

Wiktoria Pantylej

Wpływ współczesnych przekształceń społeczno-gospodarczych na efektywność funkcjonowania służby zdrowia na Ukrainie

Problemy Zarządzania 9/3, 242-255

2011

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Wpływ współczesnych przekształceń społeczno-gospodarczych na efektywność funkcjonowania służby zdrowia na Ukrainie

Wiktorja Pantylej

Artykuł jest poświęcony ocenie kierunków, zakresu, skali oraz skutków wpływu współczesnych przekształceń społeczno-gospodarczych na Ukrainie na efektywność działania służby zdrowia. Scharakteryzowano podstawowe założenia polityki państwowej w zakresie ochrony zdrowia, a także wybrane problemy jej funkcjonowania. W ujęciu przestrzenno-czasowym przeanalizowano zasoby oraz działalność służby zdrowia. Oddzielną uwagę poświęcono kwestii dostępności pomocy medycznej na Ukrainie, zwłaszcza jej ograniczeń ze względów finansowych. Stwierdzono, że nowe warunki rozwoju społeczno-gospodarczego Ukrainy przyczyniły się przeważnie do pogorszenia efektywności funkcjonowania ukraińskiej służby zdrowia, a także do pogorszenia jej dostępności dla mieszkańców Ukrainy.

1. Wstęp

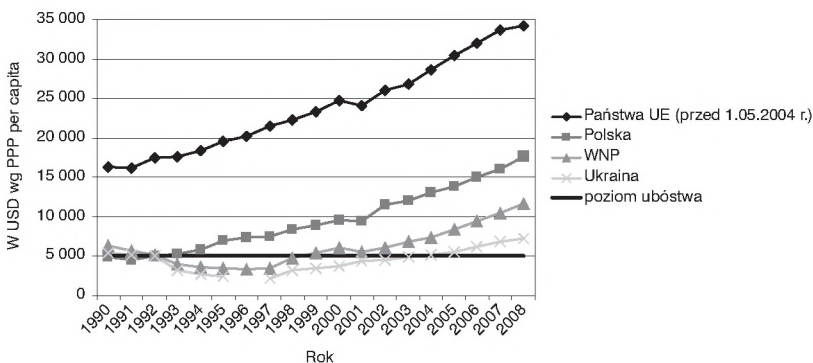
Ochrona zdrowia ludności jest jedną z nadrzędnych funkcji państwa ukraińskiego, zadeklarowaną w przyjętej w roku 1996 Konstytucji Ukrainy. System opieki zdrowotnej ludności Ukrainy opiera się na zakładach ochrony zdrowia zarówno państwowych (w przeważającej większości), jak i prywatnych. Podstawowym źródłem finansowania sektora ochrony zdrowia jest budżet państwa oraz budżety organów regionalnych i samorządów lokalnych. Zatem współczesny stan w zakresie zasobów oraz działalności ukraińskiej służby zdrowia przebywa w ścisłej zależności od ogólnego poziomu rozwoju społeczno-gospodarczego kraju.

Cele niniejszego opracowania można określić następująco:

- ocena skutków oddziaływania przeprowadzonych reform społeczno-gospodarczych na efektywność funkcjonowania służby zdrowia na Ukrainie;
- charakterystyka podstawowych założeń polityki państwowej w zakresie ochrony zdrowia, a także wybranych problemów jej funkcjonowania i finansowania;
- analiza przestrzenno-czasowa zasobów oraz działalności służby zdrowia na Ukrainie, dostępności pomocy medycznej, a także efektów działalności medycznej, widocznych w stanie zdrowia ludności.

2. Czynniki warunkujące funkcjonowanie służby zdrowia na Ukrainie

Jedną z ważniejszych determinant sytuacji zdrowotnej i społeczno-gospodarczej państw jest wysokość produktu krajowego brutto w przeliczeniu na jednego mieszkańca. Współcześnie wskaźnik PKB według parytetu siły nabywczej kształtuje się w poszczególnych państwach na poziomie od 670 do 81 000 USD. WHO za granicę ubóstwa przyjmuje dochód w wysokości 5120 USD. W tym kontekście można stwierdzić, że Ukraina, od czasu uzyskania niepodległości, znajduje się w wyjątkowo niekorzystnej sytuacji. W roku 1990 jej PKB w przeliczeniu na 1 mieszkańca wyniósł blisko 5,5 tys. USD. Już jednak w następnych latach zaczął spadać, aż do poziomu poniżej 2200 USD w roku 1997, przy czym najsilniej w latach 1992–1994. Dopiero po roku 1997 sytuacja zaczęła się stopniowo poprawiać. Skutki tych zmian w kształtowaniu warunków życia mieszkańców Ukrainy wynikają zarówno z bardzo dużych spadków PKB, jak również z długiego okresu ich występowania. Obniżenie się wskaźnika PKB w latach 1990–1997 o prawie 60% oznaczało w praktyce wyraźne zmniejszenie dochodów osobistych ludności i duże ograniczenie możliwości państwa w zakresie finansowania wydatków publicznych, a więc przede wszystkim zdrowia, oświaty, bezpieczeństwa i innych. Trudno też w istniejących warunkach kryzysu ekonomicznego podejmować nowe inwestycje w służbie zdrowia, takie jak budowa szpitali czy poprawa ich wyposażenia, gdy posiadane środki nie wystarczają nawet na pokrycie bieżących potrzeb placówek zdrowotnych i opłacenie personelu medycznego. W 2008 r. omawiany wskaźnik osiągnął wartość 7313 USD per capita. Dla porównania w Polsce w roku 2008 PKB wynosił około 18 000 USD, co było wartością prawie trzykrotnie wyższą od przyjętej przez WHO granicy ubóstwa, jest to jednak wyraźnie mniej niż w innych krajach Unii Europejskiej (rys. 1).



