лікарям врятувати. Тому поліпшення кадрової складової сфери охорони здоров'я продовжує залишатись актуальною проблемою. У цьому контексті необхідним є пошук нових форм оптимізації організаційної та кадрової структури системи охорони здоров'я. Водночас потребує подальшого вдосконалення система добору керівних кадрів

за рахунок упровадження нових методів і методик цього добору. Шляхи вдосконалення кадрового потенціалу лежать перш за все у своєчасній широкій спеціальній управлінській підготовці атестації персоналу, правильному розумінню своєї ролі на дорученій ділянці роботи. Оптимальне управління персоналом вимагає прозорості та зрозумілих для підлеглих дій і рішень керівника.



Рис. 3. Співвідношення кількості лікарів до кількості медичних сестер, 2009

Разом із тим потребує поліпшення соціального захисту кожного працівника даної сфери, впровадження ряду стимулів для активізації праці медиків. Сьогодні останні практично відсутні. Так, скажімо, в квітні 2010 р. середня зарплата в медицині становила 1445 грн., тоді як, приміром, у промисловості – 2491 грн., в освіті – 1669 грн. Тобто в оплаті праці медичних працівників спостерігається постійне відставання не лише від промисловості, а і від інших галузей бюджетної сфери. Українські лікарі, які навчаються у вищих навчальних закладах, інтернатурі та ординатурі 9 років, заробляють менше американських лікарів у 70 разів, італійських – у 30 разів, білоруських – у 5 разів. Тож не дивно, що професія лікаря перестала бути привабливою для талановитої молоді.

На якості медичного обслуговування, на стані здоров'язбереження позначається не лише наявність закладів первинної медико-санітарної допомоги загальної практики, але й укомплектованість їх необхідним обладнанням. Ці медичні заклади мають у першу чергу мати автотранспорт. Адже, скажімо, у сільській місцевості вони обслуговують декілька населених пунктів. Однак багато з них цього позбавлені. Приміром, у Луганській області на 106 закладів сімейної медицини припадає лише 31 автомобіль, у Херсонській області автомобілями забезпечено практично половина закладів.

Все це свідчить про необхідність подальшого реформування сфери охорони здоров'я. Головна мета останнього має полягати в тому, щоб кожен громадянин зміг отримати медичну допомогу: у потрібний час, у потрібному

місці, у необхідному обсязі та з мінімальними витратами. Прем'єр-міністр України М. Азаров, коли відзначали 100 днів уряду, заявив, що медицина в нашій державі буде якісною та доступною і що це незабаром усі відчують.

У різних регіонах по-різному здійснюється реформування сфери охорони здоров'я. Приміром, на Миколаївщині воно здійснюється шляхом:

- формування госпітальних округів;
- автоматизації закладів первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги, надання медичним закладам статусу комунальних некомерційних неприбуткових підприємств;
- упровадження державних закупівель медичних послуг на первинному і вторинному рівнях;
- надання медичної допомоги за відповідними договорами;
- впровадження механізму реалізації права пацієнта вільного вибору лікаря або у визначеному порядку його змінювати;
- використання механізму забезпечення організації доступу пацієнтів до спеціалізованої медичної допомоги через направлення лікаря сімейної медицини, за винятком випадків, що потребують надання невідкладної спеціалізованої медичної допомоги.

Суттєвих змін потребує сільська медицина в цілому. Адже сьогодні в одних селах відсутні нормальні амбулаторні заклади, в інших – приміщення є, проте бракує фахівців. Серед випускників медичних закладів ніхто не хоче їхати в село працювати. Між тим сільська медицина має кадровий дефіцит, що перевищує 4 тис. фахівців. У цілому потреба галузі в Україні в медичних працівниках первинної ланки задоволена лише на 28,3%. Тому вкрай важливим є підвищення соціального статусу медичного працівника в цілому і сільського закладу, в першу чергу. Кожне реформування медичної сфери має передбачити, що центральною ланкою перетворень має бути пацієнт, який потребує покращення доступності медичних послуг і медичної допомоги. В багатьох регіонах цьому приділяють постійну увагу. Скажімо, у Полтавській області на основі детального аналізу можливостей кожної адміністративної території створюється 12 госпітальних округів з урахуванням кількості населення, транспортного сполучення та інших можливостей кожної території.

Подальше реформування системи охорони здоров'я, посилення її здоров'яформуючої функції потребує збільшення видатків на охорону здоров'я. Дотепер вони, хоч і зростають, проте не відповідають потребам галузі (рис. 4).

У 2010 р. на розвиток охорони здоров'я виділено 42 млрд. грн. Це на 9 млрд. грн. більше попереднього року. Однак ця цифра далека від потреб. Експерти стверджують: коли на душу населення витрачається менше 200 дол. на рік, то система охорони здоров'я самознищується. Тож не дивно, що матеріально-технічне оснащення лікарняних закладів знаходиться на рівні 70-80-х років минулого сторіччя.

