
СОЦІАЛЬНА ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я І СМЕРТНОСТІ В УКРАЇНІ

*Н. М. Левчук,
кандидат економічних наук,
старший науковий співробітник
Інституту демографії та соціальних досліджень НАН України*

Демографічні процеси є неоднорідними серед різних соціальних груп населення. Їх диференціація тісно пов'язана з умовами життєдіяльності, рівнем трудової активності, показниками соціально-економічного статусу особи та груп (освітнього, професійно-кваліфікаційного, етнічного, сімейного та інших). Різноманітні дослідження підтверджують, що соціально-економічні відмінності є значущими факторами нерівності щодо здоров'я і ризику смерті, проте механізми такого впливу складні і остаточно невизначені. Так, особи з вищими доходами зазвичай мають більше матеріальних, фінансових та інших ресурсів для забезпечення кращого харчування, лікування та відпочинку; водночас високі заробітки часто поєднуються із надмірними психологічними навантаженнями, зтяжними стресами, що не сприяє збереженню здоров'я. Так само вищий освітній рівень передбачає кращу обізнаність щодо основних принципів здорового способу життя, але не дає абсолютної впевненості у тому, що особи з вищою освітою будуть реально дотримуватися цих принципів, наприклад відмовляться від тютюнопаління чи вживання алкоголю. Останнім часом все більшого поширення набуває точка зору, згідно з якою значення має не лише вплив об'єктивного соціально-економічного статусу, а й його самооцінка та суб'єктивне сприйняття, що може підвищувати уразливість та сприйнятливність до хвороб [18, с. 126–127].

У розвинутих країнах попри досягнутий низький рівень смертності проблема соціальної диференціації здоров'я і смертності є доволі актуальною. Зарубіжні дослідники зазначають, що розрив у показниках смертності різних соціальних груп залишається значним передусім через те, що у групах з її високим рівнем темпи зниження смертності значно повільніші, ніж у решти груп [2, 25, 27]. Впродовж останніх десятиліть випереджальне зниження серцево-судинної смертності серед представників вищих шаблів у шкалі соціально-економічної ієрархії і підвищення рівня смертності осіб, які посідають низькі соціально-економічні позиції, від таких причин, як рак легенів, хвороби органів дихання, нещасні випадки, отруєння і травми зумовлювали поглиблення нерівності щодо ризику смерті [25]. Між тим гарне здоров'я є унікальним ресурсом і базою для досягнення інших важливих та необхідних цілей, зокрема якісної освіти, успішної зайнятості. Тобто відмінності у стані здоров'я й тривалості життя означають різні можливості у досягненні

тих чи інших успіхів у житті людей. Саме тому забезпечення справедливості щодо підтримання здоров'я шляхом зменшення соціально обумовлених відмінностей у стані здоров'я різних груп населення; скорочення розбіжностей очікуваної тривалості життя між різними соціальними верствами різних країн та в межах кожної країни були визначені як одна з пріоритетних цілей Програми дій Міжнародної конференції з проблем народонаселення й розвитку, Декларації Тисячоліття ООН та є основоположним принципом європейської політики „Здоров'я для всіх”, прийнятої ВООЗ і оновленої у 2005 р. [13, 20].

Аналізом так званого соціального градієнта у формуванні стану здоров'я і смертності населення займаються численні дослідники близького та далекого зарубіжжя: Андреев Є. М., Васін С. О., Кваша К. А., Малєва Т. М., Максимова Т. М., Тапіліна В. С., Харькова Т. Л., Школьніков В. М., Chenet L., Grunhot F., Kunst A. E., Leon D., Makenbach J. P., Marmot M., McKee M., Meslй F., Vallin J., Valkonen T., Wilkinson R., Whitehead M. та інші [1–3, 11, 14, 15, 18, 22–28]. Разом з тим в Україні такі дослідження майже не проводяться насамперед через відсутність належної статистики. Ревізія актів громадянського стану, здійснена Міністерством юстиції України у 1993 р., унеможливила статистичний аналіз соціальної диференціації демографічних процесів, в тому числі смертності. Серед сучасних вітчизняних дослідників нам відомі лише дослідницькі роботи І. О. Курило, присвячені аналізу демографічних наслідків трансформацій соціально-економічної структури населення в Україні [6].

Метою даної роботи є дослідження соціальної нерівності у стані здоров'я та смертності населення України, спроба дати відповіді на питання, чому в умовах соціально-економічної кризи частина населення зуміла адаптуватись і зберегти життя та здоров'я, а для інших період сучасних трансформацій обернувся важкими втратами. Для цього були проведені, по-перше, аналіз результатів самооцінки стану здоров'я населення за даними вибіркового опитування домогосподарств, проведеного Держкомстатом України у жовтні 2005 р.; по-друге, дослідження смертності дорослого населення (віком 20–59 років), диференційованої за низкою соціально-економічних ознак на базі відповідної інформації перепису населення України 1989 р. Безумовно, після 1989 р. економічна і демографічна динаміка зазнала корінних змін, але, на нашу думку, виявлена соціально-економічна диференціація смертності не лише збереглася, а й ще більше поглибилася у наш час. Смертність дорослого населення розглядалася у зв'язку з тим, що негативні зміни у стані здоров'я і смертності у 90-і роки найбільшою мірою торкнулися осіб активного працездатного віку, тобто тих соціально-демографічних груп, які стали головними суб'єктами соціально-економічних перетворень і чий статус зазнав швидких і радикальних змін. 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 й 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.

Соціальна диференціація стану здоров'я і смертності існувала й у радянському суспільстві. Радянський постулат про досягнення соціальної однорідності шляхом зближення умов життя і праці різних груп населення, внаслідок якого має відбутися уніфікація демографічних процесів, виявився позбавленою реалій догмою. Хоча слід віддати належне соціальній системі радянського зразка, у якій держава виступала майже абсолютним власником засобів виробництва, розподільвачем основних благ та ресурсів, гарантом соціальної безпеки та «зрівняльної» справедливості. Соціальна політика того часу була спрямована на уніфікацію і спрощення соціально-економічної структури шляхом

урівнювання оплати праці, коли її розмір дуже мало залежав від освіти та кваліфікації робітника, інтенсивності та якості праці, що призводило до послаблення відмінностей між зайнятими фізичною та розумовою працею, між низько- та висококваліфікованими робітниками, а також до відсутності трудової мотивації у працівників. Проте у цих умовах радянська тоталітарна система, задаючи певні алгоритми поведінки бюрократії, одночасно сформувала кастову закріпленість вищих класів і у підсумку вибудувала систему з доволі жорсткою стратифікаційною ієрархією, в основу якої було покладено розподіл влади [6, с. 47]. Саме доступ до влади, місце у владно-управлінській вертикалі та посадовий статус були справжніми, гіпертрофованими за силою впливу критеріями соціальної стратифікації радянського суспільства.