Rys. 1. Dynamika PKB na 1 mieszkańca w USD według parytetu siły nabywczej w wybranych jednostkach terytorialnych w latach 1990–2008. Źródło: opracowanie własne na podstawie WHO/Europe HFA Database, January 2011.

Dla oceny przestrzennego zróżnicowania funkcjonowania opieki zdrowotnej Ukrainy istotnym elementem jest zróżnicowanie przestrzenne wartości PKB. W najlepszej sytuacji pod tym względem znajdował się region stołeczny, natomiast zdecydowanie gorsza sytuacja obserwowana jest na obszarze przygranicznym z Polską. Różnica w wartościach PKB według parytetu siły nabywczej w przeliczeniu na 1 mieszkańca pomiędzy stolicą Ukrainy a najbiedniejszym obwodem Ukrainy – zakarpackim – wynosi nawet około 8,5 raza.

Innym ważnym wskaźnikiem sytuacji społeczno-gospodarczej państwa jest skala ubóstwa. Do jej oceny posłużono się wskaźnikiem miesięcznego minimum socjalnego. W IV kwartale 2010 r. wynosiło ono na Ukrainie 922 hrywien (czyli około 3,8 USD dziennie). W świetle tego kryterium aż 40% obywateli ukraińskich ma dochody poniżej minimum socjalnego. W szczególności niekorzystnej sytuacji znajdują się gospodarstwa domowe z dziećmi: udział biednych gospodarstw domowych z 2 i więcej dziećmi sięga aż 44%, podczas gdy wśród bezdzietnych gospodarstw domowych odpowiedni wskaźnik sięga 34% (Derżkomstat Ukrainy 2009b).

Wśród innych kryteriów oceny sytuacji materialnej ludności należy wyróżnić wysokość wydatków gospodarstw domowych, z uwzględnieniem ich struktury, a szczególnie wydatków na żywność. Według ONZ do biednych zalicza się kraje, w których na żywność przeznaczają się ponad 50% dochodów ludności. W roku 2008 wskaźnik ten na Ukrainie wynosił prawie 49%. Na początku okresu przemian był dużo niższy i wynosił niecałe 33%, z późniejszym drastycznym wzrostem, aż do poziomu 65% w roku 2000 (tabela 1). Współcześnie około 65% wszystkich wydatków przeciętnej ukraińskiej rodziny są to wydatki na żywność oraz opłatę i bieżące utrzymanie mieszkania.

Wyszczególnienie	1990		1996		2000		2008	
	Ukraina	Polska	Ukraina	Polska	Ukraina	Polska	Ukraina	Polska
Wydatki na żywność	32,8	52,9	57,0	37,8	64,9	32,3	48,9	25,6
Wydatki na alkohol i tytoń	2,7	–	1,3	3,1	3,0	3,2	2,2	2,6
Wydatki na potrzeby zdrowotne	–	3,5	–	3,6	–	4,5	2,7	4,8
Wydatki na kulturę i rekreację	–	–	–	5,3	–	–	2,5	7,9

– oznacza brak danych

Tab. 1. Udział wydatków na podstawowe potrzeby w ogólnych wydatkach gospodarstw domowych w Polsce i na Ukrainie w latach 1990–2008. Źródło: opracowanie własne na podstawie Derżkomstat Ukrainy 2009. Statystyčni ščoričnyky dla poszczególnych lat; Vytraty i resursy domogospodarstw Ukrainy u 2008 roci (za danymi vybirkovogo obsteżennja umov žyttja domogospodarstv Ukrainy). Častyňa I, Kyjiv; GUS. Roczniki statystyczne RP dla poszczególnych lat.

3. Problemy funkcjonowania służby zdrowia na Ukrainie

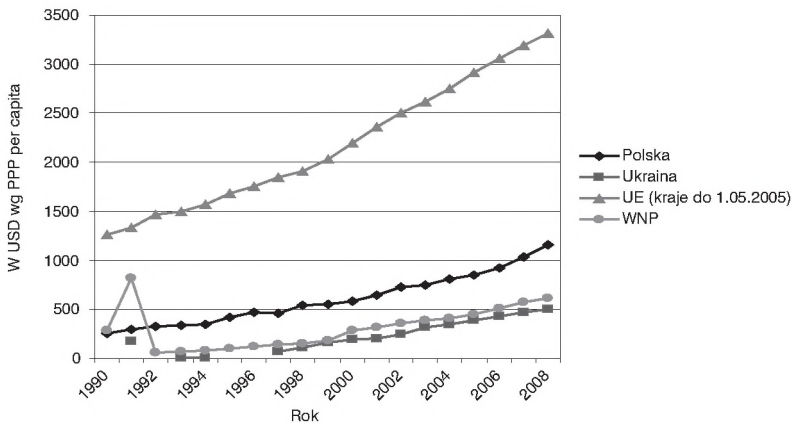
Podstawowe problemy funkcjonowania służby zdrowia na Ukrainie sprowadzają się do następujących zagadnień:

- zabezpieczenia równego dostępu do usług medycznych,
- zabezpieczenia mikroekonomicznej efektywności służby zdrowia – osiągnięcia wysokiej jakości usług medycznych i wysokiego stopnia satysfakcji pacjentów przy jak najmniejszych wydatkach w sferze ochrony zdrowia,
- kontroli makroekonomicznej nad wydatkami na ochronę zdrowia.

