

Національна академія наук України
Інститут демографії та соціальних досліджень

Смертність населення України у трудоактивному віці

Київ 2007

УДК 314.4 (477)
ББК 60.7
С 50

Смертність населення України у трудоактивному віці (монографія) / Відпов. ред.
Е. М. Лібанова. — К.: Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2007. —
211 с.

Монографія присвячена дослідженню актуальної проблеми смертності населення України у трудоактивному віці. У ній висвітлюються особливості соціально-економічних умов формування здоров'я, чинників та наслідків його кризового стану у трудоактивному віці; досліджуються зміни у смертності й середній тривалості життя впродовж ХХ–поч. ХХІ ст., здійснена науково обґрунтована оцінка демографічних втрат України у роки соціальних катастроф першої половини ХХ століття, в т. ч. серед населення трудоактивного віку.

Проведено аналіз зрушень у структурі причин смерті у трудоактивному віці; рівня смертності від причин, яким можна запобігти; ролі та внеску смертності від соціально детермінованих захворювань. Визначені втрати трудоактивного населення України внаслідок надмірної та передчасної смертності у період пострадянських трансформацій, дана оцінка резервів збільшення тривалості життя. У монографії також викладено основні принципи та пріоритетні напрями політики щодо покращання стану здоров'я та зниження смертності трудоактивного за віком населення України.

Колектив авторів:

Лібанова Е. М., Левчук Н. М., Рингач Н. О., Рудницький О. П., Понякіна С. А.,
Шевчук П. Є.

Рецензенти:

Стешенко В. С., доктор економічних наук (*Інститут демографії та
соціальних досліджень НАН України*),

Малиновська О. А., доктор наук з державного управління (*Національний
інститут проблем міжнародної безпеки*)

Рекомендовано до друку Вченою радою
Інституту демографії та соціальних досліджень НАН України
(протокол № 5 від 22.06.2007 р.)

Підготовлено за сприяння Фонду Народонаселення ООН в Україні

ISBN 978-966-2142-01-3

© Інститут демографії та соціальних
досліджень НАН України

ЗМІСТ

Вступ	4
1. Загальна характеристика смертності й середньої тривалості життя у трудоактивному віці та їх диференціація за основними демографічними ознаками.....	7
Соціально-економічні умови формування здоров'я у трудоактивному віці	7
Захворюваність та інвалідність дорослого населення. Професійне здоров'я. Середня тривалість здорового життя	24
Динаміка смертності та дожиття у трудоактивний період	39
Зрушення у статеві-віковій диференціації смертності та їх вплив на середню тривалість життя у трудовому періоді та при народженні	58
2. Причини смерті населення у трудоактивному віці	72
2.1. Ієрархія причин смерті та основні зміни у їх структурі	72
2.2. Смертність від причин, яким можна запобігти	102
2.3. Соціально детерміновані захворювання та їх роль у структурі причин смерті	113
3. Перспективи і шляхи зниження смертності та подовження середньої тривалості життя у трудоактивному віці	140
3.1. Оцінка демографічних втрат внаслідок надмірної та передчасної смертності	140
3.2. Резерви подовження середньої тривалості життя за віком і причинами смерті	154
3.3. Прогноз смертності і середньої тривалості життя у трудоактивному віці.....	166
3.4. Основні напрями політики щодо зниження смертності населення трудоактивного віку	178
Висновки	202

Вступ

Населення трудоактивного віку є тією групою, в межах якої формується суб'єкт трудової діяльності; воно є першоосновою формування трудового потенціалу країни. Оскільки вже у найближчі роки чисельність працездатного контингенту в Україні буде скорочуватись, з усією силою та відповідальністю постане проблема активізації та залучення інтенсивних чинників відтворення демографічного і трудового потенціалів населення України. Йдеться про необхідність поліпшення якісних характеристик населення, насамперед стану здоров'я, подовження тривалості здорового та економічно активного життя. Вирішення цих завдань є вкрай актуальним з огляду на вельми неблагополучну ситуацію щодо здоров'я і життєздатності трудоактивного населення України. Різке падіння рівня та якості життя у трансформаційний період створили підґрунтя для зростання захворюваності і смертності та відчутного зниження середньої тривалості життя, а крах радянської системи державного патерналізму і погіршення доступності медичного обслуговування стали причиною ще більшого нехтування здоров'ям внаслідок соціально-психологічної дезадаптації в умовах тривалої соціально-економічної кризи. Є всі підстави вважати, що неблагополуччя у сфері здоров'я і висока смертність працюючого населення є впливовими чинниками стримування розвитку держави і перешкодою для досягнення нової якості економічного зростання, оскільки хворі люди мають менше можливостей для освітньо-професійної самореалізації, не забезпечують вищу продуктивність праці і не можуть повноцінно виконувати свої трудові функції. Тому зміцнення здоров'я населення та зниження передчасної смертності належить до пріоритетних напрямів Стратегії демографічного розвитку України до 2015 року (затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 24 червня 2006 р. № 879) та Стратегії національної безпеки України (затверджено Указом Президента України від 12.02.2007 №105/2007).

Метою даної роботи є дослідження смертності населення трудоактивного віку в Україні у соціально-економічному контексті та визначення резервів і шляхів її зниження.

Об'єктом дослідження є населення України у віці 25–64 роки. Вибір зазначених меж трудоактивного періоду пояснюється такими причинами. По-перше, на нашу думку, населення віком 25–64 роки більшою мірою порівняно із законодавчо визначеними віковими межами працездатності (16–59 років для чоловіків та 16–54 роки для жінок) представляє економічно активний сегмент населення, оскільки до 25 років значна частина населення ще здобуває освіту та професійну кваліфікацію, а після досягнення 55 чи 60 років досить часто продовжує трудову діяльність. По-друге, одним із завдань дослідження є порівняльний аналіз динаміки і структурних зрушень у смертності населення України та розвинених європейських країн, для чого використовувались бази даних ВООЗ саме для контингенту віком 25–64 роки. Вибір такого вікового інтервалу має свої переваги, оскільки концентрує увагу на населенні,

що перебуває у віці високої економічної і трудової активності, і забезпечує можливість міжнародних порівнянь.

За даними Держкомстату України на початок 2007 р. в Україні проживало майже 25 млн. осіб віком 25–64 роки, що становило 53,8% від загальної чисельності населення. У 2007 р. порівняно з 1989 р. чисельність населення трудоактивного віку зменшилась на 2,4 млн., насамперед внаслідок природного скорочення. Рівень економічної активності населення віком 25–59 років становить в середньому 77–78%.

Основними результатами проведеного дослідження є:

- дослідження соціально-економічних умов формування здоров'я населення, розкриття чинників та наслідків існуючої кризи у сфері життєзбереження;
- аналіз стану здоров'я населення, зокрема тривалості здорового життя, зрушень у захворюваності (в тому числі професійній) дорослого населення, що відбулися у трансформаційний період;
- дослідження довготривалих змін у смертності й середній тривалості життя населення з акцентуванням уваги на специфіці формування феномена надмірної смертності населення у трудоактивному віці. Оскільки кризові явища у стані здоров'я і смертності формувалися впродовж тривалого часу, вивчення зрушень у показниках життєзбереження населення здійснено у глибокій історичній ретроспективі. Вперше завдяки проведеній реконструкції основних параметрів демографічної динаміки України у її сучасних територіальних межах за період 1897–1958 рр. побудовано відповідні таблиці смертності й очікуваної тривалості життя, що дало змогу простежити і зафіксувати історичні тенденції формування основних параметрів режиму дожиття населення України впродовж ХХ–поч. ХХІ століття та ввести у практику демографічного та історичного аналізу науково обґрунтовану оцінку демографічних втрат України у роки соціальних катастроф першої половини ХХ століття, в т. ч. серед населення трудоактивного віку;
- аналіз статево-вікової диференціації смертності у трудоактивний період, оцінка середньої тривалості життя чоловіків та жінок на період зайнятості й незайнятості;
- дослідження ієрархії причин смерті населення трудоактивного віку та основних зрушень у їхній структурі, оцінка ролі та внеску основних класів екзогенних та ендогенних причин смерті у формування змін тривалості життя у трудоактивний період;
- вперше проведено оцінку «запобіжної» смертності населення трудоактивного віку, тобто смертності від причин, яким можна було б запобігти за умови своєчасного звернення та отримання кваліфікованої медичної допомоги; виміряно її внесок у формування загальної смертності населення трудоактивного віку, досліджена структура «запобіжної» смертності залежно від можливостей запобігання методами первинної, вторинної та третинної профілактики;
- дослідження специфіки соціально детермінованої смертності, в т. ч. дана оцінка ролі та внеску алкогольно залежної смертності у формуванні надмірної смертності населення трудоактивного віку; характеристика основних тенденцій

перебігу епідемій туберкульозу і ВІЛ/СНІДу та їхнього впливу на стан здоров'я і рівень дожиття населення;

- здійснено оцінку демографічних втрат України внаслідок надмірної та передчасної смертності населення. Зокрема, проведені розрахунки втрат населення України за період 1990–2006 рр. за умови збереження вікового та нозологічного профілю смертності населення на рівні 1989 р. та показників Польщі (як країни–сусіда зі сприятливими показниками дожиття населення, досягнення яких є потенційно можливим для України). Розраховані та проаналізовані показники середнього укорочення тривалості життя у трудоактивний період та втрачених років потенційного життя (Years of potential life lost, YPLL);

- визначені ймовірні резерви подовження середньої тривалості життя на різних ділянках віку за умови повної ліквідації смертності та підвищення середнього віку померлих від окремих причин смерті;

- розроблено багатоваріантний прогноз смертності і середньої тривалості життя у трудоактивному віці на період до 2050 р.;

- обґрунтовані основні напрями політики щодо зниження смертності населення трудоактивного віку, розкрито їхній зміст, розроблено демополітичні рекомендації щодо можливостей поліпшення стану здоров'я населення та подовження середньої тривалості життя.

Видання є результатом дослідницької роботи авторського колективу у складі:

чл.–кор. НАНУ Е. М. Лібанова (п. 2.1, 3.3), Н. М. Левчук (вступ, п. 1.1, 2.1, 2.3, 3.2, 3.4, висновки), Н. О. Рингач (п. 1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 3.4), О. П. Рудницький (п. 1.3, 1.4), С. А. Понякіна (п. 2.1, 3.1, 3.2), П. Є. Шевчук (п. 3.3), В. О. Шарапова (технічна підготовка рукопису).

Сподіваємося, що проведене дослідження стане вагомим внеском у поглиблення знань щодо еволюції смертності населення України та специфіки її формування у трудоактивному віці і сприятиме вирішенню у демополітичному контексті проблеми поліпшення здоров'я населення і подовження середньої тривалості життя.

Розділ 1. Загальна характеристика смертності й середньої тривалості життя у трудоактивному віці та їх диференціація за основними демографічними ознаками

1.1. Соціально-економічні умови формування здоров'я у трудоактивному віці

В умовах скорочення чисельності та поступового постаріння трудоактивного контингенту в Україні зростають вимоги до його якісних характеристик, насамперед стану здоров'я та середньої тривалості життя. Здоров'я є тією найголовнішою властивістю, без збереження і відтворення якої населення не може реалізовувати свої потенції та можливості в економічній та інших сферах людської активності і таким чином формувати і проявляти свою демоекономічну якість. Зміцнення здоров'я є необхідною умовою набуття і примноження багатьох соціальних властивостей–характеристик: трудових знань, навичок та вмінь, що створює реальну основу трудового потенціалу. Благополуччя зі станом здоров'я є ознакою й складовою високої якості життя, оскільки на індивідуальному рівні це дає можливість людині вважати своє життя повноцінним та значущим, бути активним і творчим членом суспільства; на макрорівні стан здоров'я працюючого населення є одночасно об'єктивною передумовою і наслідком економічних успіхів. Тому будь-які економічні реформи в Україні не можуть забезпечити нову якість економічного зростання в умовах, коли значна частина населення хвора і третина з нього не доживає до завершення періоду трудової діяльності (65 років). Саме поліпшення стану здоров'я населення та підвищення тривалості здорового і трудоактивного життя мають стати надійним підґрунтям й опорою для забезпечення сталого економічного розвитку.

Виходячи з того, що здоров'я населення є важливою характеристикою його життєдіяльності, а життєдіяльність, в свою чергу, це реалізована життєздатність (М. Бедний¹), формування та відтворення здоров'я населення трудоактивного віку відбувається в усіх сферах людського життя і є наслідком–відображенням специфіки його способу та якості життя, умов праці та побуту. Встановити реальну та об'єктивну ієрархію факторів здоров'я чи нездоров'я попри відомі і визначені ВООЗ чинники ризику виникнення захворювань досить непросто, оскільки ті чи інші медико-демографічні характеристики є наслідком довготривалого і накопичувального у часі впливу специфічних умов та обставин, що сприяли або навпаки підірвали життєздатність працездатного населення. Диференціація стану здоров'я серед окремих груп працездатного і працюючого контингентів відображає складну взаємодію різних статусних характеристик населення, відмінностей у доступності основних життєвих благ та рівні забезпечення ресурсами, що сприяють або не сприяють збереженню здоров'я, підвищенню працездатності й подовженню тривалості життя. Розкриття механізму формування таких взаємовпливів і взаємо-

¹ М. С. Бедный. Медико-демографическое изучение народонаселения. — М.: Статистика, 1979. — С. 90.

залежностей відкриває можливості для регулювання умов життя окремих груп населення з метою їх позитивного впливу на стан здоров'я і смертність.

Численні дослідження свідчать, що негативні зміни у стані здоров'я і смертності у період пострадянських трансформацій в Україні найбільшою мірою торкнулися саме населення трудоактивного віку, тобто тієї соціально-демографічної групи, представники якої стали головними суб'єктами суспільних перетворень і чие соціально-економічне становище зазнало швидких і радикальних змін. Розпад радянської тоталітарної держави, руйнація її політико-економічних макроструктур не супроводжувались швидкою заміною і створенням нових, здатних не лише підвищити, але й надолужити рівень споживання матеріальних благ, характерний для періоду до початку реформ. Тому відтворення суб'єкта виробничої діяльності в умовах вкрай низького рівня споживання засобів до життя, зростання безробіття та гострої житлової кризи стали важливими чинниками виникнення та посилення у 1990-і роки демографічної кризи, яка полягає у погіршенні не лише кількісних, але й якісних характеристик населення. Вона зумовлена насамперед руйнацією економічного механізму відтворення населення, який у розвинених країнах базується на достатніх особистих трудових доходах населення та розгалуженій системі соціальних інвестицій у демопроект². В Україні у ході соціально-економічних перетворень було зруйновано стару модель економічного забезпечення життєдіяльності та розвитку населення, а нова виявилась неефективною і не відповідає сучасним демоекономічним потребам. Протягом 1990–2000 рр. обсяг валового внутрішнього продукту в Україні скоротився майже на 60%, а частка фонду оплати праці у ньому зменшилась від 53% до 45%. В умовах, коли, з одного боку, кошти на утримання сім'ї, відновлення здоров'я та працездатності працюючих членів та дітей не закладені в оплату праці, реальний розмір якої до того ж скоротився у 3–4 рази протягом 1990-х років, а державне фінансування соціальних інвестицій різко зменшилося, передусім у сфері охорони здоров'я та системі дошкільного виховання, відбулося суттєве скорочення фонду життєвих засобів населення, що є матеріальною основою відтворення населення. Гальмування демоекономічного розвитку обумовлено такими чинниками як: погіршення умов життя підростаючого покоління до досягнення працездатного віку; знецінення робочої сили, особливо у бюджетних галузях, зниження якості трудового життя та низький рівень соціальної захищеності працюючого населення; відсутність зацікавленості роботодавців у поліпшенні здоров'я та відновленні працездатності своїх працівників; недосконалість соціально-трудових відносин, зокрема щодо оплати та охорони праці, дотримання виробничої безпеки та соціальних гарантій.

У зниженні життєвого рівня населення провідну роль відіграло насамперед різке падіння рівня доходів у 1990-х роках. Впродовж останніх років спостерігається стала тенденція до зростання реальних доходів населення, проте вони все ще залишаються недостатніми для повноцінного задоволення потреби у збереженні та поліпшенні стану здоров'я. До того ж раптові підвищення цін на окремі послуги

² Демографічна криза в Україні. Проблеми дослідження, витоки, складові, напрями протидії / НАН України, Інститут економіки; за ред. В. Стешенко. — К., 2001. — С. 130.

можуть помітно зменшити ресурси збереження здоров'я. Так, є підстави стверджувати, що у 2006 р. значне підвищення оплати комунальних послуг та енергоносіїв призвело до зменшення ресурсів домогосподарств, призначених для інших споживчих витрат, насамперед для харчування. Окрім цього масштаби розшарування населення є доволі значними. За розрахунками фахівців ІДСД НАНУ у 2005 р. 38,2% населення України мали доходи нижче межі прожиткового мінімуму; квінтільний коефіцієнт фондів за рівнем сукупних еквівалентних витрат становив 3,8 раза. Коефіцієнт Джині є достатньо високим і не виявляє чіткої тенденції до зменшення: у 1999 р. він становив 28,5%, у 2005 р. — 30,6%, що свідчить про значну нерівномірність у розподілі доходів між окремими групами населення. До того ж аналіз показує, що зростання середніх значень показників доходів в Україні відбувається передусім за рахунок збільшення доходів найбільш заможних осіб, а не формування численної групи із середніми статками. Особливо уразливими є сім'ї з дітьми: поява у складі домогосподарства хоча б одного безробітного підвищує ризик бідності на 12,4%, а наявність дітей — майже на 30%³. Причина цього полягає у низькій оплаті праці працюючих членів домогосподарств.

В Україні склалася ситуація, коли наявність роботи не гарантує захист від бідності. Наслідком низькооплачуваної зайнятості та низького рівня доходів населення в цілому є той факт, що в середньому дві третини витрат домогосподарств в Україні припадає на харчування, яке до того ж є вкрай незбалансованим за своєю структурою: у його раціоні суттєво переважають жири та вуглеводи; натомість споживання білків є недостатнім. Неповноцінність та незбалансованість раціону харчування, а саме надмірна калорійність та нестача вітамінів і мікроелементів обумовлюють підвищений ризик розвитку хронічної патології. Склалося замкнуте коло, коли, з одного боку, незадовільне матеріальне становище обумовлює підвищений ризик втрати здоров'я через неякісне харчування, знижену можливість отримання своєчасної і кваліфікованої медичної допомоги, оздоровлення та відпочинку, гірші умови праці й побуту, менший доступ до інформації, а з іншого — проблеми зі здоров'ям тісно пов'язані зі зниженням працездатності й продуктивності, що призводить до скорочення доходів та погіршення якості життя в цілому. Представники низькозабезпечених груп є уразливішими, оскільки зазнають впливу стресових чинників більшою мірою, ніж інші групи і при цьому мають у своєму розпорядженні менші ресурси для виживання і вирішення життєво необхідних проблем.

Однак ресурси життєзбереження і вибір здорового способу життя обумовлений не тільки і не стільки наявністю і доступом до матеріальних та фінансових ресурсів, скільки ще більшою мірою психологічною налаштованістю, сформованістю потреби і готовністю до реалізації поведінки, зорієнтованої на сприятливі для життя і здоров'я соціокультурні стандарти. Це в свою чергу тісно пов'язано з іншими показниками соціально-економічного статусу особи та груп, насамперед рівнем освіти. Різні освітні

³ Л. М. Черенко. Демографічні чинники бідності // Демографія та соціальна економіка. — 2005. — №1. — С. 31.

групи неоднаково реагують на проблеми зі здоров'ям і ставляться до їх вирішення, тобто рівень усвідомлення вартості здоров'я, відповідальності за його збереження та ступінь життєзберігальної активності суттєво відрізняються. Зокрема, за даними обстеження домогосподарств активну позицію щодо профілактики захворювань та збереження здоров'я займають саме високоосвічені групи населення. Серед них більша частина тих, хто звертається до медичних закладів не лише з лікувальною метою, але й профілактичних цілях. Освіта разом з іншими характеристиками визначають певний соціально-економічний статус, що акумулює доступ до життєзберігаючих ресурсів. Його вплив на здоров'я проявляється у тому, що чим вищим є місце особи чи групи у соціальній ієрархії, тим кращими є можливості щодо збереження та поліпшення здоров'я і тим нижчим є ризик передчасної смерті. Є підстави вважати, що соціальна диференціація здоров'я і смертності найсильніше виражена саме серед працездатного контингенту, оскільки у дитячому віці соціальна стратифікація здоров'я хоча й тісно пов'язана зі статусом батьків та умовами проживання і виховання у сім'ях, але не залежить від індивідуального вибору поведінки, а у похилому віці вплив соціально-економічних чинників опосередковується об'єктивним процесом старіння та пов'язаного з ним зниження життєздатності.

Важливим чинником формування здоров'я населення працездатного віку є умови та характер праці зайнятого населення. Кожна професія та робоче місце, як відомо характеризується певними параметрами, що визначають специфіку процесу праці: рівень механізації та автоматизації, санітарно-гігієнічні умови, складність і фізична напруженість праці та інше. Характер виробничої діяльності, вид та зміст роботи, що виконується, безпосередньо впливає на психофізіологічні процеси в організмі людини, на ризик виникнення різного роду порушень в організмі, на працездатність і довголіття. Різноманітні дослідження засвідчують тісний зв'язок між шкідливими виробничими чинниками і частотою виникнення інфекційних захворювань, патологій дихальних шляхів, хвороб системи кровообігу. Водночас такий вплив є взаємним: з одного боку, умови та характер праці значною мірою впливають на показники здоров'я і життєздатності, а з іншого — від того, як довго особа зможе функціонувати як повноцінний суб'єкт праці, залежить і загальна тривалість життя: неодноразово доведено, що трудова діяльність та активна життєва позиція сприяють довголіттю.

За радянських часів існувала практично повна зайнятість, при цьому дві третини робочої сили було зайнято переважно фізичною працею. Варто відзначити, що високий рівень зайнятості працездатного населення і одночасно низька технічна оснащеність праці, що не відповідала доволі високому рівню освіти населення, сформувала феномен низькоефективного, нетворчого наповнення трудового процесу, надмірної завантаженості передусім жінок і негативну роль виробничої діяльності у формуванні стану здоров'я численних професійних груп населення. Фізично важка та виснажлива праця у багатьох галузях промисловості та сільського господарства, поєднана з низьким рівнем охорони та оздоровлення умов праці, поширеність ручних некваліфікованих операцій, низька дисципліна праці, порушення

правил безпеки та недотримання вимог до технічного стану і обслуговування виробничих і транспортних засобів, часто нехтування навіть елементарними нормами гігієни праці створили умови для високої поширеності професійної захворюваності, підвищеної аварійності та виробничого травматизму. Як наслідок, склалася ситуація, коли фізично напружена праця не відповідала умовам праці, а значні затрати робочої сили не компенсувалися високою якістю інших умов життя та побуту, достатніх для нормального функціонування та відтворення робочої сили, її здоров'я та працездатності. Хоча слід віддати належне створеній за радянських часів системі медико-санітарного обслуговування робітників, яка певною мірою дозволяла відстежувати, аналізувати частоту професійних патологій, своєчасно діагностувати, лікувати та реабілітувати хворих з професійними захворюваннями.

У сучасний період ситуація на ринку праці та характер трудової діяльності зазнали багатьох змін, але структура зайнятості населення України продовжує відзначатись підвищеною часткою у трудомістких та низькопродуктивних галузях економіки, концентрацією у межах занять переважно фізичної праці, в тому числі некваліфікованої⁴. У 1990-і роки в умовах поширення безробіття значення і роль здоров'я як чинника професійної придатності значно посилились, але нарощування інвестицій у збереження здоров'я працюючого населення не відбулося. Приватні підприємці у пошуках надприбутків найчастіше не зацікавлені у відновленні здоров'я та працездатності своїх працівників, внаслідок чого соціальні гарантії у сфері праці, гарантовані законодавчо (надання та оплата відпустки, лікарняного і т. ін.), не дотримуються належним чином. Замість посилення турботи про здоров'я в умовах трудової конкуренції страх втратити робоче місце та пошуки заробітків призвели до вимушеної надмірної самоексплуатації працівників та зменшення частоти звертань за медичною допомогою. Про це свідчить падіння рівня тимчасової непрацездатності працюючого населення України у 1990-і роки порівняно з докризовим періодом. Нині значна частина хворих випадає з поля зору медицини, що сприяє хронізації численних соматичних захворювань, розвитку запущених форм хвороб.

Умови праці є важливим чинником формування здоров'я працюючого населення. Нині в Україні третина зайнятих у сфері матеріального виробництва працює у шкідливих санітарно-гігієнічних умовах. Неприятливі умови праці можуть як безпосередньо викликати професійну захворюваність і зумовити втрату працездатності, так і поглиблювати і загострювати розвиток різних патологій, сприяти хронізації захворювань. Наслідками професійних захворювань часто буває стійка та тимчасова втрата працездатності. Структура профзахворювань тісно пов'язана зі специфікою виробничого середовища і найчастіше є наслідком впливу таких чинників ризику як: пилове та хімічне забруднення повітря, шум та вібрація, частота інфра- та ультразвуку, випромінювання, важкість та напруженість праці. Найризикованішою є зайнятість у гірничодобувній, металургійній, хімічній, гумовій, шкіряній та целюлозно-

⁴ Курило І. О. Соціально-економічна структура населення: еволюція, сучасність, трансформації. — К.: Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2006. — 472 с.

паперовій галузях промисловості. Так, смертельні нещасні випадки і виробничий травматизм найчастіше трапляються у вугільній промисловості. Зокрема, шахтарі мають один з найвищих ризиків, пов'язаних із втратою здоров'я і працездатності, оскільки умови праці у вугільній промисловості не відповідають нормам безпеки і створюють загрозу для здоров'я робітників. Серед причин — недосконалість технологій і незадовільний стан основних виробничих фондів, які значно підсилюються елементарною безгосподарністю та ігноруванням вимог безпеки праці.

Не меншою мірою це стосується і сільського господарства. Попри нарощування державних асигнувань на розвиток АПК за радянських часів відсутність реальних механізмів, які б забезпечували їхню ефективну віддачу, сприяла швидкому зношуванню і виснаженню трудових ресурсів сільськогосподарської сфери. Важкі умови праці досить швидко давалися взнаки і негативно позначалися на стані здоров'я зайнятих фізичною сільськогосподарською працею. За даними окремих досліджень у галузевій структурі професійної захворюваності в Україні протягом 1980–1990 рр. на сільське господарство припадало від 2 до 8% вперше зареєстрованих випадків професійної патології⁵. Зниження частоти випадків профзахворювань впродовж останніх років обумовлено погіршенням медичного обслуговування, низьким рівнем діагностики професійних хвороб серед сільськогосподарських робітників.

В Україні загалом відбулося помітне зниження показників медичної допомоги на промислових підприємствах (кількості медико-санітарних частин, стаціонарів, чисельності лікарів), а облік накопичених випадків професійних захворювань не проводиться. Між тим, «професійна» експертиза стану здоров'я дозволяє відстежувати фактори з різним ступенем загрози здоров'ю працюючого населення і своєчасно реагувати з метою мінімізації негативних наслідків. Варто також зауважити, що навіть у разі ефективного розвитку промислової медицини та забезпечення досконалою технікою і технологіями людський чинник був і є головною перепорою на шляху зменшення професійної захворюваності та нещасних випадків на виробництві. Підвищення рівня виробничої безпеки, посилення трудової дисципліни, контролю за дотриманням інженерно-технічними працівниками своїх обов'язків, а також дефіцит кваліфікованих кадрів, здатних забезпечити не лише потрібний кінцевий результат, а й безпечні умови праці на робочому місці і досі залишаються невирішеними проблемами для української промисловості в цілому.

Не менш важливим чинником, що вкрай болісно вплинув на ресурсні можливості збереження стану здоров'я населення, стали деструктивні зрушення та розлад державної системи охорони здоров'я. Україна успадкувала радянську модель охорони здоров'я, що передбачала безоплатність, широкий доступ та соціальну солідарність в отриманні медичних послуг. Попри усі за і проти цієї системи об'єктивним фактом є те, що її позитивний потенціал вичерпався вже у 80-і роки. Значні обсяги сформованої та доволі розгалуженої мережі медичної інфраструктури

⁵ Кундієв Ю. І., Нагорна А. М. Професійне здоров'я в Україні. Епідеміологічний аналіз. — К.: Авіцена, 2006. — С. 250.

не відповідали потребам населення і виявились відірваними від фактичного попиту на медичні послуги. Надлишок інфраструктури, жорстка управлінська ієрархія, надмірна централізованість, надлишкове використання послуг спеціалізованої медичної допомоги суттєво знизили ефективність радянської системи охорони здоров'я. Зниження якості послуг неминуче позначилося на стані здоров'я населення, оскільки існуюча медична система приділяла і продовжує приділяти основну увагу лікуванню хворих, тоді як профілактика та попередження розвитку хронічних неінфекційних захворювань, що у структурі смертності населення посідають провідне місце, фактично ігнорується.

Варто визнати, що на тлі спроб реорганізації та реструктуризації системи охорони здоров'я концептуальні засади механізму її функціонування в Україні дотепер принципово не змінилися.

По-перше, нині відсутня чітка стратегія розвитку медичної галузі: чи бути їй у вигляді системи страхування (державного загальнообов'язкового), чи залишатися на бюджетному фінансуванні, чи поєднати бюджетну модель з розширенням можливості приватного добровільного медичного страхування. Це в свою чергу пов'язано з відсутністю чіткого розуміння з боку населення та визначення з боку держави охорони здоров'я як споживчої послуги чи як суспільного блага. Багато українців вважають і продовжують вважати, що медична допомога повинна бути безкоштовною і забезпечуватися повною мірою з боку держави. Збереження цієї концепції патерналізму, згідно з якою держава має турбуватися про населення, а особа не розглядається як повноправний суб'єкт, самостійний та відповідальний за свою поведінку, вкрай негативно позначається на стереотипах ставлення до життя та здоров'я. Поширеність трактування охорони здоров'я як суспільного блага на безоплатній основі і жорстка прив'язка стану здоров'я до медицини, а не до особистої відповідальності за нього значно деформували сучасну економіку та етику охорони здоров'я і не сприяють формуванню у населення активної життє-збережувальної позиції та налаштованості на здоровий спосіб життя. Ситуація ускладнюється тим, що зобов'язання держави відповідно до законодавства значно перевищують можливості бюджету по забезпеченню їх виконання внаслідок обмеженості обсягу бюджетних ресурсів, а тому значною мірою мають декларативний характер. Окрім цього, «велика» політика постійно втручається у процес здійснення інституціональних перетворень в Україні, в тому числі таких, яких потребує система охорони здоров'я; керівництво МОЗ України змінюється надто часто. У цих умовах стереотип про державні зобов'язання в охороні здоров'я стає джерелом постійних спекуляцій, вигідних для багатьох політичних сил, а реформи, життєво необхідні для розвитку галузі, гальмуються і впроваджуються дуже мляво. Достатньо згадати, що різні моделі медичного страхування вже кілька років поспіль обговорюються у парламенті, але чіткої і однозначної оцінки щодо можливості та доцільності їх запровадження в Україні так і не зроблено.

По-друге, не відбулося позитивних зрушень у механізмі фінансування медичної галузі, що базується на підходах, сформованих за радянських часів.

Основні принципи такого кошторисного та командно-адміністративного фінансування ґрунтуються на бюджетному утриманні медичних установ, що передбачає оплату праці лікарів та фінансування ліжко–днів і не передбачає покриття витрат відповідно до обсягів реально наданих послуг. Такий механізм фінансування, що не пов'язаний з результатами діяльності лікувальних установ, є вкрай неефективним. Як наслідок, Україна продовжує посідати провідні позиції за показниками обсягу ліжкового фонду і тривалості його використання, з одного боку, та є аутсайдером за рівнем середньої тривалості життя серед європейських країн — з іншого, оскільки збереження екстенсивного «інфраструктурного» підходу до фінансування обумовлює незацікавленість надавачів медичних послуг в ефективнішому лікуванні хворих, провокує низькопродуктивне використання ресурсів через відсутність конкуренції серед лікувальних закладів. Якщо у розвинених країнах тривалість перебування у стаціонарі має тенденцію до поступового скорочення і є одним з важливих показників ефективності охорони здоров'я, в Україні тривалість використання лікарняного ліжка за даними ВООЗ є чи не найдовшою серед європейських країн.

Варто зазначити, що нераціональною є і сама структура витрат всередині системи, найбільша частка з яких виділяється на стаціонарну медичну допомогу (якої все одно не вистачає, оскільки покриває головним чином тільки оплату праці лікарів та комунальні послуги), витрати на амбулаторну допомогу є невиправдано малими, а на профілактичну складову — взагалі мізерними. Це свідчить про те, що попри формально проголошену необхідність розвитку медичної профілактики сучасний розвиток охорони здоров'я в Україні концентрується переважно на лікувальній медицині, що обертається невиправданими демоекономічними втратами як на рівні держави, так і домогосподарств, оскільки значна частина захворювань може бути попередженою, а ще частина хворих, яка могла бути вилікувана амбулаторно, потрапляє у стаціонари, де лікування є доволі коштовним.

По-третє, в умовах, коли помітної диверсифікації джерел фінансування системи охорони здоров'я не відбулося (винятком є програми протидії епідеміям ВІЛ/СНІДу та туберкульозу, що почали активно фінансуватися протягом останніх років міжнародними донорами, насамперед Глобальним фондом боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією), впровадження страхування гальмується, а бюджетне фінансування галузі є недостатнім, відбувся перерозподіл витрат на послуги щодо охорони здоров'я між державою та громадянами, домогосподарствами. Бюджетні видатки усіх рівнів на охорону здоров'я почали нарощуватись в Україні починаючи з 2000 р.: того року загальний фонд зведеного бюджету охорони здоров'я становив лише 4,4 млрд грн., у 2004 р. — 12,2 млрд. грн., а у 2007 р. — 21 млрд. грн., що майже удвічі більше. Порівняно з 2006 р. асигнування на охорону здоров'я у 2007 р. збільшені на 5 млрд. грн., що є позитивним явищем, оскільки передбачається виконання програм, які практично не фінансувались в Україні впродовж останніх 10–15 років. Незважаючи на таку позитивну динаміку, варто відзначити, що це збільшення залишається недостатнім для покриття потреб галузі, оскільки воно завжди спрямовувалось головним чином на підвищення оплати праці медичних працівників і не використовувалось для таких потреб як

закупівля медикаментів, витрати на діагностику та лікування, модернізація обладнання. Невирішеними також є проблеми розподілу цих коштів між МОЗ та багатьма іншими відомствами–реципієнтами.

Держава через нестачу, а ще більше через неефективність використання виділених нею коштів переклала турботу про фінансування збереження здоров'я на населення, суттєво знизивши при цьому його доходи. Через те, що державні видатки в межах існуючої фінансової системи не забезпечують лікувальні заклади медикаментами та іншими товарами, необхідними для лікування (за винятком централізованої закупівлі окремих груп медикаментів, наприклад, для лікування туберкульозу, онкологічних захворювань чи діабету) відповідальність за них практично повністю лягає на плечі пацієнтів, тобто шанси на одужання та покращання свого стану здоров'я значно більшою мірою, ніж раніше залежать нині від платоспроможності хворого. Це обумовлює зростання соціальної нерівності щодо доступу до якісних медичних послуг та відповідно посилення внеску цього чинника у формування диференціації населення за станом здоров'я та ризиком передчасної смерті від тих хвороб, які піддаються лікуванню. Не менш важливим є те, що за умов нестачі державних коштів та слабого розвитку мережі приватних медичних закладів виникли передумови для формування тіньового ринку платних медичних послуг. Неофіційні платежі та хабарництво стали звичною нормою для медичного обслуговування і жодним чином не поповнюють бюджет, але можуть стати непосильним тягарем для сім'ї хворого. Цьому неабиякою мірою сприяє низький рівень офіційної оплати праці медичних працівників.

Проведена у рамках міжнародного дослідження «Національні рахунки охорони здоров'я України 2003–2004 рр.» оцінка рівнів державних і приватних витрат у структурі загальних витрат на охорону здоров'я в Україні свідчить, що внесок держави становить в середньому 58%, близько 1% належить донорам, а решта витрат на медичні послуги припадає на приватні джерела, з яких витрати домашніх господарств становлять майже 38–39% від загальних витрат на охорону здоров'я в Україні. Більшість витрат домогосподарств відбувається неофіційно і не надходить до загальної фінансової системи⁶. За деякими оцінками в Україні у 2001 р. загальний тіньовий оборот коштів у системі охорони здоров'я сягав 3 млрд. грн., що становило понад половину бюджету на утримання галузі, передбачених на той час. Наразі немає підстав вважати, що рівень неофіційних витрат населення на послуги з охорони здоров'я нині зменшився⁷.

Висока вартість медикаментів та неофіційних платежів є перешкодою для отримання своєчасної і адекватної медичної допомоги для малозабезпечених верств населення, які утримуються або відкладають своєчасне звертання до лікаря через свою неплатоспроможність. Це в свою чергу призводить до пізнього виявлення хвороб, їх важкого перебігу та хронічних ускладнень. Наразі склалася ситуація, коли якість

⁶ Національні рахунки охорони здоров'я України. Том 1. Аналітичний звіт. Київ, квітень 2006 р. — С. 15.

⁷ Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / Під заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. — К.: Вид-во Раєвського, 2005. — С. 38.

медичних послуг та доступ до лікування суттєво відрізняються для груп населення з різними доходами, а можливість оплатити медичні послуги і придбати необхідні медичні препарати стала важливим чинником соціально-економічної диференціації населення. Малозабезпечені через низьку купівельну спроможність та постійне зростання цін на медикаменти змушені купувати дешеві, але низькоефективні ліки, тобто виграш у ціні призводить до програшу у результатах лікування. Про це свідчить посилення процесу хронізації хвороб серед населення, накопичення значної кількості хронічних хворих, негативні зміни у структурі первинної та загальної захворюваності.

Хоча різноманітні обстеження свідчать, що здоров'я посідає чільне місце у системі цінностей більшості населення України, лише певна частина реально дбає про його збереження і своєчасно звертається до лікаря; решта відвідує лікувальні заклади лише у важких випадках. У сучасний період в Україні набуло загрозливого масштабу явище самолікування серед населення, що є вкрай небезпечною тенденцією. Характерно, що масовий характер самолікування не пов'язаний з труднощами у фізичній доступності медичних послуг. Його причини полягають передусім у низькому рівні довіри населення до існуючої системи медичної допомоги, у низькій якості її послуг. У цьому контексті назрілою є ще одна важлива проблема — проблема широкої доступності лікарських засобів і готовності персоналу аптечної мережі виступати як безкоштовні, але не завжди фахово добре підготовлені консультанти. Фармацевтичний бізнес та аптечна мережа, темпи розвитку яких у сучасний період є одними з найвищих, відзначаються великою зацікавленістю у збільшенні обсягу продажу своєї продукції і є одними з головних рушіїв розвитку та збільшення масштабів самолікування серед населення.

Якщо на початку 1990-х років доволі гострою проблемою була наявність і фізична доступність ліків, то нині нерозв'язаним є питання економічної доступності медичних препаратів в умовах низької купівельної спроможності населення. Український фармацевтичний ринок нині достатньо розвинений, а аптечна мережа представлена закладами різних форм власності з наявним широким переліком лікарських засобів за всіма нозологічними групами. Проте співвідношення лікарських засобів вітчизняного і зарубіжного виробництва не на користь останніх і імпортна продукція витісняє вітчизняну, частка якої на ринку фармацевтичних послуг не перевищує третину. Засилля ринку дорогими імпортними медичними препаратами, про механізм та побічні ефекти впливу яких лікарі та фармацевти обізнані недостатньо, зумовлює гостру проблему нераціонального використання ліків, що стала одним з важливих чинників, які сприяють накопиченню тягаря хронічних хвороб серед населення. Через недосконалість нормативної бази та невідповідність її міжнародним вимогам у сфері обігу лікарських засобів невирішеною залишається проблема сертифікації виробництва лікарських засобів на відповідність вимогам Незалежної виробничої практики (GMP): із 140 підприємств України — виробників лікарських засобів, лише 7 сертифіковано на відповідність вимогам GMP. Окрім цього обсяги фальсифікованих препаратів на фармацевтичному ринку України помітно збільшились. Таким чином, на тлі стрімкого розвитку і насичення фармацевтичного

ринку відчутних зрушень щодо поліпшення якості та безпеки лікарських засобів не відбулося і захворюваність населення України не знижується

Існуюча в Україні система охорони здоров'я на нашу думку є однією з найбільш консервативних та найменш реформованих галузей, оскільки якщо були спроби реформ, то вони виявились надто непослідовними і повільними. Наявна система не забезпечує доступність і справедливості щодо можливостей отримання якісних медичних послуг для їхніх споживачів. Таким чином, якщо не відбудеться відчутного поступу у реформуванні галузі, важко розраховувати на повніше та якісніше задоволення потреби громадян у збереженні та покращанні стану здоров'я.

Важливим чинником негативного впливу на здоров'я та смертність населення України стала аварія на Чорнобильській АЕС. Як відомо, внаслідок Чорнобильської катастрофи в Україні утворилась значна територія радіаційного забруднення загальною площею понад 5,5 млн. га, на якій проживало на час аварії близько 3 млн. осіб. На початок 2007 р. на обліку у медичних закладах системи охорони здоров'я України перебувало 2381,3 тис. осіб, серед них 408,3 тис. дітей, визнаних постраждалими внаслідок аварії на ЧАЕС. Частка визнаних здоровими серед ліквідаторів за даними МОЗ України зменшилась від 67,6% у 1986–1987 рр. до 4,4% у 2006 р. Демографічні втрати, пов'язані з негативним впливом Чорнобильської катастрофи, стосуються не лише неблагополучного стану здоров'я ліквідаторів, але й погіршення основних медико-демографічних характеристик населення, що проживає на так званих контрольованих територіях, тобто у регіонах з різним ступенем радіоактивного забруднення. Зокрема, за даними диспансеризації серед населення, яке мешкає на радіоактивно забруднених територіях, кількість визнаних здоровими знизилась від 50,7% у 1987 р. до 12–13 % у сучасний період.

Аналіз і узагальнення основних результатів наукових досліджень показали, що медичні наслідки Чорнобильської аварії суттєво відрізнялися від прогнозованих ефектів. Основний внесок в порушення стану здоров'я всіх категорій постраждалих вносили нестохастичні ефекти у вигляді широкого спектру непухлинних форм соматичних та психосоматичних захворювань. Вони в більшості випадків виступали як чинники втрати працездатності та смертності⁸.

Згідно з проведеними дослідженнями показники захворюваності та смертності сільського населення зони радіологічного контролю помітно перевищують відповідний середньоукраїнський рівень. Це стосується насамперед поширеності таких онкопатологій як рак щитовидної залози та лейкомія. Первинна захворюваність на рак щитовидної залози у найбільш забруднених районах Житомирської, Київської та Чернігівської областей у 10 разів перевищує показники середні по країні. Захворюваність на рак щитовидної залози збільшилась передусім серед осіб, які перебували у 1986 р. у дитячому та підлітковому віці. Якщо у першій половині 1980-х років в Україні реєструвалось в середньому 12 випадків цього захворювання (5 серед дітей та 7 серед підлітків), то починаючи з 1990 р. їх кількість постійно збільшується.

⁸ 20 років Чорнобильської катастрофи: підсумки і перспективи // Доповідь до парламентських слухань за участю країн — учасників Співдружності Незалежних Держав, 2006.

У 2000–2005 рр. вона становила близько 370 випадків в середньому за рік (277 у дітей та 93 у підлітків), тобто збільшилась у 30 разів. За період 1986–2005 рр. в Україні з приводу раку щитовидної залози було прооперовано 3,9 тис. осіб, які на момент аварії перебували у віці до 18 років. Однак найбільших втрат внаслідок аварії на ЧАЕС зазнало постраждале населення у трудоактивному віці. Зокрема, максимальні темпи зростання смертності спостерігались серед сільського населення віком від 35 до 60 років⁹.

Така ситуація обумовлює необхідність посилення уваги та контролю за станом здоров'я постраждалого населення. Водночас варто визнати, що ефективність створеної в Україні системи нагляду за постраждалими є досить низькою. Хоча видатки на Чорнобильські програми за останні роки збільшились, це збільшення стосується насамперед соціальних допомог, відшкодувань за неякісне харчування, а кошти на оздоровлення є чи не найменшими. Наприклад, у 2006 р. санаторно-курортне лікування отримали лише 2,7% осіб, які його потребували, із числа тих, хто мешкає на радіоактивно забруднених територіях. Тому система медико-санітарного забезпечення і соціального захисту населення, що постраждало в результаті Чорнобильської аварії, потребує вдосконалення, в тому числі щодо механізму його фінансування та формування більш збалансованої політики, розгляду можливості територіальної реорганізації надання соціальних допомог з метою більш ефективного розподілу коштів на користь тих громадян, які потребують їх найбільше, та зменшення зловживань.

Загалом соціально-економічні трансформації перехідного періоду на тлі екологічного неблагополуччя виявились серйозним випробуванням для здатності населення пристосуватись до нових умов життєдіяльності. В умовах соціально-дезорієнтуючих змін одна частина населення України зуміла адаптуватись і зберегти своє здоров'я, а інша — ні. Як відомо, стреси та патологічні стани психологічного характеру зараховують до низки найважливіших чинників захворюваності та інвалідності. Погіршення соціального самопочуття через невпевненість у завтрашньому дні, відсутність перспектив та страх залишитися без роботи призвели до ще більшого послаблення культури та навичок збереження здоров'я і стали передумовою поширення таких негативних явищ як зловживання алкоголем, споживання наркотиків, епідемії туберкульозу та ВІЛ/СНІД.

Пильний розгляд зазначених питань дає підставу стверджувати, що значний внесок у руйнування громадського здоров'я в Україні належить зловживанню алкоголем. Споживання алкоголю в Україні вирізняється передусім нерегулярним, але високим рівнем споживання напоїв із сильною концентрацією спирту, при якому періоди утримання чергуються із «запоями». «Ударні» одноразові дози алкоголю завдають доволі сильного токсичного впливу на організм, нерідко з летальними наслідками. Така нераціональна і шкідлива модель споживання алкоголю є результатом комбінованого

⁹ Э. Либанова, И. Курило. Особенности смертности и состояния здоровья населения в регионах Украины, пострадавших вследствие аварии на Чернобыльской АЭС // Смертность в странах бывшего СССР. Пятнадцать лет после распада: что изменилось? Материалы Международного семинара. — Киев, 2006. — С. 292.

впливу певних історичних традицій, особливостей алкогольної політики та умов життя, що у підсумку сильно деформували і спотворили давні алкогольні традиції. У наш час міцний алкоголь став не лише супутником усіх особистих та родинних святкувань, але й невід'ємним атрибутом вирішення професійних питань. Тривалий час цьому сприяла алкогольна політика радянського уряду, що базувалась на державній монополії у сфері виробництва і продажу алкоголю.

По-перше, протягом 1970–1980-х рр. відбувалось постійне нарощування виробництва та продажу міцних алкогольних напоїв, що стало потужним джерелом поповнення державного бюджету. Зокрема, обсяг горілчаних та лікєро-горілчаних виробів у складі продажу алкоголю виросла від 40,7% у 1975 р. до 52,8% у 1989 р., а вина, навпаки, скоротився — від 44,1 до 24%. Надходження коштів від продажу алкоголю активно зростали, причому надходження податку від продажу винно-горілчаних виробів збільшувались швидшими темпами, аніж податок з товарообігу в цілому. Такий підхід аж ніяк не стимулював отримання бюджетних коштів з інших джерел, і саме алкогольна індустрія стала доволі зручним джерелом «латання дірок» у бюджеті, тобто отримання бюджетних доходів, яких не вистачало.

По-друге, є всі підстави вважати, що алкоголь розглядався державною владою як засіб своєрідної компенсації суттєвого відставання розвитку соціальної сфери та незабезпечення населення продовольчими товарами, коли за допомогою широкого виробництва і продажу алкогольних напоїв прагнули вирішити гостру продовольчу проблему і проблему роздрібного товарообігу в цілому.

По-третє, тривала орієнтація господарського механізму на переважно екстенсивний тип господарювання, суттєве відставання розвитку соціальної сфери, з одного боку, та низька технічна оснащеність виробництва і значне поширення виробництва зі шкідливими умовами праці, — з іншого, сприяли передчасному «зношенню» робочої сили. Оскільки на тлі високої зайнятості населення фізичною працею витрати робочої сили (передусім у галузях, що потребували інтенсивної та напруженої фізичної праці) не компенсувались умовами, необхідними для збереження і відтворення стану здоров'я, остільки таку компенсаційну роль почало виконувати вживання психоактивних речовин.

Ситуація різко змінилася у середині 1980-х, коли у заявах радянського уряду був зроблений наголос на політику подолання пияцтва і боротьбу за тверезий спосіб життя. Основними складовими антиалкогольної кампанії було скорочення обсягів продажу алкоголю, підвищення цін на спиртні напої у 1985 та 1986 рр., посилення боротьби із самогоніварінням, побутовим і виробничим пияцтвом, заходи дисциплінарно-адміністративного характеру до порушників норм тверезого способу життя. Як наслідок, протягом півтора року з початку антиалкогольної кампанії обсяг зареєстрованого продажу алкогольних напоїв знизився на 51%, хоча реальне споживання за експертними оцінками скоротилось лише на 27% за рахунок самогоніваріння, що певною мірою компенсувало дефіцит державного продажу алкоголю. За офіційними даними в Україні на початку 80-х років в середньому споживалось 6 літрів абсолютного

алкоголю на душу населення, у 1985–1987 рр. — 2,8 літрів. Однак ці дані є неповними, оскільки не враховують споживання алкоголю домашнього виробництва.

Аналіз динаміки обсягів продажу алкогольної продукції в Україні протягом 1990-х років не дозволяє аргументувати висновок про зменшення споживання алкогольних напоїв. Скорочення доходів населення не призвели до зменшення попиту на алкоголь, а навпаки, загострили алкогольну ситуацію у країні в цілому. Якщо у 1960–1980-і роки різке збільшення споживання алкогольних напоїв в Україні відбулося саме на тлі відносного поліпшення життєвого рівня населення, то у сучасний період воно збільшилося насамперед через те, що алкоголь став значно дешевшим і доступнішим, ніж у радянські часи, і виріс попит на нього. Спад офіційно зареєстрованого продажу алкоголю у першій половині 1990-х років очевидно був не стільки проявом зменшення споживання алкоголю, скільки наслідком розширення нелегітимного простору алкогольного ринку, різкого зростання нелегального виробництва і продажу алкоголю, що за експертними оцінками становить нині не менше третини усієї алкогольної продукції в Україні. При цьому значне розповсюдження на ринку алкоголю токсичних фальсифікатів і підробок, самогоніваріння, а також легально виготовлених, але низькоякісних спиртних напоїв, що не відповідають необхідним вимогам і стандартам, стало однією з причин підвищення рівня алкогольних отруєнь та смертей, пов'язаних з ними.

Як відомо, безпосередньої статистики споживання алкоголю в Україні не існує, таку оцінку можна виконати лише на основі обсягів зареєстрованого продажу алкогольних напоїв або на підставі даних відповідних соціологічних опитувань. Проте достовірність офіційної статистичної звітності викликає сумніви, оскільки вона не відображає справжню ємність українського алкогольного ринку, розміри якого є набагато більшими за декларовані. У зв'язку з цим офіційні показники продажу алкоголю, перераховані у літрах чистого алкоголю на душу населення, виявляються в Україні невинувато низькими. Зокрема, протягом останніх років за даними Держкомстату України вони становили близько 1,6 літрів абсолютного алкоголю на душу населення за рік.

Рис. 1.1.1 наочно демонструє розбіжності у динаміці споживання алкоголю з одного боку, та захворюваності населення на алкогольні психози і смертності від алкогольних отруєнь — з іншого, що свідчить про недостовірність офіційних даних щодо споживання алкоголю в Україні. За експертними оцінками ВООЗ (WHO Global Status Report Alcohol, 2004) рівень споживання офіційно зареєстрованого алкоголю на душу населення у віці 15 років і старше становив 4,0 літрів чистого спирту, незареєстрованого – 7,0-8,0 літрів. За даними опитування World Health Survey 2003 пересічний дорослий українець споживає 11,1 літрів чистого алкоголю за рік, в тому числі 16,4 літрів для чоловіків та 7,1 літрів для жінок¹⁰. Не зайвим буде нагадати, що згідно з оцінкою ВООЗ споживання алкоголю більше 8-ми літрів є небезпечним і руйнівним для здоров'я. Експертами ВООЗ встановлено, що кожен додатковий літр

¹⁰ WHO Global Status Report on Alcohol 2004. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse Geneva, 2004.

чистого спирту понад вищезазначеної межі зумовлює скорочення тривалості життя на 11 місяців у чоловіків та 4 місяці у жінок.

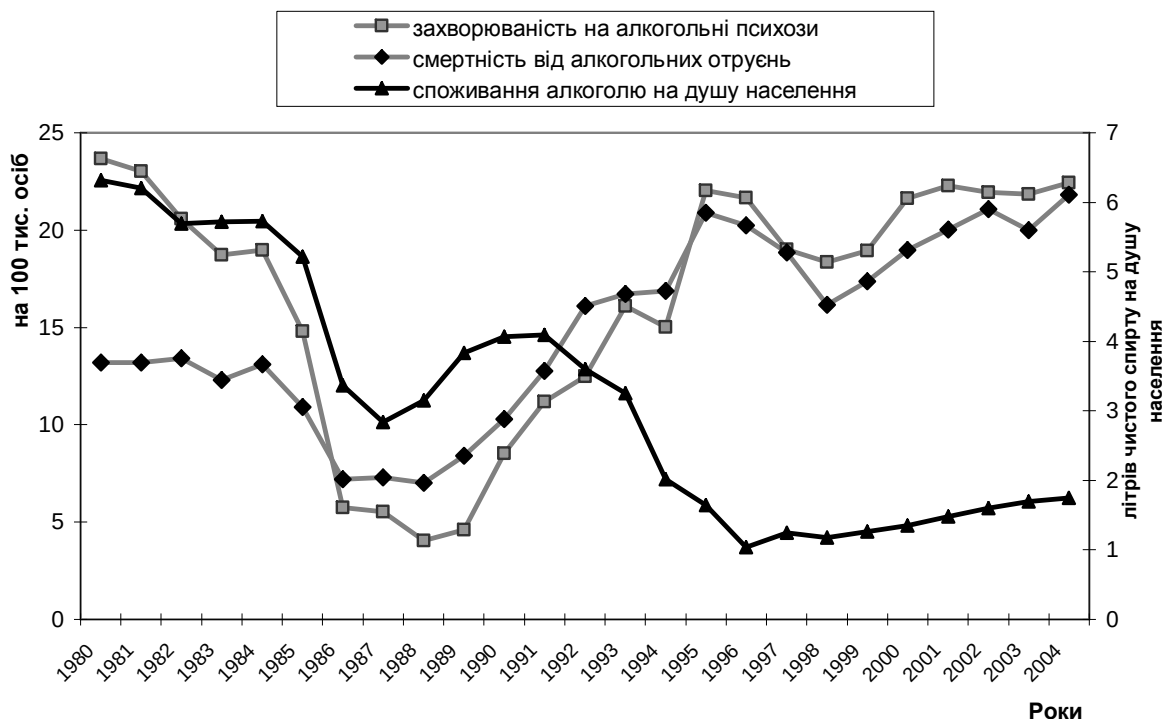


Рис. 1.1.1. Динаміка захворюваності на алкогольні психози, смертності від алкогольних отруєнь та показника споживання алкоголю в Україні у 1980–2004 рр.

Джерело: показники захворюваності та смертності — дані ВООЗ, рівень споживання алкоголю — дані Держкомстату України.

За результатами обстеження ВООЗ в Україні для третини чоловіків і 12% жінок віком 18 років і старше є характерним надмірне (систематичне або епізодичне) вживання алкоголю з високим ризиком для здоров'я. Не вживали спиртні напої протягом останніх 12 місяців в середньому 15% чоловіків та 28% жінок (табл. 1.1.1). Важливим чинником, що актуалізує алкогольну проблему в Україні, є зростання рівня та зменшення віку початку вживання алкоголю серед молоді, передусім внаслідок стрімкого поширення споживання пива і так званих слабоалкогольних напоїв, що, як відомо, підвищує ризик розвитку алкогольної залежності у майбутньому. Проведений аналіз структури споживання алкоголю серед молодих людей не дає підстав для висновку про те, що пиво витісняє вживання міцних алкогольних напоїв. Радше йдеться про зменшення попиту на вино і поєднання вживання пива й міцних спиртних напоїв. Зростання виробництва пива і розширення його асортименту на алкогольному ринку з одного боку, збільшення рівня його споживання — з іншого, свідчать, що вживання пива стає невід'ємним елементом молодіжної субкультури в Україні. Однак головну роль у формуванні ставлення й поведінки сучасної молоді щодо алкоголю відіграє той прикрий факт, що в Україні не має усталених традицій й культури здорового способу життя, що передбачає усвідомлення цінності громадського та особистого здоров'я і реалізацію

життєзберігаючої поведінки. Молоді люди можуть дозволити собі купувати і вживати доступні й широко розповсюджені алкогольні напої, але поки що не можуть відмовитись від них, оскільки існує в Україні суспільне середовище сприяє відтворенню і подовженню тих алкогольних звичок і традицій, які негативно впливають на здоров'я людини. Тому алкоголь був і залишається важливим чинником, що негативно позначається на формуванні здоров'я й показників життєздатності населення України.

Таблиця 1.1.1. Окремі характеристики дорослого населення України (віком 18 років і старше) за частотою споживання алкоголю, %

Частота вживання алкоголю	Обидві статі	Чоловіки	Жінки
Не вживали алкоголь протягом останніх 12 місяців	23,2	15,0	27,6
Систематичне надмірне вживання алкоголю з високим ризиком для здоров'я (40 грам і більше чистого спирту щоденно для чоловіків та 20 грам і більше для жінок)	8,6	9,6	8,1
Епізодичне надмірне вживання алкоголю з високим ризиком для здоров'я (щонайменше 1 раз в тиждень споживання 5-ти та більше стандартних доз алкоголю протягом одноразового прийому алкоголю)	9,6	19,5	3,7

Джерело: дані ВООЗ (World Health Survey, 2003).

Значний внесок у формування тягара нездоров'я населення трудоактивного віку належить також тютюнопалінню. Хоча українське законодавство нині на перший погляд досить жорстко регулює виробництво, обіг та продаж тютюнових виробів і Україна нещодавно ратифікувала Рамкову конвенцію ВООЗ з боротьби проти тютюнопаління, виробництво та споживання тютюну в Україні збільшується. Це пов'язано насамперед з тим, що ціни на більшість найменувань сигарет в Україні є низькими і доступними.

Рівень поширення тютюнопаління серед населення віком 15 років і старше за даними обстеження ВООЗ та дослідження «Тютюн в Україні: національне опитування щодо знань, ставлення та поведінки», проведеного Київським міжнародним інститутом соціології, становить нині в середньому 41,2%. Таким чином, 15,5 млн. українців палять, ще 3,4 млн. (9%) — колишні курці і 18,8 млн. (50%) не є курцями. Рівень поширення паління серед українських чоловіків становить 66,8%, що є одним з найвищих показників серед європейських країн. Лише 20% українських жінок палять, але динаміка поширеності паління серед жінок є більш несприятливою, ніж у чоловіків, оскільки відрізняється постійним зростанням показників¹¹. Українці починають палити у ранньому віці, і частота паління скорочується з віком. Як свідчать результати проведеного дослідження половина чоловіків викурили першу сигарету у віці до 15 років, жінки — до досягнення 17 років. В середньому чоловіки в Україні викурюють 16 сигарет за день, жінки — 11.

¹¹ Вісник Центру. Інформаційний бюлетень Міжнародного центру перспективних досліджень. — №21 (325). — 19 червня 2006 року.

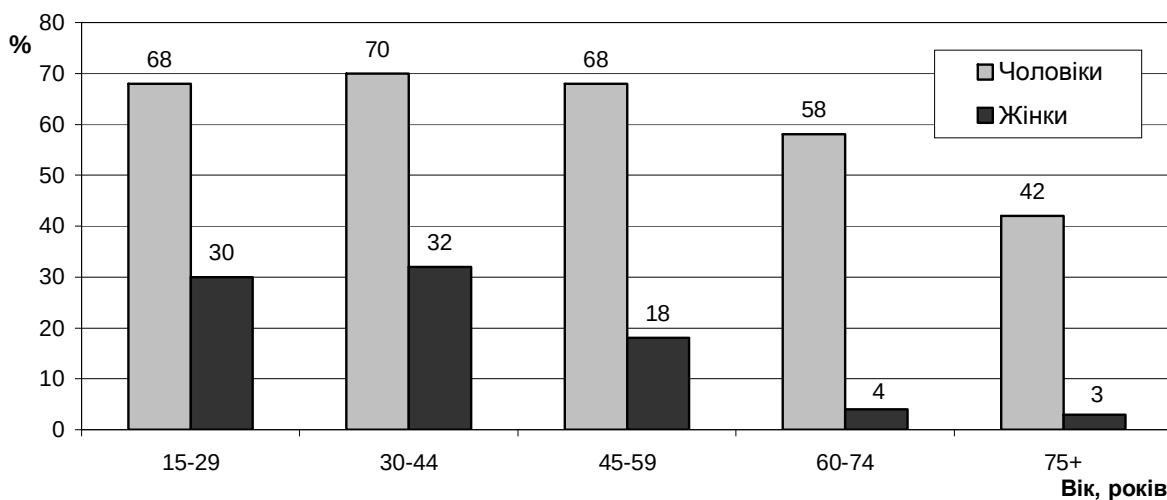


Рис. 1.1.2. Поширеність паління серед різних вікових груп дорослого населення України у 2005 р., %

Джерело: дані BOO3 (WHO Global InfoBase).

Різноманітні дослідження свідчать про існування чіткої диференціації поширеності паління залежно від соціально-економічного статусу: ті, хто посідають низькі соціально-економічні позиції палять частіше, ніж особи з високим статусом. Виявлена тенденція до зменшення поширеності паління в міру підвищення рівня освіти та доходів у чоловіків, а у жінок спостерігається протилежна залежність. Безробітні більшою мірою схильні до тютюнопаління, ніж зайняті. Уразливість щодо цих факторів є особливо великою серед осіб активного трудоактивного віку, оскільки саме на їхні плечі лягає основне навантаження по забезпеченню дітей і підтримки батьків, що виходять на пенсію. Максимальна частота паління спостерігається саме серед чоловіків та жінок віком 30–44 роки. Тютюнопаління завдає значної шкоди здоров'ю населення і є однією з головних причин високої передчасної смертності населення, обумовленої рядом онкологічних (передусім, раком легенів) та серцево-судинних захворювань.

Таким чином, існуючий стан здоров'я і рівень смертності населення трудоактивного віку за своєю генезою є проявом накопиченого довготривалого впливу різних чинників: низького рівня та якості життя населення, незадовільного стану системи охорони здоров'я, забруднення навколишнього середовища, і зокрема, наслідків Чорнобильської катастрофи, високого рівня зайнятості на виробництві з несприятливими для здоров'я умовами праці, знецінення здоров'я як з боку держави, так і самих громадян. Поліпшення стану медико-демографічних процесів в Україні вимагає реалізації широкого комплексу суспільних заходів і створення суспільного середовища, сприятливого для формування і поширення соціальної та особистісної мотивації до збереження та зміцнення здоров'я.

1.2. Захворюваність та інвалідність дорослого населення. Професійне здоров'я. Середня тривалість здорового життя

Здоров'я є одним з найбільш складних, багатофункціональних понять, що поєднує в собі медико-біологічну та соціальну сутність. Здоров'я населення розглядається як його якісна характеристика, необхідна основа для продуктивної соціальної та економічної життєдіяльності. Класичне визначення ВООЗ здоров'я як «стану повного фізичного, духовного та соціального благополуччя, а не тільки відсутності хвороби або фізичних дефектів» (практично дослівно відтворено статтею 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я), було розширене і доповнене у 1977 р. поняттям «соціальної і економічної продуктивності індивіда». Здоров'я індивіда розглядається як динамічний процес збереження і розвитку його біологічних, фізіологічних і психічних функцій, оптимальної працездатності і соціальної активності при максимальній тривалості активного періоду життя. Здоров'я населення — процес соціально-історичного розвитку психосоціальної та фізичної життєздатності сукупності людей, що проживають на певній території в ряді поколінь, підвищення його працездатності і продуктивності праці.

Ще одне визначення здоров'я є надзвичайно актуальним з погляду нашого дослідження смертності у трудоактивному періоді. Воно звучить так: «Здоров'я індивіду — поєднання анатомічної цілісності організму і нормального функціонування особистості в сімейній, соціальній і трудових ролях, включаючи здатність адаптації до стресу, суб'єктивне відчуття благополуччя, невіддатливості ризику тяжких хвороб і передчасної смерті». Усвідомлення того, що здоров'я індивідуальне тісно пов'язане зі здоров'ям громадським, є наріжним каменем сучасної соціальної політики. Феномен здоров'я нерозривно поєднує чотири сфери — фізичну, психічну, духовну і соціальну в одну з найбільших особистих і суспільних цінностей. Право на здоров'я є одним із найважливіших прав людини. Декларацією, прийнятою на Міжнародній конференції ВООЗ з первинної медико-санітарної допомоги (Алма-Ата, 1978) було підкреслено як загальне право на охорону здоров'я, так і відповідальність урядів за реалізацію цього права, а головною метою глобальної соціальної політики — досягнення населенням такого стану здоров'я, який дозволив б кожному вести повноцінне життя з соціально-економічної точки зору.

Згідно з Конституцією України (стаття 3), людина, її життя та здоров'я визначаються найвищою соціальною цінністю. Кожна людина має право на життя і здоров'я (стаття 27), і, визнаючи це, держава забезпечує його захист, в т. ч. через охорону здоров'я, тобто, за визначенням Основ законодавства України про охорону здоров'я «систему заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя». Цей же Закон визначає спільну відповідальність суспільства і держави за рівень громадського здоров'я (як теперішнього, так і прийдешніх поколінь), розглядаючи охорону здоров'я як комплекс міжгалузевих дій, які забезпечують

здорові і безпечні умови життя (що включає в себе підтримання необхідного для здоров'я життєвого рівня населення, забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя, сприятливих умов праці, навчання, побуту і відпочинку, сприяння здоровому способу життя), надання лікувально-профілактичної допомоги та інше. Однак у сучасному українському суспільстві традиційно склалося уявлення того, що обов'язок охорони здоров'я покладається абстрактно на державу, а реально — практично виключно на галузь охорони здоров'я.

У другій половині XX сторіччя в економічно розвинених країнах світу набув поширення системний підхід до розв'язання проблем громадського здоров'я. У 1974 р. М. Лалондом¹² було сформульовано концепцію «поля здоров'я», в якій сформульовано чотири провідні детермінанти здоров'я — біологічна природа людини, навколишнє середовище, індивідуальна поведінка і організація медичної допомоги, що в сукупності і формують «поле здоров'я». Враховуючи домінуюче поширення неінфекційної захворюваності у розвинених країнах, концепція акцентує увагу на пріоритеті соціальних чинників і, зокрема, поведінки людей (способу життя). Було показано, що основну роль серед факторів, що визначають стан здоров'я, відіграє не традиційна система охорони здоров'я, а саме спосіб життя. Доведено, що формування відповідальної життєзбережувальної поведінки (health save behaviour) є більш ефективною і економічно вигідною стратегією, ніж постійно зростаючі, обтяжливі для суспільства витрати на медичну і соціальну допомогу через порушення стану здоров'я, значною мірою викликані нездоровим способом життя. За дефініцією Лалонда, «Здоров'я є результатом дії факторів, пов'язаних зі спадковістю, навколишнім середовищем, соціальною сферою, способом життя і медичною допомогою». Виховання у душі здорового способу життя сприяє покращанню здоров'я і зниженню потреб у медичному обслуговуванні. Концепція набула значного поширення у світі, вона перенесла наголос у практиці суспільної охорони здоров'я на проблеми особистого вибору людини стосовно поведінки, що впливає на формування і збереження власного здоров'я. Потрібно зазначити, що до навколишнього середовища включено як фізичні чинники, так і економічні та соціокультурні. Питанням формування здорового способу життя було також приділено значну увагу у концепції досягнення здоров'я для всіх людей світу (ЗДВ). Нова ідеологія охорони здоров'я була сформульована в Оттавській хартії з пропаганди здорового способу життя (1986) та плідно розвинена у Всесвітній декларації з охорони здоров'я, прийнятій 51-ю сесією ВООЗ (1998).

Сучасний стан здоров'я населення України можна охарактеризувати як незадовільний. Соціально-економічні трансформації 1990-х років, різке падіння життєвого рівня одночасно з руйнацією звичного способу життя спричинили значний негативний вплив на здоров'я і життєздатність, зумовили соціальну дезадаптацію значної частини населення, причому основний тягар суспільних змін впав на плечі населення у трудоактивному віці. Показники здоров'я знаходяться під впливом різноманітних факторів, як індивідуальних, так і тих, що діють на рівні сім'ї і всього

¹² Lalond M. New Perspectives on the Health of Canadians, 1974.

населення. Прикладами таких факторів є характер харчування (в т. ч. безпека води), спосіб життя, доступ до медико-санітарних послуг. Такі детермінанти здоров'я, як соціально-економічне становище в країні, стан довкілля, якість харчування та питної води, зростаюче розшарування населення за доходами, існуюча організація надання медичної допомоги не дають підстав сподіватись на швидке покращання ситуації. Спроби відмовитися від патерналістського погляду на діяльність зі збереження здоров'я, що склався за радянських часів, поки що не досягли помітного успіху. На сьогодні не сформовано ідеалу здоров'я як змісту життя і суспільного престижу, не набули розповсюдження засади здорового способу життя і усвідомлення відповідальності кожного за власне здоров'я. В Україні відмічається зростаюча поширеність серед населення факторів ризику серцево-судинних та ряду інших хронічних неінфекційних хвороб — зокрема, підвищеного тиску крові, тютюнопаління, недостатнього фізичного навантаження та надмірної ваги. Складне соціально-економічне становище в країні призводить до того, що значна частина населення живе у стані постійного психоемоційного стресу.

Соціально-економічні детермінанти діють на здоров'я як безпосередньо, так і в результаті впливу на пов'язані зі здоров'ям стереотипи поведінки. Погіршення здоров'я тісно пов'язано з поведінковим чинником. Під час щорічного опитування в межах проекту «Українське суспільство: моніторинг соціальних змін» більше половини чоловіків та майже п'ята частина жінок у віці понад 18 років повідомили, що палять¹³. Тривогу викликає також зростаюче поширення тютюнопаління серед молодого покоління. За даними міжнародного дослідження Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC 2001/2002 pp.) 35% українських юнаків і 13% дівчат палить щоденно (для порівняння — їх однолітки в Австрії — близько 8 і 12% відповідно¹⁴). Дослідження в рамках Європейського опитування учнівської молоді щодо вживання тютюну, алкоголю та наркотичних речовин (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) показало: досвід паління до повноліття мають 82% юнаків та 72% дівчат; до активних курців належать 35% хлопців та 19% дівчат 16–17 років, кожна п'ята дівчина та кожен четвертий юнак у 15–16 років вживав алкогольні напої 40 раз і більше. Таким чином, молодь підходить до початку трудоактивного періоду зі сформованим стійким поведінковим чинником ризику цілої низки хронічних захворювань.

Однак було б помилковим пояснювати масштабне погіршення здоров'я виключно за рахунок поведінки стосовно власного здоров'я та дії чинників ризику, потрібно враховувати і соціальні детермінанти здоров'я, які впливають на ступінь вразливості до дії зазначених чинників. Формування життєзбережувальної поведінки, поширення засад здорового життя в масштабах країни обов'язково базується передусім на підвищенні життєвого рівня. Саме достатній життєвий рівень значною мірою дозволяє забезпечувати належне (якісне і збалансоване) харчування,

¹³ Паніна Н.В. Українське суспільство 1994–2005: соціологічний моніторинг. — К.: ТОВ. «Видавництво Софія», 2005. — 160 с.

¹⁴ Здоровье молодых людей и окружающая их среда. Исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC): результаты международного обследования 2001/2002 гг. / <http://www.euro.who.int/Document/e82923R.pdf>

можливості сприятливих умов праці і побуту, оздоровлення і відпочинку, спроможність протистояти психоемоційним стресам тощо. Ключове значення мають такі параметри, як розмір доходу, освітній рівень та працевлаштування. Хоча всі ці детермінанти знаходяться в певній залежності одна від одної, вони не є взаємозамінними: кожна відображає самостійні аспекти соціально-економічного статусу населення. Відмінності за рівнем доходу мають значний вплив на стан здоров'я, адже малозабезпечені громадяни мають зазвичай гірший стан здоров'я і помирають у більш молодому віці порівняно з представниками більш забезпечених груп. Достаток надає більше можливостей користуватися благами і послугами для покращання здоров'я, такими як здорове харчування, кращі житлові умови, більша захищеність у випадку нездоров'я тощо. Важливе значення, насамперед для чоловіків, має тісно пов'язаний з розміром доходу соціальний статус людини, її місце у суспільстві, самоповага і задоволеність собою. На думку фахівців саме стрес, викликаний нездатністю пристосуватися до швидкозмінних соціально-економічних трансформацій 1990-х років, виконувати функції годувальника родини, втрата звичного соціального і професійного престижу (що для частини перетворилася на втечу від проблем у алкогольну чи наркотичну залежність) значною мірою обумовив істотне погіршення стану здоров'я та зростання передчасної смертності українських чоловіків у трудоактивному віці.

З іншого боку, вищий рівень освіти обумовлює можливості вибору кращої пропозиції при працевлаштуванні, що в свою чергу сприяє підвищенню зростання доходу та здійснює сприятливий вплив на стан здоров'я. Освіта дозволяє людині більш ефективно використовувати інформацію про залежність стану здоров'я від власної поведінки, зокрема вчасно звертатися за медичною допомогою. Нижчий освітній рівень навіть поза залежністю від індивідуальних достатків корелює з гіршою здатністю протистояти стресу, депресіям, різноманітним порушенням здоров'я. Наявність постійної роботи краще впливає на здоров'я, ніж її відсутність (за виключенням ситуацій, коли робота пов'язана з дією шкідливих зовнішніх чинників або з психологічним стресом. Тривала відсутність роботи підвищує вразливість до факторів ризику стосовно здоров'я, з подовженням цього періоду соціально-економічне становище людини (і членів родини, що знаходяться у нього на утриманні) може значно погіршуватися¹⁵.

Треба відмітити, що значний вплив на якість і повноту отриманої медичної допомоги має прихильність (compliance) до лікування самого пацієнта, що в основному базується на свідомому ставленні людини до власного здоров'я. Вона залежить також і від низки інших чинників: довіри до компетентності лікаря, повноти наданої інформації щодо захворювання, наявності контролю за виконанням призначень лікаря тощо. У складних соціально-економічних умовах перехідного періоду в Україні крім установки на свідоме дотримання припису лікаря досить важливим моментом (а іноді вирішальним) є матеріальна спроможність для їх реалізації.

¹⁵ Обзорная сводка о состоянии здоровья в Украине, 2005 / www.who.int/

Аналіз динаміки показників первинної і загальної захворюваності (поширеності хвороб) населення України впродовж останніх років свідчить про зростаюче накопичення зареєстрованої патології серед українських громадян (рис. 1.2.1).



Рис. 1.2.1. Динаміка показників захворюваності та поширеності хвороб в Україні у 1990–2006 рр., на 100 тис. осіб

Джерело: дані Центру медичної статистики МОЗ України.

Погіршення показників здоров'я підростаючого покоління є чутливим індикатором загострення соціально-економічних проблем та погіршення умов життєдіяльності. Спостерігається збільшення як захворюваності, так і поширеності захворювань серед дитячого контингенту. З хворих дітей виростають нездорові дорослі.

Здоров'я людей у трудоактивному віці, тобто основної виробничої сили суспільства, має важливе значення для добробуту населення в цілому і для сім'ї зокрема. Якщо впродовж 1990-х років захворюваність дорослого населення (18 років і старше) в Україні відчутно збільшилась, то з 2001 р. вона майже не змінювалась і практично утримувалась на одному рівні. Так, за підсумками 2006 р. серед дорослого населення зареєстровано 173001,9 випадків захворювань на 100 тис. осіб, в тому числі з діагнозом, встановленим вперше в житті — 55705,6 на 100 тис. осіб. Рівень захворюваності в цілому зріс впродовж 1997–2006 рр. на 10%, проте за окремими причинами спостерігається більш істотне зростання¹⁶. Зокрема, від хвороб ендокринної системи, розладу харчування, порушення обміну речовин показники захворюваності збільшились вдвічі, від хвороб крові, кровотворних органів і окремі порушення з залученням імунного механізму — у півтора раза (табл. 1.2.1).

У 2006 р. у структурі захворюваності дорослого населення переважали (близько третини) хвороби органів дихання; ще 10% належало патологіям системи

¹⁶ Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2006 рік. — К.: МОЗ України, 2007. — 704 с.

кровообігу; частки решти причин не досягають і десятої частини (рис. 1.2.2). З останніх потрібно відзначити такі причини як вагітність, пологи та післяпологовий період (9,1%), хвороби сечостатевої системи (8,5%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин (8,2%).

Таблиця 1.2.1. Захворюваність дорослого населення України у віці 18 років і старше, у 1997 та 2006 рр., на 100 тис. осіб

Класи хвороб та окремих нозологій	Захворюваність		
	1997	2006	2006 /1997, разів
Всі хвороби	49883	55705,6	1,1
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2060	2199,2	1,1
Новоутворення	851	1018,4	1,2
Хвороби крові, кровотворних органів і окремі порушення з залученням імунного механізму	149	217,9	1,5
Хвороби ендокринної системи, розладу харчування, порушення обміну речовин	448	891,4	2,0
Розлади психіки та поведінки	488	428,3	0,9
Хвороби нервової системи	6993	1513,2	1,2
Хвороби ока та придаткового апарату		3240,0	
Хвороби вуха та соскоподібного відростка		2239,3	
Хвороби системи кровообігу	3691	6187,9	1,7
Хвороби органів дихання	17518	16741,5	1,0
Хвороби органів травлення	2158	2457,9	1,1
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	3312	3350,0	1,0
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	3141	3490,5	1,1
Хвороби сечостатевої системи	3842	5033,6	1,3
Вагітність, пологи та післяпологовий період	4513	5403,2	1,2
Вроджені аномалії (вади розвитку), деформації і хромосомні порушення	12	15,5	1,3
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	5038	4868,6	1,0

Джерело: дані Центру медичної статистики МОЗ України.

Поширеність захворювань серед дорослого населення України практично не змінилася порівняно з 2005 р. і становила 173001,9 у розрахунку на 100 тис. осіб. Характерно, що показники поширеності захворювань серед жінок є вищими, ніж у чоловіків, вони частіше звертаються до лікаря і ретельніше виконують його рекомендації. Основний внесок у формування існуючого рівня поширеності хвороб в Україні належить переважно ендогенним патологіям — хворобам системи кровообігу, органів дихання, органів травлення, кістково-м'язової системи і сполучної тканини та іншим, однак і частка екзогенної патології залишається досить значною, що нехарактерно для розвинутих країн. Частка ендогенної патології у структурі хвороб за останні роки послідовно наростала, що певною мірою пов'язано зі значним поширенням факторів ризику — нераціонального харчування, гіподинамії, тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотичних речовин. Хвороби системи

кровообігу є найчисленнішою групою у структурі поширеності захворювань серед дорослого населення. Очевидно, у найближчому майбутньому поширеність серцево-судинних захворювань та інших хронічних неінфекційних захворювань буде зростати, що пов'язано з подальшим постарінням населення.

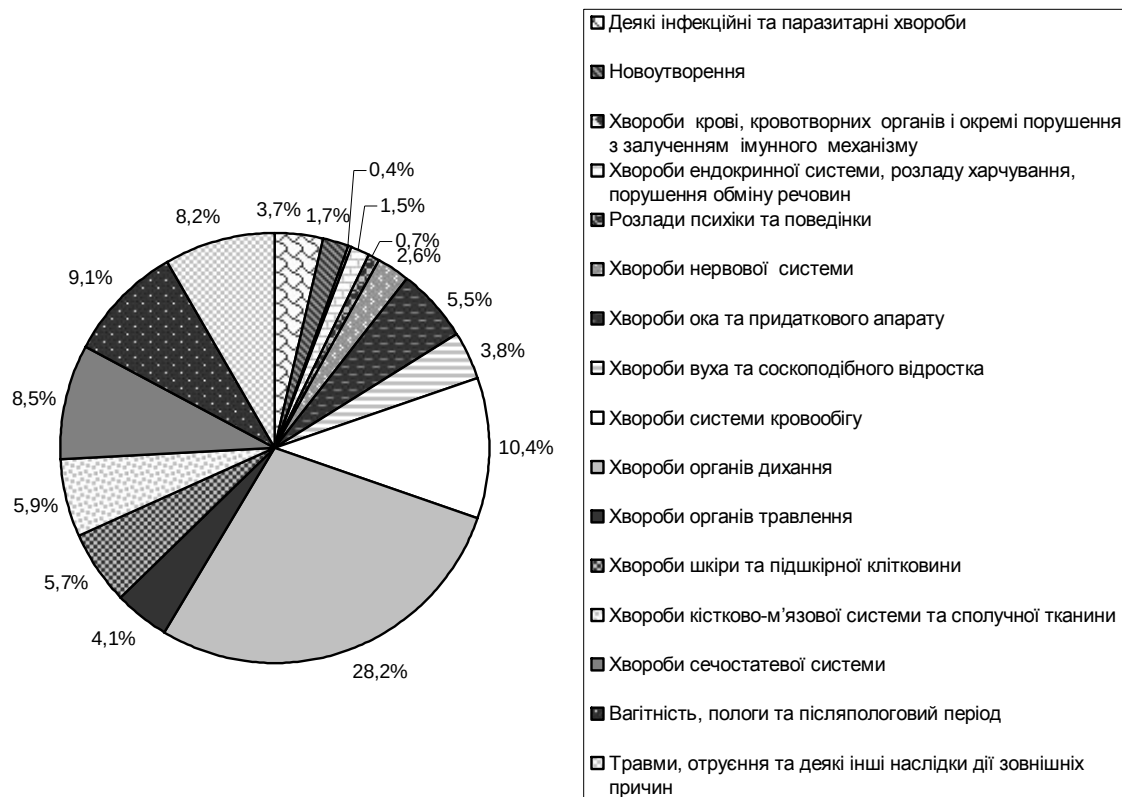


Рис. 1.2.2. Структура захворюваності населення України у віці 18 років і старше у 2006 р., %

Джерело: розраховано за даними Центру медичної статистики МОЗ України.

Надзвичайно тривожним є поширення так званих соціально небезпечних та соціально обумовлених хвороб. Зокрема, однією з нагальних проблем в Україні є поширення епідемії туберкульозу. У 2006 р. на обліку в протитуберкульозних закладах перебувало більше півмільйона хворих на туберкульоз, що є свідченням погіршення санітарно-епідеміологічного стану в країні та рівня життя населення. У 2006 р. зареєстровано понад 38 тис. нових хворих на туберкульоз, показник захворюваності становив 83,2 на 100 тис. населення. У свою чергу, поширенню епідемії туберкульозу сприяє епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу. Лише за 2006 рік зареєстровано більше 16 тисяч нових випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України (для порівняння у 2005 р. — 13,8 тис.). Досить високою є захворюваність та поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин, яка досягла 391,5 на 100 тис. осіб. За даними МОЗ нині в Україні психіатричної допомоги потребує 2,5% населення.

