



УДК 364.013:314.44

Шевчук Л.Т.*доктор економічних наук, професор,
проректор з наукової роботи та міжнародних зв'язків
Тернопільського інституту соціальних та інформаційних технологій***Федоришина Л.М.***кандидат економічних наук, доцент,
завідувач кафедри економіки підприємства та менеджменту
Університету економіки і підприємництва*

ВПЛИВ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОГО СТАНУ ДОМОГОСПОДАРСТВ НА ХРОНІЧНУ НЕІНФЕКЦІЙНУ ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ЙОГО ЧЛЕНІВ

У статті привертається увага до питань фінансових можливостей забезпечення членами домогосподарств України власного здоров'я і попередження хронічних захворювань. Аналізуються особливості ускладнення соціально-економічного стану домогосподарств в умовах суспільно-політичної та соціально-економічної нестабільності в сучасному світі. Окреслюються соціально-економічні проблеми і можливості попередження хронічної захворюваності та боротьби з нею загалом. Акцентується увага на необхідності розробки і впровадження нової державної економічної політики підтримки домогосподарств в умовах нестабільності на політичній арені з метою попередження хронічної захворюваності та поліпшення здоров'я загалом.

Ключові слова: здоров'я, хронічна захворюваність, фінансування, модель, проблема, політика.

Шевчук Л.Т., Федоришина Л.М. ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО ПОЛОЖЕНИЯ ДОМОХОЗЯЙСТВ НА ХРОНИЧЕСКУЮ НЕИНФЕКЦИОННУЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЕГО ЧЛЕНОВ

В статье привлекается внимание к вопросам финансовых возможностей обеспечения членами домохозяйств Украины собственного здоровья и предупреждения хронических заболеваний. Анализируются особенности осложнения социально-экономического состояния домохозяйств в условиях общественно-политической и социально-экономической нестабильности в современном мире. Определяются социально-экономические проблемы и возможности предупреждения хронической заболеваемости и борьбы с ней в целом. Акцентируется внимание на необходимости разработки и внедрения новой государственной экономической политики поддержки домохозяйств в условиях нестабильности на политической арене с целью предупреждения хронической заболеваемости и улучшения здоровья в целом.

Ключевые слова: здоровье, хроническая заболеваемость, финансирование, модель, проблема, политика.

Shevchuk L.T., Fedoryshyna L.M. SOCIO-ECONOMIC IMPACT OF HOUSEHOLDS IN CHRONIC NONCOMMUNICABLE INCIDENCE OF ITS MEMBERS

The article drawn attention to the financial capacity of members of households Ukraine to ensure their health and prevent chronic diseases. The features complication socio-economic status of households in terms of socio-political and socio-economic instability in the world. Outlines the socio-economic problems and the possibility of chronic disease prevention and combat in general. Attention is focused on the need to develop and implement new state policy support households in terms of instability in the political arena to prevent chronic disease and improve health in general.

Keywords: health, chronic disease, funding model, problem of policy.

Постановка проблеми. Дослідження виникнення, протікання і можливостей лікування хронічних неінфекційних захворювань (ХНІЗ) є в наш час надзвичайно важливим і актуальним завданням, оскільки вони зумовлюють величину показників смертності населення, знижують продуктивність праці, поглиблюють демографічну кризу. Дослідники зазначають, що ХНІЗ спричиняють глобальні соціально-економічні втрати населення багатьох країн світу, включаючи й Україну. Саме вони на 82,8% визначають рівень загальної смертності всього населення нашої країни і на 62,4% – смертність населення працездатного віку [6]. Разом з тим, можливості пом'якшення протікання ХНІЗ, полегшення стану хворих, поліпшення їх самопочуття залежить від соціально-економічного стану домогосподарств. Вивчення їх стану в сучасній Україні дозволило обґрунтувати ряд заходів, прийнятних для населення і для держави, з метою поліпшення здоров'я населення і попередження ХНІЗ.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Оскільки, на зламі ХХ і ХХІ ст. системи охорони здоров'я практично усіх країн світу [8], у тому числі й України зіткнулися з проблемою збільшення кількості хронічних захворювань, Світовий банк підготував низку досліджень у рамках програми «Здоров'я та Демографія», основною метою якої є зрозуміти:

«Яким чином можливо покращити ефективність діяльності уряду та основних зацікавлених сторін на національному та регіональному рівнях щодо покращення показників здоров'я дорослого населення і зменшення демографічного спаду в Україні у середньостроковій та довгостроковій перспективі?» [3]. Серед таких досліджень слід відзначити наступні роботи: «Трагедія, якої можна уникнути: подолання кризи здоров'я в Україні. Досвід Європи» (2006), «Розповсюдженість та визначні фактори паління і вживання алкоголю та наркотичних речовин в Україні» (2007), «Багатосекторне співробітництво на місцевому рівні: попередження ранньої смертності серед населення працездатного віку в Україні» (2008), «Основні причини високого рівня смертності в Україні» (2009). Особливістю цих робіт є те, що всі вони в тій чи іншій мірі зачіпають питання, присвячені профілактиці хронічних хвороб за допомогою реалізації цільових програм. Вони дозволили краще зрозуміти соціально-економічні фактори стану здоров'я населення, фактори ризику, звернення за медичною допомогою, особливо у випадку деяких хронічних захворювань [3].

У згаданих роботах зроблено спроби дати відповідь на наступні основні питання:

– Що є визначними факторами поганого стану здоров'я дорослого населення, і які соціально-еконо-

мічні фактори визначають відмінності у показниках стану здоров'я?

– Яким є рівень усвідомлення населенням наявності хронічних захворювань і впливу нездорового способу життя на здоров'я?

– Яким чином використовуються медичні послуги у випадку наявності певних хронічних захворювань? [3].

Але, відповіді на запитання «Як впливає соціально-економічний стан домогосподарств на хронічну неінфекційну захворюваність його членів?» у згаданих роботах немає. Це питання залишилося недостатньо висвітленим і в працях ряду вчених (Г. Баторшина [5], І. Горбась [6], Ю. Комаров [1], В. Куценко, Е. Лібанова, М. Лутай [6], А. Лисенко [6], О. Любінець [5], О. Мойсеєнко [6], О. Ніжинська [5], У. Садова, І. Шевчук), які займаються вивченням проблематики, пов'язаної із здоров'ям населення.

Постановка завдання. Мета статті – розкрити особливості впливу соціально-економічного стану домогосподарств на хронічну неінфекційну захворюваність його членів та окреслити заходи, необхідні для поліпшення ситуації.

Виклад основного матеріалу дослідження. Як зазначається в дослідженні «Основні причини високого рівня смертності в Україні» (2009), серед українського населення спостерігається високий ризик смертності у ранньому віці – майже половина дорослого населення, переважно молодь, страждає від одного чи декількох хронічних захворювань. Понад 25% дорослого населення України віком від 18 до 65 років мають хронічне захворювання або стан, понад 7% мають декілька (3 чи більше) хронічних захворювань чи стани [3]. Наведені дані засвідчують, що хворі на ХНІЗ є, практично в кожному домогосподарстві. Загальна характеристика домогосподарств за величиною наводиться в табл. 1.

Як бачимо, зростає частка домогосподарств без дітей (із 56,4% у 2000 році до 62,1% у 2011-2013 рр.), а ті, що мають дітей у своєму складі, виховують переважно одну дитину.

Загальновідомо, що дослідження окресленої нами проблеми вимагає добротної статистичної бази. Але, на жаль, на сьогоднішній день така статистична база відсутня. Про це неодноразово наголошувалося в ряді публікацій. Зокрема, у публікації [6] підкреслюється, що «статистичні дані не відповідають реальним показникам захворюваності населення». Аналогічне можна сказати і про соціально-економічний стан домогосподарств. Не випадково, окремі вчені, окрес-

люючи цю проблему, наголошують на необхідності створення постійно діючої інформаційної системи моніторингу чинників ризику і прогресування ХНІЗ, що, на їх думку, дасть можливість:

– оцінювати показники здоров'я населення (за захворюваність, тимчасову непрацездатність, інвалідність, смертність);

– аналізувати поширеність поведінкових та біологічних факторів ризику серед різних контингентів;

– контролювати рівень обізнаності населення в галузі профілактики;

– прогнозувати захворюваність і смертність від основних ХНІЗ [6].