Ważnym wskaźnikiem zarówno ogólnego poziomu rozwoju społeczno-gospodarczego kraju, jak i efektywności systemu ochrony zdrowia jest udział wydatków na ochronę zdrowia ponoszonych przez państwo w ogólnej wartości PKB. Obecnie wskaźnik ten szacuje się na Ukrainie na poziomie 3,0–3,5%, co jest wartością zbliżoną do WNP, ale znacznie odbiegającą od krajów UE. Według pozycji WHO, jeśli udział wydatków na zdrowie wynosi poniżej 6,5% PKB, świadczy to o niezdatności systemu do funkcjonowania.

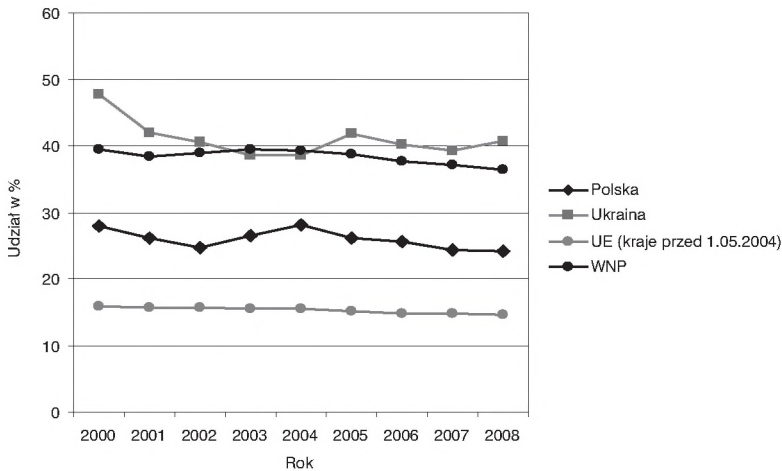
Ważnym wskaźnikiem funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jest też wskaźnik ogólnych wydatków na zdrowie wyrażonych np. w USD według PPP per capita. Obecnie wskaźnik ten kształtuje się na poziomie około 500 USD, co jest wartością ponad dwukrotnie niższą niż w Polsce i prawie 7 razy niższą niż średnia dla krajów starej UE (rysunek 2).

Obecnie państwo ukraińskie wydaje mniej na ochronę zdrowia niż Białoruś czy Rosja, porównywalnie zaś do Kazachstanu i Gruzji. Taka sytuacja prowadzi do utajonego wzrostu medycyny niepublicznej. W latach 1996–2007



Rys. 2. Ogólne wydatki na ochronę zdrowia w USD według PPP per capita w latach 1990–2008 w wybranych jednostkach terytorialnych. Źródło: opracowanie własne na podstawie WHO/Europe HFA Database, January 2011.

udział wydatków na ochronę zdrowia ludności wzrósł o 52%. Taka sytuacja jest charakterystyczna głównie dla krajów rozwijających się. Wydatki z własnego portfela obywateli na zdrowie to: oficjalne opłaty za niektóre usługi medyczne, dobrowolne wpłaty i wsparcie finansowe organizacji medycznych, co jest utajoną formą opłaty za usługi medyczne, kupowanie we własnym zakresie leków przy leczeniu ambulatoryjnym oraz półoficjalne wpłaty za przebywanie w szpitalu, badania lekarskie i laboratoryjne oraz nieoficjalne łapówki bądź podziękowania dla osób świadczących usługi medyczne (Lech i Rudyj 2005). Dobrze ilustrują to dane na rysunku 3, który pokazuje udział wydatków na zdrowie ponoszonych przez gospodarstwa domowe w ogólnych wydatkach na zdrowie. Udział ten na Ukrainie jest bardzo wysoki i wynosi obecnie około 40%, podczas gdy w Polsce odpowiedni wskaźnik kształtuje się na poziomie 24% (WHO/Europe... 2011).



Rys. 3. Udział wydatków na zdrowie ponoszonych przez gospodarstwo domowe w ogólnych wydatkach na zdrowie. Źródło: opracowanie własne na podstawie WHO/Europe HFA Database, January 2011.

Według nieoficjalnych ocen szara strefa w ukraińskiej ochronie zdrowia jest oszacowana na 3 mld hrywien (około 400 mln USD) (Lytvak, Pogorelyj i Tyśuk 2001). Dla wielu obywateli Ukrainy finansowanie leczenia przekracza ich możliwości. U 45% najbiedniejszych obywateli wydatki miesięczne na ochronę zdrowia dochodziły do połowy miesięcznego budżetu, a u kolejnych 7% przekroczyły 50% (Lech i Rudyj 2005).