Диференціація населення за доходами була виражена не настільки яскраво, як у теперішній час, і до того ж зумовлювалася приналежністю до певних соціальних груп, передусім партійної номенклатури, державної служби та окремих сфер зайнятості (торгівлі, громадського харчування, матеріально-технічного постачання і збуту та інших). Посада цінувалася значно більше, ніж рівень освіти чи заробітної плати, оскільки вона давала змогу займати привілейовані позиції щодо розподілу і забезпечення основними життєвими благами. Соціально-економічна диференціація населення того часу була значною мірою пов'язана із поділом на управляючих і тих, ким управляють. Проте найбільшим розрив був між широким загальним населенням та верхніми ешелонами партійно-господарської номенклатури, яка володіла як офіційними, так і неофіційними каналами розподілу ресурсів. Оскільки головними стратифікаційними чинниками у радянському суспільстві були не стільки майновий розподіл та нерівність у доходах, скільки посадовий статус та доступ до влади, остільки вплив соціального статусу на демографічні процеси, в тому числі стан здоров'я і смертність, проявлявся тією мірою, в якій місце особи чи групи на владно-статусній «драбині» давало вигідні і корисні зв'язки щодо забезпечення якісними продуктами харчування, можливостями лікування, оздоровлення, поліпшення житлових умов.

В умовах значного матеріального дефіциту стагнація безоплатної, але вкрай неефективної радянської системи медичного обслуговування сприяла зародженню і поширенню «тіньової» медицини, прихованого ринку медичних послуг за знайомством та оплатою. Така нерівність була визначена і контрольована державою, владною верхівкою. Щобільше є всі підстави вважати, що вона стала потужним фактором, який посилював нерівність соціальних груп і верств, сформовану під впливом об'єктивних стратифікаційних чинників, як то стать та вік. Статусна нерівність щодо здоров'я і смертності, наявна у радянському суспільстві, заклала «підвалини» для суттєвого прогресування цього явища у сучасний період.

Соціальна диференціація, «демасовізація» й розшарування суспільства в Україні відбувається нині за різними критеріями й ознаками — освітніми, фаховими, майновими, конфесійними тощо. Пострадянський досвід поки що переконує у марності пошуків найбільш досконалої і єдино справедливої моделі соціальної структури суспільства. Трансформація останньої супроводжується поглибленням соціальної нерівності та маргіналізацією значної частини населення. З'явилися і формуються нові соціальні групи і верстви: олігархічні, кримінальні, нові багаті та нові бідні, кожна з яких має свою систему життєвих цінностей та пріоритетів. Сьогодні ми спостерігаємо значну диференціацію між окремими верствами за рівнем доходів, власністю, доступом до влади, менталітетом, зрештою за способом і якістю життя. Процеси соціальної мобільності значно посилились, але переважно односпрямовано, у низхідному напрямі, що призвело до поглиблення процесу поляризації.

Поляризація українського суспільства обумовлена значним розривом окремих груп населення у наявних матеріальних ресурсах: доходах, накопиченнях, власності, розмірах та якості житла. За поглиблення соціальної нерівності процес адаптації населення до зміни соціально-економічних умов відбувається неоднаково, коли менша частина адаптувалася доволі успішно, а більшість не змогла цього зробити через нерівність у початкових ресурсах та адаптаційних можливостях. Глибокі диспропорції у доходах населення, підвищення рівня безробіття та погіршення умов праці, зростання масштабів маргіналізації вкрай негативно позначилися на стані здоров'я населення та показниках його відтворення. Соціально-економічне підґрунтя для формування нерівності у життєзбереженні вбачають насамперед у нерівності та диференціації таких демоєкономічних характеристик населення, як рівень освіти, статус зайнятості і характер праці, рівень доходів. Розглянемо окремі з них.

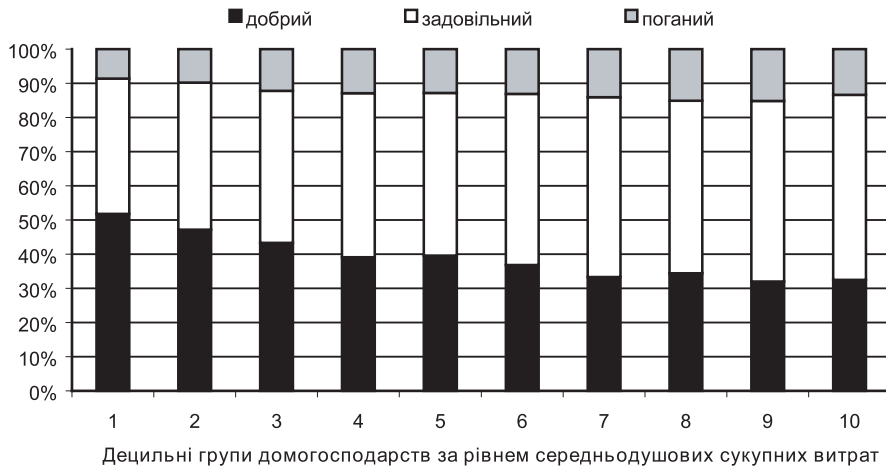
Рівень доходів. Дослідження економічної диференціації смертності має давню історичну традицію. Ще у XVIII ст. французький філософ Шарль Монтеск'є вказував на зв'язок між бідністю і смертністю: «Людина не має страшнішого ворога, ніж хвороба, а що таке злидні як не затяжна хвороба?» [19, с. 97]. Дотепер немає вичерпної відповіді на питання про те, чи бідність зумовлює хвороби, чи хвороби бідність. Бідність і погане здоров'я вочевидь утворюють 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, що призводить до скорочення доходів та погіршення якості життя в цілому

Нині є різні теоретичні підходи щодо зв'язку між доходом, нерівністю у розподілі доходів і здоров'ям. Попри те, що більшість дослідників визнають бідність і депривацію як важливі чинники погіршення стану здоров'я, певна низка моментів помітно відрізняється. Гіпотези абсолютного або відносного доходів визначають цей вплив як погіршення стану здоров'я в міру зниження абсолютного доходу особи або доходу відносно середнього у суспільстві [14]. Ще більшого поширення набула думка про те, що визначальним є вплив не стільки абсолютних розмірів доходу, скільки нерівність у розподілі доходів. При цьому, чим більшим є майнове розшарування і нерівність у доходах, тим вище ризик захворіти для найбідніших груп населення не стільки через низький рівень матеріального забезпечення, скільки через усвідомлення неможливості змінити свій низький соціальний статус, відчуття неповноцінності, нереалізованості, безпорадності, що, в свою чергу, породжує затяжні стреси та підвищує ризик хвороб. Ще одна точка зору акцентує увагу на нерівності доступу різних верств населення до якісного медичного обслуговування через відсутність належних фінансових ресурсів.