Створення такої системи започатковане Державною службою статистики України. На жаль, статистична база, яка збирається цією Службою в наш час, є фрагментарною і недосконалою. Адже, в її основі – самооцінка населенням ряду фактів і явищ. А будь-яка самооцінка містить ряд елементів суб'єктивізму. Тим не менше, за відсутності надійнішої бази ми скористаємося саме такими обстеженнями Державної служби статистики України. З огляду на мету статті, великий інтерес викликає доповідь «Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги в 2013 році» [7], яка базується на даних, отриманих у результаті опитування осіб, що входять до складу 10,6 тис. домогосподарств, котрі брали участь у вибірковому обстеженні умов їхнього життя.

Підсумки дослідження засвідчили, що кожна друга особа (у 2012 р. – 49%) оцінювала стан свого здоров'я як «добрий». Найвища частка таких осіб (79-76%) була серед підлітків, чоловіків у віці 18-29 років, дітей до 14 років (за оцінкою батьків) та жінок у віці 18-29 років. Добрий стан свого здоров'я серед населення в працездатному віці зазначили 62% чоловіків та 56% жінок (у 2012 р. – відповідно 59% та 55%). Серед населення старше працездатного віку добре себе почували, як і в 2012 р., 12% чоловіків і 8% жінок.

«Задовільним» вважали свій стан здоров'я 40% осіб: серед дорослих осіб повідомили, що мають такий стан здоров'я 45%, серед дітей у віці до 14 років – 21%, а серед підлітків у віці до 18 років – 20%.

Оцінили стан свого здоров'я як «поганий», як і в 2012 р., 9% осіб. Найбільша частка населення, яке погано себе почувало, спостерігалася серед осіб непрацездатного віку: 25% чоловіків і 29% жінок (більше на 0,4 та 0,8 в.п. відповідно ніж 2012 р.) [7].

У країнах Європейського Союзу оцінили стан свого здоров'я як «добрий» 68,3% осіб у віці 16 ро-

Таблиця 1

Характеристика домогосподарств України

	2000	2010	2011	2012	2013
Середній розмір домогосподарства, осіб	2,76	2,59	2,59	2,58	2,58
Розподіл домогосподарств за кількістю осіб в їх складі	відсотків				
одна особа	20,9	23,5	23,6	22,4	22,6
дві особи	27,6	28,3	28,0	29,9	29,1
три особи	22,0	25,4	25,6	25,0	26,7
чотири особи і більше	29,5	22,8	22,8	22,7	21,6
Частка домогосподарств із дітьми до 18 років (%)	43,6	37,8	37,9	37,9	37,9
Частка домогосподарств без дітей (%)	56,4	62,2	62,1	62,1	62,1
Розподіл домогосподарств із дітьми (%) за кількістю дітей в їх складі					
одна дитина	61,0	73,5	74,9	75,7	75,2
дві дитини	33,3	23,5	22,6	21,5	22,5
три дитини і більше	5,7	3,0	2,5	2,8	2,3

Джерело: дані Державної служби статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.ukrstat.gov.ua

ків і старшому, 21,8% повідомили, що мають задовільний стан здоров'я, а майже десята частина (9,9%) оцінила стан свого здоров'я як «поганий». В Україні таких осіб 45%, 44,1% та 10,9% відповідно (табл. 2).

Варто також відзначити, що серед наведених країн Україна знаходиться на третьому місці за часткою населення у віці 16 років і старше, яке має хронічні захворювання або проблеми зі здоров'ям, зокрема 40,1%, вищою вона є лише у Фінляндії (46,7%) та Естонії (43,7%).