Według badań samooceny stanu własnego zdrowia ludności oraz poziomu dostępności wybranych rodzajów pomocy medycznej, przeprowadzonych przez Państwowy Komitet Statystyki Ukrainy w październiku 2008 r., około

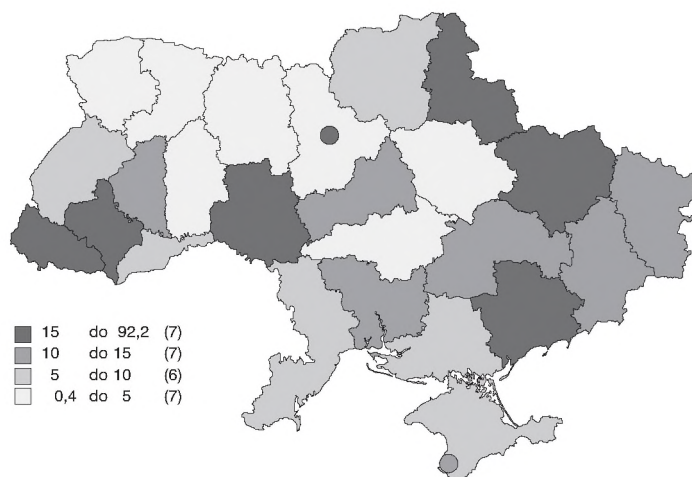
56% respondentów spośród wszystkich potrzebujących nie miało możliwości uzyskania należytej opieki medycznej, podczas gdy około 18% badanych cierpi z powodu chorób przewlekłych, wymagających stałego nadzoru oraz leczenia medycznego. Badania przeprowadzone przez odeską filię Ogólnoukraińskiego Stowarzyszenia Lekarzy wykazały, że tylko dla 5% pacjentów przebywających na leczeniu ambulatoryjnym i 2% pacjentów na leczeniu stacjonarnym leczenie było bezpłatne. Przy tym pacjenci wydawali najwięcej na kupno leków i honoraria dla lekarza prowadzącego (tabela 2).

Wydatki pacjentów	Szpital	Poliklinika (przychodnia)
Zakup leków	43	51
Honoraria dla lekarza prowadzącego	20	21
Honoraria dla pielęgniarek, położnych	4	6
Płatności za badania, zabiegi medyczne	6	12
Honoraria dla personelu zarządzającego (np. dla ordynatora)	12	–
Wpłaty do kasy zakładu ochrony zdrowia (dobroczynność)	15	10
Ogółem	100	100

Tab. 2. Stosunek wydatków pacjenta na leczenie stacjonarne oraz ambulatoryjne (% na jeden przypadek). Źródło: A. Lytvak, V. Pogorelyj i M. Tyšuk 2001. *Tinjova ekonomika i majbutnje medycyny v Ukraini, Odesa: Odes'ka krajova organizacija Vseukrajins'koji likars'koji asociaciji.*

Podstawowymi barierami w dostępności pomocy medycznej są zbyt wysokie ceny leków, artykułów i usług medycznych (Deržkomstat Ukrainy 2009a). Wśród wszystkich badanych (w roku 2008) pod tym kątem gospodarstw domowych wyraźnie dominowały gospodarstwa, w których co najmniej jeden członek potrzebował pomocy medycznej, ale nie mógł jej otrzymać (76%). W czterech z pięciu przypadków wiązało się to ze zbyt wysokimi cenami usług medycznych, w 11% – z brakiem lekarza-specjalisty odpowiedniego profilu (na terenach wiejskich wskaźnik ten osiągnął wartość 18%). Co dziesiąte gospodarstwo domowe nie otrzymało niezbędnej pomocy medycznej z powodu długiej kolejki do lekarza. Najwięcej gospodarstw domowych niemogących z różnych powodów otrzymać potrzebnej pomocy medycznej, kupić leków oraz urządzeń medycznych odnotowano na wschodzie kraju oraz w obwodach zakarpackim i iwano-frankowskim (rysunek 4).

Chociaż Ukraina wypada zdecydowanie lepiej pod względem zasobów służby zdrowia, to jednak działalność tej służby, wyrażona liczbą leczonych w szpitalach na 100 osób, przeciętnym pobytem chorego w szpitalu (w dniach), a także dostępności służby zdrowia, jest bardziej efektywna w Polsce (tabela 3).

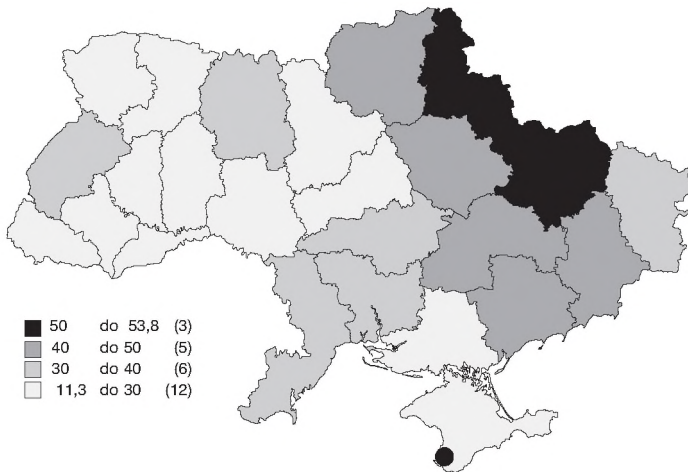


Rys. 4. Dostępność pomocy medycznej na Ukrainie w 2008 r. (udział gospodarstw domowych nie mogących z różnych powodów otrzymać w razie potrzeby pomocy medycznej, kupić leków oraz urządzeń medycznych). Źródło: opracowanie własne na podstawie Deržkomstat Ukrainy 2009. Samoocinka naseleńnjam stanu zdorov'ja ta rivnja dostupnosti okremykh vydiv medyčnoji dopomogy u 2008 r., Kyjiv.