Професійна захворюваність є однією з складових загальної захворюваності дорослого населення. Щорічно виявляються вперше професійні захворювання та

професійні отруєння у тисяч працюючих (у 2000 р. — 2,6 тис. осіб, у 2004 р. — майже 7 тис. осіб). На сьогодні значна частина населення України працює в несприятливих виробничих умовах. Так, за даними Держкомстату (2005 р.) кожен четвертий (24,7% зайнятих) працює в умовах, що не відповідають санітарно-гігієнічним вимогам за багатьма параметрами, серед зайнятих на виробництві — кожен третій (35,5%), а у деяких галузях це явище ще більш виражене (зокрема, для вугільної промисловості — 74,1%, металургії — 59,5%). Лише у вугільній промисловості за 1988–2004 рр. кількість хворих зросла майже у 8 разів, і понад 80% всієї кількості хворих на професійну патологію пов'язано саме з цією галуззю. Це є важливою медико-соціальною проблемою для України, адже на сьогодні у вугільнодобувній промисловості зайнято близько 1 млн. робітників (з них 400 тис. працює під землею). Ще однією галуззю, зайнятість у якій обумовлює високий ризик виникнення професійної патології, є металургійна (8% всієї кількості хворих). Більше половини (62,9%) у структурі професійної захворюваності належить патологіям органів дихання (пневмоконіоз, хронічний пиловий бронхіт); хвороби нервової системи та органів чуттів обумовили 25,8% випадків захворювань, захворювання кістково-м'язової системи та периферичної нервової системи — 12,3%

Водночас варто підкреслити, що наявні статистичні дані не віддзеркалюють реальну ситуацію. За офіційними даними Україна посідає місце у третьому десятку серед країн Європи за рівнем захворюваності на 100 тис. працюючого населення. Тобто виходить, що професійна захворюваність в нашій країні є нижчою, ніж у країнах Європейського Союзу, хоча порівняння умов, в яких працюють українські громадяни і їх колеги в Євросоюзі, є не на користь України. Ще одним свідченням неадекватності статистики та відповідно недовиявлення патології є істотне зменшення професійної захворюваності у сільській місцевості, абсолютно недостовірне при явному погіршенні умов праці. В умовах переходу до ринкової економіки, на тлі зростання частки виробництв приватної форми власності не відпрацьовано механізм виконання зобов'язань держави щодо забезпечення пріоритетності охорони здоров'я працюючого населення. Зниження якості медико-санітарного забезпечення, в т. ч. згортання цехової служби, занедбання періодичних профілактичних медичних оглядів, використання застарілих, небезпечних технологій і обладнання, економія на засобах індивідуального захисту, відчуття соціальної незахищеності робітників та страх втратити робоче місце призводять до того, що значна частина патологій виявляється лише при розгорнутій клінічній картині і формуванні непрацездатності. Тобто не виконується основний принцип — принцип профілактики професійних захворювань, що не може не позначитися на здоров'ї працюючого населення як сьогодні, так і у найближчому майбутньому.¹⁷ Зростання професійної захворюваності останніми роками, на думку фахівців, пов'язане з прийняттям низки нормативних документів, що передбачають суттєві компенсації за ушкодження здоров'я, спричинені несприятливими умовами праці.

¹⁷ Кундієв Ю.І., Нагорна А.М. Професійне здоров'я в Україні. Епідеміологічний аналіз. — К.: Авіцена, 2006. — 316 с.

Загалом статистична інформація щодо захворюваності населення, яка формується «за зверненнями», не відображає реального стану речей. Отримання даних про виникнення або наявність хвороби залежить від маси об'єктивних та суб'єктивних чинників: можливостей (або бажання) людини звернутися до лікаря, кваліфікації медичного персоналу та матеріально-технічного забезпечення, і відповідно, повноти діагностики, організації звітності на місцевому та державному рівні. Скорочення обсягу та якості санітарно-профілактичної роботи протягом останнього десятиріччя відбилося у зниженні обізнаності населення щодо ризиків захворювань, його санітарної культури тощо. Останнім часом спостерігається поширення серед певної частини працюючого населення, переважно зайнятого у приватному секторі, практики звернення по медичну допомогу лише у невідкладних ситуаціях, тобто менш вагомій розладі здоров'я не фіксуються офіційною статистикою. Значна частина осіб свідомо обмежує звернення до лікувальних закладів через матеріальну неспроможність придбання ліків, оплати необхідних медичних послуг. Показники зареєстрованої захворюваності відображають не стільки істинну захворюваність, яка реально може бути значно вищою, скільки характеризують стан надання медичної допомоги. Тому дуже важливим є врахування суб'єктивної оцінки стану здоров'я за результатами соціологічних обстежень.

Фахівці різних спеціальностей (медики, психологи, соціологи) підкреслюють важливість самооцінки, оскільки усвідомлення власного здоров'я або нездоров'я, суб'єктивне самопочуття певною мірою визначає поведінку особистості, її продуктивність і реалізацію соціальних функцій. Рівень задоволення станом здоров'я серед населення України значно нижчий, ніж серед жителів інших європейських країн. Зокрема, за результатами міжнародного порівняльного дослідження «European Social Survey»¹⁸, виконаного у 24 країнах Європейського Союзу та Україні у 2005 р. під керівництвом професора Лондонського університету Р. Джовела, в нашій країні спостерігалась найвища частка тих, хто оцінював своє здоров'я як «погане» і «дуже погане»: 23,2% проти 2,6% у Швейцарії та 12,9% у Польщі. Набагато менше респондентів оцінили стан здоров'я як «добрий»: 24,1% проти 52,2% у Швейцарії та 41,8% у Польщі. Про «дуже добре» здоров'я заявили лише 1,9% опитаних, при тому, що в жодній з досліджуваних країн цей показник не був нижче 7,5%, а у більшості країн коливався від 15 до 40% (рис. 1.2.3). Половина опитаних оцінили стан здоров'я як «посередній» (50,4%), тоді як у всіх досліджуваних країнах, окрім Естонії (40,1%), частка такої самооцінки не перевищувала 35%.

Як відомо, у молодому віці спостерігається досить низький рівень захворюваності; відносно небагато молоді звертається за медичною допомогою через хронічні хвороби. Тому традиційні показники захворюваності є менш інформативними для оцінки стану здоров'я молодих людей, ніж для дорослого населення. У цьому контексті досить важливою є самооцінка стану здоров'я, адже дані, отримані в результаті опитування, базуються на самопочутті молодих респондентів, а не

¹⁸ Головаха Є., Горбачик А., Паніна Н. Україна та Європа: результати міжнародного порівняльного соціологічного дослідження. — К.: Інститут соціології НАН України, 2006. — 142 с.

клінічних даних або свідченнях батьків. Суб'єктивна оцінка часто корелює з успішністю процесу соціалізації молодих людей, її фізичною активністю тощо.

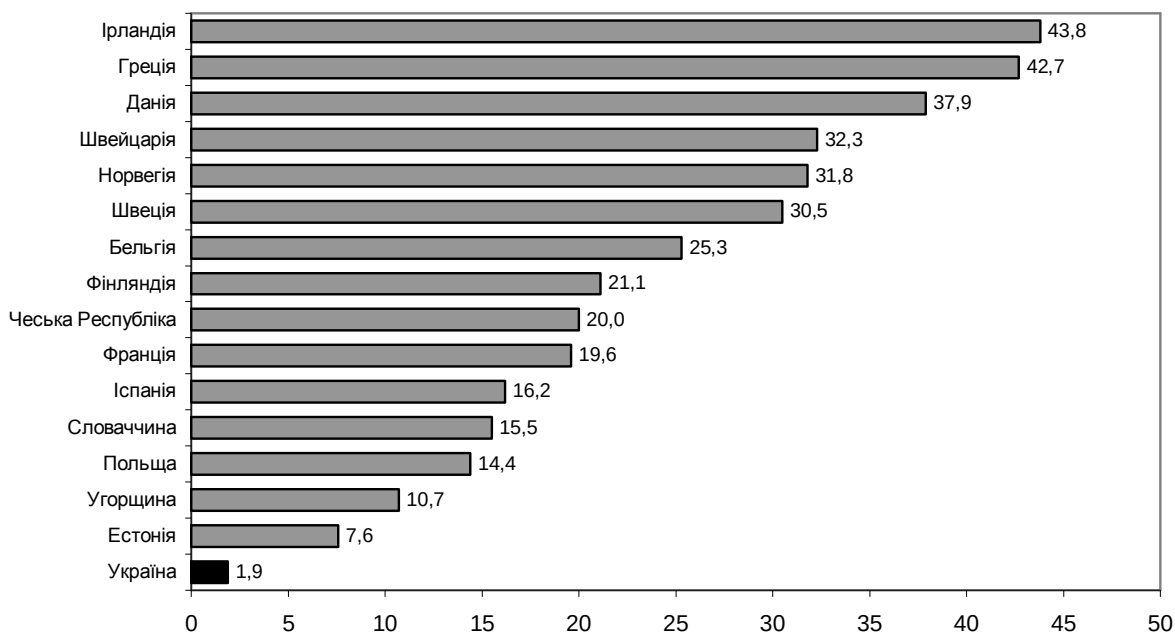


Рис. 1.2.3. Частка респондентів, що оцінили стан свого здоров'я як «дуже добрий», в Україні та інших європейських країнах у 2005 р.

Джерело: дані міжнародного порівняльного дослідження «European Social Survey», 2005 р.

Результати опитування, проведеного в рамках міжнародного проекту «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді», що здійснюється в Україні з 2001 р. як частина міжнародного дослідження ВООЗ «Health Behaviour in School-Aged Children» (HBSC), показали, що в Україні підлітки оцінюють своє здоров'я більш критично, ніж їхні європейські однолітки (рис. 1.2.4). Лише половина респондентів віком 15 років оцінила свій стан здоров'я як «добрий». З віком (від 11 до 17 років) істотно зменшується частка респондентів, що вважають своє здоров'я дуже добрим, та зростає кількість тих опитаних, хто вважає стан власного здоров'я посереднім. Хлопці є більш оптимістичними, ніж дівчата, і схильні до більш високих оцінок. В середньому питома вага хлопців і дівчат, що оцінили здоров'я як дуже добре і добре, найбільше відрізняються у 17-річних першокласників — на 31%. Цікаво, що у всіх країнах у дівчат спостерігались більш критичні оцінки. Це підтверджує виникнення вже у ранньому віці схильності жінок до більш песимістичних самооцінок стану здоров'я порівняно з чоловіками, що не залежить від національної приналежності.

За даними опитування домогосподарств, проведеного Держкомстатом України у 2005 р., 37,3% населення у віці 25–64 роки відзначили добрий стан здоров'я, більше половини (53,6%) оцінили стан власного здоров'я як задовільний, решта вважала його поганим. Дослідження демонструє істотну відмінність самооцінки здоров'я чоловіками і жінками, останні схильні до більш песимістичної оцінки. Так,

43,5% чоловіків і лише 32% жінок оцінили свій стан здоров'я як добрий, зате поганим визнали його 10,3% жінок і 7,7% чоловіків (рис. 1.2.5). Ці результати відповідають даним стосовно меншого (порівняно з жінками) рівня поширення зареєстрованої патології серед чоловіків трудоактивного віку, що парадоксально поєднується з вищим рівнем смертності. На нашу думку, результати опитування ілюструють не реально кращий стан здоров'я чоловіків, а їх менш відповідальну вітальну поведінку.

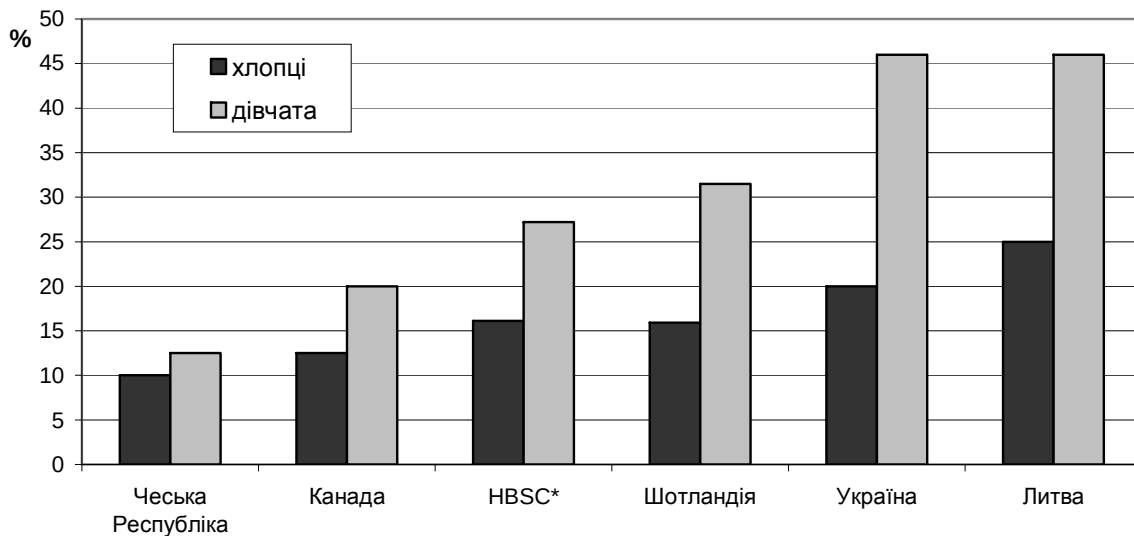


Рис. 1.2.4. Частка респондентів віком 15 років, що оцінили стан свого здоров'я як «задовільний» та «поганий», в Україні та інших європейських країнах у 2005 р.

* HBSC – результати соціологічного дослідження «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді»
Джерело: HBSC, Україна, 2006 р.; Health Behaviour in School-Aged Children: a WHO Cross-National Study.

Показники інвалідності дорослого населення України сьогодні відображають не стільки реальний стан здоров'я населення, скільки специфіку соціально-трудового середовища, динаміку рівня соціального захисту¹⁹. Запровадження нових соціально-економічних відносин, зростання конкуренції на ринку праці змусило частину осіб з певними обмеженнями (які раніше певним чином пристосовувались до свого стану і могли існувати за рахунок власної праці) звертатися до соціальних служб для призначення пенсії. Для певної частини громадян пенсія у зв'язку з інвалідністю стала єдиним стабільним джерелом існування. Ще для частини населення, звичної до патерналізму радянських часів, пошук місця і нової ролі у швидкозмінних соціально-економічних умовах виявився занадто складним, тому більш привабливим і безпечним видається перебування на утриманні держави. Як відомо, наявність задокументованої інвалідизуючої патології надає право на отримання певних соціальних пільг. Досить значну групу інвалідів становлять громадяни, інвалідність яких пов'язана з наслідками аварії на ЧАЕС. Динаміка інвалідності останніми роками є неоднозначною. За період 1987–1993 роки рівень її зріс майже у 1,8 раза, а у

¹⁹ Курило І.О. Соціально-економічна структура населення: еволюція, сучасність, трансформації — К.: І-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2006. — С.372.

першій половині 1990-х змінився стабілізацією на досить високому рівні. З кінця 1990-х років спостерігається повільне зниження показника. Зазначене зменшення, що спостерігалось на тлі зростання захворюваності та поширеності хвороб, не може розцінюватись як покращання здоров'я населення і пов'язано швидше з чинниками правового і організаційного характеру та низьким соціальним захистом інвалідів. Частина працюючого населення, особливо у приватному секторі, не схильна легалізувати свій статус, остерігаючись проблем із зайнятістю.

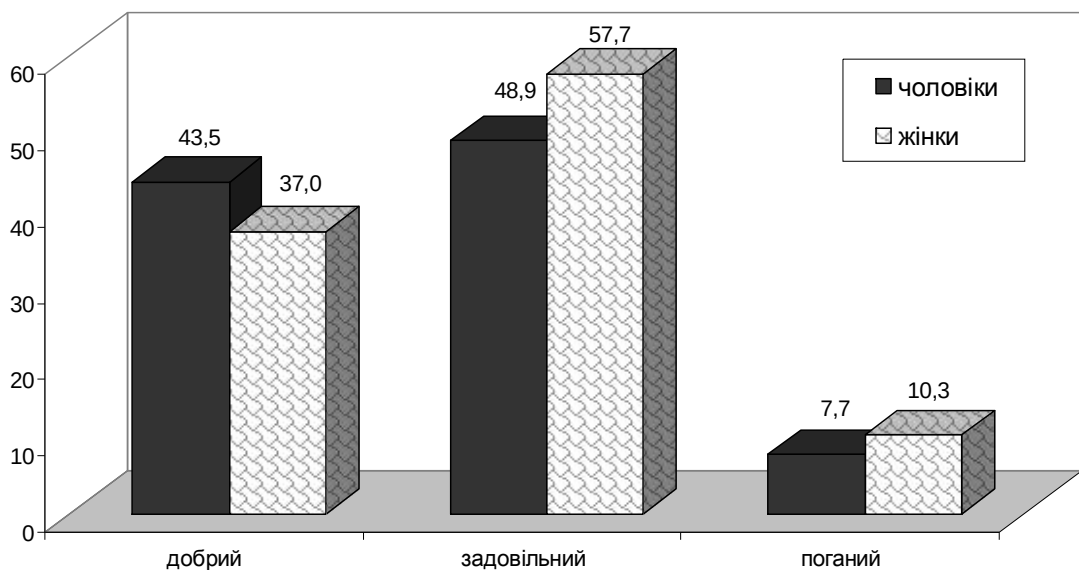


Рис. 1.2.5. Самооцінка стану здоров'я населенням віком 25-64 роки в Україні у 2005 р.

Джерело: розраховано фахівцями ІДСД НАНУ за даними обстеження домогосподарств в Україні у 2005 р.

Показник первинної інвалідності дорослого населення становив в Україні у 2006 р. 51,2 на 10 тис. населення віком 18 років і старше, а у межах законодавчо визначеного працездатного віку — 57,5 відповідно. Основними причинами інвалідності населення України протягом останніх років залишаються серцево-судинні захворювання, новоутворення, травми, отруєння та деякі інші наслідки зовнішніх дій. Показник первинної інвалідності працездатного населення внаслідок туберкульозу, чітко віддзеркалюючи погіршення епідемічної ситуації в Україні, впродовж 2001–2005 рр. збільшився з 3,4 до 3,9 на 10 тис. осіб працездатного віку; у 2006 р. спостерігалось незначне зменшення до рівня 3,3 на 10 тис. осіб працездатного віку. Високий рівень дитячої інвалідності є ознакою погіршення здоров'я та соціального неблагополуччя. Рівень дитячої інвалідності у 2006 р. становив 191 на 10 тис. дітей віком 0–17 років (2005 р. — 177,6), а показник первинної інвалідності — 22,3 відповідно. Все це призводить до погіршення якісних характеристик населення, адже діти-інваліди з часом в більшості своїй поповнюють ряди інвалідів-дорослих.

Довгі роки життя не є абсолютною самоціллю, надзвичайно важлива якість прожитих років. У Доповіді про стан здоров'я в Європі 2005 р. наголошується: «Гарне

здоров'я — один з найважливіших ресурсів для соціального і економічного розвитку. Досягнення більш високого рівня розвитку людського потенціалу означає, що люди не лише живуть довше, але й довше зберігають своє здоров'я»²⁰.

Пересічний український громадянин має ймовірність прожити не тільки менш тривале життя, ніж житель розвинених європейських країн; період життя без порушень здоров'я, які спричинюють непрацездатність аж до інвалідності, також є коротшим. ВООЗ використовує показник очікуваної тривалості здорового життя (Disability-adjusted life expectancy), який розраховується як величина середньої очікуваної тривалості життя, зменшена на число років, прожитих у стані хвороби та/або інвалідності. Оціночні значення очікуваної тривалості здорового життя (ОТЗЖ) базуються на даних національних таблиць смертності, репрезентативних вибіркових епідеміологічних дослідженнях стану здоров'я населення та рівнів наявних обмежень фізичного та психічного здоров'я (які детермінують експертизу і визначення ступеню непрацездатності), а також на детальній епідеміологічній інформації стосовно основних патологій. За оцінкою ВООЗ, очікувана тривалість здорового життя, тобто життя без непрацездатності (тимчасової та стійкої (інвалідність)) та функціональних порушень в Україні становила у 2002 р. 59,2 року, що більш ніж на 10 років менше, ніж у країнах ЄС, і на 14 років — ніж у Швеції, країні з одним із найвищих показників середньої очікуваної тривалості життя та найвищим показником тривалості здорового життя (рис. 1.2.6). Тобто в середньому 8 років пересічний український громадянин живе з тим або іншим порушенням здоров'я (нагадаємо, середня очікувана тривалість життя в Україні у 2002 р. становила 67,2 року). Таким чином, наш співвітчизник не тільки живе менше, ніж житель розвинених європейських країн, що народився одночасно з ним, але й проживає своє коротше життя в гіршому стані здоров'я. Для порівняння, у Російській Федерації показник ОТЗЖ становив 58,4 року.

DALY (Disability Adjusted Life Year) — показник, що відображає роки втраченого через передчасну смертність або неякісно прожитого (через хвороби і інвалідність) життя. Показник DALY розраховується як сума років потенційного життя, втрачених внаслідок передчасної смерті, і років продуктивного життя, втрачених через непрацездатність, спричинену порушеннями здоров'я, та інвалідність. Він використовується для інтегральної оцінки стану здоров'я населення як одиниця виміру загального тягара хвороб як у цілому, так і внеску окремих причин. Очікувана тривалість здорового життя та DALY є сумарними показниками здоров'я населення, що сполучають сукупну кількісну інформацію як про смертність, так і про рівень патології, що не призводить до смерті.

Надзвичайно високими є статеві відмінності показника ОТЗЖ в Україні. Так, у чоловіків очікувана тривалість здорового життя була меншою на 8,7 року, ніж у жінок, тоді як у Швеції, наприклад — 2,9, Італії — 4,0, у Польщі — 5,4 року. При порівнянні величини показників ОТЗЖ для чоловіків і жінок з аналогічними показниками

²⁰ Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2005 г. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения.

європейських країн ми спостерігаємо, що розрив з показниками Швеції досягав 17 років для чоловіків і 11,2 року для жінок (рис. 1.2.7).

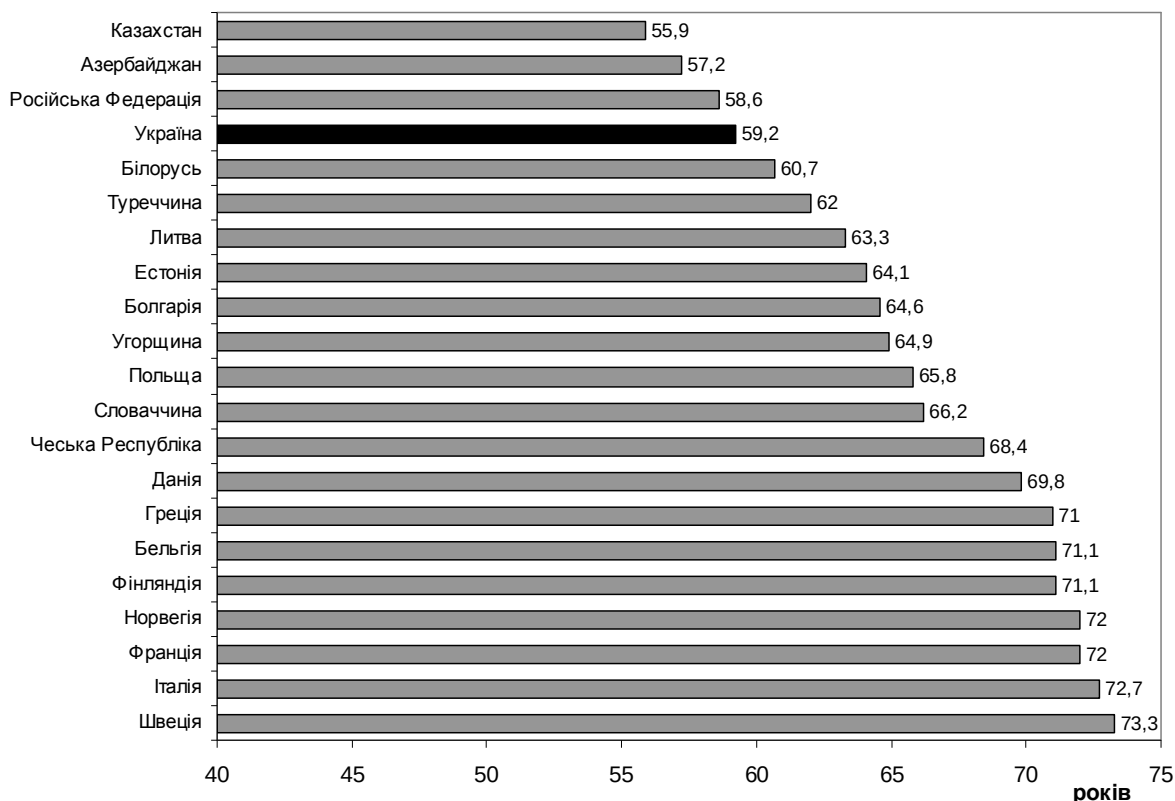


Рис. 1.2.6. Очікувана тривалість здорового життя в Україні за оцінкою ВООЗ у 2002 р.
Джерело: дані ВООЗ (HFA-DB).

За оцінкою ВООЗ, у 2002 р. в Україні було втрачено 11,3 млн. людино-років життя, пов'язаних з передчасною смертністю та непрацездатністю/інвалідністю (табл. 1.2.2). Існують певні розбіжності у структурі загального тягаря хвороб, які полягають у підвищеній частці втрат здорових років життя через ішемічну хворобу серця та цереброваскулярні захворювання, з одного боку, та ВІЛ/СНІД, отруєння і травми — з іншого, що переконливо висвітлює проблеми здоров'я населення та його охорони у нашій країні. Адже значної частини втрат можна було б уникнути — через покращання умов життєдіяльності, поширення засад здорового способу життя, життєзберезувальної поведінки, удосконалення медико-соціальної допомоги і реабілітації тощо.

Тому дуже важливо, щоб жадане підвищення середньої тривалості життя відбувалось паралельно з підвищенням якості життя, подовженням тривалості саме здорового життя. Під якістю життя ми розуміємо категорію, що включає в себе поєднання умов життєзабезпечення і стану здоров'я, що дозволяє досягти фізичного, психічного і соціального благополуччя і самореалізації.

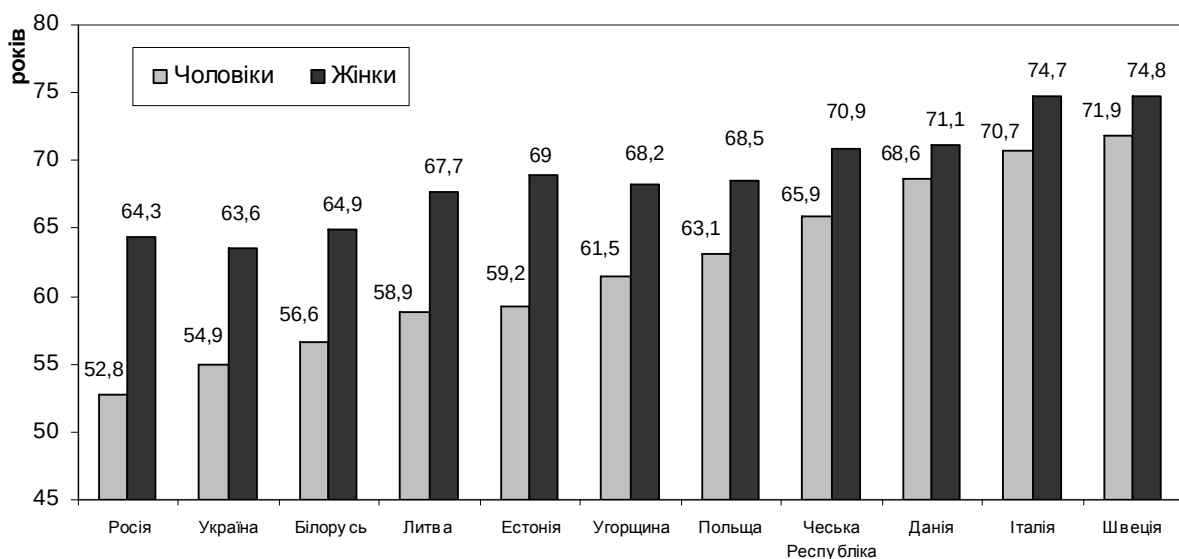


Рис. 1.2.7. Очікувана тривалість здорового життя чоловіків та жінок в Україні та деяких країнах Європейського регіону у 2002 р., років

Джерело: дані ВООЗ (HFA-DB).

Таблиця 1.2.2. Питома вага семи основних причин DALY у структурі загального тягара хвороб в Україні та Швеції у 2002 р.

Україна			Швеція		
Причини DALYs	DALYs, тис. людино-років	%	Причини DALYs	DALYs, тис. людино-років	%
Усі причини, в т. ч.:	11340,8	100,0	Усі причини, в т. ч.:	977,4	100,0
Ішемічна хвороба серця	2067,8	18,2	Монополярні депресивні розлади	95,0	9,7
Цереброваскулярні захворювання	958,4	8,5	Ішемічна хвороба серця	86,1	8,8
Монополярні депресивні розлади	525,3	4,6	Цереброваскулярні захворювання	52,5	5,4
ВІЛ/СНІД	354,5	3,1	Хвороба Альцгеймера	52,3	5,3
Травми через самопошкодження	339,3	3,0	Втрата слуху	39,1	4,0
Хронічні захворювання легенів	321,4	2,8	Алкольно залежні захворювання	35,0	3,6
Отруєння	312,3	2,8	Хронічні захворювання легенів	28,6	2,9

Джерело: The European health report 2005: public health action for healthier children and populations. — WHO, 2005.

Погіршення стану здоров'я населення призводить до зниження якісних характеристик людського потенціалу України, зменшення трудових ресурсів та обумовлює зростання потреб у медичній та соціальній допомозі. Незадовільний стан здоров'я спричинює вищий ризик не реалізувати трудовий потенціал та померти передчасно. Тому здійснення програмних заходів із сприяння здоров'ю та запобігання захворюванням є одним із шляхів зниження смертності населення у трудоактивному віці.

1.3. Динаміка смертності та дожиття в трудоактивний період

Найгострішою демографічною проблемою сучасної України є висока передчасна смертність населення трудоактивного віку, особливо чоловіків. Рівень смертності чоловіків у трудоактивному періоді з 1964 р. неухильно зростає і нині у 4,2 раза перевищує смертність чоловіків країн Західної Європи²¹. Внаслідок прискореного вимирання поколінь чоловіків трудоактивного віку показники смертності чоловіків в Україні в сучасний період у 3–4 рази вищі, ніж у жінок, що зазвичай характерно для воєнних часів. Якщо нинішні тенденції смертності чоловіків збережуться і надалі, то до 2025 р. лише 30% 15-річних юнаків буде доживати до 65 років. Загроза того, що через одне покоління Україна перетвориться на країну вдів, цілком реальна²².

Через високий рівень смертності чоловіків трудоактивного віку Україна зазнає значних людських втрат, співставних з втратами періоду Другої світової війни і голоду 1946–1947 рр. Зокрема за нашими розрахунками демографічні втрати внаслідок високої передчасної смертності чоловіків віком 25–64 роки у 1941–1947 рр. становлять майже 3 млн. осіб. А за умови, що повікові коефіцієнти смертності чоловіків віком 20–64 роки в Україні були б протягом 1965–2006 рр. такими, як у чоловіків країн Західної Європи, це дало б можливість зберегти, за нашою оцінкою, щонайменше 2,5 млн. українських чоловіків.

Демографічна криза, яка розгорнулася в Україні за роки незалежності, пов'язана із загальною соціально-економічною кризою у 1990-х роках. Але значною мірою вона визначається також важкими наслідками соціальних катаклізмів першої половини ХХ сторіччя і породженими ними демографічними катастрофами. Тому без з'ясування ключових моментів історії смертності українців в період соціальних потрясінь 1914–1947 рр. годі сподіватися на об'єктивне наукове трактування нинішньої кризової ситуації зі смертністю населення, особливо його трудоактивної частини. Щоправда, проведення такого аналізу стримується відсутністю таких даних за першу половину ХХ сторіччя. Тому довелось провести кропітку роботу по реконструкції основних параметрів демографічної динаміки України у її сучасних територіальних межах за період 1897–1958 рр. Ці систематизовані, критично осмислені і коректно опрацьовані матеріали дали змогу вийти на розрахунок повікових коефіцієнтів смертності і таблиць очікуваної тривалості життя практично за кожен календарний рік першої половини минулого сторіччя. При цьому було використано також результати дослідження, проведеного спільно французькими та українськими демографами²³.

Нові дані надають більше можливостей для аналізу смертності населення у трудоактивному періоді, ніж та інформація, яку використовували наші попередники. Власне, через обмеженість необхідної інформації вони прийшли до висновку про стале

²¹ У даному випадку Західна Європа включає країни Європейського Союзу до його розширення у травні 2004 р.

²² Комплексний демографічний прогноз України на період до 2050 року / Колектив авторів; за ред. Е. М. Лібанової. — К.: Укр. центр соціальних реформ, 2006. — С. 67.

²³ Mesle F., Vallin Y., Pyrozhev S. Mortalite et causes de deces en Ukraine au XXe siecle. — Paris: INED, 2003.

підвищення рівня смертності чоловіків віком 25–64 роки у 1897–1913 рр.²⁴ Насправді ж смертність цього вікового контингенту у 1897–1913 рр. хоч і повільно, але систематично знижувалась протягом всього періоду (за винятком 1905, 1909 і 1910 рр.).

Еволюція смертності населення України у XX сторіччі відбувалась у руслі загальносвітових тенденцій демографічного переходу, які однак неодноразово порушувались під час небачених за тривалістю та наслідками демографічних криз, спричинених соціальними потрясіннями, що відбувалися впродовж історично короткого періоду часу (1914–1947 рр.). У цей період спостерігалось катастрофічне підвищення смертності внаслідок роздільної або сукупної дії таких згубних чинників, як голодомори, епідемії, війни, масовий терор, політичні репресії тощо. Так, наприклад, загальний коефіцієнт смертності населення України під час голоду у 1933 р. порівняно з 1931 р. підвищився майже в 7 разів і становив 113,8 померлих на 1000 населення. Інтенсивність вимирання поколінь населення трудоактивного віку була вищою, ніж всього населення, зокрема показник смертності осіб віком 25–64 роки у 1933 р. порівняно з 1931 р. зріс у 14 разів. У XX сторіччі на європейському континенті таке катастрофічне підвищення рівня смертності спостерігалось тільки двічі: під час Голодомору 1932–1933 рр. і Голокосту в роки Другої Світової війни. Величина людських жертв Голодомору у 1933 р. (3,8 млн. осіб) в Україні у кількісному вимірі перевищує навіть втрати 1914–1923 рр. — 3,6 млн. осіб. Голодомор 1932–1933 рр. визнано актом геноциду проти українського народу як в Україні, так і в багатьох країнах світу.

В період 1918–1948 рр. загострення ситуації зі смертністю спостерігалось протягом 18 років (1918–1923, 1932–1934, 1937–1938, 1941–1947). За ці роки внаслідок високої передчасної смертності населення Україна втратила 13,5 млн. людських життів (табл. 1.3.1). Більше половини з них, а це 8 млн. осіб, спричинені діями радянського тоталітарного режиму.

Таблиця 1.3.1. Оцінка демографічних втрат України у першій половині XX сторіччя, млн. осіб

	1900– 1913	1914– 1917	1918– 1923	1932– 1934	1937– 1940	1941– 1945	1946– 1948	1918– 1948	1900– 1948
1. Людські втрати	3,1	1,6	2,8	4,0	0,9	7,5	0,4	16,0	20,7
у тому числі внаслідок:									
— підвищеної смертності всього	0,3	1,3	2,3	4,0	0,3	6,5	0,4	13,5	15,1
з них у віці, років: 0–24	0,1	0,4	0,8	1,9	0,1	2,6	0,1	5,5	6,0
25–64	0,1	0,7	1,1	1,6	0,2	3,5	0,2	6,6	7,4
65 і старші	0,1	0,2	0,4	0,5	0,0	0,4	0,1	1,4	1,7
— міграції	2,8	0,3	0,5	0,0	0,6	1,4	0,0	2,5	5,6
2. Дефіцит народжень	0,1	0,7	1,1	1,0	0,0	2,2	0,0	4,3	5,1
Загальні демографічні втрати	3,2	2,3	3,9	5,0	0,9	10,1	0,4	20,3	25,8

Джерело: авторські розрахунки за даними офіційних статистичних видань та архівних матеріалів; Mesle F., Vallin J., Pyrozhev S. Mortalite et causes de deces en Ukraine au XXe siecle. — Paris: INED, 2003.

²⁴ Птуха М.В. Очерки по статистике населения. — М.: Изд. АН СССР, 1960. — С. 363; Хоменко А.П. Семья и воспроизводство населения. — М.: Финансы и статистика, 1980. — С. 130.

Значні людські втрати у першій половині XX сторіччя підірвали демографічний потенціал України. Зокрема, вони позбавили її демографічного виграшу, який можна було б отримати в процесі демографічного переходу і пов'язаного з ним демографічного вибуху, який розпочався в Україні наприкінці XIX сторіччя. Однак він не відбувся, бо був зведений нанівець демографічними втратами. Якби Україна змогла уникнути у першій половині XX сторіччя масштабних демографічних криз, тоді б чисельність її населення з 30 млн. осіб у 1900 р. зросла до 75–80 млн. осіб на початку нинішнього сторіччя.

Величезних людських втрат внаслідок високої передчасної смертності зазнало населення трудоактивного віку. Із загальної кількості втрат цього контингенту протягом першої половини XX століття, яка становить 7,4 млн. осіб, на період 1918–1947 рр. припадає 6,6 млн. осіб (рис. 1.3.1). Понад 6 млн. найбільш здорових та активних українських чоловіків у віці 17–50 років загинули та померли під час воєн і збройних конфліктів, масового терору і політичних репресій. Надмірна смерть чоловіків молодого та середнього трудоактивного віку завдала непоправної шкоди генофонду нації, суттєво погіршивши демовідтворювальний потенціал чоловічого населення, і, відповідно, — якість новонароджених поколінь.

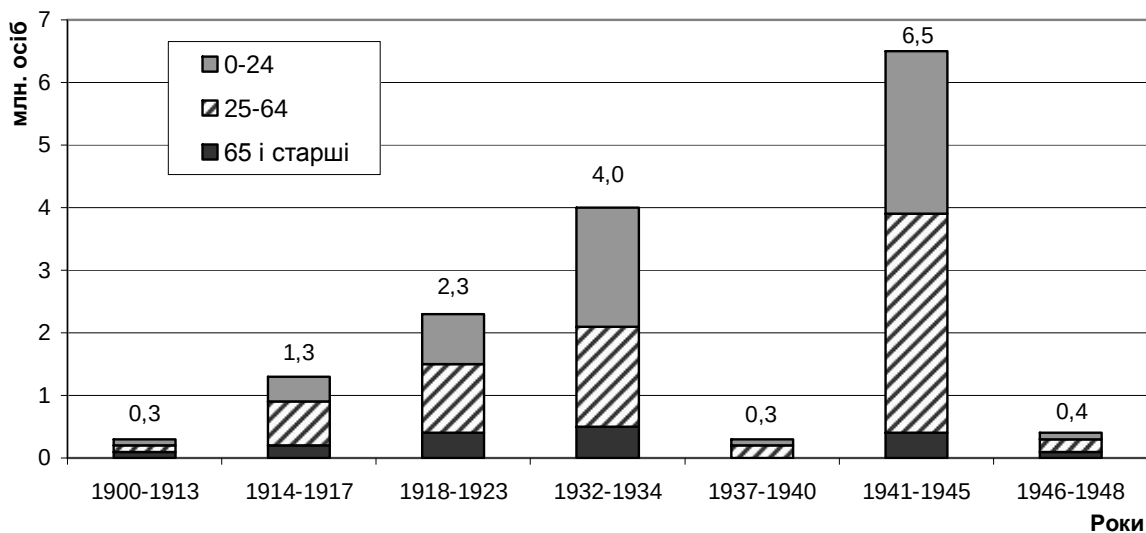


Рис. 1.3.1. Втрати населення України внаслідок високої передчасної смертності в роки соціальних катастроф

Джерело: авторські розрахунки за даними офіційних статистичних видань та архівних матеріалів.

Підтвердженням значного впливу пертурбаційних чинників на смертність населення трудоактивного віку в Україні є також результати розрахунків показників смертності реальних поколінь чоловіків для періоду 1900–2001 рр. на основі матеріалів поточної статистики смертності. Це дало змогу виділити покоління чоловіків з особливо високою смертністю, які народилися в роки соціальних катастроф першої половини XX сторіччя.

Проведений нами аналіз свідчить, що смертність поколінь чоловіків, які народилися у 1915–1922 рр., в інтервалі віку від 35 до 45 років була вища, ніж у поколінь 1911–1913 рр. народження, на 5–10%; у віці 45–55 років — на 15–20%; у віці 55–65 років — на 10–15%. Інтенсивність вимирання поколінь чоловіків 1932–1934 рр. народження в інтервалі віку 35–45 років була на 15–20%, а в інтервалі віку від 45 до 55 років — на 10–15% вища, ніж у поколінь 1926–1929 рр. народження. Покоління чоловіків 1942–1944 рр. народження відзначалися смертністю у віці 35–45 років на 15–20% вищою, ніж покоління 1937–1939 рр. народження, а в інтервалі віку 45–55 років цей розрив становив 10–15%.

Хоча впродовж XX століття спостерігалась загальна тенденція до підвищення рівня дожиття чоловіків в межах трудоактивного періоду, соціальні катаклізми зрівняли шанси дожиття поколінь батьків і їх дітей і звели нанівець позитивні зрушення, які були досягнуті у зниженні дитячої смертності. Війни, революція, масовий терор і політичні репресії в Україні зрівняли ймовірності поколінь батьків і поколінь синів залишити своїх дружин вдовами, а дітей — сиротами. Тому соціалізація дітей в Україні проходила у вкрай несприятливих умовах.

Виявленню впливу катастрофічного погіршення умов життя в Україні у роки Другої світової війни, повоєнної розрухи та голоду 1946–1947 рр. на життєздатність населення сприяє інформація, яку надає перепис населення 1989 р. Йдеться про число народжених і кількість живих на момент перепису дітей у різних поколінь жінок. Аналіз цих даних показує, що у матерів, народжених у 1942–1945 рр., смертність дітей була вище середнього рівня на 5–10%.

Серія соціальних потрясінь, які випали на долю України у XX сторіччі, стали причиною нерівномірних, непослідовних змін у смертності, їх зворотного руху. Прогрес у зниженні смертності населення в цілому, у тому числі населення трудоактивного віку, спостерігався в Україні лише в окремі відносно короткі періоди: у 1900–1913, 1923–1928 та 1948–1964 рр. По суті практично всі досягнення у зниженні смертності і підвищенні тривалості життя протягом XX сторіччя звелися до успіхів у боротьбі зі смертністю немовлят, дітей, підлітків та юнаків; смертність дорослих чоловіків змінилась несуттєво. Щоправда, успіхи у боротьбі зі смертністю жіночого населення були вагоміші.

До початку Першої світової війни в Україні домінуючим був традиційний тип смертності, характерний для аграрних країн, відсталих в економічному, культурному і санітарному відношенні²⁵. Зміни рівня смертності у 1900–1913 рр. залежали в основному від перебігу інфекційних та паразитарних захворювань: в періоди відносно спокійної епідеміологічної обстановки він знижувався, а при її загостренні — зростав. Між загальною смертністю та інфекційною захворюваністю існував досить тісний зв'язок. Так, коефіцієнт кореляції між загальними показниками смертності та інфекційної захворюваності у 1889–1913 рр. для всього населення становив 0,776, а

²⁵ Корчак-Чепурківський Ю.О. Природний рух населення УРСР у 1924 р. з оглядом природного руху населення перед світовою війною // Природний рух населення у 1924 р. — Харків: ЦСУ УРСР, 1927. — С. 65.

для дітей віком до 1 року — 0,60926. Однак, незважаючи на кон'юнктурні, різноспрямовані коливання показників смертності у цьому періоді, провідною залишалася тенденція до зниження смертності (рис. 1.3.2).

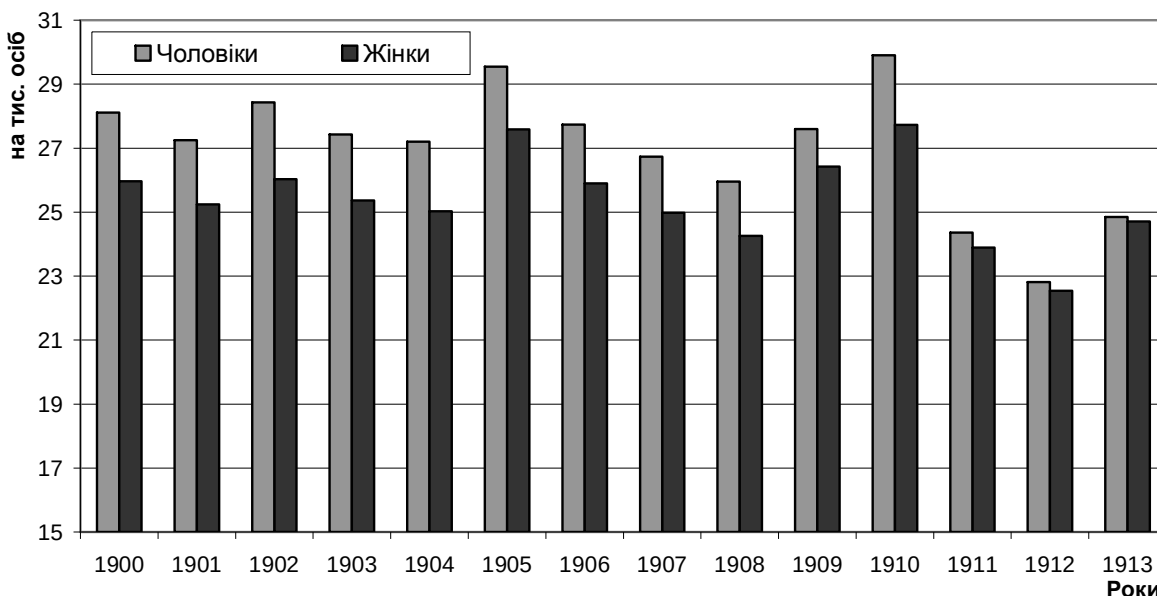


Рис. 1.3.2. Динаміка загальних коефіцієнтів смертності чоловіків і жінок в Україні у 1900–1913 рр.

Джерело: авторські розрахунки за даними офіційних статистичних видань та архівних матеріалів.

Основна відмінність України від країн Західної Європи полягала у надзвичайно високій смертності дітей, особливо віком до одного року. У 1913 р. коефіцієнт смертності немовлят в Україні становив 212,8 на 1000 новонароджених, тоді як у Західній Європі на першому році життя помирало 110 немовлят. Для України також були характерні помірна смертність чоловіків у віці 15–65 років, висока смертність жінок на цьому віковому інтервалі та низький рівень смертності осіб літнього віку.

На початку минулого століття до п'яти років в Україні доживало менше ніж 2/3 новонароджених. Половина покоління новонароджених хлопчиків помирали, не доживши до 33 років, а дівчаток — до 37 років.

Середня очікувана тривалість життя швидко збільшувалася для тих дітей, котрі пережили перший рік життя і дитинство. Новонародженим хлопчикам передбачалося прожити у 1900 р. 36,9 року, а дівчаткам — 37,6 року (табл. 1.3.2). Для тих, хто пережив перший рік життя, показники дожиття збільшувались у хлопчиків до 45 років, а у дівчаток — до 44 років. Очікувана тривалість життя в Україні для новонароджених хлопчиків у 1900 р. була на 6, а для дівчаток — на 8 років менша, ніж у їхніх однолітків — жителів Західної Європи (табл. 1.3.2). Для дітей, які пережили небезпечну пору раннього дитинства і дожили до 10-річного віку, різниця у показниках тривалості життя між

²⁶ Корчак-Чепурківський Ю.О. Природний рух населення УРСР у 1924 р. з оглядом природного руху населення перед світовою війною // Природний рух населення у 1924 р. — Харків: ЦСУ УРСР, 1927. — С. 32.

Україною і Західною Європою становила 4 роки для хлопчиків і 6 років для дівчаток. Більш сприятливим було становище з динамікою смертності чоловічого населення у трудоактивному та похилому віці. Кількісні характеристики вимирання і дожиття українських чоловіків трудоактивного віку до Першої світової війни впритул наблизились до показників смертності чоловіків у Західній Європі. Розрив у рівнях смертності чоловічого населення трудоактивного віку в Україні і Західній Європі був мінімальний. Так, стандартизований коефіцієнт смертності українських чоловіків віком 25-64 роки у 1900 р. становив 15% і тільки на 10% перевищував аналогічний показник для чоловіків Західної Європи. Таке співвідношення рівнів смертності чоловіків трудоактивного віку в Україні та Західній Європі зафіксовано і у 1912 р. Відтоді рівень вимирання даного вікового контингенту чоловіків в Україні постійно зростає. Найбільш суттєво відмінності у показниках смертності чоловіків трудоактивного віку в Україні і Західній Європі проявилися у 1965–2000 рр.

Таблиця 1.3.2. Основні показники смертності і середньої тривалості життя в Україні та країнах Західної Європи за окремі роки у період 1900–2006 рр.

Роки	Стандартизовані коефіцієнти смертності*, %		Померло дітей у віці до 1 року на 1000 народжених		Середня очікувана тривалість життя, років					
					чоловіки			жінки		
	Україна	Західна Європа	Україна	Західна Європа	Україна	Західна Європа	Різниця	Україна	Західна Європа	Різниця
1900	29,5	22,5	236,0	181,1	36,9	43,1	-6,2	37,6	45,8	-8,2
1905	31,2	19,1	220,0	146,2	35,2	45,4	-10,2	37,3	47,9	-10,6
1912	25,0	14,7	209,0	110,4	41,1	48,1	-7,0	41,6	50,9	-9,3
1916	40,4	35,3	–	178,4	31,1	42,2	-11,1	39,3	48,2	-8,9
1920	45,2	16,1	–	120,1	29,2	49,3	-20,1	35,2	53,5	-18,3
1922	41,1	14,5	–	114,8	35,1	51,2	-16,1	41,1	54,5	-13,4
1923	21,5	13,6	206,2	107,2	42,8	52,9	-10,1	46,4	55,6	-9,2
1928	19,5	12,7	191,6	98,0	45,1	54,8	-9,7	48,5	57,5	-9,0
1933	118,4	11,8	415,5	87,2	11,3	56,1	-44,8	14,8	58,7	-43,9
1939	15,2	11,4	150,0	86,0	47,7	57,0	-9,3	52,5	61,0	-8,5
1942	64,3	41,2	–	101,4	17,7	49,2	-31,5	25,6	58,3	-32,7
1947	22,1	12,5	118,5	67,9	40,3	60,1	-19,8	50,2	65,1	-14,9
1948	14,1	11,9	77,0	64,8	53,8	62,6	-8,8	62,0	66,9	-4,9
1964	9,8	9,6	19,5	28,0	68,2	68,4	-0,2	74,4	74,0	0,2
1980	11,8	8,9	15,3	12,4	64,4	70,8	-6,4	74,0	77,4	-3,4
1986	10,9	8,3	14,5	10,2	66,6	71,6	-5,0	74,8	78,2	-3,4
1990	11,4	7,8	12,8	7,8	65,4	72,8	-7,4	74,9	79,4	-4,5
1995	14,2	7,2	14,7	6,5	61,1	73,7	-12,6	72,5	80,2	-7,7
1998	12,9	6,9	12,8	5,8	63,0	74,5	-11,8	73,8	81,0	-7,2
2006	13,7	6,1	12,6	4,5	62,3	76,0	-13,7	73,8	82,5	-8,7

Джерело: авторські розрахунки за даними офіційних статистичних видань та архівних матеріалів України та офіційних статистичних видань країн Західної Європи; Mesle F., Vallin J., Pyrozkhov S. Mortalite et causes de deces en Ukraine au XXe siecle. — Paris: INED, 2003.

* за європейським стандартом вікової структури.

На відміну від чоловіків смертність українських жінок як у дитячі роки, так і в дорослому та старшому віці, все ще залишалася дуже високою. Феномен жіночої надсмертності в Україні до початку Першої світової війни — результат спільної дії низки чинників: умов праці та побуту, інтенсивної репродуктивної діяльності, високої материнської смертності тощо. У 1900 р. коефіцієнт смертності жінок у віці 25–64 роки в Україні був на 17,8%, а у похилому віці — на 14,8% більшим, ніж показник чоловічої смертності у тих же вікових інтервалах. Щоправда внаслідок прискореного порівняно з чоловіками зниження смертності у жінок трудоактивного віку перевищення жіночої смертності над чоловічою у 1913 р. зменшилось і становило лише 6,5%.

На початку минулого сторіччя стандартизований коефіцієнт смертності жінок у віці 25–64 роки в Україні дорівнював 18‰ і був майже вдвічі вищий, ніж у Західній Європі. Найбільших успіхів у боротьбі зі смертністю жінок трудоактивного віку в Україні було досягнуто до середини 1960-х років, коли показники смертності українських жінок і жінок Західної Європи майже зрівнялися. Однак після 1968 р. ситуація зі смертністю жінок у трудоактивному віці стала погіршуватись і нині її рівень у 2,7 рази вищий, ніж у Західній Європі.

Соціальні катаклізми у 1914–1923 рр. перервали еволюційні зміни смертності в Україні і спричинили значні людські втрати. З 10,9 млн. померлих у цьому періоді 3,6 млн. осіб загинули і померли внаслідок катастрофічного зростання смертності. Через високу передчасну смертність населення трудоактивного віку втратило 1,8 млн. осіб, або половину від загального обсягу втрат (табл. 1.3.1).

Після суттєвого підвищення показника смертності у 1914–1922 рр. (в 1,5 раза порівняно з довоєнним періодом) ситуація у цій царині з другої половини 1923 р. поступово нормалізується. Відновлюється довоєнна тенденція зниження смертності. Однак як і в попередній період зрушення у смертності мають різнонаправлений характер, що залежало головним чином від перебігу дитячих інфекційних хвороб. Так, у 1925 р. порівняно з попереднім 1924 р. внаслідок загострення епідеміологічної ситуації смертність зросла майже на 5%. За 1923–1928 рр. стандартизований коефіцієнт смертності населення України зменшився на 9,3%, а коефіцієнт смертності немовлят на 7,1% (табл. 1.3.2).

Динаміка смертності населення України впродовж 1923–1928 рр. характеризується більш швидким зниженням смертності жінок, ніж чоловіків. Зниження жіночої смертності значною мірою пов'язане із загальним покращанням соціально-гігієнічних умов, особливо з поліпшенням умов для материнства та зниженням народжуваності. Не випадково у дітородному віці зменшення смертності жінок переважало скорочення смертності чоловіків. Коефіцієнт смертності жінок трудоактивного віку скоротився за цей період на 18,1%. Як наслідок у 1920-і роки рівень смертності жінок стає нижчим, ніж чоловіків. У 1923 р. перевищення чоловічої смертності над жіночою ще зберігалось у віці старше 50 років, та вже наприкінці 1920-х років смертність чоловіків була вищою на всіх ділянках віку.

Ситуація зі смертністю чоловіків була гіршою порівняно з жінками, що обумовлювалося тогочасними умовами їх життя та праці, а також негативним впливом наслідків пертурбаційних явищ, від яких вони потерпали більше, ніж жінки. Практично незмінним залишався рівень смертності чоловіків віком 20–44 роки, а його зниження у віці старше 45 років відбувалося значно повільніше, ніж у жінок.

Очікувана тривалість життя в Україні в 1923–1928 рр. підвищилась на 1,1 року у чоловіків і на 1,3 року у жінок. На той час за показниками дожиття населення Україна істотно відставала від країн Західної Європи. Зокрема, у 1928 р. середня тривалість життя у Західній Європі на 9,7 року у чоловіків і на 9,0 років у жінок була вища, ніж в Україні.

Розрив у тривалості життя між чоловіками і жінками в Україні на початку минулого сторіччя був одним з найменших у Європі і становив 0,9 року, а в 1912 р. був ще меншим — 0,6 року (табл. 1.3.3). Протягом 1920-х років він суттєво зростав і в 1928 р. вже становив 3,4 року. Перед Другою світовою війною тривалість життя жінок була на 4,8 року більша, ніж у чоловіків.

Таблиця 1.3.3. Розрив у показниках середньої тривалості життя чоловіків та жінок в Україні та Західній Європі за окремі роки у період 1900–2006 рр., років

Рік	Україна	Західна Європа	Різниця	Рік	Україна	Західна Європа	Різниця
1900	–0,7	–2,7	2,0	1942	–7,9	–9,0	1,1
1905	–2,0	–2,9	0,9	1947	–9,9	–5,0	–4,9
1912	–0,5	–2,8	2,3	1948	–8,2	–4,3	–3,9
1916	–8,0	–6,0	–2,0	1964	–6,2	–5,6	–0,6
1920	–6,0	–4,5	–1,5	1980	–9,6	–6,6	–3,0
1922	–6,0	–3,5	–2,5	1986	–8,2	–6,6	–1,6
1923	–3,6	–2,7	–0,9	1990	–9,5	–6,6	–2,9
1928	–3,4	–2,7	–0,7	1995	–11,4	–6,5	–4,9
1933	–3,5	–2,6	–0,9	1998	–10,8	–6,5	–4,3
1939	–4,8	–4,0	–0,8	2006	–11,5	–6,5	–5,0

Джерело: авторські розрахунки за побудованими таблицями смертності населення України за вказані роки.

Ще не оговтавшись від важких наслідків кризи 1914–1922 рр., Україна почала зазнавати нової демографічної катастрофи, апогеєм якої став Голодомор 1932–1933 рр. У 1933 р. Україна втратила 3,8 млн. осіб (в т. ч. 1,5 млн. осіб віком 25-64 роки). Після голоду повільне зниження смертності мало місце у 1934–1936 рр., а у наступні 4 роки смертність в Україні знову підвищується. Певна позитивна динаміка напередодні війни спостерігалась тільки для смертності дітей та жінок. Режим вимирання чоловіків у цей час був вкрай несприятливим, особливо у трудоактивному віці. Понад 140 тис. чоловіків трудоактивного віку загинули у роки «Великого терору» (1937–1938 рр.). Рівень смертності чоловічого населення трудоактивного віку був стало високим і за сім передвоєнних років (до початку Другої світової війни) практично не змінювався. Зростання середньої тривалості життя в Україні за період 1928–1938 рр. на 2,6 року у чоловіків та на 4 роки у жінок відбулося головним чином

внаслідок зниження смертності дитячих контингентів. Внесок населення трудоактивного віку був значно меншим.

Причиною нової демографічної катастрофи став початок Другої світової війни 1941–1945 рр. Загальні демографічні втрати України у період війни становлять 10,1 млн. осіб, у тому числі: прямі — через високу передчасну смертність — 6,5 млн. осіб, та внаслідок еміграції — 1,4 млн. осіб і непрямі демографічні втрати в результаті спаду народжуваності (дефіцит народжень) — 2,2 млн. осіб. Майже 54% втрат через високу передчасну смертність (3,5 млн. осіб) припадає на населення віком 25–64 роки, 40% — на населення у віці до 25 років (2,6 млн. осіб), а решту становлять втрати контингенту літніх людей (0,4 млн. осіб).

Після періоду затяжних демографічних криз, які гальмували і спотворювали нормальний поступ процесу вимирання населення в Україні, з кінця 1940-х років зміни смертності визначаються еволюційною компонентою. Смертність в Україні протягом 1948–1964 рр. неухильно знижується на всіх ділянках вікового профілю. Стандартизований коефіцієнт смертності населення за період 1948–1964 рр. скоротився в Україні на 30,5%, а в Західній Європі — на 19,1%. Такого значного прогресу у життєздатності населення Україна ще не знала (рис. 1.3.3).

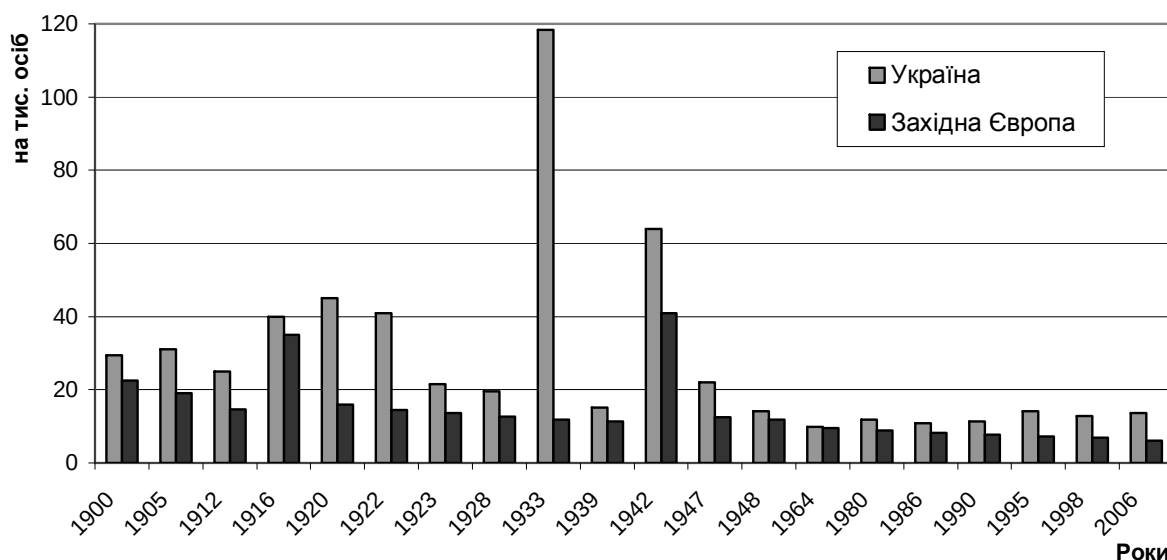


Рис. 1.3.3. Стандартизовані* коефіцієнти смертності населення України та країн Західної Європи за окремі роки у період 1900–2006 рр.

Джерело: авторські розрахунки за даними офіційних статистичних видань та архівних матеріалів України та офіційних статистичних видань країн Західної Європи.

* за європейським стандартом вікової структури.

Найбільш високими темпами знижувалася в Україні смертність населення дотрудоактивного віку, рівень якої у 1948–1964 рр. зменшився в 4,1 раза, а також населення трудоактивного віку — в 1,8 раза (табл. 1.3.4). В середині 1960-х років стандартизований коефіцієнт смертності жінок України у трудоактивному віці

зрівнявся з аналогічним показником для жінок країн Західної Європи і становив 4,3 померлих на 1000 населення. Щоправда, стандартизований показник смертності чоловічого населення України у трудоактивний період вже й тоді був в 1,3 раза вищий, ніж у Західній Європі.

Середня тривалість життя новонароджених хлопчиків за період 1948–1964 рр. зросла в Україні на 14,4 року, а у дівчаток — на 12,4 року. Загальний приріст тривалості життя в Україні за ці роки був удвічі більший, ніж у країнах Західної Європи, внаслідок чого відставання України від них за показниками тривалості життя у 1964 р. скоротилося у чоловіків до 2 років, а у жінок тривалість життя навіть перевищила на 0,2 року показник західноєвропейських країн (табл. 1.3.2). Таким чином, внаслідок зростання показників дожиття населення у повоєнний період Україна ввійшла до числа 15 європейських країн з найвищим рівнем тривалості життя.

Таблиця 1.3.4. Повікові коефіцієнти смертності населення України за окремі роки у період 1900–2006 рр., у розрахунку на 1000 осіб відповідного віку

Роки	Чоловіки				Жінки			
	Всього	у тому числі у віці, років:			Всього	у тому числі у віці, років:		
		0–24	25–64	65 і старші		0–24	25–64	65 і старші
1900	28,1	33,2	12,9	108,1	26,0	28,9	15,2	124,0
1912	22,8	26,3	12,2	92,2	22,5	24,8	12,9	109,0
1923	24,4	22,6	12,0	88,3	20,9	26,2	11,1	98,1
1928	24,0	22,3	10,0	84,6	17,8	22,1	9,0	82,3
1933	183,5	111,2	144,8	166,8	169,3	109,7	127,9	161,9
1939	21,0	18,9	8,2	79,1	19,5	18,2	7,1	74,0
1948	12,3	8,6	12,1	64,5	8,6	6,4	5,9	50,3
1964	7,9	2,2	6,7	62,9	7,1	1,5	3,8	46,5
1980	12,0	2,1	9,9	77,1	10,9	1,2	4,3	54,3
1986	11,1	1,9	8,9	77,4	11,1	1,2	4,2	57,7
1990	12,5	1,7	10,8	78,1	12,0	1,0	4,4	59,1
1995	16,7	1,9	15,3	83,8	14,5	1,0	5,6	65,0
1998	15,3	1,6	13,3	77,8	13,6	0,8	4,9	61,7
2006	18,0	1,7	15,8	82,1	14,8	0,9	5,5	65,2

Джерело: авторські розрахунки за даними офіційних статистичних видань та архівних матеріалів.

Різке повоєнне зниження смертності у нашій країні не було суто українським феноменом, воно зачепило цілу низку країн світу. Цей процес став значною демографічною подією, оскільки зростання тривалості життя було найбільшим за всю історію людства. Воно меншою мірою торкнулося розвинених країн світу, а більш інтенсивно відбувалося у країнах низького та середнього рівня соціально-економічного розвитку. Не залишився обабіч цього процесу і колишній СРСР, у тому числі Україна.

Основними чинниками зниження смертності населення України у 1948–1964 рр. стало помірне зростання добробуту населення, поліпшення матеріальних і соціальних умов життя, включаючи забезпечення продуктами харчування, масове житлове будівництво у містах, розвиток житлово-комунальної інфраструктури,

зростання рівня освіти і культури, підвищення санітарно-гігієнічної культури тощо. Суттєві позитивні зрушення у смертності населення України стали також можливими завдяки імунізації населення, впровадження в практику охорони здоров'я сульфамідних препаратів та антибіотиків, їх доступності для широких верств населення.

До кінця 1960-х років зростання тривалості життя в Україні (як і в Західній Європі та Північній Америці) призупинилося²⁷. Успіхи у боротьбі з інфекційними хворобами, пов'язані з широким впровадженням антибіотиків, досягли своєї межі. З причин смерті виявилися «вибраними» більшість хвороб, які піддаються повному лікуванню за допомогою імуні- та хіміотерапії. Домінуючими в структурі причин смерті стали хронічні, важко виліковні недуги, а економічні та соціальні зміни призвели до посилення впливу таких несприятливих чинників, як забруднення довкілля, низький рівень охорони праці, застарілі технології, погіршення адаптованості населення до умов життя (урбанізація, технізація і хімізація середовища), широке розповсюдження гігієнічно нераціональних і навіть шкідливих стереотипів поведінки (вживання алкоголю, тютюнопаління, нераціональне харчування, несвоєчасне звертання за медичною допомогою), а також історично-стереотипне нехтування цінністю людського життя як на державному, так і на індивідуальному рівнях.

За таких умов відновлення зростання очікуваної тривалості життя було можливим тільки за умови встановлення контролю над основними чинниками ризику та ефективної боротьби з хронічними захворюваннями і зовнішніми причинами смерті. Але тривожні зміни в смертності населення України не викликали адекватної реакції на державному рівні. Нові завдання, які постали перед українським суспільством, не були оцінені належним чином. Система охорони здоров'я виявилась невідповідною в матеріально-технічному і кадровому плані для їх вирішення²⁸. Склалася драматична ситуація: з одного боку, активно старіюче населення продовжувало накопичувати в собі тягар хронічних патологій, які постійно збільшували рівень смертності, а з іншого боку — перебільшення досягнутих успіхів на ниві охорони здоров'я призвело до послаблення соціального контролю над традиційними причинами смерті, властивими головним чином молодим контингентам населення. Багато неминучих труднощів могли бути компенсовані та пом'якшені внаслідок більш швидкого зростання рівня і якості життя, поліпшення роботи системи охорони здоров'я, але цього не сталося. В колишньому СРСР і відповідно в Україні не було достатніх для цього ресурсів, а якщо вони з'являлися, то були спрямовані на підтримку оборонного паритету з НАТО. Комплекс перелічених чинників призвів до того, що, починаючи з 1965 р. зниження смертності змінилося її тривалим зростанням, особливо серед населення трудоактивного віку.

²⁷ Китагава Э. Социально-экономические различия в смертности в США // Изучение продолжительности жизни. — М.: Статистика, 1977. — С. 153.

²⁸ Либанова Э.М. Продолжительность жизни населения (опыт комплексного регионального исследования). — К.: Наук. думка, 1991. — С. 48.

Це проявилось вже у першій половині 1960-х років. Якщо у 1948–1960 рр. середньорічний темп зниження смертності становив понад 2%, то у 1961–1965 рр. — близько 1,4%. З 1965 р. у чоловіків і з 1969 р. у жінок рівень смертності починає підвищуватись. Протягом 1965–1980 рр. стандартизований коефіцієнт смертності населення зріс на 20,4%, в т. ч. у чоловіків — на 24,2% і у жінок — на 10,7%. Особливо знизилась життєздатність населення трудоактивного віку: рівень смертності чоловіків зріс на 47,8%, а жінок — на 13,2%. Інтенсивність вимирання населення післятрудоактивного віку також суттєво підвищилась: у чоловіків показник смертності підвищився протягом 1965–1980 рр. на 22,6%, у жінок — на 16,8%. Рівень смертності населення віком до 25 років продовжував знижуватись, головним чином внаслідок підвищення життєздатності дітей та підлітків.

На початку 1980-х років середня тривалість життя в Україні досягла мінімуму: 64,4 року у чоловіків і 74 роки у жінок. За п'ятнадцять років (1965–1980 рр.) вона скоротилася у чоловіків на 3,8 року, а у жінок — на 0,4 року. Як наслідок Україна, яка у середині 1960-х років мала майже однакові із Західною Європою показники тривалості життя, через п'ятнадцять років відстала від останньої майже на 5 років. У 1980 р. тривалість життя українських чоловіків була нижчою, ніж у Західній Європі на 6,4 року, а у жінок ця різниця досягла 3,4 року (рис. 1.3.4, 1.3.5).

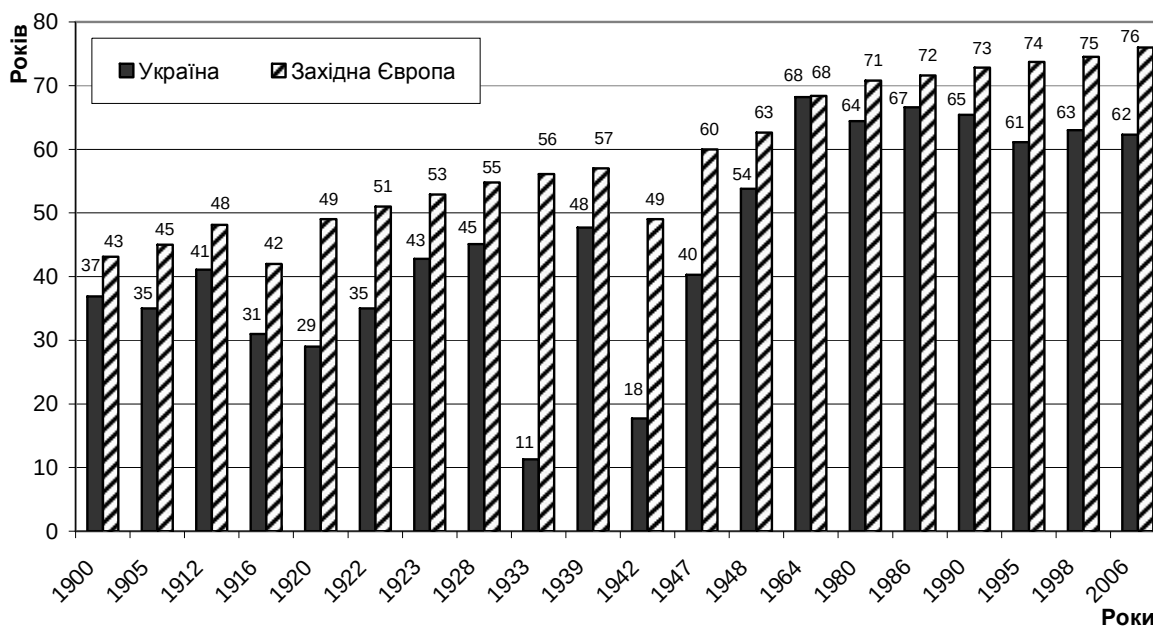


Рис. 1.3.4. Середня очікувана тривалість життя чоловіків в Україні та країнах Західної Європи за окремі роки у період 1900–2006 рр.

Джерело: авторські розрахунки за даними офіційних статистичних видань та архівних матеріалів України та офіційних статистичних видань країн Західної Європи.

Одним з показників посилення неблагополуччя щодо смертності населення у цей період було зростання розриву у тривалості життя чоловіків і жінок внаслідок високої передчасної смертності чоловіків трудоактивного віку. Так, якщо у 1964 р.

тривалість життя чоловіків була на 6,2 року менша, ніж у жінок, то через 15 років цей розрив збільшився до 10 років. Після 1980 р. зростання смертності припиняється і рівень тривалості життя стабілізується.

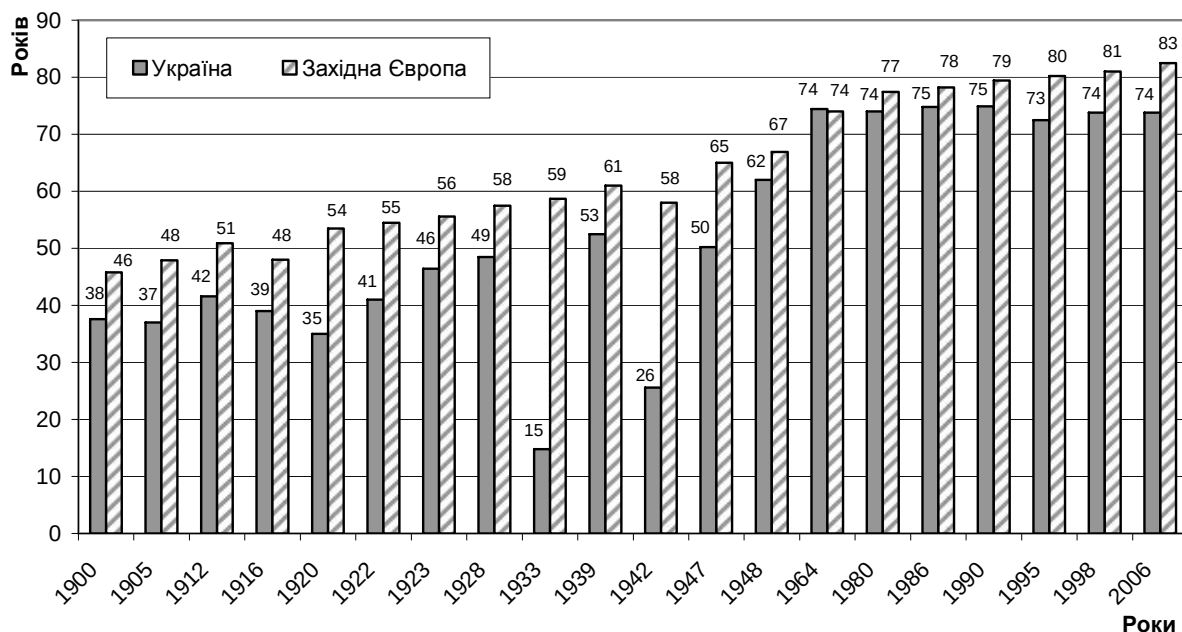


Рис. 1.3.5. Середня очікувана тривалість життя жінок в Україні та країнах Західної Європи за окремі роки у період 1900–2006 рр.

Джерело: авторські розрахунки за даними офіційних статистичних видань та архівних матеріалів України та офіційних статистичних видань країн Західної Європи.

Антиалкогольна кампанія, яка розпочалася у травні 1985 р., призвела до значного, але короточасного зниження смертності та підвищення середньої тривалості життя. Найбільш суттєво заходи боротьби з пияцтвом та алкоголізмом позначилися на поліпшенні життєздатності чоловіків трудоактивного віку. Так, у 1985–1986 рр. стандартизований коефіцієнт смертності чоловіків віком 25–64 роки знизився на більш ніж 13%, а жінок – лише на 2%. Протягом 1985–1987 рр. середня тривалість життя в Україні зросла на 1,9 року у чоловіків і на 0,7 року у жінок. Проте позитивний вплив антиалкогольної кампанії не міг бути довготривалим, оскільки вона базувалася не на боротьбі з причинами пияцтва, а на примусовому обмеженні виробництва та продажу спиртного. Та все ж загальний ефект антиалкогольної кампанії з точки зору змін у смертності реальних поколінь населення слід оцінювати позитивно. Завдяки їй вдалося зберегти певну кількість людських життів, причому найбільше у групах населення з підвищеним ризиком смерті. Однак переломити негативні тенденції епохи «застою» не вдалося, і вже у 1987 р. зниження смертності чоловіків трудоактивного віку припинилося. Наприкінці 1980-х років зростання смертності було повільним, але в першій половині наступного десятиліття різко підвищилось.

Таким чином, кризова ситуація зі смертністю в Україні у 1990-і роки формувалася на тлі тривалих неблагополучних тенденцій 1965–1984 рр., що були різко підсилені негативним впливом соціально-економічної кризи перехідного періоду. Масштабне зростання смертності населення України у першій половині 1990-х років викликало серйозне занепокоєння у зв'язку з різким підвищенням рівня передчасної смертності населення. Кількість померлих, що становила у 1990 р. 630 тис. осіб, збільшилась до 793 тис. осіб у 1995 р., а стандартизований коефіцієнт смертності населення зріс за цей період на 24,6%, в т. ч. у чоловіків — на 27,0%, у жінок — на 18,2%.

Смертність підвищилась практично у всіх вікових групах населення (за винятком дітей віком 0–14 роки). Найбільших втрат у цей час зазнало населення трудоактивного віку, смертність якого зростала випереджаючими темпами і підвищилась у чоловіків у 1,5 раза, а у жінок — в 1,2 раза (рис. 1.3.6). Зросла також смертність населення післятрудоактивного віку: майже на 10 % порівняно з 1990 р.

Чітко виражена несприятлива динаміка смертності населення України в цей період не могла не позначитись на перебігу показників тривалості життя, скорочення яких становило щорічно 0,8 року у чоловіків і 0,5 року у жінок. В цілому за першу половину 1990-х років середня тривалість життя зменшилась у чоловіків на 4,3 року, а у жінок — на 2,4 року. Розрив у показниках тривалості життя між Україною і країнами Західної Європи досягнув у 1995 р. 7,4 року для чоловіків і 4,5 року для жінок.

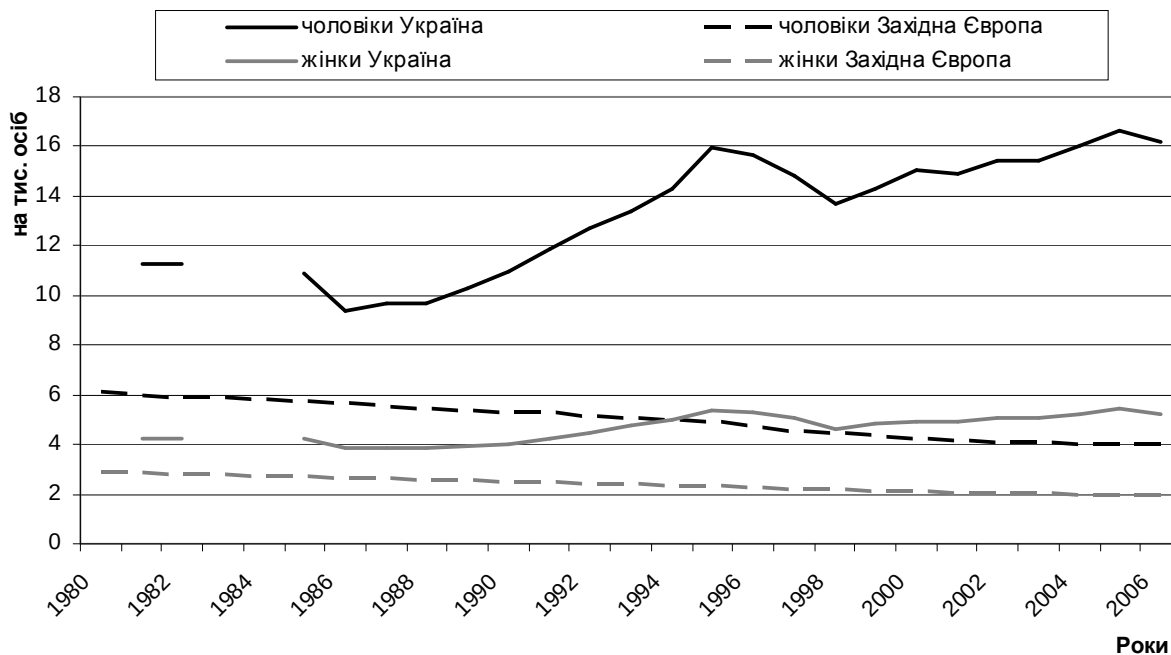


Рис. 1.3.6. Динаміка стандартизованих* коефіцієнтів смертності населення трудоактивного віку (25–64 роки) в Україні, країнах СНД та Західної Європи у 1980–2006 рр.

Джерело: дані ВООЗ (HFA-MDB).

* за європейським стандартом вікової структури.

Після 1995 р. — року максимального загострення кризи — смертність населення України почала знижуватись. Протягом 1996-1998 рр. вона зменшилась на 10,6% у чоловіків і 8,7% у жінок. Однак цього виявилось недостатньо, щоб вийти на рівень показників кінця 1980-х, з якого почалося їх зростання. Позитивні зрушення у динаміці смертності протягом 1996–1998 рр. зачепили всі вікові групи. Найбільше зниження смертності було зафіксовано серед населення трудоактивного віку: у чоловіків стандартизований коефіцієнт смертності скоротився на 13%, а в жінок — на 12%. Зниження смертності цього вікового контингенту спричинило позитивні зрушення у динаміці тривалості життя. Найбільш значний приріст тривалості життя спостерігався у 1998 р.: 0,9 року та 0,6 року для чоловіків та жінок відповідно. В цілому за названий трирічний період тривалість життя збільшилась на 1,6 року у чоловіків і на 1 рік у жінок. Однак закріпити позитивні зміни в динаміці смертності без покращання матеріального добробуту та підвищення ефективності роботи системи охорони здоров'я не вдалося, і з 1999 р. розпочинається чергове погіршення ситуації зі смертністю, яке триває до цих пір.

За період 1999–2006 рр. смертність в Україні підвищилась на 7,9%, в т. ч. у чоловіків на 8,5% та у жінок на 4,2%. Динаміку тривалості життя в Україні за цей період, як і в попередні роки, найбільшою мірою визначали зміни смертності населення трудоактивного віку. Тривалість життя чоловіків за останні вісім років зменшилась на 0,7 року, а у жінок залишилась незмінною. Основний внесок у зниження тривалості життя належить зростанню смертності дорослих.

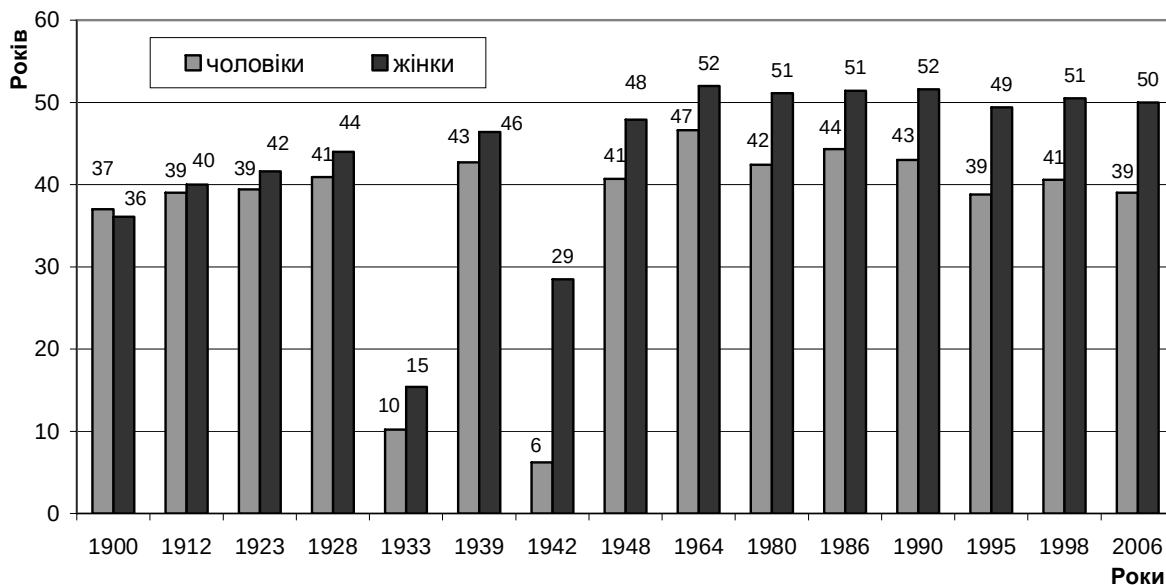


Рис. 1.3.7. Середня очікувана тривалість життя для осіб, що дожили до 25 років в Україні, за окремі роки у період 1900–2006 рр., років

Джерело: авторські розрахунки за побудованими таблицями смертності населення України за вказані роки.

До середини 1960-х років тривалість життя населення трудоактивного віку помітно зросла у порівнянні з довоєнним періодом і у всіх вікових групах досягла

історичного максимуму. Так, у 1964 р. очікувана тривалість життя в Україні для тих, хто досягнув 25 років, була такою, як і в країнах Західної Європи: 46,5 року у чоловіків і 52 роки у жінок. У віці 65 років тривалість життя населення України (у чоловіків і жінок) була навіть дещо вища, ніж у Західній Європі. По завершенню 1960-х років розпочався тривалий період зниження показників тривалості життя населення трудоактивного віку. У 1980 р. 25-річні українські чоловіки за показниками тривалості життя відставали від своїх ровесників у Західній Європі на 6 років, а у 2006 р. — на 11 років, а жінки — на 2,5 та 5 років відповідно. За останні 40 років тривалість життя 25-річних чоловіків зменшилась в Україні на 7,6 року, а у чоловіків, що досягли віку 30, 35, 40, 45 років — на 7,3; 6,8; 6,3 і 5,7 року відповідно. У жінок падіння тривалості життя у трудоактивному періоді протягом 1965–1980 рр. становило 1,5–2,0 роки і було в 3–4 рази меншим, ніж у чоловіків (рис. 1.3.7).