В Україні поглиблення дохідної нерівності відбувається внаслідок непропорційного зростання доходів одних груп на тлі зубожіння значної частини решти населення. 90-і роки минулого століття охарактеризувались різким розшаруванням населення і поглибленням розриву у достатку. У 2005 р. 38,2% населення України мали доходи нижче межі прожиткового мінімуму, проте в окремих регіонах цей показник є значно вищим. Зокрема, у Волинській та Кіровоградській областях від становив 51–53%, а на Рівненщині досягав майже 62%. Згідно з розрахунками відділу рівня життя населення ІДСД НАНУ, квінтільний коефіцієнт фондів за рівнем сукупних еквівалентних витрат у 2005 р. становив в Україні 3,8 раза. Основна причина нерівності доходів криється передусім у зростанні відмінностей в оплаті праці, внесок якої сягає 36%, проте дедалі більшої ваги набувають доходи від підприємницької діяльності. Характерною рисою диференціації доходів є

значний відрив невеликої групи з найвищим рівнем матеріального добробуту від основної маси населення. Зокрема, у населення верхнього, 10-го децилю зосереджено близько 23% сукупних витрат усіх домогосподарств, або 17% їх загальних ресурсів [10, с.125]. Саме на цю найбагатшу групу припадає чверть загальних прибутків від власності, третина доходів від підприємницької діяльності, 40% грошових надходжень від використання заощаджень, позик та повернення кредитів. Коефіцієнт Джині є досить високим і не виявляє чіткої тенденції до зменшення: у 1999 р. він становив в Україні 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 відбувається передусім за рахунок збільшення доходів найзаможніших осіб, а не формування численної середньодохідної групи.

Сучасні економічні реалії поки що не дають підстав сподіватись на суттєвий перелом ситуації з бідністю, хоча її показники в Україні протягом останнього часу мають тенденцію до зменшення. Навіть у західному світі, де докладається багато зусиль для згладжування і вирівнювання доходів населення із застосуванням ринкових механізмів скорочення економічної нерівності, проблема майнового розшарування та бідності є невирішеною. В Україні гострі протиріччя між бідністю і багатством, величезний розрив у розподілі матеріальних благ становить не лише одну з найсерйозніших перешкод для соціальної консолідації і демократичного поступу, а й є потужним джерелом нерівності у забезпеченні ресурсами, необхідними для повноцінної життєдіяльності, збереження та поліпшення стану здоров'я. У багатьох дослідженнях доводиться, що рівень доходів значною мірою визначає відмінності у життєвих стандартах та умовах, що, в свою чергу, формують неоднакові можливості та спроможності справлятися з проблемами здоров'я. Тому є підстави стверджувати про посилення ролі дохідного чинника у формуванні соціальної диференціації стану здоров'я.



Розраховано фахівцями ІДСД НАНУ за даними обстеження домогосподарств України у 2005 р.

Рис. 1. Самооцінка стану здоров'я населенням України залежно від рівня доходів (витрат) в Україні у 2005 р., %

Разом з тим проведений нами аналіз показав, що, по-перше, самооцінки стану здоров'я виявилися кращими серед груп населення з об'єктивно гіршими його показниками. Так, сільські жителі оцінюють стан свого здоров'я кращим, ніж міські; бідніші кращим, ніж багатші: якщо у найнижчому за доходами, першому децилі частка тих, хто оцінив свій стан здоров'я як добрий, становила 51,8%, поганий – 8,6%, то у найвищому, десятому децилі ці показники становили 32,5% і 13,4% відповідно. По-друге, регіональні показники смертності не виявляють статистично значущої залежності від показників матеріального забезпечення населення (рівня і глибини бідності), а більш тісно корелюють з характеристиками нерівності у розподілі доходів (рис. 1 і табл. 1).

Той факт, що чим вищими були доходи (витрати) опитаних, тим гіршими виявились суб'єктивні оцінки стану здоров'я, може пояснюватись насамперед специфікою формування такої самооцінки серед різнодохідних груп населення, а саме: вона відображає не стільки об'єктивний стан здоров'я, скільки ставлення до здоров'я, його місце на шкалі життєвих цінностей, специфіку культури здоров'я й життєзбережувальної поведінки. Тому самовизначення стану здоров'я істотно відрізняється від об'єктивного клінічного статусу. Це означає, що значна частина бідних і малозабезпечених вважають себе здоровими через низький рівень життєвих стандартів, вимог та потреб, в тому числі щодо стану здоров'я, але об'єктивно можуть і не бути такими, оскільки „запас” здоров'я, яким би міцним він не був, в умовах бідності й нестатків, швидко вичерпується й не відновлюється. Адже обстеження домогосподарств свідчать, що саме у найнижчих децилях частка витрат на харчування у складі сукупних витрат досягає 65–70%, і при цьому спостерігається нерациональна і низька за якістю структура харчування.

Неправильна суб'єктивна оцінка стану здоров'я неминуче впливає на поведінку і спосіб життя: бідні групи населення рідше звертаються до лікаря, менш охоче проходять профілактичні огляди і, у підсумку, недбаліше ставляться до свого здоров'я. Вони часто відкладають або відмовляються від необхідного лікування, оскільки видатки на лікування можуть становити значну і навіть непомірно високу частку їхнього бюджету, що призводить до розвитку запущених та ускладнених форм хвороб і підвищує ризик передчасної смерті. Тобто вплив бідності та низьких доходів на стан здоров'я та ризик смерті від хронічних патологій проявляється у накопичувальному та пролонгованому у часі ефекті зростання захворюваності й підвищення ризику передчасної смерті. Водночас більш заможні особи можуть оперативніше зреагувати на хворобу, пройти якісну діагностику, приймати ефективні коштовні ліки впродовж тривалого часу, тобто отримати своєчасне лікування й таким чином відстрочити час і знизити ймовірність смерті.