Якщо аналізувати в розрізі регіонів України, то найбільша частка населення, яке оцінило стан свого здоров'я як «добрий», спостерігалась у Чернівецькій, Рівненській, Львівській, Тернопільській, Івано-Франківській, Волинській, Одеській, Кіровоградській областях, м. Севастополі, у Херсонській та Житомирській областях (68–55%), а найнижча – у Луганській, Чернігівській, Сумській, Донецькій, Черкаській та Харківській областях (45–31%).

Таблиця 2
Розподіл населення країн ЄС у віці 16 років і старшому за самооцінку стану здоров'я

	Частка населення у віці 16 років і старше, яке оцінило стан свого здоров'я як			
	добрий	задовільний	поганий	має хронічні захворювання або проблеми зі здоров'ям
ЄС	68,3	21,8	9,9	31,5
Бельгія	74,3	16,8	8,9	24,4
Болгарія	66,6	21,5	11,9	18,6
Чеська Республіка	60,4	26,8	12,8	30,0
Данія	70,8	21,6	7,7	28,9
Німеччина	65,3	26,0	8,5	37,0
Естонія	52,4	31,4	16,3	43,7
Греція	74,8	15,8	9,3	23,8
Іспанія	74,3	17,6	8,1	26,2
Франція	68,1	23,4	8,5	36,6
Італія	68,4	19,2	12,4	24,5
Кіпр	77,1	16,1	6,7	32,6
Латвія	47,6	37,5	14,9	35,2
Литва	44,3	35,1	20,6	29,6
Люксембург	73,8	18,9	7,4	20,2
Угорщина	57,6	26,4	16,1	36,0
Мальта	73,7	23,0	3,4	28,9
Нідерланди	75,6	18,6	5,8	34,6
Австрія	70,0	21,0	9,0	33,1
Польща	57,7	27,6	14,7	34,5
Португалія	48,1	33,8	18,2	37,1
Румунія	70,3	20,2	9,6	19,8
Словенія	63,1	24,4	12,4	35,3
Словакія	65,6	21,7	12,6	29,8
Фінляндія	67,1	26,1	6,7	46,7
Швеція	81,1	14,7	4,3	34,0
Сполучене Королівство	74,7	17,1	8,2	32,9
Україна	45,0	44,1	10,9	40,1

Джерело: [7]

Із загальної кількості опитаних осіб 35%, як і в 2012 р., мали хронічні захворювання або проблеми зі здоров'ям. Найбільш поширеними були гіпертонія та серцеві захворювання – про наявність однієї з цих хвороб повідомили відповідно 40% та 27% осіб, які мають хронічні захворювання. Серед осіб, які мають проблеми зі здоров'ям, 14% хворіють на артроз або артрит (у т.ч. ревматоїдний), 11% хворіють на остеохондроз, 8% – мають хронічний гепатит, жовчокам'яну хворобу, холецистит, холангіт, цироз печінки, по 7% мають захворювання з груп хронічного бронхіту, емфіземи легенів та страждають від мігрені або частого головного болю, 5% – мають виразку шлунка або 12-палої кишки. Серед мешканців міст, які мають хронічні захворювання або проблеми зі здоров'ям, більш поширені, порівняно із сільським населенням, артроз, артрит (у т.ч. ревматоїдний), остеохондроз, хронічний гепатит, жовчокам'яна хвороба, холецистит, холангіт, цироз печінки, бронхо-легеневі захворювання, хвороби органів травлення, алергія (за винятком алергічної астми), діабет, інсульт, злоякісні пухлини (включаючи лейкемію і лімфому), остеопороз, хронічна тривога або депресія та алергічна астма.

Негативними довгостроковими наслідками 43% осіб, які перенесли захворювання, зазначили наступні: 14% осіб відчули вплив на повсякденну працездатність, 29% – на життєву активність, тобто можливість займатися фізичною працею, відвідувати культурні заклади, вести активний спосіб життя. За даними опитування, негативний вплив перенесених захворювань на повсякденну працездатність більш поширений серед сільського населення порівняно з міським.