Таблиця 1.3.5. Імовірність прожити інтервал трудоактивного віку (25–64 роки) для чоловіків і жінок України за окремі роки у період 1900-2006 рр.

Роки	Чоловіки	Жінки	Роки	Чоловіки	Жінки
1900	0,463	0,425	1964	0,714	0,843
1912	0,527	0,493	1980	0,616	0,827
1923	0,560	0,620	1986	0,663	0,844
1928	0,529	0,627	1990	0,623	0,838
1933	0,388	0,500	1995	0,506	0,806
1939	0,639	0,732	1998	0,553	0,828
1948	0,581	0,758	2006	0,514	0,801

Джерело: авторські розрахунки за побудованими таблицями смертності населення України за вказані роки.

Динаміка однієї з синтетичних характеристик смертності і дожиття населення віком 25–64 роки — ймовірність прожити трудоактивний період — теж засвідчує явний регрес життєздатності населення, особливо у чоловіків (табл. 1.3.5). За нашими розрахунками ймовірність прожити інтервал трудоактивного віку та відповідно очікувана тривалість життя чоловіків трудоактивного віку в Україні у сучасний період знаходиться на рівні першої чверті XX сторіччя (!), а у жінок така, як в середині 1950-х років (табл. 1.3.6).

Одним з індикаторів неблагополучної ситуації зі смертністю населення України є надто високий розрив у тривалості життя чоловіків і жінок, який у минулому році досягнув 11,5 року, і є одним з найвищих у світі. Порівняння даних табл. 1.3.3 показує, що розрив у тривалості життя чоловіків і жінок в Україні перевищує відповідний показник у країнах Західної Європи починаючи з 1928 р. У 1964 р. цей розрив скорочується до 0,2 року, але відтоді невпинно зростає. У 2006 р. різниця у тривалості життя чоловіків і жінок в Україні була в 1,8 раза більша, ніж для Західної Європи. Якщо врахувати, що статеві відмінності у тривалості життя, обумовлені фізіологічними чинниками, становлять лише близько 2 років, тоді решта розриву (9,5 року) визначається відмінностями життєзбережувальної поведінки чоловіків і жінок²⁹.

²⁹ Росет Э. Продолжительность человеческой жизни / Пер. с польск. — М.: Финансы и статистика, 1981. — С. 290.

Показники чоловічої надсмертності завжди були високими в Україні, але зараз вони стали одними з найвищих у світі. Як відомо, на більш ранніх етапах статеві відмінності тривалості життя формувалися внаслідок впливу статевих відмінностей у смертності в старших вікових групах. Нині вирішальну роль відіграє саме смертність населення трудоактивного віку, на яку припадає 7 з 11,5 року розриву у тривалості життя в 2006 р. У вікових групах від 25 до 45 років відмінності режиму смертності населення України і Західної Європи у 2006 р. досягли своїх максимальних значень: імовірність смерті для чоловіків в Україні у 6–7 разів, а для жінок — у 4 рази перевищувала відповідні показники їх ровесників (ровесниць) із Західної Європи.

Таблиця 1.3.6. Очікувана тривалість життя для осіб, що досягли певного віку, в Україні за окремі роки у період 1900–2006 рр., років

Рік	При досягненні віку, років:								
	25	30	35	40	45	50	55	60	65
	Чоловіки								
1900	37,0	33,2	29,4	25,6	21,9	18,4	15,1	12,1	9,6
1912	39,0	35,1	31,2	27,3	23,5	19,8	16,4	13,2	10,5
1923	39,4	35,8	31,8	27,8	24,0	20,4	16,8	13,6	10,8
1928	40,9	37,0	33,0	29,0	25,2	21,4	17,8	14,5	11,6
1939	42,7	38,5	34,3	30,2	26,3	22,5	18,8	15,3	12,2
1948	40,7	37,0	33,2	29,3	25,6	22,2	18,7	15,4	12,5
1964	46,6	42,1	37,6	33,2	29,0	24,8	20,9	17,3	14,1
1980	42,4	37,8	33,6	29,5	26,0	22,0	18,5	15,0	12,2
1986	44,3	39,8	35,3	30,9	26,7	22,8	19,1	15,7	12,7
1990	43,0	38,5	34,1	29,9	25,6	22,0	18,5	15,3	11,4
1995	38,8	34,5	30,4	26,5	22,9	19,5	16,6	13,8	11,3
1998	40,6	36,2	32,0	27,9	24,1	20,6	17,4	14,5	12,4
2006	39,0	34,8	30,8	26,9	23,3	20,0	17,0	14,1	11,7
	Жінки								
1900	36,1	32,4	28,8	25,1	21,5	17,8	14,3	11,2	8,7
1912	40,0	36,2	32,5	28,7	24,9	21,0	17,4	14,0	11,0
1923	41,6	37,8	34,1	30,2	26,1	22,3	18,4	14,9	12,2
1928	44,0	40,1	36,2	32,3	28,3	24,3	20,5	16,8	13,4
1939	46,4	42,2	38,0	33,8	29,6	25,5	21,4	17,6	14,0
1948	47,9	43,7	39,4	35,1	30,8	26,5	22,4	18,6	15,0
1964	52,0	46,8	42,0	37,8	33,3	28,7	24,4	20,3	16,4
1980	51,1	46,3	41,6	36,9	32,3	27,8	23,6	19,5	15,6
1986	51,4	46,5	41,7	37,0	32,4	28,0	23,7	19,6	15,7
1990	51,6	46,7	41,9	37,2	32,6	28,2	23,8	19,7	15,9
1995	49,4	44,6	40,0	35,4	30,9	26,6	22,5	18,6	15,0
1998	50,5	45,7	41,0	36,3	31,8	27,4	23,1	19,2	15,4
2006	50,0	45,3	40,7	36,2	31,7	27,4	23,2	19,2	15,5

Джерело: авторські розрахунки за побудованими таблицями смертності населення України за вказані роки; Mesle F., Vallin J., Pyrozkhov S. Mortalite et causes de deces en Ukraine au XXe siecle. — Paris: INED, 2003.

Суттєве загострення ситуації зі смертністю населення України у 1991–2006 рр. спричинене комплексом чинників: погіршенням матеріальних умов життя і екологічної

обстановки; серйозним зниженням якості роботи системи охорони здоров'я; соціально-психологічним стресом та викликаню ним дезадаптацією населення. Соціально-економічна криза призвела до катастрофічного погіршення стандартів життя. За останні п'ятнадцять років рівень життя в Україні низився майже втричі. Нині тільки у декількох європейських країнах середньодушовий ВВП нижчий, ніж в Україні. Критична ситуація склалася в галузі споживання, суттєво погіршились такі параметри якості життя, як умови і безпека праці й можливості відпочинку.

Виявляє тенденцію до погіршення і стан довкілля. Хоча спад виробництва, зупинка низки підприємств сприяли скороченню викидів, однак одночасно скоротилось виділення бюджетних коштів і коштів підприємств на заходи по відтворенню природних ресурсів, охорони довкілля, почастишали випадки техногенних аварій з серйозними екологічними наслідками. Підсилюють неблагополуччя в навколишньому середовищі і наслідки аварії на ЧАЕС.

Окрім перелічених чинників, свій внесок у поглиблення кризи вносить занепад систем охорони здоров'я. Розхитана непродуманими реформами, в умовах вкрай незадовільного фінансування система охорони здоров'я нездатна ефективно протистояти негативним впливам соціально-економічної ситуації на здоров'я людей, а санітарно-епідеміологічна служба — епідеміям, що виникають. Погіршення роботи системи охорони здоров'я, платність послуг і дорожнеча ліків суттєво знизили якість і ефективність медичної допомоги і стали серйозною соціальною проблемою та важливим чинником передчасної смертності від захворювань, яким можна запобігти. Через відсутність адекватної і своєчасної медичної допомоги, в умовах надзвичайно низької культури життєзбереження у населення накопичується величезний тягар хронічних патологій, який неминуче стає джерелом значної кількості передчасних смертей.

Підвищення смертності обумовлено також впливом стресорного чинника. Соціально-економічні перетворення 1990-х років призвели до краху радянської системи державного патерналізму, яка забезпечувала низку соціальних гарантій. В пострадянський період люди були змушені усвідомити, що держава не зможе більше підтримувати старі гарантії, і вони повинні турбуватися про себе самі. Масова адаптація до нових, незвичних умов була неможливою без сильних соціально-психологічних стресів, які спричинили зростання значної кількості передчасних смертей. Головними жертвами синдрому адаптації стало населення трудоактивного віку, на яке ліг основний тягар активного пристосування до нових економічних і соціальних умов.

Високі показники смертності лягають важким тягарем на економіку України внаслідок втрачених інвестицій у людський капітал. Відставання України як європейської держави від Західної Європи принизливе, якщо згадати про їхні однакові стартові характеристики смертності та тривалості життя у середині 1960-х років. Затяжне загострення ситуації в області смертності звело нинішні параметри режиму смертності в Україні до рівня показників слаборозвинутої країни, яка нездатна контролювати соціальну ситуацію в цілому і епідеміологічну ситуацію

зокрема. При цьому оцінки основних причини, які визначають відставання України за тривалістю життя і рівнем життєздатності від країн Західної Європи, доволі суперечливі. Існує думка, що 30% відставання слід віднести на рахунок відмінностей у рівні життя, 50% можна пояснити чинниками ризику, обумовленими способом життя, 10% пов'язані із забрудненням довкілля і ймовірністю професійних захворювань і ще 10% — з недоліками системи медичних послуг³⁰.

Аналіз смертності в Україні протягом 1991–2006 рр. в контексті її довгострокових трендів у 1960–1980-х рр. свідчить про наявність в еволюції української смертності феномена інерції стагнації. Цей феномен обумовлений комплексом чинників, які обмежують можливості боротьби за збереження людського життя в українському суспільстві радянського і пострадянського періодів («залишковий принцип» фінансування охорони здоров'я, низька культура самозбереження, низька ціна життя на шкалі суспільних цінностей тощо). При всіх можливих коливаннях рівнів смертності та тривалості життя під впливом чинників соціально-економічного характеру у 1985–2006 рр. інерція стагнації визначала головну лінію траєкторії динаміки смертності протягом усього періоду, починаючи з середини 1960-х років, і залишається дійовим фактором впливу на зміни смертності у першій декаді XXI сторіччя.

Аналіз динаміки смертності населення трудоактивного віку в Україні у довготривалій ретроспективі висвітлює доволі жалюгідний підсумок боротьби українського соціуму зі смертністю цього вікового контингенту населення. Нині параметри режиму смертності у трудоактивному віці одні з найгірших у Європі і поступаються лише Росії, де ситуація ще більш неблагополучна. Зростання смертності населення у трудоактивному віці в Україні розпочалося ще з середини 1960-х років і продовжується до цього часу за винятком періодів антиалкогольної кампанії та 1996–1998 рр. Рівень смертності цього вікового контингенту в цілому за 1991–2006 рр. підвищився у чоловіків в 1,5 рази, а в жінок — в 1,3 рази. На тлі зростаючого поліпшення показників життєздатності населення у країнах Західної Європи головною характеристикою сучасної ситуації зі смертністю населення трудоактивного віку в Україні є повернення показників режиму смертності дорослих чоловіків на позиції першого десятиріччя XX століття. Такий регрес рівня і тренда смертності чоловіків віком 25–64 роки зумовлений значною мірою катастрофічними подіями української історії, які спотворили природну ходу закономірних змін процесу вимирання цього вікового контингенту.

³⁰ Рынок труда и социальная политика в Центральной и Восточной Европе. Переходный период и дальнейшее развитие / Пер. с англ. — М.: «ДНС», 1997. — С. 403.

1.4. Зрушення у статеві-віковій диференціації смертності та їх вплив на середню тривалість життя у трудовому періоді та при народженні

У показниках смертності населення країни в кожний період її існування акумулюється біографія наявних поколінь і конкретні умови життя людей. При цьому частота смертей суттєво відрізняється в різних статеві-вікових групах населення, а зміни в соціально-економічних умовах неоднаково впливають на життєздатність окремих контингентів населення. Всебічний аналіз даних про смертність в розрізі статі й віку дозволяє виділити наслідки впливу соціальних та економічних зрушень на формування динаміки смертності і водночас є вкрай важливим для пошуку резервів збереження здоров'я і підвищення життєздатності населення. Тому особливості еволюції смертності населення трудоактивного віку неможливо зрозуміти без аналізу змін її вікового профілю у широкому ретроспективному контексті.

До Першої світової війни на тлі Західної Європи смертність населення трудоактивного віку в Україні вирізнялась декількома особливостями. Так, протягом всього періоду (1900–1913 рр.) інтенсивність вимирання чоловіків в Україні віком 25–44 роки була нижча, а після 45 років – вища за показники смертності їхніх ровесників у Західній Європі. Підвищену життєздатність чоловіків трудоактивного віку Ю. Корчак-Чепурківський пов'язує з тим, що основна маса української людності жила з хліборобства, що дає здоровіші умови життя, ніж промисловість³¹. Смертність українських жінок у цьому ж віці, навпаки, залишалась дуже високою. Навіть у Європейській Росії ситуація зі смертністю жінок віком 25–64 роки виглядала краще, ніж в Україні, хоча для чоловіків спостерігалась протилежна тенденція. Серед країн світу смертність жінок в Україні виділялась вельми несприятливим співвідношенням з чоловічою смертністю. Рівень жіночої смертності у вікових інтервалах 25–44 і 55–64 роки в Україні був вищий, ніж у чоловіків. Перевищення смертності українських жінок трудоактивного віку над смертністю їхніх ровесниць із Західної Європи наростало з віком і у групі 60–64 роки досягало 2 разів. Загальне уявлення про віковий профіль смертності населення України напередодні Першої світової війни дає крива повікових імовірностей смерті (рис. 1.4.1).

Протягом 1900–1912 рр. динаміка смертності населення у трудоактивному періоді мала позитивне спрямування, про що свідчить внесок зниження смертності цього вікового контингенту у загальний приріст тривалості життя, що становить понад 20%. Однак вирішальну роль у формуванні приросту тривалості життя при народженні у ці роки, як і у наступних періодах, належить все ж таки дитячим контингентам. У першій половині XX сторіччя понад 60–65% приросту очікуваної тривалості життя при народженні було детерміновано скороченням смертності дітей (табл. 1.4.1).

³¹ Корчак-Чепурківський Ю.О. Природний рух населення УРСР у 1924 році з оглядом природного руху населення перед світовою війною // Природний рух населення у 1924 році. — Харків: ЦСУ УРСР, 1927. — С. 26.

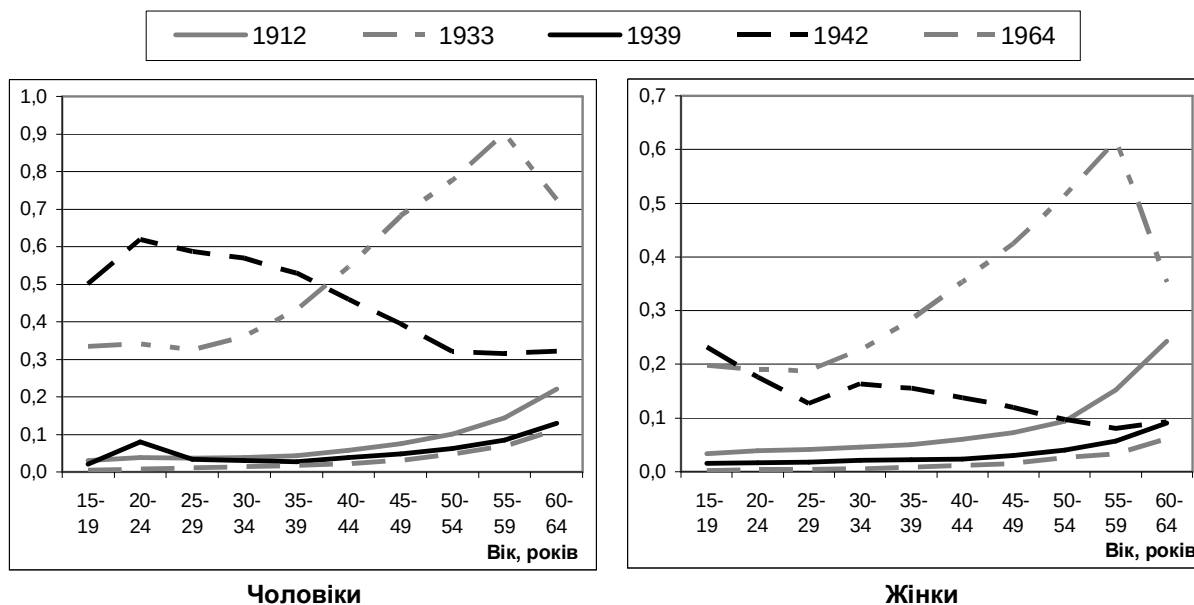


Рис. 1.4.1. Вікові ймовірності померти у віці від 15 до 64 років для населення України у 1912, 1933, 1939, 1942 та 1964 рр.

Джерело: авторські розрахунки за побудованими таблицями смертності населення України за вказані роки.

Війни, революція, пандемії і голод 1921–1923 рр. суттєво підірвали життєздатність трудоактивного населення. Пертурбаційні події 1914–1922 рр. меншою мірою зачепили жінок та дітей, проте чоловіча смертність в активному віці (18–64 роки) зазнала значних негативних впливів. Можна вважати, що на загальному результаті динаміки дожиття чоловіків цього вікового контингенту позначилась дія своєрідного природного відбору: «спочатку виживання слабших у роки Першої світової війни (оскільки найсильніші гинули на фронті), а потім виживання сильніших у роки епідемій і голоду. Загальний результат полягає у тому, що смертність цієї вікової групи чоловіків, пройшовши складний шлях, залишається на рівні, більш близькому до попереднього, ніж смертність будь-якої іншої групи»³². Смертність чоловіків і жінок віком 25–39 років у 1923 р. порівняно з 1912 р. знизилась несуттєво. Позитивні зрушення спостерігались тільки для смертності населення старше 40 років: у жінок рівень смертності зменшився на 15–20%, а у чоловіків — на 5–10%.

Динаміка смертності у трудоактивному періоді протягом 1923–1928 рр. характеризується більш швидкими темпами зниження смертності у жінок, ніж у чоловіків. За ці роки смертність жінок у віковому інтервалі 25–39 років зменшилась більш ніж на 30%, а у решти вікових груп — навіть на 35%. У чоловіків віком 25–44 роки падіння рівня смертності фіксується у межах 15–20%, а у старших вікових групах доходить до 10%. Внаслідок зниження смертності населення трудоактивного віку у 1912–1928 рр. очікувана тривалість життя при народженні зросла у чоловіків на 21%, а у жінок — майже на 27%. У 1920-і роки починає формуватись феномен чоловічої надсмертності, а саме перевищення чоловічої смертності над жіночою починаючи з

³² Хоменко А.П. Семья и воспроизводство населения. — М.: Финансы и статистика, 1980. — С. 131.

40-річного віку, досягаючи до 55 років 1,4 раза. У віці 25–39 років смертність чоловіків та жінок мало відрізнялися (рис. 1.4.2).

Таблиця 1.4.1. Внесок окремих вікових груп у зміну тривалості життя в Україні у 1900–2006 рр., років

Період	Загальна зміна	У тому числі внаслідок смертності у вікових групах:				
		0–14	15–24	25–44	45–64	65 і старші
Чоловіки						
1900–1912	4,2	2,8	0,2	0,4	0,5	0,3
1912–1923	0,8	0,5	0,0	0,1	0,1	0,1
1923–1928	1,1	0,7	0,1	0,1	0,1	0,1
1928–1939	5,0	3,2	0,2	0,5	0,6	0,5
1939–1948	6,1	4,0	0,3	0,6	0,7	0,5
1948–1964	14,4	7,8	1,5	2,8	1,8	0,5
1964–1980	-3,8	-0,1	-0,3	-1,1	-1,5	-0,8
1980–1986	2,2	0,3	0,1	0,4	0,8	0,6
1986–1990	-1,2	0,0	-0,1	-0,4	-0,5	-0,2
1990–1995	-4,3	0,1	-0,2	-1,7	-2,0	-0,5
1995–1998	1,9	0,1	0,1	0,6	0,8	0,3
1998–2006	-0,7	0,4	0,1	-0,5	-0,6	-0,1
Жінки						
1900–1912	4,0	2,3	0,2	0,5	0,6	0,4
1912–1923	1,6	0,9	0,1	0,2	0,3	0,1
1923–1928	3,3	1,7	0,3	0,8	0,4	0,1
1928–1939	6,3	3,7	0,7	0,9	0,6	0,4
1939–1948	9,5	5,7	1,0	1,3	0,9	0,6
1948–1964	13,3	8,1	1,3	1,8	1,2	0,9
1964–1980	-0,4	0,1	0,0	0,0	-0,1	-0,4
1980–1986	0,8	0,2	0,0	0,1	0,2	0,3
1986–1990	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
1990–1995	-2,4	-0,1	-0,1	-0,5	-1,0	-0,7
1995–1998	1,3	0,2	0,1	0,2	0,5	0,3
1998–2006	0,0	0,4	0,1	-0,2	-0,2	-0,1

Джерело: авторські розрахунки за даними офіційних статистичних видань та архівних матеріалів.

В цілому за період між Першою та Другою світовими війнами у смертності українських чоловіків та жінок трудоактивного віку не сталося значних позитивних зрушень. Про еволюцію смертності в Україні у першій чверті XX сторіччя А. Хоменко писав: «Які ж позиції внаслідок цієї еволюції посідає Україна? Потрібно визнати, далеко не блискучі. Співставлення з населенням європейських країн показує, що у більшості випадків повікова смертність в Україні значно переважає смертність населення Європи»³³. Відставання України від Західної Європи за показниками смертності і тривалості життя у трудоактивному віці продовжувалось і в 1930-і роки. Так, рівень смертності чоловіків і жінок віком 25–44 роки у 1939 р. був у 1,5 раза

³³ Хоменко А.П. Семья и воспроизводство населения. — М.: Финансы и статистика, 1980. — С. 131.

вищий, ніж у їхніх ровесників (ровесниць) з країн Західної Європи. Щоправда, у жінок віком 45–64 і чоловіків у віці 55–64 роки показники смертності були дещо кращими ніж аналогічні показники для Західної Європи.

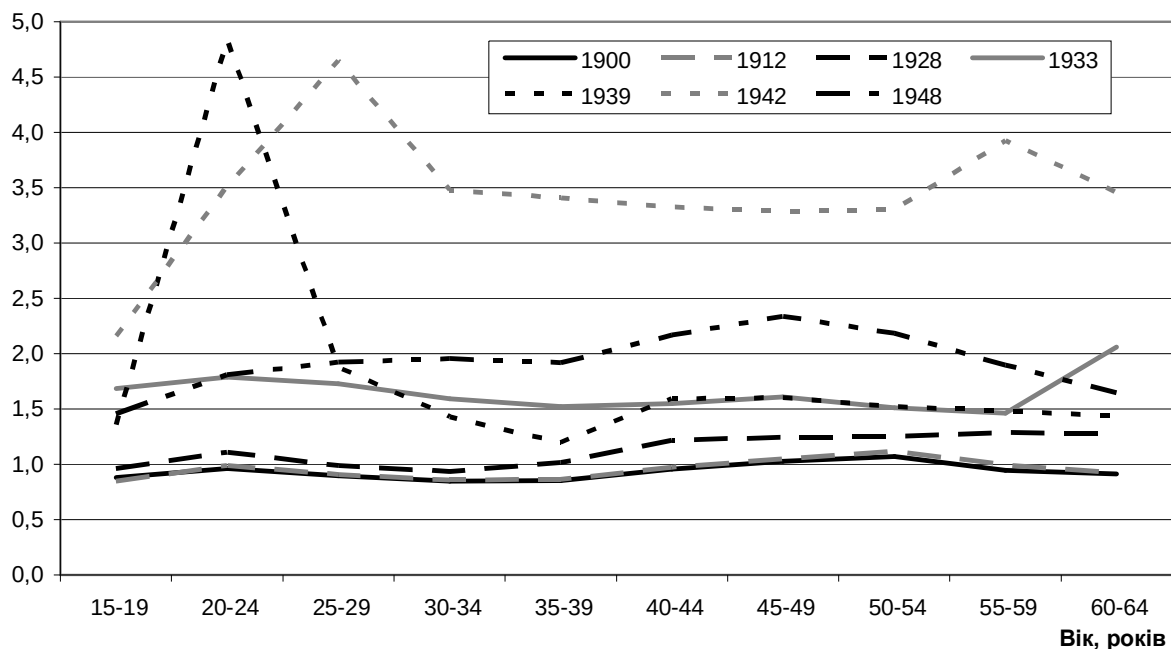


Рис. 1.4.2. Повікові індекси надсмертності чоловіків в Україні у 1900, 1912, 1928, 1933, 1939, 1942 та 1948 рр. (смертність жінок = 1)

Джерело: авторські розрахунки за побудованими таблицями смертності населення України за вказані роки.

Зниження рівня смертності у 1939 р. порівняно з 1928 р. відбулося під дією декількох чинників, одним з яких є суто демографічна детермінанта — величезні людські втрати під час Голодомору 1932–1933 рр. Майже завжди після катастрофічного підвищення смертності настають короточасні періоди зниження смертності, і 1939 р. ще попадав в орбіту цього фактора. Крива повікових інтенсивностей смерті показує, що як і раніше, підвищення смертності з віком йшло значно повільніше, ніж у попередніх і наступних вікових групах (рис. 1.4.1).

У повоєнний період смертність населення трудоактивного віку суттєво знизилась. При цьому зниження смертності населення протягом 1948–1964 рр. з віком поступово послаблювалось. Так, за весь період коефіцієнт смертності 25–34-річних зменшився у 3 рази, 25–44-річних — в 1,8 раза, а у решти вікових груп — в 1,3 раза.

Поліпшення життєздатності жінок трудоактивного віку за повоєнний період значною мірою детерміновано успішною реалізацією заходів по охороні материнства і дитинства, які сприяли падінню рівня материнської смертності. Однак на смертність чоловіків трудоактивного віку в ті роки більшою мірою впливали негативні чинники, у тому числі й важкі наслідки війни, які сповільнювали зниження смертності і сприяли збільшенню відмінностей у рівнях смертності чоловіків та жінок. Для тогочасного режиму вимирання населення трудоактивного віку характерно значне — в 1,8 раза —

перевищення чоловічої смертності над жіночою. Слід зауважити, що індекс чоловічої надсмертності у 1948 р. був вищий (2,1) і протягом 1949–1957 рр. знижувався; в наступні роки (до 1962 р.) спостерігається його стагнація на рівні 1,7, і тільки у 1963–1964 рр. він зріс до 1,8. У 1964 р. зменшились вікові характеристики розриву у показниках смертності чоловіків та жінок. У довоєнний період смертність чоловіків найбільше перевищувала жіночу смертність у віковому інтервалі 40–64 роки. У 1964 р. відбулося зміщення у бік молодших вікових груп — перевищення у 2,2 раза припадало на віковий контингент від 25 до 39 років. При цьому і в старших вікових групах індекс надсмертності залишався досить високим (близько 2 разів) (табл. 1.4.2).

Таблиця 1.4.2. Індекси чоловічої надсмертності у трудоактивному періоді в Україні в окремі роки за період 1928–2006 рр.*

Вікові групи	Роки									
	1928	1939	1948	1964	1980	1986	1990	1995	1998	2006
25–29	1,06	1,09	2,14	2,10	3,62	3,50	3,71	3,50	3,56	3,25
30–34	1,06	1,04	2,17	2,13	3,45	3,11	3,50	3,54	3,83	3,33
35–39	1,08	1,20	2,19	2,09	3,47	2,85	3,35	3,93	3,76	3,29
40–44	1,26	1,60	2,23	1,94	3,25	2,85	3,04	3,67	3,58	3,53
45–49	1,37	1,62	2,21	1,84	2,76	2,60	2,94	3,56	3,29	3,48
50–54	1,38	1,54	1,99	1,80	2,68	2,48	2,79	3,20	3,05	3,26
55–59	1,48	1,50	1,91	1,77	2,44	2,40	2,58	3,09	2,76	2,79
60–64	1,49	1,46	1,74	1,58	2,17	2,13	2,37	2,75	2,50	2,66
25–64	1,11	1,14	2,05	1,76	2,30	2,12	2,45	2,73	2,92	2,84

Джерело: авторські розрахунки за даними офіційних статистичних видань та архівних матеріалів.

* смертність жінок = 1.

Різним віковим групам належить неоднаковий внесок у зміни очікуваної тривалості життя при народженні. До середини 1960-х років підвищення тривалості життя в Україні визначалось в основному успіхами, досягнутими у боротьбі зі смертністю у дитячому віці. Так, зниження смертності дітей (віком 0–14 років) дозволило «виграти» у період 1948–1964 рр. майже 8 років, що становить 59% загального приросту тривалості життя у 13,4 року (рис. 1.4.3, 1.4.4). Внесок чоловіків трудоактивного віку у підвищення тривалості життя у 1948–1964 рр. визначається у 4,6 року, або 31,9% від загального приросту, у жінок — 3,1 року (25,0%). Відставання України від Західної Європи за показниками смертності населення трудоактивного віку у середині 1960-х років було мінімальним. Смертність українських чоловіків у віковому інтервалі 40–54 роки, а у жінок — 25–49 років була нижча, ніж у їхніх ровесників (ровесниць) із Західної Європи. У всіх інших вікових групах трудоактивного періоду інтенсивність вимирання населення України була вища.

На жаль, зберегти позитивну динаміку вимирання населення трудоактивного віку в подальшому Україна не змогла, і з другої половини 1960-х років ситуація зі смертністю цього контингенту стала поступово погіршуватися. Зміна повікових інтенсивностей смертності населення протягом 1965–1980 рр. у чоловіків і жінок відрізнялась (рис. 1.4.5). У чоловіків смертність підвищувалась на всіх вікових

ділянках трудоактивного періоду, найсильніше вона зросла у чоловіків віком 35–49 років — в 1,5–1,6 раза. Підвищення смертності жінок у цей період не зачепило вікові групи 25–44 роки — в усіх цих групах смертність знижувалась, а там, де вона зростала (45–64 роки), це підвищення було значно меншим, ніж у чоловіків.

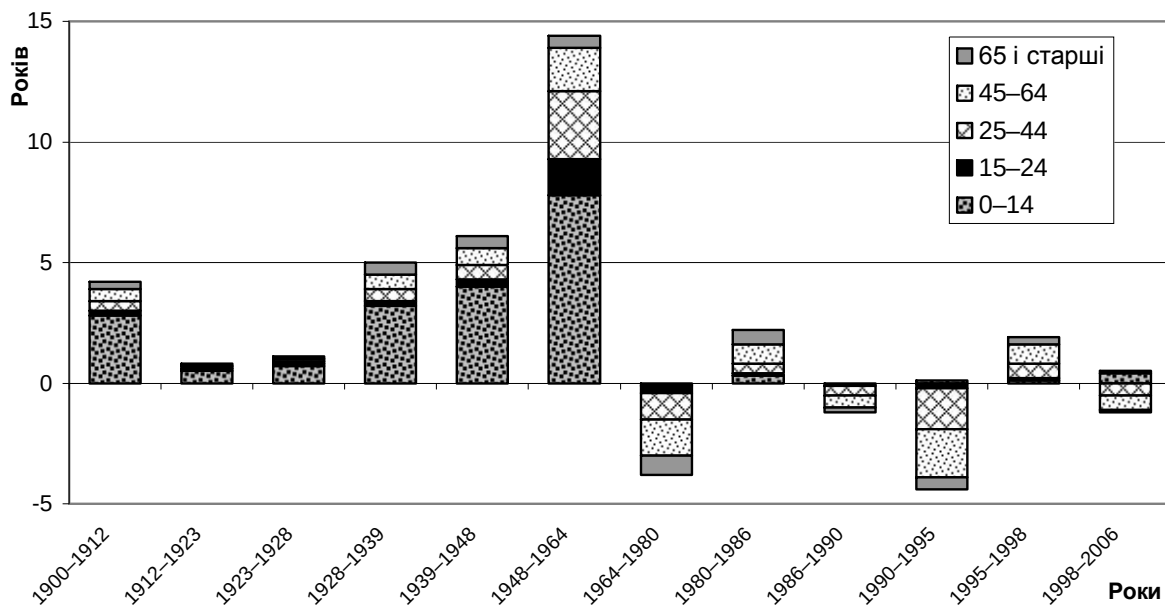


Рис. 1.4.3. Внесок окремих вікових груп у зміну середньої тривалості життя чоловіків в Україні у 1900–2006 рр., років

Джерело: авторські розрахунки за побудованими таблицями смертності населення України за вказані роки.

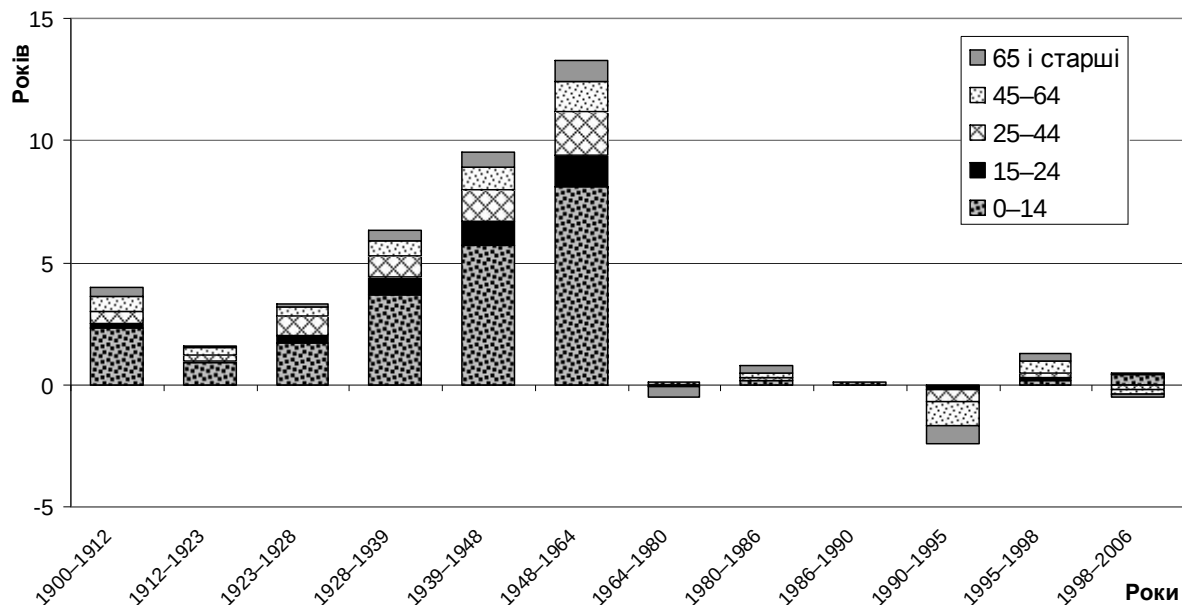


Рис. 1.4.4. Внесок окремих вікових груп у зміну середньої тривалості життя жінок в Україні у 1900–2006 рр., років

Джерело: авторські розрахунки за побудованими таблицями смертності населення України за вказані роки.

Внаслідок таких змін помітно збільшились відмінності у смертності чоловіків та жінок трудоактивного віку, а вік, у якому ці розбіжності були максимальними, змістився у бік молодших вікових груп. Збільшення розриву показників смертності чоловіків і жінок спостерігалось в усіх вікових групах трудоактивного періоду, але найбільш суттєвим воно було в інтервалі віку 25–44 роки. У цій віковій групі смертність чоловіків у 3,2–3,5 раза перевищує смертність жіночого населення.

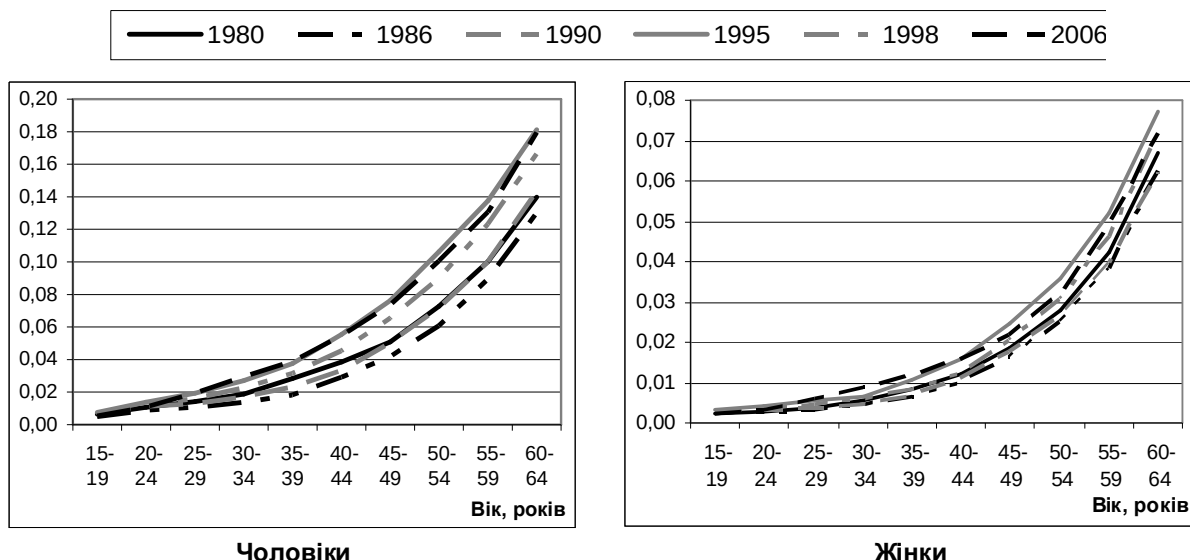


Рис. 1.4.5. Вікові ймовірності померти у віці від 15 до 64 років для населення України у 1980, 1986, 1990, 1995, 1998 та 2006 рр.

Джерело: авторські розрахунки за побудованими таблицями смертності населення України за вказані роки.

Сформовані на початку 1980-х років вкрай несприятливі співвідношення смертності чоловіків і жінок віком 25–44 роки виявились настільки усталеними, що залишаються незмінними (за винятком 1986 р.) до наших днів. Щоправда, з 1994 р. до них долучилися ще дві сусідні п'ятирічні вікові групи: 45–49 і 50–54 роки. Починаючи з 1994 р. індекс чоловічої надсмертності у віковому інтервалі від 25 до 54 років ніколи не опускався нижче позначки 3-кратного перевищення.

Метод компонентного аналізу дає можливість кількісно визначити вплив зростання смертності населення трудоактивного віку на загальне скорочення тривалості життя при народженні. Внесок чоловіків віком 25–64 роки у зменшення тривалості життя 1965–1984 рр. становив 2,7 року, або 71,1% від загального скорочення тривалості життя, а у жінок — 0,1 року.

На тлі країн Західної Європи ситуація зі смертністю населення трудоактивного віку в Україні виглядала вкрай неблагополучно. Маючи у середині 1960-х років майже однакові з країнами Західної Європи показники смертності населення у трудоактивному віці, Україна через дев'ятнадцять років безнадійно відстала від них. Смертність українських чоловіків у віці 25–39 років у 3 рази, а у решти вікових груп у 2 рази була вищою, ніж у чоловіків Західної Європи. В українських жінок теж зафіксовано перевищення показників смертності над відповідними показниками для

жінок Західної Європи по всьому віковому спектру, особливо у віці від 50 до 64 років (в 1,4 раза).

Стале зростання смертності населення України у трудовоактивному періоді було перерване антиалкогольною кампанією у середині 1980-х років. Проте швидке рівня падіння рівня смертності населення у трудовоактивному віці тривало тільки 2 роки: 1985–1986 рр. Зниження смертності населення у трудовоактивному періоді внаслідок заходів по боротьбі з пияцтвом та алкоголізмом зумовило зростання очікуваної тривалості життя. Внесок зниження смертності чоловіків трудовоактивного віку у загальний приріст тривалості життя у 1985–1986 рр. становить 1,2 року, або 54,5% від загального приросту тривалості життя при народженні. Відповідний внесок жінок становить 0,3 року (37,5%).

З 1987 р. смертність населення трудовоактивного віку знову починає підвищуватись, внаслідок чого у 1991 р. було досягнуто рівня смертності 1984 р. У 1992 р. стандартизований коефіцієнт смертності чоловіків стає значно вище очікуваних значень, що базуються на екстраполяції довготривалих трендів 1965–1984 рр.

Підвищення смертності населення трудовоактивного віку у 1987–1991 рр. в усіх вікових групах було в основному симетричним її зниженню в 1985–1986 рр. Але якщо розглядати зростання смертності цього вікового контингенту після 1991 р., то в усіх вікових групах воно набагато перевищило відповідне зниження у період антиалкогольної кампанії. Зростання смертності у першій половині 1990-х років торкнулося всіх вікових груп трудовоактивного населення. Частота смертних випадків найбільш суттєво зросла у чоловіків віком 25–54 роки. Так, стандартизований показник смертності 25–54-річних чоловіків у 1991–1995 рр. підвищився в 1,6 раза, а в 25–44-річних жінок — в 1,5 раза. У решті вікових груп чоловічого населення рівень смертності підвищився в 1,5 раза, у жінок — в 1,4 раза. Випереджаючі темпи зростання смертності чоловіків порівняно з жінками в межах трудовоактивного віку призвели до суттєвого підвищення чоловічої надсмертності. У 1995 р. смертність чоловіків віком 25–64 роки в 2,7 раза вища, ніж у жінок відповідного віку. В середині 1990-х років вікова динаміка індексу чоловічої надсмертності у трудовоактивному періоді в Україні змінилась і замість мономодальної стала бімодальною. Перший пік чоловічої надсмертності припадає на вік 25–29 років; другий – на віковий інтервал 40–44 роки, що детермінується труднощами адаптації чоловічого населення в умовах соціально-економічної кризи (рис. 1.4.6).

Результатом підвищення інтенсивності вимирання населення в Україні в умовах соціально-економічної кризи стало значне скорочення середньої тривалості життя, чия динаміка вирішальною мірою визначалась змінами смертності осіб трудовоактивного віку. Сумарний внесок смертності чоловіків віком 25–64 роки у зменшення тривалості життя при народженні у 1991–1995 рр. дорівнював 3,5 року, що становить 81,4% від загальної величини скорочення тривалості життя, при цьому підвищення смертності чоловічого населення у віці від 30 до 54 років (де воно було найбільш значним) спричинило більше 70% зниження показників тривалості життя. Змінами смертності у трудовоактивному віці пояснюється 65,9% загального скорочення

тривалості життя жінок. Зрушення у середній тривалості життя в Україні у даний період виявилися відносно незалежними від коливань дитячої смертності, в тому числі смертності немовлят (хоча остання починаючи з 1991 р. також переважно зростала). Таким чином, вирішальний внесок у скорочення тривалості життя в Україні у першій половині 1990-х років належить зростанню смертності населення трудоактивного віку.

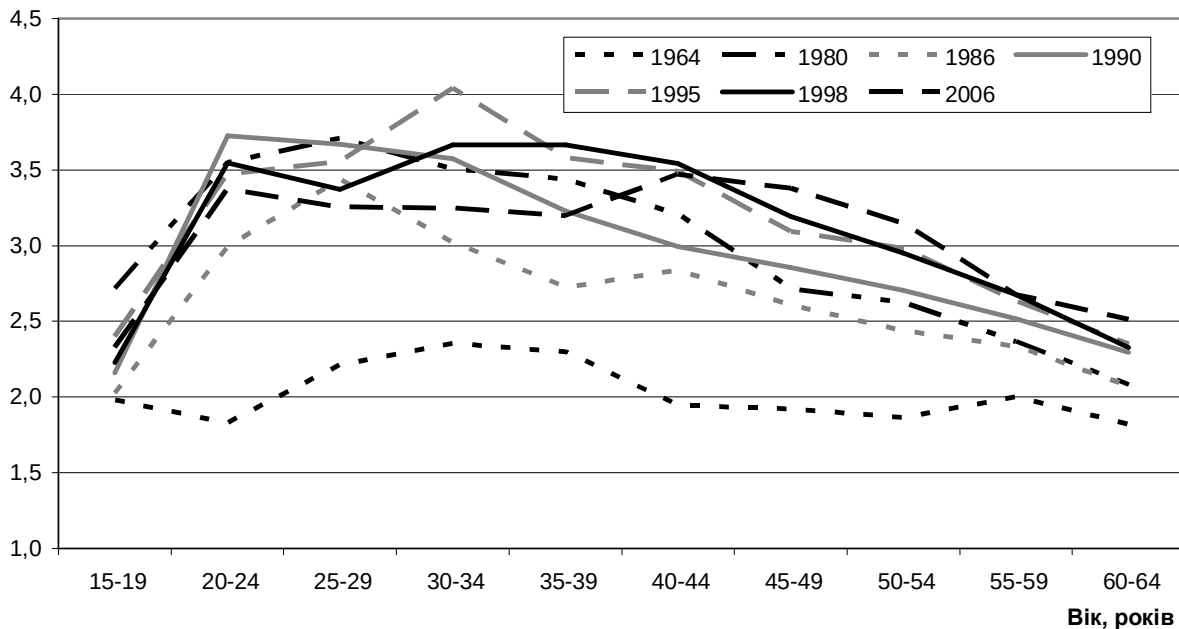


Рис. 1.4.6. Повікові індекси надсмертності чоловіків в Україні у 1964, 1980, 1986, 1990, 1995, 1998 та 2006 рр. (смертність жінок = 1)

Джерело: авторські розрахунки за побудованими таблицями смертності населення України за вказані роки.

У підвищенні смертності населення України в період пострадянських трансформацій проявились труднощі адаптації населення трудоактивного віку до різкої зміни соціально-економічних умов. Таке пристосування до нових умов було неможливе без сильних психологічних стресів, що і могло, на нашу думку, обумовити зростання значної кількості передчасних смертей. Механізм підвищення рівня смертності населення трудоактивного віку у цей період мав складну психологічну природу. В одних випадках переважала психічна компонента, і це позначалось на поведінці людини, яка ставала головним опосередкованим чинником ризику. В інших випадках на перше місце виходив і ставав джерелом безпосередньої загрози життю соматичний чинник, фізіологічна реакція організму.

Серед поведінкових реакцій на життєві зміни важлива роль належить зростанню поширеності алкоголізму, що найбільшою мірою зачепило населення трудоактивного віку. Так, наш аналіз смертності населення України протягом 1980–1995 рр. за реальними поколіннями показує, що зростання смертності внаслідок пияцтва та алкоголізму припадає головним чином на покоління чоловіків та жінок

1945–1970 рр. народження, тобто тих, яким у першій половині 1990-х років було 25–50 років. Власне ці покоління дають найбільшу кількість збережених життів під час антиалкогольної кампанії, однак після припинення дії антиалкогольних заходів вони ж інтенсивно починають вимирати внаслідок зловживання алкоголем.

Після різкого загострення ситуації зі смертністю в Україні у 1991–1995 рр. настав 3-річний період деякого її покращання. Найбільше скорочення коефіцієнтів смертності в 1996–1998 рр. спостерігалось у вікових групах від 25 до 50 років, тобто в тих групах, у яких у 1995 р. спостерігався максимальний рівень надлишкової, порівняно з 1991 р., смертності. Наприклад, стандартизований коефіцієнт смертності у віці 40–44 роки у 1995 р. був вище відповідного показника смертності у 1991 р. на 50% у чоловіків і на 39% у жінок, а у 1998 р. — на 22 і 13% відповідно. Така нерівномірна участь різних вікових груп в змінах смертності є важливою особливістю її динаміки у 1990-х роках. Її різкі коливання майже не зачепили дітей і були невеликими для осіб похилого віку старше 75 років. Найбільш суттєвими у чоловіків і жінок виявились зміни смертності у вікових групах від 45 до 60 років.

Зниження рівня смертності населення трудоактивного віку протягом 1996–1998 рр. трансформувалося у певні позитивні зрушення в динаміці середньої очікуваної тривалості життя. Частка населення трудоактивного віку в загальному прирості середньої очікуваної тривалості життя при народженні у 1996–1998 рр. визначається в 73,7%, а у жінок становить 53,8% (табл. 1.4.1).

Після різких коливань смертності населення трудоактивного віку у 1984–1998 рр. останніми роками в Україні розпочалось формування нової моделі смертності, особливістю якої є суттєве погіршення ситуації зі смертністю жінок віком 25–64 роки. Смертність жіночого населення у трудоактивному віці за останні вісім років зростає прискореними порівняно з чоловіками темпами, особливо у віковому інтервалі 25–39 років. Так, рівень смертності жінок віком 25–39 років у 1999–2006 рр. зріс у 1,4 раза (серед 30–34-річних жінок — навіть в 1,5 раза), а смертність чоловіків у цьому віковому інтервалі підвищилась за цей час тільки на чверть.

Попри у цілому незначні зміни очікуваної тривалості життя в Україні вже у новому тисячолітті динаміка смертності осіб трудоактивного віку продовжує справляти помітний вплив на зміни тривалості життя різних груп населення країни. Скорочення тривалості життя в Україні протягом 1999–2006 рр. на 90% у чоловіків і на 80% у жінок формувалося внаслідок підвищення рівня смертності населення трудоактивного віку.

Безперервне зростання чоловічої смертності у віці 25–64 роки призвело до утворення дуже специфічного вікового профілю смертності в Україні. Порівняння вікових імовірностей смертності чоловіків з модельними таблицями Коула-Демені показує значну надлишкову смертність чоловіків у вікових групах 25–64 роки з максимумом у віці 35–45 років. Яку б серію модельних таблиць ми не брали для порівняння, ця особливість залишається незмінною.

Серед європейських країн Україна у 2006 р. посідає друге місце після Росії як за рівнем смертності населення трудоактивного віку, так і за величиною її приросту

протягом 1999–2006 рр. Нині стандартизований коефіцієнт смертності чоловіків у віці 15–29 років в 3,4 раза, віком 30–44 роки в 5,8 раза і в 45–64-річних в 4,1 раза вищий, ніж відповідні показники для їх ровесників із Західної Європи. В українських жінок рівень смертності у трудовоактивному віці у 2006 р. був майже утричі рази вищий, ніж у Західній Європі (табл. 1.4.3).

Таблиця 1.4.3. Повікова смертність чоловіків та жінок трудовоактивного віку в Україні і Західній Європі за окремі роки у період 1900–2005 рр.

Вікові групи	На 1000 осіб відповідного віку:									
	Україна					Західна Європа				
	1900	1912	1939	1964	2005	1900	1912	1939	1964	2005
Чоловіки										
25–29	7,5	6,3	4,0	2,2	3,9	7,9	7,0	2,6	1,5	1,0
30–34	7,7	6,7	4,4	2,8	6,0	8,6	7,8	2,8	2,0	1,2
35–39	8,7	7,4	5,4	3,6	7,9	9,6	8,8	3,7	2,9	1,6
40–44	11,7	10,2	7,8	4,6	11,3	12,0	11,4	5,3	4,9	2,3
45–49	15,4	13,4	9,8	6,1	15,3	14,7	14,5	8,0	6,4	3,8
50–54	20,9	17,9	12,8	9,9	21,2	18,3	18,0	12,8	10,6	5,5
55–59	31,2	26,0	17,8	14,1	27,9	26,7	25,2	19,5	16,7	9,2
60–64	49,4	42,2	27,6	23,9	39,5	43,5	37,5	29,7	25,7	15,0
Жінки										
25–29	8,4	7,0	3,7	1,0	1,2	8,0	6,5	2,4	1,1	0,4
30–34	9,3	7,8	4,2	1,2	1,8	9,6	7,2	2,5	1,4	0,5
35–39	10,4	8,6	4,5	1,7	2,4	10,4	9,1	3,0	1,8	0,8
40–44	12,4	10,5	4,9	2,5	3,2	11,1	10,5	4,0	2,7	1,3
45–49	15,2	12,8	6,1	3,3	4,4	11,9	10,8	5,7	3,6	2,0
50–54	19,7	15,9	8,3	5,3	6,5	13,8	12,8	8,4	4,9	3,1
55–59	33,0	25,2	11,8	7,6	10,0	19,8	18,7	12,3	7,2	4,6
60–64	55,4	46,0	18,9	12,3	14,8	29,5	28,6	19,7	11,1	7,5

Джерело: авторські розрахунки за даними офіційних статистичних видань та архівних матеріалів України та офіційних статистичних видань країн Західної Європи.

Внаслідок гранично високих рівнів смертності населення трудовоактивного віку відчутних втрат зазнає трудовий потенціал України, що підтверджують синтетичні показники, виражені кількістю втрачених життів і недожитих в трудовоактивному періоді років. Статистичний зміст показника «середнє вкорочення життя» зводиться до того, що якби ніхто не помирав протягом 65 років, то середня тривалість життя в трудовоактивному періоді дорівнювала б 40 рокам. Але насправді таблиця смертності 1900 р. дає для українських чоловіків тільки 22 роки, отже вся смертність у віці, молодшому за 65 років, вкорочує трудовоактивне життя чоловічого населення у 1900 р. на $45 - 22 = 18$ років, тобто майже на 45%. При цьому 14,5 року припадає на смертність чоловіків у віці 0–24 роки, а 7,5 року — на трудовоактивний період. Динаміка показників середнього вкорочення трудовоактивного життя була у XX сторіччі неоднозначною (табл. 1.4.4). У роки соціальних потрясінь цей показник суттєво зростав, а в мирних (відносно спокійних) умовах знижувався. Насторожує факт різкого зростання цього показника за

останні десять років. У чоловіків середнє вкорочення життя у трудоактивному віці у 2000–2006 рр. знаходиться на рівні показників першого десятиріччя минулого сторіччя. Відповідний показник для жінок — приблизно втричі менший, ніж для чоловіків — за останні 15 років коливався від 1,7 року (1990 р.) до 2,4 року (2006 р.).

Таблиця 1.4.4. Узагальнюючі показники смертності населення трудоактивного віку в Україні за окремі роки у період 1900–2005 рр.

Роки	Вкорочення життя, років		Незбережені життя*		Середній вік смерті, років	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
1900	7,5	8,0	46252	48296	45,5	44,6
1912	6,8	7,1	42534	43413	46,9	45,2
1923	6,4	6,2	41675	37648	48,2	45,7
1928	6,0	5,5	40815	29432	50,4	46,5
1939	5,1	3,9	36148	26806	50,9	50,4
1948	6,6	1,7	41907	36104	49,4	50,3
1964	3,5	1,8	28565	15724	52,8	53,4
1980	5,2	1,6	38444	17256	51,6	55,2
1985	4,1	1,5	33698	15635	52,8	58,0
1990	4,7	1,7	37728	16170	52,5	54,3
1995	6,9	2,7	49428	19395	51,1	53,1
1998	5,8	2,3	44726	17205	51,6	53,3
2006	6,9	2,4	48611	19895	50,8	52,8

Джерело: авторські розрахунки за даними офіційних статистичних видань та архівних матеріалів.

* із 100 тис., що дожили до 25 років, померли раніше 65 років.

Іншим способом представлення втрат від смертності населення трудоактивного віку є кількість незбережених життів у трудоактивному віці. Про динаміку частки незбережених життів, або ж частки померлих в трудоактивному періоді в числі тих, що в нього вступили, дозволяє судити табл. 1.4.4. Найвищі темпи зростання досліджуваних втрат спостерігалися у 1990-х роках і на початку XXI сторіччя. Про відсутність прогресу в збереженні людських життів в трудоактивному періоді свідчить та обставина, що нині він вищий навіть за відповідний показник на початку XX сторіччя. Для жінок втрати від передчасної смертності в трудоактивному віці були найменшими у 1986 р. і в середньому в 2,2 раза менші за відповідні показники для чоловіків.

Динаміка середнього віку смерті населення у трудоактивному віці була неоднозначною, а зростання його величини у чоловіків протягом 1900–2006 рр. становило тільки 5,3 року, тоді як у жінок його приріст за цей же період склав 19,2 року. Особливо значний приріст середнього віку смерті у жінок спостерігався у 1939–1948 рр. — 9,9 року.

З метою поглибленого аналізу і узагальнення впливу на характеристики трудового потенціалу змін режиму смертності і економічної активності населення трудоактивного віку в Україні побудовані таблиці економічно активного життя. На основі показників цих таблиць виявлені особливості динаміки середньої очікуваної

тривалості економічно активного життя населення України (нетто-тривалості життя в трудоактивному періоді протягом 1959–2006 рр.).

Як свідчать дані таблиці 1.4.5 середня очікувана тривалість економічно активного життя досягла свого максимуму у 1959 р. і у 1960-х роках спостерігається суттєве зниження її величини на 4,8 року у чоловіків та на 3,3 року у жінок. В 1970–1980-х роках відбувається стагнація її показників на рівні величин 1970 р. Різке погіршення економічної кон'юнктури і критичне загострення ситуації зі смертністю населення після 1989 р. призвели до істотного зменшення величини середньої очікуваної тривалості життя протягом останніх 16 років. Так, у чоловіків вона скоротилася на 4,6 року, а у жінок на 4,1 року.

Таблиця 1.4.5. Економічний бюджет тривалості життя населення України за окремі роки протягом 1959–2006 рр.

Роки	Середня очікувана тривалість життя, років			
	при народженні	на період трудової діяльності	на період незайнятості	в трудоактивному віці
Чоловіки				
1959	65,2	41,7	23,5	34,5
1970	66,2	36,9	29,3	32,9
1979	64,5	35,3	29,2	31,5
1989	65,9	36,1	29,8	31,1
2006	62,3	31,5	30,8	27,1
Жінки				
1959	71,1	37,0	34,1	28,3
1970	74,1	33,7	40,4	29,1
1979	74,0	34,1	39,9	29,7
1989	74,6	34,3	40,3	30,5
2006	73,8	30,2	43,6	26,0

Джерело: авторські розрахунки за побудованими таблицями економічно активного життя.

За результатами аналізу основних характеристик трудового потенціалу населення України і їх динаміки була проведена також оцінка втрат. Методика визначення втрат трудового потенціалу ґрунтується на співставленні величин таких показників відтворення трудового потенціалу: максимальній тривалості трудоактивного періоду, потенційній і бруто- його тривалості, нетто- або реальній тривалості економічно активного життя. Найбільш актуальною видається нам оцінка втрат трудового потенціалу в межах трудоактивного віку. Загальний обсяг втрат трудового потенціалу стаціонарного населення (нереалізований трудовий потенціал) визначається як різниця між максимальною і реальною тривалістю трудоактивного періоду (табл.1.4.6).

Величина реалізованого трудового потенціалу чоловічого населення трудоактивного віку протягом 1959–2006 рр. стало зменшувалась, а втрати від смертності його економічно активної частини зростали, особливо у 1990-х роках і на

початку нинішнього сторіччя. В 2006 р. втрати трудового потенціалу чоловіків віком 25–64 роки внаслідок смертності порівняно з 1989 р. зросли в 1,7 раза.

Таблиця 1.4.6. Втрати трудового потенціалу населення України у трудоактивному віці за окремі роки протягом 1959–2006 рр., років

Роки	Максимальна тривалість трудоактивного періоду	Нетто-тривалість трудоактивного періоду	Нереалізований трудовий потенціал	
			всього	у тому числі внаслідок втрат через смертність
Чоловіки				
1959	40,0	34,5	5,5	2,7
1970	40,0	32,9	7,7	2,8
1979	40,0	31,5	8,5	3,3
1989	40,0	31,1	8,9	2,9
2006	40,0	27,1	12,9	4,8
Жінки				
1959	40,0	28,3	11,7	1,0
1970	40,0	29,1	10,9	0,8
1979	40,0	29,7	10,3	0,8
1989	40,0	30,5	9,5	0,7
2006	40,0	26,0	14,0	1,8

Джерело: авторські розрахунки за побудованими таблицями економічно активного життя.

Відтворення трудового потенціалу жіночого населення трудоактивного віку у 1959–1989 рр. характеризується повільним скороченням абсолютних втрат і їхнім стрімким підвищенням після 1991 р. в умовах трансформаційних перетворень. При цьому слід відзначити, що основною особливістю динаміки трудового потенціалу для жінок за останнє десятиріччя є істотне скорочення нетто-тривалості життя в трудоактивному віці (табл. 1.4.6).

Аналіз синтетичних характеристик вікового профілю смертності населення віком 25–64 роки показує, що на сучасному етапі для формування трудового потенціалу населення пріоритетного значення набувають інтенсивні чинники зростання трудових можливостей населення, зокрема характеристики стану здоров'я і працездатності, режиму смертності, особливості структури зайнятості тощо. На сьогодні збереженню і якісному приросту трудового потенціалу, скороченню його втрат значною мірою могла б сприяти реалізація резервів зниження передчасної смертності, особливо в трудоактивному віці. Смертність населення в трудоактивному віці, а також в дотрудоактивному періоді виступає в ролі того інтенсивного демографічного чинника, на який переміщується основне «навантаження» по відтворенню трудового потенціалу населення України.

Розділ 2. Причини смерті населення трудоактивного віку

2.1. Ієрархія причин смерті та основні зміни у їх структурі

Попри те, що Україна вже начебто завершила перехід до сучасного типу демографічного розвитку, структура смертності її населення за причинами смерті поєднує елементи як традиційної, так і сучасної структур патологій. Йдеться про те, що високий рівень смертності від ендемічних причин неінфекційного походження (хвороб системи кровообігу та новоутворень) поєднується з не менш значущим рівнем смертності від екзогенних причин (нещасних випадків, отруєнь і травм, інфекційних та паразитарних захворювань, хвороб органів дихання та органів травлення). В середньому 80–85% усіх летальних випадків в Україні припадає на три основні класи причин смерті: хвороби системи кровообігу, новоутворення та нещасні випадки, отруєння і травми (рис. 2.1.1). Лідерство саме цих класів причин у структурі смертності населення України спостерігається упродовж останніх принаймні 35 років, але їх співвідношення, по-перше, не є сталим, по-друге, істотно розрізняється залежно від віку та статі померлих. Зокрема, домінування в структурі причин смерті жінок смертей, обумовлених хворобами системи кровообігу, значною мірою пов'язано із тим, що у складі жінок значно вищою порівняно з чоловіками є частка осіб похилого віку.

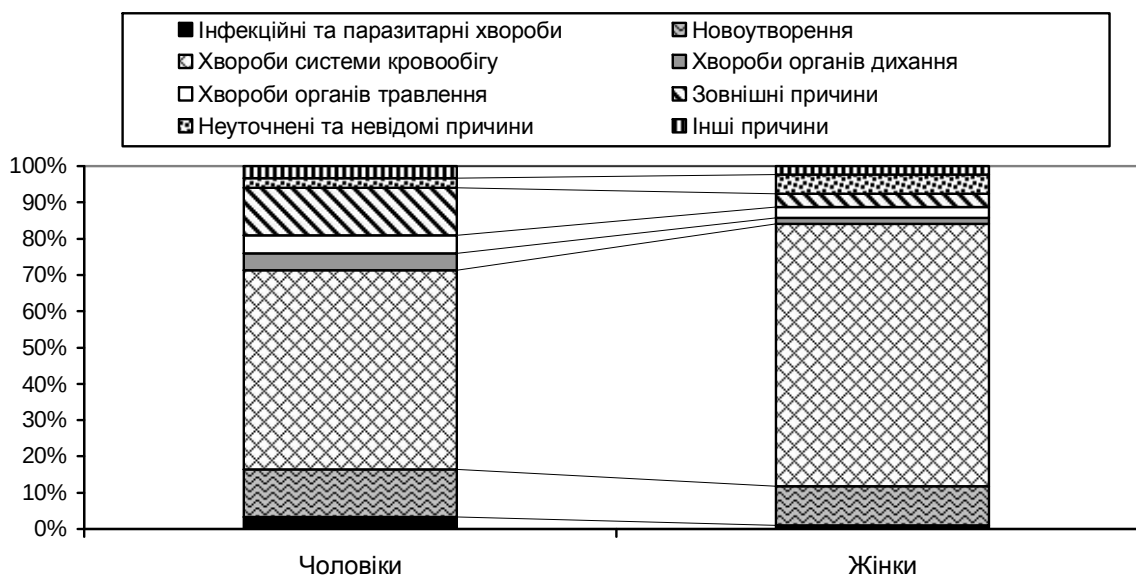


Рис. 2.1.1. Структура померлих чоловіків та жінок за причинами смерті в Україні у 2006 р., %

Джерело: розраховано за даними Держкомстату України.

Зростання смертності та скорочення середньої тривалості життя в Україні у 1990-х роках відбулись головним чином за рахунок підвищення смертності осіб молодого і середнього віку від нещасних випадків, отруєнь, травм (зовнішніх причин)

та населення середнього і старшого віку від серцево-судинних захворювань, що призвело до відповідних зрушень у структурі причин смерті. Зокрема, у 2006 р. порівняно з 1989 р. зросла питома вага померлих від хвороб системи кровообігу, зовнішніх дій, інфекційних та паразитарних захворювань; натомість зменшилась частка летальних випадків внаслідок новоутворень і хвороб органів дихання.

Структура причин смерті у молодому трудовоздатному віці (15–24 роки) має свої особливості. Юний організм ще не переобтяжений тягарем хронічних неінфекційних захворювань, тому основна частка належить екзогенній патології. Так, зовнішні причини обумовлюють і в Україні, і в країнах ЄС більше половини (64%) смертей у віці 15–24 роки. Відмінністю є те, що в країнах Європейського Союзу половина втрат внаслідок неприродних причин обумовлена нещасними випадками, пов'язаними з транспортом, тоді як в Україні вони становлять лише третину усіх смертей (табл. 2.1.1). Інфекційні та паразитарні хвороби в Україні у 2006 р. спричинили 6,5% смертей у віці 25–64 роки (у ЄС лише 1,7%). Показник інфекційної смертності у віці 25–64 роки у 8,6 рази вищий, ніж у розвинених європейських країнах, причому протягом 1989–2005 рр. він невпинно збільшувався і зріс більш ніж утричі. Традиційно значущі причини смерті, а саме хвороби системи кровообігу та новоутворення не мають такої ваги, як у більш зрілому віці, і детермінують в Україні відповідно 5,7% та 7,1% смертей у віці 25–64 роки (у країнах ЄС — 0,55% та 9,6% відповідно).

Табл. 2.1.1. Структура стандартизованого показника смертності у віці 15–24 роки за причинами смерті в Україні та країнах Європейського Союзу у 2005 р., %

Причини смерті	Обидві статі		Чоловіки		Жінки	
	Україна	ЄС	Україна	ЄС	Україна	ЄС
Усі причини, в т. ч.:	112,9	50,3	168,8	72,7	54,5	27,0
Інфекційні та паразитарні хвороби	7,3	0,9	9,2	1,0	5,4	0,7
Хвороби системи кровообігу	6,5	2,8	9,2	3,5	3,6	2,0
Новоутворення	8,0	4,8	9,2	5,6	6,9	4,0
Зовнішні причини, в т. ч.:	72,3	32,4	117,2	50,8	25,0	13,3
нещасні випадки, пов'язані з транспортом	24,1	17,0	37,8	26,3	9,2	7,4

Джерело: розраховано за даними ВООЗ (HFA-MDB).

У структурі смертності чоловіків віком 25–64 роки провідну роль відіграють хвороби системи кровообігу, а у жінок новоутворення. Зокрема, у 2005 р. хвороби системи кровообігу обумовили 36,5% смертей чоловіків та 25,2% смертей у жінок, новоутворення — 13,5 та 38,6% відповідно. Слід підкреслити, що смерті від серцево-судинних захворювань настають в Україні значно раніше, ніж в економічно розвинених країнах. Це є наслідком відсутності традицій систематичних профілактичних оглядів, безвідповідального ставлення до власного життя більшості населення, незадовільного стану системи охорони здоров'я тощо.

Ієрархія основних причин смерті населення трудоактивного віку в Україні впродовж 1980-2006 рр. зазнала суттєвих зрушень. Фактично можна виокремити три періоди. Упродовж 1980–1985 рр. зовнішні причини за своїм значенням випереджали новоутворення, посідаючи друге місце на шкалі основних причин смерті чоловіків віком 25-64 роки. Після прийняття у 1985 р. відомого Указу «Про боротьбу із пияцтвом та алкоголізмом» настав доволі короткий період (1986–1990 рр.), коли на друге місце вийшли новоутворення, відтиснувши зовнішні причини на третю позицію. Однак упродовж цих 5 років частка померлих від зовнішніх причин невпинно зростала і з 1990 р. знову посіла друге місце в структурі причин смерті чоловіків. Максимального значення частка померлих від зовнішніх причин набула в 1995 р. — 26,5% (ще вищою вона була в 1980–1982 рр. — 27,5%, 28,2 і 27,2% відповідно), після чого розпочався процес її поступового зменшення. Однак завдяки зниженню ролі новоутворень зовнішні причини і досі впевнено посідають друге місце у структурі смертності чоловіків віком 25–64 роки.

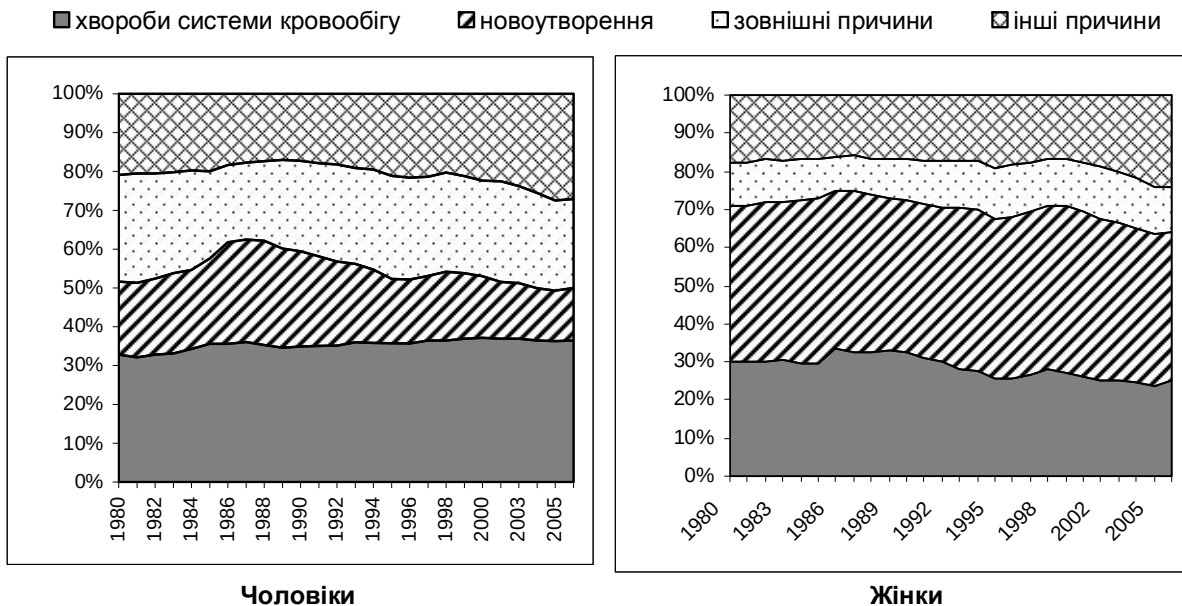


Рис. 2.1.2. Структура померлих чоловіків та жінок віком 25–64 роки за основними причинами смерті в Україні у 1980–2006 рр., %

Джерело: розраховано даними Держкомстату України та Mesle France and Vallin Jacques. Mortality and causes of death in Ukraine for the XX century (with contributions by Vladimir Shkolnikov, Serguei Adamets and Serhii Pyrozhkov). — Paris: INED. — 2003.

Іншою є ієрархія причин смерті жінок та структурні зрушення у ній (рис. 2.1.2). Головною відмінністю є перевага новоутворень — саме цей клас хвороб визначав 40,9% смертей жінок віком 25–64 роки у 1980 р. і 38,6% — у 2006 р. Упродовж 1980–2004 рр. (за винятком 1989 р.) з числа померлих жінок зазначеного віку онкологічні захворювання забирали понад 40% жінок і тільки у 2005–2006 рр. цей показник став дещо нижчим. Загалом зниження питомої ваги онкологічних смертей у жінок триває від 1999 р. Позитивною є динаміка частки померлих від хвороб системи кровообігу

(невпинне зниження спостерігається з 1998 р.) і особливо від зовнішніх причин (зниження триває з 1996 р.). Проте структурні зрушення набули такого характеру, що у складі померлих жінок віком 25–64 роки поступово збільшується частка тих, чия смерть викликана іншими причинами, аніж трьома головними класами. І хоча частка жінок, померлих від інших причин, значно поступається такій серед чоловіків (23,9% проти 27,1% у 2006 р.), вона є доволі значною.

Загалом структурні зрушення смертності за період 1999–2006 рр. порівняно з 1989–1995 рр. відбувалися значно інтенсивніше, ніж у порівнянні з 1996–1998 рр., про що свідчить значення загального квадратичного коефіцієнта «абсолютних» структурних зрушень — 3,5 в.п. порівняно з 1,4 в.п. відповідно. Таке уповільнення може бути свідченням завершення переходу від одного епідеміологічного режиму вимирання до іншого. Однак не можна стверджувати, що Україна слідує загальній тенденції переходу від традиційної до сучасної структури смертності, бо їй притаманні риси обох вищезгаданих структур патології, а саме зростання питомої ваги смертей як від ендемічних, так і екзогенних причин.

Аналіз розрахованих величин квадратичних коефіцієнтів «відносних» структурних зрушень свідчить, що в Україні спостерігається тенденція до зменшення інтенсивності зміни структури смертності за класами хвороб з 2,2% до 1,4%.

Таблиця 2.1.2. Стандартизовані показники смертності чоловіків та жінок віком 25–64 роки за причинами смерті в Україні та країнах Європейського Союзу у 2005 р., на 100 тис. осіб

Класи причин смерті	Україна		Європейський Союз		Україна/ Європейський Союз, разів	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Усі причини, в т.ч.:	1661,2	541,1	487,5	222,3	3,4	2,4
Інфекційні та паразитарні хвороби	104,2	21,4	8,7	3,2	11,9	6,7
Новоутворення	225,9	128,1	159,5	105,7	1,4	1,2
Хвороби системи кровообігу	629,7	214,0	136,4	46,8	4,6	4,6
Хвороби органів дихання	82,6	14,5	18,6	8,1	4,4	1,8
Хвороби органів травлення	140,9	54,1	39,8	15,6	3,5	3,5
Зовнішні причини	366,0	69,2	72,2	18,7	5,1	3,7
Неуточнені та невідомі причини	40,2	7,4	18,7	5,8	2,1	1,3

Джерело: дані ВООЗ (HFA-MDB).

Впадають в око принципові розбіжності у структурі смертності населення трудоактивного віку в Україні та країнах Європейського Союзу (табл. 2.1.2). Це стосується насамперед смертності від інфекційних та паразитарних захворювань. У 2005 р. смертність від цих цілком усунених у сучасних умовах причин в Україні перевищувала таку в країнах Європейського союзу в 11,9 раза (чоловіки) і 6,7 раза (жінки). Безперечно, даються взнаки медико-гігієнічні негаразди в країні. Число померлих від інфекційних захворювань стрімко зростає, і до того ж смерті настають

все раніше. Особливо загрозливими є тенденції смертності від туберкульозу, який в 2006 р. забрав 10,4 тис. життів, з них 9,4 тис. у віці 25-64 роки. Рівень смертності від інфекційних і паразитарних хвороб серед осіб трудоактивного віку у 6,5 разів перевищує відповідні показники Польщі, більш ніж у вісім разів — Угорщини, майже в 11 разів — Чехії. Ще гіршими є результати порівняльного аналізу смертності від туберкульозу. Стандартизований коефіцієнт смертності від туберкульозу в Україні у віці 25-64 роки перевищує такий по Польщі в 12 разів, по Угорщині — 11,6 раза, по Чехії — у 46,8 раза.

Важливою ознакою структурних розбіжностей у смертності населення трудоактивного віку порівняно з країнами Європейської співдружності є також значно нижча онкологічна смертність в Україні (рис. 2.1.3). Це чи не єдиний з вагомих класів хвороб, смертність від якого в Україні традиційно нижча за показники європейських країн як з розвинуеною, так і перехідною економікою. Така ситуація може бути обумовлена, з одного боку, реально нижчим рівнем смертності, а з іншого — що видається більш імовірним — гіршою діагностикою причин смерті на теренах колишнього СРСР (про це, зокрема, свідчать співвідношення рівнів смертності від новоутворень в Україні та СНД). Цілком імовірно, що частина онкологічних смертей помилково фіксується як смерті від хвороб системи кровообігу, передусім від ішемічної хвороби серця. Всупереч поширеній тезі про стрімке поширення новоутворень через Чорнобильську катастрофу ситуація в Україні порівняно з європейськими країнами принаймні не погіршилась (відносно, наприклад, Польщі та Угорщини вона навіть поліпшилась).

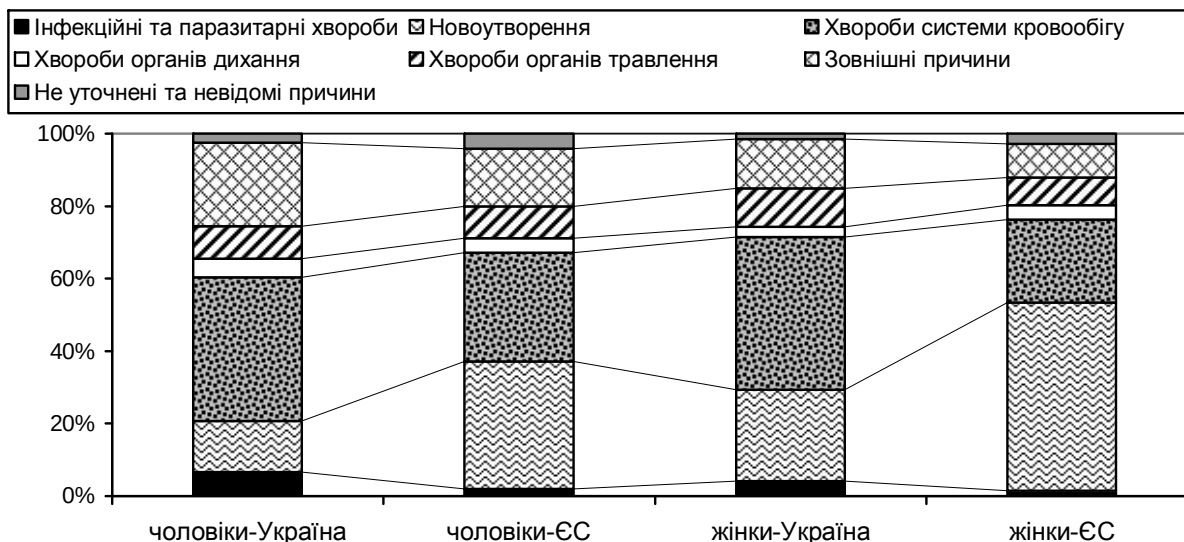


Рис. 2.1.3. Структура стандартизованих показників смертності чоловіків і жінок віком 25–64 роки за причинами смерті в Україні та країнах Європейського Союзу у 2005 р., %
Джерело: розраховано за даними ВООЗ (HFA-MDB).

Неприпустимою в сучасних умовах є висока смертність від хвороб органів дихання, яка спостерігається серед чоловіків середнього і навіть молодого трудоактивного віку.

Зазвичай вважається, що летальність хвороб органів дихання є наслідком забруднення навколишнього середовища і недоступності якісної медичної допомоги.

Імовірності смерті від окремих причин — не є незалежні величини, оскільки сумарна імовірність смерті від усіх причин становить 1. На практиці це означає, що успіхи медицини та підвищення санітарно-гігієнічної культури суспільства, які призводять до зниження ризику смерті від більшості переважно екзогенних причин, завжди супроводжується відповідним зростанням питомої ваги смертей ендогенної та квазіендогенної етіології. В дійсності не існує жорстко лінійних тенденцій, що пов'язано з різними ступенями інерційності ендогенних та квазіендогенних причин, неоднаковою тривалістю латентного періоду між дією патогенного чинника та проявами захворювання, між проявом захворювання та смертю, врешті-решт, з кумулятивним характером дії більшості ендогенних причин. У цілому захворювання переважно ендогенної етіології обумовлюють менш значні, але й менш суперечливі зміни тривалості життя населення: відбувається майже невинне зростання частки пов'язаних з ними смертей та посилюється їх вплив на середню тривалість життя. Смертність від екзогенних причин значно сильніше залежить від впливу цивілізаційного прогресу.

Таблиця 2.1.3. Стандартизовані показники смертності чоловіків віком 25–64 роки за причинами смерті в Україні 1989, 1995, 2000 та 2005 рр., на 100 тис. осіб

Класи причин смерті	1989	1995	2000	2005	2005 р. у % до 1989 р.
Усі причини, в т.ч.:	1027,6	1592,3	1504,7	1661,2	161,7
Інфекційні та паразитарні хвороби	26,7	52,8	75,6	104,2	389,9
Новоутворення	264,9	269,1	244,2	225,9	85,2
Хвороби системи кровообігу	355,8	578,9	559,4	629,7	177,0
Хвороби органів дихання	61,2	108,2	93,0	82,6	135,0
Хвороби органів травлення	45,2	86,8	89,9	140,9	311,4
Зовнішні причини	231,1	408,2	363,2	366,0	158,4
Неуточнені та невідомі причини	6,6	15,2	17,4	40,2	606,8

Джерело: дані ВООЗ (HFA-MDB).

Таблиця 2.1.4. Стандартизовані показники смертності жінок віком 25–64 роки за причинами смерті в Україні 1989, 1995, 2000 та 2005 рр., на 100 тис. осіб

Класи причин смерті	1989	1995	2000	2005	2005 р. у % до 1989 р.
Усі причини, в т.ч.:	389,9	538,5	491,7	541,1	138,8
Інфекційні та паразитарні хвороби	3,8	7,4	8,9	21,4	561,8
Новоутворення	131,4	138,0	131,5	128,1	97,5
Хвороби системи кровообігу	147,5	222,5	202,2	214,0	145,0
Хвороби органів дихання	15,2	20,8	16,3	14,5	95,5
Хвороби органів травлення	16,4	30,0	29,2	54,1	329,4
Зовнішні причини	44,4	74,1	66,1	69,2	155,9
Неуточнені та невідомі причини	2,0	3,4	3,4	7,4	362,6

Джерело: дані ВООЗ (HFA-MDB).

Порівняно з усіма країнами Європи — як з розвинуеною, так і перехідною економікою — Україна помітно втратила свої позиції за рівнем смертності населення. Про це свідчать перш за все розрахунки співвідношень стандартизованих коефіцієнтів смертності населення трудоактивного віку від окремих причин в Україні та інших країнах Європи, включаючи ЄС. Поліпшення згаданих співвідношень спостерігається за хворобами органів дихання та за інфекційними і паразитарними хворобами. Однак рівень смертності по всіх класах хвороб в Україні істотно перевищує показники європейських країн (табл. 2.1.3 та 2.1.4).

Динаміка стандартизованих коефіцієнтів смертності є доволі несприятливою, особливо щодо чоловіків. Безперечно, головною негативною ознакою цієї динаміки є зростання загальної смертності — на 61,7% у чоловіків і на 38,8% у жінок упродовж 1989–2005 рр. Основними чинниками цього зростання стало багаторазове підвищення смертності від інфекційних та паразитарних захворювань (у 3,9 раза серед чоловіків і 5,6 раза серед жінок), хвороб органів травлення (відповідно у 3,1 та 3,3 раза), неуточнених та невідомих причин (відповідно у 6 та 3,6 раза). Якщо зростання смертності від екзогенних причин — інфекційних та паразитарних захворювань і хвороб органів травлення — віддзеркалює загальні тенденції погіршення медико-санітарної ситуації, то багаторазове підвищення рівня смертності від неуточнених причин є прямим наслідком медико-статистичних негараздів, що є абсолютно неприпустимим у сучасних умовах (рис. 2.1.4).

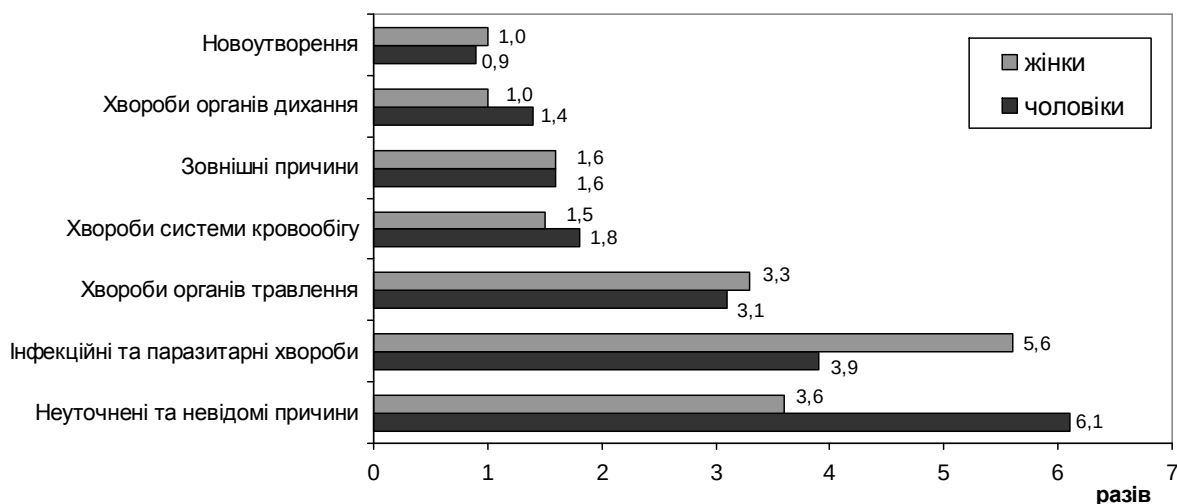


Рис. 2.1.4. Співвідношення стандартизованих показників смертності чоловіків і жінок віком 25–64 роки за причинами смерті в Україні у 2005 р. порівняно з 1989 р., разів

Джерело: розраховано за даними ВООЗ (HFA-MDB).