Наші розрахунки також показали, що не стільки власне рівень бідності, скільки розрив у показниках доходів є важливою детермінантою формування нерівності у стані здоров'я й ризику смерті, передусім від зовнішніх причин. Нерівність у життєвих шансах та можливостях, нестача необхідних ресурсів та гнітюче усвідомлення неможливості змінити своє життя на краще неминуче впливає на поведінку бідних груп населення, в тому числі життєзбережувальну. Йдеться не лише про незадовільне матеріальне становище, а й про його суб'єктивне сприйняття, уявлення про фінансову та економічну стабільність, відчуття незалежності, самодостатності, впевненості у майбутньому, яких позбавлені низькодохідні групи населення порівняно з іншими соціальними верствами. Бідні та злиденні мають найвищий ризик маргіналізації і посідають не лише економічно та соціально периферійні місця у суспільстві, а й мають підвищений ризик захворюваності і смертності, асоційованої з ризикованою поведінкою та нездоровим способом життя: тютюнопалінням, зловживанням алкоголем, нещасними випадками, отруєннями і травмами.

Таблиця 1

Коефіцієнти кореляції між суб'єктивними оцінками стану здоров'я, показниками смертності від окремих причин та характеристиками розшарування населення за рівнем доходів (витрат) в Україні у 2005 р. (регіональні дані)

	<i>Частка тих, хто оцінив свій стан здоров'я як «поганий»</i>	<i>Показники смертності через:</i>				
		<i>усі причини</i>	<i>усі зовнішні причини, в т. ч.:</i>	<i>самогубства</i>	<i>отруєння, в т. ч. алкоголем</i>	<i>вбивства</i>
Індекс Джині	0,45	0,20	0,41	0,31	0,42	0,35
Квінтильний коефіцієнт фондів	0,38	0,30	0,45	0,32	0,38	0,36

Розраховано за даними Держкомстату України та ІДСД НАНУ

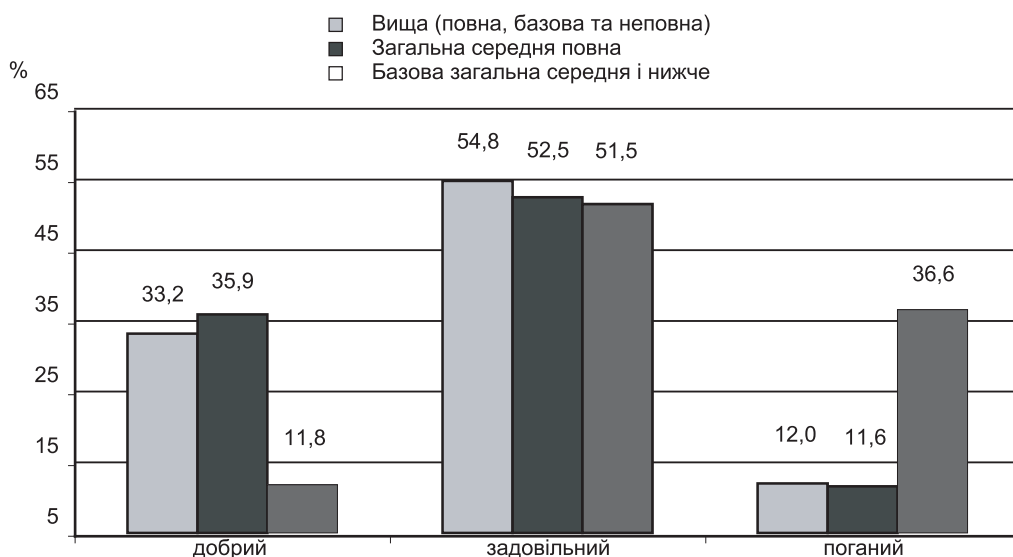
Вплив нерівності у доходах на соціально детерміновану захворюваність і смертність проявляється неоднозначно. Наприклад, алкогольно асоційована смертність на Заході найбільше поширена серед хворих на хронічний алкоголізм, що зазвичай є представниками соціально-дезадаптованих низькодохідних та кримінальних груп населення. В Україні алкогольно залежна смертність, що включає в себе значну частину „замаскованих” під іншими причинами раптових передчасних смертей (коли алкогольне передозування спричиняє раптове загострення хронічних хвороб, зокрема, серцево-судинних, панкреатиту та інших і призводить до летального випадку) є меншою мірою соціально „вибірковою”. В Україні вживати багато алкогольних напоїв є досить поширеним явищем і певною традицією. Це стосується однаковою мірою і бідних, і заможних верств населення. Вплив доходів на споживання алкоголю проявляється не стільки у кількості випитого спиртного, скільки у якості напоїв. Ті, хто краще матеріально забезпечений, дозволяють собі купувати дорожчі та якісніші марки коньяку й 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 як складової смертності від зовнішніх причин в Україні стосується не стільки матеріального становища тих, хто вживає алкоголь, скільки інших соціоструктурних чинників: статі, віку і насамперед рівня освіти¹.

Рівень освіти. Освіта є не лише ключовою характеристикою соціально-економічного статусу особи та груп, засобом соціальної мобільності, а й провідним чинником диференціації стану здоров'я й ризику смерті. Специфічною особливістю освіти, поряд з рештою чинників, є наявність інформації та знань, що формують і стимулюють потребу у здоровому способі життя і водночас є передумовою поліпшення матеріального добробуту (11, с. 104). Проте в Україні такі взаємозв'язки неоднозначні: вплив одного з чинників може посилювати або навпаки перебивати вплив іншого. Зокрема, позитивний вплив вищої освіти може нівелюватися вкрай незадовільним матеріальним становищем. І навпаки, ефект бідності послаблюватиметься через вплив активної життєзбережувальної позиції та особистісної мотивації до збереження та зміцнення здоров'я серед високоосвічених груп населення. Це особливо важливо для України, де особи з високим рівнем освіти

¹ Так, окремі обстеження показали, що паління та зловживання алкоголем поширені не меншою мірою серед приватних підприємців і працівників підприємницьких структур, ніж серед зайнятих у бюджетних організаціях з низькою оплатою праці [11, с. 119].

можуть потрапити у полярні соціальні групи, хоча обстеження домогосподарств свідчать все ж таки про тенденцію до зростання оплати праці населення в міру підвищення його освітнього рівня.

