

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА

СІБІКОВСЬКА ВІТА ОЛЕКСАНДРІВНА

Допускається до захисту:
завідувач кафедри менеджменту та
поведінкової економіки,
д-р екон. наук, професор
_____ О. А. Дороніна
« ____ » _____ 20__ р.

**ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ В СИСТЕМІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
ЛЮДСЬКОГО РОЗВИТКУ КРАЇНИ**

Спеціальність 051 Економіка
ОП «Управління персоналом та економіка праці»

Кваліфікаційна (магістерська) робота

Науковий керівник:
М.О. Кримова,
канд. екон. наук, доцент,
доцент кафедри менеджменту
та поведінкової економіки,

(підпис)

Оцінка: _____ / _____ / _____
бали / за шкалою ЄКТС / за національною шкалою)
Голова ЕК: _____
(підпис)

Вінниця 2021

АНОТАЦІЯ

Сібіковська В.О. Здоров'я населення в системі забезпечення людського розвитку країни. Спеціальність 051 Економіка. Освітня програма «Управління персоналом та економіка праці». Донецький національний університет імені Василя Стуса, Вінниця, 2021 рік

Кваліфікаційна робота присвячена проблематиці здоров'я населення України. Досліджено теоретичні аспекти багатовимірності поняття «людський розвиток», та «здоров'я населення» як основної його складової. Проведено аналіз демографічних показників держави, динаміки захворюваності та поширеності хвороб, оцінено фінансово-ресурсне забезпечення системи охорони здоров'я. Запропоновано заходи щодо покращення здоров'я українців під час пандемії Covid-19 та напрями вдосконалення механізму фінансування медичної галузі в країні.

Ключові слова: людський розвиток, здоров'я населення, демографічні показники, захворюваність, пандемія Covid-19, самооцінка рівня здоров'я, медична реформа, ресурсне забезпечення.

95 с., 6 табл., 27 рис., 50 джерел.

Sibikovska V. Population health in the system of human development of the country. Specialty 051 Economics. Educational program - personnel management and labor economics. Vasyl Stus Donetsk National University, Vinnytsia, 2021

Qualifying work is devoted to the health of the population of Ukraine. Theoretical aspects of the multidimensionality of the concept of "human development" and "population health" as its main component have been studied. The analysis of demographic indicators of the state, dynamics of morbidity and prevalence of diseases is carried out, the financial and resource maintenance of the health care system is estimated. Measures to improve the health of Ukrainians during the Covid-19 pandemic and ways to improve the financing of the medical sector in the country are proposed.

Key words: human development, population health, demographics, morbidity, Covid-19 pandemic, health self-assessment, health care reform, resource provision.

95 p., 6 tabl., 27 fig., bibliography: 50 items.

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО - МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ В СИСТЕМІ ЛЮДСЬКОГО РОЗВИТКУ	8
1.1 Людський розвиток: його зміст та основні складові елементи	8
1.2 Здоров'я населення: зміст категорії та основні сфери його оцінки	13
1.3 Чинники впливу на здоров'я населення країни	21
РОЗДІЛ 2 ДОСЛІДЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ТА ЙОГО ВПЛИВУ НА ЛЮДСЬКИЙ РОЗВИТОК КРАЇНИ	30
2.1 Оцінка ключових показників здоров'я населення України	30
2.2 Аналіз ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я та його вплив на здоров'я населення	45
РОЗДІЛ 3 НАПРЯМИ ПОКРАЩЕННЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ	60
3.1 Шляхи покращення показників здоров'я населення в системі людського розвитку	60
3.2 Заходи щодо покращення здоров'я населення в умовах пандемії	70
3.3 Напрями удосконалення фінансово-ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я	78
ВИСНОВКИ	86
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	90
ДОДАТКИ	96

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Не можна говорити про людський розвиток країни без її основоположної складової – здоров'я населення. Лише після того як забезпечено нормальний стан здоров'я, як базова потреба громадян, можуть бути задоволені потреби більш вищого рівня, що пов'язані з процесом соціального життя людей і віддзеркалюють умови їхньої життєдіяльності як членів суспільства. Інвестиції у здоров'я, сприяючи скороченню захворювань і смертності населення, подовжують працездатне життя людини, а, значить, забезпечують поліпшення становища України за показником розвитку людського потенціалу.

Здоров'я населення виступає одним із визначальних факторів розвитку економіки будь-якої країни, показником її благополуччя, індикатором результативності й ефективності соціальних реформ. Стан здоров'я української нації, зумовлений суспільними явищами на межі століть, супроводжується високою смертністю, низьким рівнем народжуваності, значними параметрами інвалідизації та захворюваності людей як працездатного та похилого віку, так і дитячого та підліткового, зменшенням середньої тривалості життя.

Чергові спроби реформування державної політики системи охорони здоров'я не приносять бажаних результатів. Особливого удару по стану здоров'я української нації завдала пандемія COVID-19, що, безумовно, перевірила неготовність нашої системи охорони здоров'я до подібних потрясінь, на відміну від глобальної спільноти. Саме тому зараз питання моніторингу стану здоров'я українського народу та пошук ефективних програм державної політики здоров'язбереження є актуальним як ніколи.

Вагомий внесок у розвиток теорії людського розвитку та методології його оцінювання на регіональному рівні належить українським вченим, серед яких В. Антонюк, О. Грішнова, Т. Заяць, Е. Лібанова, О. Макарова, В. Новіков, О. Новікова, А. Дем'яненко. Питанням же саме обґрунтування важливості довголіття населення та охорони здоров'я у концепції

забезпечення людського розвитку країни займалися такі провідні фахівці, як: Д. Шушпанов, Н. Рингач, Н. Мезенцева, С. Батиченко та інші.

Метою магістерської роботи виступає дослідження стану здоров'я населення України в контексті забезпечення можливостей реалізації людського розвитку

Для досягнення мети дипломної роботи поставлено такі **завдання**:

проаналізувати теоретичні основи категоріального апарату «людський розвиток» та «здоров'я населення» як основоположної його складової;

визначити основні чинники впливу на здоров'я населення країни;

дослідити поточний стан демографічної ситуації в Україні в контексті їх репрезентативності для теми громадського здоров'я;

вивчити та проаналізувати показники захворюваності та поширеності хвороб населення України та провести аналіз детермінант здоров'я;

провести аналіз фінансово-ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я в Україні та адекватність фінансування медичних послуг під кутом порівняльного аспекту з іншими країнами світу;

розробити практичні рекомендації щодо покращення показників здоров'я в умовах пандемії;

запропонувати заходи щодо покращення здоров'я населення в умовах пандемії;

надати конкретні пропозиції щодо необхідності ключових змін в рамках питання фінансування української системи охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження – здоров'я населення України.

Предмет дослідження – чинники та умови формування здоров'я населення в контексті людського розвитку.

Методи дослідження. В роботі використані наступні методи дослідження:

історико-логічний метод – для дослідження еволюції сутності категорії «людський розвиток» та її складових;

графічний аналіз – визначення динаміки зміни основних показників, що віддзеркалюють сучасний стан здоров'я населення України;

статистичний – для аналізу медико-демографічних показників в Україні, її регіонах; рівнів захворюваності та смертності населення;

метод індукції та дедукції – під час вивчення систем охорони здоров'я різних країн і вибір найоптимальніших програм для України.

Інформаційна база магістерської роботи представлена: науковими публікаціями та монографічними виданнями українських і зарубіжних учених, статистичними збірниками, матеріалами конференцій, матеріалами дисертаційних досліджень, сайтами Міністерства охорони здоров'я України та Центру медстатистики, а також урядовими порталами та закордонними статистичними сайтами.

Наукова новизна отриманих результатів полягає в удосконаленні понятійно-категорійного апарату дослідження «здоров'я населення» та «людського розвитку», через систематизацію та узагальнення наявних поглядів науковців; дістали подальшого розвитку теоретичні підходи до систематизації чинників здоров'я та інтенсивності їх впливу на здоров'я населення; розкрито перспективи розвитку державної політики в сфері охорони здоров'я з метою збереження генофонду української нації у напрямку підтримки показників здоров'я під час пандемії та реформування системи фінансування галузі.

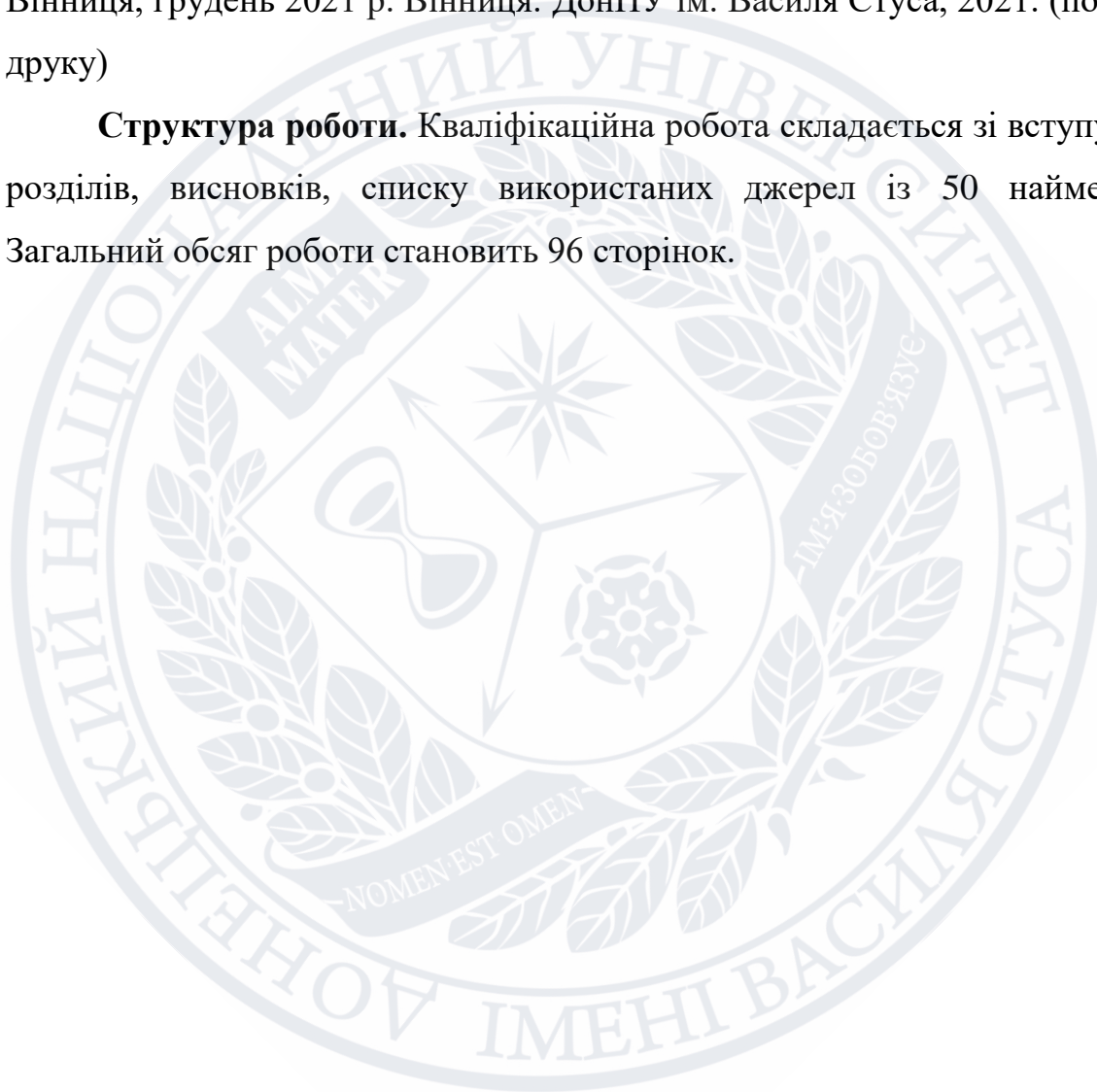
Практичне значення одержаних результатів – полягає в розробці конкретних заходів та рекомендацій щодо покращення функціонування системи здоров'язбереження направлених на покращення стану здоров'я її громадян на основі проведеного аналізу показників здоров'я.

Апробація результатів дослідження. Результати, отримані при виконанні кваліфікаційної магістерської роботи, були апробовані на XXI Міжнародній науковій конференції студентів, аспірантів та молодих учених «Управління розвитком соціально-економічних систем: глобалізація,

підприємництво, стає економічне зростання» (2-3 грудня 2021 року), м.Вінниця. В результаті чого були опубліковані тези доповіді:

Сібіковська В.О. Фінансове забезпечення системи охорони здоров'я/ В.О.Сібіковська// Управління розвитком соціально-економічних систем: глобалізація, підприємництво, стає економічне зростання: матеріали XXI Міжнародної наукової конференції студентів, аспірантів та молодих учених, , Вінниця, грудень 2021 р. Вінниця: ДонНУ ім. Василя Стуса, 2021. (подано до друку)

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел із 50 найменувань. Загальний обсяг роботи становить 96 сторінок.



РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО - МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ В СИСТЕМІ ЛЮДСЬКОГО РОЗВИТКУ

1.1 Людський розвиток: його зміст та основні складові елементи

Концепція людського розвитку являється сучасним підходом наукового бачення до нового типу суспільних відносин, де економіка існує для людини, а не людина для економіки. Попередні наукові парадигми визначали цінністю суспільного прогресу нації виключно матеріальний добробут населення. Концепція людського розвитку виходить з усвідомлення неможливості досягнення суспільного прогресу завдяки примноженню виключно матеріального багатства, залишивши поза увагою реалізацію людського потенціалу та створення з цією ціллю сприятливих умов для життєдіяльності та успішної реалізації усіх аспектів діяльності суспільством.