Надзвичайно високі показники надсмертності чоловіків спостерігаються для всіх без винятку класів причин смерті; розбіжності стосуються тільки рівня цієї надсмертності. Якщо від хвороб органів дихання чоловіки віком 25–64 роки гинуть частіше в середньому у 5,7 раза, а від неуточнених і невідомих причин — у 5,5 раза частіше за жінок, то від новоутворень — в 1,8 раза, а від хвороб органів травлення —

у 2,6 раза (табл. 2.1.5). За переважною більшістю причин індекси надсмертності упродовж 1989–2005 рр. зросли; винятком є інфекційні та паразитарні захворювання, хвороби органів травлення і новоутворення. Для перших двох класів це відбулося через випереджаюче зростання смертності жінок, а для новоутворень — внаслідок зниження (реального чи через недооблік) смертності в цілому.

Таблиця 2.1.5. Індекси надсмертності* чоловіків віком 25–64 роки за причинами смерті в Україні у 1989 та 2005 рр.

Класи причин смерті	1989	2005
Усі причини, в т.ч.:	2,6	3,1
Інфекційні та паразитарні хвороби	7,0	4,9
Зовнішні причини	5,2	5,3
Хвороби органів дихання	4,0	5,7
Не уточнені та невідомі причини	3,3	5,5
Хвороби органів травлення	2,8	2,6
Хвороби системи кровообігу	2,4	2,9
Новоутворення	2,0	1,8

Джерело: розраховано за даними ВООЗ (HFA-MDB).

* Індекси надсмертності – співвідношення показників смертності чоловіків і жінок (жінки=1).

Через таку несприятливу динаміку смертності, передусім екзогенної, відбулися кардинальні зміни у внесках основних класів причин смерті до зміни середньої очікуваної тривалості життя при народженні. Так, із загального зниження тривалості життя чоловіків на 3,77 року (причому тільки упродовж 1989–1995 рр. цей показник скоротився на 3,93 року) зростання смертності від хвороб системи кровообігу визначило скорочення тривалості життя на 1,41 року (на період 1989–1995 рр. припадає 1,32 року), від зовнішніх причин — на 0,74 року (1,39 року), від інфекційних та паразитарних хвороб — на 0,66 року (ці захворювання найбільш негативний вплив спричинили на динаміку тривалості життя чоловіків у 1998–2005 рр., скоротивши її на 0,45 року). Єдиний клас причин смерті, який позитивно вплинув на динаміку тривалості життя чоловіків упродовж усього періоду, що аналізується, — це новоутворення (табл. 2.1.6). Проте певні сумніви щодо реальності зниження онкологічної смертності вже висловлювались.

Трансформація внеску окремих класів причин смерті до динаміки середньої очікуваної тривалості життя жінок віком 25–64 роки, якщо відволіктися від загальних масштабів зниження тривалості життя (на 1,36 року, при чому на період 1989–1995 рр. припадає 1,50 року скорочення) є доволі подібною (табл. 2.1.7). Найбільший негативний вплив спричинило зростання смертності від хвороб системи кровообігу (на 0,48 року, а в 1989–1995 рр. — на 0,67), зовнішніх причин (відповідно на 0,25 і 0,34 року), та інфекційних і паразитарних хвороб (на 0,24 року за весь період, що аналізується, при найбільшому зниженні — на 0,20 року — за 1998–2005 рр.). Єдиний клас причин, які позитивно вплинули на динаміку тривалості життя, також є новоутворення.

Таблиця 2.1.6. Внесок основних класів причин смерті до змін середньої тривалості життя чоловіків у віці 25–64 роки в Україні у 1989–1995, 1995–1998, 1998–2005 та 2005–2006 рр.

Причини смерті	1989–1995	1995–1998	1998–2005	2005–2006	1989–2006
Усі причини, в т. ч.:	-3,93	1,44	-1,91	0,63	-3,77
Інфекційні та паразитарні хвороби	-0,22	-0,04	-0,45	0,05	-0,66
Хвороби системи кровообігу	-1,32	0,46	-0,67	0,12	-1,41
Новоутворення	0,00	0,11	0,14	0,04	0,29
Хвороби органів дихання	-0,30	0,17	-0,07	0,06	-0,14
Хвороби органів травлення	-0,30	0,07	-0,46	0,06	-0,63
Зовнішні причини	-1,39	0,53	-0,08	0,20	-0,74
Інші причини	-0,40	0,14	-0,32	0,10	-0,48

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

Таблиця 2.1.7. Внесок основних класів причин смерті до змін середньої тривалості життя жінок у віці 25–64 роки в Україні у 1989–1995, 1995–1998, 1998–2005 та 2005–2006 рр.

Причини смерті	1989–1995	1995–1998	1998–2005	2005–2006	1989–2006
Усі причини, в т. ч.:	-1,50	0,69	-0,84	0,29	-1,36
Інфекційні та паразитарні хвороби	-0,05	0,01	-0,20	0,00	-0,24
Хвороби системи кровообігу	-0,67	0,29	-0,23	0,13	-0,48
Новоутворення	-0,07	0,04	0,05	0,02	0,04
Хвороби органів дихання	-0,06	0,07	-0,02	0,00	-0,01
Хвороби органів травлення	-0,13	0,05	-0,03	0,00	-0,11
Зовнішні причини	-0,34	0,13	-0,08	0,04	-0,25
Інші причини	-0,18	0,10	-0,06	0,10	-0,04

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

Смертність від хвороб системи кровообігу. Головною рисою сучасного типу смертності, притаманного усім без винятку економічно розвиненим країнам, є провідна роль хвороб системи кровообігу. Обмеження екзогенних чинників і пов'язаних з ними інфекційних та паразитарних захворювань, ряду патологій органів дихання і травлення неминуче призвело до того, що все більше людей стало доживати до старшого віку, що сприяє поширенню захворювань серцево-судинних хвороб населення старшого трудоактивного і післятрудоактивного віку в усьому світі.

Хвороби системи кровообігу нині посідають друге місце у структурі загальної захворюваності дорослого населення України, поступаючись лише хворобам органів дихання, однак роль останніх у втратах життєвого потенціалу незрівнянно менша. Аналіз динаміки поширеності хвороб системи кровообігу свідчить про невпинне збільшення їх абсолютної кількості та підвищення частки у загальній кількості захворювань. Хвороби системи кровообігу стрімко поширюються серед населення трудоактивного віку, зокрема, серед осіб старше 30 років. Це стосується насамперед артеріальної гіпертензії. Все частіше в молодому віці трапляються випадки інфаркту міокарду та мозкових інсультів.

У 2006 р. внаслідок хвороб системи кровообігу щодня Україна втрачала в середньому 1300 людських життів, з них 242 — у віці 25–64 роки. Серцево-судинні захворювання в усіх розвинутих країнах є основною причиною смерті, проте смертність від цих патологій в Україні значно відрізняється як кількісно, так і якісно. Це передусім чотири основні відмінності, а саме: у рівні смертності, структурі, статевій диференціації та, що є особливо тривожним — у тенденціях. Рівень смертності населення від хвороб системи кровообігу утричі вищий порівняно з країнами Європейського союзу.

Серед причин поширення хвороб системи кровообігу є як соціальні, так і медичні. Дослідники виокремлюють вплив емоційних та інтелектуальних переважань, темпу та ритму сучасного життя, напруження нервової системи, нестачі рухової активності, якості та структури харчового раціону та питної води, нарешті, особливостей адаптації до умов життя. Імовірно на розвиток хвороб системи кровообігу вирішальний вплив (у глобальному масштабі) справляють загальні зміни соціального середовища, які випереджають адаптивні можливості людини.

Вивчаючи основні хвороби, поширені серед українського населення 100 років тому, С. Подолинський серед усіх відомих нам захворювань системи кровообігу згадує тільки ревматизм (ломоту) та вади серця, відмічаючи частоту їх поширення. Одночасно один з перших дослідників стану здоров'я населення України підкреслює, що «мабуть, і ті й ті беруть початок у напруженій праці, простудах, ночівлях під відкритим небом та інших причинах, які при більш високій освіченості народу не могли б завдавати такої шкоди, як нині»³⁴. Нині в Україні ревматичні ураження серця вже не так розповсюджені, у структурі хвороб системи кровообігу переважає інша нозологічна форма – ішемічна хвороба серця, у виникненні і розвитку якої відіграють основну роль інші чинники. Безперечно, даються взнаки тютюнопаління, недостатні фізичні навантаження та надмірна вага, непопулярність здорового способу життя, відсутність відповідального ставлення до власного здоров'я, недостатньо ефективна політика у сфері формування та збереження громадського здоров'я та діяльності медичної служби. Значна частина населення живе у стані постійного психоемоційного стресу, що знайшло відображення у рекомендаціях ВООЗ і Міжнародного товариства з гіпертензії (1999), якими проживання у країнах СНД було віднесено до додаткового чинника ризику смерті від серцево-судинних захворювань. Високий рівень смертності від зазначених захворювань зумовлений також недостатнім рівнем виявлення хвороб на ранніх стадіях, незадовільною організацією процесу діагностики та лікування, обмеженою доступністю сучасних методів лікування, низьким рівнем оснащення закладів охорони здоров'я необхідним обладнанням, недостатньою поінформованістю населення про чинники ризику та можливості запобігання хворобам системи кровообігу.

Не можна нехтувати й тим, що в Україні випадки раптової смерті, викликані іншими причинами, які важко визначити ретроспективно, а також смерті від

³⁴ Подолинський С. Вибрані твори: Пошесті та інші хвороби в Україні. — Монреаль, 1990. — С. 118.

новоутворень, насамперед у старшому віці та у сільській місцевості, нерідко кодуються як смерті від хвороб системи кровообігу.

На відміну від переважної більшості країн Європейського Союзу, де смертність від хвороб системи кровообігу за 1980–2005 рр. зменшилась більше ніж на 40%, в Україні вона зросла у півтора раза. Зростання відбувалось нерівномірно, з незначними зниженнями у період, що відповідав антиалкогольній кампанії середини 1980-х та після пікового 1995 року (рис. 2.1.5). Тривогу викликає той факт, що стандартизований коефіцієнт смертності у 2005 р. перевищив аналогічний у 1995 р. — найнесприятливішому році медико-демографічної кризи 1990-х.

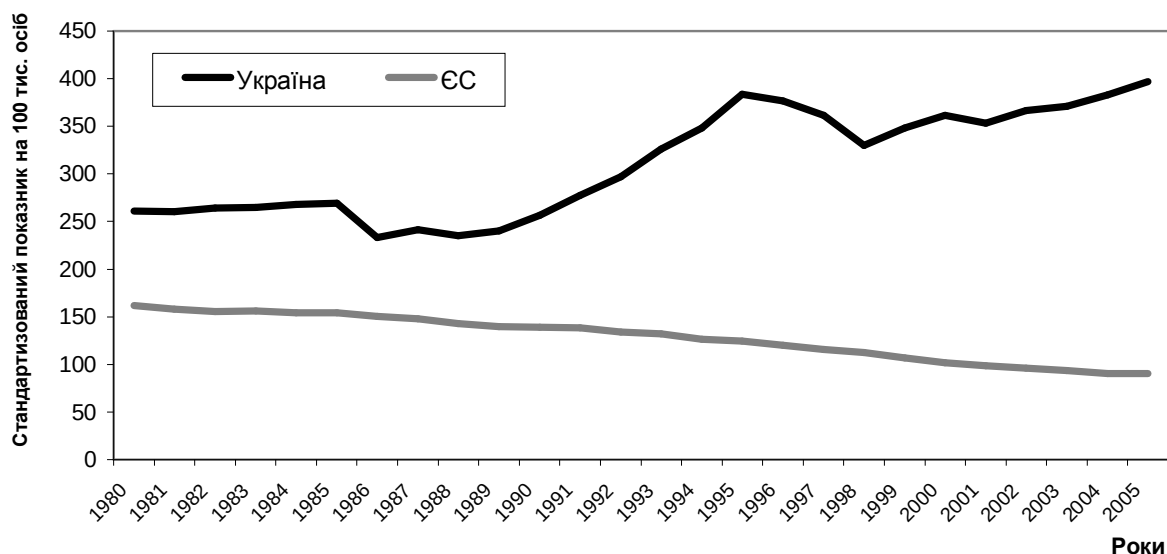


Рис. 2.1.5. Динаміка смертності населення віком 25–64 роки від хвороб системи кровообігу в Україні та країнах Європейського Союзу у 1980–2005 рр.

Джерело: дані ВООЗ (HFA-MDB).

Упродовж тривалого часу хвороби системи кровообігу стабільно були головною причиною смерті населення України віком 25–64 роки. У країнах ЄС переважають новоутворення, хвороби системи кровообігу є другою за значущістю причиною. Порівняно з 1989 р. частка серцево-судинних захворювань у структурі смертності населення віком 25–64 роки в Україні дещо зросла, а в країнах ЄС, навпаки, зменшилась.

Найбільш відчутне зростання смертності від хвороб системи кровообігу спостерігалось у віці 30–59 років. Населення саме цього віку більшою мірою формує національний продукт, несе відповідальність за утримання дітей, людей похилого віку і непрацездатних. Однак якщо у країнах ЄС впродовж 1989–2005 років спостерігалось зниження показника смертності, спричиненої серцево-судинними захворюваннями серед чоловіків та жінок зазначеного віку приблизно на третину, то в Україні, навпаки, відбулось зростання показників, причому найбільш помітно у віці 30–44 роки (майже удвічі) та у віці 45–59 років (в середньому у півтора раза).

Табл. 2.1.8. Співвідношення показників смертності від хвороб системи кровообігу у вікових групах 30–44 роки та 45–59 років в Україні з рівнем країн Європейського Союзу у 2005 р., разів

Рік	30–44 роки		45–59 років	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
1989	1,9	1,4	1,7	2,0
1990	2,1	1,6	1,9	2,1
1991	2,4	1,7	2,0	2,3
1992	2,7	1,9	2,3	2,5
1993	3,0	2,1	2,5	2,9
1994	3,3	2,3	2,8	3,2
1995	3,8	2,8	3,2	3,5
1996	3,8	2,6	3,2	3,5
1997	3,6	2,4	3,2	3,5
1998	3,4	2,2	3,0	3,2
1999	3,8	2,5	3,3	3,5
2000	4,3	2,7	3,6	3,7
2001	4,2	2,8	3,5	3,7
2002	4,6	3,0	3,8	3,8
2003	4,9	3,1	3,9	4,0
2004	5,3	3,7	4,2	4,2
2005	5,5	3,7	4,3	4,3

Джерело: розраховано за даними ВООЗ (HFA-MDB).

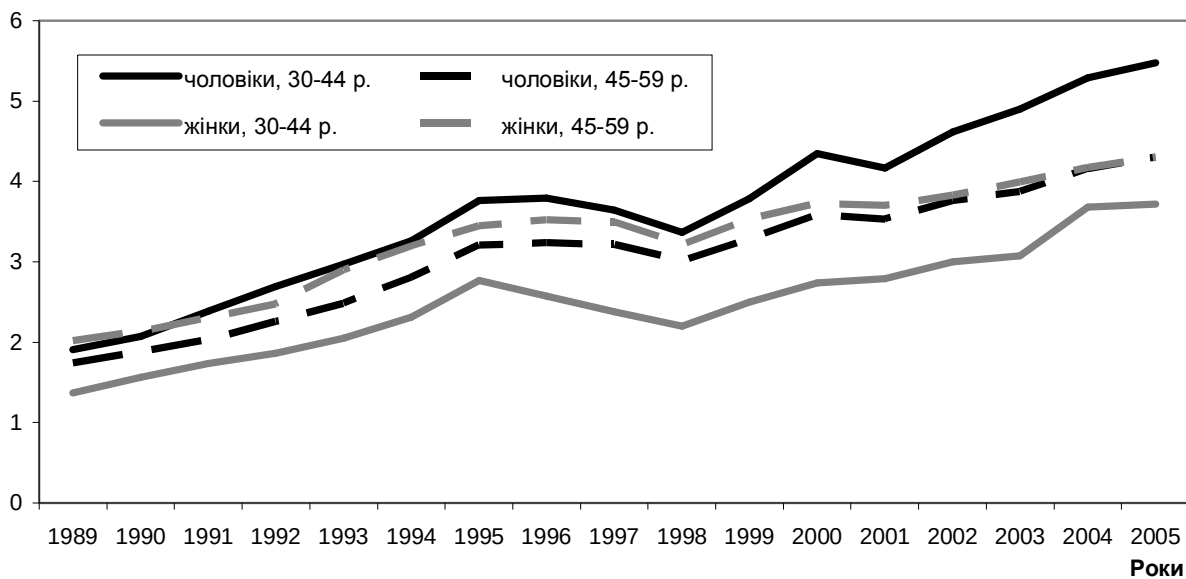


Рис. 2.1.6. Динаміка співвідношення між показниками смертності від хвороб системи кровообігу у віці 30–44 роки та 45–59 років в Україні та країнах Європейського Союзу у 2005 р., разів

Джерело: дані ВООЗ (HFA-MDB).

Найбільший розрив у показниках смертності від серцево-судинних хвороб в Україні та країнах Європейського союзу характерний для чоловіків віком 30-44 роки, де

він досягав у 2005 р. 5,5 раза (у 1989 р. – 1,9 раза) (табл. 2.1.8). За винятком доволі короткого періоду 1996–1999 рр. характер тенденцій не змінювався — розрив у показниках смертності в Україні та ЄС зростав (рис. 2.1.6). Таким чином, Україна втрачає набагато більшу кількість людських життів внаслідок передчасної смертності від хвороб системи кровообігу у зрілому трудовоактивному віці, ніж у розвинених країнах.

Показники смертності від хвороб системи кровообігу у чоловіків традиційно вищі, ніж у жінок. Це спричинено як біологічними, так і соціальними детермінантами. Однак і в Україні, і в країнах ЄС серцево-судинна надсмертність чоловіків віком 25–64 роки за період з 1980 по 2005 рр. стала більш виразною: в Україні індекс надсмертності збільшився від 2,3 до 2,9 раза, у ЄС — від 2,6 до 3,1 раза.

Рівень та динаміка показників смертності від основних хвороб системи кровообігу в Україні значно відрізнялися від таких у країнах Європейського Союзу (рис. 2.1.7, 2.1.8). Особливо помітними є відмінності у показниках смертності від ішемічної хвороби серця: сучасний рівень смертності українських чоловіків внаслідок ішемічної хвороби серця у 2,7 раза перевищує відповідний показник смертності у країнах ЄС, а смертність внаслідок цереброваскулярних захворювань відрізняється незначною мірою.



Рис. 2.1.7. Динаміка смертності чоловіків віком 25–64 роки від хвороб системи кровообігу в Україні та країнах Європейського Союзу у 1980–2005 рр.

Джерело: дані ВООЗ (HFA-MDB).

В країнах ЄС показники смертності жінок внаслідок ішемічної хвороби серця та цереброваскулярної хвороби впродовж 1980-1990-х рр. були подібними, а у 2005 р. — майже ідентичними. В Україні, як видно з рис. 2.1.8, у другій половині 1980-х рр. відмінності у рівнях смертності від зазначених причин також були значно меншими (смертність від ішемічної хвороби серця була у півтора раза вищою, ніж від

цереброваскулярних хвороб), а від початку 1990-х рр. смертність жінок, спричинена ішемічною хворобою, зростала випереджаючими темпами, і на сьогодні цей розрив становить 2,3 раза.

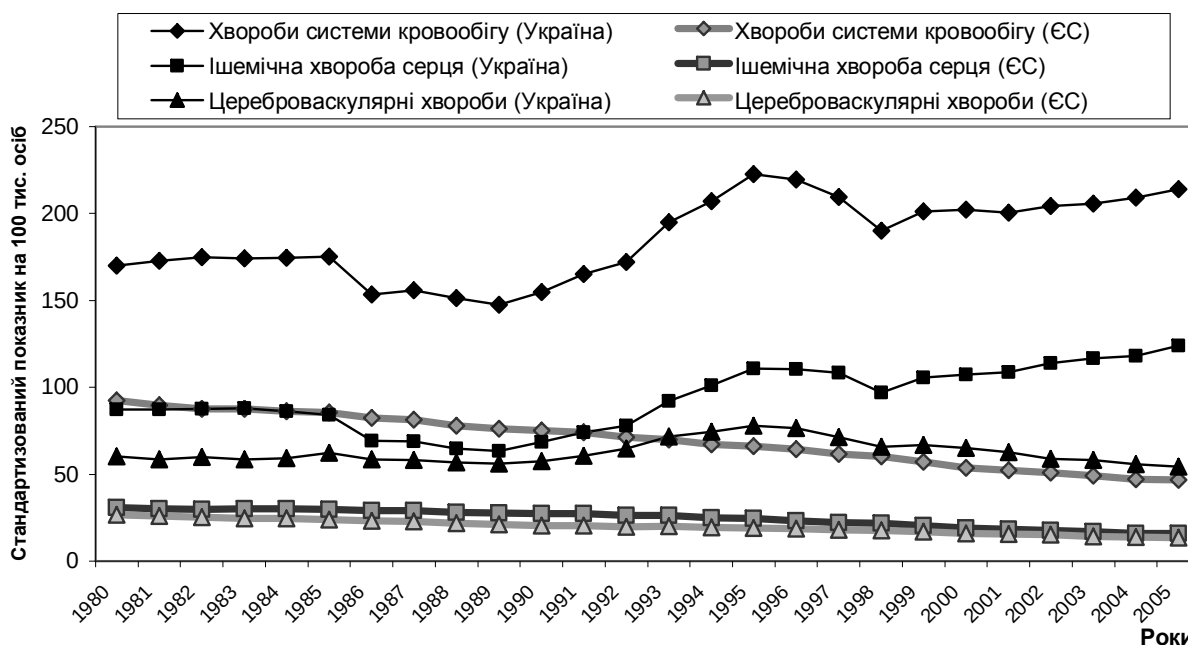


Рис. 2.1.8. Динаміка смертності жінок віком 25–64 роки від хвороб системи кровообігу в Україні та країнах Європейського Союзу у 1980–2005 рр.

Джерело: дані ВООЗ (HFA-MDB).

Частка смертей від ішемічної хвороби серця і цереброваскулярних хвороб у віці 25–64 роки в Україні є вищою порівняно з країнами Європейського Союзу. На ці дві основні серцево-судинні патології у 2005 р. в Україні припадало у підсумку 80–81% від усіх смертей внаслідок хвороб системи кровообігу, а у ЄС — 63–66%. Частка смертей внаслідок «інших» хвороб системи кровообігу в Україні є значно нижчою, що швидше за все пов'язано із недосконалістю діагностики (рис. 2.1.9).

Цереброваскулярні захворювання обумовили у 2006 р. в Україні приблизно п'яту частину смертних випадків у групі 25–64 роки (20,7%). Статева диференціація рівня смертності від цереброваскулярних захворювань в Україні є дуже значною: у чоловіків віком 25–64 роки він удвічі вищий, ніж у жінок зазначеного віку. Цю патологію за всіма переліками (Rutstein, Holland) включено до списку причин смерті, якій можна запобігти. Порушення мозкового кровообігу найчастіше виникають внаслідок атеросклерозу, велике значення для їхнього розвитку має артеріальна гіпертензія. Найнебезпечнішою формою є мозковий інсульт, при чому виникає він частіше саме у осіб з підвищеним артеріальним тиском. Крововиливи у молодих людей, як правило, виникають через уроджені вади внутрішньомозкових судин, набагато рідше — внаслідок спадкових порушень обміну холестерину.

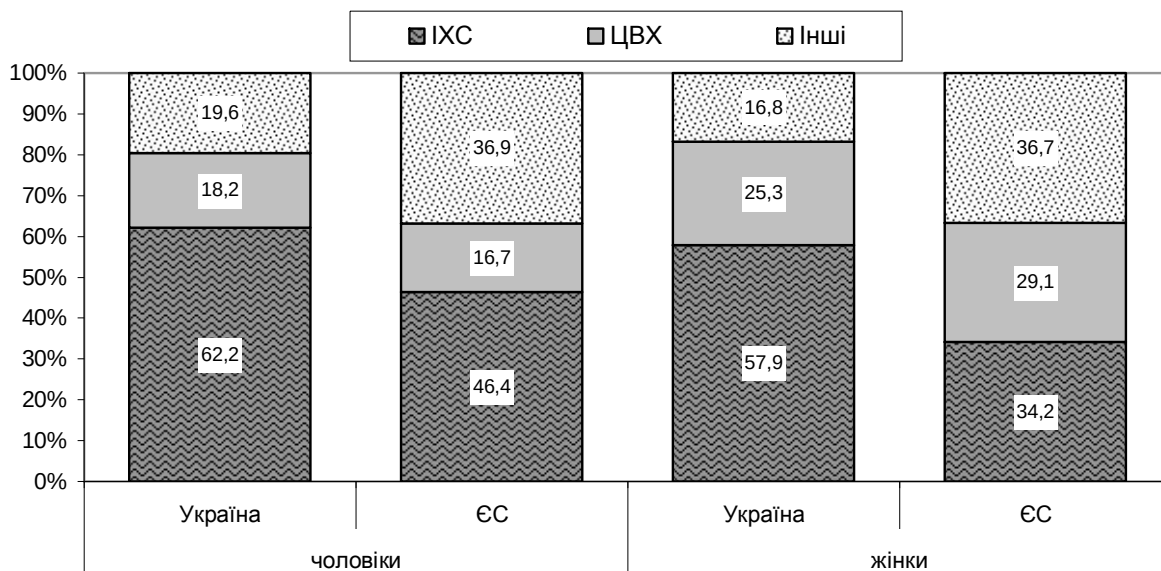


Рис. 2.1.9. Структура смертності чоловіків та жінок віком 25–64 роки від основних хвороб системи кровообігу в Україні та Європейському Союзі у 2005 р., %

Джерело: розраховано за даними ВООЗ (HFA-MDB).

В Україні у 2006 р. від цереброваскулярних хвороб у віці від 5 до 35 років, тобто у шести п'ятирічних вікових групах померло майже стільки, скільки у наступному п'ятирічному інтервалі 34–39 років (469 та 457 осіб відповідно), а у групі, на 5 років старшій, — удвічі більше (980 осіб). У віці 35–65 років смерть від цереброваскулярної хвороби у переважній більшості є наслідком нелікованих або неправильно лікованих захворювань серцево-судинної системи, насамперед артеріальної гіпертензії. Через це існують великі резерви зниження такої смертності: рання діагностика артеріальної гіпертензії, адекватне медикаментозне та немедикаментозне лікування (причому не курсове, а довготривале), раціональне харчування для нормалізації рівня холестерину крові та достатні фізичні навантаження, відмова від шкідливих звичок — усе це може попередити виникнення цереброваскулярної катастрофи і значно зменшити розміри демографічних втрат або запобігти тяжкій інвалідності. Має значення також якість невідкладної допомоги, ефективне лікування порушень мозкового кровообігу. Не менш важливою компонентою є свідоме ставлення людини до власного здоров'я, що певною мірою також залежить від освітньо-профілактичної роботи з населенням, причому не тільки з пацієнтами, але й з їхніми родичами та оточенням.

Окремі дослідження смертності в Україні, проведені фахівцями Українського інституту громадського здоров'я (1999) та Лондонської школи гігієни та тропічної медицини (2006), свідчать про важливе значення цереброваскулярної патології у формуванні так званої «запобіжної» смертності, тобто смертності від причин, яким можна запобігти засобами первинної, вторинної або третинної профілактики. Незважаючи на деякі відмінності у проведених дослідженнях як українськими, так і британськими дослідниками саме цереброваскулярні захворювання було визнано у

сучасній Україні найбільш вагомою причиною смерті, яку можна попередити завдяки ефективній діяльності системи медичної допомоги.

Смертність від зовнішніх причин. Нині внаслідок різного роду нещасних випадків, отруєнь і травм в Україні щороку гине в середньому близько 70 тис. осіб, 74–75% з яких перебуває у віці 24–64 роки. Смертність від зовнішніх чинників невпинно зростала протягом 1960–1970 рр. з незначними коливаннями і лише у 1985–1986 рр. помітно знизилась. У 1980 р. стандартизований показник смертності від зовнішніх причин становив 70 у розрахунку на 100 тис. осіб, а серед осіб трудоактивного віку — 152, що у 2,5 раза перевищувало відповідні показники розвинених європейських країн. У період антиалкогольної кампанії частота нещасних випадків, отруєнь і травм суттєво знизилась і у 1986 р. її рівень в Україні був майже таким, як наприклад у Франції, тобто 80–81 випадок на 100 тис. осіб, проте у трудоактивному віці все ще зберігався суттєвий розрив. У першій половині 1990-х років в Україні показники смертності від зовнішніх причин, перебуваючи і без того на високому рівні, почали стрімко зростати, досягнувши максимуму у 1995 р., коли рівень «неприродної» смертності серед осіб віком 25–64 роки сягнув 231,1 випадків у розрахунку на 100 тис. осіб — значення, максимального для України у другій половині ХХ століття. Впродовж останніх років намітилась позитивна тенденція до скорочення рівня смертності від зовнішніх дій, хоча темпи її зниження у трудоактивному віці відстають від загальних темпів зниження. Нині частота летальних наслідків отруєнь і травм в Україні суттєво перевищує рівень 1989 р. і у 4,5 раза вища за відповідні показники країн Європейського союзу (рис. 2.1.10).

Зазначена динаміка призвела до того, що у 1990-і роки місце зовнішніх дій у структурі причин смерті населення віком 25–64 роки в Україні зазнало змін: вони почали серйозно конкурувати з такими традиційно важливими причинами смерті як хвороби системи кровообігу та новоутворення. У першій половині 1990-х років частота нещасних випадків, отруєнь і травм серед чоловіків суттєво підвищилась і, як наслідок, зовнішні причини вийшли на друге місце у складі причин смерті чоловіків, випередивши новоутворення, що зберігається дотепер. У жінок нещасні випадки, отруєння і травми є третім за значущістю класом причин смерті. Порівняно з розвиненими країнами частка зовнішніх дій у структурі причин смерті є у 2–3 рази більшою. Зокрема, серед чоловіків нещасні випадки, отруєння і травми є причиною приблизно 9% смертей у Франції та Швеції, 6% у Німеччині та 23% в Україні. Серед усіх померлих жінок віком 25–64 роки питома вага смертей через зовнішні причини становить в середньому 7% у Франції, 4% у Швеції і Німеччині та 12% в Україні. Нещасні випадки, отруєння і травми є головною причиною смерті для українських чоловіків та жінок віком від 1 до 40 років, а у розвинених країнах, наприклад, у Франції — для чоловіків віком від 1 до 35 років та жінок у віці від 1 до 25 років. Хоча частка померлих від зовнішніх причин в Україні протягом кількох останніх років знижується, вона залишається дуже високою. В Україні зовнішні причини «відповідають» за майже чверть (24%) смертних випадків серед чоловіків віком 45–

54 роки та 12–13% смертей серед чоловіків віком 55–64 роки; натомість у Франції зазначені показники становлять лише 8 та 4% відповідно.

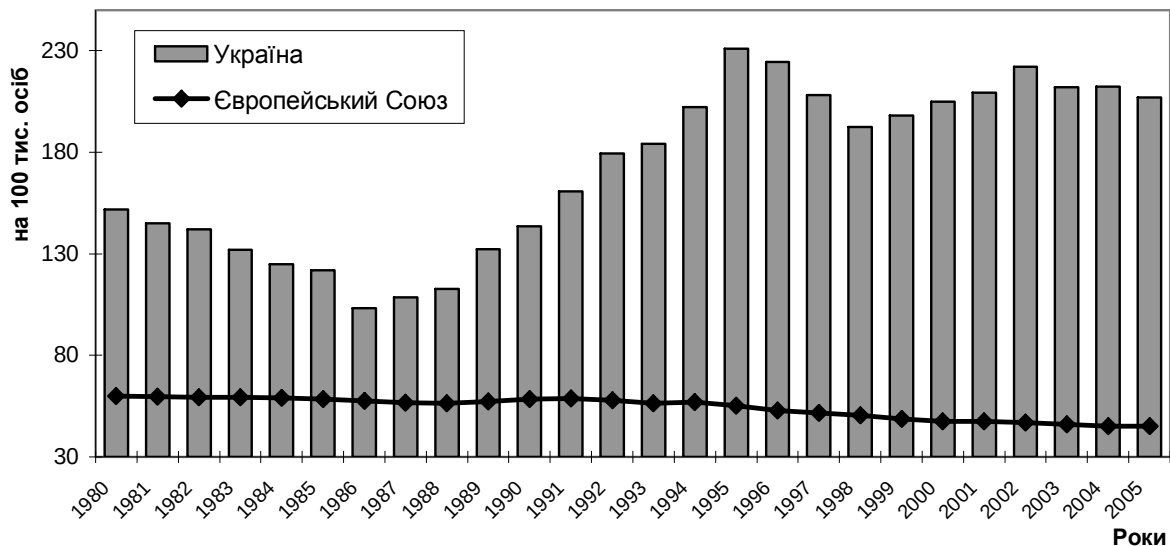


Рис. 2.1.10. Стандартизовані показники смертності населення віком 25–64 роки від зовнішніх причин смерті в Україні та країнах Європейського Союзу протягом 1980–2005 рр.

Джерело: дані ВООЗ (HFA-MDB).

Принагідно зазначимо, що статистику нещасних випадків, отруєнь і травм в Україні не можна вважати цілком об'єктивною та достовірною, оскільки певна їхня частина прихована в інших класах причин смерті, насамперед у класі неуточнених та невідомих причин (за МКХ-X це клас XVIII «Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при клінічних і лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках»). У 1989 р. загальна кількість таких смертних випадків становила близько 18 тис. або 3% від загального числа смертей, у 1995 р. — 49 тис., або 6,2%, у 2006 р. — 29,3 тис. або 4%. Їхня питома вага у структурі причин смерті населення у віці 25–64 роки у 2006 р. становила 2,4% серед чоловіків та 1,3% серед жінок. Це обумовлено, з одного боку, змінами певних вимог щодо реєстрації таких причин смерті, а з іншого — має вплив чисто суб'єктивний, людський фактор, пов'язаний із недбалістю та безвідповідальним ставленням лікарів та судмедекспертів. Якщо сумувати класи зовнішніх та неуточнених і невідомих причин, то їхня кумулятивна частка у складі причин смерті трудоактивного за віком населення становитиме понад 25% у чоловіків та 13,5% у жінок, що вочевидь реальніше відображає справжні обсяги «неприродної» смертності в Україні.

Характерною рисою смертності від зовнішніх причин в Україні є разюча статева нерівність, що полягає у значному перевищенні показників смертності чоловіків над відповідними показниками жінок. Якщо чоловіча смертність від усіх причин у віці 25–64 роки утричі перевищує жіночу, то від нещасних випадків, отруєнь і

травм — у 5 разів (рис. 2.1.11). Чоловіча надсмертність від зовнішніх причин у віці 25–64 роки пов'язана насамперед з такими причинами смерті як самогубства, випадкові отруєння (насамперед, алкоголем), утоплення, а також ушкодження з невизначеним наміром. Зокрема, індекс чоловічої надсмертності від самогубств у віці 25–64 роки становив у 2005 р. 7,6 раза, ушкоджень з невизначеним наміром — 6 разів, випадкових отруєнь — 4 раза, утоплень — 8,4 раза. Порівняно з іншими класами хвороб такий високий надлишок чоловічих смертей спостерігається лише у класі інфекційних захворювань та хвороб органів дихання, де статевий розрив у показниках становив 5 разів. Доречно зауважити, що перевищення показників смертності від таких найпоширеніших причин як серцево-судинні захворювання та новоутворення становило 3 та 1,8 раза відповідно. У формуванні статевих диспропорцій головна роль належить особам середнього та зрілого трудовоактивного віку. Зокрема, показники смертності чоловіків віком 30–44 роки від зовнішніх причин майже у 6 разів перевищують відповідні показники смертності жінок, у віці 45–59 років — у 5,2 раза. Є всі підстави вважати, що висока смертність від зовнішніх дій є однією з головних причин надсмертності українських чоловіків, що перешкоджає їм дожити до старості і померти від хронічних хвороб, пов'язаних зі старінням; вона становить серйозну перешкоду на шляху підвищення їхньої середньої тривалості життя та наближення її до рівня жінок.

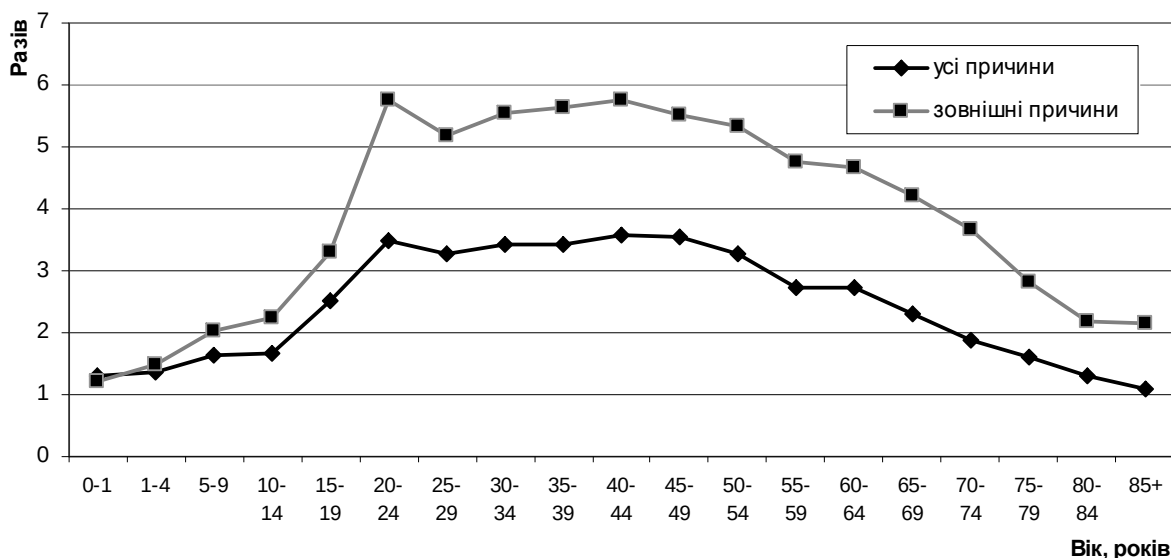


Рис. 2.1.11. Повікові індекси чоловічої надсмертності від усіх та зовнішніх причин смерті в Україні у 2005 р.

Джерело: розраховано за даними Держкомстату України.

Безумовно, надсмертність чоловіків трудовоактивного віку пов'язана з особливостями поведінки, умовами праці та способом життя чоловіків, які внаслідок ширшої залученості до економічної та політичної сфер життєдіяльності сприйнятливіші й уразливіші до стресів більшою мірою, ніж жінки. Вони особливо

боляче переживають втрату роботи чи неможливість знайти бажану роботу, що зумовлює матеріальну залежність, почуття вини перед членами сім'ї, страх і невпевненість у майбутньому. Як відомо, чоловіки, професійна діяльність для яких є пріоритетною у житті, гірше адаптуються до раптових змін, є більш соціально залежними, ніж жінки, для яких сім'я є опорою у разі життєвих негараздів. Починаючи з 40–45-ти років люди зазвичай починають підводити перші підсумки свого життя, аналізують прожиті роки. Перед виходом на пенсію за умови нереалізації життєвих очікувань та сподівань накопичення розчарувань та песимізму сприяє поширенню зловживання алкоголем, формуванню мотивації до різних видів девіантної поведінки, що провокує підвищений ризик передчасної смерті.

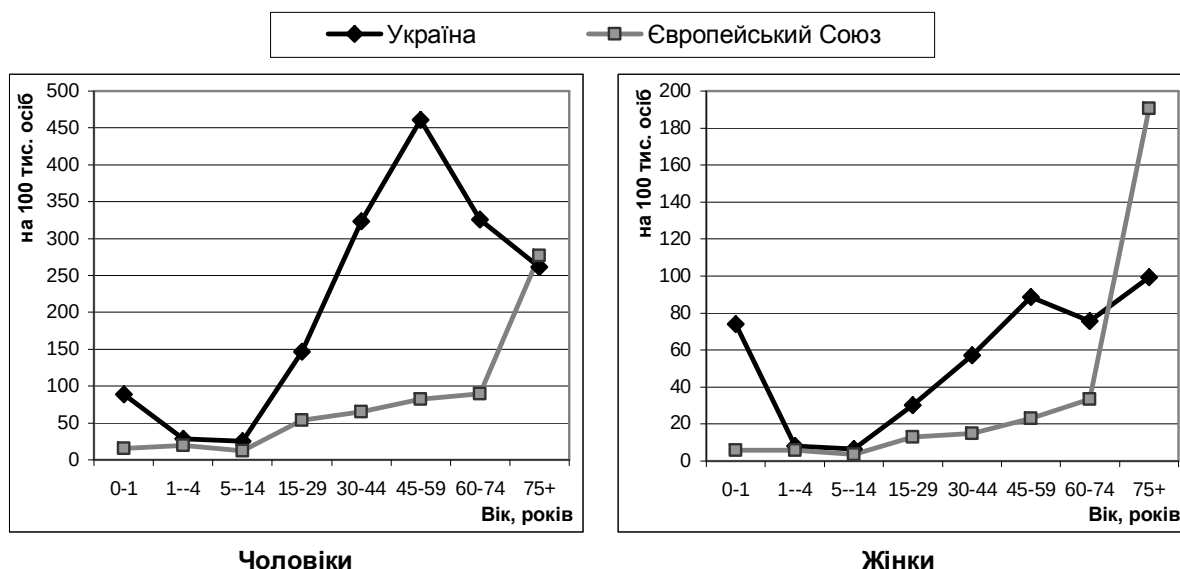


Рис. 2.1.12. Повікова смертність від зовнішніх причин в Україні та країнах Європейського Союзу у 2005 р.

Джерело: розраховано за даними ВООЗ та Держкомстату України.

Саме з цим значною мірою пов'язаний специфічний віковий профіль смертності від зовнішніх дій в Україні, що кардинально відрізняється від розвинених країн, для яких характерна дуже низька частота нещасних випадків, отруєнь і травм серед дітей, після помітного підвищення у молодому віці (15–24 роки) вона дещо знижується і починає зростати після 45 років, досягаючи максимальних значень у похилому віці як у чоловіків, так і у жінок. Модальний вік смерті від зовнішніх причин у західних країнах перебуває у віковій групі 75 років і старше незалежно від статі. В Україні крива смертності, насамперед серед чоловіків, за своєю формою є майже протилежною (рис. 2.1.12). На ній наявні два максимуми: серед дітей віком до 1-ого року і у передпенсійному віці (45–59 років), причому останній має форму яскраво вираженого «горба», де рівень смертності чоловіків нині у 5–6 разів вищий, ніж у країнах Європейського Союзу. Водночас ризик насильницької і травматичної смерті для стариків віком 75 років і старше в Україні, навпаки, дещо нижчий.

У жінок частота нещасних випадків, отруєнь і травм також зростає з віком, проте рівень смертності серед немовлят не менш високий, ніж у передпенсійному віці. Таким чином, якщо у західних країнах найвищий ризик неприродної смерті спостерігається у похилому віці, то в Україні найбільш ризикують немовлята та особи зрілого працездатного віку. При цьому ризик померти від зовнішніх дій для 70–80-річного українця вдвічі нижчий, ніж для 50–55-річного, а у розвинених країнах, навпаки, у 5–7 разів вищий. Найвищі темпи зростання смертності від зовнішніх причин в Україні спостерігалися у молодому та зрілому трудоактивному віці: від 35 до 65 років (рис. 2.1.13).

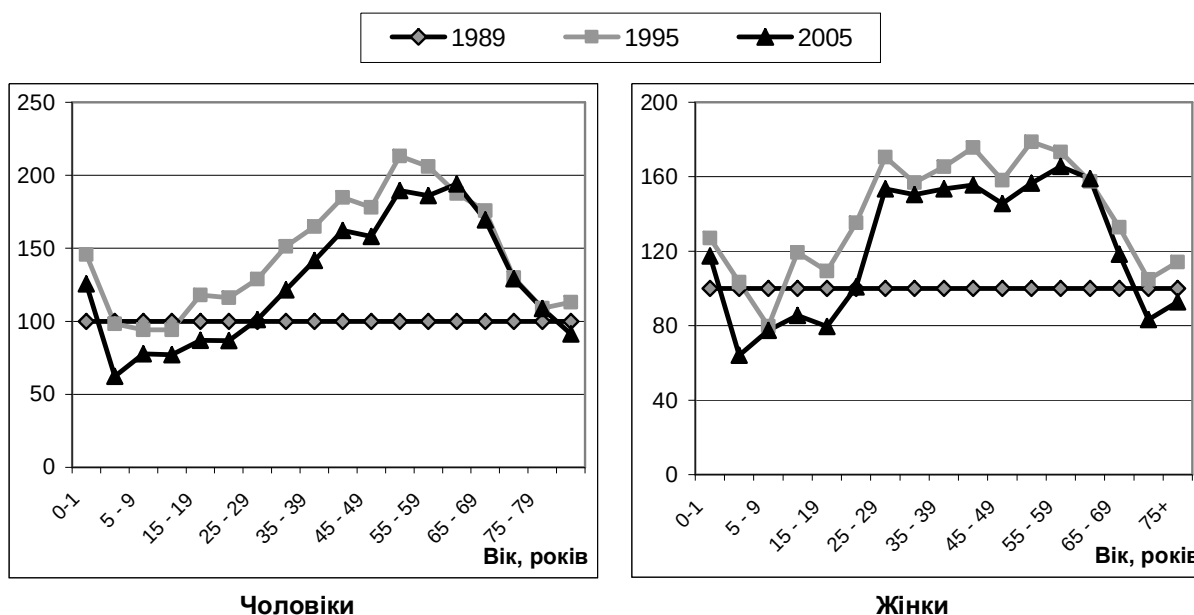


Рис. 2.1.13. Темпи зростання смертності від зовнішніх причин за віком в Україні у 1989 – 2005 рр., %

Джерело: розраховано за даними Держкомстату України.

Хоча в Україні порівняно з розвиненими європейськими країнами існують певні відмінності у практиці реєстрації зовнішніх причин смерті, зокрема алкогольних отруєнь (у ЄС вони потрапляють головним чином до рубрики психічних розладів, пов'язаних з алкоголізмом), випадкових падінь (в Україні замість падінь досить часто реєструються серцево-судинні або інші хвороби, якими зазвичай ускладнюються переломи у старшому віці), самогубств та вбивств (в Україні їхня значна частина прихована в ушкодженнях з невизначеним наміром або у класі неуточнених та невідомих причин смерті), тим не менше, є підстави твердити про наявність специфічних негативних особливостей структури смертності від зовнішніх причин у нашій країні. Основна роль у формуванні її рівня у віці 25–64 роки у сучасний період належить випадковим отруєнням (головним чином, алкогольним), самогубствам та ушкодженням з невизначеним наміром, а у країнах Європейського союзу — самогубствам, нещасним випадкам, пов'язаним з транспортом (ДТП) і випадковим

падінням (рис. 2.1.14). Варто відзначити, що до початку суспільних трансформацій структура смертності від зовнішніх дій в Україні була більш наближеною до європейської моделі, оскільки провідні місця у ній посідали самогубства та ДТП. Різкий підйом показників насильницької смертності та летальних отруєнь відіграли головну роль у зростанні смертності від зовнішніх причин протягом 1990-х років. Нині в Україні частота самогубств у віці 25–64 роки вдвічі перевищує відповідні показники розвинених європейських країн, а показники вбивств — у 8 разів.

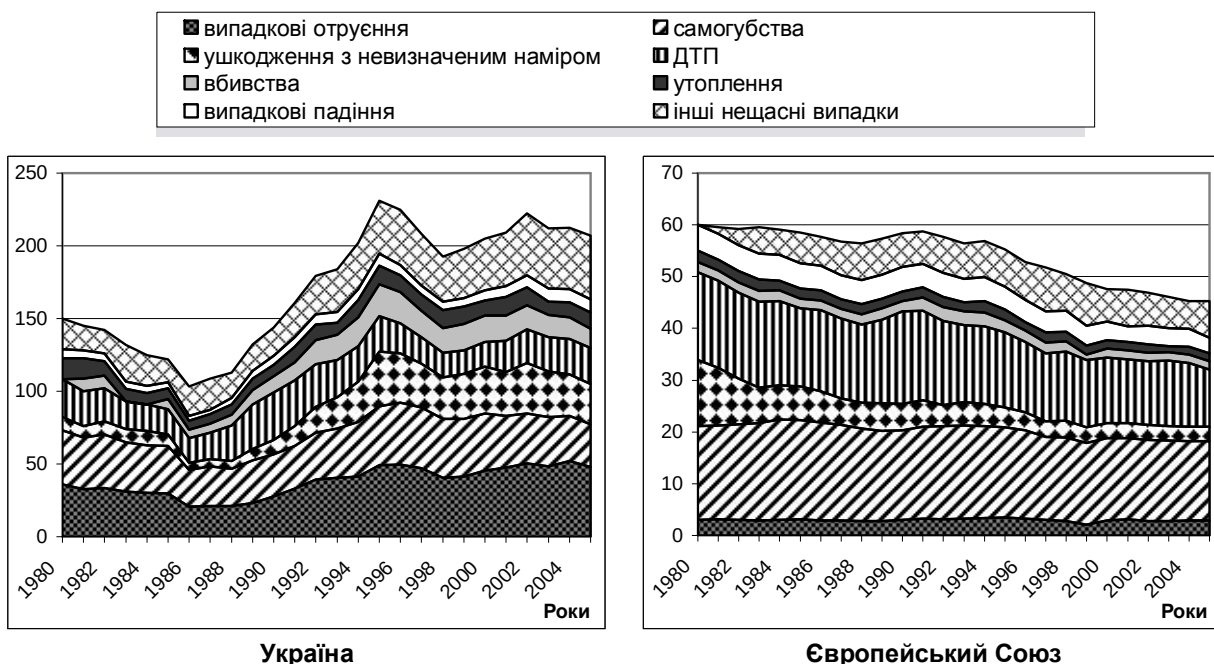


Рис. 2.1.14. Структура стандартизованого показника смертності від зовнішніх причин у віці 25–64 роки за окремими причинами смерті в Україні та країнах Європейського Союзу у 1980–2005 рр.

Джерело: дані ВООЗ (HFA-MDB).

Звертає на себе увагу значне посилення ролі смертності від отруєнь, ушкоджень з невизначеним наміром та послаблення внеску смертності у дорожньо-транспортних пригодах. Зокрема, на початку 1990-х років отруєнням належало третє місце у складі досліджуваного класу причин смерті населення віком 25–64 роки, ушкодженням з невизначеним наміром — шосте, а у сучасний період вони посідають перше та третє місця відповідно. Надзвичайно високою є частота смертельних отруєнь: нині в Україні стають жертвами отруєнь чоловіки у 18 разів, а жінки — у 13 разів частіше, ніж у країнах Європейського союзу. Отруєнням належить провідна роль серед зовнішніх причин смерті населення віком старше 30 років (табл. 2.1.9). Особливо фатальною є роль отруєнь у формуванні смертності населення віком 45–59 років, де із загальної кількості смертних випадків від зовнішніх причин кожна четверта смерть серед чоловіків і кожна третя серед жінок обумовлена отруєннями. «Лівову» частку (близько 70%) випадкових отруєнь в Україні становлять алкогольні

отруєння. Вражаючим є той факт, що внаслідок алкогольних інтоксикацій щорічно йдуть з життя в середньому 9–10 тис. осіб. З кінця 80-х років смертність від алкогольних отруєнь виросла удвічі, що є свідченням значних обсягів нелегального ринку алкогольної продукції в Україні та поширення на ньому продажу неякісних і токсичних алкогольних сурогатів.

Таблиця 2.1.9. Ієрархія окремих причин смерті у структурі стандартизованого показника смертності від зовнішніх причин серед різних вікових груп населення України у 2005 р.

Вік, років	Місце у структурі смертності від зовнішніх дій					
	I	II	III	IV	V	VI
0–14	Випадкові утоплення	ДТП	Випадкові отруєння	УНН	Вбивства	Самогубства
15–29	ДТП	Самогубства	УНН	Випадкові отруєння	Випадкові утоплення	Вбивства
30–44	Випадкові отруєння		ДТП	УНН	Вбивства	Випадкові утоплення
45–59		УНН*	Самогубства	ДТП		
60–75		Самогубства	УНН		Утоплення	Вбивства
25–64					ДТП	Вбивства

Джерело: розраховано за даними ВООЗ (HFA-MDB).

* УНН — ушкодження з невизначеним наміром.

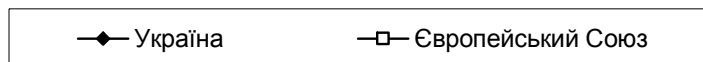
Темпи зростання випадків смерті від ушкоджень неуточненого характеру виявились найвищими і становили 5 разів у 2005 р. порівняно з 1989 р., що є свідченням погіршення якості патолого-анатомічної служби і відповідно достовірності статистики причин смерті. На цьому тлі частота смертельних наслідків ДТП впродовж 1990-х років, навпаки, зменшилась майже наполовину і почала знову зростати починаючи з 2000 р. Розрив з показниками Євросоюзу щодо смертності внаслідок ДТП у 2005 р. становив 2 рази. Загалом підвищення рівня смертності практично від усіх зовнішніх причин у 1990-і роки призвело до зближення їхніх показників та деякого послаблення диференціації «неприродної» смертності в цілому.

Смертність від новоутворень. Поміж усіх захворювань ендегенної та квазіендегенної етіології злоякісні новоутворення найбільшою мірою пов'язані із забрудненням навколишнього середовища: повітря, води, продуктів харчування. Саме тому настільки стрімким є їх поширення в економічно розвинених країнах, де населення вже не гине в дитинстві та ранньому віці від різноманітних інфекцій. Не оминула ця тенденція і Україну. Щорічно злоякісні новоутворення викликають 16–20% всіх смертей осіб у віці 25–64 роки.

Опираючись на сучасні медичні дані, можна зробити висновок про те, що близько 75% онкологічних смертей обумовлено дією квазіендегенних, середовищних факторів кумулятивної дії. Даються взнаки і високий рівень техногенного забруднення навколишнього середовища, і якість раціону харчування, і поширення

тютюнопаління. Посилена увага фахівців до поширення онкологічних захворювань в світі обумовлює значну кількість досліджень факторів виникнення пухлин, різноманітність відповідних гіпотез, які зазвичай знаходять емпіричне підтвердження. Так, численними дослідженнями переконливо доведений зв'язок виникнення злоякісних пухлин із вживанням алкоголю, передовсім міцних напоїв, а також з тютюнопалінням. Ступінь ризику тісно пов'язаний із середньодобовою кількістю цигарок, що споживається, віком початку паління, частотою та глибиною затягувань³⁵. Існують докази несприятливого впливу ультрафіолетового сонячного випромінювання, недостатнього надходження до організму вітамінів групи В та С, нераціональної структури харчування, зокрема надмірного вмісту в харчовому раціоні смажених, копчених продуктів, багатих на крохмаль, і недостатнього вмісту тваринних білків, молока, свіжих овочів та фруктів³⁶. У багатьох дослідженнях прослідковується зв'язок окремих пухлин внутрішніх органів з високим вмістом нітратів у їжі, питній воді та ґрунтах. Встановлений статистично суттєвий кореляційний зв'язок між злоякісними пухлинами органів дихання і канцерогенним забрудненням повітря в містах і промислових районах, головним чином через розміщення підприємств чорної металургії. Немає підстав не довіряти висновкам медичних досліджень. Імовірно, кожний із цих чинників — як і цілий ряд інших — сприяє виникненню новоутворень. Крім того, даються взнаки ще й генетична схильність, особливості трудової діяльності, частота зміни способу життя, особливо місця проживання, професії, спеціальності, сімейного стану упродовж життя. Доволі довгий латентний період розвитку новоутворень вкрай ускладнює розроблення коректної і надійної методики дослідження: надто багато змін відбувається за такий тривалий період, не залишаються стабільними і демографічні сукупності. Тому слід з певною пересторогою ставитися до зазначених дослідниками факторів ризику та до сили їх впливу.

Тенденції онкологічної смертності населення трудоактивного віку в Україні принципово змінилися впродовж 1980–2005 рр. Від початку 1980-х років до середини 1990-х стандартизовані коефіцієнти смертності і чоловіків, і жінок невпинно зростали. Свого максимуму показник набув для чоловіків в 1992 р. і становив 278 смертей на 100 тис. осіб, а для жінок — трохи пізніше, в 1994 р., і становив 139 смертей на 100 тис. осіб. Починаючи з 1996 р. смертність від раку у чоловіків та жінок почала знижуватись. Як видно з рис. 2.1.15, онкологічна чоловіча смертність перевищує жіночу приблизно вдвічі.



³⁵ Борьба с эпидемией курения: Доклад комиссии экспертов ВОЗ. — Женева, 1980. — 96 с.

³⁶ Эпидемиология рака в СССР и США. — М.: 1979. — 384 с.

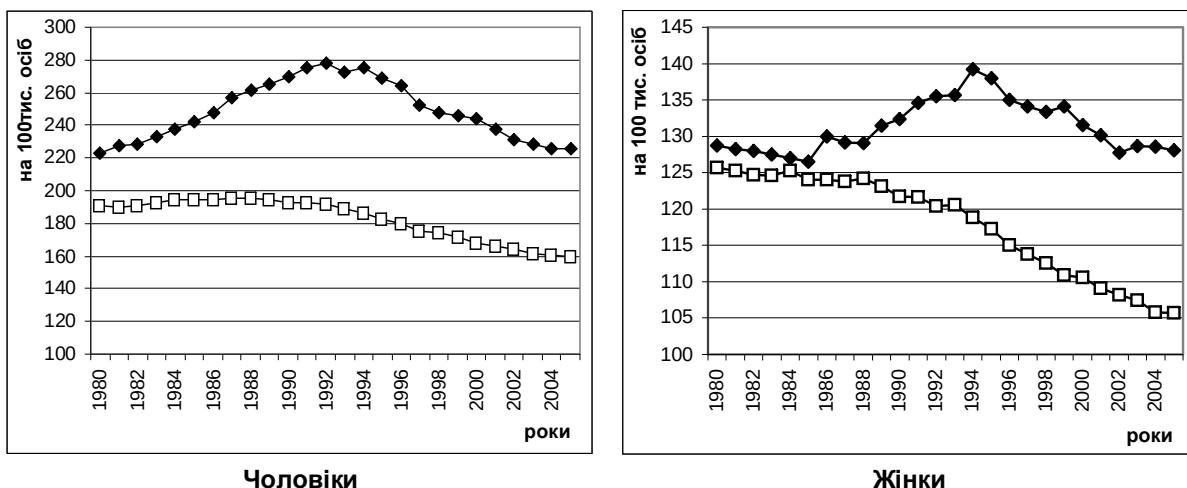


Рис. 2.1.15. Динаміка стандартизованих показників смертності населення віком 25–64 роки від новоутворень в Україні та країнах Європейського Союзу в 1980–2005 рр.

Джерело: дані ВООЗ (HFA-MDB).

При порівнянні стандартизованих коефіцієнтів смертності населення віком 25–64 роки, обумовлених онкологічними захворюваннями, в Україні з відповідними показниками країн Європейського Союзу можна побачити вельми негативну тенденцію. Якщо на початку 1980-х рр. рівень онкологічної смертності в Україні перевищував такий в країнах ЄС на 20%, то за 20 років розрив подвоївся і сягнув у 2000-х роках 40%. Доволі подібними є результати порівняльного аналізу онкологічної смертності жінок. Так, на початку досліджуваного періоду Україна майже не відрізнялась від інших європейських країн, але поступово формувалося відставання (в середньому на 1% щорічно), і у 2005 р. рівень онкологічної смертності жінок в Україні більше ніж на 20% перевищував такий в країнах ЄС.

Таблиця 2.1.10. Співвідношення стандартизованих показників смертності населення віком 25–64 роки від новоутворень в Україні з окремими країнами Європейського союзу у 1986, 1989, 1995, 1998 та 2005 рр.

	1986	1989	1995	1998	2005
Україна /ЄС	1,14	1,21	1,32	1,31	1,29
Україна/Польща	0,96	0,98	1,04	1,03	-
Україна/Угорщина	0,85	0,86	0,83	0,78	0,76
Україна/Чехія	0,86	0,93	1,02	1,02	1,10

Джерело: розраховано за даними ВООЗ (HFA-MDB).

Слід підкреслити, що дуже значні відмінності за параметрами онкологічної смертності спостерігаються в Україні тільки щодо країн Західної Європи (перевищення сягає 20–30%); відставання від країн Центральної та Східної Європи є значно меншим (на 2–10%). Однак динаміка співвідношень є негативною порівняно практично з усіма країнами, за винятком Угорщини (табл. 2.1.10). «Лева» частка відмінностей сформувалася у першій половині 1990-х років.

На відміну від країн Європейського Союзу стандартизовані коефіцієнти онкологічної смертності в Україні починають різко зростати вже з 30–44 років, а найбільше число смертей від новоутворень сконцентроване на віковому проміжку 60–75 років. У країнах Європейського Союзу новоутворення вважаються хворобою літніх людей; зростання стандартизованих коефіцієнтів починається наприкінці періоду економічної активності, а найбільше число смертей припадає саме на останній віковий інтервал — 75 років і старше, до якого в Україні «не дотягує» середня тривалість життя. Це підтверджують відмінності у формі кривих, зображених на рис. 2.1.16.

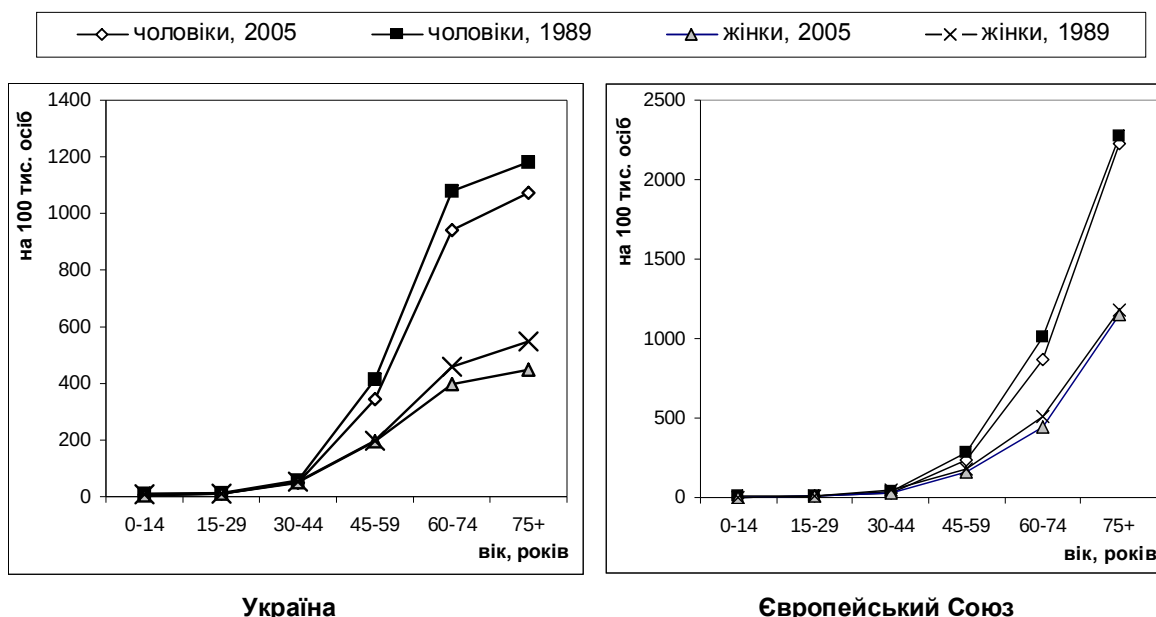


Рис. 2.1.16. Стандартизовані повікові коефіцієнти смертності від новоутворень в Україні та країнах Європейського Союзу у 1989 та 2005 рр.

Джерело: дані ВООЗ (HFA-MDB).

Головне місце серед локалізацій раку чоловіків в Україні посідають новоутворення трахеї, бронхів і легенів (близько 26%) і меншою мірою — шлунка, кишечника, прямої кишки (13%). У структурі смертності жінок перше місце належить новоутворенням молочної залози (близько 20%) та жіночих статевих органів (6%). Натомість рак органів дихання не відіграє помітної ролі у формуванні онкологічної смертності жінок (6%).

Надмірна смертність чоловіків від раку органів дихання (59 осіб на 100 тис. населення у 2005 р.) зазвичай пов'язується з тютюнопалінням. І дійсно, за даними 2005 р. в Україні палять майже 67% чоловіків у віці старше 15 років. Вочевидь не останню роль вживання тютюну відіграло у зростанні смертності від новоутворень губи, порожнини рота та глотки. Проте важко пояснити саме динамікою тютюнопаління майже півтораразове зниження смертності чоловіків від раку трахеї, бронхів, легенів (табл. 2.1.11). Швидше це можна пов'язати із знайденим ще у 1970-х

рр. науковцями Великої Британії зв'язком коливань смертності від раку легенів і рівнем концентрації забруднюючих речовин в атмосферному повітрі міських районів (зокрема, канцерогенних речовин типу бенз(а)пірену, що викидається в повітря м. Запоріжжя). Встановлена підвищена поширеність раку легенів серед робітників, зайнятих видобутком та обробкою азбесту, виготовленням текстилю та цементу; серед шахтарів, металургів, працівників суднобудування; робітників, зайнятих коксуванням вугілля, виробництвом та обробкою з'єднань хрому, видобутком залізної руди; серед працюючих на мідеплавильних заводах. Така професійна обумовленість значною мірою пояснює значно більшу поширеність раку органів дихання серед чоловіків, а економічна криза і зниження обсягів виробництва в 1990-х рр. — скорочення захворюваності та смертності у 2000-х.

Таблиця 2.1.11. Стандартизовані коефіцієнти смертності від новоутворень у чоловіків і жінок віком 25–64 роки в Україні у 1986, 1989, 1995, 1998 та 2005 рр., на 100 тис. осіб

Причини смерті	1986	1989	1995	1998	2005
Чоловіки					
Новоутворення:					
— трахеї, бронхів, легенів	84,7	91,9	85,9	74,7	59,0
— шлунку	44,4	43,2	38,6	34,4	27,8
— кишечника та прямої кишки	16,9	16,8	14,1	13,4	12,9
— губи, ротової порожнини та глотки	11,9	15,0	19,4	18,3	18,1
— стравоходу	7,5	8,5	9,2	8,2	7,8
Жінки					
Новоутворення:					
— молочної залози	25,4	27,6	31,9	32,1	31,5
— шлунку	17,5	16,2	13,9	13,2	10,3
— кишечника та прямої кишки	12,7	13,2	14,1	13,4	12,9
— шийки матки	9,4	7,9	9,2	9,7	10,5
— трахеї, бронхів, легенів	8,9	8,9	8,3	7,5	6,5
— губи, ротової порожнини та глотки	1,2	1,3	1,3	1,2	1,2

Джерело: дані ВООЗ (HFA-MDB).

Друге місце у структурі онкологічної смертності чоловіків і третє у структурі смертності жінок нині належить новоутворенням шлунку. Важливою ознакою її динаміки є відчутне зниження смертності від цієї патології: від 44,4 до 27,8 випадків на 100 тис. чоловіків і від 17,5 до 10,3 випадків на 100 тис. жінок (табл. 2.1.11). Такі тенденції виглядають доволі неоднозначними. Як відомо, зниження смертності від раку шлунку може відбуватися завдяки поліпшенню якості продуктів харчування та покращанню їх співвідношення у раціоні широких верств населення (особливо зі зростанням споживання молочних продуктів, зменшенням споживання солоних продуктів), що в Україні впродовж соціально-економічної кризи 1990-х років не відбулося.

Тенденції смертності жінок від основних локалізацій раку є значно негативнішими. Майже на чверть зросла смертність від раку молочної залози і на 12%

— від раку шийки матки. Випереджаючі темпи зростання показника смертності спостерігаються серед жінок віком до 45 років, тоді як в економічно розвинених країнах зростання є значно меншим і припадає на жінок віком 45–64 роки. Такі несприятливі тенденції пов'язані насамперед із поширенням одностатовості та штучного вигодовування немовлят. В Україні дія зазначених факторів багаторазово посилюється високою частотою абортів, які нині залишаються чи не основним засобом планування сім'ї. Дається взнаки і відсутність ранньої діагностики, скринінгу тощо.

Таким чином, тенденції онкологічної смертності населення трудоактивного віку віддзеркалюють загальні недоліки соціально-економічних та екологічних процесів в Україні. Забруднення навколишнього середовища, застарілі технології, поширеність шкідливих виробництв, нехтування принципами здорового способу життя обумовлюють високу частоту онкологічних захворювань. Низька якість медичної допомоги, відсутність необхідного діагностичного обладнання призводять до того, що до 40% пухлин шлунку в Україні виявляють на IV стадії клінічного розвитку, коли вже фактично не залишається шансів для радикальних змін на краще, і медики можуть в ліпшому випадку уповільнити процес (для порівняння: в Японії близько 80% пухлин діагностують на I–II стадіях). Несприятлива динаміка характерна для новоутворень губи, ротової порожнини і глотки у чоловіків та молочної залози і статевих органів у жінок. Можна також припустити, що при зростанні середньої тривалості життя в Україні зниження частки померлих від екзогенних патологій буде компенсуватись зростанням питомої ваги смертей від новоутворень.

Смертність від інфекційних та паразитарних хвороб і хвороб органів травлення. Смертність від інфекційних та паразитарних хвороб зростала найшвидше серед чоловіків, що обумовило загальну динаміку цього показника (рис. 2.1.17). Зрозуміло, що зазначена тенденція є наочним свідченням негараздів у системі охорони здоров'я населення України, але все ж не можна нехтувати значно меншим зростанням смертності жінок від причин цього класу.

У цілому динаміка смертності населення трудоактивного віку від інфекційних та паразитарних хвороб в Україні докорінно відрізняється від загальноєвропейської. Якщо в країнах Європейського союзу рівень смертності населення віком 25–64 роки від цих майже повністю усунених причин є цілком стабільним упродовж тривалого періоду і не перевищує 6 випадків на 100 тис. населення, то в Україні упродовж усього періоду незалежності спостерігається майже невпинне зростання (виняток становлять 1998 і 2002 рр.). Особливо значним виявилось підвищення у 2005 р., коли стандартизований коефіцієнт смертності зріс на 42% — з 42,4 до 60,2 випадків на 100 тис. населення. Відповідно якщо у 1980 р. рівень смертності в Україні перевищував такий в країнах ЄС в 3,1 раз, 1990 р. — у 3,5, 2000 р. — у 6,8, то у 2005 р. — у 10,2 раз (рис. 2.1.18).

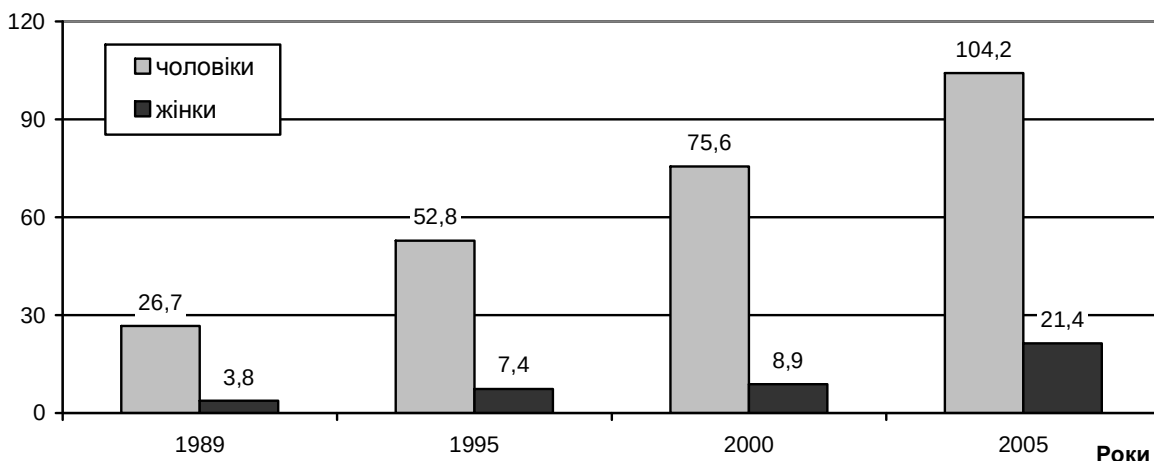


Рис. 2.1.17. Стандартизовані коефіцієнти смертності чоловіків та жінок віком 25–64 роки від інфекційних та паразитарних хвороб в Україні у 1989, 1995, 2000 та 2005 рр., на 100 тис. осіб

Джерело: дані ВООЗ (HFA-MDB).

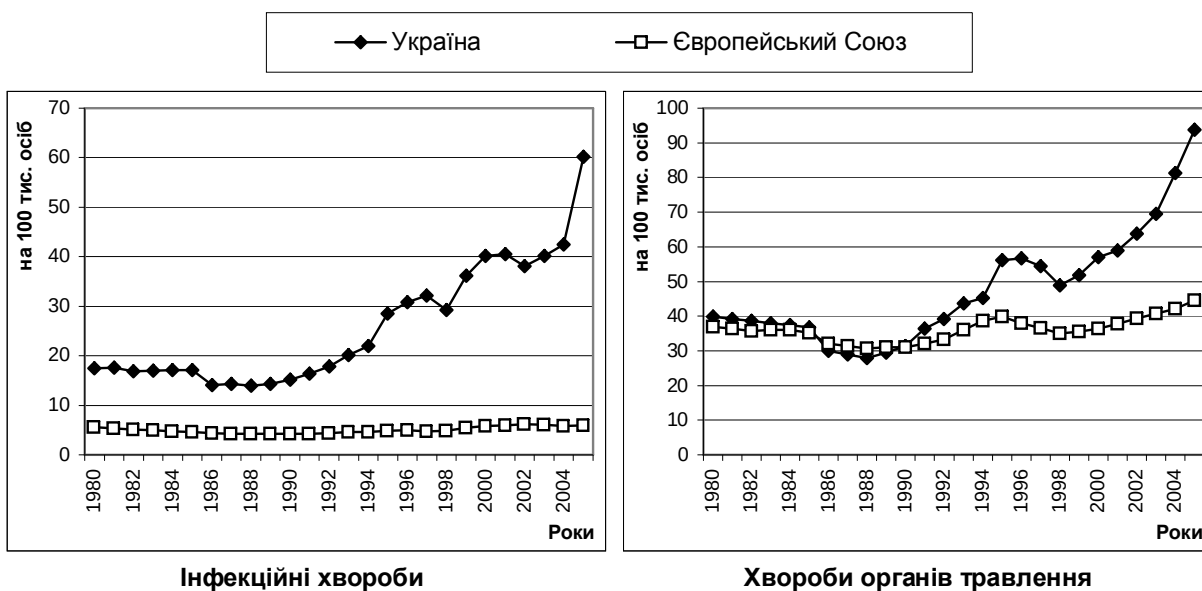


Рис. 2.1.18. Динаміка стандартизованих коефіцієнтів смертності населення віком 25–64 роки від інфекційних та паразитарних хвороб і хвороб органів травлення в Україні та країнах Європейського Союзу у 1980– 2005 рр.

Джерело: дані ВООЗ (HFA-MDB).

Результати аналізу тенденцій смертності від інфекційних та паразитарних захворювань в Україні на тлі європейських країн свідчить про те, що визначальну роль у смертності відіграє саме туберкульоз, поширений в Україні переважно серед чоловіків. Визнання в Україні наявності епідемії туберкульозу, на жаль, не призвело до бажаних наслідків у його профілактиці, діагностиці і лікуванні. Специфічний характер цього захворювання вимагає суспільних дій — окрема людина має надто

обмежені можливості протидії цьому захворюванню. До того ж знижується середній вік померлих від туберкульозу — тільки за 1996–2004 рр. на 1,8 року.

Максимальний ризик смерті від інфекційних та паразитарних хвороб характерний для віку 30–44 і 45–59 років, де стандартизовані коефіцієнти смертності чоловіків становлять відповідно 117,6 і 112,1 випадків на 100 тис. осіб відповідного віку, а жінок — 29,6 і 13,9 відповідно (рис. 2.1.19).

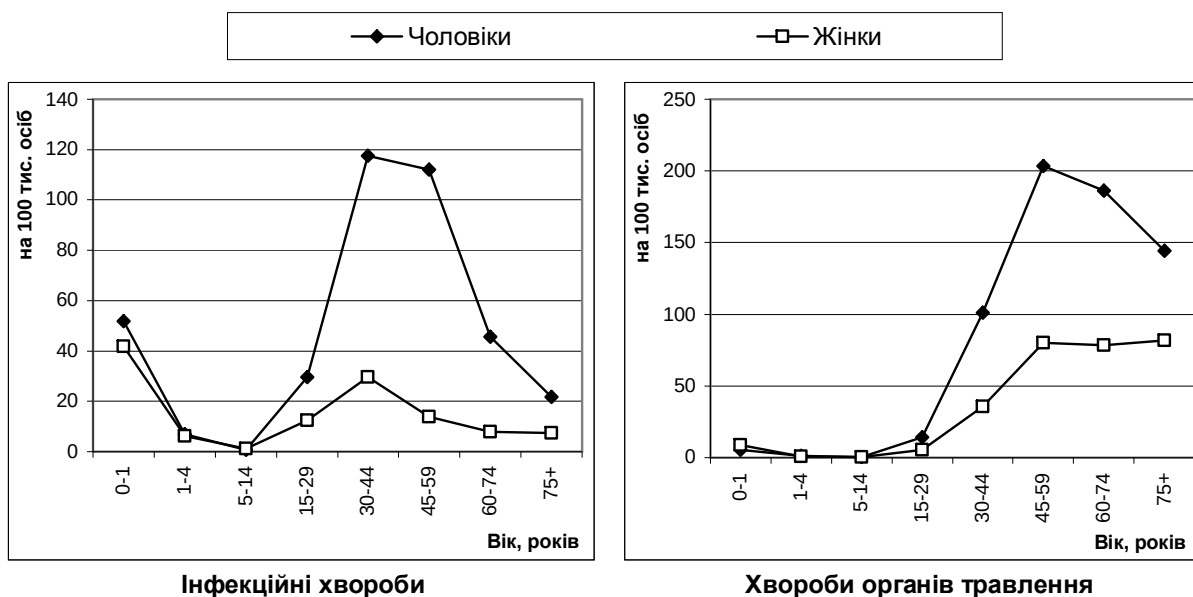


Рис. 2.1.19. Повікові стандартизовані показники смертності населення від інфекційних та паразитарних хвороб і хвороб органів травлення в Україні у 2005 р.

Джерело: дані ВООЗ (HFA-MDB).

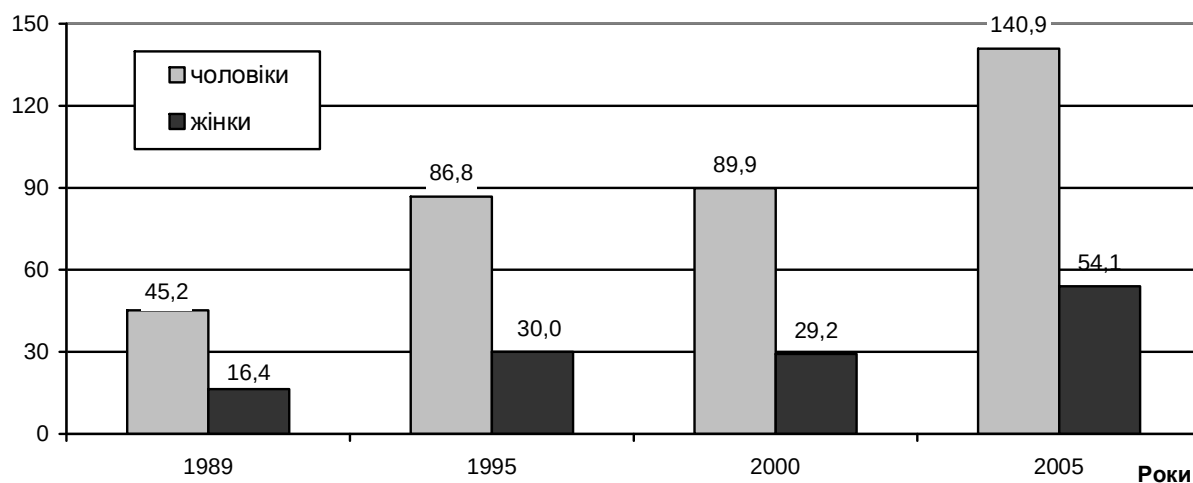


Рис. 2.1.20. Стандартизовані коефіцієнти смертності чоловіків та жінок віком 25–64 роки від хвороб органів травлення в Україні у 1989, 1995, 2000 та 2005 рр.

Джерело: дані ВООЗ (HFA-MDB).

Тенденції смертності населення України, особливо чоловіків, від хвороб органів травлення також є надзвичайно негативними: зростання спостерігається практично в усіх вікових групах; найбільш значне підвищення смертності припадає на останні 5 років (рис. 2.1.20).

Співвідношення показників смертності населення віком 25-64 роки від хвороб органів травлення в Україні та країнах ЄС значно погіршилось після 1995 р. — до того часу стандартизовані показники приблизно співпадали, а в 1986–1989 рр. були навіть нижчими (рис. 2.1.18). На жаль, випереджаюче зростання смертності від хвороб органів травлення в Україні (в цілому по країнах ЄС воно також відбувалося, але значно нижчими темпами) призвело до того, що в 2005 р. рівень смертності в Україні перевищив такий у країнах Європейського Союзу удвічі. Що стосується вікових ризиків смерті, то як показує рис. 2.1.19, найвищими вони є у віці 45–59 років для чоловіків (рівень смертності становить 80,1 випадка на 100 тис. населення) та 30–44 роки для жінок (29,6 випадків).

Загалом, як свідчить проведений аналіз, структура причин смерті населення трудоактивного віку в Україні не зазнала того процесу модернізації, який пережили розвинені європейські країни. Залишаються невирішеними завдання як першого, так і другого етапів епідеміологічного переходу, а отже є нагальна потреба у поступовій перебудові причин смерті з метою встановлення контролю та зменшення передчасної смертності.

2.2. Смертність від причин, яким можна запобігти

Смертність від причин, яким можна запобігти — це випадки смерті від певних хвороб у певному віці, яких можна уникнути (повністю або частково) за умови своєчасного звернення та отримання кваліфікованої медичної допомоги. Або, за іншим трактуванням — усі смерті, які можна попередити в разі оптимального використання відповідних медичних знань, служб, ресурсів системи охорони здоров'я. При цьому йдеться про два аспекти: внесок у збереження здоров'я безпосередньо системи медичної допомоги, з одного боку, і програм громадської охорони здоров'я як відображення соціальної політики держави — з іншого³⁷. Концепцію «запобіжної» смертності створено наприкінці ХХ століття (Rutstein, Charlton, Holland та ін.). Було визначено ряд хвороб та станів, смертності від яких у певному віці на сучасному етапі розвитку суспільства в цілому та медичної галузі зокрема можна уникнути. Один із перших переліків представлено у табл. 2.2.1. Нині в світі широко використовується метод визначення ефективності медичної допомоги та національної/регіональної політики з охорони здоров'я на основі аналізу випадків передчасної смерті, яким можна запобігти.

Таблиця 2.2.1. Перелік причин смерті, яким можна запобігти, за Holland (1988 р.)

Причини смерті	Вік, років
Злоякісні новоутворення шийки матки	15–64
Злоякісні новоутворення шийки та тіла матки	15–64
Хвороба Ходжкіна	5–64
Хронічні ревматичні хвороби серця	5–44
Хвороби органів дихання	1–14
Бронхіальна астма	5–44
Апендицит	5–64
Грижа черевної порожнини	5–64
Жовчнокам'яна хвороба, холецистит	5–64
Гіпертонічна хвороба	35–64
Цереброваскулярні хвороби	35–64
Ускладнення вагітності, пологів та післяпологового періоду	всі
Деякі причини перинатального періоду	менше 7 днів
Деякі інфекційні хвороби: черевний тиф, коклюш, правець, кір, остеомієліт	всі
Злоякісні новоутворення трахеї, бронхів та легень	5–64
Цироз печінки	5–64
Мототранспортні нещасні випадки	5–64

Джерело: Holland W.W. European community atlas of « Avoidable Death» . — N.Y., Oxford: Oxford Univ. Press, 1988. — 356 p.