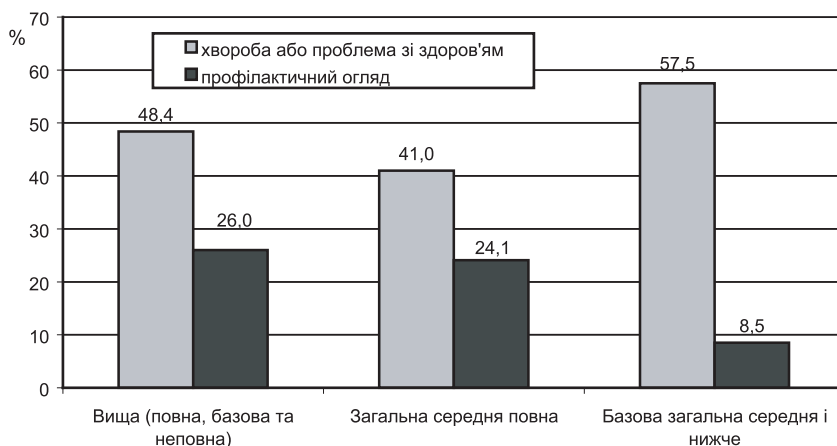
За даними обстеження домогосподарств, найкращі самооцінки стану здоров'я в Україні виявились серед осіб з високим рівнем освіти. Частка тих, хто оцінив свій стан здоров'я як добрий, становила 33,2% серед осіб з вищою освітою (повною і неповною) та 11,8% серед осіб із базовою середньою освітою та нижчою. На поганий стан здоров'я частіше скаржаться низькоосвічені особи: про нього заявили лише 12% опитаних з вищою освітою і майже 37% з освітнім рівнем, нижчим від повного загального середнього (рис. 2). На нашу думку, зв'язок між суб'єктивними оцінками здоров'я та освітою був би чіткішим, якби він не перекривався негативним впливом не консистентних доходів та бідності.



Розраховано фахівцями ІДСД НАНУ за даними обстеження домогосподарств України у 2005 р.

Рис. 2. Самооцінка стану здоров'я населенням України віком 25 років і старше залежно від рівня освіти в Україні у 2005 р., %

Хоча різноманітні обстеження свідчать, що здоров'я посідає чільне місце у системі цінностей більшості населення України, лише певна частина реально дбає про його збереження. Різні освітні 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 життєзберезувальної активності істотно 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, а й у профілактичних цілях (рис. 3).



Розраховано фахівцями ІДСД НАНУ за даними обстеження домогосподарств України у 2005 р.

Рис. 3. Питома вага тих, чий останній візит до лікаря був пов'язаний із хворобою та з профілактичною метою, залежно від рівня освіти в Україні у 2005 р. (із числа осіб віком 25 років і старше, хто звертався до лікаря впродовж останніх 12-ти місяців), %

На жаль, ми не маємо змоги виміряти та порівняти смертність освітніх груп населення України у сучасний період з огляду на відсутність відповідної статистичної інформації. Проте розрахунки, проведені на базі перепису 1989 р., вказують на чітко виражену диференціацію показників смертності й середньої тривалості життя залежно від освітнього статусу. Нами доведено: чим вищою є позиція на освітній шкалі, тим нижча ймовірність померти і вища середня тривалість життя. Згідно з проведеними розрахунками, чоловіки-фахівці з вищою освітою у 1989 р. мали шанс прожити довше на 3 роки, а жінки – на 1 рік, ніж населення в цілому. Відмінності у показниках середньої тривалості життя у населення з найвищим та найнижчим рівнем освіти є більш різкими і становили в Україні у 1989 р. 4,9 року для чоловіків та 1,8 року для жінок (табл. 2). Причина цього явища полягає у значних обсягах передчасної смертності населення з низьким рівнем освіти у віці 20–59 років. Зазначені відмінності у показниках смертності населення з вищою освітою, з одного боку, та освітою, нижче середньої – з іншого, сягали 4-х разів (табл. 2).

Встановлено також, що в міру підвищення освітнього рівня статеві відмінності у показниках смертності послаблюються: особи з вищою освітою незалежно від статі мають відносно низький рівень смертності, що у кілька разів нижчий за показники інших статусних груп. Перевищення чоловічої смертності над жіночою найсильніше виявляється серед низькостатусних груп населення. Залежність рівня смертності від освіти максимально проявляється у віці від 20 до 40 років і надалі послаблюється. За даними 1989 р., здобуття вищої освіти знижує ризик смерті для чоловіків віком 30–34 роки у 5 разів (порівняно з тими, хто не має повної середньої освіти), у віці 40–44 роки – у 3,5 раза. Для жінок відповідні показники становлять 4,5 і 2,3 раза відповідно. За умов режиму смертності 1989 р. ймовірність дожити від 20 до 60 років у групі з вищою освітою становила 83,5% для чоловіків і 92% для жінок, а у групі з найнижчим освітнім рівнем – 67,3 та 86,1% відповідно (табл. 2).

Серед причин смерті провідну роль для усіх освітніх груп населення віком 20–59 років в Україні у 1989 р. відігравали хвороби системи кровообігу, новоутворення та нещасні випадки, отруєння і травми, однак їх рівень помітно відрізнявся. Проведений аналіз свідчить, що у

структурі причин смерті осіб з вищою освітою значно більшою є частка ендогенних патологій і менша питома вага екзогенних причин смерті. Натомість структура причин смерті найменш освіченого населення вирізняється посиленням ваги причин смерті, характерних для «традиційного типу» смертності, як от інфекційні та паразитарні захворювання, хвороби органів дихання та зовнішні причини. Найбільший внесок у диференціацію смертності населення віком 20–59 років залежно від рівня освіти належить захворюванням органів дихання, хворобам системи кровообігу, інфекційним і паразитарним хворобам, нещасним випадкам, отруєнням і травмам. Зокрема, надлишкова смертність чоловіків (віком 20–59 років) з низьким рівнем освіти порівняно з чоловіками з вищою освітою становить: 13 разів від хвороб органів дихання, майже 15 разів від інфекційних патологій, 4,5 разу від хвороб органів травлення та нещасних випадків, отруєнь і травм (табл. 3). Рівень смертності від причин, безпосередньо пов'язаних зі зловживанням алкоголем, у нижній освітній групі в середньому у 10 разів вищий порівняно з особами з вищою освітою; самогубств – учетверо (рис. 4).

Таблиця 2

Показники смертності й середньої тривалості життя залежно від рівня освіти в Україні у 1989 р.