Людина завдяки реалізації своїх інтелектуально-творчих здібностей стає одночасно основним рушієм економічного розвитку та її стратегічно важливою метою. Якщо раніше увагою вчених людина та її роль у виробництві позиціонувалась об'єктом суспільно-виробничих відносин, то наукова парадигма концепції людського розвитку підкреслила необґрунтованість такого підходу і визначила людину як важливий суб'єкт економічного зростання, враховуючи її інтелектуальний потенціал. Така модель економічного розвитку з одного боку створює можливості для переходу від традиційної моделі суспільно-економічних відносин до інноваційної, з іншої – надає перспективи для реалізації та захисту основних прав та свобод людини.

Передумови виникнення та поширення концепції людського розвитку мали історичне, економічне та соціальне підґрунтя. Передумовою історичного характеру можна вважати процеси деколонізації в світі та появу незалежних держав Третього світу. Ліквідація колоніальної системи зумовила необхідність вирішення в суспільстві давно існуючих соціальних,

економічних та політичних проблем з метою підвищення стандартів життя населення та його розвитку [1].

Одним із найголовніших факторів розвитку концепції та суспільства завдяки її реалізації, що має економічний характер, безумовно стала науково-технічна революція. Однак вплив такого прогресу в суспільстві двосторонній: з одного боку – поліпшення умов життя суспільства, з іншого – поглиблення соціальних проблем, що може зазіхати на права та свободи індивіда.

До передумов зародження концепції людського розвитку та її підтримки науковою спільнотою соціального характеру можна віднести існування широкого кола невирішених глобальних проблем таких як високий рівень бідності серед населення та голоду; проблема неграмотності населення та доступу до освіти; дискримінація за статеву, расову, етнічно, релігійною ознаками; високі показники захворюваності та смертності населення тощо [1].

Уперше формування науково обґрунтованого поняття «людський розвиток» зафіксовано у Доповіді про людський розвиток у 1990р. фахівцями ПРООН як «процес розширення можливостей людини». У 2010 році поняття було дещо доповнено знову ж таки представниками ПРООН у Доповіді про людський розвиток «Реальне багатство народів: шляхи людського розвитку». Оновлене визначення розширено відокремленням складових людського розвитку: «тривале, здорове і продуктивне життя, досягнення інших цілей, які мають значення, активна участь у формуванні справедливого й сталого розвитку» [2].

Саме ПРООН відіграє величезну роль у популяризації концепції людського розвитку, проголошуючи у першому звіті, що справжнім багатством народів є люди [3].

Спираючись на огляд розвитку наукової думки щодо визначення поняття «людський розвиток» можна відмітити, що ідея людського розвитку, ученими інтерпретується по-різному (ДОДАТОК А).

Аналіз теоретичних матеріалів за дослідженнями поняття «людський розвиток» продемонстрували трактування даного поняття з двох точок зору: як процес розширення людських можливостей (напрямок та швидкість поступу) і як досягнутий рівень розвитку [5].

Як процес зростання людських можливостей та розширення людської свободи, людський розвиток має базуватися на участі кожного в суспільному прогресі, що в результаті приносить користь усім громадянам. Концепція передбачає турботу про людину, прагнення розширити можливості її вибору жити повноцінним життям в умовах свободи та поваги її гідності. Матеріальне благополуччя розглядається лише як сприятлива умова для розширення варіантів потенційних можливостей та забезпечення достойного рівня їхньої реалізації.

Інший підхід щодо трактування людського розвитку - зростання здібностей людини, її спроможності досягати поставленої мети. Формування та розвиток здібностей залежить від використання наявних економічних, соціальних і політичних можливостей, що надає соціальне і природне навколишнє середовище, від доступності необхідних ресурсів, а також від реалізації прав людини розпоряджатися альтернативними «пакетами» товарів та послуг, що забезпечуються на основі власності та (або) шляхом обміну. Очевидно, що матеріальні ресурси є саме засобом, хоча і дуже важливим, людського розвитку, тоді як результат використання цих ресурсів, його віддзеркалення у сформованих людських здібностях є кінцевою метою. Трактування людського розвитку як процесу зростання людських здібностей обумовлює важливість ідеї «бідності за можливостями», що поширює трактування бідності з традиційно використовуваного низького рівня середньодушових доходів на відсутність чи обмеженість можливостей задоволення комплексу людських потреб, передусім ключових – в довгому і здоровому житті, знаннях, доступі до економічних ресурсів, необхідних для гідного рівня життя [5].

Ключовим положення концепції людського розвитку є акцентування уваги на активності людей як суб'єктів процесу власного розвитку. Підтримка суспільства реалізується шляхом стимулювання розвитку цих людей, підвищення їх значущості в суспільстві, розширення можливостей для реалізації потреб, що виходять за межі суто матеріальних цінностей. Пасивна підтримка нужденних верств шляхом надання гуманітарної допомоги ніяк не впливає на розвиток людського потенціалу, тому не вважається результативною.

При трактуванні поняття «людський розвиток» важливу увагу слід приділити дослідженням його компонентів, що відповідають найнеобхіднішим, загальновизнаним цінностям на будь-якому етапі розвитку людства, відображаючи основоположні потреби, права й можливості одночасно (рис.1.1).

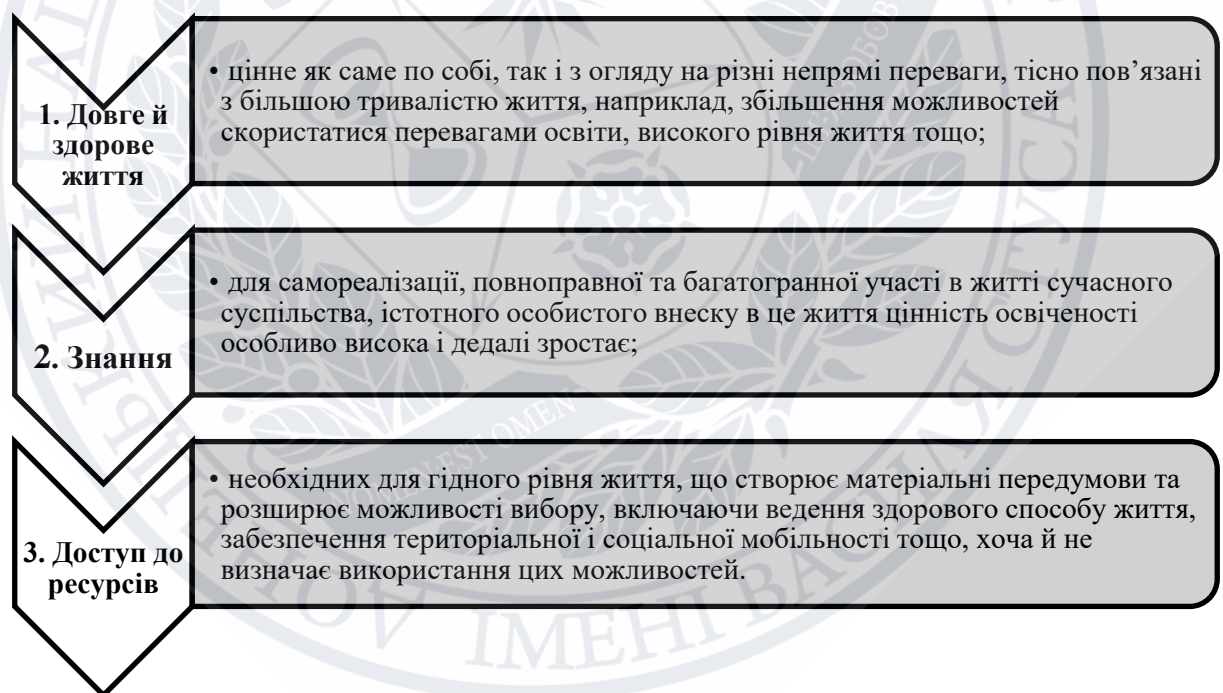


Рисунок 1.1 – Основні складові людського розвитку (три групи можливостей цінностей людини відповідно до концепції)

Джерело: побудовано на основі [6]

Відповідно до вищеподаних базових цінностей сформовано основні цілі соціального розвитку населення:

1. Можливість прожити довге життя, підтримуючи добрий стан здоров'я;
2. Отримання достойної освіти;
3. Доступ до засобів, які забезпечать гідний рівень життя і реалізацію своїх потреб.

Довге й здорове життя. На шкалі цінностей будь-якої цивілізованої нації на першому місці знаходиться здоров'я її громадян. Своєрідність феномену здоров'я як компоненти людського розвитку полягає у багатоаспектності його ролей: це безцінна фундаментальна властивість індивіда для досягнення всього розмаїття людських можливостей – починаючи від реалізації основного людського призначення (батьківства чи материнства) і закінчуючи виконання нею спектру інших важливих ролей, в тому числі і здійснення трудової діяльності як для власних так і загальних суспільних інтересів. Таким чином здоров'я розглядається не стільки з точки зору підтримки фізичного благополуччя організму, скільки з можливості до здійснення соціально-економічних функцій на користь всієї територіальної спільноти. При цьому міра розвитку розмаїття здібностей індивідуумів, в тому числі інтелектуальних та творчих, можливість їх повноцінної реалізації є повністю залежними від стану здоров'я, що вважається першоосновою для будь яких зрушень та розвитку. Наразі й на суспільному рівні стан здоров'я населення впливає на формування і належність реалізації таких значущих властивостей-здібностей сукупного суб'єкта суспільної життєдіяльності, як трудова мобільність, інтелектуальний рівень, освітньо-професійні спроможності індивідів тощо. Здоров'я населення виступає як постійна основа його економічної продуктивності, той фундамент, на якому формується почуття персонального благополуччя кожного члена суспільства [6, с. 41).

Знання. Знання як важлива складова соціального розвитку позиціонується акцентуванням уваги на продовженому навчанні, або освіті протягом життя. Грамотність населення, її інтелектуальний потенціал –

запорука суспільного прогресу. Усвідомивши важливість освітньої складової, уряди багатьох країн випереджують розвиток нашої держави на десятки років.

Доступ до ресурсів. Матеріальний добробут, як завершальна складова людського розвитку, виступає радше як сприятлива умова для розширення варіантів потенційних можливостей та забезпечення достойного рівня їхньої реалізації суспільством. Ключова увага в даному контексті приділяється справедливості та доцільності отримання фінансової винагороди, а не її величини. В той же час виправданою вважається підтримка населення через здійснення ним суспільно-корисної діяльності, що потребує фінансової мотивації, ніж пасивна підтримка нужденних верств шляхом виділення дотацій [6].

Таким чином концепція людського розвитку стала найкращим досягненням людської цивілізації ХХ ст. Її складові - довге й здорове життя, знання та доступ до ресурсів являються загальновизнаними цінностями на будь-якому етапі розвитку людства. У фокусі концепції знаходяться людина та створення найсприятливіших умов для задоволення її потреб, всебічного розвитку її здібностей, що підносить суспільний прогрес за перерахованих умов до найвищого рівня розвитку.

1.2 Здоров'я населення: зміст категорії та основні сфери його оцінки

Проблема збереження й зміцнення здоров'я населення протягом усього людського розвитку залишається в центрі уваги як самого суспільства, так і наукової спільноти.

На сьогоднішній день фахівцями з різних наукових дисциплін сформульовано більше 450 визначень здоров'я людини.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я «здоров'я» – це стан повного фізичного, психічного (в інших джерелах – душевного) і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб чи фізичних вад.

Можна відзначити шість основних типів сутнісних елементів визначення здоров'я (рис.1.2):

Здоров'я як норма функціонування організму на всіх рівнях його організації	Здоров'я як динамічна рівновага (гармонія) життєвих функцій організму	Здоров'я як повноцінне виконання основних соціальних функцій, участь у житті суспільства й активна трудова діяльність
ТИПИ СУТНІСНИХ ЕЛЕМЕНТІВ ВИЗНАЧЕННЯ ЗДОРОВ'Я		
Здатність організму адаптуватися до умов навколишнього середовища, що змінюється	Відсутність патологічних змін і нормальне самопочуття	Повне фізичне, духовне, розумове й соціальне благополуччя

Рисунок 1.2 – Типи сутнісних елементів визначення здоров'я

Джерело: побудовано на основі [7]

Ще одне надзвичайно актуальне визначення здоров'я сформульовано наступним чином: "Здоров'я - поєднання анатомічної цілісності організму і нормального функціонування особистості в сімейній, соціальній і трудових ролях, включаючи здатність адаптації до стресу, суб'єктивне відчуття благополуччя, невіддатливості ризику тяжких хвороб і передчасної смерті" [8].

Детальне вивчення тлумачень поняття «здоров'я» визначило існування двох фундаментальних проблем, пов'язаних з трактуванням змісту.

Перша пов'язана з існуванням протиріч двох абсолютно різних станів людського організму : здоров'я та хвороба. Ці два поняття розрізняються кардинально: одне з станів нормальний, фізіологічний стан (йому відповідає поняття «здоров'я»), а друге - порушення, патологія (синонімом якого є поняття "хвороба"). Однак, між цими двома протилежними станами організму (хворобою та здоров'ям) у кожного індивіда існує безліч перехідних (проміжних) станів. Хороше самопочуття не виключає наявності в організмі хвороботворного початку, що ще не проявився. До того ж цілком здорова людина, яка не має жодних скарг на своє самопочуття, іноді може відчувати суб'єктивні коливання свого нормального стану, пов'язані з

сезонними змінами, метеозалежністю, порушеннями режиму дня, нераціональним харчуванням. Крім того під тривалим впливом надзвичайних подразників на людину на робочому місці, як то низькі температури в умовах холодного клімату, виробничий шум, великі фізичні навантаження чи значне емоційне "вигоряння" може виникати перенапруження захисно-приспосувальних сил людського організму, що може згодом також обумовити розвиток хвороби.