³⁷ Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2005. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения. — Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. — 168 с.

Таблиця 2.2.2. Перелік причин смерті, яким можна запобігти, за Holland (1997 р.)

Причини смерті	Код за МКХ-10
1-а група	
Злоякісні новоутворення губи, ротової порожнини та глотки	C00–C14
Злоякісні новоутворення стравоходу	C15
Злоякісні новоутворення печінки і внутрішньопечінкових жовчних протоків	C22
Злоякісні новоутворення гортані	C32
Злоякісні новоутворення трахеї, бронхів, легенів	C33, C34
Злоякісні новоутворення інших і неточно визначених локалізацій органів дихання та грудної клітки	C30, C31, C37–C39
Злоякісні новоутворення сечового міхура	C67
Злоякісні новоутворення інших і не уточнених сечових органів	C65, C66, C68
Субарахноїдальний крововилив	I60
Крововилив в мозок та інший нетравматичний внутрішньочерепний крововилив	I61–I62
Інфаркт головного мозку	I63
Інсульт, не уточнений як крововилив чи інфаркт	I64
Інші ураження судин головного мозку (цереброваскулярні хвороби)	I67–I69
Алкогольна хвороба печінки (алкогольний: цироз, гепатит, фіброз)	K70
Фіброз та цироз печінки (окрім алкогольного)	K74
Інші хвороби печінки	K71–K73, K75–K76
КЛАС XIX. Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	S00–S99, T00–T98
2-а група	
Злоякісна меланома шкіри	C43
Інші злоякісні новоутворення шкіри	C44
Злоякісні новоутворення молочної залози	C50
Злоякісні новоутворення шийки матки	C53
Злоякісні новоутворення тіла матки та злоякісні новоутворення матки не уточненої локалізації	C54, C55
3-а група	
Злоякісні новоутворення простати	C61
Злоякісні новоутворення інших та не уточнених чоловічих статевих органів	C60, C62, C63
Хвороба Ходжкіна	C81
Неходжкінські лімфоми	C82–C85
Лейкемія	C91–C95
Хронічні ревматичні хвороби	I05–I09
Гіпертонічна хвороба	I10, I11–I13, I15
Виразка шлунку	K25
Виразка дванадцятипалої кишки	K26
Хвороби апендиксу	K35–K38
Грижі	K40–K46
Холелітіаз (жовчнокам'яна хвороба)	K80
Холецистит	K81
КЛАС I. Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	A00–A99, B00–B99
КЛАС X. Хвороби органів дихання	J00–J99
КЛАС XV. Вагітність, пологи та післяпологовий період	O00–O99

Зазначений перелік постійно переглядався та удосконалювався, відбувалися зміни стосовно списку вибраних причин та вікових груп, у яких визнавалось можливим попередження смертельних випадків внаслідок цих причин. Останній перелік Holland стосується вікового інтервалу 5–64 роки і розділений за способом попередження смерті на 3 групи причин: (1) за рахунок первинної профілактики; (2) шляхом вторинної профілактики: ранньої діагностики, ефективного лікування тощо; (3) шляхом поліпшення ефективності лікування та медичної допомоги³⁸.

До першої групи належать причини смерті, які, на думку Holland та інших вчених, можна попередити за рахунок первинної профілактики (табл. 2.2.2). Виникнення та розвиток хвороб і станів першої групи значною мірою визначаються поведінковими чинниками, способом життя, в тому числі зловживанням алкоголем та тютюнопалінням (судинні ураження мозку, ряд новоутворень, хронічні хвороби печінки). Виникнення деяких новоутворень (пухлини легенів, сечового міхура, печінки тощо) може визначатися також несприятливими виробничими умовами та професійними чинниками ризику.

Окрім того, перша група включає клас зовнішніх причин, на рівень смертності від яких значною мірою впливають профілактичні заходи на суспільному рівні: заходи з безпеки руху (ефективний контроль за дотриманням правил руху, обмеження швидкості, використання ременів безпеки), боротьба зі злочинністю, зловживанням алкоголем і наркотиками, тютюнопалінням, розвиток служб довіри, медико-соціальних кризових центрів, дотримання вимог безпеки на виробництві тощо.

До другої групи віднесено 5 локалізацій злоякісних новоутворень, смерті від яких можна запобігти шляхом ранньої діагностики та ефективного лікування. До третьої групи входять причини смерті, на які, на думку Holland, можна впливати в основному шляхом підвищення ефективності лікування та медичної допомоги. На смертність внаслідок інфекційних хвороб впливають як вакцинація і відповідне лікування, так і безпечні вода та харчування. Зміни у смертності від інших причин цієї групи (артеріальна гіпертензія/гіпертонічна хвороба, виразки шлунку і дванадцятипалої кишки, ускладнення вагітності і пологів, апендицит, грижі, холелітіаз) пов'язані з ефективністю та узгодженістю функціонування різних служб системи охорони здоров'я (точна та своєчасна діагностика, вчасне транспортування до лікарні, адекватна медична допомога, в т.ч. хірургічна).

В Україні майже третина громадян (33,4% у 2006 р.) вмирає у віці до 65 років. Рівень передчасної смертності населення України є набагато вищим, ніж у розвинутих країнах світу (особливо серед чоловіків), і, на відміну від них, не має тенденції до зниження. Смертність від причин, яким можна запобігти, є «керованою» частиною смертності передчасної; її високий рівень свідчить про низьку ефективність соціальної політики в цілому та роботи галузі охорони здоров'я зокрема. Саме

³⁸ Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: проблемы и перспективы / Под ред. Стародубова В.И., Михайловой Ю.О., Ивановой А.Е. — М.: Медицина, 2003. — 288 с.

«запобіжна» смертність є одним із чинників, що лежать в основі відмінностей показників між різними країнами, причому найбільші такі розбіжності спостерігаються стосовно станів, які піддаються впливу профілактичних стратегій. Впродовж останніх років у всіх країнах, що входили до Європейського союзу до 2004 року, смертність, від причин, яким можна запобігти, зменшилась³⁹.

Зараз існує два основні підходи до оцінки та аналізу «запобіжної» смертності, які всебічно доповнюють один одного — оцінка її рівня порівняно з обраним стандартом (регіоном країни, іншою країною або групою країн, показником у минулому тощо) та визначення причин, що є наслідком недостатньо ефективної діяльності системи охорони здоров'я або соціальної політики держави в цілому.

Хоча більшість дослідників нині використовує перелік Holland останнього перегляду (1997), стосовно нього виникає ряд дискусійних питань. Одним із них є визначення вікового інтервалу при аналізі «запобіжної» смертності. За останнім переглядом він становить 5–64 роки, незалежно від причини смерті. Визначення верхньою віковою межею 65 років для України, в якій майже третина населення не доживає до 60 років, є не зовсім коректним. Окрім того, внесок ряду хронічних неінфекційних захворювань, частота яких зростає пропорційно з віком, практично відсутній у дитячому та юнацькому віці. Наприклад, злоякісні новоутворення шийки та тіла матки, молочної залози є нехарактерною причиною смерті для жінок віку молодше за 15 років. З іншого боку, можливості істотного впливу на перебіг та запобігання смерті від ряду патологій різко зменшуються зі збільшенням віку хворого. Прикладом можуть служити хронічні ревматичні хвороби серця: захворювання, як правило виникає у молодому віці, і, якщо вчасно не надати хворому необхідного адекватного лікування, іноді й хірургічного, перебіг ускладнюється настільки серйозними функціональними і органічними порушеннями, що будь-яке медичне втручання є малоперспективним і зводиться до паліативних заходів. На противагу цьому, з'явилися публікації західноєвропейських фахівців стосовно доцільності аналізу смертності від причин, яким можна запобігти, у віковому періоді до 75 років, що аргументується зростанням середньої тривалості життя в Європейському Союзі.

Інше питання стосується змісту переліку та принципів групування. Важливою складовою переліку причин смерті, яким можна запобігти, за Holland останнього перегляду становлять злоякісні новоутворення, які в сучасній Україні обумовлюють набагато меншу частину смертей порівняно з розвинутими країнами світу. Внесення до переліку всього класу інфекційних та паразитарних хвороб також вбачається не зовсім раціональним. Зростання рівня смертності населення по класу інфекційних та паразитарних хвороб, яке спостерігалось в Україні, є нехарактерним для розвинутих країн. Той факт, що така причина, як туберкульоз формує основний масив таких смертей і лежить в основі частку відмінностей рівня смертності від обумовлених інфекційних та паразитарних хвороб в Україні

³⁹ Treurniet H. F. and al. Avoidable mortality in Europe (1980–1997): a comparison of trends // J. Epidemiol. Com. Hlth. — 1998. — Vol.52. — P.624–630.

та країнах Євросоюзу, є істотним аргументом виділення її для аналізу ситуації в Україні (тоді як для іншої країни такою причиною стане, наприклад, малярія). Британські вчені E. Nolte та M. McKee у своєму дослідженні зрушень у стані громадського здоров'я в Україні впродовж 1965–2000 рр.⁴⁰ не використовували групування причин смерті, яким можна запобігти, за рівнями профілактики. Стосовно віднесення конкретної патології до певної групи за способом запобігання іноді важко визначитись, адже на потенційну можливість передчасної смерті може впливати як недопущення виникнення захворювання, так і діяльність у ситуації, коли вже існує загроза життю. Зокрема, цереброваскулярні захворювання віднесено до групи I, тобто до тих, які можна попередити за рахунок первинної профілактики, хоча рівень цієї патології у певному віці є інформативним маркером якості вторинної профілактики одного з найбільш поширених сучасних захворювань — артеріальної гіпертензії.

На нашу думку, принцип класифікації причин смерті, яким можна запобігти, за рівнями профілактики є прийнятним, але для практичного застосування в національних умовах потребує подальшого опрацювання і пристосування до конкретних умов в кожній країні. Є певні приклади такої адаптації (табл. 2.2.3). Так, вказівками Міністерства охорони здоров'я і соціального захисту Російської Федерації запропоновано здійснювати узагальнену оцінку передчасної та «запобіжної» смертності за сформованим національними фахівцями Мінімальним списком «запобіжних» причин смерті в Росії⁴¹.

Дослідження за повним переліком є незамінним для порівняльного аналізу з європейськими країнами, однак для внутрішніх потреб вважається доцільнішим використання адаптованого і коротшого національного переліку. Вибір причин смерті у переліку і принципу їх групування здійснюється, виходячи з пріоритетів та можливостей держави, передусім системи охорони здоров'я і соціальних служб на сучасному етапі. Перелік має систематично переглядатися, поновлюватися та розширюватися, адже обґрунтований вибір певних причин є важливим кроком на шляху дієвого впливу через обґрунтовані програми та заходи на зменшення рівня

⁴⁰ E. Nolte, M. McKee Population health in Ukraine: consequences of a failing health system?, представлено на міжнародному семінарі «Смертність у країнах колишнього СРСР. П'ятнадцять років після розпаду: що змінилось?» (Київ, жовтень 2006). Проаналізовано смертність, якій можна запобігти, за двома групами причин, а саме: treatable mortality, тобто смертність від причин, на які впливає передусім діяльність охорони здоров'я (первинна та стаціонарна допомога, популяційні втручання та скринінг); та preventable mortality, тобто смерті від причин, що більшою мірою залежать від міжсекторальної державної політики стосовно громадського здоров'я. До першої групи було віднесено вибрані інфекційні хвороби (туберкульоз, правець, кір та інші); окремі онкозахворювання (рак молочної залози, шийки матки, лейкемія у дітей); цукровий діабет у віці до 50 років; гіпертонічна хвороба і інсульт; грип і пневмонія; вибрані хвороби шлунково-кишкового тракту (апендицит, виразкова хвороба, грижі та інш.); вроджені вади серця і судин; ускладнення вагітності і пологів та окремі стани, що виникають у перинатальному періоді. Друга група — це передусім рак легенів (безпосередньо пов'язаний з тютюнопалінням), та алкогольнозалежні причини (алкогольний психоз, хронічний алкоголізм, алкогольний цироз печінки та випадкові отруєння алкоголем) та нещасні випадки, пов'язані з автотранспортом.

⁴¹ Методические указания Министерства здравоохранения и социальной защиты Российской Федерации №2001/250: «Определение приоритетов развития здравоохранения на федеральном и региональном уровнях на основе обобщенной оценки преждевременной и предотвратимой смертности населения» — М., 2001.; Предотвратимая смертность в России и пути снижения / Под ред. Михайловой Ю.В., Ивановой А.Е. — М.: ЦНИИОИЗ, 2006. — 312 с. — С. 440.

смертності. Для оперативного аналізу можна запропонувати скорочений національний перелік такого змісту: цереброваскулярні хвороби, злоякісні новоутворення трахеї, бронхів та легенів, цироз печінки, туберкульоз (або весь клас інфекційних та паразитарних хвороб) та клас зовнішніх причин (для обох статей); злоякісні новоутворення шийки і тіла матки (для жінок).

Таблиця 2.2.3. Мінімальний список причин смерті, яким можна запобігти, в Росії наприкінці 90-х років

Причина смерті	Вік, років	Код за МКХ-9
Туберкульоз органів дихання	5–64	010–012
Злоякісні новоутворення трахеї, бронхів і легенів	5–64	162
Злоякісні новоутворення молочної залози (жінки)	15–64	174–175
Злоякісні новоутворення шийки матки (жінки)	15–64	180
Гострий інфаркт міокарду	35–64	410.A–410.B
Пневмонія	0–64	480–483, 485–486
Виразка шлунку	5–64	531
Виразка 12-палої кишки	5–64	532–533
Цукровий діабет	35–64	250
Дорожньо-транспортні пригоди	Усі	E800–E807, E810–E848
Самогубства	Усі	E950–E959
Вбивства	Усі	E960–E978
Випадкові отруєння алкоголем	Усі	E860

Якщо при аналізі втрат внаслідок передчасної смертності ми звертаємо увагу передусім на кількісні показники, що віддзеркалюють найбільші за обсягом демографічні втрати (за причинами, у певному віці та за статтю), не враховуючи потенційних можливостей їх зменшення, то дослідження смертності від причин, яким можна запобігти, несе у собі більш практичний підхід з точки зору попередження значної частки таких смертей. На сьогодні, коли наявні фінансові ресурси нашої держави, на жаль, є обмеженими, надзвичайно важливо визначити пріоритетні напрями, за якими затрачені зусилля спроможні призвести до реальних позитивних результатів, а вкладання коштів є найбільш ефективним. Визначення таких напрямів має базуватися на науково обґрунтованих рекомендаціях науковців. У цьому контексті дослідження рівня, динаміки та структури смертності від причин, яким можна запобігти, є вкрай актуальним.

Нами виконано аналіз смертності від причин, яким можна запобігти, за останнім переліком Holland (1997 р.) у віці 25–65 роки в Україні. Віковий інтервал 25–64 роки — вік трудової активності, коли абсолютна більшість громадян завершила освіту та професійну підготовку і безпосередньо бере участь у створенні національного продукту. Інформаційною базою дослідження стали дані Державного комітету статистики України за 1989, 1995 та 2006 роки. Розрахунки та порівняння показників супроводжувалися певними труднощами через зміни у кодуванні причин смерті, пов'язані з переходом від Міжнародної класифікації хвороб 9-го перегляду до Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду. Однак після ретельного розгляду

зазначених відмінностей (перехід окремих причин із класу в клас, включення ряду причин у більш укрупнені групи або навпаки, виділення певних нозологій, зміни назви тощо) дослідники дійшли узгодженої думки, що вони не можуть суттєво вплинути на результати дослідження через відносно незначну кількість смертних випадків, обумовлених саме «спірними» причинами.

Аналіз показав, що в цілому динаміка смертності від причин, яким можна запобігти, подібна до змін смертності загальної. Так, хоча її найвищий рівень спостерігався у кризовому 1995 р., однак і у 2006 році показники значно перевищували рівень 1989 р. — на 36% у чоловіків та на 20% у жінок (табл. 2.2.4). Близько половини (57% у чоловіків та 52% у жінок) смертних випадків у трудовоактивному періоді 25–64 роки можна класифікувати як такі, яким можна було запобігти.

Таблиця 2.2.4. Показники смертності населення віком 25–64 роки від причин, яким можна запобігти, в Україні у 1989, 1995 та 2006 рр., на 100 тис. осіб

	Чоловіки			Жінки		
	1989	1995	2006	1989	1995	2006
I група	479,0	720,4	624,0	134,6	188,2	167,4
II група	3,0	3,5	3,4	46,2	51,6	51,7
III група	118,9	192,9	192,5	42,0	48,9	49,1
Всього	600,8	916,9	819,8	222,8	288,7	268,2

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

Найбільш вагомою групою виявилась перша група причин, смерті від яких могли бути попереджені завдяки первинній профілактиці. Причинами першої групи в Україні обумовлено майже 4/5 всіх випадків «запобіжної» смерті чоловіків та 2/3 — жінок трудовоактивного періоду. Зазначена група причин посідає домінуюче місце і в європейських країнах, проте її роль там на відміну від України останніми роками послаблюється, що пояснюється передусім змінами у способі життя внаслідок проведення цілеспрямованої соціальної політики. В Україні зростання рівня смертності внаслідок причин першої групи у 2006 р. порівняно з 1989 р. становило 30% у чоловіків та 24% у жінок.

Найменшою є частка другої групи причин смерті, яким можна запобігти, за яку, за думкою Holland, відповідальна передусім вторинна профілактика, рання діагностика і лікування. Рівень смертності, обумовленої причинами другої групи, з 1989 р. зріс практично однаково у чоловіків та жінок (на 14 та 12%), хоча ця група за складом найбільш відрізняється для населення різної статі. Дві з п'яти форм новоутворень ніколи не виникають у чоловіків (пухлини матки), ще одна може зустрічатися як винятковий випадок (рак молочної залози).

Смертність від причин третьої групи, за які, як вважається, відповідальні покращання лікування та удосконалення надання медичної допомоги, практично не змінилася порівняно з піковим рівнем смертності у 1995 р. (на тлі зменшення сумарного рівня від всіх трьох груп впродовж 1995–2006 рр. на 11%). Це може

свідчити про неефективність наявної системи медичної допомоги. Особливістю було те, що з 1989 р. її рівень серед чоловіків підвищився значно більшою мірою, ніж у жінок (на 62% та 17% відповідно). При всіх можливих претензіях до наявної системи надання медичної допомоги в Україні закинути їй обвинувачення у статевій дискримінації неможливо. Ця диспропорція, на нашу думку, певною мірою ілюструє сформоване безвідповідальне ставлення значної частини чоловіків до власного здоров'я. Адже своєчасне звернення по медичну допомогу та прихильність до виконання лікарських призначень має не меншу, а часто й більшу значущість щодо запобігання смерті у трудовоактивному віці, аніж наявність, наприклад, найскладнішого сучасного обладнання та найдорожчих лікарських препаратів.

Статеві відмінності у структурі смертності від причин, яким можна запобігти, обумовлені як наявністю у певній групі патологій, властивих виключно певній статі (наприклад, патологій, пов'язаних з дітонародженням, новоутворень статевих органів тощо); так і вищим рівнем смертності серед чоловічого населення від ряду причин у трудовоактивному віці.

Рівень смертності від причин, яким можна запобігти, у чоловіків трудовоактивного віку був утричі вищим, ніж у жінок — їхніх одноліток, причому у 2006 р. порівняно з 1989 р. диспропорція стала більш виразною (3,1 та 2,7 разу відповідно). У структурі «запобіжної» смертності чоловіків та жінок віком 25–64 роки у 1989, 1995 та 2006 рр. не спостерігалось істотних змін (табл. 2.2.5, 2.2.6). Для жінок, на відміну від чоловіків, розбіжності у показниках смертності від причин другої та третьої груп були незначними, і навіть у 2006 р. причини третьої групи з мінімальним розривом відійшли на третє місце.

Таблиця 2.2.5. Структура «запобіжної» смертності чоловіків віком 25–64 роки в Україні у 1989, 1995 та 2006 рр.

	Абсолютні числа (тис. осіб)			%		
	1989	1995	2006	1989	1995	2006
I група	61,5	90,2	73,4	79,7	78,6	76,1
II група	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4	0,4
III група	15,3	24,2	22,6	19,8	21,0	23,5
Всі	77,2	11,5	96,4	100	100	100

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

Таблиця 2.2.6. Структура «запобіжної» смертності жінок віком 25–64 роки в Україні у 1989, 1995 та 2006 рр.

	Абсолютні числа (тис. осіб)			%		
	1989	1995	2006	1989	1995	2006
I група	19,6	26,4	22,2	60,4	65,2	62,4
II група	6,7	7,2	6,9	20,7	17,9	19,3
III група	6,1	6,8	6,5	18,9	16,9	18,3
Всі	32,4	40,4	35,6	100	100	100

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

Особливу увагу суспільства потрібно привертати до тих причин смерті, що обумовлюють максимальні втрати, з одного боку, та значною мірою можуть бути усунені силами сучасної медицини — з іншого. Було здійснено аналіз динаміки показників смертності від окремих причин смерті, яким можна запобігти (табл. 2.2.7). Якщо для всіх причин в цілому та більшості причин «запобіжної» смерті зазвичай 1995 р. був піковим, а пізніше відбувалось зниження різного ступеню, тобто повторювався профіль зростання загальної смертності (див. табл. 2.2.4), то для окремих причин спостерігалась інша динаміка. На рис. 2.2.1 та 2.2.2 проілюстровано особливості зміни рівнів смертності чоловіків і жінок від обраних причин у досліджуваному періоді. Зокрема, показник смертності від інфекційних і паразитарних хвороб зростає безперервно. Обумовлене передусім туберкульозом підвищення смертності у 4–5 разів є свідченням санітарно-епідемічного неблагополуччя в країні. Подібна динаміка була характерною лише для ще однієї з вибраних причини — цирозу та фіброзу печінки. Традиційно ця патологія випадала з поля зору дослідників. Однак масштаби втрат внаслідок смертності, обумовленої цією групою уражень печінки, вражають — для чоловіків вони практично ідентичні таким від цереброваскулярних захворювань або від усіх інфекційних і паразитарних хвороб, для жінок — дорівнюють сумі смертей за рахунок раку матки та всіх інфекційних і паразитарних хвороб. Цироз печінки часто є наслідком зловживання алкоголем, більшою мірою у чоловіків. Проте останнім часом зростає частка уражень печінки іншої генези — токсичні через отруєння (випадкові, професійні, самоушкодження, побічні дії деяких лікувальних препаратів), постінфекційний та аутоімунний цироз.

Таблиця 2.2.7. Показники смертності населення віком 25–64 роки від окремих причин, яким можна запобігти, в Україні у 1989, 1995 та 2006 рр., на 100 тис. осіб

Причини смерті	Чоловіки			Жінки		
	1989	1995	2006	1989	1995	2006
Клас I. Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	25,8	51,6	97,5	4,0	7,3	21,2
Злоякісні новоутворення трахеї, бронхів, легенів	89,7	81	51	9,9	8,5	6,6
Злоякісні новоутворення матки	—	—	—	15,7	16,9	17,5
Цереброваскулярні хвороби	90,2	135,6	97,5	64,9	81,9	51,3
Цироз та фіброз печінки	20,7	49,4	93,6	8,2	18,7	38,5
Клас XX. Зовнішні причини смерті	227,8	401,9	332,2	44,5	73,9	62,6

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

А от смертність, спричинена злоякісними новоутвореннями трахеї, бронхів та легень, навпаки, з 1989 р. дещо знизилась. Парадокс — палять в Україні більше, вмирають менше. На думку експертів, таке зниження не можна інтерпретувати як позитивну тенденцію. Тривала експозиція виникнення раку органів дихання обумовлює те, що частина потенційних жертв не «доживає» до власного раку, помираючи

передчасно від інших причин, в тому числі хвороб системи кровообігу, чинником ранньої смерті від яких також є тютюнопаління. Зміни рівня смертності жінок, обумовленої раком матки, впродовж досліджуваного періоду були незначними. Тривогу викликає високий рівень смертності від цереброваскулярних хвороб, як чоловіків, так і жінок, адже існують значні можливості запобігання смертності від цих причин.

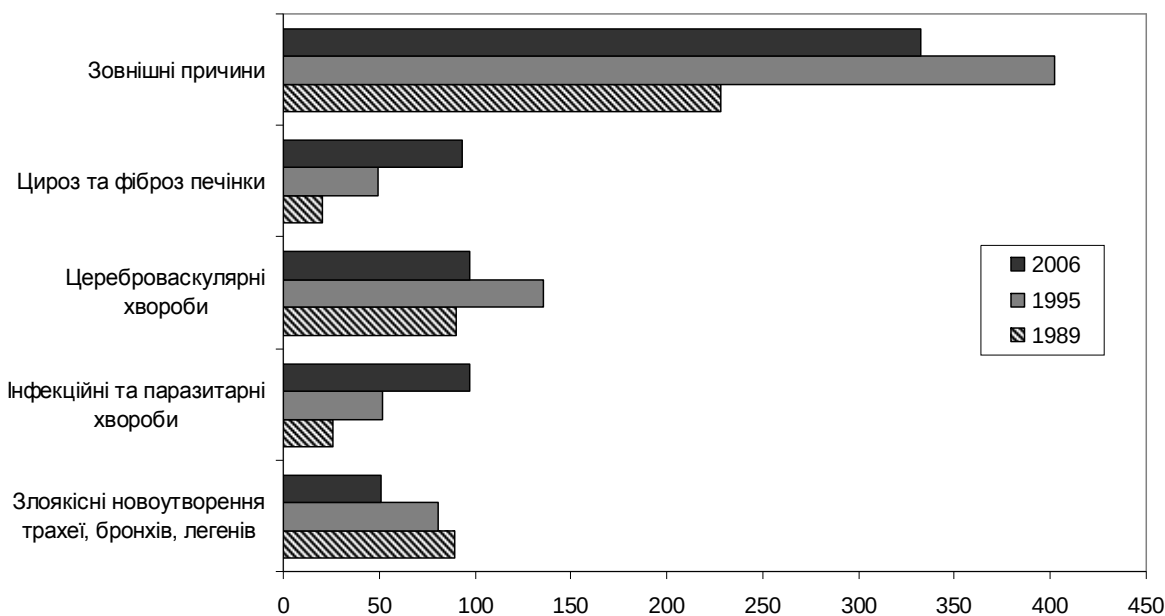


Рис. 2.2.1. Показники смертності чоловіків віком 25–64 роки від окремих причин смерті, яким можна запобігти, в Україні у 1989, 1995 та 2006 рр., на 100 тис. осіб

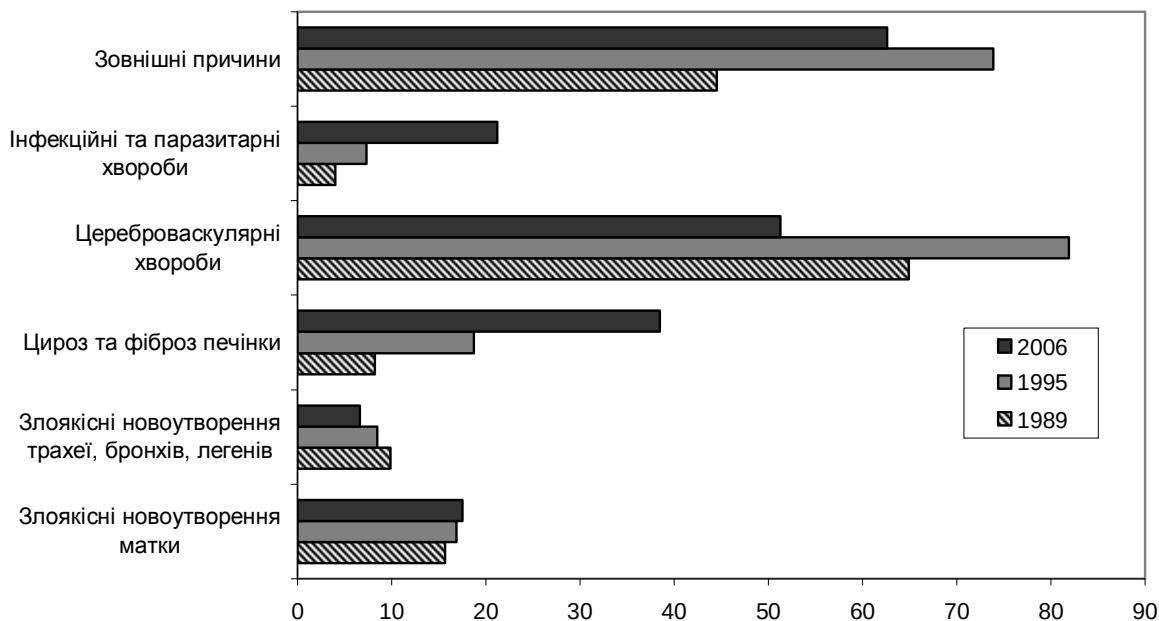


Рис. 2.2.2. Показники смертності жінок віком 25–64 роки від окремих причин смерті, яким можна запобігти, в Україні у 1989, 1995 та 2006 рр., на 100 тис. осіб

Результати проведеного дослідження дозволили сформулювати висновок стосовно тенденції до зростання рівня смертності від причин, яким можна запобігти, причому це стосується переважної більшості патологій. Так, впродовж 1989–2006 рр. в Україні відбулось підвищення показників смертності від причин, яким можна запобігти, на 36% у чоловіків та на 20% у жінок.

Найбільш вагомою групою у структурі смертності чоловіків та жінок від причин, яким можна запобігти, виявилась перша, тобто група причин, смертність від яких може бути попередженою завдяки первинній профілактиці (76% та 62% для жінок відповідно). Причинами третьої групи, уникнення смертей внаслідок яких можливе шляхом поліпшення ефективності лікування та медичної допомоги, обумовлено 23,5% смертей чоловіків та 18% жінок; другої, попереджуваної передусім за рахунок вторинної профілактики — 19% смертей жінок та лише 0,4% чоловіків.

Інформацію про рівень «запобіжної» смертності можна використовувати для таких цілей:

- вибір пріоритетів в охороні здоров'я;
- визначення потреб населення у наданні медичної допомоги;
- вимірювання результативності діяльності системи охорони здоров'я;
- розподіл ресурсів;
- управління стаціонарними службами;
- організація профілактики та лікування професійних захворювань⁴².

Зниження рівня «запобіжної» смертності розцінюється як результат ефективної соціальної політики та діяльності системи охорони здоров'я, а стабільність і тим більш зростання — навпаки. Аналіз «запобіжної» смертності, використаний як критерій результативності національної політики з охорони здоров'я та медичної допомоги, може стати дієвим інструментом державного управління на шляху зменшення втрат людського потенціалу України.

⁴² Телішевська М.Г. Застосування інформації про «запобіжну смертність» в управлінні охороною здоров'я // Медичний реферативний журнал. — Р. 2. — 1999. — №1–2. — С. 55–65.

2.3. Соціально детерміновані захворювання та їх роль у структурі причин смерті

Сучасне українське суспільство поки що не досягнуло єдності і стабільності у виборі стратегічних пріоритетів соціально-економічного розвитку і як наслідок продовжує перебувати у стані ціннісно-нормативної дезінтеграції. Труднощі трансформаційного періоду, що полягають у зменшенні матеріальних та інших ресурсів, зниженні доступності необхідних послуг, звуженні життєвих потреб і можливостей їх задоволення, створили умови, сприятливі для наступу соціально детермінованих захворювань. Соціальні патології набувають в Україні все більшого розмаху: поширюється криміналізація суспільного та політичного життя, зростає розповсюдженість алкоголізму й наркоманії, підвищується захворюваність на СНІД і туберкульоз. Значною мірою цьому сприяють зміни у соціальній структурі українського суспільства, а саме поглиблення соціальної нерівності й маргіналізація значної частини населення. Безсумнівно, що ризик смерті від соціально детермінованих причин смерті є найвищим серед «низькостатусних» осіб (безпритульних, мігрантів, біженців, алкоголіків, наркоманів, ув'язнених і звільнених з виправних установ), що тісно пов'язано з особливостями їхнього способу та умов життя. Соціальні відхилення неминучі у будь-якому суспільстві. Однак Україна потерпає від надмірного поширення соціальних патологій, «дистанційованість» яких від більшості населення стає все меншою, поширення яких відзначається виходом із вузько локалізованих соціально-дезадаптованих верств на основне населення.

У даному розділі розглядаються такі складові соціально детермінованої смертності як алкогольно залежна смертність, смертність від туберкульозу та СНІДу.

Алкогольно залежна смертність. Значна поширеність вживання алкоголю в українському суспільстві, широкий перелік обумовлених нею суспільно шкідливих наслідків не дає підстав для сумнівів у злободенності проблем, пов'язаних із алкоголем, масштаби і глибина яких, на жаль, не усвідомлюються на належному рівні а ні суспільством, а ні державою. Як відомо, вплив алкоголю на здоров'я є різнобічним, але однозначно негативним у разі зловживання. Існує доведений медиками зв'язок між надмірним споживанням алкоголю та його токсичними ефектами. Небезпека та підступність алкоголю полягає в тому, що він впливає на психіку й поведінку людини навіть у разі прийому його невеликої кількості, а внаслідок систематичного зловживання призводить до формування психологічної і фізичної залежності, розвитку хронічного алкоголізму, алкогольних психозів, спричиняє виникнення й загострення багатьох інших соматичних захворювань. З іншого боку, доволі слушно завважити факт існування доказів певних захисних ефектів споживання алкоголю у малих дозах. Вони полягають в тому, що поміrne вживання спиртних напоїв запобігає виникненню серцево-судинних хвороб. Таке твердження неабиякою мірою впливає на алкогольну політику європейських держав, сприяючи розширенню алкогольного ринку. Водночас, на нашу думку, розглядати

захисну дію алкоголю у позитивному сенсі можна лише у розвинених країнах з високим економічним добробутом і відповідною культурою вживання алкогольних напоїв. Натомість у країнах з низьким рівнем життя будь-які позитивні ефекти алкоголю не йдуть ні в яке порівняння з його негативними наслідками, які є руйнівними для здоров'я, і призводять до втрат тривалості життя взагалі і потенційних років здорового життя зокрема.

Немає потреби доводити величезну роль алкоголю у житті і побуті пересічного українця. Існують певні історичні традиції споживання алкоголю, пов'язані з тим, що у структурі споживання алкоголю переважають міцні алкогольні напої. Модель споживання алкоголю в Україні та розвинених країнах суттєво відрізняється. Це виявляється передусім у нерегулярному, але високому рівні споживання напоїв із сильною концентрацією спирту, при якому періоди утримання чергуються із «запоями». Такі «ударні» одноразові дози алкоголю завдають доволі сильного токсичного впливу на організм, нерідко з летальними наслідками. Тому відмінності щодо споживання алкоголю в Україні порівняно з розвиненими європейськими країнами полягають не просто в кількості випитого, а у культурі пиття, наразі у її відсутності.

Демографічні наслідки надмірного споживання алкоголю в Україні лежать у площині руйнування здоров'я і формування значних обсягів передчасної смертності, передусім серед населення трудоактивного віку.

Згідно з офіційними даними Держкомстату внесок алкогольних смертей до загального числа смертних випадків в Україні не перевищує 2,5% (17,4 тис. померлих у 2006 р.), більшість з них становлять випадкові отруєння алкоголем. Проте роль алкогольного чинника у формуванні смертності населення цим не вичерпується. Існуюча статистика не дає змоги об'єктивно оцінити втрати здоров'я й тривалості життя внаслідок надмірного вживання алкоголю. Справжні масштаби алкогольно залежної смертності є прихованими, що пов'язано з багатьма чинниками.

По-перше, демографічні втрати від алкоголю не обмежуються померлими через причини, безпосередньо пов'язані зі зловживанням алкоголем (хронічний алкоголізм, алкогольні психози, випадкові отруєння алкоголем, алкогольний цироз печінки), хоча вони є досить високими. Окрім безпосередніх існує значна частина непрямих, опосередкованих втрат. Зокрема, вищезгадана модель споживання алкоголю в Україні, пов'язана із вживанням так званих «ударних» доз алкоголю, обумовлює вкрай негативні токсичні впливи на організм людини: збільшення ризику тромбозів, серцевої аритмії, змін у міокарді, гіпертонії. Різноманітні дослідження підтверджують чіткий зв'язок між частотою смертей від раптових серцевих нападів та випадками алкогольної інтоксикації різного ступеню⁴³. Саме надмірне вживання алкоголю часто спричиняє раптове загострення хронічних соматичних захворювань з летальними наслідками.

⁴³ Chenet L., Leon D., McKee M., Shkolnikov V., Vassin S. Alcohol and cardiovascular mortality in Moscow: new evidence of a causal association. — Epidemiol. Community Health, 1998, Vol. 52, pp. 772–774.

По-друге, зловживання алкоголем суттєво підвищує ризик смерті від зовнішніх причин, тобто неприродних причин смерті, оскільки у стані достатньо вираженого сп'яніння людина нерідко втрачає здатність адекватно оцінювати ситуацію, що провокує невмотивовану агресивну поведінку, внаслідок чого дії такої людини стають небезпечними для життя і здоров'я. Тому значна частина алкогольних смертей «замаскована» у різного роду нещасних випадках, травмах, отруєннях, вбивствах, самогубствах і т. д.⁴⁴. Різні дослідження доводять, що значна частина чоловіків працездатного віку, померлих від соматичної патології, знаходились у стані алкогольної інтоксикації, тобто їхня смерть безпосередньо або опосередковано була пов'язана зі зловживанням алкоголем. Окрім цього, на тлі швидкого зростання в Україні смертності від не уточнених та невідомих причин смерті, а також пошкоджень без уточнень можна припустити неабияку роль алкоголю у формуванні цієї складової смертності.

По-третє, достовірні обсяги алкогольно залежних втрат є заниженими і не відповідають дійсності як через те, що лікарі часто виявляються не підготовленими поставити правильний діагноз і виділити головну та супутні причини смерті, так і у зв'язку з перекручуванням справжнього діагнозу на прохання родичів померлого через їхнє небажання висвітлювати зв'язок смерті з випадком зловживання алкоголем. Таким чином, алкогольно асоційована смертність охоплює широкий перелік причин, які безпосередньо або опосередковано пов'язані зі зловживанням алкоголем. Більшість таких смертей відбувається у віці активної трудової діяльності.

Підтвердженням зазначеного і промовистим свідченням тієї незримої, але водночас такої значущої ролі, яку виконує алкоголь у формуванні передчасної смертності населення України, є антиалкогольна кампанія, запроваджена радянським урядом у середині 1980-х років. Попри неоднозначні оцінки її результати у демографічній сфері виявились вкрай показовими з точки зору пошуку резервів скорочення смертності та подовження середньої тривалості життя. Зокрема, середня тривалість життя при народженні виросла в Україні на 2,3 року у чоловіків та 0,9 року у жінок у 1986 р. порівняно з 1984 р., в тому числі у віці 25–64 років — на 1,7 та 0,5 року відповідно, що розглядається нами передусім як наслідок антиалкогольної кампанії. Проведені розрахунки свідчать, що такий приріст середньої тривалості життя пов'язаний зі зниженням смертності практично від усіх основних груп причин смерті, окрім новоутворень. При цьому найбільш чутливо «зреагувала» смертність від зовнішніх дій і серцево-судинних захворювань, що дає підставу стверджувати про існування чіткого взаємозв'язку між споживанням алкоголю і зазначеними причинами смерті. Зокрема, у 1984–1986 рр. зменшення показників смертності чоловіків від

⁴⁴ Наприклад, згідно з оцінкою російських вчених, зокрема О. Немцова, людські втрати, які більшою чи меншою мірою пов'язані із вживанням алкоголю, становлять у Росії не менше третини всіх смертей, що значно більше офіційних даних Госкомстату РФ (3% загального числа смертних випадків). За оцінкою дослідника з алкоголем пов'язані 72% вбивств, 42% самогубств, 53% смертей від інших зовнішніх дій, 68% смертей від цирозів печінки і 60% від панкреатиту, 23% смертей від серцево-судинних захворювань і 25% — від інших причин смерті⁴⁴ // Немцов А. В. Алкогольный урон регионов России. — М.: NALEX, 2003. — 136 с.

зовнішніх дій і хвороб системи кровообігу забезпечило 50,3 та 27,8% зазначеного приросту тривалості життя у віці 25–64 роки відповідно. У жінок внесок скорочення смертності від нещасних випадків, отруєнь і травм до приросту тривалості життя становив 30,4%, від серцево-судинних захворювань — 52,2% (табл. 2.3.1).

Таблиця 2.3.1. Внесок основних класів причин смерті до приросту середньої тривалості життя у віці 25–64 роки в Україні внаслідок антиалкогольної кампанії у 1984–1986 рр. та скорочення тривалості життя у 1989–1995 рр.

Класи причин смерті	Приріст тривалості життя у віці 25–64 роки у 1984–1986 рр.				Скорочення тривалості життя у віці 25–64 роки у 1989–1995 рр.			
	чоловіки		жінки		чоловіки		жінки	
	роки	%	роки	%	роки	%	роки	%
Інфекційні та паразитарні хвороби	0,06	3,6	0,01	2,2	-0,22	-5,6	-0,05	-3,3
Новоутворення	-0,04	-2,4	-0,02	-4,4	-0,00	0,0	-0,07	-4,7
Хвороби системи кровообігу	0,47	27,8	0,24	52,2	-1,32	-33,6	-0,67	-44,7
Хвороби органів дихання	0,13	7,7	0,04	8,7	-0,30	-7,6	-0,06	-4,0
Хвороби органів травлення	0,14	8,3	0,03	6,5	-0,30	-7,6	-0,13	-8,7
Зовнішні дії	0,85	50,3	0,14	30,4	-1,39	-35,4	-0,34	-22,6
Інші причини	0,08	4,7	0,02	4,4	-0,40	-10,2	-0,18	-12,0
Усі причини	1,69	100,0	0,46	100,0	-3,93	-100,0	-1,50	-100,0

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

З метою визначення демографічного ефекту антиалкогольної кампанії нами виконано ретроспективний гіпотетичний розрахунок чисел померлих в Україні на період з 1965 по 2005 рр. за умови відсутності антиалкогольних заходів. Розрахунки, проведені на основі порівняльного аналізу фактичних даних та даних лінійного тренду, показали, що внаслідок антиалкогольної кампанії протягом 1986–1990 рр. в Україні було збережено життя 157,9 тис. осіб, в тому числі: у 1986 р. — 40,1 тис., 1987 — 30,3 тис., 1988 р. — 27,4 тис., 1989 р. — 38,9 тис., 1990 р. — 21,3 тис. (рис. 2.3.1). Понад дві третини «виграшу» у скороченні числа померлих становили особи віком 25–64 роки. Якщо орієнтуватися на офіційні дані продажу алкогольних напоїв того часу, то можна стверджувати, що зменшення споживання алкоголю завдяки антиалкогольній кампанії в середньому на 2,2 літра чистого спирту (від 5,7 у 1983–1984 рр. до 3,5 у 1985–1990 рр.) призвело до скорочення кількості смертей на 157,9 тис., або на 31,6 тис. в середньому за рік. При цьому слід наголосити, що йдеться лише про деяке скорочення споживання алкоголю, тобто у разі мінімізації вживання алкогольних напоїв виграш у зменшенні чисел померлих буде ще більшим. Зв'язок між споживанням алкоголю і числом померлих є дуже тісним: $r = -0,88$.

Як відомо, саме у зв'язку з антиалкогольною кампанією певна частина демографів (передусім, російських) заперечують факт різкого зростання смертності населення у 1990-х роках як наслідку гострої соціально-економічної кризи того часу, мотивуючи це тим, що значна частина померлих завдяки антиалкогольній кампанії

прожила довше, ніж за умов її відсутності, і, хто мав би померти у середині 1980-х, померли протягом наступного десятиліття⁴⁵. На їхню думку різкий підйом смертності в Росії у першій половині 1990-х років є наслідком компенсаторного ефекту, викликаного зрушеннями у «календарі смертей».

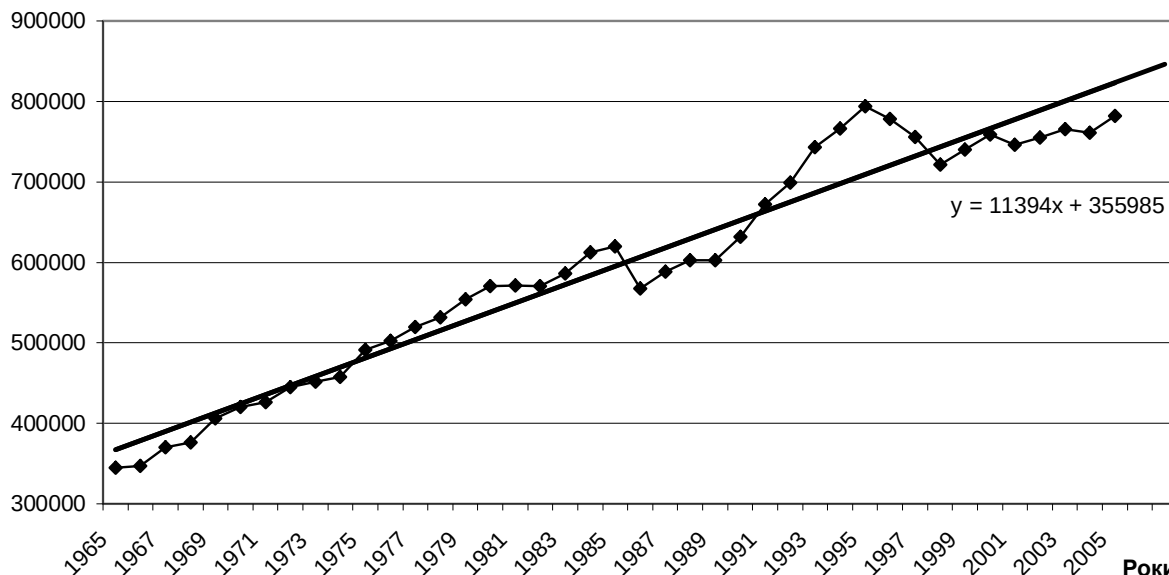


Рис. 2.3.1. Фактичні і трендові значення кількості смертей в Україні у 1965–2005 рр. (за умови відсутності антиалкогольної кампанії 1985–1987 рр.)

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

Проведене нами дослідження свідчить, що внесок смертей, «відкладених» внаслідок антиалкогольної кампанії, є не настільки потужним, що давав би змогу заперечувати соціально-економічну обумовленість різкого підйому смертності в Україні у першій половині 1990-х років. Очевидно, ефект антиалкогольної кампанії в Україні виявився слабшим, ніж, наприклад, у Росії, оскільки вплив антиалкогольних заходів на динаміку смертності в Україні вичерпав себе вже на початку 1990-х років. Попри неоднозначну оцінку антиалкогольної кампанії можна бути цілком певним того, що, по-перше, вона відіграла неабияку роль у формуванні динаміки смертності населення України, продемонструвавши різкий вплив алкоголізації населення на стан здоров'я та ризик смерті, по-друге, засвідчила можливі «зсуви» у смертності й резерви тривалості життя внаслідок скорочення споживання алкоголю.

Оскільки зниження смертності у середині 1980-х було штучним, не мало за собою серйозних змін у сфері охорони здоров'я й способу життя пересічної

⁴⁵ Демографическая модернизация России, 1900–2000 / Под ред А. Г. Вишневого. — М.: Новое издательство, 2006. — 608 с.; Немцов А. В. Алкогольный урон регионов России. — М.: NALEx, 2003. — 136 с.; Немцов А. В., Школьников В. М. Потери в связи с алкогольной смертностью в России в 1980–1990-х годах // Новости науки и техники. Сер. Мед. Вып. Алкогольная болезнь / ВИНТИ. — 1999. — С. 1–15; Leon D., Chenet L., Shkolnikov V., Zakharov S., Shapiro J., Rakhmanova G., Vassin S., McKee M. Huge variation in Russian mortality rates 1984–1994: artefact, alcohol or what? — The Lancet, 1997, Vol. 350, pp. 383–388.

радянської людини, остільки негативні тенденції у динаміці смертності населення України швидко відновилися. Головний внесок до різкого зниження тривалості життя у віці 25–64 роки на 3,9 року у чоловіків та 1,5 року у жінок в Україні у 1989–1995 рр. належав тим самим причинам: підвищенню смертності від серцево-судинних хвороб та нещасних випадків, отруєнь і травм. Вони обумовили майже 70% скорочення середньої тривалості життя (табл. 2.3.1). Ймовірно припустити, що неабияку роль у цьому відіграло зростання споживання алкоголю в українському суспільстві.

Проведений нами аналіз дозволяє стверджувати, що алкоголь був і залишається важливим чинником, що негативно позначається на формуванні здоров'я й показників життєздатності населення України.

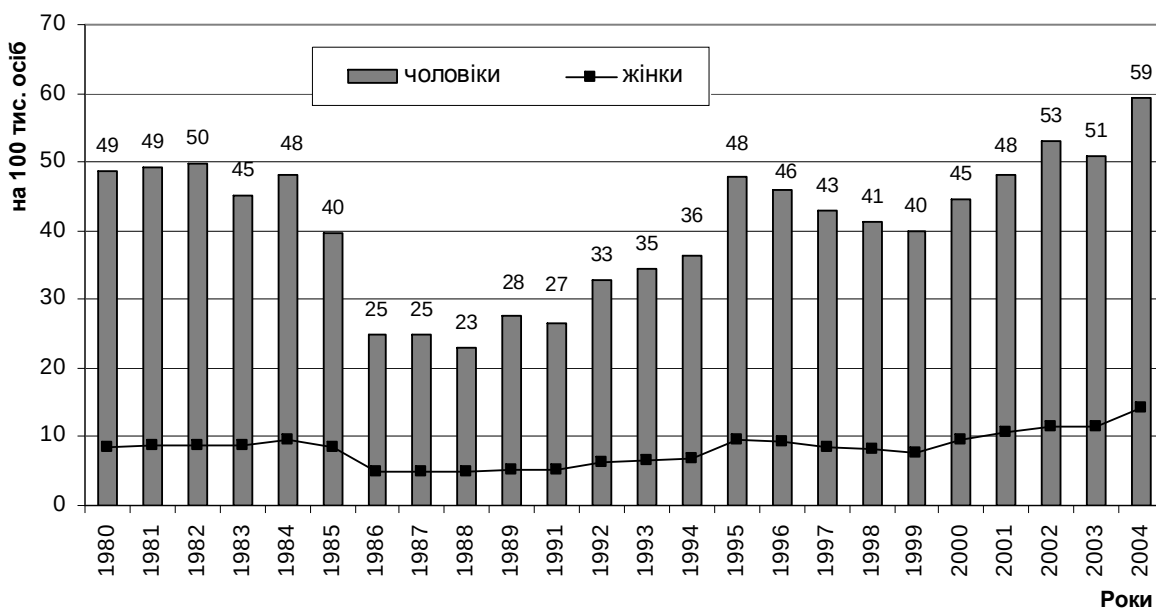


Рис. 2.3.2. Показники смертності чоловіків і жінок України від причин, безпосередньо пов'язаних зі зловживанням алкоголем*, у 1980–2004 рр.

* — хронічний алкоголізм, алкогольний психоз, алкогольний цироз печінки, випадкові отруєння алкоголем.

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

Йдеться, по-перше, про досить високий рівень алкоголізму серед населення. Офіційно зареєстрована у закладах охорони здоров'я кількість хворих на хронічний алкоголізм й алкогольні психози протягом останніх років становила в Україні понад 700 тис. осіб (за даними Центру медичної статистики МОЗ України на початку 2007 р. — 642,4 тис. осіб). Водночас на думку зарубіжних фахівців поширеність розладів психіки й поведінки внаслідок вживання алкоголю є значно вищою: за їхньою оцінкою близько 2,5 млн. осіб в Україні є алкогольно залежними. Захворюваність на алкогольні психози в Україні, що під час антиалкогольної кампанії помітно скоротилась, у 1990-і роки підвищилась: від 5,6 у 1989 р. до 22,2 у 2005 р. у розрахунку на 100 тис. осіб (за даними ВООЗ). Чоловіки традиційно становлять більшість у складі хворих на розлади психіки та поведінки, пов'язані з вживанням

алкоголю і рівень захворюваності на алкоголізм та алкогольні психози серед них перевищує відповідні показники серед жінок у 6–7 разів. Водночас протягом останніх років простежується тривожна тенденція до зростання захворюваності на алкоголізм серед жінок. Проведений аналіз свідчить, що динаміка захворюваності на алкогольні психози і смертності від алкогольних отруєнь дуже подібна; зростання частоти летальних отруєнь алкоголем у 1990-і роки відбувалося паралельно до приросту хворих на алкогольні психози. Очевидно, саме наявність значного контингенту алкогольно залежних в умовах доступу до дешевих горілчаних напоїв та відсутності дієвої системи лікування та реабілітації алкогольних хворих є тим фактором, що і надалі буде сприяти збільшенню смертності від алкогольних інтоксикацій.

По-друге, показники смертності чоловіків та жінок від причин, безпосередньо пов'язаних зі зловживанням алкоголем (хронічний алкоголізм, алкогольні психози, випадкові отруєння алкоголем, алкогольний цироз печінки), за нашими розрахунками становили у 1980 р. 48,7 та 8,5 (у розрахунку на 100 тис. осіб), знизились у 1986 р. до 24,9 та 4,9 і підвищились до 59,3 та 14,2 у 2004 р. відповідно (рис. 2.3.2).

Якщо скористуватись переліком алкогольно залежних смертей, визначених ВООЗ, що окрім причин, безпосередньо пов'язаних із вживанням алкоголю, охоплює значно ширше коло причин, то внесок алкогольних смертей значно збільшується. Безумовно, такий перелік причин є дискусійним, оскільки вочевидь не усі нещасні випадки, отруєння і травми обумовлені виключно алкогольним чинником, однак він дає наближене уявлення про масштаби алкогольної смертності в Україні, що найбільш гостро проявляється саме у трудоактивному віці. Згідно з таким підходом не менше третини чоловічих смертей і п'ята частина — жіночих у віці 25–64 років безпосередньо або опосередковано пов'язані зі зловживанням алкоголем. У чоловіків частка алкогольних смертей у 1995 та 2006 рр. була майже однаковою, а у жінок спостерігається тенденція до її збільшення (табл. 2.3.2).

Таблиця 2.3.2. Частка алкогольно залежних смертей* у загальній кількості смертних випадків в Україні у 1989, 1995 та 2006 рр., %

Вікові групи, років	Чоловіки			Жінки		
	1989	1995	2006	1989	1995	2006
25–64, в т. ч.:	27,0	32,0	31,9	12,7	17,3	20,9
25–44	57,4	53,9	47,4	29,7	33,5	34,7
45–64	18,7	23,8	26,0	9,8	13,5	17,2

* за визначенням ВООЗ сюди включено: злоякісні новоутворення глотки і стравоходу, хронічний алкоголізм і алкогольний психоз, алкогольний та інші цирози печінки, усі зовнішні причини.

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

Найбільший внесок алкогольно залежної смертності спостерігається в інтервалі віку 45–64 роки, насамперед у віці 55–59 років. Протягом 1989–2006 рр. рівень алкогольної смертності у віці 55–59 років як у чоловіків, так і жінок підвищився утричі, при цьому у чоловіків зазначеного віку показник смертності від причин, обумовлених алкогольним чинником, у 5 разів перевищує відповідний показник жінок (рис. 2.3.3).

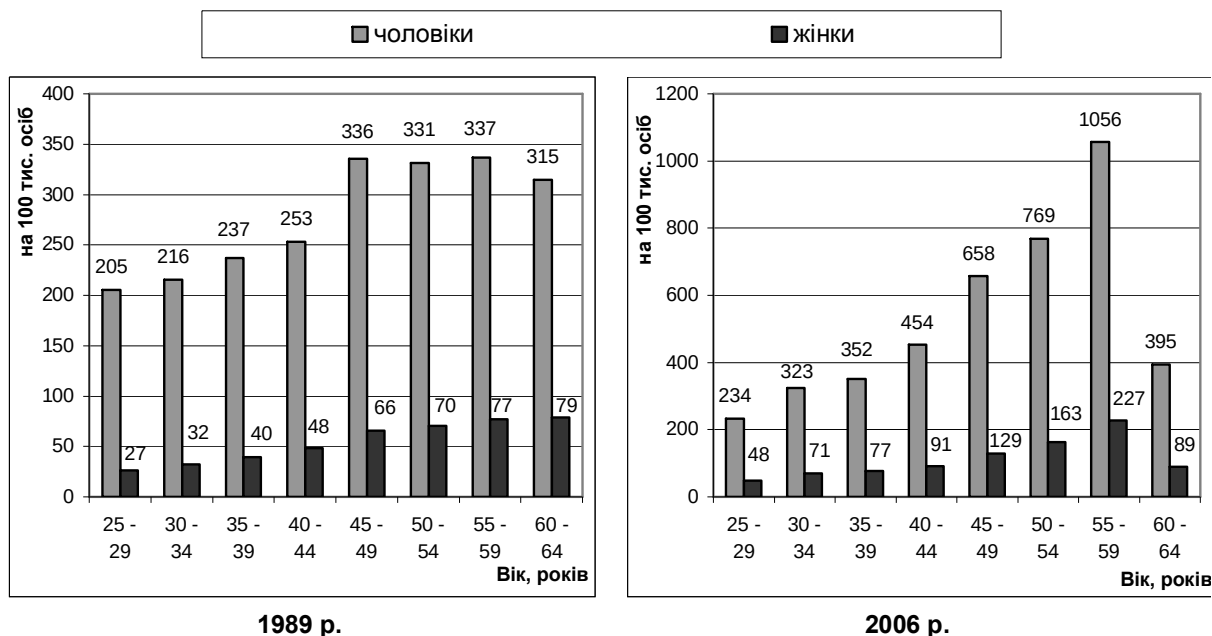


Рис. 2.3.3. Показники алкогольно залежної* смертності серед населення віком 25–64 роки в Україні у 1989 та 2006 рр., на 100 тис. осіб

* за визначенням ВООЗ сюди включено: злоякісні новоутворення глотки і стравоходу, хронічний алкоголізм і алкогольний психоз, алкогольний та інші цирози печінки, усі зовнішні причини.

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

Очевидно, передпенсійний вік для чоловіків є вкрай уразливим з точки зору передчасної смерті. У цьому віці зазвичай підводять свого роду підсумки прожитого життя і трудової діяльності. Життєві негаразди, нездійсненні мрії та сподівання часто зумовлюють відчуття незадоволеності життям, що може підсилюватись поганим станом здоров'я та страхом перед виходом на пенсію. Для чоловіків, що є більш соціально залежними, у стані депресії вживання алкоголю нерідко перетворюється на своєрідний засіб адаптації, що може обернутися непередбачуваними наслідками. Навіть випадкове (одиничне) вживання значної дози алкоголю може викликати сильну алкогольну інтоксикацію, отруєння та смерть. У стані сп'яніння людина поступово втрачає здатність об'єктивно оцінювати ситуацію та усвідомлювати наслідки своїх дій. У такому стані існує висока ймовірність втрати контролю над своєю поведінкою. Подвійний ризик полягає як у небезпеці для того, хто вжив алкоголь, так і в потенційній загрозі для оточуючих його людей. Чоловіки молодого трудоактивного віку, які зловживають алкоголем, досить часто стають жертвами різних нещасних випадків, тобто помирають неприродною смертю, а у більш старшому віці причинами смерті тих, хто звик до систематичного вживання спиртних напоїв, найчастіше є алкогольний цироз печінки, випадкові отруєння алкоголем та серцево-судинні захворювання. Зловживання алкоголем є однією з головних причин надсмертності чоловіків від різного роду нещасних випадків, отруєнь і травм. Зокрема, частота самогубств серед чоловіків віком 25–64 роки майже у 8 разів

перевищує відповідні показники серед жінок, летальних отруєнь алкоголем — у 4 рази, вбивств — у 3 рази.

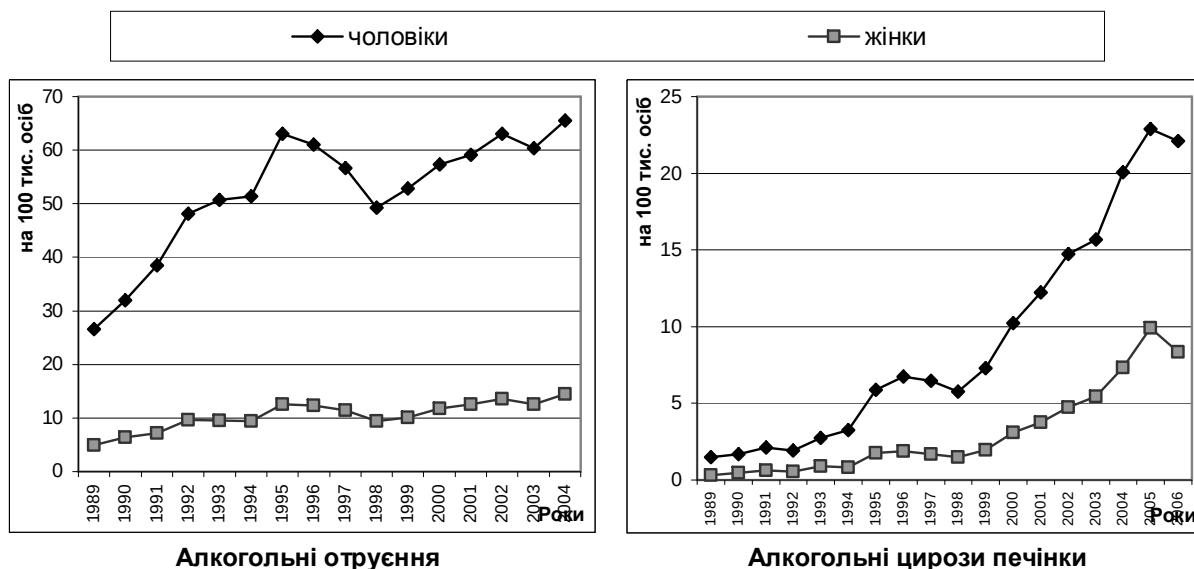


Рис. 2.3.4. Динаміка смертності населення віком 25–64 роки від алкогольних отруєнь та алкогольних цирозів печінки в Україні у 1989 – 2006 рр., на 100 тис. осіб

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

Від отруєнь алкоголем в Україні щорічно йдуть з життя близько 9–10 тис. осіб трудоздатного віку. З кінця 1980-х років смертність від алкогольних отруєнь серед чоловіків віком 25–64 роки виросла у 2,5 рази, а серед жінок — утричі. Розрив з показниками країн Європейського Союзу — разючий: у 2004 р. стандартизовані показники смертності чоловіків та жінок від отруєнь алкоголем становили в Україні 66,7 та 14,5 у розрахунку на 100 тис. осіб, а у країнах ЄС — 2,0 та 0,5 відповідно. Хоча частота алкольних отруєнь серед чоловіків у 4,5 рази перевищує відповідний показник жінок, внесок отруєнь алкоголем у загальне число нещасних випадків, отруєнь і травм серед жінок навіть дещо більший, ніж у чоловіків: він становить близько 20 та 17%. Надзвичайно високий рівень смертності від алкогольних отруєнь є свідченням значних обсягів нелегального ринку алкогольної продукції в Україні та поширення на ньому неякісних і токсичних алкогольних сурогатів (рис. 2.3.4). Проте причина отруєнь полягає не лише у фальсифікатах і токсичних сурогатах, тобто у підвищеній токсичності нелегально виготовлених напоїв. Не менш важливою є роль отруєнь звичайною легально виготовленою горілкою. Йдеться про вже згадувані «ударні» дози алкоголю, що призводять до летальних наслідків через гостру алкогольну інтоксикацію та раптове загострення хронічних соматичних захворювань. Значна доступність і що найголовніше дешевизна міцних алкогольних напоїв сприяють цьому. Ще більш вражаючим є зростання смертності населення від алкогольних цирозів печінки. Протягом 1989–2006 рр. в Україні у чоловіків віком 25–64 роки вона виросла у 15 разів, у жінок — у 28 разів. Є всі підстави стверджувати,

що саме стрімке зростання цирозів печінки, в тому числі алкогольних, відіграло провідну роль у підвищенні смертності населення від хвороб органів травлення протягом останніх 17 років, особливо у жінок.



Рис. 2.3.5. Показники смертності населення віком 20–59 років від причин, безпосередньо пов'язаних зі зловживанням алкоголем*, самогубств та зовнішніх причин смерті залежно від рівня освіти в Україні у 1989 р., на 100 тис. осіб

* — хронічний алкоголізм, алкогольний психоз, алкогольний цироз печінки, випадкові отруєння алкоголем.
Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

Вважається, що найвищий ризик захворюваності і смертності, асоційованої з ризикованою поведінкою та нездоровим способом життя, в тому числі зловживанням алкоголем, характерний для низькостатусних груп населення, що посідають економічно та соціально периферійні місця у суспільстві. У розвинених країнах алкогольно залежна смертність найбільш поширена серед хворих на хронічний алкоголізм, які зазвичай є представниками соціально-дезадаптованих низько доходних та кримінальних груп населення. В Україні смертність, пов'язана із зловживанням алкоголем, що включає в себе значну частину «замаскованих» під іншими причинами раптових передчасних смертей (зокрема, серцево-судинних, гострого панкреатиту та інших), є меншою мірою соціально «вибірковою». В Україні пити багато є досить поширеним явищем і становить певну традицію. Це стосується однаковою мірою як бідних, так і заможних верств населення. Вплив доходів на споживання алкоголю проявляється не стільки у кількості випитого спиртного, скільки у якості напою⁴⁶. Ті, хто краще матеріально забезпечений, дозволяють собі купувати дорожчі та якісніші

⁴⁶ Так, окремі обстеження показали, що зловживання алкоголем поширені не меншою мірою серед приватних підприємців і працівників підприємницьких структур, ніж серед зайнятих у низькододоводних бюджетних організаціях // Максимова Т. М. Социальный градиент в формировании здоровья населения. — М.: ПЕР СЭ, 2005. — С. 119.

марки коньяку та горілки, але можуть пити не менше, ніж споживачі «самопалу». Ризик передчасної раптової смерті внаслідок передозування алкоголю у даному разі залежатиме від стану фізичного здоров'я та опірних сил організму. Тому диференціація алкогольно залежної смертності в Україні стосується не стільки матеріального становища тих, хто вживає алкоголь, скільки інших соціоструктурних чинників: статі, віку і насамперед рівня освіти.

За нашими розрахунками, проведеними на базі відповідної інформації перепису населення України 1989 р., тобто останнього перепису з доступною статистикою смертності, диференційованої за рядом соціально-економічних ознак, рівень смертності від причин, безпосередньо пов'язаних зі зловживанням алкоголем, суттєво відрізняється серед різних освітніх груп дорослого населення. Зокрема, серед осіб з низьким рівнем освіти він в середньому у 10 разів вищий порівняно з особами з вищою освітою; частота самогубств учетверо, а показник смертності від усіх зовнішніх причин у 3,6 раза перевищували відповідні показники смертності населення з низьким рівнем освіти (рис. 2.3.5). Встановлено також, що в міру підвищення освітнього рівня статеві відмінності у показниках смертності послаблюються: особи з вищою освітою незалежно від статі мають досить низький рівень смертності, що у кілька разів нижчий за показники інших статусних груп. Перевищення чоловічої смертності над жіночою найсильніше проявляється саме серед низькостатусних груп населення.

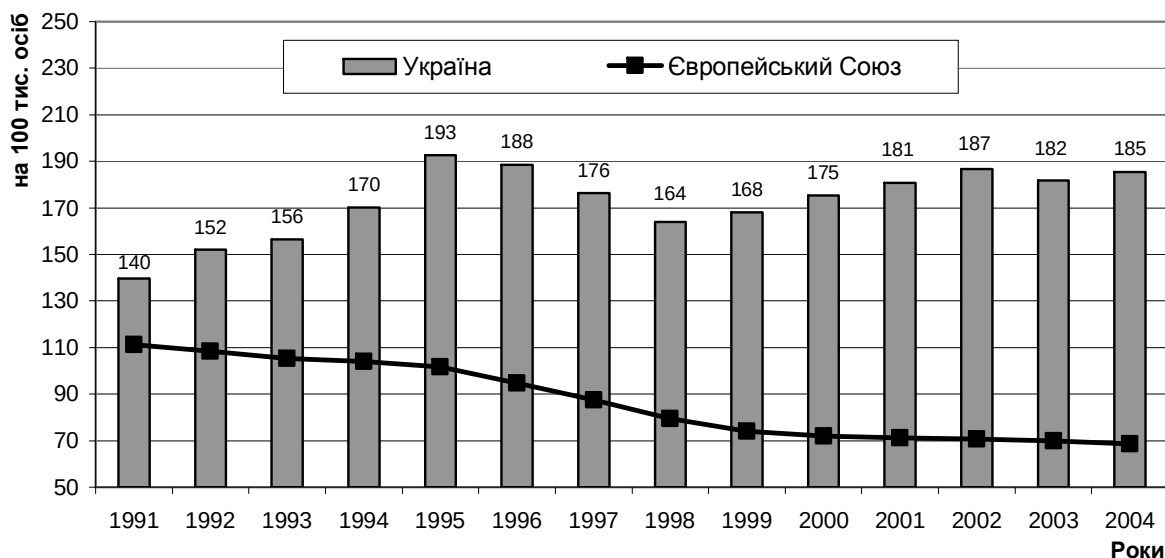


Рис. 2.3.6. Динаміка алкогольно залежної смертності* в Україні та країнах Європейського Союзу у 1991–2004 рр.

* за визначенням ВООЗ сюди включено: злоякісні новоутворення глотки і стравоходу, хронічний алкоголізм і алкогольний психоз, алкогольний та інші цирози печінки, усі зовнішні причини.

Джерело: дані ВООЗ (HFA-MDB).

Загалом рівень алкогольно залежної смертності, обчислений за методикою ВООЗ для всього населення України, перевищує відповідні показники країн Європейського Союзу утричі серед чоловіків та удвічі серед жінок. Якщо у розвинених європейських країнах протягом 1990-х років смертність від причин, пов'язаних зі зловживанням алкоголем, стало знижувалась, то в Україні відбувся її підйом: від 140 осіб у 1991 р. до 185 у 2004 р. (рис. 2.3.6), в тому числі від 240,5 до 316,9 у чоловіків та від 57,8 до 76,7 у жінок відповідно (у розрахунку на 100 тис.). Рівень алкогольно залежної смертності серед чоловіків у 4–5 разів вищий, ніж у жінок (у країнах Європейського Союзу цей розрив становить 2–3 рази). Це, як відомо, пов'язано з відмінностями у рівні та структурі споживання алкоголю: чоловіки вживають алкоголь значно частіше, віддають перевагу міцним алкогольним напоям і більш схильні до алкоголізму. Серед жінок кількість і частота спожитого алкоголю значно менша, до того ж ці показники зменшуються з віком на відміну від чоловіків, однак жіночий алкоголізм піддається лікуванню ще меншою мірою, ніж чоловічий, тому він є більш небезпечним. Проведений аналіз дає підставу стверджувати, що попри значно вищий рівень смертності чоловіків динаміка алкогольної смертності у жінок впродовж 1990-х років зазнала більш негативних зрушень, ніж у чоловіків.

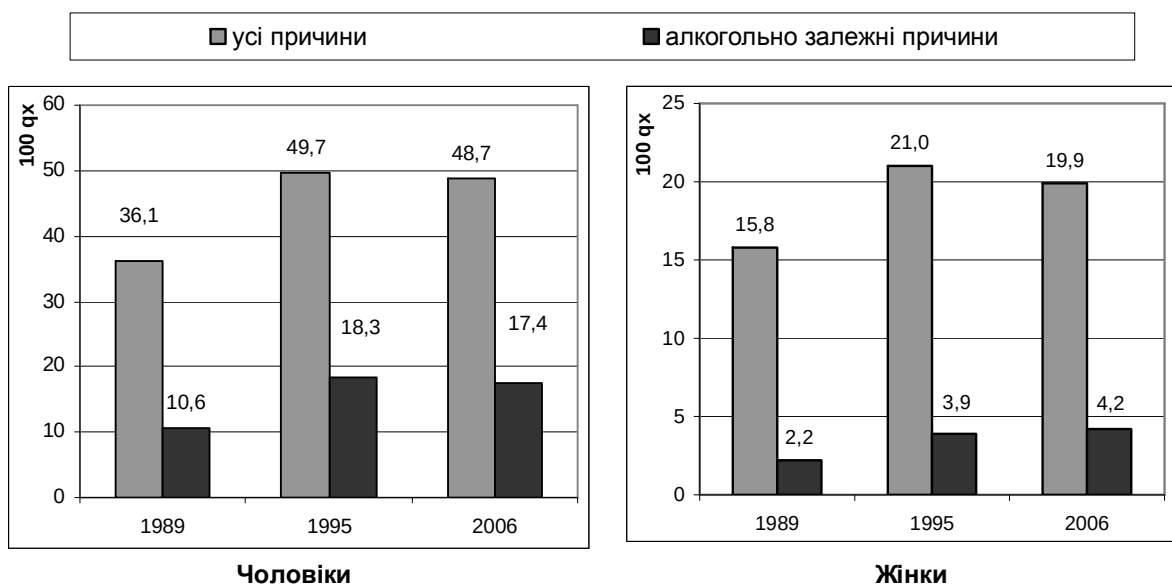


Рис. 2.3.7. Ймовірність померти у віці від 25 до 65 років від усіх причин та через алкогольно залежні* причини смерті в Україні у 1989, 1995 та 2006 рр., 100 qx

* за визначенням ВООЗ сюди включено: злоякісні новоутворення глотки і стравоходу, хронічний алкоголізм і алкогольний психоз, алкогольний та інші цирози печінки, усі зовнішні причини.

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

Найбільших втрат внаслідок зловживання алкоголем зазнає населення трудоактивного віку. За нашими розрахунками в Україні у 1989 р. із кожних 100 чоловіків віком 25 років 36 помирало, не доживаючи до 65 років, в тому числі 11 — через алкогольно залежні причини (визначені ВООЗ), у жінок зазначені показники

становили 16 та 2 відповідно. У 2006 р. із кожної сотні 25-річних чоловіків та жінок майже половина (49) чоловіків та п'ята частина (17) жінок помирали до досягнення віку 65 років, з них 17 чоловіків та 4 жінки — від алкогольно залежних причин (рис. 2.3.7).

Проведене дослідження дозволяє аргументувати висновок, що надмірне вживання алкоголю в Україні є болючою соціально-демографічною проблемою, актуальність якої стосується не лише окремих соціально-дезадаптованих верств, але й широкого загалу населення. Зловживання алкоголем є причиною багатьох захворювань і несе загрозу передчасної й насильницької смерті. Щобільше проведений аналіз дає підставу висловити припущення, що більшість передчасних смертей у молодому й середньому трудоактивному віці (передусім серед чоловіків) обумовлена комбінованим впливом алкоголю та інших причин смерті, де саме алкоголь відіграв роль «пускового механізму» у смерті. Тому зменшення алкогольно залежної смертності є значним резервом у скороченні загальної смертності та підвищенні середньої тривалості життя.

Смертність від туберкульозу. Туберкульоз відіграє провідну роль у структурі причин смерті з інфекційною патологією. Як відомо, інфікованість населення є досить високою, проте не всі інфіковані хворіють на туберкульоз: в середньому у 10% випадків мікобактерія прогресує і зумовлює розвиток хвороби. Інфекція переходить у хворобу за наявності сприятливих умов. Ризик цього переходу зберігається протягом всього життя людини і залежить від багатьох факторів: віку, наявності супутніх хронічних патологій, тобто загальних особливостей фізичного і психічного стану людини, її соціального статусу, умов проживання, а також від кількості і шляху попадання інфекції. Сприяють активізації інфекції як повторне зараження, так і незадовільні умови проживання та праці, погіршення харчування (недоїдання або нераціональне харчування), загострення хронічних хвороб або травми, шкідливі звички, що у підсумку виснажують людський організм. Погіршення харчування, зокрема, гальмує механізм самозахисту організму, знижує його опірність інфекції, себто сприяє формуванню імунodefіцитного стану, необхідного для розвитку туберкульозу. Це ж стосується і людей, що вже перехворіли на туберкульоз і лікувались від нього. Така природа цієї інфекції поруч з різноманіттям форм її прояву, складністю діагностування, труднощами і тривалим лікуванням робить її особливо епідемічно небезпечною для здоров'я населення та дає підстави вважати туберкульоз проблемою загальнодержавної ваги.

Епідеміологічне значення туберкульозу в Україні змінювалось неодноразово. У першій половині ХХ-го століття туберкульоз був вельми розповсюдженою хворобою і причиною смерті населення, але у 1950–1960-х роках було досягнуто значних успіхів у боротьбі з цією хворобою завдяки чітко налагодженій системі контролю та профілактики інфекцій. Як відомо, радянська система охорони здоров'я була зорієнтована на профілактику інфекцій та вакцинацію населення і цей пріоритет зберігся навіть тоді, коли стала очевидною перебудова структури причин смерті населення. Відповідні державні медико-санітарні служби добре фінансувалися; для

хворих на туберкульоз забезпечувалось якісне стаціонарне (лікарняне) і санаторно-курортне лікування, навіть гарантувалось поліпшення житлових умов. Захворюваність і смертність населення від інфекційних патологій щорічно зменшувалась. У цьому відношенні Україна «йшла в ногу» з розвиненими країнами, де захворюваність населення на інфекційні хвороби знижувалась ще більшими темпами, а смертність від них, у тому числі від туберкульозу, була зведена до мінімуму.

У 1990-і роки в окремих європейських країнах захворюваність на туберкульоз перестала знижуватись, однак зростання смертності було відсутнє. В Україні епідемічна ситуація з туберкульозу ускладнилась настільки, що у 1995 р. було оголошено епідемію туберкульозу. Така ситуація є наслідком впливу складного комплексу факторів. Туберкульоз є певною мірою індикатором соціального благополуччя у суспільстві; ця хвороба є частим супутником бурхливих суспільних збурень та радикальних соціально-економічних перетворень. В Україні труднощі перехідного періоду обумовили такий розвиток подій, коли соціально обумовлені інфекції вийшли з-під контролю. У зв'язку з тим, що інфікованість населення туберкульозною паличкою була досить високою, в Україні зберігався значний прихований резервуар туберкульозної інфекції, що активізувався в умовах соціально-економічної кризи 1990-х років. Важливими чинниками формування загрозливої епідемічної ситуації з туберкульозу також є:

По-перше, успіхи у боротьбі з туберкульозом у попередні десятиліття зумовили послаблення уваги до розвитку фтизіатричного напрямку вітчизняної медицини. Наслідком скорочення фінансування фтизіатричної галузі стало незадовільне забезпечення відповідних закладів протитуберкульозними препаратами, обладнанням для діагностування, що у підсумку сприяло зниженню своєчасного діагностування хвороби та ефективності її лікування. Негативну роль відіграло також значне постаріння і відтік кадрів серед фтизіатрів у зв'язку з недавною неперспективністю цього напрямку медицини.

По-друге, якість діагностики та ефективність виявлення хворих на туберкульоз є доволі низькими. Про це свідчить значна кількість деструктивних та бактеріальних форм захворювань серед нових випадків, тобто захворювань виявлених надто пізно. З одного боку, це обумовлено існуючою в Україні практикою діагностики туберкульозу, що включає флюорографічне обстеження дорослого населення (1 раз у два роки) і туберкулінодіагностику серед дітей. За результатами багатьох досліджень в середньому понад половина хворих на туберкульоз в Україні виявляється за клінічною симптоматикою, тобто несвоєчасно, часто вже із вкрай важкими, запущеними формами хвороби. Це дозволяє стверджувати про недоцільність масового скринінгу, значно результативнішими були б вибіркові обстеження груп підвищеного ризику. З іншого боку, масштаби маргіналізації населення обумовили різке збільшення контингентів осіб, що випадають з поля зору профілактичних обстежень та протитуберкульозної служби, зокрема через труднощі та обмежені можливості охоплення їх лікувально-профілактичними заходами.

Найвищий ризик ураження туберкульозом характерний для соціально-дезадаптованих груп населення (бездомних, алкоголік, споживачів наркотиків, ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД; мігрантів), а також осіб з хронічними захворюваннями й ослабленим імунітетом; осіб, що контактують з хворими на туберкульоз. Особливо тривожною є ситуація у місцях позбавлення волі, оскільки в умовах скученості серед засуджених туберкульоз поширюється досить швидко. Рівень захворюваності на туберкульоз серед маргінальних верств населення у десятки разів перевищує показники, середні для країни в цілому, а ступінь виявлення та ефективність лікування хворих серед них є недостатніми. Зокрема, щорічно від 20 до 30% хворих ув'язнених у зв'язку з амністією або закінченням строку покарання звільняються і випадають з-під подальшого спостереження відповідних медико-санітарних служб. Наявність значної кількості як не виявлених, так і не вилікованих хворих із бактеріовиділенням постійно активує та підтримує резервуар туберкульозної інфекції в країні і посилює небезпеку ураження туберкульозом для всього населення.

По-третє, недостатньо ефективним є лікування туберкульозу. Це стосується насамперед туберкульозу легенів — найбільш поширеної та епідемічно небезпечної форми туберкульозу. Вважається, що виліковування щонайменше 85% нових випадків легеневого туберкульозу є навіть важливішим, ніж ефективність виявлення хвороби, оскільки недостатній рівень виліковування нових випадків захворювання значно погіршує ситуацію щодо зростання захворюваності та смертності, а також виникнення резистентності до протитуберкульозних препаратів. Не менш проблемним є діагностика та лікування позалегеневих форм туберкульозу. Є підстави вважати, що тривалий невинуватено низький рівень захворюваності на позалегеневий туберкульоз в Україні пов'язаний з недовиявленням хворих через відсутність відповідної медичної інфраструктури та недостатній рівень знань лікарів щодо даної патології. Про це може свідчити і наявність значних розбіжностей у показниках захворюваності на туберкульоз позалегеневої локалізації у різних регіонах країни.

Значну роль у хронізації хворих, збільшенні кількості контингентів із рецидивними та хронічними формами захворювання відіграло застосування в Україні протягом 1990-х років низькоефективних схем лікування, обумовлених нестачею ліків, з одного боку, та некомпетентністю лікарів — з іншого. Саме ці причини, на думку більшості фахівців, стали також основною причиною поширення полірезистентного туберкульозу, тобто таких форм хвороби, які є стійкими до антибіотиків: частота первинної хіміорезистентності в Україні становить 20–30%, вторинної — до 75%⁴⁷. Проблема полягає в тому, що хворі зі вже стійкими до антибіотиків туберкульозними мікобактеріями є джерелом зараження для інших осіб, обумовлюючи поширення найважче виліковних форм недуги. Цьому сприяє і нинішній стан протитуберкульозної служби, коли почасти через брак ліків замість

⁴⁷ Фещенко Ю. І., Мельник В. М. Медичні аспекти боротьби з туберкульозом // Український пульмонологічний журнал. — 2005. — №2. — С. 5.

обов'язкових у першому періоді лікування чотирьох–п'яти препаратів хворих лікують двома–трьома, таким чином свідомо культивуючи хімічну резистентність бактерій і не виліковуючи хворого. Впливає також і відсутність вираженого прогресу у виробництві нових високоефективних протитуберкульозних препаратів.

Серйозну небезпеку становить поширення СНІД-асоційованого туберкульозу. Туберкульоз і СНІД є супутніми захворюваннями, що розвиваються на тлі імунодефіцитного стану. Ослаблення імунної системи вірусом ВІЛ значно посилює сприйнятливості людського організму до туберкульозної палички. ВІЛ сприяє швидкому прогресуванню первинної інфекції туберкульозу у його активну форму. Перебіг туберкульозу у ВІЛ-інфікованих є досить важким і мало піддається лікуванню, що підвищує небезпеку ураження туберкульозом для населення. Як свідчать дослідження, в середньому понад третини ВІЛ-інфікованих хворіє на туберкульоз і близько 40% з них вмирає від цієї недуги. Епідемії туберкульозу та ВІЛ/СНІДу в Україні взаємно підсилюють одна одну, тому без запобігання поширенню ВІЛ важко розраховувати на поліпшення епідемічної ситуації з туберкульозу. Оскільки подальше поширення СНІДу в Україні є, очевидно, незворотнім процесом через значну кількість ВІЛ-інфікованих, то і епідемічна ситуація з туберкульозу у найближчому майбутньому буде залишатись нестабільною і потребуватиме постійного контролю.

За офіційними даними кількість хворих на туберкульоз в Україні становить понад 1% населення, а саме близько 550 тис. осіб., проте реальна цифра на думку фахівців може бути у півтора–два рази більшою за офіційно зареєстровану, оскільки відповідна медична статистика формується за результатами реєстрації хворих при звертанні у лікувально-профілактичні заклади і тому не відображає справжньої кількості вперше виявлених хворих. За офіційними даними рівень захворюваності на туберкульоз підвищився в Україні від 34,5 у 1989 р. до 83,2 у 2006 р. (на 100 тис. осіб) і не виявляє чіткої тенденції до зменшення. Зростання захворюваності на туберкульоз спостерігається як серед дорослих, так і дітей та підлітків. Щорічно діагноз вперше виявленого активного туберкульозу ставлять близько 40 тис. особам, в тому числі 1,5 тис. дітей та підлітків. Підвищення захворюваності на туберкульоз серед дітей є вельми несприятливою ознакою з огляду перспектив розвитку епідемічної ситуації в майбутньому.