Wyszczególnienie	1990	1995	2008
Lekarze na 10 tys. ludności			
Ukraina	44,0	45,1	49,1
Polska	21,4	23,2	33,1
Wydatki państw na ochronę zdrowia, udział w PKB			
Ukraina	2,6	4,7	3,5
Polska	4,8	4,6	4,7
Leczeni w szpitalach ogólnych na 100 osób			
Ukraina	24,4	21,9	22,6
Polska	12,1	13,3	19,0
Przeciętny pobyt chorego w szpitalu w dniach			
Ukraina	16,4	16,8	12,8
Polska	12,5	10,8	6,2

Tab. 3. Wybrane wskaźniki zasobów i działalności służby zdrowia na Ukrainie i w Polsce w latach 1990–2008. Źródło: 2009. Ministerstvo Ochorony Zdorov'ja Ukrainy, Centr Medyčnoji statystyky MOZ Ukrainy 2009. Pokaznyky zdorovja naseleńnja ta vykorystannja resursiv ochorony zdorov'ja v Ukraini za 2007–2008 roky, Kyjiv.

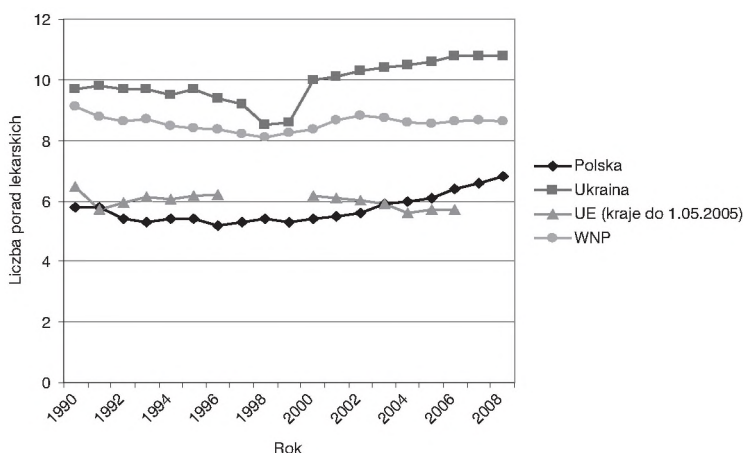
Szczególnie niekorzystna sytuacja w zakresie zasobów i dostępności do służby zdrowia zauważalna jest obecnie na terenach wiejskich Ukrainy. Według danych Centrum Statystyki Medycznej Ministerstwa Ochrony Zdrowia Ukrainy około 43% (12 tys.) ośrodków wiejskich na Ukrainie nie ma żadnej placówki medycznej (rysunek 5).



Rys. 5. Udział wsi nieposiadających zakładów opieki medycznej na Ukrainie w 2006 r. Źródło: opracowanie własne na podstawie 2009. Ministerstvo Ochorov'ja Ukrainy, Centr Medycnoji statystyki MOZ Ukrainy 2009. Pokaznyky zdorov'ja naselennja ta vykorystannja resursiv ochorov'ja v Ukraini za 2007–2008 roky, Kyjiv.

Zlikwidowano wszystkie ginekologiczno-położnicze placówki medyczne działające przy kołchozach. W wyniku tego dość często porody wiejskich kobiet odbywają się w warunkach domowych, co skutkuje licznymi powikłaniami, czasami nawet zgonami matki i (lub) dziecka. Sytuację potęguje przerażający fakt, że wiejskie kobiety pracują w warunkach nadmiernego wysiłku fizycznego, z reguły 11–12 godzin dziennie, co powoduje ich przedwczesne starzenie się oraz zaburzenie lub utratę funkcji reprodukcyjnej. W warunkach zwiększonej zachorowalności i poziomu zgonów ludności wiejskiej z powodu chorób układu krążenia rzeczą wręcz skandaliczną jest krytycznie niska wartość współczynnika liczby lekarzy-kardiologów na głowę. Obecnie na jednego lekarza-kardiologa przypada aż 30 tys. mieszkańców wsi. Niska efektywność pomocy medycznej na Ukrainie wynika w dużym stopniu z ukierunkowania na leczenie, a nie na profilaktykę.

Wskaźnik obrazujący liczbę porad lekarskich na 1 osobę rocznie kształtują się na Ukrainie na poziomie 10,1, podczas gdy w Polsce wynosi on 6,8 (rysunek 6).