Суть іншої проблеми визначення поняття «здоров'я» полягає у багатовимірності феномену, яке виявляється на різних системних рівнях-індивідуальному - здоров'я індивіда та популяційному - «популяційне» здоров'я або здоров'я населення. Здоров'я людини як конкретного індивіда визначаємо як динамічну рівновагу функцій всіх внутрішніх органів і їх адекватна реакція на вплив навколишнього середовища [9].

Під індивідуальним здоров'ям розуміють динамічний стан збереження й розвитку психофізіологічних функцій індивіду, його оптимальної працездатності й соціальної активності при максимальній тривалості життя.

Визначення здоров'я населення можна розглядати як соціально-економічну категорію. Популяційне здоров'я (здоров'я населення, колективне, суспільне або громадське) – це процес соціально-історичного розвитку біологічної і психосоціальної життєздатності населення, яке проживає на певній території, у низці поколінь, підвищення його працездатності й продуктивності колективної праці, зростання екологічного домінування та вдосконалення людини як виду [7].

Узагальнюючи трактування різними дослідниками цього поняття, можна відмітити таку особливість: для іноземних експертів поняття «здоров'я населення» є дещо схожим, проте не ідентичним громадському здоров'ю; вітчизняні ж формулювання повністю ототожнюють поняття здоров'я населення та громадського здоров'я.

Перехід дослідження наукової спільноти здоров'я від індивідуального до суспільного рівня припав на епоху Просвітництва.

Процес формування «концепції здоров'я населення» проходив у три етапи (рис.1.3).

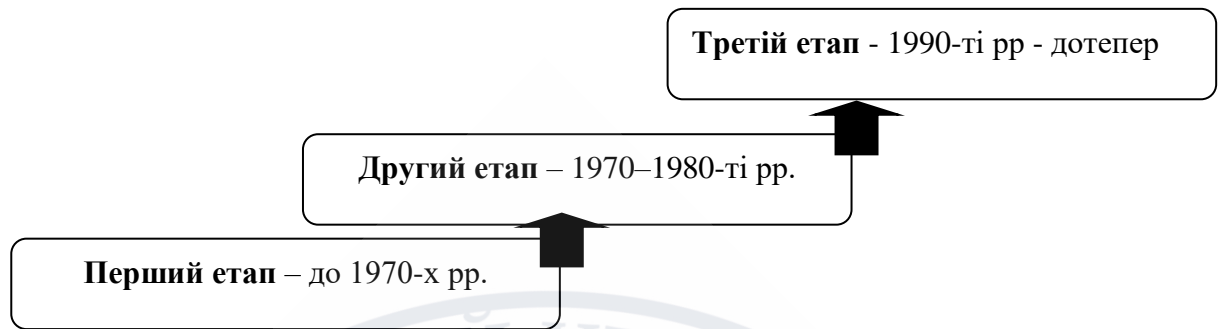


Рисунок 1.3 – Етапи формування «концепції здоров'я населення»

Аналізуючи підходи наукової спільноти до трактування поняття «здоров'я населення» важливо підкреслити основні аспекти, на які вони опираються у своїх визначеннях.

Прихильники першого підходу розцінюють «здоров'я населення» як здоров'я різних груп населення. Яскравим прибічником даного аспекту визначення поняття є Департамент охорони здоров'я штату НьюЙорк, який у 2012 році подав наступне визначення категорії: «Здоров'я населення – це стан здоров'я та охорона здоров'я в межах групи людей, а не стану здоров'я однієї людини. У свою чергу Міністерство охорони здоров'я Нової Зеландії підтримало дану позицію та в той же період подало своє визначення поняття як: здоров'я груп, сімей та громад, яке визначається за місцевістю, біологічними, соціальними чи культурними критеріями [10]. Серед фахівців наукового кола такої думки притримувалися і Кіндінг та Грег, які формулюють наступне тлумачення поняттю «здоров'я населення»: «Здоров'я населення як один з концептів здоров'я може бути визначене як результат здоров'я групи індивідуумів з урахуванням розподілу цього результату в межах групи» [11].

Прибічники наступного підходу трактування поняття «здоров'я населення» акцентували увагу при формуванні своїх визначень на важливість саме соціальних (соціально-економічних) детермінант. Так згідно з думкою Дж. Данн і М. Хейса: «Здоров'я населення вимірюється індикаторами стану здоров'я і перебуває під впливом соціального, економічного і фізичного

середовищ, індивідуальної поведінки особи щодо здоров'я, особистих якостей і навичок, біології людини, розвитку дітей у молодшому віці, а також сфери медичних послуг". Т. Янг підтримував ідею, що «здоров'я населення – це концептуальна основа для роздумів про те, чому деякі люди здоровіші, за інших». Дж. Ласт у 2007 році конкретизував сукупність чинників, що впливають на стан здоров'я населення і розділив їх на наступні групи: фізичні, біологічні, поведінкові, соціальні, культурні, економічні та інші. Серед теоретичних узагальнень варто також згадати бачення О.Кудрявцевої на здоров'я населення, яка пропонує розглядати дане явище не як суму здоров'я окремих індивідів, а як інтегральну категорію, що чітко обумовлюється такими чинниками, як політика й стратегія держави, зосереджені на збереження і поліпшення здоров'я суспільства, умови взаємодії соціальних груп трудових колективів у процесі праці, суспільного життя, у побуті [10].

Ключовими термінами, на яких ґрунтується третій підхід до розуміння «здоров'я населення» є подолання нерівності у здоров'ї населення та охорона здоров'я. Так, наприклад Дж. Франк підкреслює необхідність спеціалістів охорони здоров'я критично розглядати соціальну нерівність і політику, підтримувати їх. Прихильником такої позиції також можна вважати Я. Беннета, який розцінює підхід до здоров'я як такий, що має за мету поліпшити стан здоров'я населення загалом та зменшити нерівності щодо здоров'я між його групами [10].

І нарешті останній четвертий підхід теоретичних досліджень поняття «здоров'я населення» зосереджує акцент на здоров'ї як важливому фактору соціально-економічної ефективності. На основі соціальної ефективності свою думку формулює П. Смелов, який пояснює здоров'я як головну властивість людської спільноти, її природний стан, що віддзеркалює індивідуальні реакції членів суспільства, їхню можливість у конкретних умовах найбільш ефективно здійснювати свої соціальний та біологічний функціонал. З іншого

боку Т. Підвисоцька визначає здоров'я як компонент людського капіталу й один із інструментів економічного зростання країни [10].

Сучасна соціальна політика країни ґрунтується на усвідомленні верховенством влади існування тісної взаємодії здоров'я індивідуального, тобто окремого індивіда, з суспільним.

У наукових джерелах можна почерпнути чимало різних модифікацій щодо структури і складових поняття здоров'я (табл.1.1).

Таблиця 1.1 – Підходи представників наукової спільноти щодо структури і складових поняття здоров'я

№	Джерело	Складові	Графічне зображення
1.	В.Горащук, 1998, 2000	Фізичне, психічне, духовне	Піраміда
2.	А. Царенко, Г. Яцук, 1998	Фізичне, соціальне, духовне	Піраміда
3.	Т.Воронцова, В.Пономаренко, І.Репік, 2005	Фізичне, соціальне, інтелектуальне, емоційне, духовне	Квітка
4.	В.Язловецький, О.Язловецька, 2000	Фізичне, емоційне, розумове, соціальне, особистісне, духовне	Квітка
5.	О. Шевчук, 2005	Фізичне, соматичне, психічне (розумове, емоційне), соціальне	-
6.	Г.Воскобойнікова, 2014	Біологічне, соціальне, психологічне, духовне (фізичне, інтелектуальне, моральне)	-
7.	Б. Долинський, 2016	Фізичне, психічне, моральне, духовне, соціальне, професійне	Циклічна схема

Джерело: побудовано на основі [7]

Здоров'я людини можна розглянути як систему, що складається з трьох взаємопов'язаних рівнів: біологічний, психологічний та соціально-економічний.

Одним із елементів дослідження медичної моделі здоров'я є біологічне здоров'я, що насамперед має спадкову основу та пов'язане із збалансованою роботою всіх внутрішніх органів, основних функцій життєздатності людини. Зазначені фізіологічні процеси визначають певну фізичну форму, здатність до відтворення та інші ознаки життєдіяльності людини як біологічної

одиниці. Біологічне здоров'я може мати зв'язок з явищами природи, наприклад природною катастрофою.

Наступним рівнем є психологічний, який є невід'ємною компонентою у визначенні здоров'я та формуванні його в колі як і окремих індивідуумів, так і населення загалом. Цей рівень є умовним аналізом дослідження сприйняття, уявлень, емоцій та поведінки індивідуумів (населення) щодо здоров'я. Психологічний рівень є показником усвідомлення себе особистістю і залежить від розвитку емоційної, мотиваційної та вольової сфер. До того ж, саме цей рівень демонструє реальне усвідомлення цінності здоров'я як найважливішим пріоритетом в житті людини, важливістю турботи та догляду за ним.

Найвищою ланкою в запропонованій умовній системі є соціально-економічний рівень. Запропоновану модель можна вважати як аналогію піраміди потреб А. Маслоу, де первинні (фізіологічні) потреби займають найнижчі сходинки, а вторинні (соціальні, психологічні) – верхівку. Теорія А.Маслоу була предметом дослідження та критики робіт багатьох науковців, що з одного боку свідчить про її недосконалість. Проте, саме дана теорія впродовж років є ядром в системі діяльності управління та організації. Паралельність ієрархій потреб до ієрархії здоров'я має право на існування. Людство пододало складний еволюційний шлях, щоб досконалим та з усіх аспектів сформулювати та оцінити здоров'я. Вирішальну роль СЕД для здоров'я як для індивідуумів, так і для населення в цілому було остаточно обґрунтовано після низки досліджень останніх десятиріч. В додаток цьому, біологічні та психологічні складові здоров'я неприпустимо залишати осторонь. Варто зауважити, що вони перебувають у безперервному зв'язку [12, с.70].

Сфера охоплення соціально-економічного рівня є значно ширшою, що обумовлено глибиною соціально-економічних аспектів життєдіяльності населення:

культурний – тобто внесок та вплив на формування сприйняття здоров'я як основи життєдіяльності індивідуума. Культура є важливим рушієм до розширення світогляду, переконань, цінностей, поведінки особистості. Певною мірою переконання та установки сучасної молоді є наслідком національної культури;

когнітивний – виявляє пізнавальні навички особистості. Для людини і її здоров'я важливо бути проінформованим щодо власної фізіології та патологій в організмі, а також, звичайно, впливу факторів середовища на їх функціонування;

екологічний – оснований твердженням, що взаємодія здоров'я та навколишнього середовища охоплює всі можливі чинники (фізичні, хімічні, біологічні) на людину ззовні. Саме це є фундаментом формування поведінки людини, її світогляду та обізнаності щодо здоров'я.

демографічний – спричиняє появі вікових, статевих, шлюбно-сімейних та інших особливостей у інтерпретації здоров'я, а, особливо, репродуктивних установок, що визначає й репродуктивну поведінку. Структуризація населення, динаміка його зростання інформує індивідуума про систему здоров'я на суспільному рівні;

суспільний – пристосування до діючих умов суспільства, його установок, поглядів, цінностей, що сформувались в ньому історично. Як результат: здоровому суспільстві вирують здорові відносини;

економічний – віддзеркалення ресурсних потужностей у сфері економічної діяльності, що забезпечує відповідні показники рівня життя, доходів, витрат та продуктивності праці [12, с.72].

Проаналізувавши вищесказане, варто відзначити, що аспекти соціально-економічного сектору визначають його роль і в історичному просторі. Трансформації та зміни соціально-економічних умов впливають на покращення здоров'я, визначення його суті. Насамперед, такі перетворення стали, так би мовити, каталізатором до змін охорони здоров'я, методів лікування, профілактики захворюваності тощо.

Отже, на сьогодні не існує єдиного визначення поняття «здоров'я населення». Існуючі підходи до трактування категорії розглядають категорію з наступних аспектів: здоров'я різних груп населення; фокус на важливості соціально-економічних детермінант; подолання нерівності у здоров'ї населення та охорона здоров'я; та акцент на здоров'ї як важливому фактору соціально-економічної ефективності. Феномен здоров'я розглядається фахівцями на трьох рівнях - біологічному, психологічному та соціально-економічному.

1.3 Чинники впливу на здоров'я населення країни

Значну увагу у контексті дослідження здоров'я населення ученими приділяється з'ясуванню причинно-наслідкових зв'язків між здоров'ям населення та чинниками, що його визначають.

Перші дискусії стосовно впливу зовнішніх чинників на здоров'я мали місце ще у XIX ст., проте до 1950-х років визначальними серед них фахівці вважали біологічні та фізичні.

Виникнення хвороб та особливості їх поширення визначаються природно-екологічними та соціально-економічними чинниками, значення останніх з яких набуває все більшого значення через вплив способу життя, доходів населення, житлових умов, структури харчування та ряду інших чинників.

Дослідниками по-різному обґрунтовуються схеми класифікації чинників захворюваності та здоров'я населення. Розглянемо окремі підходи до їх виділення та класифікації (табл.1.2).

Розділилася й думка відомих дослідників щодо ранжування факторів впливу відповідно до інтенсивності дії конкретної кваліфікаційної групи.

Для прикладу за Дж. Роббінсом найбільш значущою за своєю інтенсивністю є група чинників, пов'язана зі способом життя, на які припадає 51-52% загального впливу. Чинник навколишнього (природного) середовища охоплює 20-21% впливу, біологічні фактори, як то спадковість, стать, вік

тощо – 19-20%. На групу факторів, пов'язаних із обсягом і якістю медичної допомоги залишається 8-9% впливу.