Освіта	Показники смертності населення віком 20-59 років, на 1000 осіб		Очікувана тривалість життя при народженні, років		Ймовірність дожити від 20 до 60 років, %	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	Жінки
Вища і незакінчена вища	3,4	1,4	69,2	76,3	83,5	92,8
Середня спеціальна і середня загальна	5,6	1,9	66,1	74,8	73,2	89,2
Неповна середня, початкова і нижче	13,9	5,4	64,3	73,6	67,3	86,1
Усі групи	7,6	3,0	65,9	75,0	73,2	89,4

Авторські розрахунки за даними Держкомстату України

Таблиця 3

Показники смертності населення віком 20–59 років за причинами смерті залежно від рівня освіти в Україні у 1989 р., на 100 тис. осіб

Причини смерті	Освіта, в т. ч.:					
	вища і незакінчена вища		середня спеціальна і середня загальна		неповна середня, початкова і нижче	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Усі причини, в т. ч.:	335,4	135,8	560,7	193,8	1388,9	541,5
інфекційні та паразитарні хвороби	3,4	1,1	14,6	2,4	50,2	6,3
новоутворення	81,2	67,2	112,9	73,9	362,7	164,8
хвороби системи кровообігу	127,1	27,8	146,9	48,2	427,8	207,7
хвороби органів дихання	7,5	3,0	17,6	5,2	99,7	25,9
хвороби органів травлення	13,8	5,2	23,3	8,6	62,7	23,0
нешасні випадки, отруєння і травми	85,0	19,0	220,4	35,7	318,5	65,3



Авторські розрахунки за даними Держкомстату України

Рис. 4. Показники смертності населення віком 20–59 років від окремих зовнішніх причин смерті залежно від рівня освіти в Україні у 1989 р., на 100 тис. осіб

Таблиця 4

Гіпотетичний приріст збережених життів у віці 20–59 років за умови повікової смертності на рівні показників населення з вищою освітою в Україні у 1989 р., тис. осіб

Рівень освіти	Реальна кількість померлих		Гіпотетична кількість померлих		Приріст збережених життів		
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	обидві статі
Вища і незакінчена вища	6,8	3,0	6,8	3,0	0,0	0,0	0,0
Середня спеціальна і середня загальна	46,1	16,7	21,9	10,7	24,2	6,0	30,2
Неповна середня, початкова і нижче	41,5	19,0	19,2	11,8	22,3	7,2	29,5
Всього	94,4	38,7	47,9	25,5	46,5	13,2	59,7

На нашу думку, населення з вищою освітою було і залишається своєрідним «авангардом», практики і прийоми збереження здоров'я якого демонструють ті можливості й резерви, що наявні у суспільстві і реально можуть бути використані для досягнення зниження смертності й подовження середньої тривалості життя в цілому. Так, за умови збереження повікової смертності у віці 20–59 років на рівні показників населення з

вищою освітою загальна кількість померлих в Україні у 1989 р. була б в 1,8 раза меншою за реальну; приріст збережених життів становив би майже 60 тис. осіб (табл. 4).

Як відомо, ставлення особи до свого здоров'я є результатом довготривалого формування потреби у здоровому способі життя, дотриманні його вимог щодо раціону харчування, шкідливих звичок, фізичних навантажень тощо. При надмірному поширенні у сучасному українському суспільстві споживацької психології, гіпертрофованого захоплення матеріальними благами та цінностями, що стало змістом життєдіяльності і способу життя більшості населення, саме у групах з вищою освітою, зайнятих розумовою працею, передусім інтелігенції, на нашу думку, зберігаються навички здорового способу життя й усвідомлюється необхідність та важливість особистої відповідальності за стан власного здоров'я. Образно кажучи, інтелігенція була і лишається носієм найкращої „соціальної якості”, в тому числі щодо культури життєзбережувальної поведінки.

Представники низькоосвічених соціальних прошарків, маючи інші стандарти якості життя, менш налаштовані на дотримання раціональної вітальної поведінки, більш покладаються на медичну допомогу і таким чином знімають з себе особисту відповідальність за стан свого здоров'я. Таке пасивне ставлення є значною мірою наслідком і спадком радянської доби, для якої був характерний пріоритет державних потреб та інтересів над індивідуальними, внаслідок чого люди були привчені надто мало уваги приділяти своєму здоров'ю. Крах радянської системи державного патерналізму й одночасно різке падіння рівня і якості життя стали причиною ще більшого послаблення культури й навичок збереження здоров'я як свідчення соціально-психологічної дезадаптації населення. Проте є підстави стверджувати, що частина населення зуміла сформувати культурні й соціально-психологічні механізми, що сприяли адаптації до життя в умовах поляризованого суспільства й зниженню стресового навантаження на психіку.

Проведений аналіз дає можливість сформулювати такі висновки.

1. Поглиблення соціального розшарування населення України у нинішній період призвело до посилення соціальної диференціації здоров'я і смертності. Соціально-економічний „градієнт” є тим «фундаментальним» чинником, що зумовлює певний статус здоров'я, оскільки акумулює в собі наявність і доступ до життє- і здоров'язберігаючих ресурсів. Ефект «соціального градієнта» виявляється у тому, що чим вище місце особи або групи у соціальній ієрархії, тим кращими є можливості збереження та поліпшення здоров'я і нижчим ризик передчасної смерті. Представники низькостатусних 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. Окрім цього, вони частіше вдаються до різного роду ризикованих та девіантних моделей поведінки, серед них більше поширені асоціальні явища. Це дає підставу стверджувати, що негативні наслідки небезпечних для здоров'я і життя моделей поведінки серед населення з низьким соціально-економічним статусом проявляються більшою мірою, ніж серед груп з вищим статусом.

2. Нерівність щодо стану здоров'я і ризику смерті певним чином пов'язана з дохідною нерівністю та бідністю. Хвороби не обмежуються бідними і маргінальними групами, але останні вочевидь відзначаються вищим рівнем смертності, передусім від причин смерті, яким можна запобігти. Йдеться не лише про низький рівень матеріального забезпечення. На нашу думку, бідність матеріальна обумовлює бідність духовну, тобто збідненість потреб та цінностей. Викликає занепокоєння тривожна тенденція звикання значної частини громадян до бідності, включення їх у культуру бідності, що асоціюється з відчуттям безнадії та апатії, з обмеженістю життєвих запитів і домагань та негативно позначається на стані здоров'я.