Ще більш відчутним став підйом смертності населення від туберкульозу. Зокрема, протягом 1989–2006 рр. показник смертності від туберкульозу підвищився в Україні утричі: від 7,8 до 23,1 (у розрахунку на 100 тис. осіб). Той факт, що різке зростання смертності від туберкульозу відбувалось на тлі більш сповільненого зростання захворюваності, може пояснюватись, з одного боку, суттєвим недообліком хворих, що диспансеризуються на пізніх, запущених стадіях хвороби, а з іншого, — бути свідченням досить низької ефективності їх лікування і підвищення летальності. Співвідношення показників смертності та захворюваності на початку 1990-х років становило 1:5, а нині 1:3. Щороку в Україні помирає від туберкульозу в середньому 10–11 тис. осіб, що становить в середньому 22–23 померлих у розрахунку на 100 тис.

населення. Водночас у країнах Європейського Союзу відповідний показник становить лише 1,0–1,3 померлих на 100 тис. осіб. Нині Україна за показником смертності від туберкульозу виявилась відкинутаю далеко назад і перебуває на рівні кінця 1960-х років. Якщо у 1980 р. рівень смертності від туберкульозу в Україні перевищував відповідні показники країн Європейського Союзу у 3 рази, то у сучасний період цей розрив сягає 19–20 разів (рис. 2.3.8).

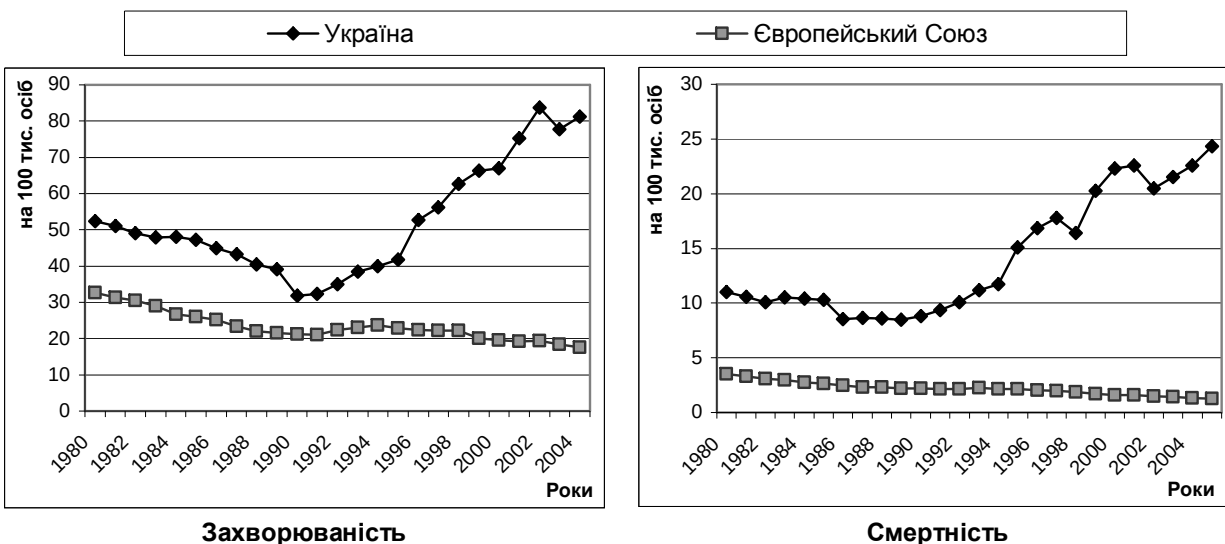


Рис. 2.3.8. Показники захворюваності і смертності від туберкульозу в Україні та країнах Європейського Союзу протягом 1989–2005 рр., на 100 тис. осіб

Джерело: дані ВООЗ (HFA-MDB).

Основні втрати, обумовлені туберкульозом, концентруються у трудоактивному віці. Зокрема, у 2006 р. близько 90% померлих від туберкульозу в Україні становили особи віком 25–64 роки. Характерно, що у 1960–1980-і роки пік смертності від туберкульозу в Україні коливався в межах 60–70 років і зсунувся у бік молодших вікових груп у 1990-і роки. У розвинених європейських країнах віковий склад померлих є кардинально іншим: від туберкульозу тут помирають головним чином у похилому віці. Тому крива повікової смертності від туберкульозу в Україні так різко відрізняється від аналогічного профілю у країнах Європейського союзу. У 2006 р. максимальна інтенсивність смертей в Україні спостерігалась серед 45–49-річних чоловіків та 35–39-річних жінок, а у країнах ЄС — у віці 75 років і старше (рис. 2.3.9). Це свідчить про помолодшання смертності від туберкульозу в Україні, жертвами якого дедалі частіше стають люди молодого і середнього віку.

Показники смертності населення віком 25–64 роки, обумовленої туберкульозом, протягом 1989–2005 рр. збільшились більш ніж утричі: від 12,6 до 42,8 у розрахунку на 100 тис. осіб відповідно. Вони швидко та неухильно наростали у першій половині 1990-х років, після чого темпи їх зростання уповільнилися. Впродовж останніх років показники смертності від туберкульозу стабілізувались з тенденцією

до незначного зростання, а у 2006 р. порівняно з попереднім роком дещо знизились (рис. 2.3.10).

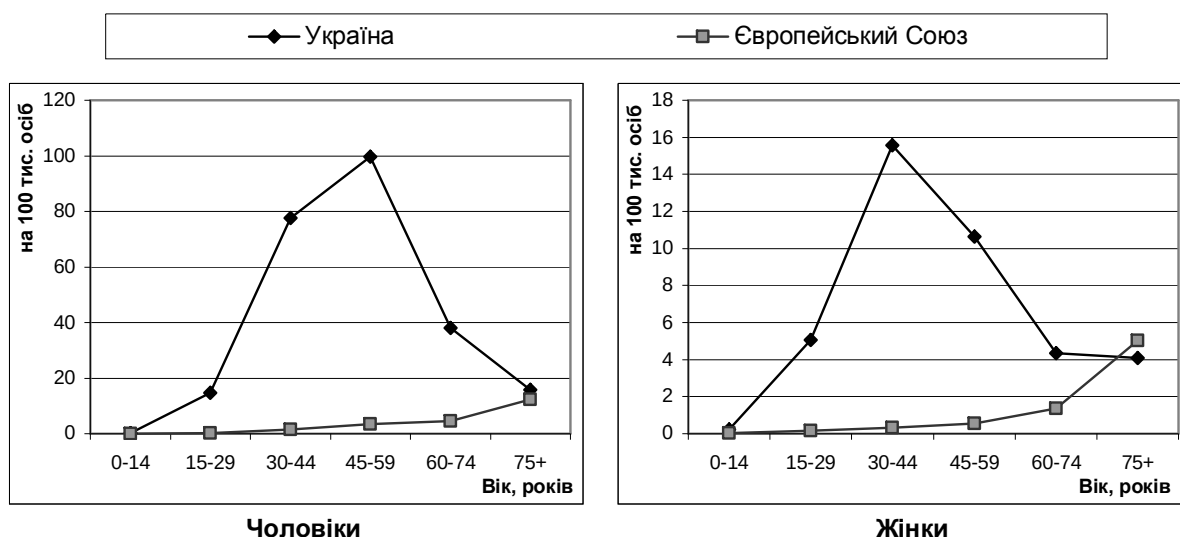


Рис. 2.3.9. Повікова смертність населення від туберкульозу в Україні та країнах Європейського Союзу у 2005 р., на 100 тис. осіб

Джерело: дані ВООЗ (HFA-MDB).

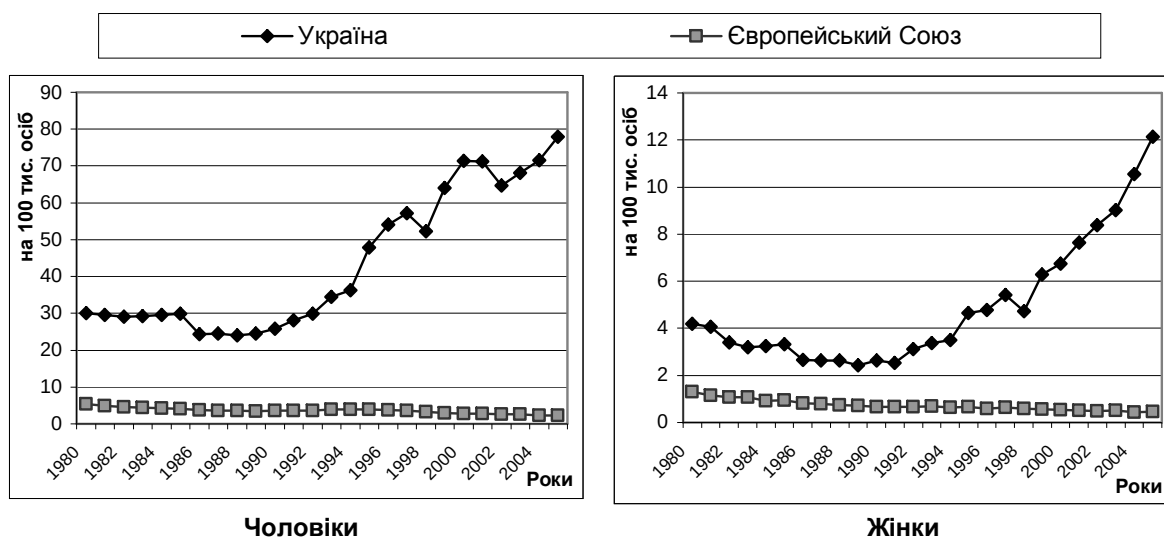


Рис. 2.3.10. Динаміка стандартизованих показників смертності населення віком 25–64 роки від туберкульозу в Україні та країнах Європейського Союзу у 2005 р., на 100 тис. осіб

Джерело: дані ВООЗ (HFA-MDB).

Існують суттєві відмінності у смертності чоловіків та жінок від туберкульозу. Зокрема, у 2006 р. 84% від загальної кількості померлих від туберкульозу віком 25–64 роки становили чоловіки. Нині на кожну померлу від туберкульозу жінку зазначеного віку припадає 5 померлих чоловіків. Особливо великою є надсмертність чоловіків від

туберкульозу у віці 50–54 роки, де показники смертності чоловіків у 10 разів перевищують відповідні показники жінок (рис. 2.3.11).

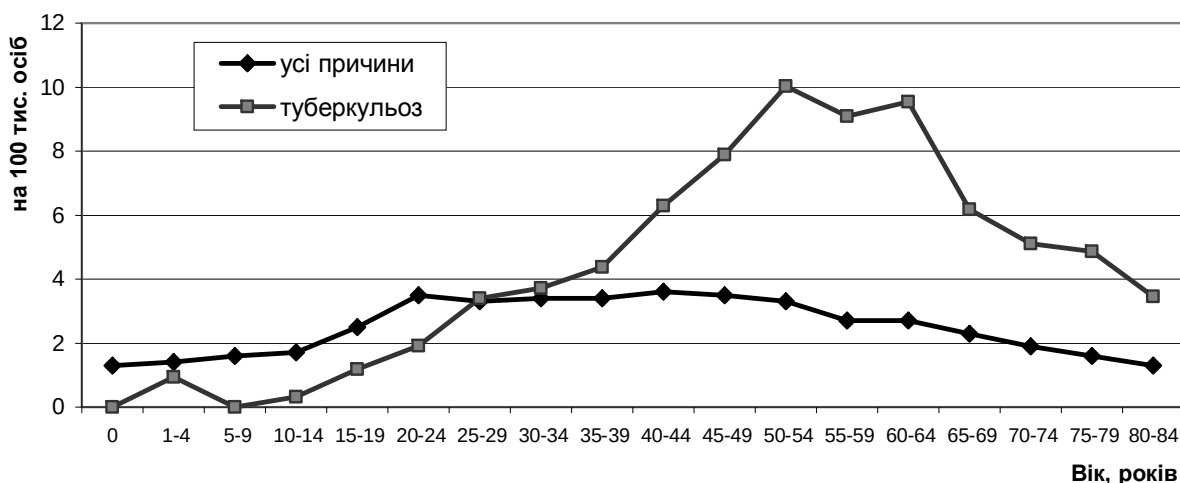


Рис. 2.3.11. Повікові індекси надсмертності чоловіків від усіх причин та від туберкульозу в Україні у 2006 р. (жінки = 1)

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

Підвищення рівня смертності населення України від туберкульозу обумовило посилення його ролі у структурі смертності від інфекцій. До початку 1990-х років туберкульоз дещо витіснявся з ряду інфекційних хвороб як причин смерті, оскільки темпи зниження смертності від нього випереджали показники смертності від інфекційних захворювань в цілому. У 2006 р. туберкульоз став причиною смерті 68% чоловіків та 49% жінок, померлих від інфекційних захворювань.

У 2006 р. порівняно з 2005 р. рівні захворюваності та смертності населення від туберкульозу в Україні незначною мірою знизилися, але продовжують перебувати на дуже високому рівні. Сучасна епідемічна ситуація поки що не дає підстав сподіватись на поліпшення ситуації і сприятливий перебіг показників захворюваності та смертності у найближчому майбутньому, оскільки епідемія туберкульозу в Україні поєднує у собі три складові: класичного, полірезистентного та СНІД-асоційованого туберкульозу, що ускладнює боротьбу з епідемією. Поширенню хвороби певною мірою сприяє також низька поінформованість населення щодо шляхів уникнення хвороби, важливості своєчасного лікування та профілактики у повсякденному житті. Враховуючи соціальне підґрунтя цього захворювання, у сучасний період Україна не може розраховувати на його ліквідацію. Завдання сьогодні полягає не у повній ліквідації туберкульозу, а у встановленні контролю над поширенням хвороби з метою підвищення ефективності її лікування та скорочення смертності від неї. Проте туберкульоз не є суто медичною, але й соціальною проблемою, що потребує посиленої уваги та нагальних заходів щодо її якщо не вирішення, то принаймні пом'якшення.

ВІЛ/СНІД. Епідемія ВІЛ/СНІДу стала невід'ємною складовою демографічної реальності в Україні, вона перешкоджає «нормальному» перебігу демографічних процесів, суттєво обмежуючи права дітей та дорослих на тривале, здорове і продуктивне життя. За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України за період з 1987 р. по 2006 рр. чисельність офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих серед громадян України становила 104,7 тис. осіб (рис. 2.3.12); захворіли на СНІД 17,9 тис., померло від СНІДу майже 10 тис. осіб⁴⁸. Водночас за останньою узгодженою оцінкою вітчизняних фахівців та зарубіжних експертів (ЮНЕЙДС та МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД») загальна кількість ВІЛ-інфікованих в Україні на кінець 2005 р. може становити 377,6 тис. осіб, з яких 144 тис. осіб є споживачами наркотиків. ВІЛ-інфікованим в Україні є 1,46% населення віком 15–49 років.

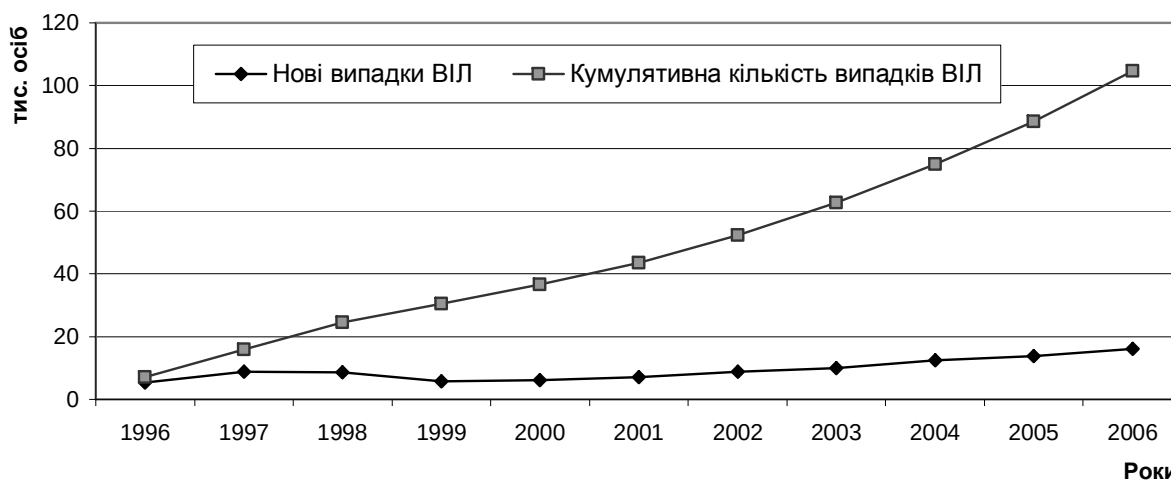


Рис. 2.3.12. Динаміка офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ та кумулятивної кількості ВІЛ-інфікованих в Україні у 1996–2006 рр., тис. осіб

Джерело: дані Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України.

Причини вибухоподібного розвитку епідемії в Україні фахівці пов'язують передусім із зростанням кількості ін'єкційних наркоманів, особливостями споживання ін'єкційних наркотиків, значним запізненням початку профілактичної діяльності серед груп з високим ризиком ураження ВІЛ. Якщо у країнах Західної та Центральної Європи основною групою ризику щодо інфікування ВІЛ є чоловіки, що мають секс з чоловіками, то у стрімкому поширенні ВІЛ/СНІДу в Україні провідну роль відіграла практика спільного використання шприців серед споживачів ін'єкційних наркотиків. Водночас останні спостереження свідчать про суттєві зміни у складі шляхів передачі нових випадків ВІЛ: зменшення питомої ваги парентерального шляху (через ін'єкційне вживання наркотиків) від 68,5% у 1995 р. до 44,4% у 2006 р. при одночасному зростанні кількості інфікувань статевим шляхом і передачі ВІЛ від

⁴⁸ ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень. №27. — К.: МОЗ України, Укр. Центр профілактики і боротьби зі СНІД, 2007. — С. 4.

матері до дитини (рис. 2.3.13). За висновками фахівців в Україні розвиваються три епідемічні хвилі: вибухоподібна — серед споживачів ін'єкційних наркотиків, повільна, але масова — через гетеросексуальні стосунки і третя — серед новонароджених через передачу ВІЛ від інфікованої матері до дитини⁴⁹. Поки що Україна знаходиться у «концентрованої» стадії розвитку епідемії, тобто переважно серед груп підвищеного ризику (споживачів ін'єкційних наркотиків, жінок секс-бізнесу, чоловіків, що мають секс з чоловіками та їхніх клієнтів і партнерів), але посилення гетеросексуального шляху передачі ВІЛ за «сприятливих» умов може призвести до виходу ВІЛ/СНІДу за межі цих груп і поширення на соціально благополучні верстви населення. Підставою для цього є значна поширеність ризикованої моделі сексуальної поведінки серед молоді, що підтверджується високим рівнем захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом. До того ж епідемічна ситуація суттєво відрізняється у регіональному плані: є області з початковою стадією епідемії, з концентрованою, а в деяких областях епідемія наближається до генералізованої стадії.

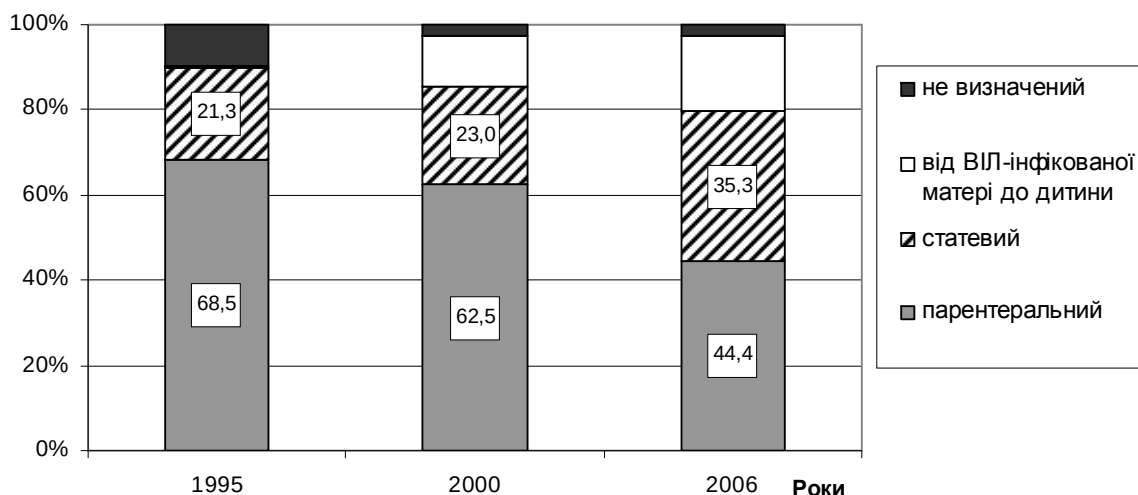


Рис. 2.3.13. Структура шляхів передачі ВІЛ в Україні у 1995, 2000 та 2006 рр., %

Джерело: дані Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України.

Споживачі ін'єкційних наркотиків залишаються групою з найвищим ризиком інфікування ВІЛ і саме динаміка та характер наркоспоживання визначають характер епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні, проте протягом 1995–1998 рр. інфікування відбувалось виключно серед наркозалежних, а у сучасний період до них долучились особи (жінки), які не вживають наркотики, але мають незахищені статеві стосунки із наркоспоживачами, а також діти, що народжуються від ВІЛ-інфікованих жінок.

Достовірні статистичні дані щодо чисельності наркозалежних невідомі, оскільки споживачі наркотиків є найбільш закритою і важкодоступною групою через загрозу покарання за фактом споживання наркотичних речовин, хоча чинне національне

⁴⁹ Балакірева О. М. Соціально-економічні аспекти епідемії ВІЛ/СНІД в Україні //Український соціум. — №2(13). — 2006. — С. 109.

законодавство передбачає кримінальну відповідальність лише у разі виготовлення і збуту наркотичної продукції, а не її вжитку. За даними Всеукраїнської наркологічної асоціації чисельність зареєстрованих споживачів наркотиків на початку 2005 р. становила в Україні близько 85 тис. осіб; згідно з даними МВС України правоохоронними органами зареєстровано близько 154 тис. осіб, взятих на облік через порушення, пов'язані з незаконним обігом наркотиків. За розрахунками Харківського інституту неврології, психіатрії та наркології АМН України хворіє на наркологічні розлади в Україні близько 140 тис. осіб. Водночас є підстави вважати, що офіційна статистика є доволі не повною, а тому недостовірною; вона відображає не стільки справжні масштаби поширення наркоманії в Україні, скільки активність та якість роботи правоохоронних органів, доступність відповідних медичних служб, адже лише невелика частина хворих, що страждають на наркоманію, звертаються за допомогою у лікувальні заклади. Реальна кількість споживачів наркотиків в Україні є значно вищою. Зокрема, згідно з останніми узгодженими оцінками вітчизняних та зарубіжних експертів на кінець 2005 р. число споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) в Україні лежить в межах від 325,0 до 425 тис. осіб, з яких 144 тис. є ВІЛ-інфікованими.

Залучення до споживання наркотиків відбувається у досить ранньому віці. За результатами опитування учнівської молоді України у 2003 р. (ESPAD) 29% хлопців та 12% дівчат віком 13–17 років мали протягом життя досвід вживання будь-яких наркотиків. При цьому частка неповнолітніх, які пробували наркотики, стрімко зростає з віком: від 14,6% серед 13–15-річних до 26,6% серед 16–17-річних⁵⁰. За нашими розрахунками, зробленими в рамках проекту «Профілактика залучення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом уразливих груп підлітків та молоді», проведеного у 2004–2005 рр. Українським інститутом соціальних досліджень, середній вік початку вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом серед молоді становить в Україні близько 18 років⁵¹. Не ін'єкційні наркотики вперше пробують ще раніше: в середньому у 13–15 років. Саме у цьому віці труднощі соціалізації на тлі юнацького максималізму та відсутності життєвого досвіду можуть стати поштовхом до першої спроби наркотиків. Опитування СІН засвідчило, що наркотичний «старт» відбувається раніше серед «низькостатусних» осіб, які ніде не навчаються і ніде не працюють. Натомість наявність таких ресурсів як вища освіта, стабільна зайнятість, легальне джерело доходів, тісні дружні стосунки з родиною є тим бар'єром, тим захисним чинником, що формує відповідний соціальний «імунітет» щодо залучення до споживання наркотиків.

Наслідки наркоспоживання в Україні сягають широкого переліку соціально-демографічних втрат: це збільшення рівня захворюваності на інфекційні хвороби (передусім туберкульоз, гепатити В і С, хвороби, що передаються статевим шляхом), підвищений ризик смертності внаслідок передозування наркотиків, зростання

⁵⁰ ESPAD — дослідницький проект «Європейське опитування учнівської молоді щодо вживання алкоголю і наркотиків» виконувався в Україні у 1995, 1999, 2003 рр. Зокрема, у 2003 р. було опитано 5795 учнів віком 13–17 років // Динаміка поширення тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед учнівської молоді України: 1995, 1999, 2003 роки. — К.: Державний ін-т проблем сім'ї та молоді, 2004. — 174 с.

⁵¹ Чинники впливу та попередження початку вживання молоддю наркотиків ін'єкційним шляхом. Аналітичний звіт та стратегії профілактики ініціації вживання наркотиків ін'єкційним шляхом серед уразливих груп підлітків та молоді. — К.: Укр. Ін-т соціальних досліджень ім. О. Яременка. — С. 48.

злочинності, пов'язаної з незаконним обігом наркотичних речовин, суспільну стигматизацію й маргіналізацію наркозалежних. Водночас найбільша загроза і небезпека поширення наркоманії пов'язана з епідемією ВІЛ/СНІДу. Активні наркоспоживачі зазнають комбінованого впливу таких основних чинників зараження ВІЛ та іншими інфекційними захворюваннями як ризикова практика споживання наркотиків (при приготуванні, вживанні наркопрепаратів й використанні ін'єкційного інструментарію) з одного боку, та ризикова сексуальна поведінка — з іншого. Наявність подвійного ризику призвела до того, що ін'єкції наркотиків нині безпосередньо асоціюються з ВІЛ/СНІДом, а споживачі ін'єкційних наркотиків створюють основний потенціал поширення ВІЛ-інфекції в українському суспільстві. Серед СІН все ще досить поширене використання частково або повністю спільного інструментарію для приготування наркотику. За даними вищезгаданого опитування нові, «чисті» шприци використовували для першої ін'єкції лише 66% СІН. При цьому жінки частіше ніж чоловіки погоджуються на використання ін'єкційних інструментів спільно з іншими особами. Найбільш уразливими щодо ризиків, пов'язаних з ін'єкціями, є наймолодші СІН з низьким рівнем освіти.

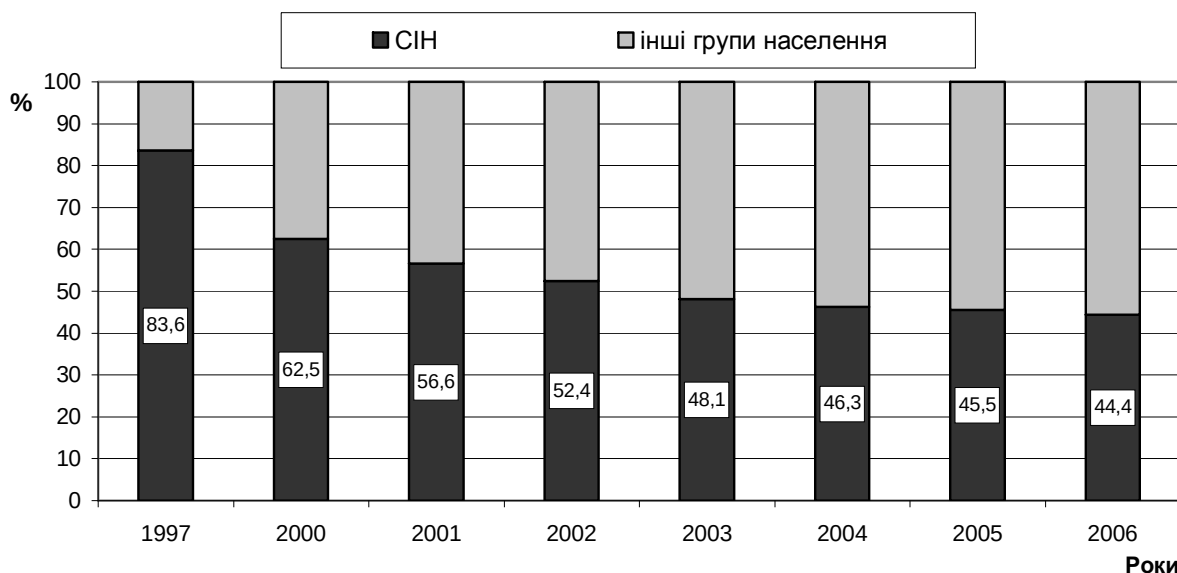


Рис. 2.3.14. Частка споживачів ін'єкційних наркотиків серед нових випадків ВІЛ-інфікування у 1997 та 2000–2006 рр., %

Джерело: дані Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України.

Частка наркозалежних у складі офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ протягом останніх років має тенденцію до скорочення і у 2006 р. становила 44,4%, однак у кумулятивній кількості ВІЛ-інфікованих вона становить понад 60%, тобто все ще залишається досить значною. Зауважимо, що у розвинених країнах ін'єкційний шлях передачі ВІЛ не перевищує 10%. Попри те, що роль СІН у перебігу епідемічного процесу зменшується, кількість осіб, інфікованих ВІЛ-позитивними наркозалежними, продовжує зростати не лише через парентеральний, але й статевий шлях передачі

ВІЛ (рис. 2.3.14). Окрім СІН групами підвищеного ризику ВІЛ-інфікування є жінки комерційного сексу, чоловіки, які мають секс з чоловіками, їхні клієнти та партнери. Результати узгоджених оцінок поширеності ВІЛ серед населення України, в тому числі серед груп підвищеного ризику, виконаних вітчизняними та зарубіжними експертами на підставі даних епідеміологічних спостережень та результатів численних поведінкових досліджень, наведені у табл. 2.3.3.

Таблиця 2.3.3. Узгоджена експертна оцінка поширеності ВІЛ в Україні на кінець 2005 р.

Групи ВІЛ-інфікованих	Абсолютна кількість, тис. осіб
Кількість ВІЛ-інфікованих серед дорослих віком 15–49 років, в т. ч, за статтю:	344,4
— чоловіки	178,3
— жінки	166,1
за групами ризику:	
— споживачі ін'єкційних наркотиків	144,2
— чоловіки, які мають секс з чоловіками	27,3
— жінки комерційного сексу	35,1
— чоловіки–клієнти жінок комерційного сексу	18,9
— партнери інших груп ризику	118,7
Кількість ВІЛ-інфікованих серед усього населення	377,6

Джерело: ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень. №25. — К.: МОЗ України, Укр. Центр профілактики і боротьби зі СНІД, 2006; Балакірева О. М. Соціально-економічні аспекти епідемії ВІЛ/СНІД в Україні // Український соціум. — №2(13). — 2006. — С. 111–112.

Таблиця 2.3.4. Віковий склад офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих та померлих від СНІДу в Україні у 2006 р., %

Вікові групи, років	Нові випадки ВІЛ	ВІЛ-інфіковані, що перебувають під диспансерним наглядом*	Померлі від СНІДу
0–14	17,6	8,4	1,3
15–17	0,7	0,4	0,2
18–24	15,5	16,2	4,8
25–49	63,8	73,2	89,4
50+	2,4	1,8	4,3

* на 1.01.2007 р.

Джерело: дані Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України.

За даними сероепідеміологічного моніторингу у 2006 р. в Україні частка позитивних результатів на антитіла до ВІЛ серед загальної кількості обстежених становила 1,16%, в тому числі: серед осіб, які мали гетеросексуальні контакти з ВІЛ-інфікованими — 18,4%; споживачів наркотичних речовин ін'єкційним шляхом — 16,5%; осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі — 12,1%; донорів крові — 0,13%; вагітних — 0,33%. За оцінкою Державного департаменту України з виконання покарань від 16 до 32% засуджених є ВІЛ-позитивними і від 75 до 90% — інфікованими вірусом гепатиту С.

Більшість ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД в Україні є молоді люди: у складі нових випадків ВІЛ у 2006 р. питома вага дітей та молоді віком до 25 років становила

майже 34% (табл. 2.3.4). Через посилення статевого шляху передачі ВІЛ епідемія ВІЛ/СНІДу в Україні поступово втрачає чоловіче «обличчя». Зокрема, частка жінок у складі ВІЛ-інфікованих збільшилась від 23,5 у 1996 р. до 42% у 2006 р. (рис. 2.3.15). Збільшення кількості інфікованих жінок призвело до збільшення числа дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями: від 196 дітей у 1997 р. до 2822 у 2006 р.

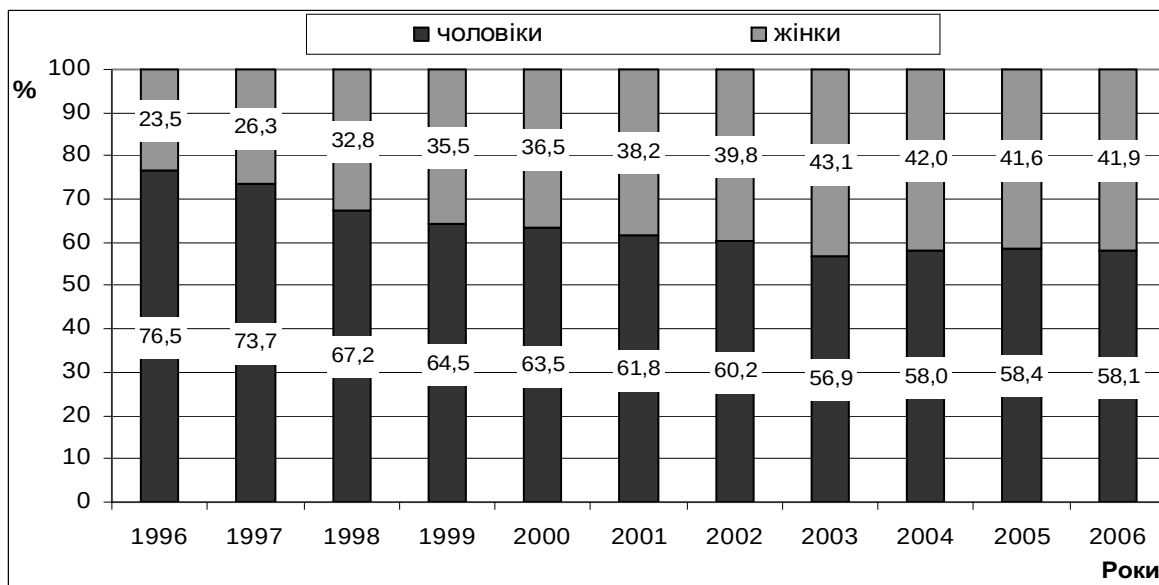


Рис. 2.3.15. Склад ВІЛ-інфікованих за статтю в Україні у 1996-2006 рр., %

Джерело: за даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України.

Аналіз офіційних даних свідчить, що епідемія триває і поки що епідемічна ситуація не виявляє ознак стабілізації: показники захворюваності на ВІЛ помітно зростають і становили у 2006 р. 34,4 у розрахунку на 100 тис. осіб, хоча темпи зростання захворюваності і смертності від СНІДу протягом 2005–2006 рр. дещо сповільнилися, що пов'язують із запровадженням антиретровірусної терапії (табл. 2.3.5).

Таблиця 2.3.5. Офіційні показники захворюваності на ВІЛ, захворюваності на СНІД та смертності від СНІДу в Україні у 2004, 2005 та 2006 рр., на 100 тис. осіб

	2004	2005	2006
Захворюваність на ВІЛ	26,4	29,2	34,4
Захворюваність на СНІД	5,8	9,0	10,1
Смертність від СНІДу	3,8	4,6	5,2

Джерело: дані Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України.

Наслідки, пов'язані з епідемією ВІЛ/СНІДу в Україні, полягають у значних демографічних втратах, особливо з огляду на те, що поширення ВІЛ/СНІДу «наклалося» на вкрай несприятливу демографічну ситуацію. В умовах депопуляції, що відбувається в Україні, поліпшення стану здоров'я населення і приріст середньої тривалості життя могли б зіграти роль компенсуючого фактора, що протистоїть

кількісному убутку населення внаслідок низької народжуваності. Водночас епідемія ВІЛ/СНІДу буде «підсилювати» негативні тенденції у відтворенні населення.

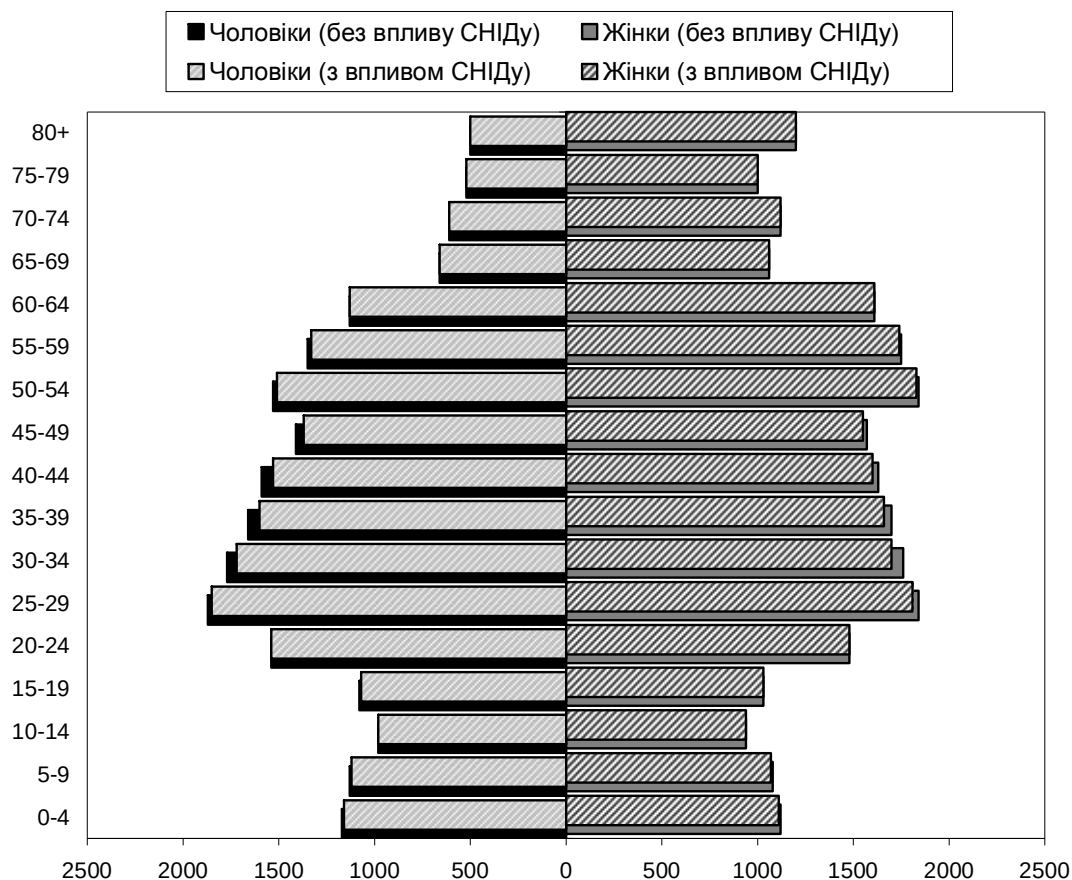


Рис. 2.3.16. Статеві-віковий склад населення України на початку 2014 р. без урахування і з урахуванням впливу смертності* від СНІДу, тис. осіб

* – за середнім варіантом прогнозу.

Джерело: Demographic Forecast under the HIV/AIDS Epidemic // Socioeconomic Impact of HIV/AIDS in Ukraine. — The World Bank, International HIV/AIDS Alliance in Ukraine, 2006.

Для оцінки наслідків епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні міжгалузевою групою фахівців під керівництвом МОЗ України та Світового банку у 2005 р. був здійснений прогноз розвитку епідемії на період 1994–2014 рр. за допомогою модулів DemProj та AIM програми Spectrum⁵². Проведене дослідження показало, що серед демографічних наслідків епідемії найвідчутнішим буде її вплив на стан здоров'я, рівень захворюваності і смертності населення. Як свідчать отримані результати, згідно з середнім сценарієм прогнозу чисельність ВІЛ-інфікованих осіб може досягнути максимуму у 2009 р. (640,7 тис. чол.). У 2014 р. вона може становити від 478,5 тис. (за оптимістичним варіантом) до 820,4 тис. осіб (за песимістичним варіантом). Поширення

⁵² Demographic Forecast under the HIV/AIDS Epidemic // Socioeconomic Impact of HIV/AIDS in Ukraine. — The World Bank, International HIV/AIDS Alliance in Ukraine, 2006.

ВІЛ-інфекції означає зростання підвищення рівня СНІД-асоційованої захворюваності, передусім туберкульозу. Це підтверджується офіційними даними: у структурі захворюваності ВІЛ-інфікованих як серед нових випадків, так і серед осіб, які перебували під диспансерним наглядом, перше місце посідає саме туберкульоз. Наявність ВІЛ-інфекції є потужним чинником, що сприяє розвитку активної форми туберкульозу у носіїв латентної інфекції та підвищує ймовірність розвитку рецидивного туберкульозу. ВІЛ-інфіковані також є дуже сприйнятливими щодо розвитку полірезистентних штамів туберкульозу, які дуже важко піддаються лікуванню.

Результати проведеного дослідження дають підстави стверджувати, що роль СНІДу у структурі причин смерті населення України помітно посилиться. Рівень смертності від СНІДу у найближчі роки буде зростати, причому досить відчутно за відсутності широкого доступу до антиретровірусної терапії (АРТ) у повному обсязі для тих, хто її потребує. Оскільки жертвами СНІДу є переважно молоді люди, найвагоміші зрушення відбудуться саме у структурі смертності населення молодого трудоактивного віку. СНІД поступово витіснятиме інші причини смерті, тому що значна частина молодих людей не доживатиме до старості і хвороб похилого віку. Найбільших втрат зазнає населення віком 30–39 років (рис. 2.3.16). Для України це стане особливо відчутним після 2010 р., коли відновляться негативні тенденції у формуванні вікового складу її населення і розпочнеться подальше посилення рівня постаріння населення і скорочення частки працездатного контингенту. Хоча більшість серед тих, хто ризикує в майбутньому захворіти на СНІД, становитимуть чоловіки, усі прогнозні варіанти передбачають поступове підвищення питомої ваги жінок серед ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД. Зокрема, частка жінок серед хворих на СНІД за середнім сценарієм прогнозу може підвищитись від 34,8% у 2004 р. до 46,8% у 2014 р. Таким чином, статевий дисбаланс на користь чоловіків до кінця прогнозованого періоду буде пом'якшуватися і поступово нівелюватися.

За умови реалізації оптимістичного сценарію, що передбачає повільний тип переходу ВІЛ у СНІД для дітей та дорослих, успішну профілактику передачі ВІЛ від матері до новонародженого та оптимістичні дані стосовно доступу до антиретровірусної терапії, загальна кумулятивна кількість смертей від СНІДу може становити 301,3 тис., а у разі реалізації песимістичного варіанту накопичене протягом всього прогнозного періоду число смертей від СНІДу збільшиться до 526,4 тис. Поширення СНІДу і пов'язана з ним смертність гальмуватиме і перешкоджатиме процесу підвищення середньої тривалості життя в Україні. Внаслідок впливу епідемії ймовірні очікувані втрати тривалості життя у 2014 р. коливатимуться в межах від 3,2 до 4-х років для чоловіків і від 2,9 до 4,8 року для жінок. У цьому контексті дуже важливо розширення доступу до антиретровірусного лікування, що дає змогу знизити смертність від СНІДу.

Очевидно, що вплив епідемії ВІЛ/СНІДу на процес відтворення населення є тривалим і буде виходити за межі прогнозованого нами періоду. Епідемія ВІЛ/СНІДу буде загострювати існуючі негативні тенденції у динаміці демографічних процесів, що може стати серйозною перешкодою для сприятливих демоекономічних перспектив і соціального благополуччя країни.

Розділ 3. Перспективи і шляхи зниження смертності та подовження середньої тривалості життя у трудоактивному віці

3.1. Оцінка демографічних втрат внаслідок надмірної та передчасної смертності

Говорячи про надмірну смертність населення, перш за все слід визначитись, що саме ми вкладаємо у зміст даного терміну, адже важко уявити собі межу, за якою смертність вважається «надмірною», а до якої — «нормальною». Надсмертність населення є відносним поняттям, зміст якого полягає у порівнянні з певною мірою смертності, тобто поєднанням кількісних та якісних показників того чи іншого режиму смертності, який обраний за базовий. Коли ми порівнюємо смертність чоловіків зі смертністю жінок, ми говоримо про надсмертність чоловіків. Аналогічно можна порівнювати смертність населення у поточному році з показниками смертності у відносно сприятливий період або з кращими показниками, досягнутими в інших країнах. Таким чином, вимірюючи надсмертність, ми визначаємо обсяг втрат, до яких призвела негативна динаміка процесу вимирання, а разом з тим і джерела та причини цих втрат, на подолання яких має бути спрямована державна політика.

Як відомо, смертність залежить від повікової інтенсивності вимирання та структури населення. «Інтенсивна» компонента смертності — це та компонента, яка обумовлена процесом вимирання, залежна від якості життя та зовнішніх факторів, з одного боку, та генетичних особливостей населення — з іншого. Її умовно можна розділити на дві складові: «ту, яку можна усунути», та «неусувну»⁵³. «Неусувна» складова визначена мінімальним рівнем смертності за найкращих можливих у сучасному світі умов. Надмірна смертність є «усувною», на неї можна впливати, її потрібно звести до мінімуму. Втрати від надмірної або «усувної» смертності можна оцінити як різницю між реальним та гіпотетичним числом смертей за умови збереження того чи іншого сприятливого повікового профілю смертності.

Нами проведено розрахунки втрат населення України за період з 1990 по 2006 рр. за умови збереження повікового та нозологічного профілю смертності населення на рівні 1989 року. 1989 р. вибраний не випадково, оскільки показники режиму відтворення населення України, в тому числі режиму смертності, у цьому році перебували на відносно сприятливому докризовому рівні і можуть служити критерієм оцінки реальних втрат від надмірної смертності. Розрахунки проведені для населення трьох вікових груп: молодше 25 років, 25–64 роки і старше 65 років, окремо для чоловіків і жінок. Виходячи з реальної чисельності населення України протягом 1990–2006 рр. та повікової смертності за причинами смерті у 1989 р., для кожного року були розраховані гіпотетичні числа померлих у відповідних вікових

⁵³ Рогожин О.Г. «Надсмертність» в Україні: регіональний аналіз і оцінка демографічних втрат // Екологія і ресурси: Зб. праць Укр. ін-ту досліджень навколиш. середовища і ресурсів / Редкол.: В.Я. Шевчук (голов. ред.) та ін. — К.: АВС, 2001. — С.137–148.

групах. Перевищення фактичного числа померлих над гіпотетичним розцінювалось як втрати через надсмертність.

Загальна оцінка реального надлишку померлих за 1990–2006 рр. склала в Україні близько 2,8 млн. осіб або 22,2% усіх померлих за цей період. З них 1,7 млн. становлять чоловіки і 1,1 млн. — жінки. Таким чином, майже 60% усіх надлишкових смертей обумовлені чоловічою смертністю.

Динаміка обчислених нами втрат від надмірної смертності змінюється хвилюподібно відповідно до загального тренду смертності у 1990–2006 рр. (рис. 3.1.1). Пік надсмертності спостерігався у середині 1990-х років; його можна вважати результатом підвищеного соціального, психологічного та фізичного напруження внаслідок різкого посилення економічних негараздів. Існує точка зору, що зростання смертності в Україні до 1992 р. є компенсаторним ефектом припинення антиалкогольної кампанії, оскільки показники інтенсивності вимирання населення повернулись на свої попередні позиції, тоді як подальше зростання смертності обумовлюється саме трансформаціями кризових років.

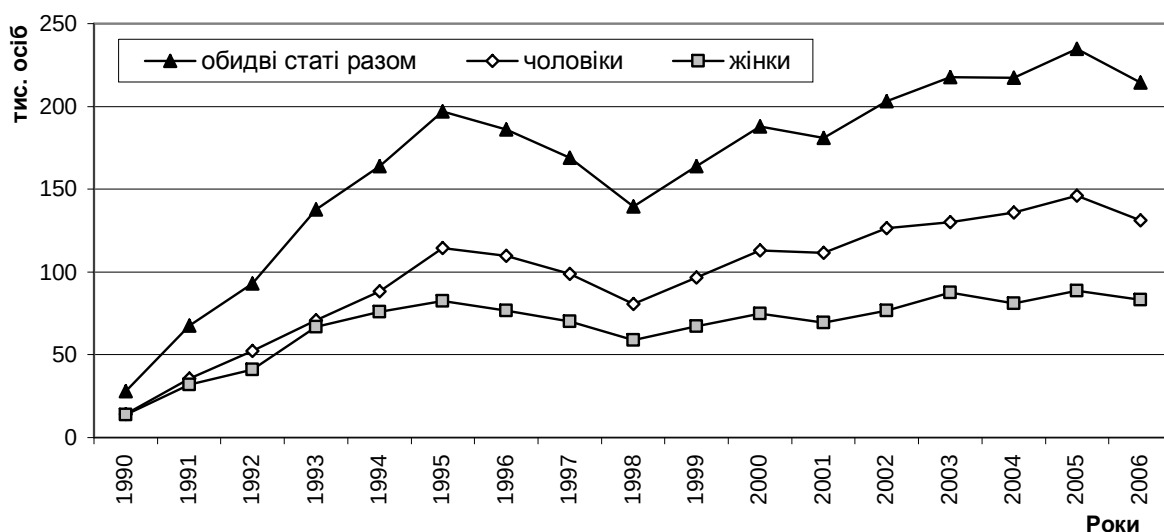


Рис. 3.1.1. Динаміка реальних втрат населення України від надсмертності в 1990–2006 рр. (за умови збереження повікової смертності за причинами смерті на рівні 1989 р.)

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

У 1996–1998 рр. відбулося суттєве зниження втрат від надсмертності. Причиною цього зниження може бути поступова стабілізація соціально-економічної ситуації в Україні та адаптація більшості людей до ринкових перетворень. З іншого боку, можна припустити що найслабші й найуразливіші когорти населення вмерли у найважчі роки соціально-економічної кризи, що спричинило короточасне зниження смертності у наступному періоді. Після 1998 р. надсмертність знову почала стрімко зростати і у 2005 році вже набула значних масштабів. Таким чином, піки зростання числа втрачених життів спостерігалися у 1995 та 2005 рр., максимум втрат від надсмертності припав на 2005 р., коли при збереженні повікової інтенсивності

вимирання 1989 р. можна було б уникнути 36,2% смертей чоловіків та 23,5% — жінок. На 2005 р. припадає 235 тис. додаткових смертей, тобто 8,4% усього надлишку померлих за 1990–2006 рр. Мінімальні втрати спостерігались у 1990–1992 рр.: вони становлять 188,5 тис. смертей або близько 6,7% додаткових смертей за досліджуваний період.

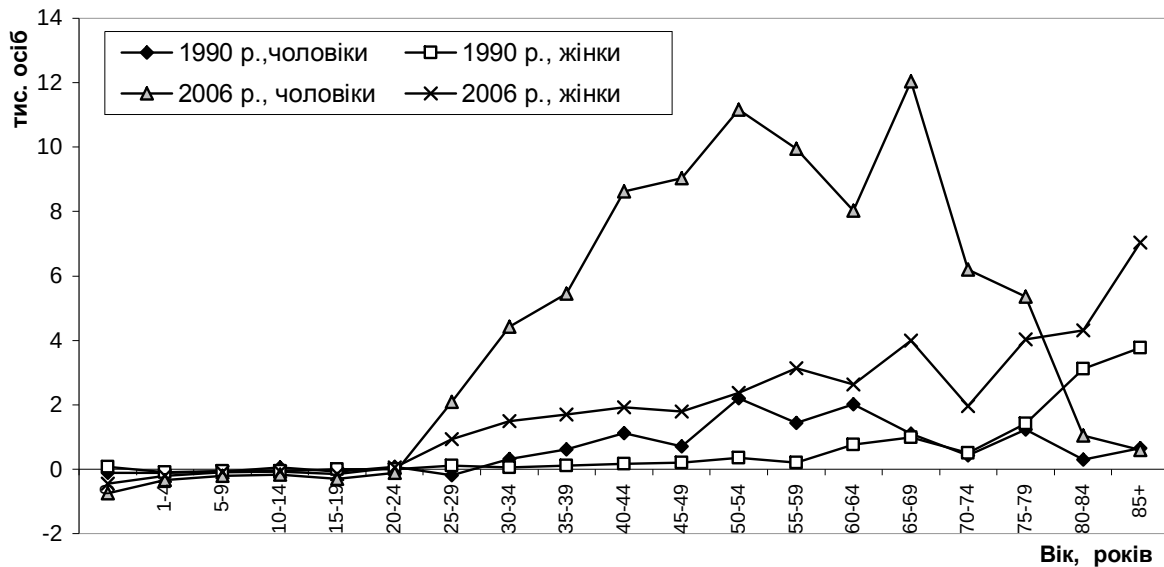


Рис. 3.1.2. Реальні втрати населення від надсмертності за віковими групами та статтю в Україні у 1990 та 2006 рр. (за умови збереження повікової смертності за причинами смерті на рівні 1989 р.)

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

У 1990-і роки смертність населення України підвищилась майже в усіх вікових групах (за винятком дітей і підлітків), що призвело до зростання втрат від надмірної смертності практично у кожному віковому інтервалі (рис. 3.1.2). Вигідно вирізняється на тлі суцільного погіршення повікової смертності динаміка смертності дітей та підлітків. Ризик смерті у дитячому та юнацькому віці порівняно з іншими віковими контингентами є найменшим. Він різко падає після досягнення дитиною одного року і знижується до 10–15 років, після чого починає зростати. За нашими розрахунками сумарні реальні втрати від надсмертності дітей та молоді за 1990–2006 рр. склали в Україні близько 5 тис. життів, або 1,5% від усіх смертей у віці до 25 років. Ці втрати припадають саме на кризові 1991–2001 роки, тоді як після 2002 р. зниження коефіцієнтів смертності цієї вікової групи дозволило гіпотетично зберегти певне число життів. Якби смертність залишалась на рівні 1989 р., то протягом 2002–2006 рр. вмерло б на 10 тис. дітей, юнаків і дівчат віком молодше 25 років більше, ніж сталося насправді, що становить близько 3% від усіх померлих у цьому віці. У цілому кількість надмірно втрачених життів хлопчиків за шістнадцять років майже на третину перевищила відповідний показник у дівчаток.

Найбільших втрат від надсмертності за роки кризи зазнало населення у трудоактивному віці. Як видно з рис. 3.1.2 втрати від надсмертності населення віком 25–64 роки у чоловіків та жінок у 2006 р. порівняно з показниками на початку досліджуваного періоду зросли приблизно у 7–8 разів. Впадають у вічі значні статеві відмінності у показниках демографічних втрат (рис. 3.1.2). У жінок найбільша частка надмірно втрачених життів припадає на найстарші вікові групи, що є більш природним, тоді як у чоловіків після 70 років крива втрат стрімко прямує до нуля. Повікові втрати чоловіків у віці 25–64 років перевищували відповідні показники жінок в середньому у 4 рази.

Оскільки найвищі темпи зростання смертності спостерігались серед населення трудоактивного віку, саме на цьому віковому інтервалі закладені значні резерви у зниженні надмірної смертності в Україні. В цілому за період 1990–2006 рр. було «додатково» втрачено 29,3% життів чоловіків та 19,9% — жінок у віці 25–64 роки. В інтервалі віку 65 років і старше можливості не настільки великі: при збереженні коефіцієнтів смертності на рівні 1989 р. можна було б гіпотетично уникнути близько 13% чоловічих та майже 11% жіночих смертей.

Структура демографічних втрат за причинами смерті певною мірою відображає незавершеність в Україні другого етапу епідеміологічного переходу, тобто поєднання у собі рис традиційної структури смертності (високий рівень втрат від екзогенних патологій: інфекційних та паразитарних хвороб, захворювань органів травлення, зовнішніх причин смерті) та сучасної структури (висока смертність від ендогенних та квазіендогенних причин смерті (серцево-судинні захворювання, новоутворення).

Таблиця 3.1.1. Структура реальних втрат населення України від надсмертності за причинами смерті у 1990–2006 рр. (за умови збереження повікової смертності за причинами смерті на рівні 1989 р.)

Класи причин смерті	Тис. осіб			%		
	чоловіки	жінки	разом	чоловіки	жінки	разом
Хвороби системи кровообігу	960,9	788,3	1749,2	58,1	68,8	62,4
Інші хвороби	143,5	315,5	459,0	8,7	27,5	16,4
Зовнішні причини	298,0	57,8	355,8	18,0	5,0	12,7
Хвороби органів травлення	95,8	31,2	127,0	5,8	2,7	4,5
Інфекційні та паразитарні захворювання	79,7	11,7	91,4	4,8	1,0	3,3
Новоутворення	30,2	0,01	30,3	1,8	0,0	1,1
Хвороби органів дихання	47,3	-58,5	-11,2	2,9	-5,1	-0,4
Усі причини	1 655,4	1 146,1	2801,5	100,0	100,0	100,0

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

Домінуючими причинами втрат від надмірної смертності населення України у 1990–2006 рр. були хвороби системи кровообігу (табл. 3.1.1). На серцево-судинну патологію припадає 62,4% усіх втрат за останні шістнадцять років. Велика питома вага надлишкових смертей обумовлена іншими хворобами, тобто рештою хвороб, які не виділялися окремо при дослідженні, а представлені в одній групі (16,4%). Зовнішні

причини смерті за часткою надлишкових втрат посідають третє місце (12,7%), хоча у структурі смертності вони йдуть поряд з серцево-судинними захворюваннями. Цікавим є те, що за шістнадцять років від новоутворень сталося лише 84 надлишкових жіночих смертей, а від хвороб органів дихання вмерло на 60 тис. менше, ніж могло б трапитися за умови нозологічного профілю смертності 1989 р. Внесок хвороб системи кровообігу у надсмертність чоловіків та жінок становив 58,1% та 68,8% відповідно. Зовнішні причини визначають 18% «додаткових» смертей серед чоловіків та 5% — серед жінок. Разом з тим у жінок значна роль належить іншим хворобам — 27,5%, тоді як у чоловіків вони становлять лише 8,7%.

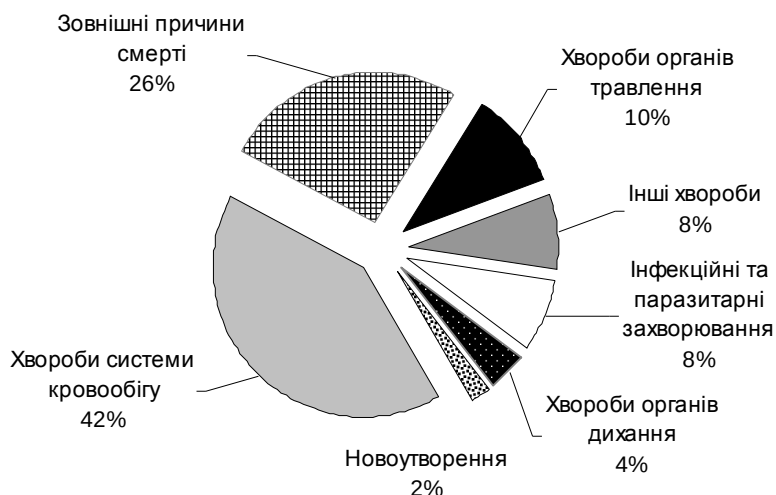


Рис. 3.1.3. Структура реальних втрат населення України у віці 25–64 роки від надсмертності за причинами смерті у 1990–2006 рр. (за умови збереження повікової смертності за причинами смерті на рівні 1989 р.)

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

Основні причини демографічних втрат у віці 25–64 роки ті самі, що і для всього населення, хоча їх ієрархія дещо відрізняється. У формуванні смертності населення трудоактивного віку провідну роль так само відіграють два класи причин смерті — хвороби системи кровообігу і зовнішні причини смерті. Зокрема, хвороби системи кровообігу відповідають за 42% надлишку смертей у трудоактивному віці (рис. 3.1.3), причому у жінок вони обумовили більше половини всіх втрат за 1990–2006 рр. — 52,4%, тоді як у чоловіків тільки — 40,4% (табл. 3.1.2). Зовнішні причини смерті обумовили 26% «додаткових» втрат, в тому числі майже третину чоловічих та п'яту частину жіночих смертей, яких можна було б уникнути. Разом ці два класи хвороб викликали 68% смертей, які могли б не трапитися, якби режим вимирання залишився таким, як був у 1989 р.

Значний внесок належить захворюванням органів травлення, на які припадає 10% усіх додаткових смертей. На відміну від структури смертності для всього

населення хвороби органів травлення посідають третє місце у структурі втрат населення трудоактивного віку. Досить значним залишається і вплив інфекційних захворювань, які відповідають за 8% надлишку померлих. Зниження коефіцієнтів смертності від хвороб органів дихання привело до відносно низької частки «додаткових» смертей від хвороб даного класу, а саме 4%.

Слід відмітити, що втрати від новоутворень становлять лише 2% від усіх втрат. Це не може не викликати подиву, оскільки новоутворення є однією з найбільш значущих причин смерті і підстав для різкого зниження втрат, як от, поліпшення стану хімічного і радіаційного забруднення природного середовища, покращання раціону харчування населення, зниження ступеню поширеності шкідливих звичок, удосконалення якості онкологічної діагностики і медичної допомоги та ін., на нашу думку, не було. Зниження інтенсивності вимирання від онкозахворювань може бути лише наслідком зростання смертності від інших хвороб, зокрема хвороб системи кровообігу, зовнішніх причин, інфекційних та паразитарних захворювань. Відповідно ті життя, які були збережені через позитивну динаміку смертності від новоутворень, насправді перекриваються втратами від інших хвороб.

Таблиця 3.1.2. Структура реальних втрат від надсмертності населення віком 25–64 роки за причинами смерті та статтю в Україні у 1990–2006 рр. (за умови збереження повікової смертності за причинами смерті на рівні 1989 р.)

Класи причин смерті	Тис. осіб		%	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Хвороби системи кровообігу	348,8	127,0	40,4	52,4
Зовнішні причини	254,0	48,9	29,4	20,1
Хвороби органів травлення	87,4	33,5	10,1	13,8
Інші хвороби	77,3	17,3	8,9	7,1
Інфекційні та паразитарні захворювання	76,0	13,8	8,8	5,7
Хвороби органів дихання	48,0	0,3	5,6	0,1
Новоутворення	-27,7	2,0	-3,2	0,8
Усі причини	863,8	242,8	100,0	100,0

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

Протягом періоду з 1990 по 2006 р. роль окремих причин у формуванні показника смертності населення змінювалась за приблизно однаковим сценарієм (рис. 3.1.4). Слід зазначити, що провідні місця стало належали хворобам системи кровообігу (40–46%) та зовнішнім причинам смерті (20–30%), хоча останні, починаючи з 2002 р., виявили тенденцію до зниження і у 2006 р. показник смертності від зовнішніх причин скоротився до рівня хвороб органів травлення, які, в свою чергу, безупинно збільшували кількість втрачених життів впродовж усього досліджуваного проміжку часу. На цьому тлі протягом усього періоду зростали показники втрат через надмірну смертність від інфекційних та паразитарних хвороб (перш за все за рахунок смертності від туберкульозу, СНІДу, грипу, гострих кишкових інфекцій) та решти

причин смерті, питома вага яких у структурі смертності відносно невелика, тому зазначена динаміка суттєво не вплинула на загальне співвідношення.

Таким чином, порівнюючи фактичне число померлих з гіпотетичною кількістю смертей, які б могли трапитися, якби повіковий та нозологічний профіль смертності в Україні залишався на рівні 1989 р., ми проаналізували реальні обсяги втрат від надсмертності. Можна також дослідити і потенційні втрати, порівнюючи емпіричне число померлих з гіпотетичним за умови збереження сприятливого режиму вимирання, досягнутого у розвинених країнах.



Рис. 3.1.4. Динаміка реальних втрат населення у віці 25–64 роки від надсмертності за основними причинами смерті в Україні у 1990–2006 рр. (за умови збереження повікової смертності за причинами смерті на рівні 1989 р.)

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

Для визначення потенційних втрат від надсмертності в Україні ми використали показники смертності населення Польщі. Такий вибір здається доцільним, оскільки Польща є безпосереднім сусідом України, знаходиться в однакових з нами природно-кліматичних умовах; населення України і Польщі мають спільні етнічні корені, а історичні долі обох держав були тісно переплетені впродовж кількох століть. Однак реалії засвідчують значні відмінності демографічної динаміки у цих країнах в останні десятиліття, що є наслідком специфіки соціально-економічного розвитку.

Ще донедавна середня очікувана тривалість життя в Україні ненабагато поступалася відповідному показнику у Польщі, а іноді навіть перевищувала його (рис. 3.1.5). Починаючи з 1990 р. середня очікувана тривалість життя у Польщі почала

зростати тим швидше, чим стрімкіше вона падала в Україні. Якщо на початку 1970-х новонароджений в Україні міг прожити на 0,6 року довше, ніж у Польщі, то у 2004 р. середня тривалість життя в Україні відстала від її значення у Польщі на 7,3 року. Цей приклад є яскравим свідченням того, що в Україні існує значний потенціал підвищення середньої тривалості життя, і подолавши труднощі, які спричинюють надмірну смертність українців та формують масштаби цієї «зайвої» смертності, ми зможемо наздогнати нашого західного сусіда за кількістю років, відведених прожити кожному громадянину.

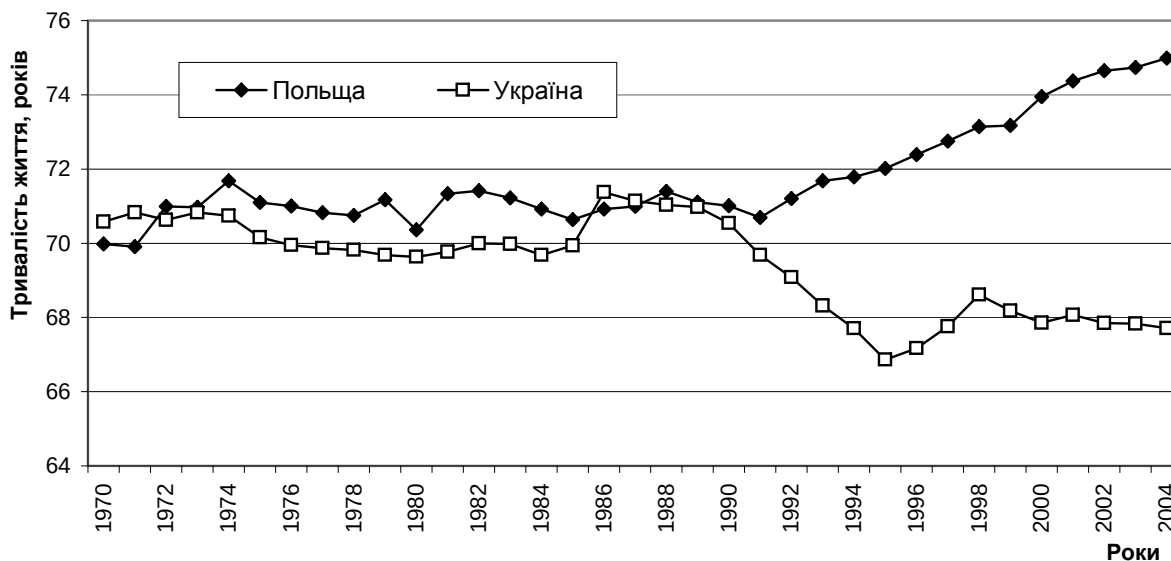


Рис. 3.1.5. Динаміка середньої очікуваної тривалості життя при народженні в Польщі та Україні у 1970–2004 рр.

Джерело: дані ВООЗ (HFA-DB).

Як бачимо з рис. 3.1.6, основні резерви подовження тривалості життя закладені у зниженні смертності чоловіків трудоактивного віку. Саме чоловіча смертність спричинила відставання показника середньої тривалості життя в Україні порівняно з Польщею і обумовила масштабні обсяги втрат. Чоловіча смертність визначила напрям тренду числа втрачених життів у віці 25–64 роки, які Україна могла б уникнути за умови повікової смертності на рівні показників Польщі протягом 1990–2006 рр.

За нашими розрахунками потенційні втрати України за 1990–2006 рр. склали близько 3,2 млн. осіб або 25% усіх померлих. З них 1,8 млн. становлять чоловіки і 1,4 млн. — жінки. Питома вага втрат у віці 25–64 роки у їх загальному обсязі становить 49%, причому 74% — це чоловічі втрати і 26% — жіночі. В цілому ж за період 1990–2006 рр. можна було б уникнути 1,1 млн. смертей чоловіків та 0,4 млн. смертей жінок віком 25–64 роки, якби повіковий профіль смертності був таким як у Польщі, а структура населення такою як в Україні.

Аналізуючи повікові особливості потенційних втрат, можна побачити, що аналогічно реальним втратам найбільше Україна втрачає у найстарших вікових групах. Втрати чоловіків починають різко зростати у віці 30-35 років і на кожному 10-річному віковому інтервалі Україна щорічно втрачає біля 20 тис. працездатних за віком чоловіків. Починаючи з віку 75 років обсяги втрат осіб сильної статі скорочуються. У жінок за період 1990–2006 рр. 66% потенційних втрат припадало на вікову групу 55 років і старше.

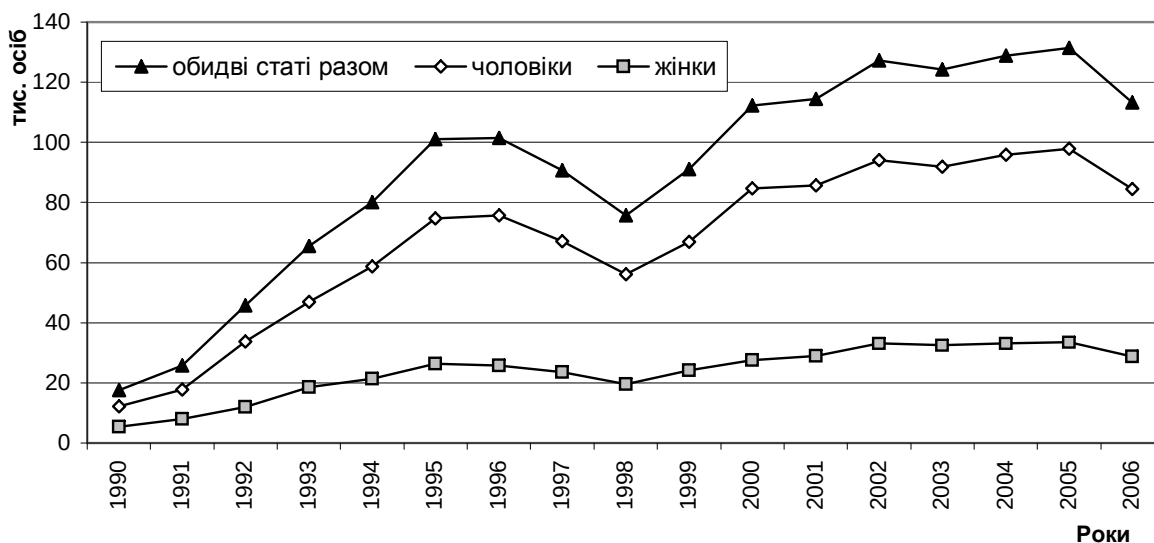


Рис. 3.1.6. Динаміка потенційних втрат населення України у віці 25–64 роки від надсмертності протягом 1990–2006 рр. (за умови використання повікових коефіцієнтів смертності за причинами смерті Польщі)

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України та даних ВООЗ¹.

Така структура втрат обумовлена «молодим» повіковим профілем смертності населення України, особливо смертності чоловіків, які передчасно помирають від травм, отруєнь, нещасних випадків на виробництві, вбивств, самогубств та нездорового способу життя. Передчасна смертність призводить до того, що Україна не лише втрачає «левову» частку свого трудового потенціалу, а й значно поступається за іншими соціально-економічними параметрами західноєвропейським країнам. Обсяг потенційних втрат є свідченням цього розриву, адже під втратами розуміється не просто кількість надмірно втрачених життів, але й втрати трудоактивного населення, яке є основою формування демографічного і трудового потенціалу країни. Високі показники смертності лягають важким тягарем на економіку України внаслідок втрачених інвестицій у людський капітал (особи, що помирають у

¹ Повікові коефіцієнти смертності за причинами смерті для Польщі за 1990–1996 та 1999–2002 рр. були взяті із статистично-інформаційної системи ВООЗ (WHOSIS). За період 1996–1999 рр. коефіцієнти смертності були знайдені шляхом інтерполяції даних, а за період 2002–2006 рр. — дублювання повікового профілю смертності Польщі 2002 р.

середньому віці, отримали безкоштовну державну освіту та інші безкоштовні соціальні послуги).

Підсумовуючи, можна порівняти обсяги реальних і потенційних втрат населення України від надсмертності, використовуючи дані табл. 3.1.3. Як бачимо, обсяг потенційних втрат дещо перевищує загальне число реальних втрат як усього населення, так і населення у віці 25–64 роки. Це говорить про те, що навіть якби інтенсивність вимирання населення України залишалась на рівні 1989 р., Україна б все одно втрачала більше життів, ніж якби повіковий профіль смертності протягом досліджуваного періоду був таким, як у Польщі впродовж 1990–2006 рр. Переважання потенційних (порівняно з Польщею) втрат над реальними свідчить не лише про значне погіршення ситуації зі смертністю в Україні відносно докризового періоду, але й про втрачені можливості та невикористані резерви подовження середньої тривалості життя.

Таблиця 3.1.3. Реальні та потенційні втрати населення України від надсмертності у 1990–2006 рр.

	Реальні втрати		Потенційні втрати	
	тис. осіб	%	тис. осіб	%
Все населення, у т.ч.:	2801	100,0	3155	100,0
чоловіки	1655	59,1	1788	56,7
жінки	1146	40,9	1367	43,3
Населення у віці 25–64 роки, у т.ч.:	1107	100,0	1546	100,0
чоловіки	864	78,1	1144	74,0
жінки	243	21,9	402	26,0

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

Проаналізувавши втрати населення, можна також дослідити як надмірна смертність впливає на укорочення середньої тривалості життя у трудоактивному періоді. Якби ніхто у віці 25-64 роки не вмирав, то кожен прожив би 40 років, але реально померлі проживають менше, що вкорочує середню тривалість життя у цьому віці для всього табличного покоління.

Таблиця 3.1.4. Середнє укорочення трудоактивного життя в результаті смертності населення України у віці 25-64 роки у 1989, 1995, 1998 та 2006 рр.*

Роки	Середнє укорочення трудоактивного життя (років)	
	чоловіки	жінки
1989	4,58	1,71
1995	6,98	2,42
1998	6,04	2,07
2006	6,92	2,42

* розраховано за формулами: Корчак-Чепурковский Ю.А. Таблицы доживаемости и средней продолжительности жизни для населения Украинской ССР за 1958–1959 годы. — Киев, 1996. — С. 26.

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

Як бачимо з таблиці 3.1.4 у 2006 р. смертність у віці 25-64 роки спричинила укорочення трудоактивного життя майже на 7 років у чоловіків і на 2,4 року у жінок, причому у чоловіків втрати років життя порівняно з 1989 р. збільшились в 1,5 раза, у жінок – в 1,4 раза. Певне зниження рівня втрат спостерігалось у 1996-1998 рр., проте протягом наступних років показники знову підвищились до рівня кризового 1995 р. Чоловіки втрачають утричі більше років трудоактивного життя, ніж жінки.

Людське життя безцінне у будь-якому віці, проте для суспільства найвагомішими є втрати у період трудової активності. Передчасна смерть у молодому віці призводить до втрати більшої кількості потенційних років життя, ніж у старшому. Чим раніше настає смерть, тим більшою є кількість втрачених років, недожитих до віку 65 років, і відповідно вищі економічні збитки, обумовлені відсутністю внеску цих громадян у процес суспільного виробництва. Одним із важливих показників, що характеризують втрати внаслідок передчасної смертності, є число втрачених років потенційного життя (ВРПЖ, Years of potential life lost, YPLL).

За нашими розрахунками абсолютна кількість років потенційного життя, втрачених внаслідок передчасної смертності населення у віці 25–64 роки, становила в Україні у 2006 році 3377,9 тис., причому 2607,4 тис. років, або 77%, було обумовлено чотирма основними класами причин смерті — хворобами системи кровообігу, зовнішніми причинами, новоутвореннями й інфекційними та паразитарними хворобами (причини перераховано у порядку значущості). У 2006 р. порівняно з 1989 р. відповідний показник ВРПЖ у розрахунку на 100 тис. населення зріс в 1,6 раза і становив 13,5 тис. років, причому внесок різних класів причин смерті у це зростання помітно відрізнявся. Показник ВРПЖ від інфекційних та паразитарних хвороб збільшився найбільше (майже у 6 разів), а від новоутворень навіть дещо зменшився (табл. 3.1.5).

Таблиця 3.1.5. Кількість втрачених років потенційного життя у віці 25–64 років в Україні у 1989 та 2006 рр., на 100 тис. осіб

Причини смерті	1989	2006	2006/1989, разів
Всі причини	8323,4	13501,0	1,6
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	230,8	1293,1	5,6
Новоутворення	1964,6	1794,8	0,9
Хвороби системи кровообігу	2235,9	3685,5	1,6
Зовнішні причини	2672,5	3647,8	1,4

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

Перераховані вище класи причин смерті у підсумку становили приблизно ? абсолютного числа ВРПЖ як у чоловіків, так і у жінок. Основні статеві відмінності полягали в тому, що у чоловіків частка ВРПЖ, обумовлена смертністю від зовнішніх причин, значно перевищувала аналогічний показник у жінок (30% та 17% відповідно), і зовнішні причини посідали перше місце у структурі втрачених років потенційного життя; тоді як у жінок максимальна частка ВРПЖ належала новоутворенням (рис. 3.1.7). Одночасно спостерігались подібні частки ВРПЖ чоловіків і жінок від серцево-

судинних хвороб (близько 27%) та інфекційних і паразитарних хвороб (10 та 8% відповідно).

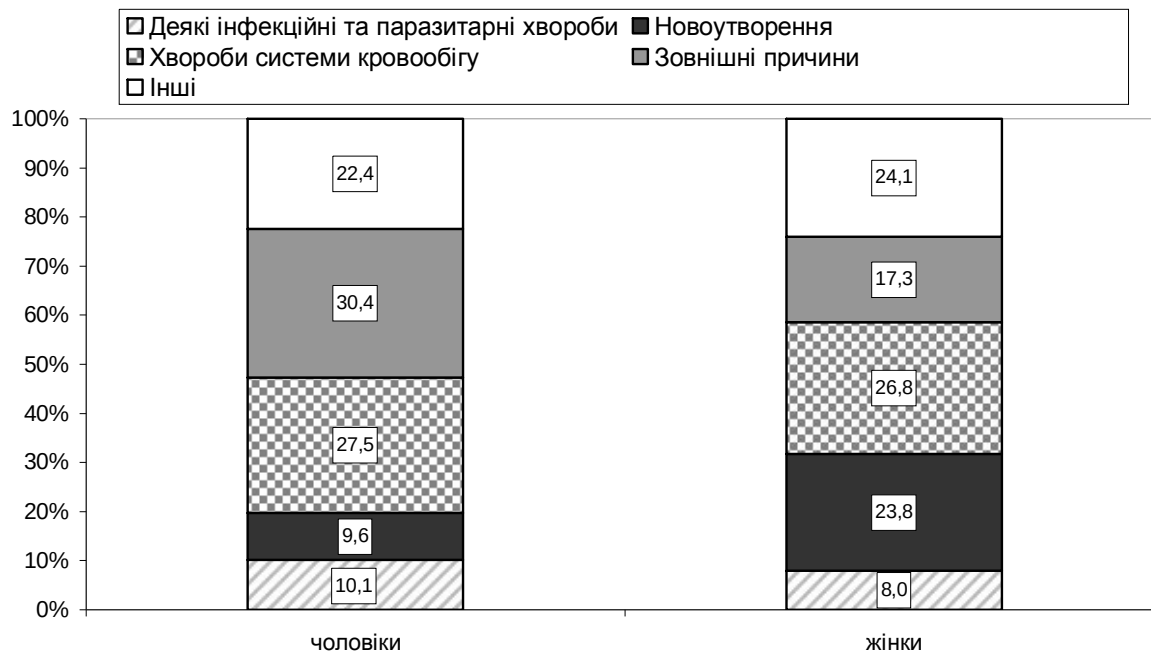


Рис. 3.1.7. Структура втрачених років потенційного життя чоловіків і жінок віком 25–64 роки в Україні у 2006 р., %

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

Таблиця 3.1.6 Абсолютні та відносні показники втрачених років потенційного життя у віці 25–64 роки в Україні у 2006 р.

Причини смерті	Абсолютні числа, тис. років			Показник на 100 тис. осіб		
	чоловіки	жінки	чоловіки / жінки, разів	чоловіки	жінки	чоловіки / жінки, разів
Усі причини	2508,4	869,6	2,9	21326,7	6558,6	3,3
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	254,4	69,1	3,7	2163	521,5	4,1
Новоутворення	241,9	207,2	1,2	2056,5	1562,6	1,3
Хвороби системи кровообігу	688,8	233,4	3,0	5855,9	1760,2	3,3
Зовнішні причини	762,1	150,6	5,1	6479,5	1135,8	5,7

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

Існують певні відмінності в абсолютних та відносних показниках втрачених років потенційного життя чоловіків і жінок у віці 25–64 роки. Абсолютне число втрат від усіх причин у чоловіків утричі більше, ніж у жінок. При цьому найбільший розрив характерний для зовнішніх причин (5,1 раза), найменший — для новоутворень (1,2 раза) (табл. 3.1.6). При порівнянні показників втрачених років потенційного життя,

розрахованих на 100 тис. відповідного населення, ці диспропорції стають ще більшими, що пояснюється відмінностями у чисельності чоловіків та жінок трудоактивного віку.

Таблиця 3.1.7. Ієрархія основних причин смерті у структурі смертності та структурі втрачених років потенційного життя чоловіків і жінок віком 25–64 роки в Україні у 2006 р.

Рангове місце	Чоловіки		Жінки	
	Структура смертності (%)	Структура ВРПЖ (%)	Структура смертності (%)	Структура ВРПЖ (%)
I	Хвороби системи кровообігу (36,5)	Зовнішні причини (30,4)	Хвороби системи кровообігу (38,6)	Хвороби системи кровообігу (26,8)
II	Зовнішні причини (23,0)	Хвороби системи кровообігу (27,5)	Новоутворення (25,2)	Новоутворення (23,8)
III	Новоутворення (13,5)	Інфекційні та паразитарні хвороби (10,1)	Зовнішні причини (12,2)	Зовнішні причини (17,3)
IV	Інфекційні та паразитарні хвороби (6,7)	Новоутворення (9,6)	Інфекційні та паразитарні хвороби (4,2)	Інфекційні та паразитарні хвороби (7,9)

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

Порівняльний аналіз структури смертності чоловіків і жінок віком 25–64 роки та структури втрачених років потенційного життя у цьому ж віці свідчить, що ієрархія причин смерті відрізняється. Так, загальна кількість смертей чоловіків від хвороб системи кровообігу у віці 25–64 роки в 1,6 раза вища, ніж від зовнішніх причин, однак молодший вік смерті, спричиненої останнім чинником, обумовив більшу кількість недожитих років до 65, і, відповідно втрачених років потенційного життя. Тому зовнішні причини детермінують найбільше число втрачених років потенційного життя чоловіків, хоча вони посідають друге рангове місце у структурі смертності (табл. 3.1.7). Таким же чином інфекційні та паразитарні хвороби, які спричинили вдвічі менше абсолютне число смертей чоловіків, однак знаходилися на вищому ранговому місці, ніж новоутворення, для яких характерний пізніший вік смерті.