Таблиця 1.2 – Підходи до класифікації чинників захворюваності та здоров'я населення

№ п/п	Автор	Класифікація
1	2	3
1.	Дж. Роббінс	<ul style="list-style-type: none"> - спосіб життя; - біологічні фактори; - стан навколишнього (природного) середовища; - обсяг і якість медичної допомоги - вакцинація, періодичність медичних обстежень, своєчасність та якість лікування
2.	В. Куценко	<ul style="list-style-type: none"> - спадковість і генетичний фонд; - рівень розвитку системи охорони здоров'я; - спосіб та рівень життя населення; - рівень розвитку продуктивних сил; - стан навколишнього середовища; - політичні рішення щодо розвитку охорони здоров'я
3.	Л. Немець, Г. Баркова	<ul style="list-style-type: none"> - суспільно-географічні; - історичні (звичаї, традиції); - економічні (державне фінансування галузі, доходи та витрати населення, рівень життя тощо); - демографічні (природний рух, міграції населення); - соціальні (наявність та рівень соціальної інфраструктури, рівень життя, умови праці, можливості оздоровлення) - екологічні.
4.	Д.Шиян	<ul style="list-style-type: none"> - природно-географічні особливості; - рівень економічного та соціального розвитку регіонів, - рівень екологічного стану навколишнього середовища, - рівень розвитку системи охорони здоров'я.
5.	Р. Молікевич	<ul style="list-style-type: none"> - природні; - демографічні; - соціально-економічні; - соціокультурні; - екологічні.

Джерело: побудовано на основі [13]

В. Куценко найважливішими факторами середовища, які впливають на стан здоров'я населення регіону відзначає просторову неоднорідність і нерівномірність розвитку медико-просторових явищ і процесів, їх територіальне вирівнювання та територіальну поляризацію, зональність та

азональність передумов і проявів, наявність детермінуючих зв'язків медико-просторових явищ і процесів.

Р. Молікевич акцентує увагу на тому, що окремі чинники «поєднуються» у своєму впливі на здоров'я населення, підсилюючи або послаблюючи один одного. На його думку, оскільки іноді дуже важко відділити один чинник від іншого, з'ясувати силу впливу фактора, тому доцільніше вести мову про ймовірність збільшення ризику для здоров'я чи поширення конкретної групи хвороб, що методично реалізується за допомогою кореляційного аналізу. Серед найпріоритетніших факторів формування сучасної медико-демографічної ситуації він називає рівні соціально-економічного розвитку, урбанізації, розвитку системи охорони здоров'я.

За переконаннями В. Петленко найбільш значущими факторами для здоров'я населення є соціальні та екологічні. Їх внесок для здоров'я – 25% на кожну групу відповідно. Особистісним генетичним та психологічним ознакам відводиться на думку вченого 20% впливу. Медичні детермінанти, тобто система здоров'язбереження, здатна повпливати на стан здоров'я нації лише на 10% [14].

У свою чергу Ю.Лісіцин виділяє чотири чинники впливу: спосіб життя; генетика, біологія людини; зовнішнє середовище; охорона здоров'я. Домінуюча роль у формуванні здоров'я людей відводиться способу життя, на яке відводиться 50-55% впливу. До цієї групи чинників включаємо паління, зловживання алкоголем, вживання наркотиків, нераціональне харчування, працю в шкідливих умовах, стреси, гіподинамію, незадовільні побутові умови тощо. На другому місці за інтенсивністю впливу – зовнішнє середовище (20-25%), куди відносять забруднення повітря, води, ґрунту, понаднормовий рівень радіації, електромагнітні поля тощо. Наступну сходинку займає генетичний фактор та біології людини. Частка впливу оцінюється у 15-20% залежно від існуючих умов. І нарешті останньому

фактору у даній сукупності охороні здоров'я залишається всього 8-10% впливу [15].

Ряд інших фахівців, у тому числі Дж.-М. Макгінніс розподіляє значення різних груп детермінант здоров'я так: поведінкові взірці здоров'я – 40%; генетика – 30%; соціальні обставини – 15%; медичне обслуговування – 10%; довкілля – 5% [16].

На основі аналізу різноманітних підходів до оцінювання впливу детермінант на стан здоров'я населення, варто підкреслити, що більшість досліджень віддає перевагу соціальним детермінантам здоров'я, як таким, що визначають здоров'я населення, практично у межах 40–50%. В той же час системі охорони здоров'я у дослідженнях більш раннього періоду відводиться лише 5-10%, що вочевидь свідчить про недосконалість системи медичного обслуговування в ті часи, недоступність отримання медичних послуг на багатьох територіях. Якщо проаналізувати результати досліджень Університету Вісконсін, Інституту здоров'я населення та Канадського інституту перспективних досліджень 2010 та 2012 років відповідно, можемо відзначити підвищення ролі чинника медичного обслуговування до 20-25%, що підтверджує ефективність оздоровчо-охоронної діяльності за кордоном [17;18].

Поступово увага наукової спільноти змістилась на поглиблене вивчення детермінант як предметів дослідження здоров'я населення. Більшість фахівців ототожнюють поняття категорій «чинник» та «детермінанта». Для прикладу в Оксфордському словнику подано наступне трактування: «Детермінанта – це чинник, який здійснює вирішальний вплив на характер або результат чогось» . У чому ж полягає відмінність? Якщо чинники можуть впливати опосередковано або безпосередньо не впливати тоді як триває дослідження, тобто бути потенційними, то детермінанти обов'язково впливають на об'єкт чи результат.

Важливим у даному контексті є дослідження питання систематизації та класифікації детермінант здоров'я. Певні наукові доробки у цьому напрямку

належать А. Антоновському, який вивчав шляхи пошуку причин захворюваності «вниз за течією» або «вгору проти течії». Детермінанти здоров'я розглядаються вченими на дистальному та проксимальному рівнях. У своїх наукових напрацюваннях Шушпанов Д.Г. визнав недоречним виділення дистального рівня, коли тема стосується здоров'я і запропонував поділ дистального рівня у його класичному розумінні на контекстуальний (глобальний аспект) та структурний (здоров'я груп населення) (рис1.4).



Рисунок 1.4 – Структура детермінант здоров'я населення за Шушпановим Д.Г.

Контекстуальний рівень об'єднує глобальні та суспільно-політичні детермінанти, які часто вважаються поза увагою, адже впливають на здоров'я опосередковано через детермінанти нижчих рівнів.

Глобальні детермінанти пов'язані зі складним явищем глобалізації – всесвітньої інтеграції технологічних, економічних, соціальних, культурних, інституційних, екологічних та інших процесів. У даному контексті вплив глобалізації на здоров'я може бути прямим – на рівні населення, або опосередкованим – через економіку та інші детермінанти, такі як освіта, культура тощо. Групу глобальних детермінант формують глобальні

структури управління, економічна глобалізація, міжнародна торгівля, міжнародна міграція, глобальні соціальні взаємодії (міграція, конфлікти, соціальний капітал та мережі зв'язку), глобальна зміна клімату тощо. Прикладами позитивного впливу глобальних структур на здоров'я суспільства можна вважати заборону Світовою організацією торгівлі імпорту продуктів, що містять шкідливий для здоров'я азбест; Стратегія Світового банку щодо викорінення крайньої бідності, що безсумнівно залишить відбиток на покращенні стану здоров'я людства [12].

Група суспільно-політичних детермінант охоплює наступні чинники впливу: національну політику, рівень демократії, рівень корупції, політичну обстановку та ефективність державного управління. Усі вони дійсні у межах конкретної країни. Для прикладу демократичні політичні інститути створюють додаткові можливості щодо розширення доступу до медичного страхування, розширюють коло медичних послуг, які покриває страховка. Політична обстановка, для прикладу ведення бойових дій на території певної країни, перш за все збільшують показники смертності, захворюваності, інвалідності населення; це вимагає переорієнтації фінансових ресурсів країни на військові витрати, що обмежує фінансове забезпечення інших державних сфер, включаючи і систему охорони здоров'я. Рівень корумпованості державних структур впливає з одного боку на підготовку кваліфікованих спеціалістів в медичних закладах, про рівень компетентності яких закладаються сумніви; з іншого - корупція саме у сфері охорони здоров'я, коли державні кошти використовуються не за призначенням (а можуть бути використані для придбання ліків, медичного обладнання чи найму необхідної додаткової чисельності медичного персоналу), або ж ситуації, коли доступ до якісної медицини є лише у заможних людей, які за допомогою своїх ресурсів можуть отримати перевагу у лікуванні перед тими, хто потребує термінової невідкладної допомоги [12].

Детермінанти структурного рівня впливають на здоров'я населення безпосередньо, проте при цьому не враховують його індивідуальних

особливостей. Детермінанти здоров'я населення на структурному рівні складають п'ять груп чинників: соціальні, економічні, культурні, медичні та екологічні.

Дослідження детермінант здоров'я населення на проксимальному (індивідуальному рівні) надає можливість для вивчення впливу конкретних чинників як щодо конкретних груп населення (територіальних, соціальних тощо), так і щодо окремих людей у межах цих груп. Цей рівень дослідження об'єднує конкретизовані соціальні, економічні, культурні та екологічні групи, які по різному відображаються на здоров'ї окремих індивідів на суспільних груп незважаючи на подібність демографічних, біологічних та інших ознак. Ряд перерахованих вище детермінант є саме екзогенного характеру, тобто зовнішніми щодо самої людини. Наступна група детермінант, що відноситься до проксимального рівня охоплює чинники ендогенного походження: біологічні та психологічні. Біологічні детермінанти пов'язані з генетичним фактором; психологічні також деякою мірою є спадковими, хоча й іноді з часом можуть змінюватися.

Таким чином на основі вивчених підходів щодо конкретизації та систематизації факторів впливу на здоров'я населення доцільно виокремити наступні шість груп чинників захворюваності та здоров'я населення (рис.1.5):

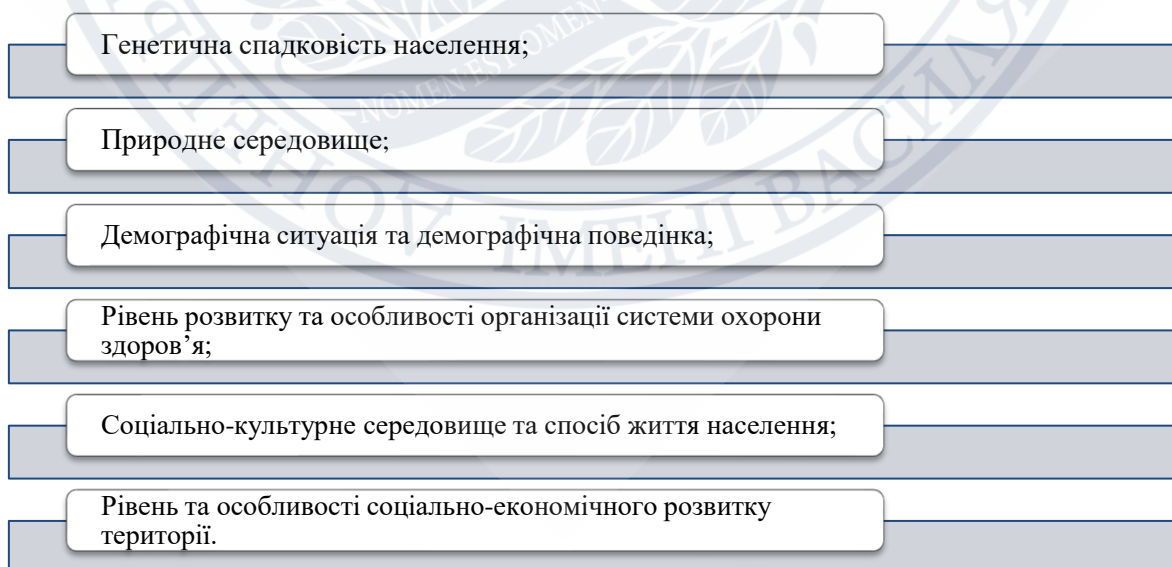


Рисунок 1.5 – Узагальнена класифікація чинників захворюваності та здоров'я населення [13]

Фактор генетичної спадковості – притаманна всім організмам здатність повторювати з покоління в покоління однакові особливості розвитку, прояви захворювання практично не залежать від впливу факторів. Сила дії спадкового чинника оцінюється ученими у 20%. Чимало захворювань мають спадкову природу. Пріоритетною проблемою сучасної медицини є охорона здоров'я матері та дитини.

Природне середовище відноситься до факторів зовнішнього впливу. До чинників сприятливого впливу щодо здоров'я нації у даній групі детермінант слід віднести лікувальні та рекреаційні властивості ландшафтів, лісових масивів, підземних вод тощо; до факторів згубного (негативного) впливу – забруднення атмосферного повітря стаціонарними та пересувними джерелами, забруднення ґрунтів, поверхневих та підземних вод, радіаційне забруднення, неефективне поводження з відходами тощо.

У свою чергу фактор демографічної ситуації та демографічної поведінки об'єднує наступні показники: очікувана тривалість життя, середній вік населення, рівень смертності, статевовікова структура населення, масштаби та інтенсивність міграційних процесів тощо.