Висновок. Таким чином, система охорони здоров'я як здоров'язберезувальний чинник економічного зростання потребує подальшого успішного розв'язання фінансових, економічних та організаційних задач. Водночас потребує більш ефективного та раціонального використання перш за

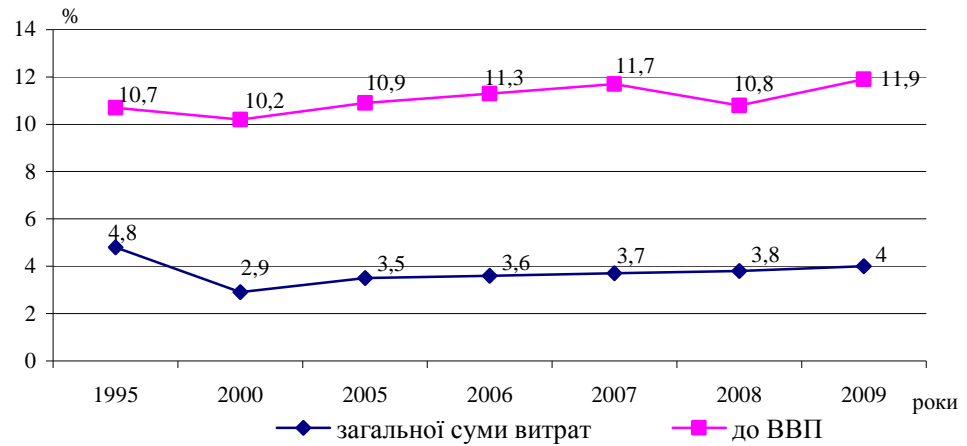


Рис. 4. Динаміка витратків Зведеного бюджету на охорону здоров'я до загальної суми витратків і до ВВП

все грошових ресурсів, у тому числі за рахунок модернізації медичних закладів, упровадження нових технологій та загальної інтенсифікації галузі; вдосконалення системи управління сферою охорони здоров'я з урахуванням сучасних управлінських технологій, нових принципів організації охорони здоров'я населення. Управління системою охорони здоров'я має включати моніторинг ресурсів охорони здоров'я та результатів діяльності системи охорони здоров'я, регулювання в рамках систем «централізація – децентралізація», «державне регулювання та самоуправління», «державні і ринкові механізми регулювання».

Список використаних джерел

1. Восянович Г.П. Проблеми фізичного виховання молоді у педагогічній спадщині Г. Ващенко / Г.П. Восянович // Зб. наук. праць: Львів, 2010. – С. 353-399.
2. Гуманітарні науки. – 2010. – №2. – С. 15.
3. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2009 році: [стат. бюл.]. – К.: Державний комітет статистики України, 2010. – 3 с.
4. Здоровье – 21. Основы политики здоровья для всех в Европейском регионе ВООЗ: Европейская серия «Здоровье для всех». – Копенгаген: ЕРБ ВООЗ, 1999. – №5 – 310 с.
5. Куценко В.І. Соціальна безпека в контексті сталого розвитку / В.І. Куценко, В.П. Удовиченко. – Чернігів: Видавець Лозовий В.М., 2011. – 656 с.
6. Назаренко С. Запровадження інтерактивних методів навчання в освітньо-оздоровчому процесі курсу „Основи здоров'я” / С. Назаренко // Післядипломна освіта в Україні. – 2009. – №2. – С. 26.
7. 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.

8. Слабкий Г.О. Стан і перспективи соціально-медичних досліджень в Україні / Г.О. Слабкий // Охорона здоров'я України. – 2008. – №3(31). – С. 32-36.
9. Статистичний щорічник України за 2009 рік: [стат. зб.]. – К.: Державне підприємство «Інформаційно-аналітичне агентство», 2010. – 566 с.

Подано до редакції 30 березня 2011 року

Євтушенко Г.І., Куценко В.І.

Парадигма здоровьесбережения – важный фактор экономического роста

Раскрывается роль здоровья в формировании главной производительной силы, в обеспечении экономического роста и устойчивого развития. Особое внимание уделено здоровьесбережению прежде всего за счет улучшения медицинского обслуживания и медицинской помощи, доступа населения к качественным медицинским услугам, что возможно путем укрепления материально-технической базы отрасли, ее кадрового потенциала, дальнейшего реформирования.

Ключевые слова: *экономический рост, рабочая сила, медицинская услуга, здоровьесбережения, устойчивое развитие, реформирование.*

Evtushenko G.I., Koutsenko V.I.

Paradigm zdorov'yazberezhennya – an important factor of economic growth

The role of health in shaping the main productive force in achieving economic growth and sustainable development. Particular attention is given zdorov'yazberezhennyu primarily by improving health care and medical care, access to quality health services possible through strengthening the logistics industry, its human resources, further reform.

Keywords: *economic growth, labor, medical services, zdorov'yazberezhennya, sustainable development, reform.*

Євтушенко Ганна Іванівна – кандидат економічних наук, доцент, завідувач кафедри фінансового менеджменту Національного університету державної податкової служби України.

Куценко Віра Іванівна – доктор економічних наук, професор, кафедри фінансового менеджменту Національного університету державної податкової служби України.