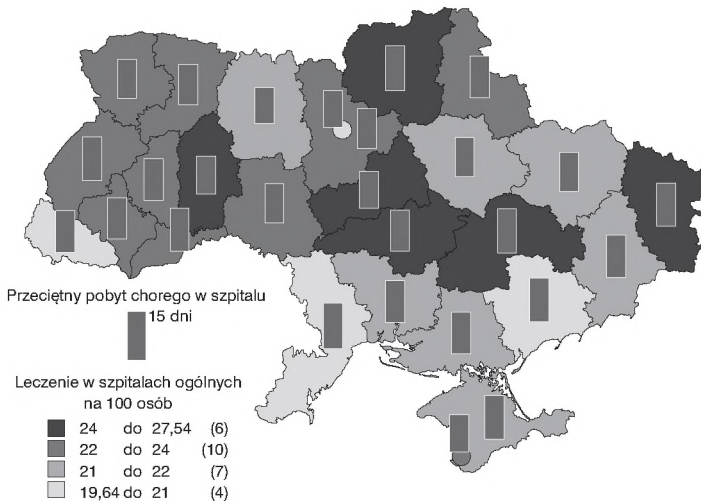
Rys. 6. Wskaźnik porad lekarskich na 1 osobę na rok w latach 1990–2008 w wybranych jednostkach terytorialnych. Źródło: opracowanie własne na podstawie WHO/Europe HFA Database, January 2011.

Wyższa wartość wskaźnika na Ukrainie wcale nie świadczy o efektywności służby zdrowia – około 56% przypadków wizyt u lekarza jest w późnym stadium choroby, co potwierdzają dane dotyczące hospitalizacji. Około 50–70% chorych hospitalizuje się w trybie terminowym. Inny problem ukraińskiej służby zdrowia to niekontrolowane wizyty u lekarza – tylko 42% pacjentów zwraca się do lekarza rodzinnego, około 30% samodzielnie do wąskich specjalistów, przy czym co trzeci pacjent myli się w wyborze lekarza-specjalisty, co szósty samodzielnie zwraca się o pomoc stacjonarną. Około 20% pacjentów przeszło leczenie oraz diagnostykę w nadmiernym zakresie (Pidajew i in. 2003).

Jeśli chodzi o działalność szpitali na Ukrainie, to przeciętny pobyt chorego w szpitalu wnosi tam obecnie 12,8 dnia, podczas gdy w Polsce – 6 dni (rysunek 7). W ujęciu przestrzennym najkrócej pobyt trwa w miastach Kijowie i Sewastopolu, a najdłużej na południu Ukrainy. Zwiększona długość pobytu pacjenta w ukraińskich szpitalach wiąże się z jednej strony z ciężkim przebiegiem choroby, a z drugiej – z niskim poziomem infrastruktury szpitali oraz z brakiem stymulowania do krótkotrwałego i intensywnego leczenia oraz diagnostyki. Według badań kijowskich lekarzy tylko 1/4 chorych rzeczywiście potrzebuje całodobowej opieki medycznej, pozostali z powodzeniem mogą leczyć się w warunkach ambulatoryjnych (Lech i Rudyj 2005).

Reasumując, można stwierdzić, iż niedostateczny stopień finansowania służby zdrowia na Ukrainie przyczynia się do znacznych wydatków gospo-

darstw domowych ponoszonych na zdrowie. Prawodawstwo nie ustala listy usług medycznych, które powinny być bezpłatne. Istotnym problemem jest też to, że finansowanie zakładów opieki zdrowotnej realizuje się na Ukrainie poprzez budżety zarówno ogólnopństwowe, jak i regionalne oraz lokalne. Utrudnia to koordynację dostarczania usług medycznych.



Rys. 7. Działalność szpitali na Ukrainie w 2009 r. Źródło: 2009. Ministerstwo Ochrony Zdorov'ja Ukrainy, Centr Medyčnoji statyky MOZ Ukrainy 2009. Pokaznyky zdorov'ja naselennja ta vykorystannja resursiv ochorony zdorov'ja v Ukraini za 2007–2008 roky, Kyjiv.

4. Stan zdrowia ludności Ukrainy

Bez względu na to, że Ukraina posiada dobrze rozwiniętą siatkę zakładów opieki zdrowotnej, liczba chorych co roku wzrasta. Analiza podstawowych współczynników stanu zdrowia ludności, upoważnia do stwierdzenia, że w latach 1990–2008 utrzymywał się w tym kraju głęboki kryzys zdrowotny. O ile w roku 1990, stanowiącym początek bardzo trudnego okresu transformacji, stan zdrowia ludności Ukrainy i Polski był podobny, to już w roku 1996 widoczne były spore różnice na niekorzyść Ukrainy, przy dalszym pogarszaniu się sytuacji na Ukrainie i stopniowej poprawie w Polsce. Na Ukrainie pogorszenie stanu zdrowia ludności widoczne było zwłaszcza w zakresie takich chorób społecznych, jak gruźlica, AIDS czy choroby weneryczne (tabela 4).