Загалом можна сказати, що хронічні захворювання розповсюджені серед населення по всій Україні, вони не обмежуються одним чи кількома регіонами. Проте в [3] зазначається, що:

– Розповсюдженість захворювань найвища на заході (40%), інтенсивність їх навпаки (за даними по декільком хронічним станам) найвища на сході. Навіть при низьких показниках захворюваності (наприклад, на півдні), приблизно чверть дорослого населення має хронічні захворювання.

– Від хронічних захворювань страждає більше жінок. Це пояснюється тим, що українські жінки живуть довше за чоловіків, серед яких спостерігається високий рівень передчасної смертності. Незважаючи на те, що жінки живуть довше, вони проводять багато років або більшу частину життя в стані поганого здоров'я.

– Все більша кількість молодого повнолітнього населення має хронічні захворювання. Кожен третій респондент на сході до 40 років чи молодше страждає від гіпертонії, на заході відсоток гіпертоніків молодше 40 років становить 47,5%. Кожен п'ятий віком від 18 до 25 років в Україні має гіпертонію в порівнянні із 8, 75% у Румунії.

– Захворюваність не залежить від матеріального стану – від хронічних захворювань страждають і багаті, і бідні. Розповсюдженість гіпертонії найвища серед жінок у двох нижніх квінтілях матеріального стану. Це викликає ризик появи додаткових витрат, оскільки лікування хронічних хвороб потребує багато грошей та коштовних ліків, за які платять пацієнти. Хоча, звичайно лікування захворюваності в більшій мірі доступне тим хворим, що мають гарне матеріальне становище.

Майже в усіх (98%) домогосподарствах хто-небудь із членів протягом останніх 12 місяців потре-

бував медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя. Кожне п'яте таке домогосподарство повідомило про випадки неможливості задовольнити такі потреби.

Основною причиною недоступності окремих видів медичної допомоги переважна більшість домогосподарств, як і в опитуванні 2012 року, вказала занадто високу вартість ліків, медичних товарів, послуг охорони здоров'я. Так, кількість домогосподарств, у яких хто-небудь із членів при потребі не зміг через високу вартість придбати ліки складає 93,6%, придбати медичне приладдя – 94,5%, відвідати лікаря – 74,6%, відвідати стоматолога – 98,6%, зробити протезування – 98,7%, провести медичні обстеження – 88,5%, отримати лікувальні процедури – 96,2%, отримати лікування в стаціонарі – 94,0%.

У 17% загальної кількості домогосподарств були особи, які повідомили про випадки неможливості придбання необхідних, але занадто дорогих ліків.

Залишаються проблеми з доступністю послуг лікарів. У 53% домогосподарств, в яких хто-небудь із членів при потребі не отримав медичну допомогу (11% усіх домогосподарств), хворі не мали можливості відвідати лікаря (у сільській місцевості таких домогосподарств було 61%). У 75% таких випадків опитувані пояснили це високою вартістю послуг, у 14% – відсутністю медичного спеціаліста потрібного профілю (у сільській місцевості – 21%) та 11% – занадто довгою чергою.

Переважає більшість домогосподарств (89–99%), які при потребі в проведенні медичних обстежень, придбанні медичного приладдя, отриманні лікувальних процедур, у відвідуванні стоматолога та протезуванні змушені були відмовитися від цих видів медичної допомоги, зазначили причиною відмови їх високу вартість.

Половина домогосподарств, члени яких потребували, але не отримали медичної допомоги, повідомили про випадки недоступності для хворих членів родини необхідного лікування в стаціонарних лікувальних установах. Така ситуація склалася в 11% домогосподарств країни. Майже усі такі домогосподарства (94%) вказали, що вимушена відмова від належного лікування викликана занадто високою його вартістю. Одночасно серед осіб, які перебували на стаціонарному лікуванні 94% брали з собою до лікарні медикаменти, 82% – їжу, 67% – постільну білизну. Частка осіб, які не брали нічого з перерахованого, склала 3%.

Таким чином, фінансовий стан домогосподарств прямо впливає на можливість лікування та отримання кваліфікованої медичної допомоги: занадто висока вартість медичних послуг і ліків робить їх просто недоступними для більшості досліджених домогосподарств.