Ми спробувати оцінити наближені економічні збитки суспільства, обумовлені смертністю населення у трудоактивному віці. Як уже зазначалось, недожиті роки обертаються недовиробленим національним продуктом. Гіпотетично на кожного громадянина України у 2006 р. припадала частина ВВП у розмірі 11,5 тис. гривень. Це досить приблизний розподіл ВВП, оскільки серед наявних 46,6 млн. жителів України значна частина дітей і людей похилого віку, інвалідів, тих, хто навчається, тимчасово непрацездатних через проблеми зі здоров'ям або вагітність, пологи і догляд за дітьми, безробітних або таких, хто просто ухиляється від суспільно корисної праці. Для більш точного підрахунку доцільно було б оцінити відсоток населення, зайнятого у суспільному виробництві, серед всієї кількості померлих і у групі 25–64 роки, врахувати відмінності у зайнятості чоловічого і жіночого населення та у розмірах отримуваного за працю винагородження тощо. В літературі

зустрічаються розрахунки продуктивних втрат⁵⁴, що базуються не на ВВП на душу населення, а на середньорічному доході, скоригованому на надбавки до заробітної плати (внески роботодавця на соціальне забезпечення, медичне соціальне страхування, відрахування на приватну пенсію). На жаль, в Україні подібна офіційна інформація часто не відповідає дійсності через поширення «тіньової» економіки, практики неоподаткованих доходів тощо. Проте, навіть обмежившись таким спрощеним підходом, наша попередня оцінка свідчить про вагомість економічних збитків через високу передчасну смертність. Так, у 2006 р. 3,4 млн. (3377953) втрачених років потенційного життя коштували Україні щонайменше 38,9 млрд. грн., з яких «левова» частка обумовлена смертями українських чоловіків (28,8 млрд. грн.); на жінок припадає 10 млрд. гривень.

Якщо припустити, що абсолютна більшість ВВП створюється працею населення у віці 25–64 роки, оскільки саме цей вік є періодом найвищої трудової активності, то частина ВВП, що припадала на душу населення зазначеного віку, становила вже 21,4 тис. гривень. Спираючись на такі розрахунки, економічні збитки внаслідок передчасної смертності у віці 25–64 роки досягали в Україні у 2006 р. майже вдвічі більшої суми — 72,3 млрд. гривень. Абсолютну кількість втрачених років потенційного життя в Україні у 2006 р. можна також уявити як втрачений внаслідок передчасної смертності трудовий внесок впродовж 40 найбільш продуктивних років життя майже 85,5 тис. громадян, тобто населення невеликого міста.

⁵⁴ Years of Potential Life Lost from Heart Disease /http://www.musc.edu/bmt737/Spr_1999/pj/yppl.html

3.2. Резерви подовження середньої тривалості життя за віком і причинами смерті

Межі людського життя, а відповідно і резерви його подовження не є чітко і однозначно визначеними. Ймовірно, у майбутньому вони можуть зазнати суттєвих змін завдяки зусиллям вчених, що переймаються можливостями подолання важких хвороб, проблемами клонування людини та «виращування» її окремих органів саме для цих потреб. З демополітичної точки зору необхідно прагнути, щоб люди жили якнайдовше, але довгість життя як індикатор суспільного благополуччя тісно пов'язана зі збереженням здоров'я і працездатності. Здоров'я у цьому контексті можна розглядати як запоруку довголіття і можливість творчої та продуктивної самореалізації без обмежень з боку функцій організму, відповідних своєму віку. У розвинених країнах досягнуто значного прогресу щодо середньої тривалості життя, в тому числі тривалості здорового життя. Разом з тим, оскільки більшість населення вмирає від неінфекційних хронічних патологій, які повністю не виліковуються, постала проблема подовження тривалості та підвищення якості життя хронічно хворих. Хвороба не повинна обмежувати можливості повноцінного життя, тому хворому потрібно навчитись жити зі своїми хронічними недугами, запобігати їх загостренню та можливим ускладненням і відстрочити по можливості вік смерті у старші літа.

Разом з тим навіть у розвинутих країнах, де досягнуто низьких рівнів смертності, діапазон альтернативних припущень щодо резервних можливостей підвищення тривалості життя є неясним. В Україні ступінь невизначеності цих показників значною мірою залежить від стану суспільно-економічної ситуації, її стабільності й спрямованості розвитку. В Україні живуть не лише менше, ніж у розвинених країнах, але й у гіршому стані здоров'я; частіше хворіють і вмирають як від хронічних недуг, так і нещасних випадків, отруєнь і травм, причому значна частина населення вмирає передчасно, до завершення трудоактивного періоду і не доживаючи до старості. Якщо у 1960 р. середня очікувана тривалість життя в Україні не тільки не відставала, а навіть перевищувала рівень окремих розвинених країн світу, то нині наша країна посідає одну з найнижчих позицій на «шкалі життєзбереження»; вона не лише не зробила відчутного поступу, але й втратила цінні надбання минулого: у сучасний період середня очікувана тривалість життя є нижчою, ніж у 1960 р. і українські чоловіки живуть в середньому на 12–13 років, а жінки на 8–9 років менше, ніж у країнах Європейського союзу. Відмінності щодо тривалості здорового і трудоактивного життя є ще більшими. Таким чином, теоретично резерви подовження тривалості життя в Україні є доволі значними. Для їх реалізації необхідне насамперед визначення цільових груп, тобто груп підвищеного ризику, характеристики смертності яких є найбільш несприятливими і негативно позначаються на показниках життєздатності населення України в цілому, а також оцінка ролі окремих причин смерті у формуванні існуючого режиму доживання населення.

Одним із методів визначення таких резервів є розрахунок середньої тривалості життя за умови ліквідації смертності на окремих вікових інтервалах та за умови усунення певних класів причин смерті⁵⁵. Таке дослідження, з одного боку, дозволяє оцінити максимально можливі результати зусиль медицини, а з іншого — є кроком до вивчення демографічних наслідків різних сценаріїв зміни режиму смертності у майбутньому.

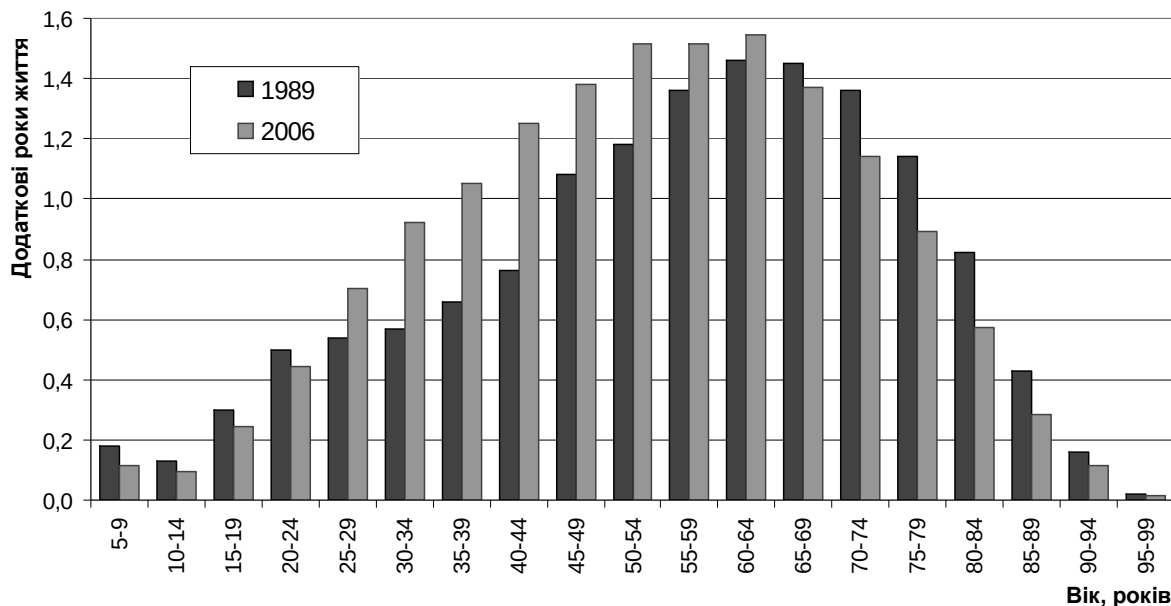


Рис. 3.2.1. Резерви підвищення середньої тривалості життя при народженні за умови виключення смертності на окремих вікових інтервалах для чоловіків в Україні у 1989 та 2006 рр.

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

Нами проведено оцінку приростів середньої тривалості життя при народженні в Україні у 1989 і 2006 рр. при виключенні смертності у послідовних п'ятирічних вікових інтервалах. Враховуючи те, що режим смертності у 2006 р. суттєво змінився порівняно з 1989 р., виключення смертності в окремих вікових групах давало різний ефект. Зокрема, якщо у 1989 р. додатковий рік життя для чоловіків можна було отримати за умови ліквідації смертності у віці 45–49 років, то у 2006 р. — внаслідок виключення смертей у віці 35–39 років. Максимальний гіпотетичний приріст років життя для чоловіків у 1989 р. спостерігався у віці 60–70 років, а у 2006 р. — у віці 50–65 років і становив близько 1,5 року. Як бачимо з рис. 3.2.1, повіковий розподіл резервів підвищення тривалості життя «помолодшав», тобто змістився у бік молодших вікових груп, роль яких у формуванні режиму смертності чоловіків значно посилилась. Найбільше зростання резервів відбулося на віковому проміжку 40–44 роки — майже 65%. Ліквідація смертності чоловіків у віці 30–40 років у 2006 р. дає

⁵⁵ Шумов А.В. Сравнительная оценка роли отдельных причин смерти в формировании продолжительности жизни населения Саратовской области // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. — 2007. — №1. — С.49.

майже вдвічі більший «виграш» років життя, ніж у 1989 р. Однак починаючи з 65 років число додаткових років життя у кожній віковій групі у 2006 р. порівняно з 1989 р. скорочується. Таким чином, для того, щоб максимально подовжити середню тривалість життя чоловіків, демополітичні зусилля необхідно спрямувати передусім на зниження смертності чоловіків, що за віком перебувають на «піку» своєї трудової активності.

Розподіл гіпотетичних приростів середньої тривалості життя жінок відрізняється від чоловіків: він є більш зсунутим у бік груп післяпрацевдатного віку. Якщо для чоловіків ліквідація смертності у віці 70 років і старше «додає» все менше число років життя, то у жінок, навпаки, максимального приросту тривалості життя можна досягнути саме завдяки усуненню смертності у віці 70–79 років, хоча у 2006 р. порівняно з 1989 р. цей «виграш» дещо скоротився. Водночас і у жінок подібно до чоловіків протягом 1989–2006 рр. відбулося певне, хоча й не так яскраво виражене зміщення розподілу приростів середньої тривалості життя у бік молодших вікових груп. Як свідчить рис. 3.2.2 «додаткові» роки життя у жінок завдяки ліквідації смертності в інтервалі середнього та зрілого трудоактивного віку помітно збільшилися. Таким чином, протягом досліджуваного періоду гіпотетичні резерви подовження середньої тривалості життя як чоловіків, так і жінок в Україні помітно «помолодшали». Ці зміни обумовлені зростанням передчасної смертності.

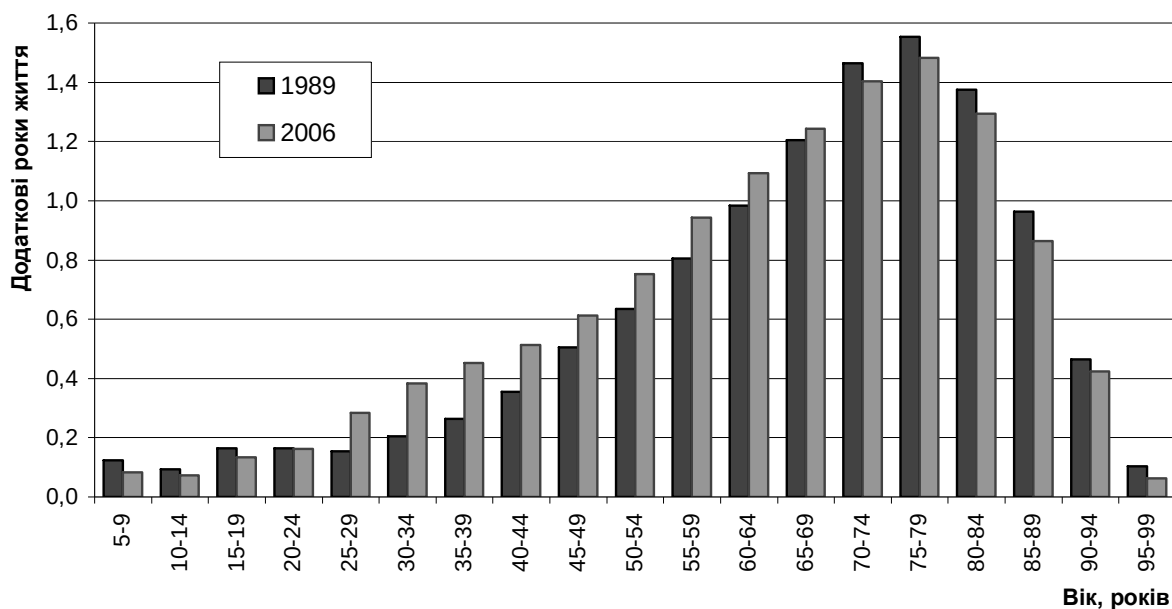


Рис. 3.2.2. Резерви підвищення середньої тривалості життя при народженні за умови виключення смертності на окремих вікових інтервалах для жінок в Україні у 1989 та 2006 рр.

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

Хоча гіпотеза про повне виключення смертності у певному віці не є реальною, вона досить чітко визначає цільові групи населення, на які мають бути спрямовані

першочергові заходи демополітичного впливу. Йдеться про концентрацію зусиль та ресурсів на боротьбі зі смертністю населення середнього та зрілого віку, насамперед чоловіків. Є підстави стверджувати, що навіть впровадження найсучасніших медичних технологій, спрямованих на підтримання життя осіб похилого віку, не забезпечить довголіття українським жінкам і чоловікам так, як вирішення проблеми зниження смертності у трудоактивний період.

Важливим кроком на шляху визначення ймовірних резервів життєздатності населення є визначення впливу окремих причин смерті на формування середньої тривалості життя та оцінка їхньої ролі у можливостях її подовження. У цьому контексті зазначимо, що у розвинених країнах зростання середньої тривалості життя, що відбувалось прискореними темпами впродовж другої половини ХХ-го століття, нині відбувається більш сповільнено, оскільки подальші досягнення у цій сфері залежать від ефективності лікування важких хронічних захворювань, для чого потрібно докласти зусиль значно більше, ніж раніше. На першому етапі епідеміологічного переходу успіхи у боротьбі з небезпечними для здоров'я і життя інфекційними хворобами дозволили отримати досить відчутний ефект у підвищенні середньої тривалості життя, але згодом зниження смертності від різного роду інфекцій загостило іншу проблему — проблему захворювань дегенеративного, інволюційного характеру, які є довготривалими за своїм перебігом і причиною смерті переважно у старших літах. Тобто внаслідок того, що людське життя стало тривалішим і люди почали доживати до більш пізнього віку, відбулися суттєві зміни у структурі захворюваності і смертності населення, а відповідно потреби та вимоги до медицини. Серцево-судинні хвороби та новоутворення певною мірою посіли місце інфекційних захворювань. Ситуація змінилася після появи ВІЛ/СНІДу, однак у розвинених країнах Західної Європи вплив цього захворювання на динаміку смертності населення не є відчутним, оскільки поширеність ВІЛ тут не перевищує 0,3%. Тому подальше збільшення середньої тривалості життя значною мірою залежатиме від того, наскільки ефективною буде боротьба із серцево-судинними та онкологічними хворобами. При цьому метою бажаних змін та ознакою дійсного прогресу щодо життєзбереження є не лише скорочення смертності, але й підвищення середнього віку смерті, тобто відсунення смертей у старші вікові групи.

В Україні структура смертності за причинами смерті вирізняється досить високими показниками смертності як від ендогенних, так і екзогенних патологій, в тому числі інфекційних захворювань. Проблема України також полягає у несприятливих якісних зрушеннях структури смертності, а саме в омолодженні смертності від більшості причин смерті, що значною мірою унеможливорює реалізацію тих досягнень, що спостерігаються у розвинених країнах. В той час як у західно-європейських країнах диференціація між причинами смерті за середнім віком смерті (за винятком зовнішніх причин) є відносно невеликою, в Україні спостерігається значний розрив у зазначених показниках.

Таблиця. 3.2.1. Середній вік смерті від основних класів причин в Україні у 1989, 1995, 1998 та 2006 рр., років

Класи причин смерті	1989		1995		1998		2006	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Інфекційні та паразитарні хвороби	48,0	45,1	44,7	39,6	45,9	41,3	42,4	39,5
Зовнішні причини	44,1	51,2	44,0	49,1	44,9	50,1	45,2	49,9
Хвороби органів травлення	62,3	68,0	55,1	61,7	56,2	62,7	52,8	58,3
Новоутворення	64,1	65,4	62,2	63,5	63,0	64,0	63,3	64,1
Хвороби органів дихання	69,9	74,6	64,3	70,2	66,3	72,5	62,9	68,3
Хвороби системи кровообігу	73,1	79,5	68,8	76,7	70,6	77,9	69,8	78,0

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

Найвідчутніше зниження середнього віку смерті в Україні впродовж 1989–2006 рр. спостерігалось не для таких домінуючих причин смерті як серцево-судинні хвороби (табл.3.2.1), новоутворення та зовнішні причини, а для хвороб органів травлення, патологій органів дихання та інфекційних і паразитарних захворювань. Так, триразове підвищення показників смертності від гастроентерологічних хвороб та інфекційних патологій протягом 1989–2006 рр. одночасно супроводжувалось зниженням середнього віку смерті від цих хвороб на 10 та 6 років відповідно. Тоді як у західних країнах смерті від хвороб органів дихання все більше концентрується у найстарших літах, в Україні середній вік смерті від цих захворювань протягом 1989–2006 рр. зменшився на 7 років і становив у 2006 р. 62,9 року для чоловіків та 68,3 року для жінок. Це обумовлено підвищеним ризиком померти від хвороб органів дихання як серед немовлят, так і осіб середнього та зрілого трудоактивного віку, що значно перевищує відповідні показники смертності у розвинених країнах.

Найнижчий середній вік смерті в Україні характерний для класу інфекційних захворювань: у 2006 р. він становив 42,4 року для чоловіків і 39,5 року для жінок. Порівняно з хворобами органів кровообігу та новоутвореннями чоловіки вмирали від різних інфекцій в середньому на 27 та 21 рік раніше (рис. 3.2.3). Але навіть з хворобами органів дихання і органів травлення розрив у показниках досягає 20 та 10 років відповідно. Смертність від інфекційних патологій є наймолодшою, передусім у жінок. Інфекційні хвороби — єдиний клас, від якого жінки вмирають раніше, ніж чоловіки. Це обумовлено насамперед змінами у смертності від туберкульозу, середній вік смерті від якого протягом 1989–2006 рр. знизився серед чоловіків на 7 років, а у жінок — майже на 18 (!) років (табл. 3.2.2). Ймовірно також передбачити, що зростання смертності від СНІДу, жертвами якого є переважно особи віком 30–39 років, сприятиме «консервації» цих негативних тенденцій і негативно позначиться на формуванні показників дожиття населення, насамперед у віці найвищої трудової активності.

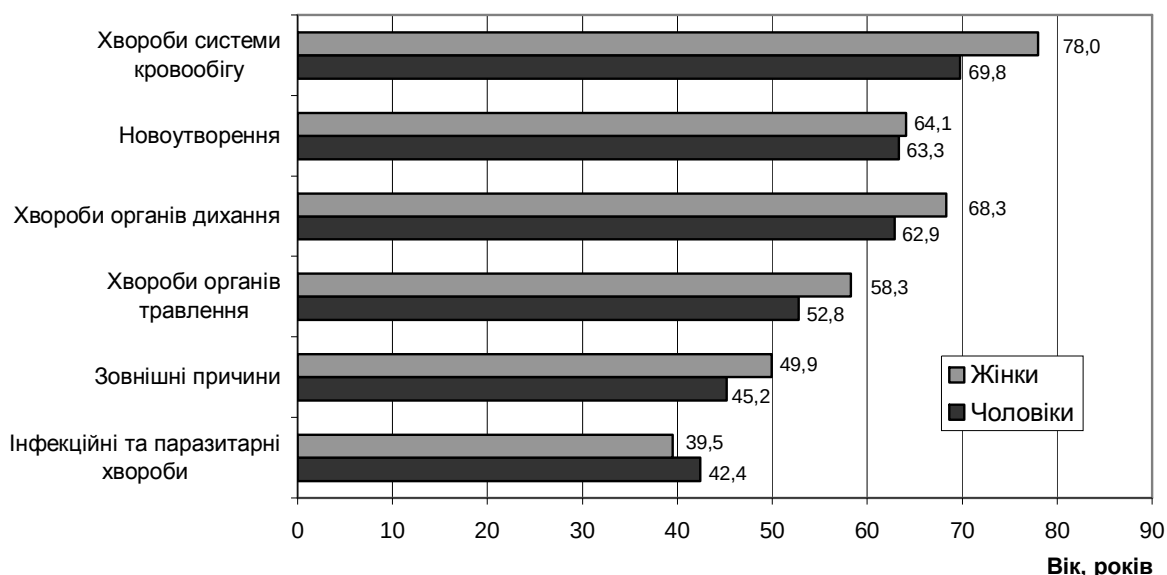


Рис. 3.2.3. Середній вік смерті від основних класів причин в Україні у 2006 р., років

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

Таблиця 3.2.2. Середній вік смерті від окремих соціально детермінованих причин в Україні у 1989, 1995 та 2006 рр., років

Причини смерті	1989		1995		2006	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Туберкульоз	52,9	61,8	48,7	51,2	45,8	44,0
Алкогольно залежна смертність*	43,4	53,5	45,8	50,5	47,2	51,0

* за визначенням ВООЗ сюди включено: злоякісні новоутворення глотки і стравоходу, хронічний алкоголізм і алкогольний психоз, алкогольний та інші цирози печінки, усі зовнішні причини.

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

Хоча вплив інфекційних захворювань, хвороб органів дихання і травлення на формування тривалості життя в Україні є не таким значущим як серцево-судинних захворювань чи зовнішніх причин, резерви подовження середньої тривалості життя, пов'язані із ними, заслуговують на увагу. Омолодження смертності від екзогенної патології суперечить демографічним тенденціям розвинених країн і є проявом тих негативних явищ, що мали бути подолані ще на першому етапі епідеміологічного переходу. Відповідальність за це значною мірою лежить на нинішній системі охорони здоров'я, оскільки сучасний рівень медицини дозволяє звести практично до мінімуму ймовірність смерті від інфекційної, гастроентерологічної та респіраторної складових, особливо у молодому та середньому трудоактивному віці.

Згідно з нашими розрахунками підвищення середнього віку смерті від кожного з трьох вищезазначених класів на 5 років в Україні у 2006 р. дало б змогу у підсумку збільшити середню тривалість життя при народженні на 1 рік у чоловіків та на 0,5 року у жінок. Підвищення середнього віку померлих на 10 років дозволило б

збільшити тривалість життя чоловіків на 1,5 року, а жінок — на 0,7 року (табл. 3.2.3). Якби можна було б повністю ліквідувати смертність від інфекційних захворювань, хвороб органів дихання та органів травлення, то чоловіки в Україні у 2006 р. отримали б «додатково» 2,6 року життя, а жінки — 1,3 року, причому внесок цих класів у 2006 р. порівняно з 1989 р. посилюється (табл. 3.2.4). Таким чином, якщо у попередні десятиліття роль патологій екзогенної етіології у структурних зрушеннях смертності і формуванні тривалості життя значно зменшилась і була відносно вичерпана, то у сучасний період ми знову повертаємося до необхідності залучення таких резервів як зниження ймовірності померти від екзогенних хвороб, що забирають людські життя у молодому віці.

Таблиця. 3.2.3. Гіпотетичні резерви підвищення середньої тривалості життя при народженні в Україні у 1989 та 2006 рр. за умови підвищення середнього віку померлих від окремих причин на 5 та 10 років

Класи причин смерті	1989				2006			
	На 5 років		На 10 років		На 5 років		На 10 років	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Хвороби системи кровообігу	4,3	5,6	5,7	7,7	4,8	6,2	6,5	8,2
Зовнішні причини	1,0	0,3	1,5	0,4	1,2	0,3	1,7	0,5
Новоутворення	1,5	1,1	2,0	1,4	1,0	0,9	1,3	1,2
Хвороби органів травлення	0,2	0,2	0,3	0,2	0,4	0,3	0,6	0,4
Хвороби органів дихання	0,6	0,3	0,7	0,4	0,3	0,1	0,4	0,2
Інфекційні та паразитарні хвороби	0,1	0,03	0,2	0,1	0,3	0,1	0,5	0,1

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

Таблиця 3.2.4. Гіпотетичні резерви підвищення середньої тривалості життя при народженні за умови усунення смертності від окремих класів причин смерті в Україні у 1989, 1995, 1998 та 2006 рр., років

Класи причин смерті	1989		1995		1998		2006	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Хвороби системи кровообігу	11,9	22,2	9,8	13,5	12,5	18,0	15,1	20,5
Зовнішні причини	3,4	1,0	4,4	1,3	4,0	1,2	3,5	1,1
Новоутворення	2,9	2,3	2,1	2,0	2,2	2,0	1,8	1,9
Хвороби органів травлення	0,5	0,3	0,6	0,4	0,6	0,4	1,0	0,6
Хвороби органів дихання	1,1	0,6	1,1	0,6	0,9	0,4	0,7	0,3
Інфекційні та паразитарні хвороби	0,4	0,2	0,5	0,2	0,5	0,2	0,9	0,4

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

Середній вік смерті від зовнішніх причин в Україні є також доволі молодим і до того ж перебуває на низькому рівні доволі стабільно, зазнавши незначних коливань у середині 1990-х років. У 1989 р. він становив 44,1 року для чоловіків та 51,2 року для жінок, у 2006 р. — 45,2 та 49,9 року відповідно. Від нещасних випадків, отруєнь і травм в Україні вмирають в середньому на 18 років раніше, ніж від новоутворень та хвороб органів дихання і на 7–8 років раніше, ніж від гастроентерологічних захворювань.

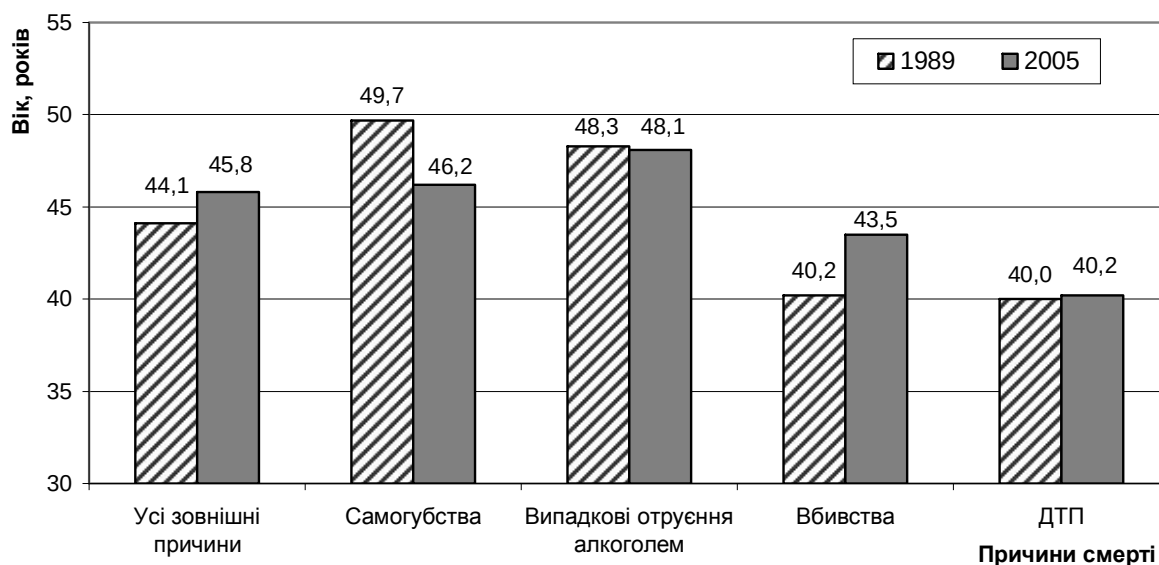


Рис. 3.2.4. Середній вік смерті від окремих зовнішніх причин серед чоловіків в Україні у 1989 та 2005 рр., років

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

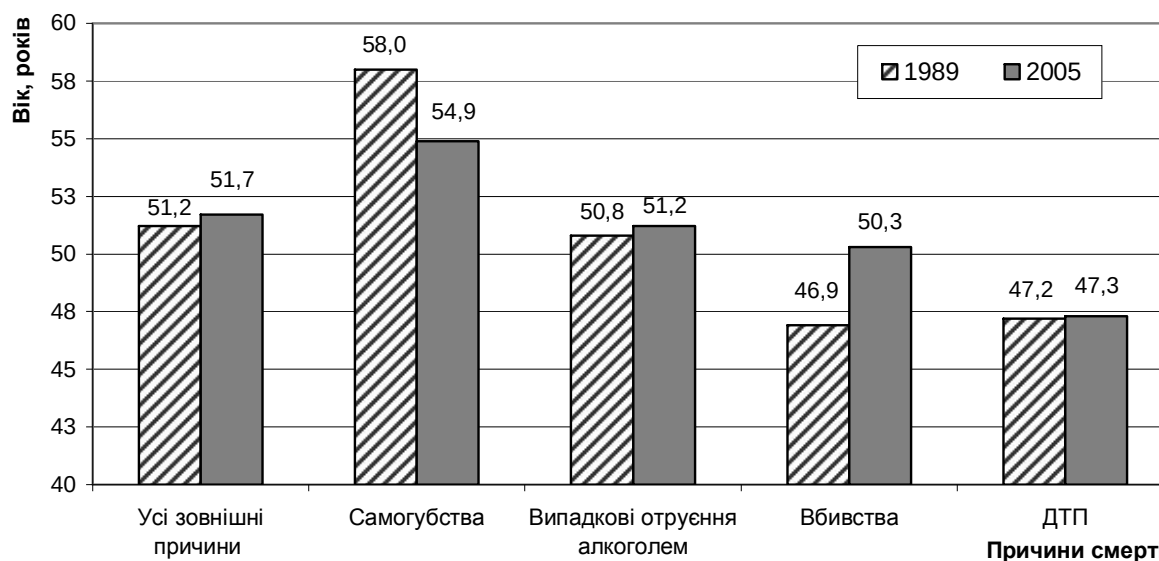


Рис. 3.2.5. Середній вік смерті від окремих зовнішніх причин серед жінок в Україні у 1989 та 2005 рр., років

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

Середня очікувана тривалість життя для тих, хто помирає від нещасних випадків, отруєнь і травм, у чоловіків в середньому на 5 років менша, ніж у жінок, що свідчить про реальну можливість витіснення смертей від зовнішніх дій у більш старші вікові групи. Серед померлих від окремих зовнішніх причин наймолодшими є ті, хто загинув внаслідок ДТП, а найстаршими — жертви самогубств. Найбільший статевий розрив у показниках характерний для померлих від ДТП та вбивств. Зокрема, середній вік смерті чоловіків від ДТП та вбивств в середньому на 7 років нижчий, ніж у жінок. Протягом 1990-х років самогубства «помолодшали», а вбивства, навпаки, «постарішали» (рис. 3.2.4 та 3.2.5).

Загалом, саме тому, що висока ймовірність померти поєднується з низьким віком смерті, зовнішні причини стали потужним чинником, що стоїть на заваді поліпшення показників життєздатності населення України. Скорочення насильницької і травматичної смертності та зміщення її повікового профілю у бік найстарших вікових груп, як це спостерігається у розвинених європейських країнах, є важливою передумовою і реальною можливістю подовження середньої тривалості життя. За нашими розрахунками підвищення середнього віку смерті від зовнішніх причин на 5–10 років в Україні у 2006 р. дало б змогу подовжити середню тривалість життя при народженні у чоловіків на 1,2–1,7 року, а у жінок — на 0,3–0,5 року (табл. 3.2.3). Якщо повністю усунути летальні нещасні випадки, отруєння і травми, то «виграш» у середній тривалості життя становитиме 3,5 року для чоловіків і 1,1 року для жінок (табл. 3.2.4).

Попри посилення впливу екзогенних причин найбільш значущими у контексті пошуку резервів тривалості життя є хвороби системи кровообігу, що посідають одне з провідних місць у структурі захворюваності і є головною причиною інвалідності та смертності населення трудоактивного віку. Як відомо, збільшення частки хвороб системи кровообігу та новоутворень, тобто патологій переважно дегенеративного, інволюційного характеру, призводить до позитивних зрушень у динаміці середньої тривалості життя, оскільки від цих причин вмирають переважно у старшому віці. В Україні середній вік смерті від серцево-судинної патології у 2006 р. становив майже 70 років для чоловіків і 78 років для жінок, але порівняно з 1989 р. він скоротився на 3,3 року у чоловіків та 1,5 року у жінок. Це означає, що порівняно більше число смертних випадків відбувається у більш молодому віці. Якщо припустити, що середній вік смерті від хвороб системи кровообігу підвищиться на 5 років, чоловіки та жінки в Україні у 2006 р. змогли б прожити на 5–6 років довше, ніж фактично. Підвищення середнього віку померлих від цього класу хвороб на 10 років дало б змогу отримати 6–8 додаткових років життя, а повна ліквідація смертності від захворювань системи кровообігу (що є безумовно неправдоподібним) забезпечила б приріст середньої тривалості життя на 15 років у чоловіків та 20,5 року у жінок. Високий показник у жінок обумовлений надмірною концентрацією смертей саме у класі хвороб системи кровообігу, що значною мірою потіснив усі інші причини смерті.

Гіпотетичні резерви подовження тривалості життя в Україні, пов'язані з усуненням смертності від новоутворень, на тлі інших причин смерті виглядають

доволі слабо, що суперечить тенденціям західно-європейських країн. Це обумовлено специфікою структури причин смерті в Україні, у якій відносно слабка роль новоутворень компенсується надмірно потужним впливом зовнішніх причин у чоловіків та серцево-судинних хвороб у жінок.

Загалом протягом 1989–2006 рр. відбулося посилення конкуренції причин смерті щодо їх впливу на формування існуючого рівня дожиття населення України. У цій конкурентній боротьбі «програли» насамперед новоутворення, які «уступили» частину свого впливу зовнішнім причинам (передусім у чоловіків), з одного боку, і хворобам органів травлення та інфекційним захворюванням — з іншого. До того ж омолодження смертності від різних причин смерті відбувалось неоднаковими темпами і розмах варіації у показниках середнього віку померлих збільшився, а відповідно джерела можливостей подовження тривалості життя зазнали більшої диверсифікації, їхній спектр розширився.

Потужні резерви подовження тривалості життя «закладені» у зменшенні алкогольно залежної смертності. За нашими розрахунками середня очікувана тривалість життя для чоловіків, що помирають від алкогольно залежних причин, визначених ВООЗ, становила в Україні у 2006 р. 47,2 року, для жінок — 51 рік (табл. 3.2.2). За умови ліквідації смертності від причин, пов'язаних зі зловживанням алкоголю, очікуваний приріст тривалості життя в Україні у 2006 р. досягнув би 4,6 та 1,7 року серед чоловіків і жінок відповідно. Більш детальні розрахунки свідчать, що найбільшу кількість додаткових років життя при цьому забезпечило б скорочення смертності від зовнішніх дій, а саме усунення самогубств, вбивств й алкогольних отруєнь (табл. 3.2.5).

Таблиця. 3.2.5. Гіпотетичні резерви підвищення середньої тривалості життя при народженні в Україні у 1989, 1995 та 2006 рр. за умови усунення смертності від окремих соціально детермінованих причин, років

Причини смерті	1989		1995		2006	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Туберкульоз	0,2	0,04	0,3	0,1	0,5	0,2
Алкогольно залежна смертність*	3,7	1,2	5,1	1,6	4,6	1,7

* за визначенням ВООЗ сюди включено: злоякісні новоутворення глотки і стравоходу, хронічний алкоголізм і алкогольний психоз, алкогольний та інші цирози печінки, усі зовнішні причини.

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

Оцінюючи перспективи поліпшення показників дожиття населення необхідно виходити з того, що за відсутності чіткої впевненості щодо очікуваних змін у поширеності тих чи інших груп захворювань та нозологічних форм, наголос має бути на зміні наслідків захворювань. Йдеться перш за все про те, щоб зробити перебіг захворювання менш небезпечним і затяжним і таким чином знизити ймовірність смерті від так званих усунених причин смерті, тобто хвороб, смертям від яких можна запобігти методами первинної і вторинної профілактики. Адже летальні наслідки багатьох хронічних захворювань можна попередити за умови своєчасного звернення

та отримання кваліфікованої медичної допомоги. По-друге, смерті від захворювань, які піддаються впливу меншою мірою або взагалі не піддаються, тобто від хвороб інволюційного характеру необхідно прагнути відкласти у більш старші вікові групи.

Основна причина низької тривалості життя в Україні полягає в тому, що значна частина смертей відбувається передчасно і від причин, безпосередньо не пов'язаних з віком, тобто не детермінованих процесом старіння. Низький вік смерті від більшості основних класів причин смерті значною мірою зумовлює відставання України за показниками життєзбереження. З цим пов'язані реальні та потенційні можливості подовження тривалості життя, у тому числі її трудоактивного періоду. Можна звичайно штучно збільшити тривалість економічно активного життя за допомогою підвищення віку виходу на пенсію, але це не вирішить проблему низьких показників дожиття у працездатному періоді. За нашими розрахунками середня тривалість життя для чоловіків трудоактивного віку (25–64 роки) становила в Україні у 2006 р. 50,8 року, жінок — 52,9 року.

Резерви подовження середньої тривалості життя у трудоактивний період в Україні пов'язані, по-перше, зі скороченням рівня смертності населення молодого трудоактивного віку від причин екзогенної етіології: інфекційних патологій, хвороб органів травлення, захворювань органів дихання та зовнішніх причин. Сподіватись на повну ліквідацію смертності від цих причин звичайно було б неправдоподібно, насамперед щодо зовнішніх причин. Проте досягнуті у розвинених країнах мінімальні рівні інфекційної, гастроентерологічної та респіраторної складових смертності у віці до 40 років свідчать про реальні можливості зниження повікової смертності від зазначених класів причин і таким чином подовження середньої тривалості життя. Це стосується насамперед подальшого зменшення смертності від хвороб органів дихання, перелому негативних тенденцій у динаміці смертності через хвороби органів травлення з метою наближення до повікового режиму вимирання від даних нозологій, характерного для розвинених країн. Зниження смертності від інфекційних хвороб є можливим і вкрай необхідним, хоча поширення полірезистентного СНІД-асоційованого туберкульозу буде суттєво обмежувати поступ щодо протидії інфекційним захворюванням. Резерви скорочення смертності від зовнішніх причин на нашу думку полягають насамперед у зменшенні алкогольно залежних нещасних випадків, отруєнь і травм, що значною мірою залежатиме від поширення відповідального помірнього споживання алкоголю.

По-друге, найбільші резерви подовження тривалості життя в Україні, в тому числі у трудоактивному віці, обумовлені зниженням смертності у віці 40–64 років, насамперед чоловіків, та поступовою перебудовою причин смерті у цьому віковому інтервалі. Йдеться про зменшення частки хвороб органів дихання та хвороб органів травлення, з одного боку, та запобігання смертям від захворювань системи кровообігу і новоутворень, тобто реалізацію цих смертей у похилому віці — з іншого. Навіть за умови існуючих рівнів серцево-судинної та онкологічної смертності витіснення смертей, обумовлених цими причинами, у якомога пізніші літа, тобто все більша концентрація смертних випадків у віці, близькому до нормальної тривалості

життя, дозволить збільшити число тих, хто доживає до завершення трудоактивного періоду і підвищити тривалість життя загалом.

Загалом бажаним позитивним напрямом змін у структурі причин смерті є посилення ролі ендогенних причин внаслідок зменшення частки екзогенної складової. При цьому слід виходити з того, що частка новоутворень в Україні невиправдано мала, а серцево-судинних хвороб — навпаки, надто велика порівняно з розвиненими країнами, особливо у жінок. Розраховувати на послаблення ролі хвороб системи кровообігу та новоутворень навряд чи доцільно, а от скорочення рівня серцево-судинної та онкологічної смертності у молодому та зрілому трудоактивному віці та витіснення таких смертей у більш пізні вікові групи є можливим.

Боротьба з надмірною смертністю населення трудоактивного віку та її причинами стане успішнішою за умови одночасного поліпшення інших характеристик населення, насамперед його економічної якості, що має своїм наслідком не лише підвищення стандартів життя, але й позитивні зміни у життєзбережувальній поведінці. Як свідчать проведені нами дослідження показники смертності серед різних соціально-демографічних груп населення суттєво відрізняються: представники низькоосвічених груп відзначаються більшою ймовірністю померти передчасно, ніж високоосвічені. Освітні, професійно-кваліфікаційні та культурно-інформаційні ресурси у даному разі є не просто основними засобами адаптації, що можуть замінити дефіцит матеріальних ресурсів і допомагають вижити у складних соціально-економічних умовах. Вони одночасно є ресурсами, які формують високий рівень культури життєзбережувальної поведінки, допомагають запобігти хворобам і зберегти здоров'я та життя. Тому є підстави вважати, що внаслідок підвищення освітнього рівня населення, збільшення питомої ваги вищих освітніх груп та зменшення частки низькокваліфікованих, «переливу» молодих поколінь у сферу висококваліфікованої праці виграють не лише окремі групи, а все населення. У цьому контексті підвищення освітнього та професійно-кваліфікаційного рівня населення слід розглядати як суттєвий резерв поліпшення показників його здоров'я і життєзбереження.

3.3. Прогноз смертності і середньої тривалості життя у трудоактивному віці

Принципові відмінності тенденцій і структури смертності населення України від країн Європейського Союзу визначають методологічні труднощі у прогностичних розробках. Окрім цього рівень демографічного прогнозування як відомо значною мірою залежить від загального рівня прогнозування усіх сторін соціально-економічного життя суспільства⁵⁶. В умовах невизначеності політичних і соціально-економічних перспектив оцінка вірогідних сценаріїв динаміки середньої тривалості життя є досить дискусійною. Нами було розроблено прогноз смертності і середньої тривалості життя в Україні на близьку (до 2010 р.), середньострокову (до 2030 р.) та більш віддалену перспективу (до 2050 р.) за низьким, середнім та високим варіантами, що базуються на різних припущеннях щодо зміни соціально-економічних умов життєдіяльності населення.

Специфічними особливостями динаміки смертності населення України є: синусоїдальний характер її змін, висока надсмертність чоловіків у молодому та середньому трудоактивному віці, специфічна структура смертності за причинами смерті, а також загальна невідповідність українських тенденцій впродовж останніх 50 років загальноєвропейським. Все це змушує звужити застосування методу екстраполяції, використовуючи лише її окремі елементи на короткострокову перспективу. Середньостроковий та особливо довгостроковий прогнози смертності повинні бути звільнені від будь-яких форм екстраполяції з метою уникнення отримання неправдоподібних результатів. Прогноз смертності та тривалості життя виконувався у два основних етапи: 1) розробка так званого змістовного прогнозу; 2) визначення відповідних кількісних характеристик — повікових коефіцієнтів смертності за статтю на весь період прогнозу.

На першому етапі як відомо здійснюється обґрунтування найбільш загальних гіпотез стосовно динаміки середньої очікуваної тривалості життя у майбутньому в умовах вірогідних змін основних факторів впливу (внутрішніх і зовнішніх). За допомогою статистико-математичних методів визначаються параметри зв'язку процесів різної природи (соціальних, економічних, медичних, психологічних і власне демографічних).

При цьому слід вказати, що зміни повікових коефіцієнтів смертності, які визначають динаміку тривалості життя, можуть відбуватися не з однаковою інтенсивністю та навіть не в одному напрямі. Зокрема у 2006 р. очікувана тривалість життя при народженні в Україні була суттєво нижча, ніж у 1970 р.: для чоловіків вона становила 62,3 року у 2006 р. проти 66,5 року у 1970 р.; для жінок — 73,9 року і 74,4 року відповідно. Зниження середньої тривалості життя є очевидним, проте воно відбулося на тлі суттєвого скорочення смертності немовлят, дітей та підлітків та підвищення смертності населення у трудоактивному віці, насамперед серед

⁵⁶ Стешенко В., Рудницький О., Хомра О., Стефановський А. Демографічні перспективи України до 2026 року / Відп. ред. В. С. Стешенко. — К.: Ін-т економіки НАНУ, 1999. — С.3.

чоловіків. Таким чином, зниження очікуваної тривалості життя при народженні ще не означає зростання смертності в усіх вікових групах населення, а також однакової пропорційності такого зростання.

Тому на другому етапі виконується деталізація змістовного прогнозу. Зрозуміло, що немає необхідності розробляти гіпотези за однорічними віковими групами (окрім дітей до одного року) через можливу сильну варіацію показників для них із року в рік. Більшість цих показників характеризується вираженим трендом лише при достатньому укрупненні вікових інтервалів. Ці інтервали повинні досить задовільно описувати повіковий розподіл смертності. Також важливо, щоб прогнозні показники були змістовно інтерпретовані.

Укрупнення вікових груп виконується за найбільш вагомими класами причин смерті, які визначають смертність населення у даному віковому інтервалі. Такий підхід має дві цілі: узгодження прогнозних повікових коефіцієнтів з більш загальними гіпотезами, сформульованими на першому етапі, та отримання кумулятивних характеристик смертності, які менше залежать від тимчасових впливів, для обґрунтування прогнозу на середню і тривалу перспективу. Такими показниками є порогові ймовірності померти (дожити) для укрупнених статеві-вікових груп, що достатньо точно відтворюють повіковий профіль кривої смертності. Ймовірності смерті для окремих вікових груп у межах укрупнених визначаються за допомогою інтерполяції.

Результати аналізу смертності свідчать, що у більшості вікових груп варіація показника смертності більш ніж на 70% пояснюється кількома основними класами причин смерті. Таким чином, у розширених вікових групах встановлюються дві–чотири детермінанти (класи хвороб — причин смерті). На практиці укрупнення вікових груп здійснювалося на основі визначення найбільш значущих причин смерті в окремих вікових інтервалах за даними базового року прогнозу — 2006. У межах трудоактивного віку (25–64 роки) досить чітко виділяються дві «укрупнені» групи: 25–44 та 45–64 роки.

Вікова група 25–44 роки є найменш однорідною за структурою основних причин смерті. Перше місце посідають зовнішні причини смерті (34,1% варіації); друге — хвороби системи кровообігу (18,2%). Потужними причинами смерті у цьому віці також є інфекційні та паразитарні хвороби та хвороби органів травлення. Останні нині впевнено посідають четверте місце у структурі причин смерті населення віком 25–44 роки. Таким чином, на вказані класи хвороб припадає 77,7% смертей у цій укрупненій віковій групі.

Неоднорідність структури смертності на даному віковому інтервалі пов'язана з певними статевими відмінностями. Так, у чоловіків цієї вікової групи понад 70% смертей обумовлені зовнішніми причинами, хворобами системи кровообігу, а також інфекційними та паразитарними захворюваннями та патологіями органів травлення. У жінок цієї вікової групи найбільш вагомими також є зовнішні причини смерті. Проте хвороби системи кровообігу посідають третє місце, поступаючись новоутворенням.

Значущість інфекційних та паразитарних хвороб лише незначно перевищує смертність від хвороб органів травлення.

Очевидно, саме ця вікова група (25–44 роки) значною мірою визначає найгірші риси існуючої структури смертності в Україні. Як вже відмічалось (п. 1.4, с. 68), саме на вікову групу 35–45 років припадає максимум надлишкової смертності чоловіків порівняно з розвиненими західно-європейськими країнами. Ймовірність 25-річних чоловіків та жінок дожити до 45 років у 2006 р. становила 865 та 958‰ відповідно.

Вікова група 45–64 роки відрізняється від попередньої тим, що на перший план тут виходять хвороби системи кровообігу. Зовнішні причини поступово втрачають свій вплив як серед чоловіків, так і серед жінок, і друге місце посідають новоутворення. Хвороби системи кровообігу, новоутворення та зовнішні причини обумовлюють 78,3% смертей у віці 45–64 роки (77,2 та 81,0% для чоловіків і жінок відповідно). У структурі причин смерті жінок основну роль відіграють хвороби системи кровообігу та новоутворення, що спричиняють 71,6% жіночих смертей. Ймовірність для 45-річних померти, не доживши до 65 років у 2006 р. становила 721‰ (594 та 837‰ для чоловіків і жінок відповідно).

Класи хвороб, розглянуті вище, у вказаних вікових інтервалах визначають основний тренд динаміки смертності у трудоактивному віці. Як основні причини смерті, так і менш значущі характеризують цілісний процес вимирання вікових груп. Останні за умови зниження смертності від основних причин смерті можуть підвищити свій ранг у структурі причин смерті (наприклад, хвороби органів травлення для осіб 25–44 років).

При прогнозі на найближчу перспективу (до 2010 р.) можливою є екстраполяція показників смертності на основі ретроспективних динамічних рядів. Обґрунтуванням цього підходу є той факт, що смертність — найбільш інерційний з демографічних процесів. Тому за умови відсутності подій екстраординарного характеру зміни показників відбуваються доволі повільно.

Для середньострокового прогнозу (до 2030 р.) розробляються більш загальні гіпотези стосовно очікуваної динаміки смертності. Динамічні ряди повікових показників смертності на такий період (на відміну від короткострокового прогнозування) видаються занадто вузькими. Тому доцільно складати прогноз смертності по укрупнених вікових групах, вказаних вище. Основними прогнозними параметрами є порогові ймовірності дожиття. Отримати ймовірності дожиття для однорічних вікових груп у межах порогових імовірностей можна за допомогою інтерполяції. Хоча точність таблиці смертності при цьому певною мірою втрачається, проте ця похибка є мізерною порівняно з можливими неточностями у формулюванні прогнозних гіпотез.

Прогноз на тривалу перспективу (до 2050 р.) вимагає формулювання найбільш загальних гіпотез: очікуваної тривалості життя при досягненні 25 та 45 років. Звісно, досить непросто визначити, які саме класи причин смерті будуть визначальними через кілька десятків років з урахуванням можливих успіхів медицини. Проте навіть видатні розробки спершу виявляються немасовими (дорогими, рідкісними,

малодоступними тощо). Відповідно цілком можливі у майбутньому наукові досягнення і технології, що подовжуватимуть життя, далеко не відразу знайдуть масове розповсюдження, оскільки зазвичай наштовхуються на опір соціально-економічних умов.

Приклад швидкого зниження смертності населення в Україні внаслідок застосування антибіотиків спільно з масовою вакцинацією населення після Другої світової війни навряд чи доцільно переносити на перспективу. Відомо, що ці заходи призвели до доволі стійкого зростання тривалості життя за рахунок, по-перше, скорочення смертності у дитячих літах, по-друге, переважно від інфекційних і паразитарних хвороб. Покращання ситуації в цій сфері навряд чи забезпечить досягнення очікуваної тривалості життя для 25-річних понад 48 років (для обох статей), що спостерігалось в Україні у середині 1960-х. У розвинених європейських країнах цей показник уже перевищено на 4–8 років, що пов'язано із завершенням першого етапу епідеміологічного переходу. В Україні досягнення першого етапу так і не були закріплені, що і визначило специфічні несприятливі риси існуючої структури причин смерті.

Нині Україна за показником середньої тривалості життя настільки відстає від розвинених європейських країн, що в умовах нестійкої соціально-економічної ситуації та низького рівня культури життєзберігаючої поведінки населення видається неправдоподібним і невиправданим передбачати перевищення Україною сучасних показників країн Західної та Північної Європи навіть у віддаленій перспективі.

В основу **«середнього» варіанту** прогнозу смертності і середньої тривалості життя у трудовозрастному віці покладені гіпотези помірного економічного зростання та пов'язаного з ним росту реальних доходів населення, покращання фінансування медичних установ та якості медичної допомоги, насамперед у сільській місцевості. Необхідним також є реформування охорони здоров'я з можливістю введення обов'язкового медичного страхування до 2010–2015 рр. Проте принципових змін у якості та способі життя населення, які б призвели до радикальних змін у структурі причин смерті населення, не очікується.

Виходячи із зазначеного можна очікувати стабілізацію показників смертності до 2008 р., після чого відбуватиметься їх повільне зниження до 2012 р. (рис. 3.3.2) Після 2012–2015 рр. передбачається більш стрімке зростання середньої очікуваної тривалості життя при досягненні 25 років (рис. 3.3.1).

На різних етапах прогнозного періоду зростання тривалості життя відбуватиметься за рахунок різних класів причин смерті. Якщо на короткостроковому та середньостроковому етапах найбільш вірогідними резервами є зниження смертності від екзогенних причин, то у довготривалій перспективі покращання ситуації неможливе без боротьби з причинами ендемічного походження. Найшвидше можна досягнути відчутних результатів у короткостроковому та на початку середньострокового періоду за рахунок скорочення смертності від нещасних випадків, травм та отруєнь, а також інфекційних та паразитарних хвороб. До 2030 р.

за умови поступового підвищення рівня життя населення та відповідного покращання структури харчування можна суттєво знизити смертність від хвороб органів травлення.

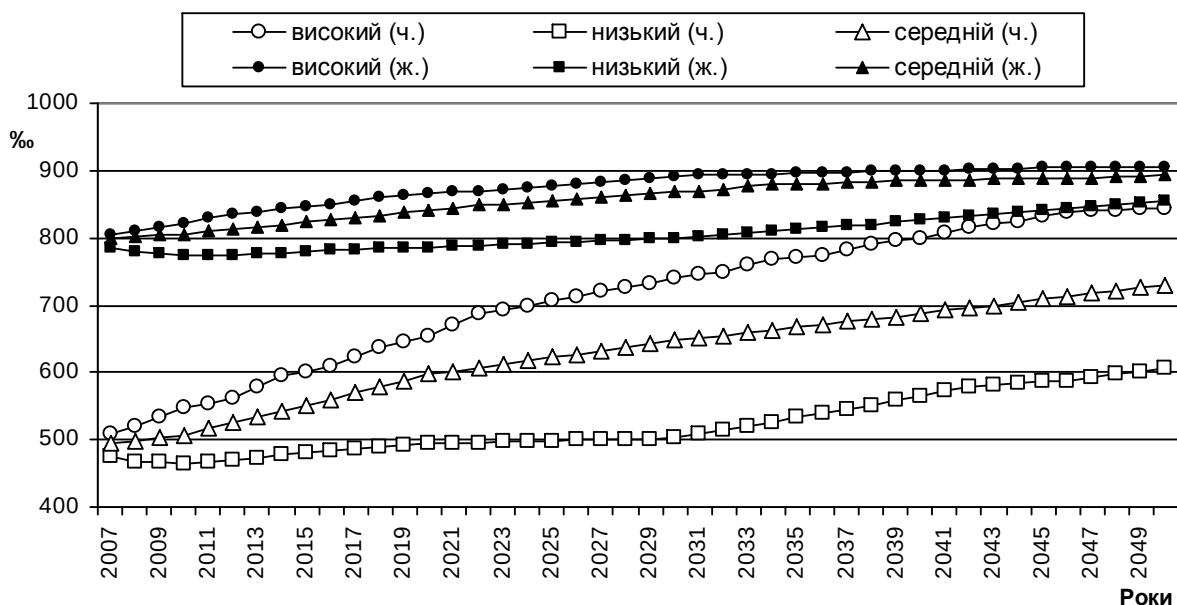


Рис. 3.3.1. Прогноз «порогових» імовірностей дожиття від 25 до 65 років в Україні на період до 2050 р.

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

При цьому не слід розуміти, що зниження впливу окремих причин смерті відбуватиметься на відповідних етапах прогнозного періоду. Зниження смертності від екзогенних захворювань і зростання середнього віку смерті від ендогенних хвороб повинно відбуватися одночасно. Якщо вже у найближчі роки не відбудеться відчутного поступу у формуванні серед населення відповідального ставлення до свого здоров'я та поширення здорового способу життя, то зниження смертності від екзогенних причин та зростання середнього віку смерті від серцево-судинних хвороб до 2030 р. є маловірогідним. Зниження впливу ендогенних причин також навряд чи можливе навіть у віддаленій перспективі за відсутності сприятливих зрушень в екологічній політиці та посилення контролю над забрудненням навколишнього середовища. Відмінність етапів прогнозу полягає лише в тому, що на перших етапах найбільший приріст тривалості життя відбуватиметься за рахунок «усувних» причин смерті, тобто екзогенних захворювань, а в подальшому — внаслідок позитивних зрушень у смертності від причин переважно ендогенної етіології.

Вже у 2012–2014 рр. смертність у віці 25–44 роки досягне рівня 1998 р., після чого у 2020-х рр. темпи скорочення смертності знизяться внаслідок поступового вичерпання резервів через скорочення смертності від екзогенних причин (травм і отруєнь, інфекційних та паразитарних хвороб, хвороб органів травлення та хвороб органів дихання). Проте загальний тренд до зниження смертності населення

зберігатиметься в подальшому. При цьому зростання тривалості життя після 2030 р. пов'язано передусім із зростанням середнього віку смерті від хвороб системи кровообігу та новоутворень. Оскільки для жінок резерви підвищення тривалості життя за рахунок зниження смертності від хвороб переважно екзогенної етіології помітно менші, ніж у чоловіків, то і темпи приросту тривалості життя у них також очікуються порівняно нижчі. Ймовірність дожити від 25 до 45 років за цим варіантом досягне в Україні 861 та 960‰ в 2010 р., 928 та 980‰ — в 2030 р. та 967 та 989‰ для чоловіків та жінок відповідно наприкінці прогнозного періоду.

У віці 45–64 роки зміни смертності протягом прогнозного періоду відбуватимуться повільніше внаслідок більш високої питомої ваги ендемічних причин смерті, особливо серед жінок. За середнім варіантом прогнозу послаблення ролі екзогенних причин у цій віковій групі відбуватиметься до 2020-х років, після чого темпи скорочення смертності уповільняться, наштовхнувшись на опір причин переважно ендемічного походження. Таким чином, витіснення смертей від хвороб системи кровообігу та новоутворень у більш старші вікові групи відбуватиметься у довгостроковій перспективі (після 2030 р.), що обумовлює більш повільний приріст тривалості життя.

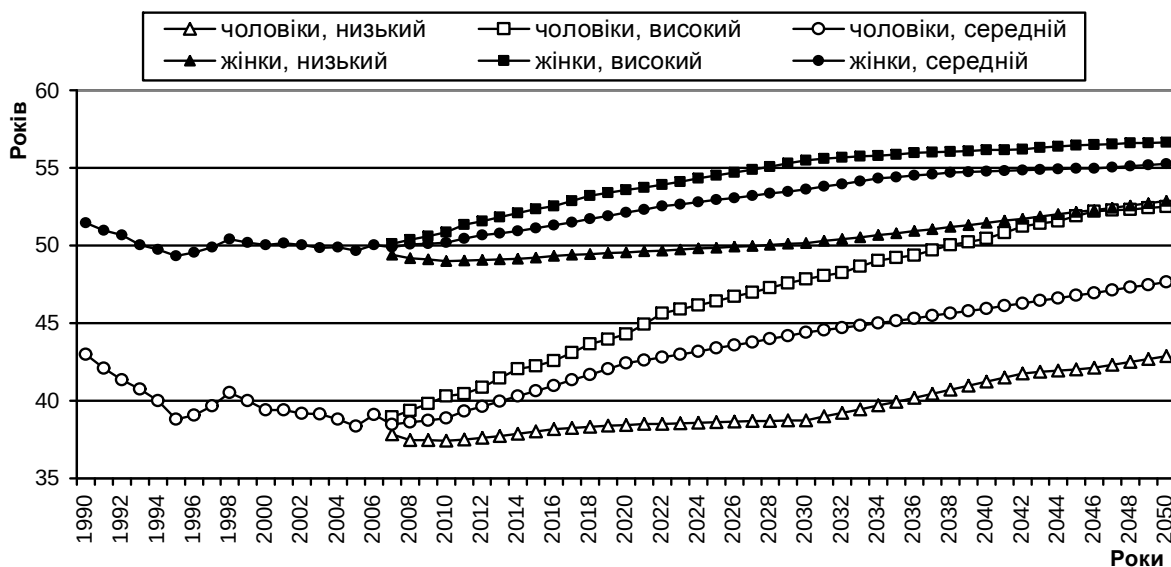


Рис. 3.3.2. Динаміка та прогноз очікуваної тривалості життя при досягненні 25 років в Україні на період до 2050 р.

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

За середнім варіантом прогнозу очікувана тривалість життя при досягненні 25 років в Україні повільно зростатиме і досягне 47,6 та 55,3 року для чоловіків і жінок відповідно (рис. 3.3.2). У старших вікових групах згідно з описаними гіпотезами зміни відбуватимуться повільніше. Очікувана тривалість життя при досягненні 45 років зросте у 2050 р. до 29,3 та 36,0 року для чоловіків та жінок відповідно.

«Низький» варіант прогнозу смертності у трудоактивному віці ґрунтується на припущенні про продовження негативних процесів у соціальній сфері, гальмування соціально-економічного поступу. За цим варіантом передбачається, що якість медичного обслуговування у найближчі роки залишиться незадовільною, а стандарти здорового способу життя та життєзберезувальної поведінки, рівень безпеки праці в промисловості та сільському господарстві не отримають поширення; залишиться нереформованою система охорони здоров'я, кризовий стан сільської медицини не зазнає відчутних змін на краще.

За цих умов невідворотним є подальше зниження середнього віку смерті від хвороб системи кровообігу, новоутворень, а також зовнішніх причин смерті, які значною мірою визначають загальну ситуацію зі смертністю у трудоактивному віці. Очікується, що фактором найбільш негативних зрушень у динаміці та структурі смертності населення, насамперед у віці 30–39 років, стане епідемія ВІЛ/СНІДу. У разі відсутності широкого доступу інфікованих до антиретровірусної терапії саме на цю вікову групу припадатимуть найбільші втрати людських життів, які результуватимуться у втрати очікуваної тривалості життя.

Згідно з прогнозом, представленим у п. 2.3, загострення ситуації зі смертністю внаслідок впливу епідемії ВІЛ/СНІДу можна очікувати вже у 2010–2014 рр. Розрахунки, які спираються на описані припущення, показують, що очікувана тривалість життя при досягненні 25 років знизиться до 37,4 року для чоловіків у 2010 р. та до 49,0 року для жінок у 2011 р. (табл. 3.3.1).

Динаміка очікуваної тривалості життя при досягненні 45 років буде досить несприятливою і порівняно консервативною, оскільки у старших вікових групах структура причин смерті є більш резистентною до зовнішніх впливів. Тому цей показник у 2011 р. досягне 22,2 року для чоловіків і 31 рік для жінок.

Після 2010–2011 рр. смертність у трудоактивному віці повільно скорочуватиметься як у зв'язку з поширенням життєзберезувальної поведінки серед усіх верств населення, так і з компенсаторною дією зниження смертності після тривалих років її зростання. У середньостроковій перспективі (до 2030 р.) очікувана тривалість життя при досягненні 25 років становитиме 38,7 та 50,2 року і при досягненні 45 років — 22,9 та 31,9 року для чоловіків та жінок відповідно (табл. 3.3.1).

За «низьким» варіантом прогнозу тривалості життя у трудоактивному віці у віддаленій перспективі очікується більш інтенсивне зниження смертності, ніж за іншими варіантами. Це пов'язано як із накопиченими до того часу можливостями компенсаційного росту, так і з поступовим поширенням більш високих стандартів поведінки щодо збереження здоров'я. Загальний приріст тривалості життя протягом 2006–2050 рр. становитиме 3,8 року у чоловіків та 2,8 року у жінок, а за період 2030–2050 рр. — 4,1 року та 2,7 року відповідно. У 2050 р. за низьким варіантом середня тривалість життя для 25-річних становитиме в Україні 42,9 року для чоловіків та 52,9 року — для жінок.

Таблиця 3.3.1. Прогноз очікуваної тривалості життя при досягненні різного віку в Україні на період до 2050 р., років

	2007	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Середній*										
Чоловіки										
e0	61,7	62,2	64,0	65,9	66,9	68,0	68,8	69,7	70,6	71,5
e25	38,5	38,9	40,6	42,4	43,4	44,4	45,2	46,0	46,8	47,6
e45	23,0	23,2	24,4	25,6	26,2	26,9	27,5	28,1	28,7	29,3
e65	11,7	11,9	12,4	12,9	13,2	13,5	13,7	14,0	14,3	14,6
Жінки										
e0	73,6	74,0	75,0	76,0	76,9	77,7	78,5	78,9	79,1	79,5
e25	49,9	50,2	51,1	52,1	52,9	53,6	54,4	54,8	54,9	55,3
e45	31,6	31,8	32,5	33,4	34,0	34,5	35,2	35,5	35,7	36,0
e65	15,4	15,5	16,0	16,6	17,0	17,3	17,8	18,0	18,2	18,4
Високий										
чоловіки										
e0	62,2	63,6	65,6	67,8	70,0	71,5	73,0	74,3	75,8	76,5
e25	38,9	40,3	42,2	44,3	46,4	47,9	49,2	50,4	51,9	52,5
e45	23,1	24,0	25,5	27,1	28,8	29,9	31,0	32,0	33,1	33,6
e65	11,5	11,7	12,5	13,4	14,3	14,9	15,4	15,9	16,5	16,8
жінки										
e0	73,9	74,7	76,3	77,6	78,6	79,6	80,1	80,4	80,7	81,0
e25	50,1	50,9	52,3	53,6	54,5	55,5	55,9	56,2	56,4	56,6
e45	31,7	32,2	33,5	34,5	35,3	36,2	36,5	36,8	37,0	37,2
e65	15,5	15,7	16,6	17,4	18,0	18,7	18,9	19,1	19,3	19,4
Низький										
чоловіки										
e0	60,9	60,5	61,2	61,7	61,9	62,0	63,3	64,7	65,6	66,5
e25	37,8	37,4	38,0	38,5	38,6	38,7	39,9	41,2	42,0	42,9
e45	22,4	22,2	22,5	22,8	22,9	22,9	23,7	24,5	25,0	25,6
e65	11,4	11,3	11,4	11,4	11,5	11,5	11,8	12,3	12,5	12,8
жінки										
e0	73,0	72,6	72,9	73,3	73,6	74,0	74,7	75,4	76,2	77,0
e25	49,4	49,0	49,2	49,6	49,9	50,2	50,8	51,5	52,1	52,9
e45	31,2	31,0	31,2	31,4	31,6	31,9	32,4	32,9	33,4	34,0
e65	15,3	15,2	15,3	15,5	15,6	15,8	16,1	16,4	16,7	17,0

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

* варіанти прогнозу

«Високий» варіант прогнозу очікуваної тривалості життя крім покращання якості життя передбачає підвищення ефективності соціально-економічної політики, підвищення життєвих стандартів та поширення на суспільному та індивідуальному рівнях відповідальної поведінки щодо збереження людського здоров'я та життя. Для реалізації такого сценарію необхідними є спільні дії усіх суспільних інституцій з метою формування серед населення бажаних стереотипів життєзбережувальної поведінки. Крім популяризації та пропаганди здорового способу життя слід зробити

більш жорсткою та невідворотною відповідальністю за дотримання правил техніки безпеки на виробництві (особливо в сільському господарстві).

Слід відмітити також той факт, що скоротивши кількість жертв дорожньо-транспортних пригод можна отримати майже такий самий приріст тривалості життя, як і при подоланні смертності від туберкульозу. Резерви зниження смертності від туберкульозу є цілком виправданими, оскільки за умови своєчасного звернення по допомогу та використання сучасних можливостей медицини туберкульоз можна вилікувати.

Значна частка смертей від хвороб органів дихання та раку легенів зумовлена забрудненням атмосферного повітря (зокрема в районах видобутку вугілля — сполуками сірки), розповсюдженням шкідливих звичок (зокрема тютюнопаління), а також специфікою окремих професій. Знизити смертність від цих причин можна поширенням здорового способу життя та контролю над забрудненням повітря як в індустріалізованих регіонах в цілому, так і на окремих підприємствах зокрема.

Концентрація зусиль суспільства з метою підвищення середньої тривалості життя повинна бути спрямована саме на осіб у трудоактивному віці. При цьому особливу увагу слід звернути на молодші та середні вікові групи трудоактивного періоду (25–44 роки). Хоча модельні розрахунки показали, що на ділянці віку 45–64 роки існують доволі значні резерви підвищення тривалості життя (п. 3.2.), на нашу думку саме у віці 25–44 роки можна швидше досягти значних успіхів у зниженні смертності. Надзвичайно високий рівень смертності у віці 25–44 роки дає підстави стверджувати, що тут містяться чи не основні резерви для поліпшення ситуації зі смертністю населення трудоактивного віку. Це підкріплюється аналізом структури причин смерті у даному віці та її динаміки. Знизити смертність від нещасних випадків, отруєнь і травм, а також від інфекційних та паразитарних захворювань, від яких значною мірою потерпає населення віком 25–44 роки (перше і третє місця у структурі причин смерті чоловіків і перше та четверте місця для жінок відповідно), видається цілком досяжним за умови здійснення належної ефективної політики.

Впровадження заходів по зменшенню дорожньо-транспортного травматизму, скорочення алкогольно залежних втрат, ефективна боротьба з туберкульозом, тобто ефективна боротьба з усувними причинами смерті найбільш суттєво сприятимуть зниженню смертності саме у віці 25–44 роки. Особливих успіхів можна досягти серед чоловіків. За цим варіантом прогнозу очікувана тривалість життя при досягненні 25 років до 2025–2030 рр. зростатиме більш швидкими темпами саме внаслідок більш швидкого скорочення смертності від причин, яким можна «запобігти».

На другому етапі, при вичерпанні потенційних можливостей скорочення смертності внаслідок впливу заходів щодо первинної та вторинної профілактики захворювань приріст тривалості життя відбуватиметься значно повільнішими темпами за рахунок посилення дії заходів третинної профілактики. Порівняно більший приріст тривалості життя можна очікувати внаслідок поліпшення умов життя та якості лікування старших когорт трудоактивного віку (45–64 роки).

Смертність у віковій групі 45–64 роки характеризується не лише сталою тенденцією до зростання її показників. Як вже відмічалось, в Україні спостерігається вкрай негативне явище омолодження смертності від класів хвороб, які визначають генеральний тренд показників смертності — захворювань системи кровообігу та новоутворень. Саме на вік 45–64 роки припадає середній вік смерті від майже усіх основних класів причин смерті окрім інфекційних та паразитарних хвороб. Тому вірогідні позитивні тенденції на даній ділянці віку слід пов'язувати не просто зі зниженням коефіцієнтів смертності, але й з їх витісненням у більш старші вікові групи.

При цьому не слід розуміти, що дія профілактичних заходів різних рівнів відбуватиметься згідно з етапами прогнозу. Гіпотези «високого» варіанту не можуть реалізуватися без сукупної позитивної дії усіх етапів профілактики та покращання якості діагностування і лікування хвороб уже з перших років прогнозного періоду. Хоча зниження смертності від причин, яким можна запобігти, може сприяти суттєвому приросту тривалості життя вже на початку прогнозного періоду, без боротьби зі смертністю, зумовленою серцево-судинними хворобами та новоутвореннями, годі сподіватися на стійке зростання тривалості життя у середній та віддаленій перспективі. Однією з причин високої смертності населення України від хвороб системи кровообігу є малорухливий спосіб життя. Тому пропаганда та поширення стандартів здорового способу життя, підвищення фізичної активності населення має сприяти скороченню смертності від цих хвороб.

Особливої уваги, зокрема у боротьбі з смертністю від новоутворень, набуває поліпшення стану довкілля. Регіональний аналіз смертності вказує на те, що населення найбільш забруднених промислових регіонів України характеризується підвищеною смертністю, незважаючи на порівняно високий рівень життя й освіти. Слід також звернути увагу на досвід Польщі та Угорщини, в яких позитивні зрушення у тривалості життя відбулися після їх орієнтації на інтеграцію у Європейський Союз та поширення серед широких мас населення європейських стандартів способу життя.

Таким чином, за умов реалізації гіпотез високого варіанту прогнозу тривалості життя можна очікувати швидке скорочення смертності від переважно екзогенних причин уже в найближчі роки. В 2010 р. можна сподіватися на очікувану тривалість життя при досягненні 25 років 40,3 року для чоловіків та 50,9 року — для жінок. При досягненні 45 років цей показник становитиме 24,0 та 32,2 року для чоловіків і жінок відповідно. Як і за середнім варіантом, темпи росту тривалості життя наприкінці прогнозного періоду скоротяться, що буде зумовлено змінами у структурі смертності за причинами.

Загалом, відзначимо, що рівень смертності у трудоактивному віці в Україні є настільки високим, що саме у цьому інтервалі віку варто очікувати найвищий приріст тривалості життя. Якщо в Україні ймовірність дожити від 25 до 65 років у 2006 р. становила 514 та 801‰ для чоловіків і жінок відповідно, то у Швеції ці показники становили 884 та 924‰, а в Польщі у 2005 р. — 710 та 882‰ (рис. 3.3.3).

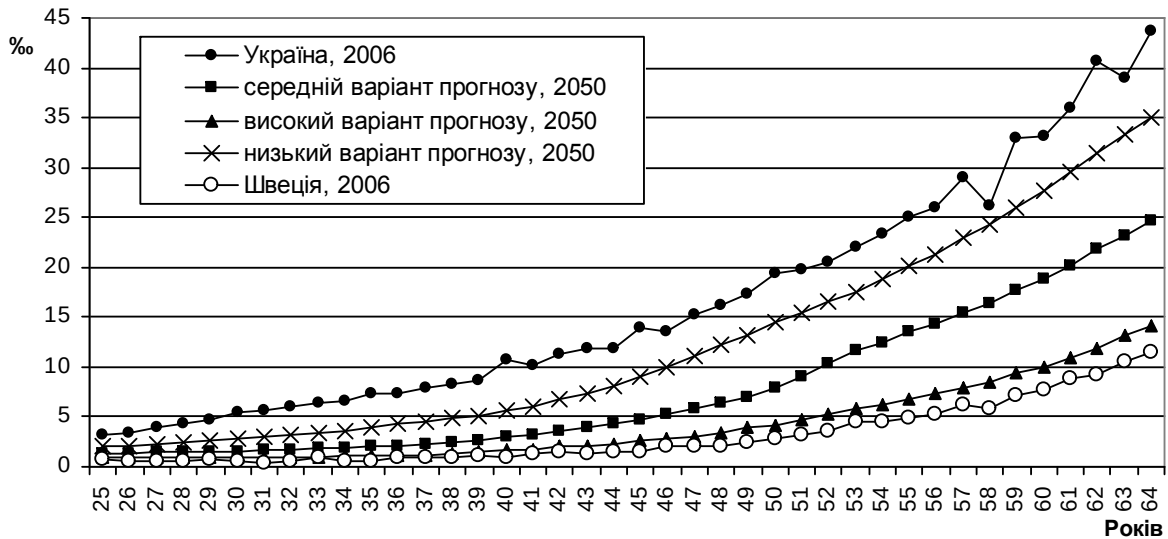


Рис. 3.3.3. Імовірність померти для чоловіків України та Швеції за віком, ‰

Джерело: SCB Statistics Sweden (для Швеції) та авторські розрахунки (для України).

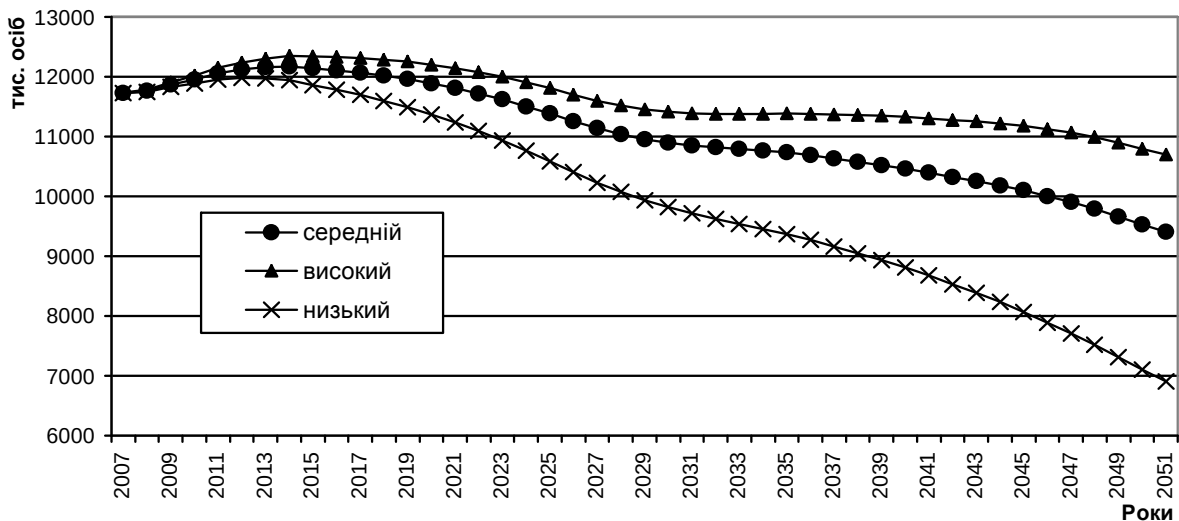


Рис. 3.3.4. Прогноз чисельності населення у трудоактивному віці (25–64 роки) в Україні на період до 2050 р. (на початок відповідного року)

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

Хоча показники «високого» варіанту прогнозу тривалості життя на кінець прогнозного періоду можуть видатися занадто оптимістичними, не слід забувати про істотні резерви зниження смертності на сучасному етапі, а також вірогідне розширення можливостей медицини, як превентивної, так і лікувальної, у майбутньому. Слід підкреслити, що у разі реалізації найбільш сприятливих тенденцій у зниженні смертності статеві відмінності у тривалості життя скорочуватимуться

більш інтенсивно, оскільки чоловіки мають значно більші відповідні резерви, особливо у трудоактивному віці.

Таблиця. 3.3.2. Прогноз чисельності населення України на період до 2050 р. (тис. осіб)

Варіанти прогнозу	2007	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Чисельність населення в трудоактивному віці										
середній	11729,0	11957,4	12139,2	11882,9	11383,5	10900,1	10738,8	10458,6	10100,1	9531,4
високий	11739,1	12021,3	12338,3	12199,2	11806,8	11413,4	11389,4	11329,8	11176,8	10796,5
низький	11728,3	11891,3	11862,9	11363,9	10587,8	9819,6	9369,9	8809,7	8069,0	7103,9
Загальна чисельність населення										
середній	46397,7	45454,4	44007,5	42811,5	41769,5	40754,9	39695,6	38624,9	37481,4	36280,8
високий	46426,4	45626,8	44710,6	44099,6	43722,0	43454,3	43174,6	42912,5	42652,9	42351,0
низький	46371,4	45143,1	42718,7	40172,2	37554,2	34964,2	32471,8	30062,7	27669,6	25283,1

Джерело: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

За розробленим нами прогнозом чисельності населення України на період до 2050 р. на тлі скорочення загальної чисельності населення кількість осіб у трудоактивному віці найближчим часом зростатиме за всіма варіантами прогнозу⁵⁷. Така динаміка зумовлена впливом структурного чинника: «входженням» у трудоактивний вік значної кількості народжених в середині 1980-х та «виходом» із цього віку відносно малих когорт, народжених під час та після Другої Світової війни. Наступні «хвилі» у 2025–2033 рр. також пов'язані зі специфікою сучасної вікової структури населення України (табл. 3.3.2). Проте загалом чисельність населення трудоактивного віку в Україні буде скорочуватися і на початок 2050 р. за нашою оцінкою становитиме від 7,1 до 10,8 млн. осіб, при цьому за середнім варіантом прогнозу — 9,5 млн. осіб.

⁵⁷ Комплексний демографічний прогноз України на період до 2050 р. (колектив авторів) / За ред. чл.–кор. НАНУ, д.е.н., проф. Е.М. Лібанової. — К.: Український центр соціальних реформ, 2006. — 138 с.

3.4. Основні напрями політики щодо зниження смертності населення трудоактивного віку

Досвід розвинених країн свідчить, що сучасне суспільство має чималі можливості збереження і поліпшення стану здоров'я населення, в тому числі трудоактивного віку. Проблема України полягає не лише в тому, що існуючий стан системи охорони здоров'я є неадекватним сучасній демографічній ситуації, а у тому, що відсутнє природне і суспільне середовище, сприятливе для довготривалої, здорової і продуктивної життєдіяльності населення. Стан здоров'я населення та середня тривалість життя є показниками ефективності та якості функціонування усієї суспільно-економічної системи, а відтак, у справі забезпечення сприятливих умов для здорового і тривалого життя своїх громадян діяльність держави має виходити далеко за межі суто надання медичних послуг і включати широке коло зусиль та заходів, спрямованих на посилення демографічної орієнтації усіх напрямів соціально-економічної політики, її демографізацію⁵⁸, що передбачає:

- реформування оплати праці з метою забезпечення гідного рівня оплати та створення умов праці, сприятливих для збереження здоров'я;
- формування у населення активної життєзбережувальної позиції та налаштованості на здоровий спосіб життя;
- збереження та охорону навколишнього природного середовища, сприятливого і безпечного для життєдіяльності і відтворення населення;
- ефективне реформування системи охорони здоров'я.

Необхідна орієнтація усіх сфер господарства на оздоровлення умов життя, зокрема умов праці, побуту, дітородної діяльності. Поліпшення стану здоров'я має бути кінцевою метою проведення соціально-економічних реформ, здоров'я має стати головним критерієм доцільності й ефективності будь-якої діяльності. Саме такі принципи закладені у європейській політиці «Здоров'я для всіх», прийнятій ВОЗ та оновленій у 2005 р.⁵⁹. У Стратегії демографічного розвитку України на 2006–2015 роки⁶⁰, розробленій Інститутом демографії та соціальних досліджень НАНУ, чільне місце посідає стратегія поліпшення стану здоров'я населення й подовження тривалості життя, основними цілями якої є:

- збереження та поліпшення стану здоров'я населення,
- зниження передчасної смертності, зокрема від причин та хвороб, яким можна запобігти;
- підвищення якості й подовження тривалості життя хронічно хворих та інвалідів.

⁵⁸ Демографічна криза в Україні. Проблеми дослідження, витоки, складові, напрями протидії / НАН України, Інститут економіки, за ред. В. Стешенко. — Київ, 2001. — С. 467.

⁵⁹ Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Обновление 2005 г. // Европейская серия по достижению здоровья для всех. — №7. — ВОЗ, 2005. — 108 с.

⁶⁰ Стратегія демографічного розвитку України на 2006–2015 роки // Демографія та соціальна економіка. — 2006. — №1. — С. 3–22.

Вивчення світового досвіду реформування сфери охорони здоров'я свідчить, що західноєвропейські країни дедалі більше впроваджують широкомасштабні еволюційні зміни в цю галузь з метою орієнтації зусиль її служб на допомогу здоровим людям у підвищенні їх умінь володіти своїм здоров'ям і поліпшувати його якість, на досягнення високого рівня культури життєзбереження. Українському ж суспільству дотепер притаманна система цінностей, у якій здоровий спосіб життя посідає другорядне місце, а державні потреби та інтереси переважають над індивідуальними. На тлі занепаду державних інститутів, відповідальних за стан здоров'я населення, особливої значущості набуває формування суспільної та індивідуальної налаштованості на пріоритет здорового способу життя, соціальної та особистісної мотивації до збереження та зміцнення здоров'я. Дефіцит матеріальних ресурсів для підтримання демографічної політики може бути частково компенсований проведенням заходів по оздоровленню демографічної свідомості та створення відповідного ментально-психологічного підґрунтя демополітики⁶¹. Водночас наявні державні матеріальні й фінансові ресурси необхідно сконцентрувати на найбільш перспективних з погляду результативності та економічної ефективності напрямках охорони та відновлення здоров'я.

Отже, з одного боку, має бути створене суспільне середовище, сприятливе для вибору та засвоєння населенням моделі поведінки, зорієнтованої на здоровий спосіб життя, а з іншого, — визначені найбільш гострі й нагальні проблеми та цільові групи (групи підвищеного ризику), на які мають бути спрямовані першочергові заходи щодо профілактики та лікування захворювань. На нашу думку основними напрямами політики щодо покращання стану здоров'я і зниження смертності населення трудоактивного віку є:

- скорочення втрат, пов'язаних зі зловживанням алкоголем та тютюнопалінням;
- зниження смертності від серцево-судинних захворювань;
- зменшення шкоди від вживання наркотичних речовин та протидія епідемії ВІЛ/СНІДу;
- ефективна стратегія боротьби з епідемією туберкульозу;
- зменшення дорожньо-транспортного травматизму та обумовленої ним смертності;
- формування суспільної та індивідуальної налаштованості на пріоритет здорового способу життя;
- підвищення ефективності діяльності системи охорони здоров'я населення;
- техніко-технологічна реорганізація виробництва, створення безпечних робочих місць і забезпечення ефективної охорони праці.

Скорочення алкогольно залежних втрат. Основною метою є зменшення споживання алкоголю та поширення помірної й відповідальної споживання

⁶¹ Демографічна криза в Україні. Проблеми дослідження, витоки, складові, напрями протидії / НАН України, Інститут економіки, за ред. В. Стешенко. — Київ, 2001. — С. 558.

спиртних напоїв, мінімізація соціально-демографічних наслідків зловживання алкоголем.