Хоча бідність асоціюється з неможливістю задовольняти базові потреби і хворобами, не тільки відмінності у доходах зумовлюють нерівність щодо життєзбереження. Наявність достатньої кількості грошей ще не гарантує добре здоров'я, так само як їх відсутність не обов'язково призводить до хвороби чи передчасної смерті. Тобто, не завжди відбувається перехід кількості (грошей) у якість (здоров'я). Такий зв'язок опосередковується багатьма іншими чинниками. Інакше тоді можна було б очікувати автоматичне зменшення смертності населення України впродовж останніх років на тлі зростання доходів населення, що насправді не відбувається. Значно важливішим є дотримання здорового способу життя, що передбачає раціональну організацію робочого дня та відпочинку, своєчасне звертання за медичною допомогою, регулярний профілактичний медичний огляд, раціональне харчування, відсутність шкідливих звичок, фізичну активність. Практика свідчить, що вибір здорового способу життя обумовлений не стільки наявністю і доступом до матеріальних, фінансових та інших ресурсів, скільки психологічною налаштованістю, усвідомленням, сформованістю потреби і готовністю до реалізації поведінки, орієнтованої на сприятливі для зміцнення здоров'я та збереження довготривалої працездатності соціокультурні стандарти. А це, в свою чергу, тісно пов'язано з освітнім статусом, що виступає чи не найсильнішим „маркером” нерівності у стані здоров'я та ризику смерті, бо чим нижчий освітній статус, тим меншим є ступінь покладання на свої власні сили і більшими вимоги та претензії до держави, влади, роботодавця, які мають нести відповідальність за благополуччя в цілому та здоров'я зокрема.

3. Є підстави вважати, що в Україні сформовані якісно відмінні режими смертності, що істотно відрізняються за рівнем смертності і структурою причин смерті. Вони існували ще за радянських часів, але нині ще більше поглибилися і набули ознак різко вираженої нерівності. При цьому йдеться не стільки про протиставлення двох полярних груп (малочисельної багатой еліти та чисельної групи бідних), скільки про значну дистанційованість груп населення з різним соціально-економічним статусом щодо ризику втрати здоров'я, показників смертності (насамперед віку та ймовірності передчасної смерті, структури причин смерті, рівня соціально детермінованої захворюваності й смертності), що змінюються зі зміною кожної сходинки на соціальній драбині, внаслідок чого розрив між благополуччям і неблагополуччям у сфері здоров'я й життєзбереження істотно поглиблюється. Соціальна диференціація смертності простежується за різними характеристиками соціально-економічного статусу і є результатом-наслідком специфіки життєдіяльності різних соціальних груп, їх способу та якості життя, доступу до матеріальних та інших ресурсів життєзабезпечення, в тому числі таких, що є передумовами формування здоров'я.

Сучасний, новітній режим смертності характерний для більш освічених і кваліфікованих осіб, які, навіть попри низький рівень доходів, зберігають високу культуру життєзбережувальної поведінки. Традиційний або архаїчно-відсталий – властивий бідним, малозабезпеченим і низькоосвіченим, зайнятим переважно фізичною працею, що заклопотані пошуками засобів для виживання і збайдужілі до власної долі та здоров'я. Турбота про здоров'я перебуває на периферії їхніх життєвих цілей і потреб, тому такі „периферійні” групи відзначаються низькими показниками дожиття. Ймовірно, різкий спад середньої тривалості життя в Україні у першій половині 90-х років минулого століття відбувся саме за рахунок збільшення кількості осіб з низьким соціально-економічним статусом внаслідок інтенсивного процесу економічної та соціальної маргіналізації населення.

Послаблення соціальної диференціації здоров'я і смертності пов'язане з багатьма чинниками і не обмежується зменшенням бідності та поляризації у доходах. Наразі більшість в Україні позбавлена права вибору способу та якості життя: бідні здебільшого

приречені залишатися бідними, багаті – успадковувати багатство, і лише певний, поки що незначний прошарок має шанси вирватися із кола свого соціального походження у вищі класи. Значною мірою такої ситуації сприяє невирішеність освітньої проблеми, коли бідність значно ускладнює доступність якісної освіти, а нерівність доступу до освіти, в свою чергу, є чинником, що „закріплює” бідність між поколіннями, та є передумовою „успадкування” бідності і „самовідтворення” малозабезпечених і малоосвічених верств населення з низьким соціальним статусом². У цьому контексті нерівність доступу до якісної освіти та здобуття вищої фахової кваліфікації, що спостерігається нині в Україні, є не лише додатковим джерелом подальшої соціально-економічної нерівності, а й сприяє поглибленню диференціації населення за станом здоров'я та рівнем смертності.

На нашу думку, зменшення нерівності у здоров'ї та смертності невіддільне від зменшення соціально-економічної нерівності загалом, тієї нерівності, що впливає з інституціональної нерівності і переваги позиції одних соціальних груп над іншими. Доки розрив у соціально-економічному становищі окремих груп лишатиметься значним, а його інституціональна підтримка – сталою, немає підстав сподіватися на зближення показників життєзбереження й зменшення соціально детермінованої захворюваності й смертності.

Має діяти система соціальних „амортизаторів”, що покликані зменшувати „полярність” і диференціацію здоров'я та ризику смерті. Таку роль може виконувати освіта. Процес підвищення матеріального добробуту повинен супроводжуватись „підтягуванням” культурно-освітнього рівня і відповідною зміною структури життєвих потреб та цінностей, а отже, і моделі поведінки, в тому числі життєзберезувальної. Освітні, професійно-кваліфікаційні та культурно-інформаційні ресурси є не просто основними засобами адаптації, що можуть замінити дефіцит матеріальних ресурсів і допомагають вижити у складних соціально-економічних умовах. Їх можна розглядати як ресурси життєзбереження, подовження тривалості здорового й трудоактивного життя, що дають змогу інтегруватися у нове соціальне середовище, зберегти здоров'я, запобігти хворобам і поширенню асоціальної поведінки.

Скорочення нерівності щодо здоров'я не відбудеться без підвищення освітнього рівня населення, збільшення питомої ваги вищих освітніх груп та зменшення частки низькокваліфікованих, без „переливання” молодих поколінь у сферу висококваліфікованої праці. Виграють від цього не лише нижчі освітні групи, а все населення. Перспективи зростання середньої тривалості життя населення в Україні тісно пов'язані зі зменшенням соціальної нерівності, формуванням нових страт економічно активного населення та набуттям ними тих якісних характеристик, що визначають середній клас. Є підстави вважати, що такі показники і характеристики, як чисельність середнього класу, висока консистентність його основних характеристик (залежність-поєднання високого рівня освіти з високими доходами), оптимальна «відстань» диференціації між соціально-економічними статусами та переважання висхідної соціальної мобільності над низхідною, відкритість середніх і вищих страт є не лише основними критеріями належної якості соціально-економічної структури [7], а й необхідною передумовою і головною базою позитивних зрушень у стані здоров'я і смертності населення. Сподіватись, що стара модель поведінки втратить свою

² Як свідчать дослідження фахівців, нинішні зміни у системі освіти суперечливі: на тлі підвищення охоплення молоді університетською освітою відбулося помітне скорочення кількості тих, хто здобуває середню спеціальну (нині вищу початкову) та професійно-технічну освіту, а також збільшення чисельності молоді, яка не здобуває навіть повну загальну середню освіту. Йдеться насамперед про молодь у сільській місцевості, яка не має змоги здобути вищу освіту через відсутність необхідних фінансових ресурсів [6].