Варто зазначити, що появу хронічних захворювань також провокує той спосіб життя, якого дотримується населення. Згубні звички формують сприятливі умови для їх появи. Як зазначає Комаров Ю.В., серед причин смерті, які призводять до зменшення тривалості життя населення, перше місце посідають ті, що визначені умовами життя і поведінковими факторами ризику. Смертності від них в 50–70% випадків можна запобігти. На другій сходинці розташовані причини смерті, для ліквідації яких необхідно покращити доступність і якість медичної допомоги. У цілому причини смерті, яким можна запобігти, становлять 40%, а в працездатному віці їх частка сягає 70% [1].

Дійсно, нездоровий спосіб життя (паління, зловживання алкоголем, погане харчування та від-

сутність фізичного навантаження), особливо серед молодих чоловіків, підвищує ризик хронічного захворювання в майбутньому. Підставою для таких прогнозів є наступні факти:

- 36% населення України зараз палить, 31% з них палить щоденно. Понад 58% чоловіків та 7% жінок палять зараз, з них приблизно 52% чоловіків та 12% жінок палять щоденно. Це перевищує середні дані ВОЗ для Європи – 28,6% для населення віком 18 років і більше.

- 20% українців надмірно вживають або зловживають алкоголем (кількість разів вживання алкоголю перевищує 5 порцій протягом одного чи більше днів за останній місяць). Понад 80% тих, хто надмірно вживає або зловживає алкоголем – чоловіки, кількість яких складає третину дорослого чоловічого населення.

- Приблизно 10% українців ведуть малорухомий спосіб життя, 6,3% мають нестачу фізичної активності на тиждень. Досить дивними є великі показники малорухомого способу життя у віковій групі 18–29 років. Відповідний відсоток у цій групі становить 10,9%, що є найбільшим серед інших країн. Наприклад, у Чеській Республіці показник у тій самій групі дорівнює 3,7%, в Угорщині – 7,1%, але все-таки нижче, ніж в Україні. Жінки більш схильні до малорухомого способу життя, ніж чоловіки. Малорухомий спосіб життя домінує серед мешканців міст і збільшується в залежності від матеріальної забезпеченості [3].

Це, безперечно, вимагає розробки певних програм по боротьбі із зростаючою захворюваністю населення та, головне, її профілактикою. Наукові дослідження в галузі профілактики серцево-судинних та інших хронічних захворювань переконливо довели високу ефективність програм боротьби з цими хворобами. Яскравим прикладом є проект «Північна Карелія» у Фінляндії: зниження на 82% смертності від ішемічної хвороби серця серед чоловічого населення працездатного віку протягом 30 років значною мірою обумовлено зменшенням рівня трьох факторів ризику: високого артеріального тиску, високого вмісту холестерину і паління. За той же період спостереження смертність від раку легень зменшилася на 60% [8]. Тобто, цей досвід слід переймати і Україні: або уряд має достатньо фінансувати відповідні програми з профілактики захворюваності, або слід забезпечити такий рівень життя населення, щоб кожній людині стали доступними якісні медичні послуги та ліки. Адже найбільшою соціально-економічною вигодою, зростання не тільки тривалості життя, а кількості років саме здорового життя і продуктивності працюючого населення можна досягти, лише вкладаючи ресурси в профілактику захворювань і програми зміцнення здоров'я.

Проте, як зазначається в [6], профілактика в нашій країні є по суті лише декларацією, що підтверджується відсутністю єдиної структури, яка б управляла профілактичною роботою. Такою структурою міг би бути відділ профілактики хронічних неінфекційних захворювань у Міністерстві охорони здоров'я, який розвивав би політику профілактики ХНІЗ та координував би діяльність з її реалізації в регіонах. Партнерство між міністерствами, недержавними і громадськими організаціями, науково-дослідними установами і професійними науковими товариствами за активної участі самого населення дозволило б об'єднати ресурси для проведення спільної профілактичної роботи і впливати на поведінку населення через різні сектори суспільства.