Gruźlica stanowi obecnie trudny do rozwiązania problem epidemiologiczny na Ukrainie. W roku 2008 odnotowano 74 przypadki tej choroby na 100 tys. ludności. Obecnie poziom zapadalności na tę chorobę jest o 2,3 razy

Wskaźniki	Ukraina				Polska			
	1990	1996	2002	2008	1990	1996	2002	2008
	Zgony z powodu chorób układu krążenia na 100 tys. osób	641,5	879,0	965,4	1039,4	534,2	503,2	443,0
Zgony z powodu nowotworów złośliwych na 100 tys. osób	195,4	192,4	197,2	190,7	193,4	203,7	234,9	251,4 ²
Zgony z powodu przyczyn zewnętrznych na 100 tys. osób	107,2	158,0	158,3	132,9	78,2	70,5	66,4	64,9 ²
Zgony z powodu chorób układu oddechowego na 100 tys. osób	71,8	86,0	66,0	50,4	41,1	37,0	40,7	51,0 ²
Współczynnik umieralności niemowląt (<i>‰</i>)	12,8	14,3	10,3	10,0	19,3	12,2	7,5	6,0
Zachorowalność na gruźlicę na 100 tys. osób	31,9	45,8	75,6	77,8	42,3	39,8	27,4	21,2
Zachorowalność na AIDS na 100 tys. osób	0,002	0,293	2,790	9,9 ²	0,055	0,290	0,337	0,400
Zachorowalność na kiłę, na 100 tys. osób	6,0	150,6	63,8	27,1	21,6	3,3	2,4	2,4
Zachorowalność na rzeżączkę na 100 tys. osób	73,2	74,2	46,5	25,0	5,4	3,9	1,6	0,7
Zachorowalność na nowotwory złośliwe na 100 tys. osób	301,2	309,4	322,0	331,1	219,0	279,7	286,8 ¹	302,6 ³

¹ według stanu na 2000 r.

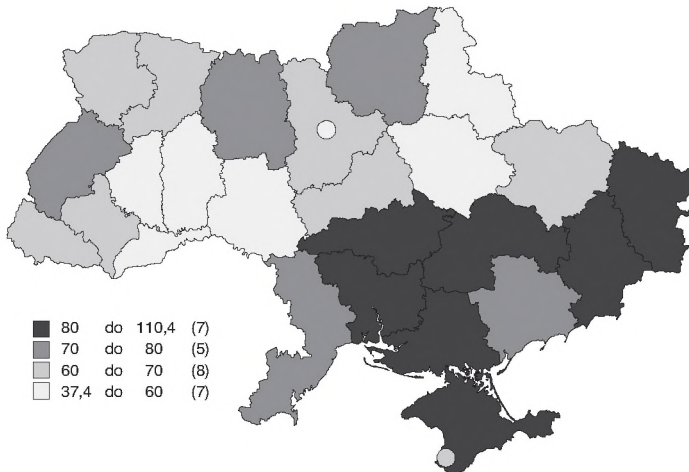
² według stanu na 2007 r.

³ według stanu na 2006 r.

Tab. 4. Wybrane wskaźniki sytuacji zdrowotnej na Ukrainie i w Polsce w latach 1990–2008. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS i Derżawnyj Komitet Statystyki Ukrainy.

wyższy w stosunku do roku 1990. Około 80% nowych przypadków zachorowań na gruźlicę przypada na osoby w wieku produkcyjnym, wśród których 75% stanowią mężczyźni w zaawansowanym stadium choroby. W strukturze umieralności ludności to właśnie gruźlica zajmuje pierwsze miejsce wśród wszystkich chorób zakaźnych. Co roku w wyniku tej choroby umiera 8–10 tys. osób – jest to liczba większa niż w przypadku wszystkich chorób zakaźnych, razem wziętych. Kolejnym problemem jest lekooporność prątków gruźlicy oraz współwystępowanie AIDS u chorych.

W ujęciu przestrzennym w najgorszej sytuacji znajduje się ludność południowej, a także centralno-wschodniej części Ukrainy – dotyczy to zwłaszcza takich ważnych chorób, jak gruźlica (rysunek 8).



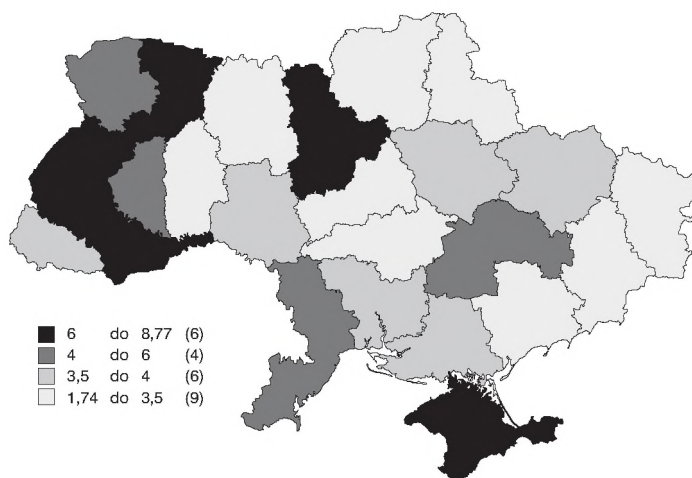
Rys. 8. Zapadalność na gruźlicę na 100 tys. ludności w 2009 r. Źródło: opracowanie własne na podstawie Deržavnyj Komitet Statystyky Ukrainy 2010. Statystyčnyj ščoričnyk Ukrainy za 2009 rik, Kyjiv.