Досягнути зазначеної мети без якісних змін в алкогольній політиці видається неможливим. Труднощі полягають в тому, що з одного боку, поширення надмірного вживання алкоголю обумовлює досить значні демографічні втрати та економічні збитки, які несе суспільство через необхідність лікування багатьох захворювань і значні розміри передчасної смертності, а з іншого — держава була завжди зацікавлена у поповненні бюджету за рахунок алкогольної індустрії. Потужне алкогольне лобі у парламенті гальмує прийняття законодавчих рішень, реалізація яких може зашкодити зростанню попиту та пропозиції на алкогольному ринку. Ціна, яку платить суспільство за таку байдуку і дворушницьку позицію щодо статусу алкоголю, є досить високою. Наразі чинна алкогольна державна політика зведена до регулювання виробництва, продажу та обігу алкогольної продукції, але й вона є неефективною.

Політичні аспекти регулювання алкогольного ринку привертають увагу, оскільки питання про ступінь втручання держави в економіку алкоголю досі залишається дискусійним та остаточно невирішеним, а діапазон відповідних економічних та соціальних інтервенцій є досить широким: від запровадження так званого «сухого закону» до відсутності будь-яких цілеспрямованих дій щодо контролю над алкогольною індустрією. Цінова та податкова політика щодо алкоголю, яка застосовується в Україні, є інструментами поповнення державного бюджету, але найчастіше не пов'язана з реальною ситуацією і потребами алкогольного ринку. Згідно з експертними оцінками нелегальна алкогольна продукція становить не менше 30–40% українського алкогольного ринку, у зв'язку з чим держава недоотримує значну частину доходів у бюджет. Наслідком розширення нелегітимного простору алкогольного ринку, різкого зростання нелегального виробництва й продажу алкоголю стало значне розповсюдження низькоякісних спиртних напоїв, токсичних фальсифікатів й підробок, що суттєво підвищило рівень алкогольних отруєнь та пов'язаних з ними смертей. Це стосується головним чином горілки та вина, тобто порівняно дешевих напоїв, зорієнтованих на масового споживача, які користуються найбільшим попитом. Тіньовий ринок існує передусім за рахунок виробництва дешевого гідролізного і синтетичного етилового спирту, існування пільгових ставок акцизного збору на придбання чистого спирту для окремих галузей, а також через інші прогалини законодавства, якими користуються алкогольні виробники.

Загалом чинні спроби державного регулювання виробництва та обігу спирту й алкогольної продукції, зокрема підвищення акцизних зборів на виробництво етилового спирту, акцизів і ліцензій на торгівлю лікєро-горілочаними виробами та оптово-відпускних цін на спирт поки що не дали змоги мінімізувати тіньовий бізнес і злочинність у сфері виробництва алкогольної продукції і мають своїм відлунням підвищення цін на алкогольну продукцію, що не сприяє оптимізму виробників і не поліпшує споживчі настрої. Здається, можна сміливо припускати, що в Україні склалися не лише стійкі історичні традиції споживання міцних алкогольних напоїв,

але й традиції їх підпільного виробництва, які зачіпають інтереси багатьох комерційних, кримінальних і державних управлінських структур. Додаткові надходження до державного бюджету внаслідок детінізації алкогольного сектора видаються наразі вкрай необхідними з огляду на дефіцит українського бюджету та збільшення соціальних видатків, проте прийняття рішень, покликаних відрегулювати ситуацію на алкогольному ринку, ускладнюється через зрощення влади і бізнесу та опір представників алкогольного бізнесу.

Україні потрібна не чергова антиалкогольна кампанія, а виважена розумна алкогольна політика. Це стосується передусім прийняття законодавства, спрямованого на створення правових, організаційних та економічних умов для реалізації державної політики протидії поширенню зловживання алкоголем в Україні та контроль за дотриманням законодавства. В основі алкогольної політики має лежати інтегрований підхід, об'єднуючий кілька стратегій, спрямованих на контроль якості та доступності алкоголю у суспільстві, зокрема:

- контроль за виробництвом та продажем спиртного;
- надання доступного й ефективного лікування людям, які страждають від алкогольної залежності;
- повна заборона алкогольної реклами та спонсорування;
- антиалкогольна інформаційно-просвітницька діяльність.

Реклама алкоголю. Міжнародний досвід свідчить про тісний зв'язок між рекламою алкоголю, його споживанням та рівнем смертності від різного роду нещасних випадків, отруєнь і травм. Зокрема, низка досліджень, проведених у 17 країнах з розвиненою економікою протягом 1970–1983 років, засвідчила, що у тих країнах, де реклама алкоголю була заборонена, його споживання було на 16% нижче, а кількість автокатастроф — на 10% менше, ніж у країнах, де такої заборони не існувало.

Необхідно заборонити усі види алкогольної реклами (в електронних, друкованих засобах масової інформації, засобах зовнішньої та внутрішньої реклами, на об'єктах транспортної системи). Це стосується і заборони реклами пива, оскільки вона спрямована на формування соціальної прийнятності та схвалення його споживання, що нав'язується молодим людям як символ свободи й незалежності, як атрибут успішності, а створений рекламою безпечний імідж пива приховує ймовірні ризики і негативні наслідки його споживання для життя і здоров'я. Встановлення лише обмежень на рекламу за відсутності комплексної державної політики й ефективного механізму контролю є недостатнім, щоб знизити рівень споживання алкоголю.

Ціни й податки на алкоголь. Йдеться по-перше, про те, що широкий доступ й дешевизна міцних алкогольних напоїв у поєднанні з інтенсивною рекламою є чинниками зростання попиту на алкогольну продукцію та підвищення її споживання. По-друге, непродумана податкова політика призвела до різкого зростання нелегального виробництва і продажу алкоголю, значного розповсюдження низькоякісних спиртних напоїв, токсичних фальсифікатів і підробок. У цьому контексті

пропонується ряд заходів щодо обмеження доступності та контролю за якістю міцних (горілчаних) напоїв:

- поступове підвищення ціни на горілчані напої шляхом встановлення її мінімального розміру у роздрібному продажу;
- здійснювати продаж горілчаних напоїв лише у спеціалізованих відділах продовольчих магазинів;
- обмежити години роботи спеціалізованих відділів з продажу горілчаних напоїв і заборонити їх роботу у нічний час;
- вжити додаткових заходів (законодавчих, організаційних) з метою запобігання потрапляння до торгівельної мережі токсичних алкогольних сурогатів;
- заборонити вживання алкогольних напоїв на робочих місцях у державних установах.

Комплексна, скоординована та всестороння політика контролю над алкоголем покликана створити відповідний соціальний та політичний клімат і середовище, сприятливе для зменшення споживання алкоголю та поширення помірному і відповідального споживання спиртних напоїв. При цьому слід пам'ятати, що будь-які превентивні заходи, в тому числі щодо заборони чи обмеження реклами та вживання алкоголю повинні мати певний ступінь громадської підтримки і широко обговорюватися у суспільстві. Підвищення прозорості у процесі прийняття законодавчих рішень допомагає розширити платформу їх суспільної підтримки та забезпечує їх успішне виконання. Потенціал алкогольної політики у зменшенні шкоди від алкоголю полягає у потужній коаліції щодо охорони громадського здоров'я, що має об'єднати волю політиків, широкий діалог з громадськістю та активне залучення засобів масової інформації. При цьому сподіватись на засвоєння так званої безпечної поведінки щодо вживання алкоголю, поширення помірному або відповідального споживання спиртних напоїв можна лише тоді, коли державою будуть створені умови, необхідні для альтернативи, для вибору та засвоєння населенням іншої моделі поведінки, зорієнтованої на здоровий спосіб життя.

Скорочення втрат, пов'язаних з тютюнопалінням. Проблеми та основні принципи політики щодо запобігання поширенню тютюнопаління та зменшення обумовленої ним шкоди багато в чому близькі до тих, що викладені у попередньому матеріалі, присвяченому скороченню алкогольно залежних втрат. Основні труднощі пов'язані з тим, що підприємства тютюнової галузі (так само як алкогольної) забезпечують чималу частку доходів бюджету: майже третину надходжень від акцизних сплат. Цьому сприяє значна поширеність паління серед населення України: понад дві третини чоловіків та п'ята частина жінок палять. Серед молоді тютюнопаління разом із вживанням пива стали невід'ємними атрибутами не просто приємного дозвілля, а звичного способу життя.

З метою зменшення шкоди від тютюнопаління в Україні у 2001 р. було прийнято Концепцію державної політики у сфері здійснення контролю над тютюном, а у 2006 р. ратифіковано Рамкову конвенцію ВООЗ щодо боротьби з тютюнопалінням. Україна

взяла на себе зобов'язання вжити комплекс адміністративних, економічних та інформаційно-просвітницьких заходів щодо скорочення попиту на тютюнові вироби, зменшення рівня тютюнової залежності, боротьби з незаконною торгівлею тютюновими виробами та запобігання продажу тютюнових виробів неповнолітнім. Вони зокрема передбачені Законом України «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення». Разом з тим далеко не всі положення даного Закону виконуються і право людини на перебування у вільних від тютюнового диму громадських місцях практично повністю ігнорується. В Україні на відміну від інших країн із заборонаю на паління у громадських місцях рівень дотримання такої заборони дуже низький, що вочевидь є можливим через байдужість і незацікавленість громадської думки.

Поки що відчутного поступу щодо створення суспільних умов, сприятливих для зменшення попиту на тютюн, не спостерігається. Навпаки, інформаційне середовище в Україні має протютюнову спрямованість. Це стосується насамперед тютюнової реклами, яка у більшості країн Європейського Союзу повністю заборонена, а в Україні продовжує бути розвиненою й високооплачуваною сферою діяльності. Після внесення змін до Закону «Про рекламу» тютюнове спонсорювання різноманітних заходів в Україні заборонено, а тютюнова реклама обмежена лише частково. Заборона реклами на радіо, телебаченні, транспорті компенсується інтенсивним «просуванням» тютюнових виробів на ринок у друкованих засобах інформації, зокрема більшості престижних журналів та газет, де тютюнопаління подається як приємна звичка, а не залежність, що обумовлює важкі захворювання. Як свідчать численні наукові дослідження, часткові обмеження тютюнової реклами не впливають на споживання тютюну, і лише повна заборона реклами здатна зменшити величезний тягар викликаних тютюном хвороб та смертей.

Економічна доступність тютюнових виробів залишається доволі високою, насамперед внаслідок масштабного нелегального імпорту сигарет низької якості (головним чином із Росії), що вкрай негативно позначається на реалізації державної політики, пов'язаної зі зменшенням шкоди, яку завдає тютюнопаління⁶². Протягом останніх років в Україні суттєво збільшився обсяг нелегального імпорту та обігу сигарет, що за експертними оцінками становить близько третини від загального споживання тютюнових виробів. Небезпека полягає в тому, що у складі нелегальних тютюнових виробів домінують дешеві сигарети без фільтру, в яких вміст шкідливих речовин не відповідає нормативам, що суттєво посилює шкоду для здоров'я тих, хто палить.

У зв'язку з цим пропонується:

- забезпечити неухильне виконання Закону України «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення»;
- повна заборона реклами тютюнових виробів;

⁶² Причини і наслідки нелегального імпорту та обігу тютюнових виробів в Україні. Звіт про дослідження. На замовлення Коаліції захисту прав інтелектуальної власності. // Міжнародний Центр перспективних досліджень. — К., 2000. — 38 с.

- посилення боротьби з нелегальним обігом та продажем тютюнових виробів;
- зобов'язати керівництво Міністерства охорони здоров'я та Міністерства освіти України вжити необхідних заходів, щоб працівники цих галузей, зокрема викладачі вищих навчальних закладів, показували приклад утримування від паління в громадських місцях та відмови від тютюнопаління взагалі;
- ініціювання та проведення масштабних національних антитютюнових кампаній з широким залученням громадських організацій, засобів масової інформації та відомих осіб з метою інформування населення про ризики та шкідливі наслідки для здоров'я, обумовлені тютюнопалінням, та формування адекватної громадської думки (не палити — є модно, здорово і сучасно).

Зниження смертності від серцево-судинних захворювань. Одним з найважливіших завдань Європейської політики досягнення здоров'я для всіх на ХХІ сторіччя є скорочення поширеності неінфекційних захворювань, в т. ч. зменшення до 2020 р. на 25% серцево-судинної захворюваності та смертності⁶³. Поширення серцево-судинних захворювань тісно пов'язане з рівнем життєзбережувальної культури населення та розповсюдженістю основних чинників ризику. Серцево-судинні патології належать до групи причин смерті, яким можна запобігти методами первинної профілактики, тому для досягнення позитивних зрушень щодо захворюваності і смертності від них необхідні комплексні зусилля, спрямовані насамперед на зменшення поширеності чинників ризику виникнення та розвитку таких захворювань.

Є позитивний міжнародний досвід реалізації програмних заходів щодо запобігання виникненню серцево-судинних хвороб. Так, здійснений у Фінляндії впродовж останньої чверті ХХ століття проект «Північна Карелія»⁶⁴ переконливо ілюструє можливості скорочення ступеню впливу окремих чинників ризику. Зокрема, суттєво зменшилося поширення тютюнопаління серед чоловіків⁶⁵ (частка тих, хто палить, скоротилася з 52% у 1972 р. до 31% у 1997 р.); зазнали істотних змін харчові звички (зросло споживання овочів і рослинної олії замість тваринних жирів), що підтверджено зниженням на 17% рівня холестерину крові серед всього населення; зросла фізична активність; покращилась ситуація стосовно артеріальної гіпертензії. Після 1980-х років ці процеси поширились не лише у Північній Карелії, але й усій Фінляндії, внаслідок чого у 1995 р. порівняно з 1972 р. відбулось зменшення смертності дорослих чоловіків (віком до 65 років) від ішемічної хвороби серця на 73%. Разом з істотним зниженням смертності від раку легенів це призвело до підвищення показника середньої очікуваної тривалості життя на 7 років у чоловіків та 6 років у жінок.

⁶³ Здоровье 21. Основы политики достижения здоровья для всех в европейском регионе ВОЗ: введение // ВОЗ, Европейское Бюро, Копенгаген, 1998. — С. 22.

⁶⁴ Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2005. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения / <http://www.euro.who.int/Document/E87325r.pdf>. — С.39.

⁶⁵ Серед жінок спостерігалось незначне зростання поширення тютюнопаління.

У США у 1994 р. було розроблено «План дій на рівні штатів. Профілактика смертності та інвалідності/непрацездатності від хвороб системи кровообігу» (Preventing Death and Disability from Cardiovascular Diseases. A State-Based Plan for Action). Основою Плану стала співпраця різних інституцій у реалізації національної програми «Здоровий народ 2000», складовою частиною якої є заходи щодо зменшення втрат внаслідок серцево-судинних захворювань, її моніторинг та оцінка⁶⁶. Американська Асоціація Серця (АНА) ставить своєю стратегічною метою до 2008 р. зменшити серед населення США ризик розвитку ішемічної хвороби серця та інсульту на 25%. Шлях до здійснення мети — відповідні профілактика та лікування, при цьому увага акцентується на зменшенні поширеності факторів ризику серед населення внаслідок ефективної первинної та вторинної профілактики та зростанні частки осіб, які отримали адекватну допомогу та лікування якнайшвидше з початку гострого захворювання.

Надзвичайно висока поширеність факторів ризику серцево-судинних захворювань в Україні на тлі постаріння населення дозволяє прогнозувати негативні зміни у найближчому майбутньому. Боротьба з хворобами системи кровообігу є прерогативою не лише сфери охорони здоров'я. Своєчасне виявлення та ефективність лікування хвороб залежить як від кваліфікації лікаря та рівня медикаментозного або лабораторно-технічного забезпечення лікувальних закладів, так і прихильності пацієнтів до виконання рекомендацій лікаря, санітарно-освітньої роботи з населенням, наявності відповідної суспільної позиції. Надзвичайно важливим у цьому контексті є проведення інформаційно-просвітницької роботи серед населення з метою підвищення обізнаності про чинники ризику хвороб системи кровообігу та формування відповідального ставлення людей до власного здоров'я; систематичне інформування населення через засоби масової інформації про можливості та реальні результати профілактики серцево-судинних захворювань. Це в свою чергу потребує державної підтримки та координації зусиль усіх органів виконавчої влади.

Скорочення втрат внаслідок серцево-судинних хвороб передбачає дві основні цілі: зменшення кількості смертних випадків (інвалідності) та зсув віку смерті (інвалідності) у більш пізні вікові групи.

Основними напрямками досягнення зазначених цілей, ефективність яких доведена досвідом розвинених країн світу, є:

- * первинна профілактика, тобто виявлення та зменшення поширеності факторів ризику серцево-судинних захворювань, що піддаються впливу (тютюнопаління, артеріальної гіпертензії, дисліпидемії, гіподинамії, надлишкової маси тіла, порушення толерантності до глюкози, зловживання алкоголем);

- * розвиток невідкладної медичної допомоги (спеціалізованих кардіологічних бригад швидкої допомоги, блоків або палат кардіореанімації та інтенсивної терапії; невідкладної кардіохірургії);

⁶⁶ Healthy People 2000. Review 1994. Department of Health & Human Services, 1995.

* вторинна профілактика, тобто довготривале амбулаторне спеціалізоване лікування з метою попередження ускладнень та подовження життя і планове стаціонарне лікування (в основному кардіохірургічне).

Хоча прогрес кардіології важко уявити без розвитку новітніх технологій надання високоспеціалізованої кардіологічної допомоги та відповідно оснащених сучасних кардіологічних клінік, найбільш перспективна та економічно виправдана стратегія зменшення захворюваності і смертності від серцево-судинних хвороб пов'язана з переорієнтацією як лікарів, так і хворих на пріоритет саме амбулаторної допомоги, удосконалення вторинної профілактики, що передбачає:

- створення системи виявлення хвороб на ранніх стадіях;
- недопущення або зсув у більш пізні вікові групи небезпечних ускладнень;
- формування у пацієнтів усвідомлення необхідності тривалого (часто пожиттєвого) лікування);
- забезпечення закладів охорони здоров'я обладнанням для своєчасної діагностики, лікування та надання інтенсивної допомоги;
- впровадження сучасних профілактично-лікувальних технологій і стандартів та забезпечення можливості їх реалізації на практиці.

Пріоритетними напрямками політики щодо зниження захворюваності і смертності від серцево-судинних захворювань серед населення трудоактивного віку є:

- розвиток ефективних, масових та відносно недорогих технологій первинної профілактики, до яких в першу чергу належать національні та регіональні освітньо-профілактичні програми з використанням засобів масової інформації, спрямовані на широкі верстви населення. В таких програмах необхідно активно пропагувати необхідність боротьби з надмірною масою тіла, тютюнопалінням та зловживанням алкоголем, потребу у регулярному контролі артеріального тиску, рівнів холестерину та глюкози в крові, передбачити навчання населення методиці вимірювання артеріального тиску, основним прийомам невідкладної допомоги, основам раціонального харчування та здорового способу життя;
- підвищення якості спеціалізованої кардіологічної допомоги шляхом підсилення амбулаторної ланки кардіологічної служби та реструктуризації стаціонарної допомоги. У зв'язку з цим пропонується: за рахунок економії коштів внаслідок відмови від застарілих, малоефективних та часом небезпечних технологій, скорочення кількості планових кардіо- та загальнотерапевтичних ліжок розвивати відділення невідкладної кардіології та кардіохірургії, створювати блоки (палати) кардіореанімації; шляхом відповідного навчання лікарів та інформування пацієнтів потрібно прагнути досягти масового застосування (особливо в поліклінічних умовах) найбільш ефективних сучасних методик діагностики та лікування; з метою збільшення часу безпосередньої роботи з хворими необхідно переглянути, скоротити та максимально спростити офіційну обліково-звітну документацію для лікарів; реорганізувати систему пільгового забезпечення медикаментами з врахуванням фактичного прибутку, а не соціального статусу конкретного хворого;

- пошук позабюджетних джерел фінансування спеціалізованої медичної допомоги, що дозволило б зменшити фінансовий тягар медичних витрат для малозабезпечених верств населення. Посилення соціальної нерівності зменшує доступність та ефективність медичної допомоги, спричиняє вищий ризик серцево-судинної смертності, насамперед для найбільш уразливих груп населення, тому необхідне реальне впровадження в практику організації медичної допомоги принципу «багатий платить за бідного», що застосовується у високорозвинених країнах. Як приклад можна запропонувати надати регіонам в законодавчому порядку права на безпосередні відрахування певної частини прибутку середніх та великих підприємців/приватних підприємств, зареєстрованих у даному регіоні, для покриття фінансових витрат на високоякісну спеціалізовану медичну допомогу.

Одним із шляхів запобігання зростанню витрат, обумовлених серцево-судинною патологією, є стимулювання виробництва в Україні ефективних та недорогих кардіологічних препаратів (передусім необхідних для довготривалої корекції підвищеного тиску та високого рівня холестерину крові) із забезпеченням державного контролю за їх якістю та відповідністю оригінальним аналогам. Необхідно проводити цілеспрямовану політику державного регулювання цін з метою збільшення доступності вказаних препаратів для широких верств населення, а також удосконалити існуючу систему пільгового забезпечення ліками та сприяти виробництву в Україні сучасної якісної медичної техніки.

Заходи зі зниження передчасної смертності від серцево-судинних хвороб передбачають створення широкої коаліції різних підрозділів системи охорони здоров'я та міжсекторальну співпрацю в цілому, оскільки неможливо досягти зниження впливу більшості факторів ризику тільки силами медичної галузі. Боротьба з передчасною смертністю від серцево-судинних хвороб потребує науково обґрунтованих, ретельно виважених підходів на базі вивчення вітчизняного та міжнародного досвіду. Реальне зниження смертності від серцево-судинних хвороб може бути досягнуто тільки шляхом активного впровадження на національному рівні державних програм первинної та вторинної профілактики із забезпеченням необхідними ресурсами. Одним із кроків на шляху до цього, сподіваємося, стане реалізація Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006–2010 роки, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 31 травня 2006 р. № 761.

Зменшення шкоди від вживання наркотичних речовин та протидія епідемії ВІЛ/СНІДу. Масштаби і глибина негативних соціально-демографічних наслідків епідемії ВІЛ/СНІДу переконливо свідчать про суттєві прогалини у реагуванні українського суспільства і влади на поширення наркоспоживання та ВІЛ. Політика щодо профілактики наркоманії і політика щодо запобігання ВІЛ/СНІДу в Україні значною мірою розділені і не скоординовані, так само неузгодженими є фінансування і відповідальність. Незважаючи на розробку численних державних концепцій та програм, відсутність комплексного підходу та міжгалузевої координації діяльності

різних органів і структур, невирішеність питань управління, контролю та оцінки виконання прийнятих рішень, декларативність багатьох постанов і програм, що не забезпечені і не підкріплені відповідними фінансовими ресурсами, становить серйозну перешкоду на шляху запобігання подальшому поширенню споживання наркотиків і ВІЛ/СНІДу в Україні.

Причини низької результативності існуючої наркополітики слід шукати у її підходах, що базуються на боротьбі з наркоспоживачами з метою повного викорінення і ліквідації споживання психоактивних речовин у немедичних цілях. Така політика спричиняє ряд негативних наслідків, як от порушення прав, посилення суспільного відчуження й дискримінації наркозалежних та ВІЛ-інфікованих, недоступність для них медичних та соціальних послуг. Досягнення системних змін у сфері запобігання поширенню наркоспоживання та ВІЛ є можливим через перенесення пріоритетів державної політики з кримінального переслідування наркоспоживачів на мінімізацію суспільно шкідливих наслідків, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, на профілактику наркозалежності та ВІЛ-інфікування у контексті основних принципів схваленої ООН та ВООЗ стратегії зменшення шкоди. Це передбачає:

- декриміналізацію національного законодавства щодо наркозалежних. Намагаючись поліпшити криміногенну ситуацію, правоохоронні органи посилюють тиск і переслідування не стільки на наркодилерів, скільки на простих споживачів наркотиків. Суворе антинаркотичне законодавство та жорсткий правоохоронний контроль призводять до все більшої маргіналізації споживачів ін'єкційних наркотиків, що своєю чергою ускладнює можливості допомоги з боку органів охорони здоров'я;

- доступність лікування для хворих на наркоманію, в тому числі надання замісної підтримувальної терапії (ЗПТ). В Україні не створено дієвої системи лікування хворих на наркоманію та ефективного механізму її реалізації, який би передбачав профілактику, лікування й ресоціалізацію споживачів наркотиків. Що більше держава нині не задовольняє потреби тих, хто хотів би позбутися наркотичної залежності, оскільки у наркологічних диспансерах пропонуються лише медичні послуги з так званої детоксикації, меншою мірою — з амбулаторної реабілітації хворих. Відсутність чіткої та послідовної державної політики щодо масштабного впровадження програм замісної підтримувальної терапії із застосуванням метадону є суттєвою перешкодою на шляху надання допомоги наркозалежним та призупинення епідемії ВІЛ/СНІДу. Як відомо впровадження ЗПТ є надзвичайно важливе у контексті поступового зменшення дози наркотику при лікуванні наркотичної залежності, зменшення ризику передачі ВІЛ та інших інфекційних захворювань, а також рівня злочинності, пов'язаної з незаконним придбанням наркотичних препаратів. Окрім цього, замісна терапія є необхідною передумовою проведення антиретровірусного лікування для ВІЛ-інфікованих. Водночас опоненти метадонових програм стверджують, що виконання таких програм рівносильне схваленню використання нелегальних наркотичних речовин.

Україна має певний досвід застосування замісної терапії. Зокрема з 2005 р. програми замісної терапії у вигляді пілотних проектів реалізуються у м. Києві та 8 областях України, де її отримують близько 500 ВІЛ-інфікованих наркозалежних, головним чином за рахунок фінансової підтримки Глобального фонду боротьби з туберкульозом, малярією та СНІДом. З огляду на успішний досвід реалізації цих програм МОЗ України нещодавно прийняло рішення про їх подальше впровадження ще у 14 областях України. До кінця 2007 р. планується програмами ЗПТ охопити 3 тис. наркозалежних. Варто відзначити, що цього року у статті витрат на профілактику та лікування ВІЛ/СНІДу в Державному бюджеті України вперше передбачено фінансове забезпечення програм ЗПТ для 300 ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Оскільки подальше розширення впровадження ЗПТ є необхідною складовою здійснення стратегії зменшення шкоди від наркотиків та протидії поширенню ВІЛ/СНІДу, безумовно, такі рішення заслуговують на увагу, якщо вони будуть реалізовані, а не стануть черговою декларацією;

- розширення доступності антиретровірусного (АРВ) лікування для ВІЛ-інфікованих. Вперше антиретровірусну терапію (АРТ) в Україні почали застосовувати у 2001 р. Після отримання гранту Глобального фонду у 2004 р. можливості надання АРТ суттєво збільшились. На початок 2007 р. в Україні АРВ-лікування отримують близько 5 тис. хворих дорослих. Розширення масштабів надання АРВ-терапії в Україні помітно вплинуло на темпи приросту захворюваності і смертності від СНІДу, що у 2005–2006 рр. сповільнилися. Хоча кількість хворих, що отримують антиретровірусне лікування, зростає, поки що обсяги АРТ не задовольняють потреби усіх, хто її потребує. До того ж частка ВІЛ-інфікованих споживачів наркотиків у складі тих, хто приймає лікування, є невеликою. Це пояснюється тим, що для досягнення ефективності лікування необхідні систематичний прийом ліків, медичний контроль і спостереження, що досить важко досягти серед наркозалежних через відсутність у них прихильності і зацікавленості у лікуванні. Окрім цього надання АРТ наркоспоживачам повинно обов'язково доповнюватись замісною підтримувальною терапією, що наразі не завжди виконується;

- підвищення ефективності профілактичної діяльності, розширення надання інформаційно-консультативних та інших соціальних послуг цільовим групам. Підвищення доступності АРТ в Україні аж ніяк не означає призупинення епідемії. У цьому контексті дуже важливо, щоб впровадження АРТ супроводжувалось одночасним розширенням програм профілактики. Міжнародний досвід засвідчує, що активізація просвітницької діяльності у середовищі груп підвищеного ризику, зокрема виконання програм обміну шприців серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) дає змогу суттєво впливати на поведінку осіб, що мають найвищий ризик ВІЛ-інфікування. Рівень охоплення СІН профілактичними програмами в Україні є недостатнім: за певними оцінками він становить близько 15–25%. Водночас на думку експертів для досягнення суттєвих змін необхідно, щоб цей показник становив не менше 60%. МОЗ України розроблено дорожню карту щодо розширення універсального доступу до профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування та підтримки СІН в

Україні до 2010 р., в якій передбачається досягти поступового охоплення нею у 2010 р. 50% СН, хоча реалізація такої мети викликає справедливий скептицизм.

Варто зазначити, що до програм зменшення шкоди найчастіше залучають споживачів ін'єкційних наркотиків та жінок комерційного сексу. Натомість охоплення профілактичними програмами такої групи підвищеного ризику як чоловіки, що мають секс з чоловіками, є вкрай недостатнім. Окрему невирішену проблему також становить залучення до програм зменшення шкоди та АРВ-лікування осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі. В Україні досить широко розвинена мережа ВІЛ-сервісних організацій, однак необхідні інтенсифікація та посилення координації їхньої роботи, розроблення спільної стратегії дій щодо ширшого охоплення послугами з профілактики та лікування уразливих груп, що є криміналізованими та закритими;

- збільшення бюджетних коштів на підтримку та поліпшення стандартів послуг охорони здоров'я щодо ВІЛ/СНІДу. Державні видатки у сфері охорони здоров'я, призначені для боротьби з ВІЛ/СНІДом, є вкрай недостатніми і не відповідають розмірам епідемії, що відбувається в Україні. Йдеться, по-перше, про мізерне державне фінансування профілактичних інформаційно-просвітницьких програм з метою зміни поведінки щодо ВІЛ на безпечну, особливо серед груп підвищеного ризику. Державні кошти виділяються головним чином на тестування ВІЛ, меншою мірою на лікування.

Основне джерело фінансування програм боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу — міжнародні фонди. Фінансування превентивних програм та лікувальних послуг для хворих, зокрема доступ до антиретровірусної терапії, як вже зазначалось вище, здійснюється насамперед за рахунок міжнародних донорів, хоча значний поступ зроблено щодо державного фінансування профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини та через донорську кров. Принагідно зазначимо, що у 2007 р. Глобальний фонд боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією виділив чергову допомогу обсягом до 151 млн. дол. на фінансування програми протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні на 2007–2011 рр., яка передбачає три складові: профілактику серед населення та уразливих груп; створення умов для розвитку замісної підтримувальної терапії; лікування, догляд та підтримку осіб з такими важкими патологіями як ВІЛ/СНІД, наркоманія і туберкульоз. Разом з тим, оскільки темпи розповсюдження ВІЛ в Україні є досить високими і для значної кількості інфікованих ВІЛ буде поступово переходити у стадію хвороби, потреба у АРТ та інших послугах буде постійно збільшуватись. Тому державі потрібно передбачити суттєве збільшення частки витрат на потреби профілактики та лікування осіб з ВІЛ/СНІДом і поступово перебирати на себе відповідальність за фінансування ефективної протидії епідемії. Жодна міжнародна допомога не в змозі замінити власне фінансування, що має здійснюватися з національного бюджету, оскільки такі інвестиції є необхідною і важливою передумовою пом'якшення негативних демоекономічних наслідків епідемії.

Відзначимо також, що фінансування заходів стосовно запобігання поширенню ВІЛ із місцевих бюджетів суттєво відрізняється у регіональному плані, але у більшості

регіональних суб'єктів воно є надто малим. За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України існують великі регіональні розбіжності щодо питомої ваги тестувань на ВІЛ, що були проведені за рахунок місцевих бюджетів, від загальної кількості тестувань⁶⁷. Вони обумовлені з одного боку фінансовими можливостями регіонів, а з іншого — рівнем компетентності осіб, які приймають рішення у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні. Найменше коштів виділяється на реалізацію профілактичних заходів щодо попередження нових випадків ВІЛ-інфікування. Позитивні зрушення щодо профілактики ВІЛ у регіонах поки що відбуваються виключно завдяки активній просвітницькій діяльності недержавних громадських організацій, міжнародних організацій та структур, фінансування яких не пов'язано з бюджетними коштами;

- Україні сьогодні вкрай бракує системної інформаційної державної політики, спрямованої на широке ознайомлення суспільства з проблемами наркоманії та СНІДу, з метою профілактики і формування неупередженого, толерантного ставлення до споживачів наркотиків та ВІЛ-інфікованих. Подальше поширення ВІЛ в Україні може відбуватися головним чином через активізацію статевих шляхів передачі ВІЛ та вихід інфекції за межі груп ризику, що спричиняє збільшення кількості ВІЛ-позитивних жінок та виникнення нових численних медико-соціальних проблем, пов'язаних з лікуванням та доглядом ВІЛ-позитивних дітей. У зв'язку з тим, що ризиковані моделі статевої поведінки поширені не лише серед окремих цільових груп, але й широких верств молодого населення (про це може свідчити ще одна соціально небезпечна епідемія, а саме епідемія захворювань, що передаються статевим шляхом), остільки необхідне розгортання нової хвилі інформаційно-просвітницьких та освітніх кампаній, розрахованих на широкі верстви населення, насамперед на підлітків та молодь.

Таким чином, політика зменшення шкоди від наркотиків та політика протидії епідемії ВІЛ/СНІДу тісно пов'язані між собою і не повинні бути розділені. Вони мають єдину комплексну стратегію дій, що базується на принципах зменшення шкоди і включає усі необхідні складові: профілактику, послуги щодо добровільного тестування на ВІЛ, лікування, догляд та соціальну підтримку. З одного боку, поширення наркоспоживання є одним з основних чинників розповсюдження ВІЛ, тому ефективна наркополітика є важливою передумовою протидії поширенню ВІЛ/СНІДу. Без розуміння та усвідомлення необхідності перегляду ставлення до наркоспоживачів, зміни змісту і методів контролю над наркотиками неможливо запобігти подальшому поширенню ВІЛ. З іншого боку, довготривалі тенденції поширення ВІЛ в Україні будуть визначатися рівнем поінформованості населення щодо ВІЛ, ступенем поширення ризикованих моделей поведінки, насамперед статевої, та готовності суспільства і держави до адекватної відповіді на епідемію. Широкомасштабні профілактичні програми, спрямовані на формування у молоді та представників уразливих груп моделі безпечної поведінки, мають стати пріоритетним напрямом розвитку цільових програм і бути підкріплені відповідним фінансуванням із

⁶⁷ ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень. №27. — К.: МОЗ України, Укр. Центр профілактики і боротьби зі СНІД, 2007. — С. 6.

бюджетних джерел. Досягнення вагомих результатів значною мірою залежить від підтримки з боку місцевих органів влади, активної співпраці державних та громадських організацій, поступового залучення бізнес-сектора, координації їхніх зусиль з тим, щоб запобігти поширенню наркоманії та «локалізувати» епідемію ВІЛ/СНІДу в Україні у концентрованій стадії.

Ефективна стратегія боротьби з туберкульозом. Ефективність боротьби з туберкульозом залежить від визначення пріоритетних напрямів та першочергових заходів протидії епідемії, з одного боку, та наявності матеріальних і фінансових ресурсів — з іншого. Як відомо, поширення туберкульозу тісно пов'язано з погіршенням соціально-економічної ситуації в цілому. Негативні наслідки соціально-економічних перетворень протягом минулого десятиліття створили підґрунтя для активізації наявного в Україні резервуару туберкульозної інфекції. Падіння рівня доходів і як наслідок погіршення кількісних та якісних характеристик харчування, що суттєво відстають від встановлених норм, вкрай негативно вплинуло на стан здоров'я дітей і дорослих та підвищило їх уразливість до туберкульозної палички. Тому зниження показників захворюваності на туберкульоз неможливе без істотних змін у рівні та якості життя населення. З іншого боку, наслідком недостатнього фінансування фтизіатричної служби, пов'язаного з тривалою економічною кризою, стало скорочення кількості тубдиспансерів і робочих місць лікарів-фтизіатрів, незадовільне забезпечення відповідних закладів протитуберкульозними препаратами та обладнанням, що знизило ефективність діагностики та лікування туберкульозу і призвело до відчутного зростання обумовленої ним смертності.

Нині епідемія туберкульозу в Україні поєднує у собі три складові: класичного полірезистентного та СНІД-асоційованого туберкульозу. Саме на мінімізацію наслідків цих патологій та запобігання їхньому подальшому поширенню має бути спрямована ефективна стратегія боротьби з туберкульозом. Основними резервами у зниженні високої захворюваності і смертності від туберкульозу є поліпшення якості фтизіатричної служби, покращання ранньої діагностики, підвищення ефективності лікування, що передбачає:

- створення національного й регіональних реєстрів осіб підвищеного ризику ураження туберкульозом та їх систематичне обстеження. Це, по-перше, дасть змогу здійснювати моніторинг цільових груп ризику, оскільки існування значних контингентів, не охоплених діагностикою, сприяє неконтрольованому та латентному поширенню туберкульозної інфекції. По-друге, створення таких реєстрів дозволить планувати закупівлю протитуберкульозних препаратів і здійснювати їх обґрунтований розподіл відповідно до реальних потреб регіонів. Окрему проблему становить моніторинг хворих на туберкульоз осіб, які перебувають або звільнились із закладів кримінально-виконавчої системи. Серед цього контингенту обов'язкове контрольоване лікування та обстеження не налагоджено;

- реорганізацію фтизіатричної служби України з метою підвищення ефективності її діяльності. Одним із основних напрямів Європейської програми боротьби з

туберкульозом, що реалізується ВООЗ, є підтримка запровадження DOTS-стратегії боротьби з туберкульозом, що передбачає відмову від масового скринінгу та використання більш дешевого мікроскопічного методу виявлення хворих; короткотривале, переважно амбулаторне, контрольоване лікування хворих, або стратегію DOTS+, коли здійснюється співробітництво з національними службами охорони здоров'я для спільної розробки програми протитуберкульозних заходів. На думку вітчизняних фахівців потреба та ефективність впровадження DOTS-стратегії в Україні є доволі дискусійним питанням; вона може бути реалізована лише за умови її пристосування до існуючої традиційної протитуберкульозної служби. Нині система боротьби з туберкульозом в Україні продовжує базуватися на запровадженому за радянських часів диспансерному принципі надання протитуберкульозної допомоги і не завжди виявляється ефективною. Існуючі методи контролю за поширенням туберкульозу, насамперед щодо необґрунтованого довготривалого стаціонарного лікування хворих, потребують перегляду і вдосконалення;

- поліпшення фінансування та модернізація матеріально-технічної бази фтизіатричної галузі. Тривалий час фтизіатрична складова перебувала на узбіччі охорони здоров'я і фінансувалась недостатньо. Навіть розгортання стрімкої епідемії кардинально не поліпшило ситуацію. Так, якість діагностики туберкульозу є незадовільною через низьку ефективність діяльності протитуберкульозної лабораторної служби, технічна оснащеність якої є надзвичайно застарілою і потребує модернізації. Виконання Національної програми боротьби з туберкульозом (2002–2005 рр.) в Україні було зведено, головним чином, до закупівлі необхідних медичних препаратів за кошти з державного бюджету, що є вкрай потрібною, але не єдиною умовою виконання програми. Фінансування інших важливих складових, як от раннє виявлення хворих, своєчасна та якісна діагностика, профілактика та інше було вкрай недостатнім, оскільки здійснювалось із місцевих бюджетів за залишковим принципом. Відчутний поступ зроблено лише щодо забезпечення лікувальних установ протитуберкульозними препаратами, що суттєво поліпшилась завдяки налагодженню централізованої закупівлі ліків для лікування вперше виявлених хворих починаючи з 2000 р. Певний оптимізм викликає і нещодавня угода України з Глобальним фондом боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією щодо надання гранту на закупівлю необхідних ліків та обладнання. Разом з тим дотепер не існує досконалого механізму регіонального розподілу ліків, вакцин та іншого обладнання; він здійснюється сповільнено і неоперативно. Зокрема, через відсутність чітких критеріїв визначення обсягів необхідної протитуберкульозної допомоги протягом кількох останніх років в одних областях спостерігалась нестача ліків, а в інших — накопичувався їхній залишок;

- поліпшення кадрового потенціалу фтизіатричної галузі, підвищення професійного рівня медичних працівників, зайнятих у ній. Успіхи у боротьбі з туберкульозом у попередні десятиліття знизили увагу та потребу у підготовці відповідних кадрів, внаслідок чого серед зайнятих у фтизіатричній галузі спостерігається високий рівень постаріння та дефіцит висококваліфікованих

працівників. Це стало однією з причин низької ефективності лікування хворих і поширення полірезистентного туберкульозу. Саме туберкульоз, стійкий до лікування, є головною проблемою сучасної фтизіатрії. Вважається, що головною причиною його виникнення є відсутність розробки нових ефективних ліків, здатних знизити стійкість збудника хвороби до препаратів і подолати хіміорезистентність. Проте поширення резистентності туберкульозу в Україні є насамперед свідченням низької якості діагностично-лікувальної допомоги, недостатньої уваги та низького професійного рівня медичних працівників. Лікарі часто виявляються не підготовленими і не застосовують адекватні методи своєчасної діагностики, можуть просто «пропустити» туберкульоз і лікувати інше захворювання, або застосовують для лікування неефективне поєднання препаратів. Це стосується також діагностики та лікування позалегенового туберкульозу. Свого часу науково-дослідні підрозділи з вивчення туберкульозу позалегенової локалізації були ліквідовані, фахівці у цій галузі перестали готуватися, що негативно позначилося на захворюваності і смертності від туберкульозу. У цьому контексті підвищення рівня підготовки медичних кадрів з питань фтизіатрії є однією з передумов своєчасного виявлення та ефективного лікування хворих;

- налагодження системи контролю та оцінки ефективності виконання проти-туберкульозних заходів в рамках задекларованих програм на національному та регіональному рівнях. В Україні прийнято ряд законодавчих актів, що стосуються цілей та напрямів охорони здоров'я щодо боротьби з туберкульозом. Зокрема, у 2001 р. було прийнято Закон «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз», Національну програму боротьби з туберкульозом на 2002–2005 рр. Нещодавно був підписаний Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007–2011 роках», тобто вперше національна програма була прийнята як закон. Згідно з бюджетом 2007 р. заплановано помітне збільшення фінансування цієї програми порівняно з минулим роком. Разом з тим відсутність контролю та якісної оцінки виконання задекларованих програм знижує їхню ефективність та реальний вплив на стан здоров'я населення.

Підвищення ефективності діяльності системи охорони здоров'я населення. Досягнення позитивних зрушень у медико-демографічній сфері неможливе без якісних змін у системі охорони здоров'я. На нашу думку, завдання і функції системи охорони здоров'я є дуже важливими і нині недооцінюються. Погіршення стану здоров'я та підвищення смертності населення зазвичай асоціюється виключно з поширенням нездорового способу життя та шкідливих звичок, а роль охорони здоров'я щодо своєчасної та ефективної корекції патологічних станів, які піддаються лікуванню, не виправдано і несправедливо применшується.

В Україні й досі не сформовано чіткої моделі охорони здоров'я, що відповідала б сучасним потребам населення та забезпечувала належну якість медичних послуг. Спроби реформування галузі були непослідовними, фрагментарними і ситуативними;

запровадження нововведень при одному керівництві МОЗ могло бути відмінним або ігноруватися іншим. Наразі не існує чіткої, зрозумілої та погодженої стратегії реформування галузі. Фінансування системи охорони здоров'я як було, так і лишається жорстко прив'язаним до коштів Державного та місцевих бюджетів. Його нестача призвела до неофіційного, але очевидного заміщення декларованої безоплатної медичної допомоги платною. Протягом останніх кількох років спостерігається позитивна динаміка зростання державних витрат на потреби охорони здоров'я, але фінансове забезпечення галузі є все ще недостатнім, механізм формування грошових надходжень — невідпрацьованим, а ефективність використання коштів залишається низькою. Очевидно, що за умови економічного зростання видатки на охорону здоров'я в Україні будуть і надалі збільшуватися, адже захворюваність населення залишається досить високою, відповідно і потреба населення в медичній допомозі зростатиме. Але нарощування бюджетних асигнувань не має сенсу без вирішення головної проблеми — проблеми нераціонального розподілу наявних фінансових ресурсів та відсутності ефективного контролю за їхнім використанням. У самій галузі за існуючого рівня фінансування внаслідок раціональнішого розподілу та ефективнішого використання можна мобілізувати додаткові ресурси. На думку фахівців саме існуюча система фінансування медичних закладів, основні принципи якої збереглися практично незмінними з радянських часів, є головною і досі непереборною перешкодою для ефективного реформування галузі. Вона є причиною збереження деформацій у структурі медичних послуг, стимулює невиправдане зростання амбулаторних консультацій та необґрунтованих госпіталізацій, сприяє неефективному витрачання бюджетних коштів і коштів населення, консервує нераціональне співвідношення між первинною, вторинною і третинною ланкою⁶⁸.

Залишаються невизначеними перспективи запровадження в Україні обов'язкового медичного страхування. Попри потенційні переваги медичного страхування у контексті зміцнення фінансової системи охорони здоров'я та підвищення якості медичної допомоги перехід до страхової медицини має також багато перепон і застережень. Йдеться про незацікавленість роботодавців у зв'язку з необхідністю додаткового оподаткування; незацікавленість медичних працівників через загрозу втрати значних тіньових прибутків, тобто неофіційної оплати медичних послуг; насторожене ставлення населення до будь-яких новацій, пов'язаних з обмеженням державних зобов'язань щодо послуг охорони здоров'я, відсутність відповідної організаційної інфраструктури та відпрацьованих механізмів державного регулювання для управління діяльністю страхового фонду⁶⁹. Незважаючи на прийнятий Закон України «Про закупівлю товарів, робіт та послуг за державні кошти» в Україні не має досвіду роботи галузі в умовах договірних відносин. Тому перш ніж запроваджувати страхову медицину необхідно започаткувати та відпрацювати

⁶⁸ Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / Під заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. — К.: Вид-во Раєвського, 2005. — С. 74.

⁶⁹ Там само, с. 95.

практику державних публічних закупівель медичних послуг на контрактній основі в межах існуючої бюджетної моделі фінансування. Набуття відповідного досвіду разом з рядом інших змін стало б своєрідним перехідним і підготовчим етапом для подальшого реформування галузі. Запровадження договірних відносин та контрактної форми оплати праці дозволило б налагодити механізм оплати праці залежно від обсягу та якості виконаної роботи, що своєю чергою буде стимулювати підвищення якості послуг.

Основною метою структурних перетворень у сфері охорони здоров'я є створення системи, орієнтованої на збереження та покращання здоров'я населення шляхом профілактики та попередження захворювань, забезпечення якісної медичної допомоги, удосконалення правових та створення нових економічних та організаційних засад надання медичних послуг. Реструктуризація системи охорони здоров'я має проводитись на основі пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги та посилення профілактичної спрямованості у сфері охорони здоров'я. Саме профілактика і своєчасне виявлення захворювань залишаються найефективнішими шляхами збереження здоров'я.

Світовий і вітчизняний досвід свідчить, що первинна медико-санітарна допомога, організована на сучасній матеріальній базі, може стати надійним фундаментом ефективної медичної допомоги за умови, що вона буде здійснюватися протягом усього життєвого циклу людини і за наявності належних передумов здоров'я. Успішність у здійсненні концепції профілактики на рівні первинної медичної допомоги пов'язана з розвитком сімейної медицини. Саме сімейні лікарі мали б виконувати не лише свою традиційну функцію (лікування), а й надавати консультативну допомогу щодо здорового способу життя. Проте перехід на запропоновану вище концепцію первинної медичної допомоги має здійснюватись поступово, з появою відповідних можливостей, зокрема матеріального забезпечення праці сімейних лікарів, підготовки і перепідготовки відповідних медичних кадрів.

Особливу проблему становить доступність та якість медичних послуг на селі. Сільська медицина знаходиться у вкрай скрутному становищі і потерпає від гострої нестачі фінансування, незадовільного кадрового й матеріально-технічного забезпечення. Так звана оптимізація лікарняної мережі у сільській місцевості призвела до відчутного скорочення кількості фельдшерсько-акушерських пунктів, дільничих лікарень та лікарів. Неприятливе економічне середовище, низький рівень доходів сільських жителів, з одного боку, не дозволяє досягнути їм необхідних життєвих стандартів, а з іншого — доволі злиднений стан сільської охорони здоров'я не забезпечує належного рівня медичної допомоги, що у підсумку суттєво обмежує можливості позитивних змін у медико-демографічних процесах в сільській місцевості. Тому доцільним було б розглянути питання про створення при центральних районних лікарнях комплексних виїзних бригад у складі спеціалістів різного профілю, з належним рівнем лабораторного і діагностичного оснащення, які б систематичного

виїжджали для проведення профілактичних оглядів та надання медичних послуг сільським жителям⁷⁰.

При реформуванні системи охорони здоров'я не можна також не враховувати, що найістотношою рисою довготривалих змін у віковому складі населення України є систематичне підвищення ступеня його постаріння, в результаті чого вона належить до країн з найстарішим населенням. У перспективі цей процес поглиблюватиметься. Підвищення рівня постаріння населення України на весь зріст ставить перед системою охорони здоров'я проблеми, обумовлені цим процесом. Медична наука і практика повинні бути готовими до ефективних зусиль по подовженню повноцінного життя людей старшого покоління. Зокрема, у зв'язку зі змінами у структурі захворюваності зростає потреба в геріатричному і геронтологічному обслуговуванні населення, у розвитку інфраструктури для задоволення у ній потреб людей старечого віку на достойному рівні (зокрема, в інтернатних закладах для них), що вимагає розробки і впровадження відповідних заходів.

Реформування системи охорони здоров'я в Україні у найближчій перспективі має здійснюватися у контексті таких основних напрямів:

- перегляд і зміна фінансово-організаційних засад функціонування галузі, що передбачає: перехід на контрактну модель публічних державних закупівель медичних послуг при збереженні бюджетного фінансування галузі, чітке визначення базового стандарту загальнодоступної безкоштовної медичної допомоги; надання бюджетним закладам охорони здоров'я статусу державних (комунальних) некомерційних підприємств;
- розвиток профілактичної медицини, спрямованої на попередження та своєчасне виявлення захворювань (в т. ч. удосконалення системи профілактичних медичних оглядів); реформування первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини, пріоритетний розвиток сільської медицини;
- структурна перебудова системи надання медичної допомоги на користь первинної ланки, раціоналізація стаціонарної та спеціалізованої медичної допомоги, розвиток стаціонарозамісних технологій;
- запровадження міжнародних стандартів діяльності лікувально-профілактичних закладів; створення єдиного медичного простору та розвиток приватного сектора охорони здоров'я;
- продовження розробки і реалізації Національних програм стосовно вирішення найгостріших проблем охорони здоров'я; в тому числі щодо запобігання поширенню соціально детермінованих захворювань;
- поліпшення підготовки медичних кадрів та умов оплати їх праці, соціальний захист медичних працівників;
- впровадження дієвого механізму контролю за виробництвом, імпортом та реалізацією фармацевтичної продукції, а також контролю якості лікарських засобів при їх ввезенні на територію України, пошук шляхів зменшення цін на лікарські

⁷⁰ В. Прицкер. «Реформа» для медицины. Ч. 1 // Украинская газета. — №23 (355). — 22 июня 2005.

препарати, підвищення конкурентоспроможності вітчизняної фармацевтичної продукції;

- забезпечення участі недержавних, благодійних, комерційних організацій та громадськості у реформуванні й розвитку системи охорони здоров'я.

Формування суспільної та індивідуальної налаштованості на пріоритет здорового способу життя. Як відомо, основні фактори ризику, що зумовлюють високий рівень смертності (високий кров'яний тиск, підвищений рівень холестерину, надмірна вага) є наслідками нераціонального харчування та сидячого способу життя. Міжнародна практика свідчить, що пропаганда раціонального харчування та здорового способу життя є ефективнішою, коли у пропагандистських кампаніях беруть участь авторитетні особи (видатні спортсмени, актори, політики та суспільні діячі). В Україні необхідно формувати таку громадську думку, яка б не дозволяла відомим постатям займатися рекламою пива чи слабоалкогольних напоїв.

Оскільки молоді люди відзначаються високою сприйнятливостю до реклами у засобах масової інформації, остільки інтенсивна реклама спиртних напоїв на телебаченні, під виглядом спонсорства при проведенні масових заходів та акцій (різноманітних фестивалей пива, концертів, спортивних та інших розважальних заходів) та реклама тютюнових виробів у друкованих засобах масової інформації справляє значний тиск на свідомість і поведінку молоді і певною мірою призводить до примусового наслідування і дотримання такої моделі, яка передбачає тісний зв'язок відпочинку та дозвілля із вживанням алкоголю та тютюнопалінням. Є підстави вважати, що масове споживання пива серед сучасної молоді в Україні завдячує виключно вдалій рекламі. Така реклама не інформує споживача про небезпеки та ризики для здоров'я, пов'язані з вживанням алкоголю і тютюнопалінням. Зокрема, вживання пива на думку медиків не є заміником горілчаних напоїв, а першим ступенем до вживання з часом міцніших алкогольних напоїв.

Насторожує також масова реклама фармацевтичних препаратів. Замість пропаганди відповідального ставлення до здоров'я і таким чином попередження виникнення захворювань формується і фактично нав'язується громадській думці стереотип легкої можливості лікування мало не будь-якої хвороби. Натомість систематичної, налагодженої інформаційно-просвітницької реклами, яка б показувала переваги здорового способу життя та виховувала життє- і здоров'язбережувальну поведінку, в Україні не існує.

Перспективи розвитку соціальної реклами невизначені. Необхідність такої реклами хоча й закріплена в окремих законодавчих документах, однак її реалізація на практиці ускладнена через незацікавленість засобів масової інформації. Нині соціальна реклама має в Україні епізодичний, акційний характер, тобто приурочена до конкретних подій. Водночас міжнародний досвід показує, що поширення соціальної реклами з активним залученням громадських організацій та бізнес-сектора, запровадженням практики публічних нагород найактивніших учасників дозволяє доволі відчутно впливати на поведінку населення.

Окрім цього основними напрямками формування соціальної та особистої мотивації до збереження та зміцнення здоров'я є:

- сприяння розвитку масової фізичної культури та спорту; розширення доступу молоді до спортивних і оздоровчих закладів; виділення коштів для будівництва об'єктів оздоровлення та спорту (басейнів та інших спортивно-оздоровчих закладів);
- розробка та застосування певних законодавчих та фінансових механізмів стимулювання діяльності, спрямованої на покращання доступу до спортивних та оздоровчих закладів, наприклад пільг при оподаткуванні суб'єктів підприємницької діяльності; доцільним є запровадження у практиці надання на конкурсній основі земельних ділянок під житлове будівництво вимоги щодо будівництва спортивних майданчиків;
- підвищення якості та ефективності санітарно-гігієнічної освіти населення, активної пропаганди здорового способу життя шляхом перетворення санітарної освіти в державну систему безперервного медико-гігієнічного навчання і виховання через заклади загальної та професійної освіти, засоби масової інформації, установи охорони здоров'я, фізичної культури та інші соціальні інститути;
- підвищення активності громадських організацій та посилення їхньої спроможності діяти на користь охорони громадського здоров'я.

Необхідне широке залучення усіх секторів суспільства до справи пропаганди здорового способу життя з метою створення суспільного середовища, сприятливого для вибору життєзберігаючої поведінки та мінімізації основних факторів ризику, формування (особливо у середовищі молоді) іміджу сучасної людини, невід'ємним атрибутом якої є турбота про власне здоров'я як запорука професійного успіху та сімейного благополуччя.

Зменшення дорожньо-транспортного травматизму та обумовленої ним смертності. Створення безпеки на дорогах і автошляхах вимагає послідовних зусиль впродовж тривалого часу і передбачає розробку і впровадження комплексних програм дорожньої безпеки, що включають створення безпечної транспортної інфраструктури, покращання роботи автоінспекції та виховання відповідальної поведінки всіх учасників дорожнього руху. На даний момент найбільш нагальними проблемами є: недотримання учасниками дорожнього руху правил безпеки, недовіра до системи покарань за їх порушення, низька ефективність екстреної медичної допомоги постраждалим у ДТП. У зв'язку з цим пропонується:

- встановити кримінальну відповідальність за керування транспортними засобами у нетверезому стані, навіть якщо при цьому не було скоєно ДТП;
- збільшити штраф за перевищення швидкості;
- зобов'язати працівників дорожньо-постової служби вимагати від водіїв і пасажирів транспортних засобів користуватися ременями безпеки там, де вони передбачені;

- працівникам МВС регулярно проводити профілактичну роботу в школах і вищих навчальних закладах з особливим наголосом на наслідки порушень правил дорожнього руху в даному місті, селищі чи селі;
- забезпечити надання своєчасної та адекватної медичної допомоги постраждалим у ДТП;
- модернізувати оснащення установ, які надають екстрену медичну допомогу постраждалим у ДТП.

Техніко-технологічна реорганізація виробництва, створення безпечних робочих місць і забезпечення ефективної охорони праці потребує:

- посилення контролю за неухильним дотриманням законодавства про охорону праці на підприємствах, в установах та організаціях незалежно від підпорядкування та форми власності; забезпечення координації роботи органів виконавчої влади, громадських організацій, які здійснюють нагляд за умовами праці і дотримання гігієни та безпеки праці; атестації робочих місць за рівнем шкідливості умов праці;
- стимулювання на державному рівні розробок зі створення більш безпечних технологій, обладнання, технічного оновлення виробництва;
- постійний моніторинг стану здоров'я працюючих у шкідливих умовах; диспансерне спостереження з метою своєчасного виявлення професійних уражень та попередження стійких порушень здоров'я;
- формування сприятливих економічних та адміністративно-організаційних умов для систематичного відновлення здоров'я працівників, передусім зайнятих на робочих місцях з шкідливими або небезпечними умовами праці;
- відновлення цехового принципу медичного обслуговування працівників, створення ефективної сучасної моделі служби медицини праці на основі інтеграції зусиль медиків (гігієністів, профпатологів, фізіологів, організаторів охорони здоров'я), фахівців з техніки безпеки, соціального захисту, юристів, економістів, соціологів, психологів тощо;
- удосконалення діяльності галузевих систем санаторно-курортного лікування працівників, відновлення цехового принципу їх медичного обслуговування, заборона закриття або перепрофілювання відомчих санаторіїв-профілакторіїв;
- наукові дослідження з вивчення професійних ризиків, їх якісної і кількісної оцінки, розробки шляхів мінімізації;
- удосконалення державного управління через впровадження оцінки ризику здоров'я, обумовленого впливом факторів виробництва та негативними наслідками діяльності підприємств на навколишнє середовище, розробку важелів управління професійними ризиками;
- законодавчого визначення відповідальності роботодавців та інших посадових осіб за приховування інформації про ризики для здоров'я людей, що працюють на робочих місцях зі шкідливими умовами праці.

Окрім того, необхідною є цілеспрямована освітньо-профілактична робота серед працюючих контингентів стосовно формування відповідального ставлення до свого здоров'я, усвідомлення власної відповідальності за нього, передусім неприпустимості нехтування правилами безпеки на виробництві і засобами особистого захисту, прихильності до здорового способу життя, важливості регулярних профілактичних оглядів та оздоровчо-реабілітаційних заходів. Виховання активної громадської позиції працюючих має базуватися на поінформованості стосовно наявних виробничих ризиків, усвідомленні їх потенційного впливу на здоров'я, відповідальності роботодавців та можливості відстоювання прав працівників.

Висновки

Надмірна смертність населення трудоактивного віку є головним чинником, що обумовлює розрив у величині середньої тривалості життя в Україні та розвинених європейських країнах. Така ситуація є наслідком-результатом складних суспільних трансформацій, які неодноразово порушували нормально-історичний еволюційний перебіг демографічних процесів в Україні впродовж XX століття. Проведений у глибокій історичній ретроспективі аналіз еволюції смертності й середньої тривалості життя свідчить, що витoki сучасної кризи у життєзбереженні населення України слід шукати ще у середині 1960-х років, проте значною мірою вони обумовлені також важкими наслідками соціальних катаклізмів першої половини XX сторіччя і породженими ними демографічними катастрофами.

Через надмірну смертність населення у кризові періоди (1918–1923, 1932–1934, 1937–1938, 1941–1947 рр.) Україна у її сучасних територіальних межах втратила за нашою оцінкою 13,5 млн. людських життів, у тому числі 6,6 млн. осіб трудоактивного віку. Зокрема, втрати від надсмертності під час Голодомору 1933 р. становлять 3,8 млн. осіб (в т. ч. 1,5 млн. осіб у віці 25–64 роки), у роки Другої Світової війни — 6,5 млн. осіб (в т. ч. 3,5 млн. осіб у віці 25–64 роки). Середня очікувана тривалість життя в Україні у 1933 р. становила лише 11,3 року для чоловіків та 14,8 року для жінок; у 1942 р. — 17,7 та 25,6 року відповідно. Значні обсяги передчасної смертності призвели до глибоких деформацій усіх складових демографічної динаміки; знищення цілих поколінь зруйнувало механізм нормально-сталого відтворення населення. Понад 6 млн. українських чоловіків у віці 17–50 років загинули та померли під час воєн і збройних конфліктів, голоду і політичних репресій. Надмірна смертність чоловіків молодого та середнього трудоактивного віку завдала непоправної шкоди генофонду нації, суттєво погіршивши демовідтворювальний потенціал населення, і відповідно якість новонароджених поколінь. Якби Україна уникла у першій половині XX сторіччя масштабних демографічних криз, тоді б чисельність її населення з 30 млн. осіб у 1900 р. могла б зрости до 75–80 млн. осіб на початку нинішнього століття.

Лише з кінця 1940-х рр. формування режиму вимирання населення України визначається еволюційною компонентою. Зниження смертності, в тому числі у трудоактивному віці спостерігалось в окремі, відносно короткі періоди (1900–1913, 1923–1928, 1948–1964, 1985–1987, 1996–1998 рр.), однак успіхи, досягнуті у ці роки, були обумовлені головним чином підвищенням рівня виживання немовлят, дітей, підлітків і меншою мірою жінок дорослого віку. Після періоду численних кризових подій значні позитивні зрушення у показниках дожиття населення впродовж 1948–1964 рр. подали надію на започаткування етапу сталого сприятливого перебігу відтворювальних процесів, етапу розвитку населення, а не його виживання. Якщо у 1900 р. очікувана тривалість життя при народженні в Україні відставала від показника країн Західної Європи на 6 років у чоловіків та 8 років у жінок, що пояснювалось головним чином високою смертністю немовлят в Україні, то у середині 1960-х рр. їхні

показники майже зрівнялися і у повоєнний період Україна належала до числа 15 європейських країн з найвищим рівнем дожиття населення. У 1964 р. очікувана тривалість життя в Україні для тих, хто дожив до 25 років, досягнула свого історичного максимуму за XX століття і була такою, як і в країнах Західної Європи: 46,5 року у чоловіків і 52 роки у жінок. Впродовж наступних десятиліть Україна не лише не зробила відчутного поступу, але й втратила цінні надбання минулого і нині значно поступається розвиненим європейським країнам за показниками життєзбереження населення.

Основною причиною такого регресу стало підвищення смертності у трудоактивному віці, насамперед чоловіків. Характерно, що до початку Першої світової війни в Україні смертність жінок у віці 25–64 роки перевищувала відповідні показники чоловіків; ознаки формування феномена чоловічої надсмертності у трудоактивному віці з'явилися після 1912 р., але найбільших розмірів надсмертність чоловіків набула впродовж останніх чотирьох десятиліть. В той час як у розвинених європейських країнах знижувались показники смертності і дітей, і дорослих, в Україні смертність дорослого населення майже невинно зростала, хоча відчутне зниження смертності немовлят певним чином пом'якшувало негативний вплив підвищення смертності дорослих на формування середньої тривалості життя в Україні. Показники смертності жінок віком 25–64 роки підвищуються в Україні починаючи з 1968 р. і нині у 2,7 раза перевищують відповідні показники країн Західної Європи. Рівень смертності чоловіків у трудоактивному віці неухильно зростає з 1964 р. і у сучасний період у 4,2 раза перевищує смертність чоловіків у розвинених західно-європейських країнах. Якщо у 1900 р. розрив у показниках середньої очікуваної тривалості життя для 25-річних чоловіків та жінок в Україні був менше 1-го року, у 1939 р. — 3,7 року, у 1964 р. — 5,4 року, то у 2006 р. статеві диспропорції досягли 11 років. Вирішальна роль у їх формуванні належить надсмертності чоловіків у трудоактивному віці, на який припадає 7 із 11,5 року розриву тривалості життя у 2006 р. Нині в Україні чітко сформувалися два піки чоловічої надсмертності: у віці 25–29 та 40–44 роки.

Нинішні параметри режиму смертності населення України у трудоактивному віці — одні з найгірших у Європі і поступаються лише Росії, де ситуація ще більш неблагополучна. На тлі зростаючого поліпшення показників життєздатності населення у країнах Західної Європи головною характеристикою сучасної ситуації зі смертністю трудоактивного населення в Україні є приголомшливий факт повернення показників дожиття дорослих чоловіків на позиції першого десятиріччя XX століття. Зокрема, за нашими розрахунками ймовірність прожити трудоактивний період та середня очікувана тривалість життя для українських чоловіків, що дожили до 25 років, у сучасний період знаходиться на рівні 1912 р. (39 років), а у жінок така, як у середині 1950-х років (50 років). Водночас звертає на себе увагу той факт, що, починаючи з 2000 р. більш несприятлива динаміка і вищі темпи зростання смертності у трудоактивному віці спостерігаються не у чоловіків, а у жінок віком 25–39 роки, тобто є ознаки того, що жінки почали втрачати свій «виграш» в основних характеристиках дожиття і «підтягуватися» до високого рівня смертності чоловіків.

Сучасна криза у життєзбереженні населення України не є виключно результатом деморуйнівного впливу складних соціально-економічних умов 1990-х років, які не сформували, але значно загострили довготривалі негативні тенденції у відтворенні населення, стали каталізатором прояву накопиченого тягаря хронічних патологій, погіршення стану здоров'я населення, і без того виснаженого і підірваного екстраординарними подіями першої половини ХХ століття. Скорочення економічної бази відтворення населення, погіршення умов праці працюючого населення, розлад державної системи охорони здоров'я, забруднення довкілля, в тому числі внаслідок аварії на ЧАЕС — усі ці чинники вкрай негативно позначились на стані здоров'я і працездатності населення. Нині середня очікувана тривалість здорового життя в Україні становить близько 59 років, що на 10–14 років менше, ніж у країнах Європейського Союзу. При цьому найбільш несприятливі зрушення у період пострадянських трансформацій в Україні відбулися серед населення трудоактивного віку, тобто тієї соціально-демографічної групи, представники якої стали головними суб'єктами суспільних перетворень 1990-х рр. і чиє соціально-економічне становище зазнало швидких і радикальних змін. Погіршення якісних характеристик населення у трудоактивному віці є основною рисою сучасної демографічної кризи в Україні, а висока передчасна смертність дорослих чоловіків — найгострішою, задовоною, але так і не вирішеною демографічною проблемою нашої країни.

Причинами надмірної смертності населення у трудоактивний період є, по-перше, специфічна «консервативна» структура причин смерті, у якій високий рівень смертності від ендегенних причин поєднується з не менш значущим рівнем смертності від екзогенних патологій, причому внесок причин екзогенної етіології суттєво посилюється; по-друге, низький середній вік смерті від практично усіх класів причин смерті; по-третє, високий рівень смертності від так званих соціально детермінованих захворювань, жертвами яких є насамперед особи молодого та середнього віку.

В середньому 74–75% смертей у віці 25–64 роки відбувається в Україні через хронічні захворювання неінфекційного характеру, тобто хвороби, більшість з яких пов'язана зі способом життя. Головну роль відіграють патології системи кровообігу (38% усіх смертей у віці 25–64 роки), тоді як у країнах Європейського Союзу — новоутворення. Нині рівень серцево-судинної смертності населення трудоактивного віку в Україні більш ніж у 4 рази перевищує відповідний показник країн ЄС, а серед чоловіків віком 30–44 роки розрив у показниках досягає 5,5 рази. Від цих захворювань українці вмирають значно раніше, ніж жителі розвинених європейських країн; їх висока розповсюдженість за своєю генезою є наслідком накопиченого впливу різних чинників, в тому числі стресогенного впливу різкої зміни соціально-економічних умов та пов'язаної з нею соціально-психологічної дезадаптації населення.

Специфічною особливістю структури причин смерті населення трудоактивного віку в Україні є: нижчий порівняно з розвиненими країнами внесок новоутворень, значно вища частка смертей від зовнішніх причин смерті, відчутне посилення

впродовж 1990-х рр. внеску інфекційних захворювань, хвороб органів травлення і неуточнених та невідомих причин смерті. Ситуація щодо новоутворень може бути пов'язана як з реально нижчою роллю онкологічної смертності, так і ще більшою мірою із заміщенням новоутворень іншими причинами, від яких вмирають у молодому віці, не доживаючи до віку експозиції раку, а також з недосконалою діагностикою, коли за життя особи рак не був діагностований. Смертність чоловіків віком 25–64 роки від раку удвічі вища, ніж у жінок, насамперед внаслідок новоутворень трахеї, бронхів і легенів, що вочевидь пов'язано із значними масштабами тютюнопаління серед чоловіків.

Найвище зростання смертності населення віком 25–64 роки впродовж 1989–2005 рр. було характерне для класу інфекційних та паразитарних хвороб (у 4 рази), хвороб органів травлення (утричі), зовнішніх причин (у півтора раза), неуточнених та невідомих причин смерті (у 5 разів). Саме по цих класах причин смерті спостерігається разюча статева нерівність, яка полягає у кількаразовому перевищенні смертності чоловіків над відповідними показниками жінок, особливо у середньому та зрілому віці. Зокрема показники смертності чоловіків віком 30–44 роки від зовнішніх причин у 2006 р. майже у 6 разів перевищували відповідні показники смертності жінок, у віці 45–59 років — у 5,2 раза. Значні масштаби неприродної і насильницької смертності українських чоловіків є однією з головних причин, що перешкоджає їм дожити до старості і померти від хронічних хвороб, пов'язаних із старінням.

Проблема смертності населення трудоактивного віку в Україні полягає не лише у суттєвому підвищенні її кількісних показників впродовж останніх 18 років, але й у несприятливих якісних зрушеннях її характеристик. Йдеться, по-перше, про помолодшання смертності від майже усіх основних класів причин смерті. Тоді як у розвинених європейських країнах смерті від більшості причин все більше концентруються у старшому віці, в Україні протягом 1989–2006 рр. середній табличний вік смерті від інфекційних захворювань знизився на 6 років, хвороб органів травлення — на 10 років, захворювань органів дихання — на 7 років, хвороб системи кровообігу на 1,5–3 роки, що значною мірою унеможлиблює реалізацію тих досягнень у показниках життєзбереження населення, що спостерігаються у розвинених країнах.

По-друге, ознакою погіршення умов життєдіяльності населення і як наслідок серйозних збоїв у відтворювальних процесах стало стрімке розповсюдження так званих патологій з соціальним «корінням»: хвороб, пов'язаних зі зловживанням алкоголем, туберкульозу, ВІЛ/СНІДу. Їх поширення відображає обширні масштаби соціальної деградації, маргіналізації населення та низхідної соціальної мобільності. За нашими розрахунками у 2006 р. із кожної сотні 25-річних чоловіків та жінок 38 чоловіків та 16 жінок помирали до досягнення віку 65 років, з них 16 чоловіків та 4 жінки — від алкогольно залежних причин, визначених у переліку ВООЗ, що включає доволі широкий перелік причин смерті. Проведений аналіз дозволяє висловити припущення, що значна частина смертей чоловіків у трудоактивному періоді в Україні обумовлена комбінованим впливом алкоголю та інших причин смерті, де алкоголь

був не єдиною, але сполучною, дотичною причиною смерті. Відчутних втрат населенню трудоактивного віку завдають також епідемії туберкульозу та ВІЛ/СНІДу, що взаємно підсилюють одна одну. За прогностичними розрахунками кількість ВІЛ-інфікованих в Україні може вирости у 2014 р. до 479 тис. за оптимістичним і 820 тис. осіб за песимістичним сценаріями; кумулятивна кількість померлих від СНІДу може коливатись у межах від 301,3 до 526,4 тис. осіб. У цьому контексті дуже важливо розширення доступу до антиретровірусного лікування, що дає змогу знизити смертність від СНІДу.

За нашою оцінкою, якби повіковий і нозологічний профіль смертності населення України впродовж 1990–2006 рр. зберігся на рівні 1989 р. можна було б «зберегти» життя 2,8 млн. осіб. Водночас якби повікові показники смертності в Україні протягом зазначеного періоду змінювались так як у Польщі (яка на початку 1990 рр. мала однакові з Україною характеристики дожиття населення), вдалося б уникнути ще більших втрат, а саме 3,2 млн. смертей. Найбільших втрат від надсмертності у кризові роки зазнало населення трудоактивного віку, на яке припадає близько половини усіх втрат, а саме 1,1 млн. за умови збереження показників смертності на рівні 1989 р., та 1,6 млн. — за умови режиму дожиття населення Польщі. Втрати чоловіків утричі перевищують втрати жінок. Найбільше число надлишкових смертей серед населення віком 25–64 роки за цей період обумовили хвороби системи кровообігу, зовнішні причини смерті та хвороби органів травлення.

Внаслідок високої передчасної смертності пересічний український чоловік замість 40 років життя у трудоактивному період (від 25 до 65 років) проживає на 5,1 року менше, а українська жінка — на 1,7 року менше. Внаслідок цього в Україні у 2006 р. було втрачено 3377,9 тис. років потенційного життя, або 13,5 тис. потенційних років життя у розрахунку на 100 тис. населення. При цьому в абсолютному відношенні найбільша кількість смертей у чоловіків віком 26–64 роки, як вже зазначалось, обумовлена хворобами системи кровообігу, але найбільше потенційних років життя втрачається через зовнішні причини смерті, оскільки від нещасних випадків, отруєнь і травм гинуть головним чином у молодому віці, а середній вік смерті від хвороб системи кровообігу є значно старшим. Тому, хоча ймовірність померти від зовнішніх причин нижча ніж від серцево-судинних захворювань, втрати років життя, пов'язані з нещасними випадками, отруєннями і травмами, більші через молодий вік смерті.

Свідченням зростаючих втрат населення в активному трудовому періоді є також зростання рівня смертності від причин, яким можна запобігти (майже на третину за 1989–2006 рр.). За нашою оцінкою у 2006 р. більше половини (55%) смертей у трудоактивному віці в Україні можна визначити як такі, що їм можна було запобігти. При цьому більшості смертних випадків можна було уникнути завдяки первинній профілактиці, тобто попередженню виникнення захворювань. У структурі «запобіжної» смертності за причинами смерті головна роль належить зовнішнім причинам та цереброваскулярним захворюванням. Водночас найвищі темпи

зростання смертності спостерігались для інфекційних і паразитарних хвороб (в основному туберкульозу) та цирозу і фіброзу печінки, показники яких зросли у 4–5 разів протягом 1989–2006 рр. Якщо підйом смертності від туберкульозу є свідченням загального санітарно-епідемічного неблагополуччя в країні, то невинне зростання смертності від цирозу та фіброзу печінки сигналізує про значне поширення зловживання алкоголем з одного боку, поширення інфекційних гепатитів, низьку ефективність їх лікування, та недостатні обсяги вакцинації населення, — з іншого. Втрати у віці 25–64 роки внаслідок смертності, обумовленої цирозами та фіброзами печінки, у чоловіків практично ідентичні таким від усіх інфекційних і паразитарних хвороб, а у жінок аналогічні сумі смертей від раку матки та всіх інфекційних і паразитарних хвороб.

Аналіз можливостей подовження середньої тривалості життя в Україні дає підстави стверджувати, що максимально підвищити рівень дожиття можна завдяки зниженню смертності населення у трудоактивному віці, насамперед чоловіків. Максимальні резерви подовження тривалості життя закладені у зниженні смертності чоловіків віком 50–65 років. Зокрема, повна ліквідація смертності у віці 1–4 роки дає змогу отримати «додатково» лише 0,2 року життя при народженні. Натомість елімінування смертності у віці 50–64 роки забезпечує приріст тривалості життя в 1,5 року життя для чоловіків та 1,1 року для жінок. При цьому у 2006 р. порівняно з 1989 р. резерви підвищення середньої тривалості життя помітно «помолодшали», тобто посилюється внесок смертності у більш молодих вікових групах.

Висока ймовірність померти від більшості основних класів причин смерті та порівняно низький вік смерті зумовлюють відставання України за основними показниками життєзбереження населення. Перспективи подовження тривалості життя в Україні тісно пов'язані з бажаними зрушеннями у структурі причин смерті та наближенням повікового і нозологічного профілю вимирання до сучасного режиму смертності у розвинених європейських країнах. Йдеться, по-перше, про скорочення смертності та послаблення внеску захворювань екзогенної етіології (інфекційних захворювань, хвороб органів травлення, дихання, зовнішніх причин) насамперед серед населення молодого трудоактивного віку. По-друге, витіснення серцево-судинних та онкологічних смертей у більш пізні вікові групи навіть за умови збереження існуючого рівня смертності дасть змогу помітно підвищити показники дожиття населення, в тому числі у трудоактивному віці.

Резерви, пов'язані зі скороченням смертності від екзогенних хвороб, є більш доступні і невичерпані, оскільки такі захворювання більшою мірою піддаються впливу медико-санітарних заходів. Резерви, обумовлені відсуненням смертей від хвороб системи кровообігу та новоутворень у старші літа, окрім медицини ще більше залежать від зміни поведінки населення та запобігання хронізації і загостренню хвороб. Якби можна було повністю ліквідувати смертність від інфекційних захворювань, патологій органів дихання та органів травлення, то чоловіки в Україні у 2006 р. отримали б при народженні «додатково» 2,6 року життя, а жінки — 1,3 року. Підвищення середнього віку смерті від серцево-судинних хвороб на 5 років дало б

змогу чоловікам та жінкам в Україні у 2006 р. прожити на 5–6 років довше, ніж фактично. Підвищення середнього віку померлих від цього класу хвороб на 10 років обумовило б 6–8 додаткових років життя при народженні.

Надмірна смертність населення трудоактивного віку в Україні помітно скорочує середню тривалість життя, зменшуючи період трудової діяльності. Очікувана тривалість життя на період зайнятості у віці 25–64 роки в Україні протягом 1989–2006 рр. зменшилась у чоловіків на 4,3 року, а у жінок — на 3,2 року, і становила у 2006 р. 27,4 року для чоловіків та 26 років для жінок. Демоекономічні наслідки полягають не лише у зростаючих витратах системи охорони здоров'я на лікування багатьох хронічних захворювань. Висока передчасна смертність чоловіків негативно позначається як на життєвому рівні домогосподарств через втрату годувальника сім'ї, так і на макроекономічному рівні через скорочення обсягів робочої сили та збільшення демоекономічного навантаження на трудоактивне населення. За орієнтовними розрахунками економічні збитки внаслідок передчасної смертності у віці 25–64 роки становили в Україні у 2006 р. 72,3 млрд. грн. Абсолютну кількість втрачених років потенційного життя в Україні у 2006 р. можна також уявити як втрачений внаслідок передчасної смертності трудовий внесок впродовж 40 найбільш продуктивних років життя майже 85,5 тис. громадян, тобто населення невеликого міста. Тому зменшення смертності у трудоактивному віці є не лише значним резервом підвищення тривалості життя, але й ресурсом економічної розбудови.

Згідно з виконаним нами прогнозом смертності і середньої тривалості життя у трудоактивному віці в Україні до 2050 р. на різних етапах прогнозного періоду зростання тривалості життя відбуватиметься за рахунок зрушень у смертності від різних класів причин смерті. Якщо у короткостроковій та середньостроковій перспективі найбільш вірогідними резервами є зниження смертності від екзогенних причин, то у довготривалій перспективі покращення ситуації неможливе без боротьби з причинами ендогенного походження. Згідно з середнім варіантом прогнозу можна очікувати стабілізацію показників смертності до 2008 р., після чого до 2012 р. відбуватиметься їхнє повільне зниження та більш стрімке — після 2015 р. За нашою оцінкою очікувана тривалість життя при досягненні 25 років в Україні зросте від 38,5 року у чоловіків та 49,9 року у жінок у 2007 р. до 47,6 та 55,3 року у 2050 р. відповідно.

Проблема смертності населення у трудоактивному віці — це проблема передчасної смертності від причин, безпосередньо не пов'язаних з віком і постарінням організму, від причин, яким можна запобігти. Водночас це проблема вибору поведінки, проблема способу та якості життя, якості життєдіяльності населення. Є підстави вважати, що сформований в Україні «консервативний» режим смертності є проявом соціальної незрілості, неготовності суспільства до засвоєння сучасної культури життєзберігаючої поведінки. Змінюючи спосіб життя, можна певним чином, поліпшити стан здоров'я і знизити ризик захворіти та вмерти передчасно. У цьому контексті вкрай необхідним є створення такого суспільного середовища, інституціональне оформлення якого забезпечує надійну економічну базу для

відтворення населення, сприяє збільшенню доступності до здоров'я і життєзберігаючих ресурсів та створює умови для вибору поведінки, зорієнтованої на зміцнення здоров'я і працездатності. Цього можна досягнути завдяки демографізації суспільного середовища, посилення демографічної ефективності усіх напрямів соціально-економічної політики.

Оскільки України за показниками стану здоров'я і середньої тривалості життя значно відстає від економічно розвинених країн, збереження та поліпшення здоров'я є одним з найважливіших пріоритетів нації та найактуальнішою метою суспільного розвитку. Поліпшення здоров'я має бути кінцевою метою проведення соціально-економічних реформ. Здоров'я має стати головним критерієм доцільності й ефективності будь-якої діяльності. Необхідна орієнтація всіх сфер господарства на оздоровлення умов життя, зокрема умов праці, побуту, дітородної діяльності з метою створення суспільного середовища, сприятливого для вибору та засвоєння населенням моделі поведінки, зорієнтованої на здоровий спосіб життя, а з іншого, — визначені найбільш гострі й нагальні проблеми та цільові групи (групи підвищеного ризику), на які мають бути спрямовані першочергові заходи щодо профілактики та лікування захворювань.

Основними напрямками політики щодо покращання стану здоров'я і зниження смертності населення трудоактивного віку є: скорочення втрат, пов'язаних зі зловживанням алкоголем та тютюнопалінням; зниження смертності від серцево-судинних захворювань; зменшення шкоди від вживання наркотичних речовин та протидія епідемії ВІЛ/СНІДу; ефективна стратегія боротьби з епідемією туберкульозу; зменшення дорожньо-транспортного травматизму та обумовленої ним смертності; формування суспільної та індивідуальної налаштованості на пріоритет здорового способу життя; підвищення ефективності діяльності системи охорони здоров'я населення; техніко-технологічна реорганізація виробництва, створення безпечних робочих місць і забезпечення ефективної охорони праці.

Особливої уваги потребує реформування системи охорони здоров'я. На нашу думку, відома теза про те, що медицина відповідальна за формування стану громадського здоров'я лише на 10–12%, в Україні не спрацьовує і використовується зазвичай для обґрунтування недостатньої частки фінансування на потреби медичної галузі та виправдання низької ефективності її функціонування. Згідно з оцінкою окремих експертів внесок системи охорони здоров'я у наших умовах становить не менше 30–35%. Підтвердженням для цього є наявність в Україні високих показників смертності від причин, яким можна запобігти; на які медицина за умови своєчасної діагностики та якісного лікування може впливати і звести смертність від них до мінімуму. Нинішня система охорони здоров'я вкрай потребує серйозних змін та зрушень у механізмі фінансування та системі організації.

У політиці щодо охорони здоров'я необхідне зміщення акцентів у пріоритетах її діяльності, а саме посилення профілактичної спрямованості з метою зменшення ризику і попередження виникнення нових випадків захворювань, недопущення розвитку хронічних хвороб, а не нарощування витратних технологій на лікування.

Наріжним каменем стратегії розвитку сучасної системи охорони здоров'я має стати саме здоров'я, його збереження та відтворення, а не хвороба та лікування. Охорона та зміцнення здоров'я здорових і практично здорових людей — одне з пріоритетних завдань галузі і всього суспільства, при цьому наголос повинен бути на формуванні у населення життєзберезувальної поведінки і високої культури здоров'я, націленої на профілактику захворювань. Переорієнтація з хвороби та лікування на охорону та зміцнення здоров'я потрібна не лише медицині. Формування суспільної та індивідуальної налаштованості на пріоритет здорового способу життя, становлення ідеалу здоров'я як змісту життя і суспільного престижу нації, «оздоровлення» усієї суспільної системи є важливою передумовою позитивних демографічних зрушень.

Монографія

Смертність населення України у трудоактивному віці

Підписано до друку 03.07.2007
Формат 60?84/8
Ум.-друк. арк. 24,41 Обл.-вид. арк. 17,19
Наклад 1000 прим. Зам. № 296

Надруковано ІВЦ Держкомстату України
вул. Шота Руставелі, 3, Київ–23, 01023
Тел. (044) 287-64-02
Факс (044) 287-43-33