Погоджуємось із думкою [3], що зниження захворюваності можливе шляхом здійснення, з одного боку, стратегій, що заохочують здоровий спосіб життя і створюють сприятливе для здоров'я середовище, на рівні всього населення, а з другого боку стратегій, спрямованих на зниження ступеня ризику за рахунок профілактичних заходів на індивідуальному рівні, для категорій підвищеного ризику. Тобто, будь-яка профілактична програма повинна включати комплекси популяційних (нешкідливих і дешевих) та індивідуальних (з максимальною користю в конкретних випадках) профілактичних заходів.

Висновки з проведеного дослідження. Отже, для запобігання та зниження ХНІЗ і їх негативного впливу на існуючу демографічну ситуацію в країні необхідно вирішити цілий комплекс завдань:

– пропагувати ведення здорового способу життя населенням, залучивши до цього відомих особистостей із сфери мистецтва, спорту, культури, адже здоровий спосіб життя населення в 5 разів ефективніший, ніж лікувально-діагностична діяльність галузі охорони здоров'я, пов'язана із збереженням та зміцненням здоров'я населення. Для цього, на нашу думку, слід активно сприяти відкриттю спортивних комплексів у регіонах, залученню молоді до занять спортом, зробити відвідування спорткомплексів доступним для різних верств населення, розробивши певну систему заохочень для підприємців-власників комплексів. Крім того, вважаємо, що на вимогу ЗУ «Про рекламу» [4] слід забезпечити виконання заборони рекламувати алкогольні напої, знаки для товарів і послуг, інших об'єктів права інтелектуальної власності, під якими випускаються алкогольні напої, на радіо та телебаченні з 6 до 23 години; а також заборонити спонсорування теле-, радіопередач, театральних-концертних, спортивних та інших заходів з використанням знаків для товарів та послуг, під якими випускаються алкогольні напої;

– забезпечити високу якість життя населення країни, що дасть змогу на індивідуальному рівні запобігати захворюваності та вести щоденну профілактику. Для цього вважаємо за необхідне розробити і впровадити нову державну економічну політику підтримки домогосподарств в умовах нестабільності на політичній арені з метою поперед-

ження хронічної захворюваності та поліпшення здоров'я загалом;

– створити національну (регіональні) інформаційну базу (оцінка рівня захворюваності, смертності, факторів ризику; їх моніторинг);

– реформувати сектор охорони здоров'я, створивши відповідні відділи з профілактики захворюваності, адже загальновідомо, що профілактика неінфекційних захворювань у 2,7 рази менш затратна, ніж лікування хворих;

– забезпечити практичну реалізацію основних положень Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» [2], метою якої є збереження та зміцнення здоров'я, профілактика та зниження показників захворюваності, інвалідності та смертності населення, підвищення якості та ефективності надання медико-санітарної допомоги, забезпечення соціальної справедливості і захисту прав громадян на охорону здоров'я.

БІБЛІОГРАФІЧНИЙ СПИСОК:

1. Комаров Ю.М. Высокая смертность как ведущая причина депопуляции / Ю.М. Комаров // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2007. – № 5. – С. 4-7.
2. Концепція Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» / схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2011 р. № 1164-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-%D1%80>.
3. Основні причини високого рівня смертності в Україні. – К. : ВЕРСО-04. – 2010. – 60 с.
4. Про рекламу : Закон України від 03.07.1996 № 270/96-ВР (зі змінами і доповненнями) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://kodeksy.com.ua/pro_reklamu.htm.
5. Прогнози оцінки смертності населення України / [Чепелевська Л.А., Баторшина Г.І., Любінець О.В., Ніжинська О.О.] // Україна. Здоров'я нації. – 2007. – № 1. – С. 59-63.
6. Профілактика хронічних неінфекційних захворювань реальний шлях поліпшення демографічної ситуації в Україні / [Горбась І.М., Лутай М.І., Лисенко А.Ф., Мойсеєнко О.І.] [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.eurolab.ua/encyclopedia/565/44944/>.
7. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2013 році : [статистична доповідь] / Державна служба статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : www.ukrstat.gov.ua/.
8. A strategy to prevent chronic disease in Europe. A focus on public health action. The CINDI vision. WHO, 2004. 41 p.