Ważnym miernikiem stanu zdrowia ludności jest jego samoocena. Wskaźniki samooceny własnego zdrowia służyć mogą zarówno jako pewnego rodzaju weryfikatory informacji statystycznych dotyczących zachorowalności na różne choroby. Jak się okazuje, w roku 2008 aż 56% ogółu ankietowanej przez Państwowy Komitet Statystyki Ukrainy ludności oceniało swój stan zdrowia poniżej dobrego – jako tzw. stan zadowalający oraz zły. Przy tym w szczególnie niekorzystnej sytuacji znajdowała się właśnie ludność wiejska. Na obszarach wiejskich odnotowano także większy udział osób chorujących, które uważają, że choroba negatywnie wpłynęła na ich zdolność do pracy oraz aktywność życiową (tabela 5).

Wyszczególnienie	Gospodarstwa domowe ogółem	Gospodarstwa domowe w miastach	Gospodarstwa domowe na wsi
Liczba ludności (tys. osób)	44 688,8	30 093,5	14 595,3
W tym oceniających stan swego zdrowia jako (w %)			
dobry	44,4	44,4	44,5
zadowolający	44,5	45,5	42,5
zły	11,1	10,1	13,0
Liczba osób chorujących w ciągu roku, które uważają, że choroba wpłynęła negatywnie na			
zdolność do pracy	14,5	12,6	19,0
aktywność życiową	30,9	31,5	29,5

Tab. 5. Samoocena stanu zdrowia mieszkańców Ukrainy w 2008 r. Źródło: zestawienie własne na podstawie Deržkomstat Ukrainy 2009. Samoocinka naselennjam stanu zdorov'ja ta rivnja dostupnosti okremych vydiv medyčnoji dopomogy u 2008 r., Kyjiv.

Zróznicowanie przestrzenne stanu zdrowia ludności Ukrainy zostało przedstawione za pomocą opracowanego przez autorkę syntetycznego wskaźnika samooceny stanu zdrowia¹. Na Ukrainie, w świetle wskaźnika samooceny, w najgorszej sytuacji znajdowała się centralna i południowo-wschodnia część kraju, a w bardzo korzystnej – część zachodnia, obwód kijowski i AR Krym (rysunek 9).



Rys. 9. Wskaźnik syntetyczny samooceny stanu zdrowia ludności na Ukrainie w 2008 r. Źródło: opracowanie własne na podstawie Deržkomstat Ukrainy 2009. Samoocinka naselennjam stanu zdorov'ja ta rivnja dostupnosti okremych vydiv medyčnoji dopomogy u 2008 r., Kyjiv.

Ważnym miernikiem poziomu życia społeczeństwa jest zgodność wieku biologicznego ludności z wiekiem metrykalnym. Wiek biologiczny ludności Ukrainy w przypadku mężczyzn jest większy o 5–7 lat niż faktyczny, a kobiet o 3–5 lat. Świadczy to o obniżeniu poziomu życia (*Zdorov'ja Ukrainy...* 2004).

5. Wnioski

Przemiany społeczno-gospodarcze na Ukrainie w latach 1990–2009 niekorzystnie wpłynęły na sytuację w zakresie zasobów oraz działalności służby zdrowia. Działalność zakładów opieki medycznej, swoją drogą, nie przyczynia się obecnie do polepszenia sytuacji zdrowotnej ludności Ukrainy, przyczynia się wręcz do jej pogorszenia. Pogorszyła się zwłaszcza dostępność finansowa do usług medycznych. Spostrzegamy pogłębienie regionalnych różnic w zakresie dostępności do usług medycznych, widoczne szczególnie pomiędzy wielkimi, dobrze prosperującymi aglomeracjami a zanikającymi wsiami. Niedostateczne finansowanie sektora ochrony zdrowia widoczne jest w znacznych wydatkach na zdrowie ponoszonych przez obywateli, co dodatkowo obniża ich status materialny.

Informacje o autorce

Dr Wiktoria Pantylej – Zakład Geografii Ekonomicznej, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. E-mail: pantylej@yahoo.com.

Przypisy

- ¹ Wyraża on stosunek liczby osób oceniających stan swego zdrowia jako bardzo dobry i dobry do liczby osób oceniających ten stan jako zły i bardzo zły (wg metodologii Ševčuk 2003).

Bibliografia

- Deržavnyj Komitet Statystyky Ukrainy 2009. *Výtraty i dochody domogospodarstv Ukrainy*, Kyjiv.
- Deržavnyj komitet statystyky Ukrainy 2010. *Statystyčnyj ščoričnyk Ukrainy za 2009 rik*, Kyjiv.
- Deržkomstat Ukrainy 2009a. *Samoocinka naseleńnam stanu zdorov'ja ta rivnja dostupnosti okremykh vydiv medyčnoji dopomogy u 2008 r.*, Kyjiv.
- Deržkomstat Ukrainy 2009b. *Výtraty i resursy domogospodarstv Ukrainy u 2008 roci (za danymy vybirkovogo obstežennja umov žytja domogospodarstv Ukrainy)*. Častyna I, Kyjiv.
- Lech, V.M. i V. M. Rudyj (red.) 2005. *Osnovni šliachy podalšogo rozvytku systemy ochorony zdorov'ja v Ukraini. Spilnyj Zvit*, Kyjiv: Vydavnyctvo Rajevs'kogo.
- Lytvak, A., Pogorelyj, V. i M. Tyšuk. 2001. *Tinjova ekonomika i majbutnje medycyny v Ukraini*, Odesa: Odes'ka krajova organizacija Vseukrajins'koji likars'koji asociaciji.