культурну й соціальну легітимність і буде сприйматися як патологічна і неадекватна, можна лише тоді, коли потенційний середній клас перейде у реальний, коли у суспільстві накопичиться певна критична маса осіб з прогресивними установками і налаштованістю на сучасну модель життєзберігаючої поведінки (попередження й запобігання хворобам), для яких активна індивідуальна позиція та „воля до здоров'я” (С.А. Томлін) стануть домінуючою життєвою настановою та характерною ознакою життєдіяльності.

Джерела

1. Андреев Е.М., Кваша Е.А. Младенческая смертность в различных образовательных группах в конце 1980-х – начале 1990-х годов // Вопросы статистики. – 2005. – № 2. – С. 54–59.
2. Андреев Е.М., Кваша Е.А., Харьковская Т.Л. Истоки социального неравенства перед лицом смерти в России. <http://www.demoscope.ru/weekly/2005/0227/analit01.php>
3. Андреев Е.М., Харьковская Т.Л., Школьников В.М. Изменение смертности в России в зависимости от занятости и характера труда // Народонаселение. – 2005. – № 3. – С. 68–81.
4. Витрати і ресурси домогосподарств України у 2005 р. (за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств України). Стат. збірник. – К.: Держкомстат України, 2006. – 417 с.
5. Геллер И. М. Уровень образования как фактор продолжительности жизни. // Демографические исследования. Вып. 13. – 1989. – С. 101–108.
6. Курило І. О. Соціально-економічна структура населення: еволюція, сучасність, трансформації. – К.: ДУ «Інститут економіки та прогнозування» НАН України, 2006. – 472 с.
7. Курило І. Соціально-демографічні особливості самооцінки стану здоров'я населенням України // Демографічні дослідження. Вып. 25: зб. наук. праць / НАН України, Ін-т економіки. Відп. ред. В. Стешенко. – К., 2003. – С. 44–55.
8. Левчук Н. Нерівність доступу до освіти в Україні: соціальні детермінанти та наслідки // Демографія та соціальна економіка. – 2005. – №2. – С. 148–158.
9. Либанова Э. М. Продолжительность жизни населения (Опыт комплексного регионального исследования). – К.: Наук. Думка, 1991. – 200 с.
10. Людський розвиток в Україні: можливості та напрями соціальних інвестицій / За ред. Е. М. Либанової. – К.: Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, Держкомстат України, 2006. – 355 с.
11. Максимова Т. М. Социальный градиент в формировании здоровья населения. – М.: ПЕР СЭ, 2005. – 240 с.
12. Неравенство и смертность в России. // Под. ред. В. Школьниковой, Е. Андреевой, Т. Малевой. / Моск. Центр Карнеги. – М.: Сигналь, 2000. – 123 с.
13. 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.
14. Римашевская Н. М. Неравенство доходов и здоровье. // Народонаселение. – 2004. – №2. – С. 5–17.
15. Римашевская Н. М., Кислицына О. А. Различия в состоянии здоровья. // Народонаселение. – 2005. – №4. – С. 23–31.
16. Стан здоров'я населення (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2005 року). Стат. збірник. – К.: Держкомстат України, 2006. – 417 с.
17. Стешенко В. С. Смертность в демографическом освещении // Демографические исследования. Вып. 13. – 1989. – С. 31–45.
18. Тапилина В. С. Социально-экономический статус и здоровье населения // Социологические исследования. – 2004. – №3. – С. 126–137.

19. Урланис Б. Ц. Эволюция продолжительности жизни. – М.: Статистика, 1978. – 309 с.
20. Цілі розвитку Тисячоліття: Україна. – К.: Міністерство економіки та з питань європейської інтеграції України, 2003. – 29 с.
21. Шкаратан. О. И. Социальное расслоение в современной России: драма расколотого общества // Мир России. Социология, этнология. Том XIII. – №1. – 2004. – С. 3–48.
22. Китагава Э. Социально-экономические различия в смертности в США и их значение для демографической политики // Изучение продолжительности жизни. Сб. статей под ред. и с предисл. Е. М. Андреева и А. Г. Волкова. – М.: Статистика, 1997. – С. 151–205.
23. Cambois E. Occupational and educational differentials in mortality in French elderly people: magnitude and trends over recent decades // Demographic research. Special collection 2. Article 11.
24. Chenet L., Leon D., McKee M., Vassin S. Deaths from alcohol and violence in Moscow: socio-economic determinants // European Journal of Population. – 1998. – Vol. 14. – P. 19–37.
25. Kunst A. E., Groenpot F., Makenbach J. P. Occupational class and cause specific mortality in middle age 11 European countries // BMI. – 1998. – №316. – P. 1636–1642.
26. Vallin J., Meslü F., Valkonen T. Trends in mortality and differential mortality // Population studies. – №. 36. – Council of Europe Publishing, 2001.
27. Wamala S., Blakely T., Atkinson J. Trends in absolute socioeconomic inequalities in mortality in Sweden and New Zealand. A 20-year gender perspective // BMC Public Health. – 2006. – Vol. 6. – Issue 1. – P. 164–174.
28. Whitehead M., Dahlgren G. Levelling up: a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. – 2006: Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Аннотация. Работа посвящена исследованию социального неравенства в состоянии здоровья и уровня смертности в Украине; рассматриваются основные факторы такого неравенства, в частности уровень доходов и образования. Показано, что социальная дифференциация здоровья и уровня смертности связана не только и не столько с материально-доходным, сколько с социокультурным расслоением населения. Обоснован вывод о ведущей роли повышения образования в уменьшении социального неравенства в показателях жизнестережения.

Summary. The work deals with research of social inequality in health status and death rates in Ukraine; the major factors of such inequality, in particular level of the income and education are analysed. It is shown, that the social differentials in health and death rates is connected not only and as much to income level, as to social stratification and behavioural pattern of a population. The conclusion about a leading role of education improvement in reduction of social inequality in mortality is proved.

Стаття надійшла до редакції журналу 14.02.2007 р.