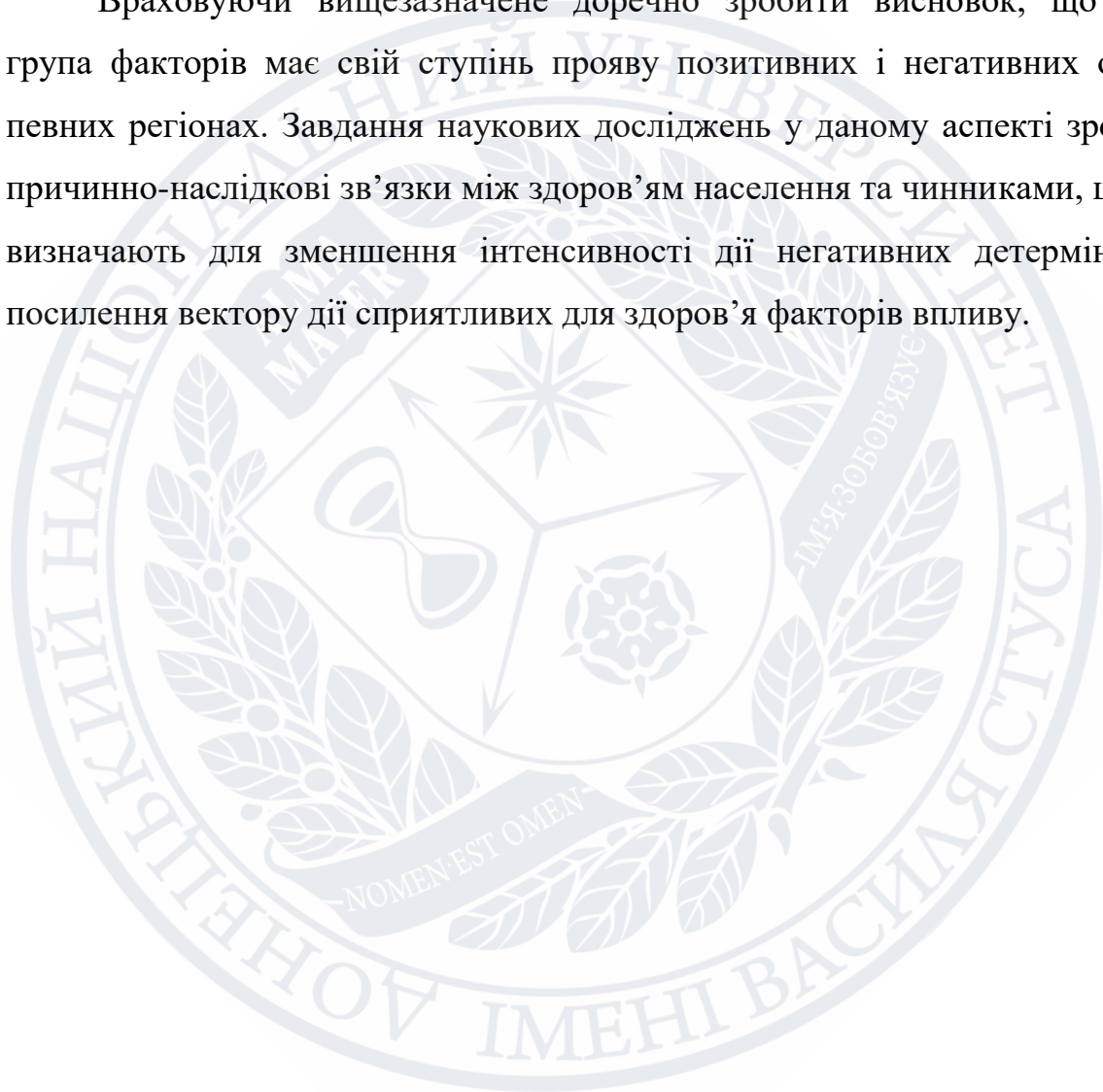
Важливу роль в контексті даного питання відіграє рівень розвитку та особливості організації системи охорони здоров'я. Конкретними факторами в аспекті здоров'язбереження виступають укомплектованість медичною інфраструктурою та фахівцями, якість та фізична і економічна доступність надання медичних послуг; рівень вакцинації населення; своєчасність проведення медичних реформ, ефективність управління медичною сферою, підготовка кадрів для охорони здоров'я, державне фінансування медичної сфери тощо.

Соціально-культурне середовище та спосіб життя населення як фактор здоров'я населення охоплює рівень соціальної напруги, поширення соціальних хвороб (тютюнопаління, алкоголізму, наркоманії), особливості харчування, особливості середовища проживання, праці, відпочинку (у тому

числі, наприклад, стреси, гіподинамія); поширення міського способу життя, рівень релігійності населення тощо).

рівень та особливості соціально-економічного розвитку території (спеціалізація регіонів, рівень індустріалізації та постіндустріалізації, рівень безробіття, доходів та витрат населення, поширення бідності, сформованість середнього класу тощо).

Враховуючи вищезазначене доречно зробити висновок, що кожна група факторів має свій ступінь прояву позитивних і негативних ознак в певних регіонах. Завдання наукових досліджень у даному аспекті зрозуміти причинно-наслідкові зв'язки між здоров'ям населення та чинниками, що його визначають для зменшення інтенсивності дії негативних детермінант та посилення вектору дії сприятливих для здоров'я факторів впливу.



РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ТА ЙОГО ВПЛИВУ НА ЛЮДСЬКИЙ РОЗВИТОК КРАЇНИ

2.1 Оцінка ключових показників здоров'я населення України

Всесторонній аналіз стану здоров'я населення країни потребує оцінки комплексу показників. В ідеалі обрані статистичні дані мають відображати інформацію про всі аспекти здоров'я та фактори впливу на його формування.

Першу групу дослідження формують демографічні показники. Вони охоплюють процеси природного руху населення - народжуваність, смертність, природний приріст, середню очікувану тривалість життя, смертність немовлят, причини смертності тощо.

Ключовий індикатор здоров'я населення будь-якої країни, який акумулює у собі всі основні детермінанти, що впливають на здоров'я – це очікувана тривалість життя, що являє собою прогностичний усереднений очікуваний інтервал між народженням і смертю для певного покоління.

На основі порівняння даного показника в цілому по Україні та окремо за статевою приналежністю вдалось визначити, що досліджуваний період характеризується зростаючою динамікою тривалості життя як за загальним показником, так і в розрізі статевих груп (рис. 2.1).

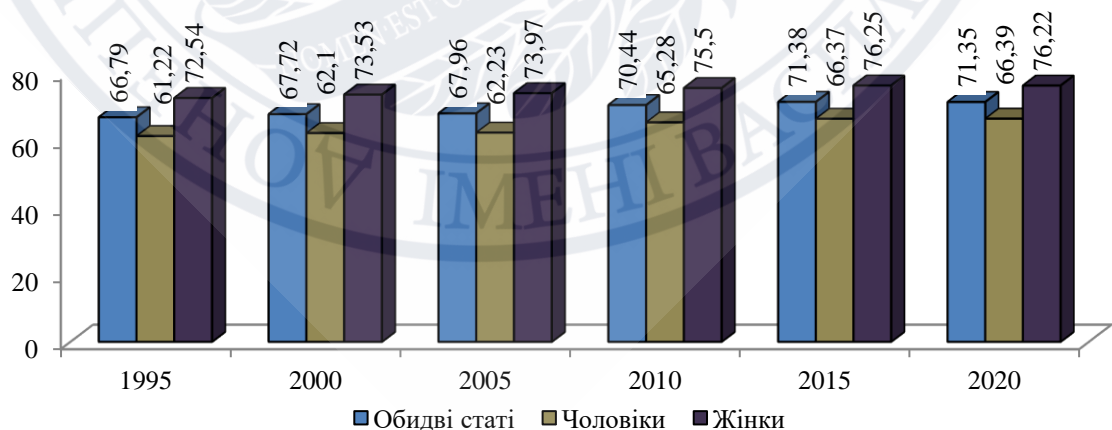


Рисунок 2.1 – Динаміка очікуваної тривалості життя загалом та у розрізі статевих груп за 1995-2020 рр., років

Джерело: складено автором на основі [19]

Середня тривалість життя жінок та чоловіків нашої держави помітно диференціюється – як правило українська жінка проживає більше на 10 років, що і продемонстровано на рисунку 2.1. Однак для більш чіткого розуміння позиції нашої країни за показником очікуваної тривалості життя при народженні варто провести аналогію з іншими країнами. Таким чином, на основі аналізу 28 країн включно з Україною за 2019 рік вдалося провести наступні паралелі:

Середня очікувана тривалість життя жінок при народженні в Україні становила 77 років. Найбільш подібною ситуацією в Європі до нашої країни є: в Болгарії – 78,8 років; Румунії – 79,5 років; Угорщині – 79,7 років, що є найнижчими в європейському просторі. Для прикладу, у розвинутих країнах світу цей показник набагато вищий: Іспанія – 86,7 років; Італія – 85,7 років; Німеччина – 83,7 років; Франція – 85,9 років.

Аналогічною є ситуація і для чоловіків. Середня очікувана тривалість життя при народженні у 2019 році була на рівні 66,9 років. Найближче за показниками до нас: Латвія – 70,9 років; Болгарія – 71,6 років; Литва – 71,6 років; Румунія – 71,9 років. Найвищу ланку у даному рейтингу зайняли: Іспанія – 81,1 роки; Італія – 81,4 роки; Швеція – 81,5 роки.

Щодо регіональної диференціації середньої очікуваної тривалості життя при народженні варто зазначити наступне. Найменша прогностична тривалість життя українців у Київській та Житомирській областях – 69,72 років. Найвища зафіксована західних областях: у Тернопільській (73,05 років), Івано-Франківській (72,83), Чернівецькій (72,81) областях. Це свідчить про наявність більш сприятливих для здоров'я населення детермінант на заході нашої країни.

Однією із особливостей природного руху в Україні є явище депопуляції, тобто перевищення показника смертності над показником народжуваності, що безумовно є віддзеркаленням негативних тенденцій в аспекті здоров'я населення (рис. 2.2).

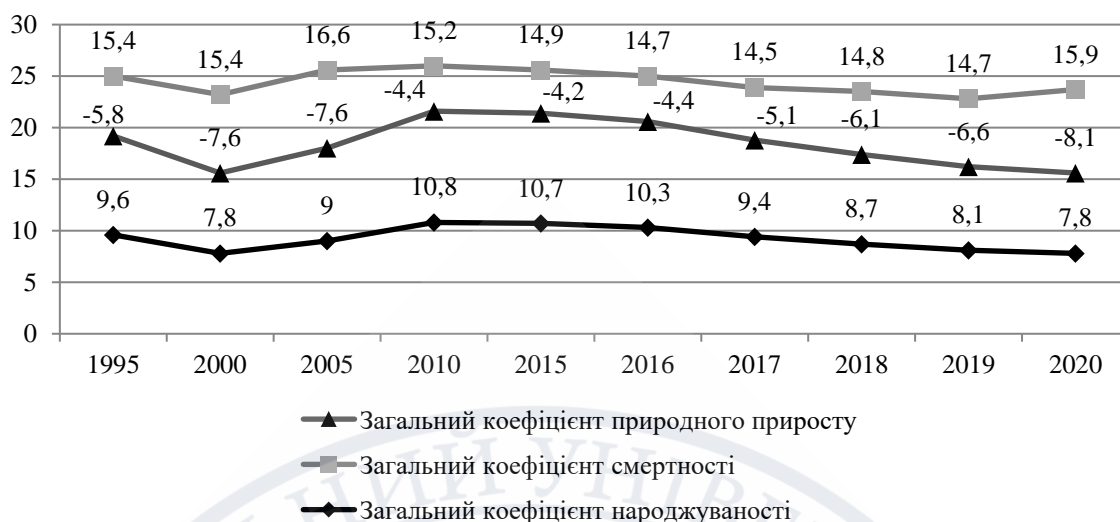


Рисунок 2.2 – Динаміка загального коефіцієнта народжуваності, смертності та природного приросту за 1995-2020 рр., років

Джерело: складено автором на основі [19]

З даних рисунку 2.2 помітні коливання, як і показників народжуваності, так і показників смертності. Так у період з 2005 по 2010 рік загальний коефіцієнт народжуваності рухався у напрямку зростання (+3%) і таким чином досягнув свого максимального значення 10,8 ‰. Іншими словами на 1000 осіб наявного населення припадало 10,8 живонароджених. Проте, починаючи з 2011 року, загальний коефіцієнт народжуваності продовжував рухатися донизу і в 2020 році повернувся до рівня 2000 року зі значенням 7,8‰, що є найменшим за досліджуваний період. У розрізі статей ситуація також відрізняється: за даними 2020 року на 100 дівчаток народилось 107 хлопчиків, що в принципі було характерно і раніше.

Це закономірна ситуація для того становища, в якому сьогодні перебуває Україна. Основними причинами зниження рівня народжуваності в Україні є нестабільність в державі, ускладнення геоекологічної ситуації, шлюбний фактор, низький рівень життя і медичного обслуговування, поширеність абортів, високий рівень зайнятості жінок, відсутність дієвого механізму соціально-економічної політики.

Що стосується загального коефіцієнта смертності в Україні, варто підкреслити, що характер зміни його рівня також виявився неоднозначним.

Починаючи з 2005 року, Україні вдалось до 2017 року скоротити його значення на 2,1‰. Однак розповсюдження пандемії Covid-19 по всьому світі і збільшення летальних випадків унаслідок хвороби загостило наявну ситуацію, і станом на 2020 рік ми отримали друге за величиною значення загального рівня смертності України за увесь період дослідження – 15,9 ‰ померлих на тисячу осіб наявного населення.

Побудована на рисунку 2.2 лінія тренду природного приросту населення в Україні є підтвердженням небезпеки такого розвитку подій. Хоча цей показник протягом усього проміжку дослідження залишався від’ємним, але на фоні попередніх показників ситуація в 2020 році є максимально критичною – -4,4 ‰ у 2010-2016 роках проти -8,1‰ має викликати занепокоєння та миттєву реакцію з боку верховенства держави.

Важливо дослідити ситуацію щодо смертності населення у розрізі вікових категорій (рис. 2.3). З цією метою населення країни було структуризовано на п’ять вікових сегментів (0-14; 15-24; 25-44; 45-60; 60 і більше). За основу дослідження було взято чотири роки: 2005, 2010, 2015 та 2020 відповідно.

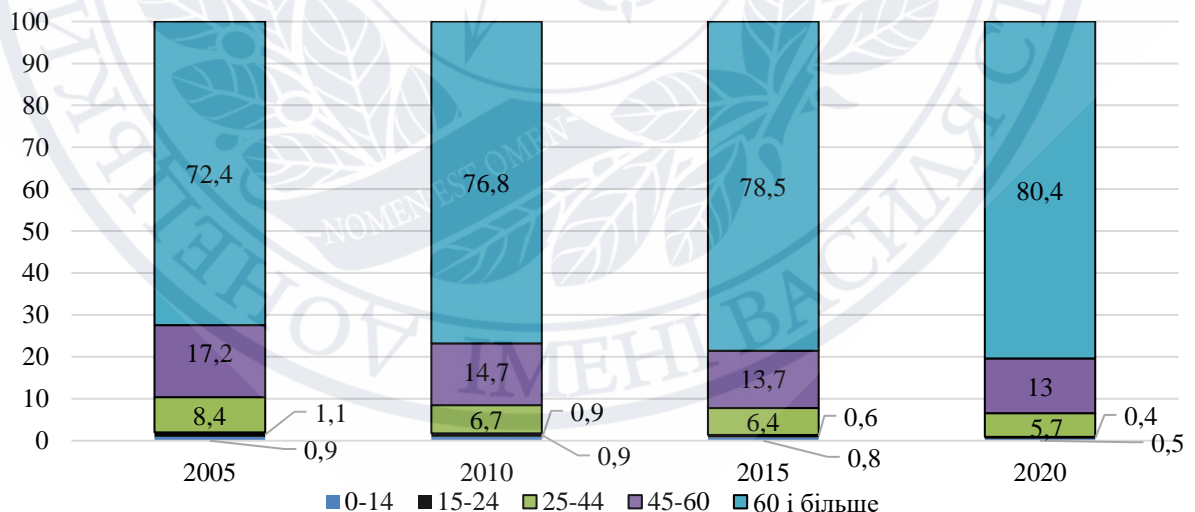


Рисунок 2.3 – Питома вага померлих в Україні у розрізі вікових груп за 2005, 2010, 2015, 2020 роки, %

Джерело: складено автором на основі [19]

Розгляд вікових особливостей смертності населення в Україні засвідчує, що найбільша частка летальних випадків за весь період зафіксована у віковій групі 60 і більше років, що відповідає традиційній моделі зміни поколінь. У той же час аналіз процентних співвідношень кількості смертей у різних вікових діапазонах продемонстрував одну позитивну тенденцію – у вікових групах 0-14, 15-24, 25-44, 45-60 спостерігається поступове зниження частки людських смертей. У той же період смертність у віковій групі 60 і більше років помірно зростає (за досліджуваний період +8%).

Структурний аналіз смертності не обходиться без вивчення її причин. Вивчення причинно-наслідкових зв'язків допомагає визначити основні детермінанти здоров'я, які за своєю суттю найактивніше проявили себе у якості дестимуляторів, щоб у майбутньому виправити цю ситуацію та упровадити комплекс заходів для їх нейтралізації.

Таблиця 2.1 відображає питому вагу людських смертей за сімома домінуючими підставами.

Таблиця 2.1 – Структура смертності населення України за причинами смерті у 2005-2020 рр.,%

	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2,2	2,1	1,7	1,6	1,5	1,5	1,4	1,1
Новоутворення	11,7	12,7	13,4	13,5	13,6	13,4	13,5	12,6
Хвороби системи кровообігу	62,5	66,6	68,0	67,2	67,0	66,7	67,0	66,2
Хвороби органів дихання	3,6	2,8	2,3	2,4	2,1	2,2	2,2	2,7
Хвороби органів травлення	4,1	3,8	3,8	3,8	3,8	4,2	4,2	4,0
Зовнішні причини смерті	8,9	6,3	5,8	5,4	5,4	5,3	5,2	4,6
Інші	7,0	5,7	5,0	6,1	6,4	6,7	6,7	8,8

Джерело: складено автором на основі [19]

Як видно з даних таблиці 2.1 серед причин смерті перше місце традиційно посідають захворювання системи кровообігу, частка яких у 2020 році склала 66,2%. На другому місці відповідно – новоутворення (12,6%). Третю ланку посіла смертність з інших причин (8,8%). Варто зазначити, що структура смертності за своїми причинами з часом змінюється. Це зумовлено рядом факторів: зміною статеві-вікового складу населення; рівнем та якістю медичного обслуговування; доступністю, обмеженою фінансовими можливостями громадян. З період від 2005 року й до нині в структурі смертності українського населення зменшилась частка смертей, зумовленими зовнішніми причинами (від 8,9% у 2005 році до 4,6% у 2020 році). Неможливо не відмітити скорочення частки смертності з причин деяких інфекційних та паразитарних хвороб (зокрема туберкульозу та СНІДу) майже в 2,5 рази (у 2005 р. – 17245 смертей; у 2020 р. – 6980 відповідно). Вочевидь це зумовлено не зменшенням кількості смертності за даних причин, а переорієнтацією на рекордні показники смертності внаслідок вірусу Covid-19.

Важливе місце у системі демографічних показників, що відображають стан здоров'я населення є рівень смертності немовлят (у віці до 1 року). Зміна даного показника відображена на рисунку 2.4

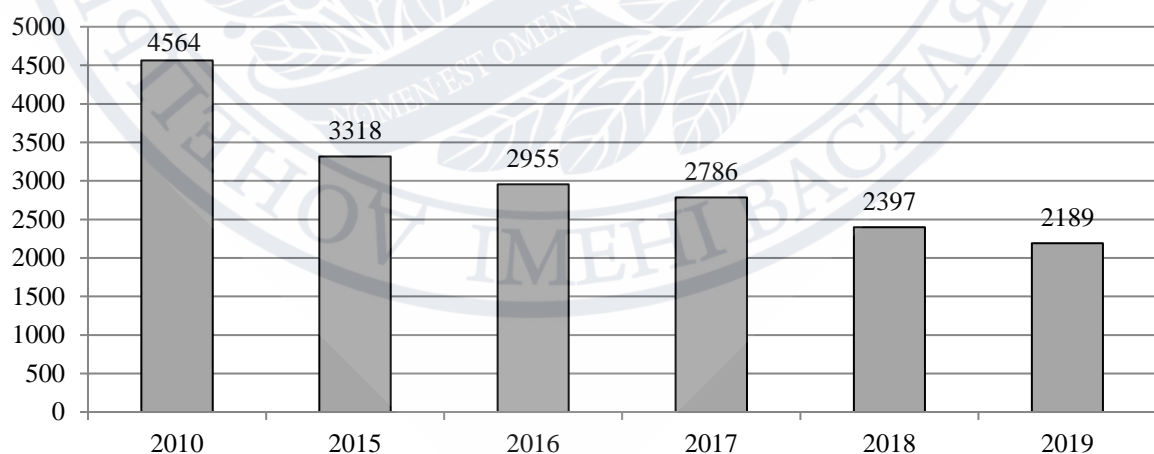


Рисунок 2.4 – Зміна чисельності померлих немовлят протягом 2010-2019рр, осіб

Джерело: складено автором на основі [20]

Візуальний огляд рисунку 2.4 демонструє постійну тенденцію до скорочення дитячої смертності у даній віковій категорії. Таким чином, протягом досліджуваного періоду кількість померлих дітей зменшилась на 2375 осіб або на 48%. Більш чітку картину стосовно дитячої смертності у віці до 1 року дасть нам відносний коефіцієнт. Станом на 2010 рік на 1000 живонароджених припадало 9,1 померлих дітей; 2015 рік – 7,9 померлих дітей; у 2019 році коефіцієнт смертності немовлят у віці до 1 року вдалося скоротити на 2,1 промільних пункти. Більша частина смертей, а саме 66,2%, припадає на перший місяць життя немовлят. Серед найпоширеніших причин смерті у 2019 році варто виділити:

- окремий стан, що виникає у перинатальному періоді (38,4‰);
- природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (17,2‰);
- зовнішні причини смерті (3,1 ‰).

Наступну групу показників, за допомогою якого можливо оцінити здоров'я населення утворюють статистичні дані щодо рівня захворюваності населення країни, її динаміки, структури тощо. Адже вивчення тенденцій захворюваності та поширеності хвороб серед різних вікових груп є основою для стратегічного реформування системи охорони здоров'я. Саме тому в процесі дослідження насамперед було проведено аналіз показників загальної захворюваності, щоб зрозуміти масштаби їх поширеності, в тому числі і первинної захворюваності (рис.2.5).

Аналіз поширеності захворювання серед всього населення України виявив тенденцію до зниження її показників починаючи з 2012 року. Якщо у 2012 році було зареєстровано 283451 випадків захворювань на 100 тисяч відповідного населення, то у 2017 році – 248991 випадок. Найбільш стрімке скорочення загальної захворюваності за досліджуваний період відбулось у 2014 році, коли кількість недужих спала на 26 458 осіб (на 100 тис.осіб). Незначне зростання зафіксовано у часовому проміжку 2010-2011рр., коли чисельність хворих зросла на 622 особи у розрахунку на 100 тисяч населення.

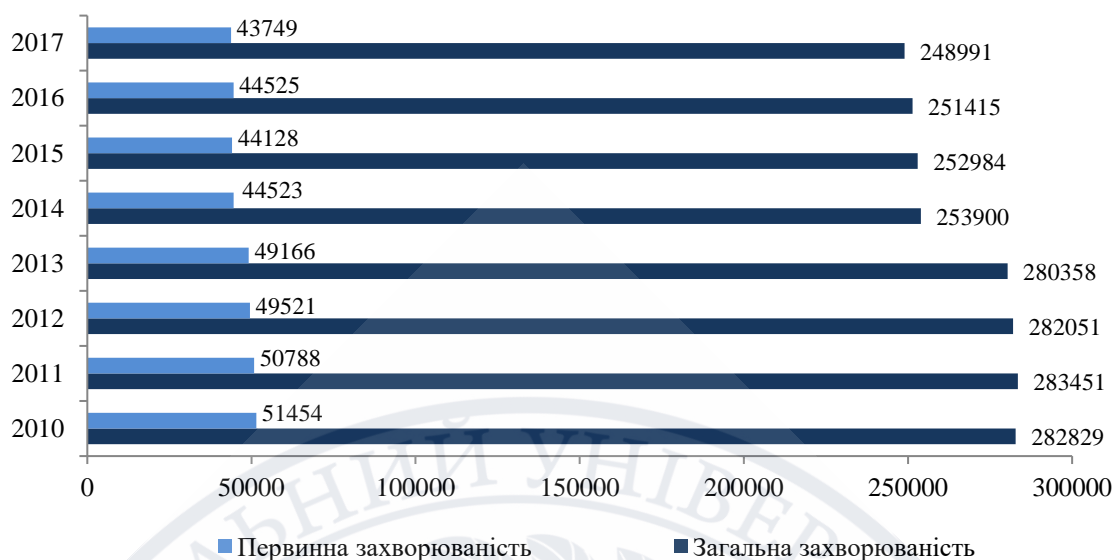


Рисунок 2.5— Динаміка загальної та первинної захворюваності, що зареєстровані в поточному році у 2010-2017рр. (на 100 тис. осіб), осіб

Джерело: складено автором на основі [21]

Що стосується первинної захворюваності, то варто сказати, що протягом 2010-2017рр. її рівень знизився на 15% - з 51454 на 100 тис. нас. у 2010 році до 43749 у 2017р. За період спостереження 2016 рік став єдиним, коли кількість уперше зареєстрованих захворювань зросла на 397 випадків на 100 тис. відповідного населення.

Не менш важливим відображенням рівня якості здоров'я суспільства та соціальної захищеності є рівень інвалідності в країні. Він найбільш яскраво відображає зниження серед населення функціональних можливостей організму, реакцій пристосування та захисту. Репрезентативним показником інвалідності у даному контексті вважаємо коефіцієнт інвалідності, зміни якого були проаналізовані на рисунку 2.6.

З рисунку 2.6 очевидно зростання коефіцієнта інвалідності за досліджуваний період: якщо у 2001 році на 1000 осіб населення припадало 53,9 особи з обмеженими можливостями, то у 2020 році – 64,5. У цілому протягом двадцяти років коефіцієнт інвалідності збільшився 10,6%. На тлі загальної зростаючої тенденції спостерігаємо виключення лише у 2006 році, коли його величина зменшилась на 0,6 промільних пункти. Максимальний коефіцієнт інвалідності у 2020 році викликає занепокоєння і потребує

прийняття певних мір для запобігання ще стрімкішого зростання даного показника.

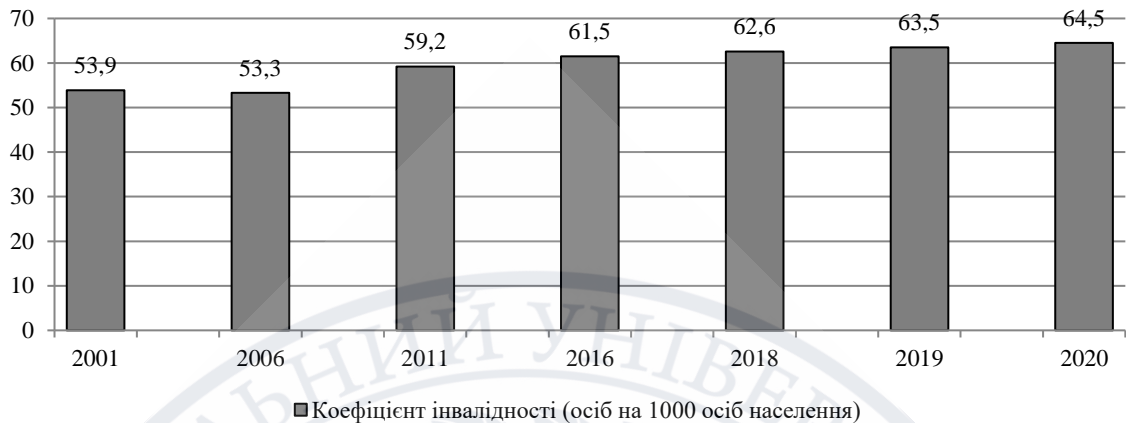


Рисунок 2.6 – Динаміка коефіцієнта інвалідності в Україні протягом 2001-2020рр, осіб на 1000 осіб відповідного населення

Джерело: складено автором на основі [22]

Як бачимо фактом залишається те, що чисельність інвалідів в Україні щораз зростає – з 2001 по 2020 р. їхня кількість підвищилась майже на 105 тис. осіб, або на 4.06%.

Для детальнішого розуміння ступеня втрати здоров'я було проаналізовано структуру інвалідності за групами: I, II, III групи та діти з інвалідністю (табл. 2.2).

Таблиця 2.2 – Структура інвалідності за її групами протягом 2001-2020рр.

	2001	2006	2011	2016	2018	2019	2020
Усього, тис.осіб	2597,5	2495,2	2710	2614,1	2635,6	2659,7	2703
З них I групи, тис.осіб	337,7	337,7	310,5	250,3	235,4	226,3	222,3
Питома вага,%	13	13,5	11,5	9,6	8,9	8,5	8,2
II групи, тис.осіб	1337	1128,4	1078,7	919	899,2	896,1	900,8
Питома вага,%	51,5	45,2	39,8	35,2	34,1	33,7	33,3
III групи, тис.осіб	768,5	906,5	1155,7	1291,2	1341,9	1375,7	1416
Питома вага,%	29,6	36,3	42,6	49,4	51	51,7	52,4
Діти з інвалідністю, тис.осіб	154,3	122,6	165,1	153,5	159	161,6	163,9
Питома вага,%	5,9	4,9	6,1	5,8	6	6,1	6,1

Джерело: складено автором на основі [22]

Таким чином, найбільшу питому вагу у складі населення з обмеженими можливостями у 2020 році займають особи з інвалідністю III групи загальної захворюваності. Їх частка в структурі складає 52,4%. На другому місці за чисельністю – особи з інвалідністю II групи (33,3%). На третьому місці – I група осіб з інвалідністю (8,2%).

Однак ще у 2001 році ситуація виглядала інакше. Найчисельнішою на той період вважалась II група (51,5%). Тобто упродовж досліджуваного періоду відбулися помітні структурні трансформації у розрізі окремих груп. А саме частка осіб з інвалідністю I групи скоротилась на 4,8%; II групи – на 18,2%. Найбільш суттєве зростання чисельності складу відбулося у III групі інвалідності. Відсоток зростання складової в структурі становить +22,8%. Таким чином зростання питомих ваг осіб з інвалідністю III групи відбулось за рахунок скорочення двох попередніх.

Скоріш за все це було зумовлено намірами та можливістю частини населення на початок розглянутого періоду отримати групу інвалідності фіктивно для отримання соціальної допомоги. На це існували певні причини: недосконалість законодавства, високий рівень безробіття, низький рівень заробітної плати працівників, незначна різниця в розмірах оплати праці та соціальних трансферів тощо.

На даному етапі попри існування раніше згаданих причин процедура отримання групи інвалідності дещо ускладнилась порівняно з попередніми роками з метою мінімізації чисельності людей з обмеженими можливостями особливо двох перших груп, а отже й скороченні й оптимізації соціальних виплат. Фахівці відмовляють в продовженні інвалідності і встановлення групи тій категорії, що звертається вперше. А тим кому вдалось набуття групи інвалідності звертають увагу на затяжність самого процесу.

Важливе місце у даному аспекті займає зокрема проблема дитячої інвалідності. Частка даної групи у структурі знаходиться в межах 4,9-6,2%. Загалом можна сказати, що частка дітей з інвалідністю мало змінилась за розглянутий період.

Причини дитячої інвалідності безперечно вивчаються у всіх країнах світу. Аналіз структури дитячої інвалідності в Україні за класами хвороб у 2019 році показав, що найбільш значущими в розвитку інвалідизуючих станів у дітей є (рис. 2.7): уроджені аномалії (вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії) – 30%; розлади психіки та поведінки – 16,5%; новоутворення – 15,5%; хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин - 9,7%.

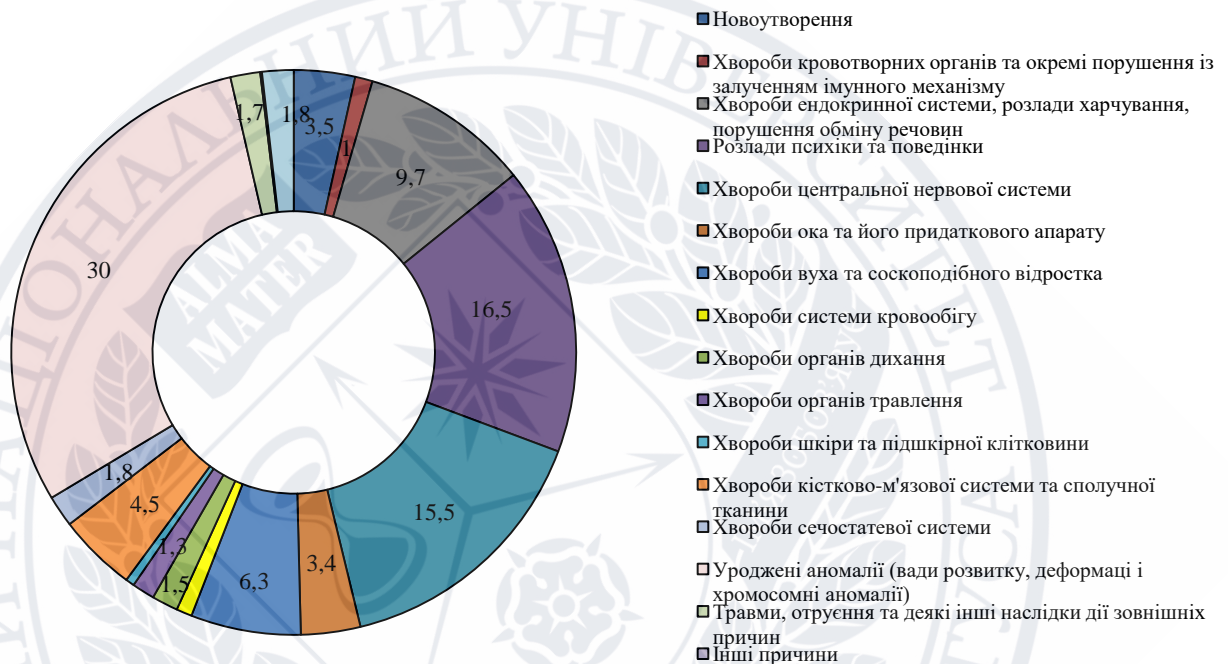


Рисунок 2.7 – Розподіл дітей з інвалідністю віком до 18 років за класами хвороб у 2019 році, %

Джерело: складено автором на основі [22]

Таким чином, переконуємось, що з четвірки запропонованих причин інвалідності у структурі домінуючу частку займає інвалідність від загального захворювання – 116139 осіб або 85,2%. На другому місці – інвалідність з дитинства, яка стала причиною встановлення інвалідності для 10255 осіб, або 7,5% відповідно. Третю позицію зайняла інвалідність внаслідок війни військовослужбовцями внаслідок поранення, контузії, каліцтва або захворювання, одержаних під час захисту суверенності нашої держави, питома вага якої на 2019 рік склала 5,4%, що є доволі передбачуваною ситуацією внаслідок ведення бойових дій на Сході країни.

На наступному етапі дослідження було проаналізовано причини первинної інвалідності серед усього населення України, структурна оцінка яких наведена на рисунку 2.8.

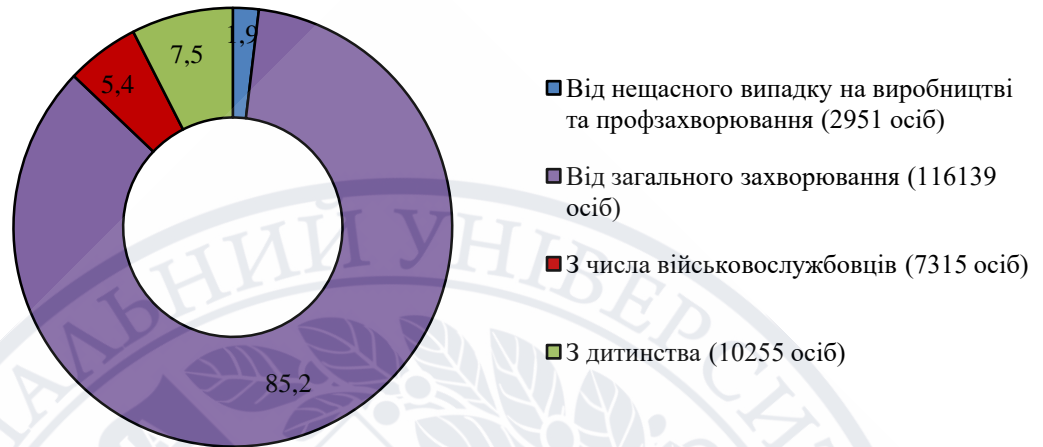


Рисунок 2.8 – Розподіл уперше визнаних осіб з інвалідністю за причинами інвалідності у 2019 році, %

Джерело: складено автором на основі [22]

Важливе місце в контексті оцінки сучасного стану здоров'я населення посідає статистика захворюваності пацієнтів на Covid-19 (див. табл. 2.2).

Таблиця 2.2 – Статистика захворюваності на Covid 19 та її поширеності за період 01.12.2020 – 27.11.2021

Дата	Всього	Померлі	Видужали	Хворіють
01.12.2020	745123	12548	355172	377403
01.01.2021	1064479	18680	720009	325790
01.02.2021	1221485	22768	1023915	174802
01.03.2021	1352134	26050	1171724	15436
01.04.2021	1691737	33246	1323083	335408
01.05.2021	2078086	44436	1670481	363169
01.06.2021	2204631	50699	2053167	100765
01.07.2021	2235801	52391	2168387	15023
01.08.2021	2253269	52951	2186994	13324
01.09.2021	2288371	53833	2208865	25673
01.10.2021	2435413	56446	2258455	120512
01.11.2021	2936238	68027	2442098	426113
27.11.2021	3414540	84717	2899967	429856

Джерело: складено автором на основі [23]

Аналізуючи дані таблиці 2.2 бачимо, що станом на 27.11.2021 в Україні зареєстровано 429856 хворих, що у відносному вираженні становить 12,8% із загальної кількості зареєстрованих випадків захворювання. Окрім того, протягом досліджуваного періоду:

2,3% випадків завершилися летальними наслідками;

у 84,9% випадків – пацієнтам вдалось перебороти хворобу і одужати.

Для точнішого розуміння спалахів корона вірусної інфекції в Україні, було розраховано щомісячні абсолютні зміни вищенаведених показників (табл.2.3).

Таблиця 2.3 – Абсолютні зміни захворюваності на Covid 19 та її поширеності за період 01.12.2020 – 27.11.2021

<i>Дата</i>	<i>Всього</i>	<i>Померлі</i>	<i>Видужали</i>	<i>Хворіють</i>
01.12.2020	-	-	-	-
01.01.2021	319356	6132	364837	-51613
01.02.2021	157006	4088	303906	-150988
01.03.2021	130649	3282	147809	-20442
01.04.2021	339603	7196	151359	181048
01.05.2021	386349	11190	347398	27761
01.06.2021	126545	6263	382686	-262404
01.07.2021	31170	1692	115220	-85742
01.08.2021	17468	560	18607	-1699
01.09.2021	35102	882	21871	12349
01.10.2021	147042	2613	49590	94839
01.11.2021	500825	11581	183643	305601
27.11.2021	478302	16690	457869	3743

Джерело: складено автором на основі [23]

Найбільший пік захворюваності спостерігався у жовтні (+30561 випадок), березні (+181048 випадків) та вересні (+94839 випадків). Найстрімкіший спад захворюваності за рахунок зростання чисельності видужалих зафіксовано у травні (-262404 випадки), січні (-150988 випадків), червні (-85742 випадки). Найбільше зростання летальних випадків внаслідок Covid-19 зареєстровано у листопаді (+16690 смертей), жовтні (+11581 смерть), квітні (+11190 смертей).

Третю групу показників, за якими можна зробити висновки про стан здоров'я населення є результати соціологічних досліджень стосовно

самооцінки здоров'я громадянами України та рівня їх доступності до окремих видів медичної допомоги. Це допомагає зробити висновки з приводу результативності проведених заходів у сфері охорони здоров'я та врахувати недоліки сьогоденної ситуації на майбутнє. На рисунку 2.9 проаналізовано результати оцінки стану здоров'я самими її жителями за 2009-2020 рр. включно.

В цілому можемо бачити, що протягом досліджуваного періоду суттєвих змін думок респондентів не відбулось. Аналізуючи суб'єктивну оцінку здоров'я респондуючої групи було встановлено наступне:

переважна більшість опитаних оцінили власне здоров'я як «добре». Частка таких відповідей у загальній структурі знаходиться в рамках 45,4-50,4%; найкраща ситуація була зафіксована у 2013 та 2019 роках;

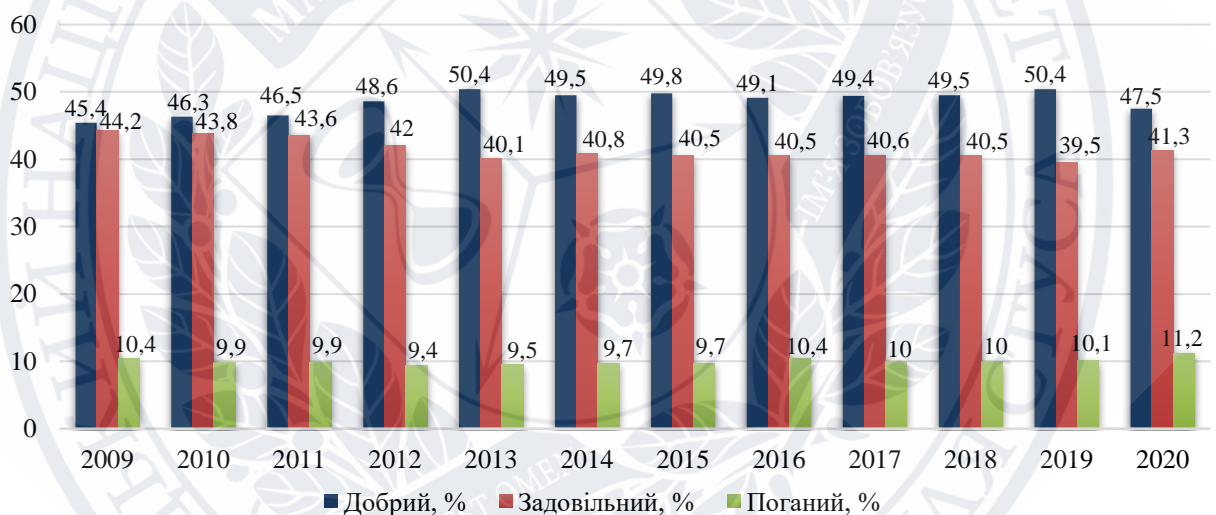


Рисунок 2.9 – Результати самооцінки населенням стану здоров'я за період 2009-2020рр.

Джерело: складено автором на основі [24]

задовільну оцінку своєму стану здоров'я поставили 40,1-43,6% групи;

на негативний висновок щодо стану свого здоров'я вказали 9,4-11,2%.

Найвищий показник зареєстровано у 2020 році (11,2%), де, окрім і так невтішної ситуації щодо поширеності захворювань, здоров'я населення України випробовує пандемія коронавірусу.

Для представлення і розуміння отриманих результатів самооцінки здоров'я респондентів було розділено на статеві групи та розподіл вікових груп у кожній із статей. Для детального аналізу взято дані 2020 року (рис.2.10).

У групі жінок найбільша кількість позитивних відгуків про стан здоров'я зафіксована у віковій групі 18-29 років – 76,6%, які оцінили стан здоров'я як «добрий». У цій же віковій групі найменша кількість оцінок «поганий» – 2,2%. Оцінку «задовільний» поставила решта опитуваних – 21,2%. Ситуація у віковій групі жінок 30-58 років наступна: оцінка «добрий» – 45,8%; оцінка «задовільний» – 47,5%; оцінка «поганий» – 6,7%. Серед населення старшого працездатного віку жіночої статі (59 років і старші) 6,7% вказали на «добрий» стан здоров'я; 61,6% – на «задовільний» стан здоров'я; 31,7% - на «поганий» стан здоров'я.

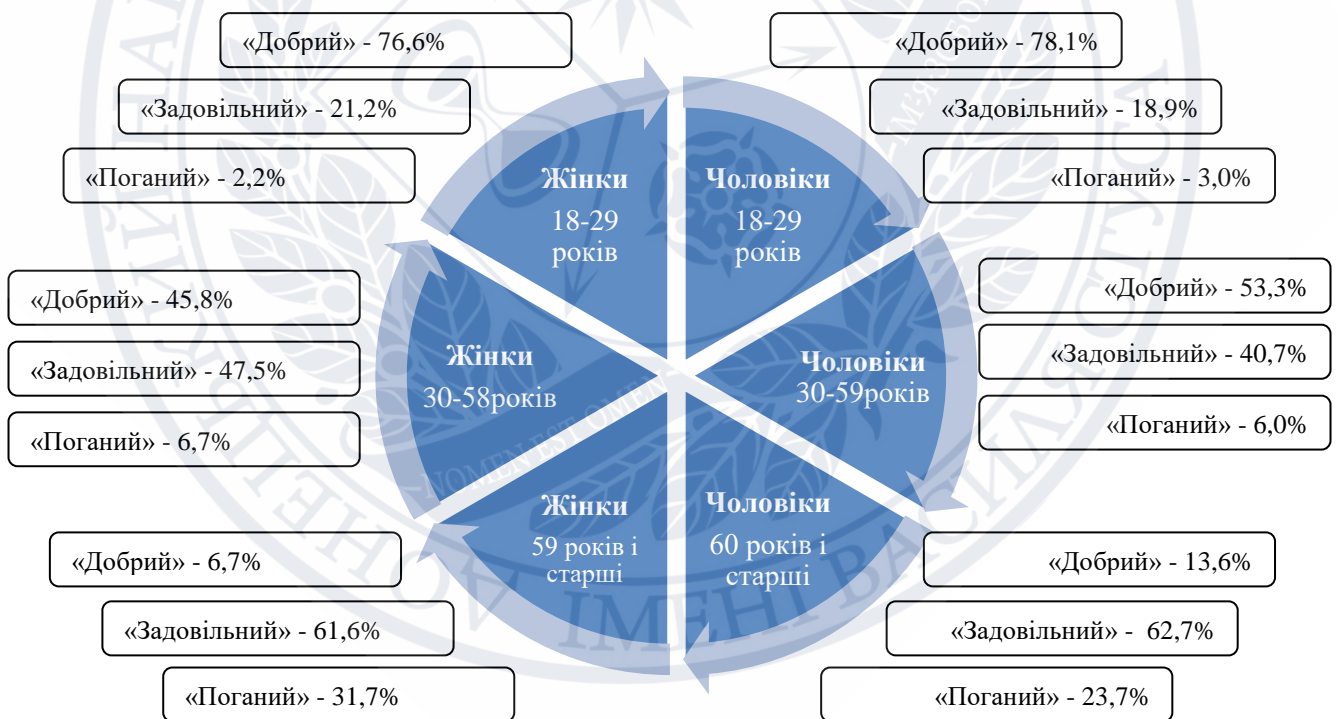


Рисунок 2.10 – Самооцінка населення стану здоров'я у розрізі статеві-вікових груп станом на 2020 рік

Джерело: складено автором на основі [24]

У розрізі вікових груп чоловічої статті населення аналогічно жіночій найбільша кількість позитивних оцінок стану здоров'я «добрий» – 78,1%. «Задовільну» оцінку своєму здоров'ю поставило 18,9% респондентів. Найменша питома вага негативних оцінок серед досліджуваних вікових груп чоловіків відноситься саме до цієї вікової категорії і складає 3%. Ситуація у віковій групі чоловіків 30-59 років виглядає наступним чином: оцінка «добрий» – 53,3%; оцінка «задовільний» – 40,7%; оцінка «поганий» – 6,0%. Серед населення старшого працездатного віку чоловічої статі (60 років і старші) 13,6% вказали на «добрий» стан здоров'я; 62,7% – на «задовільний» стан здоров'я; 23,7% - на «поганий» стан здоров'я.

Отже, на популяційному рівні здоров'я населення – це багатофакторна категорія, яка охоплює як об'єктивну, так і суб'єктивну компоненту. Для комплексного аналізу стану здоров'я населення застосовують ряд показників, зокрема: демографічних, даних щодо захворюваності та її поширеності, а також результатів соціологічного опитування для отримання зворотного зв'язку щодо дієвості медичної галузі в країні та її доступності для різних верств населення.

2.2 Аналіз ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я та його вплив на здоров'я населення

Запорукою належного функціонування системи охорони здоров'я вважається її ресурсне забезпечення, а саме його достатність та раціональне використання. Ресурсну базу медичної галузі можна охарактеризувати наступними характеристиками:

видатками зведеного бюджету на охорону здоров'я, в тому числі за видами надання медичної допомоги;

структурою закладів загальної/спеціалізованої медицини;

кадровим складом системи здоров'язбереження.

Очевидно, що без належного фінансування системи охорони здоров'я неможливо забезпечити потрібний обсяг медичних послуг населенню. Для

початку проаналізуємо джерела фінансування охорони здоров'я в Україні (рис.2.11).



Рисунок 2.11 – Розподіл загальних витрат на охорону здоров'я за джерелами фінансування, %

Джерело: складено автором на основі [25]

Основна частина витрат на охорону здоров'я на початок досліджуваного періоду приходилась на державні витрати, питома вага яких у загальній структурі складала 59,27%, у 2019 році – 46,77% тобто їх частка скоротилася на 12,5%. Натомість постійно зростає частка витрат приватного сектору, яка наразі є домінуючою серед джерел фінансування, відсоток якої становить 53,5%, основною складовою якого є витрати домогосподарств (49,22%).

Для прикладу наведемо статистичні дані щодо джерел фінансування лікарських засобів в Україні порівняно з іншими державами. В нашій країні лише купівля 12% лікарських засобів покривається державою, 88% оплачують пацієнти. На фоні інших держав ситуація складається зовсім інакше: в Польщі за рахунок власних коштів купуються 42% лікарських препаратів, в Латвії – 34%, в Угорщині – 24%, в Словаччині – 18%, в Чехії – 14%. Найбільша частка ринку лікарських засобів покривається державою у Чехії (46%), Угорщині (27%), Польщі (25%). У Словаччині 66% ринку лікарських препаратів реімбурсується в аптеці, в Латвії – 60%, в Угорщині – 49%, в Чехії – 41%, в Польщі – 33% відповідно. Загалом середній показник

для референтних країн при покритті державою витрат на лікарські засоби становить близько 74% на противагу Україні з її 12%.

Результати стану фінансування медичної галузі на макрорівні країни (див. дані табл. 2.3) переконливо засвідчують про позитивну динаміку зростання в абсолютному вимірі як статистичного показника реального обсягу видатків з державного бюджету країни, котрий за період 2005 по 2020 рік зріс на функціонуючу систему охорони здоров'я на 54,7 млрд. грн. або у 2,9 разів, так і показника обсягу бюджетних видатків на охорону здоров'я у розрахунку на одного жителя в рік, що у числовому виразі збільшився на 1382,7 млрд. грн. або у 3,3 рази. Та для реального відображення картини доцільно аналізувати саме відносні показники, так як зростання в абсолютному вимірі супроводжувалось інфляційними процесами.

Таблиця 2.4 – Фінансові витрати з бюджету на функціонуючу систему охорони здоров'я на макрорівні країні за період 2005–2020 роки

	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Видатки на охорону здоров'я (% ВВП)	3,5	4,0	3,6	3,2	3,4	3,3	3,2	4,1
Реальні видатки на охорону здоров'я, млрд. грн	28,5	34,28	71,0	66,3	78,6	80,2	82,3	83,2
Реальні видатки на охорону здоров'я на душу населення, грн	605,3	748,7	1657	1553	1850	1897	1959	1988

Джерело: складено автором на основі [21, 26]

Для більш ретельної оцінки стану фінансування системи охорони здоров'я України було проаналізовано результати дослідження Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо рівня національних витрат країн світу на здоров'язбереження, вираженому у відсотках від ВВП станом на 2017 рік (рис.2.12).

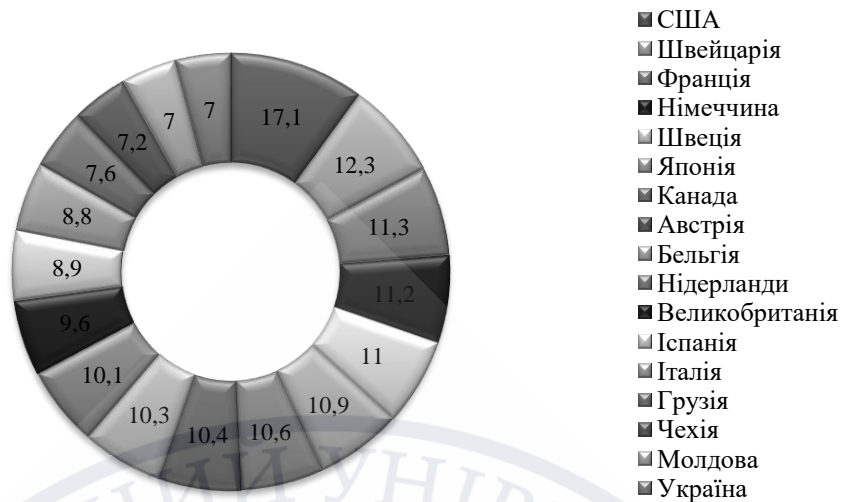


Рисунок 2.12 – Видатки на охорону здоров'я в країнах світу (як % від ВВП)

Джерело: складено автором на основі [27]

З рисунку 2.12 видно, що найбільшу частку свого ВВП на систему охорони здоров'я витрачають США (17,1%), Швейцарія (12,3%), Франція (11,3%). Вони є абсолютними лідерами серед обраних країн в даному рейтингу, однак і інші держави на їхньому фоні не дуже відстають. Нормальна частка витрат на медицину у світі вважається 8% від ВВП. В Україні тут вказано 7%, проте статистичні дані нашої країни вказують на значення 3-4% починаючи з 2020 року, що є нижчим від середньосвітових витрат майже утричі і не досягають рекомендованих ВООЗ 5%.

У контексті розкриття питання фінансування медичної галузі варто проаналізувати думку населення щодо доступності конкретних медичних послуг в країні. Варто відзначити, що у 2019 році в 98,4% домогосподарств хто-небудь з членів потребував медичної допомоги, придбання ліків та медичного обладнання. Однак через низку причин 24,4% опитаних не змогли задовольнити потребу в медичному обслуговуванні, а саме у даній сукупності: не вдалось придбати ліків – 83,2%, придбати медичне обладнання – 19,6%, відвідати лікаря – 35,3%, відвідати стоматолога – 35,2%, зробити протезування – 23,3%, провести медичне обстеження – 60,4%,

отримати лікувальні процедури – 26,5%, отримати лікування у стаціонарі – 45% респондентів.

На фоні дослідження питання ресурсного забезпечення охорони здоров'я варто згадати про процеси оптимізації чисельності медичних закладів по країні. На рисунку 2.13 відображено динаміку зміни кількості лікарняних закладів та лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів протягом 1995-2020рр.

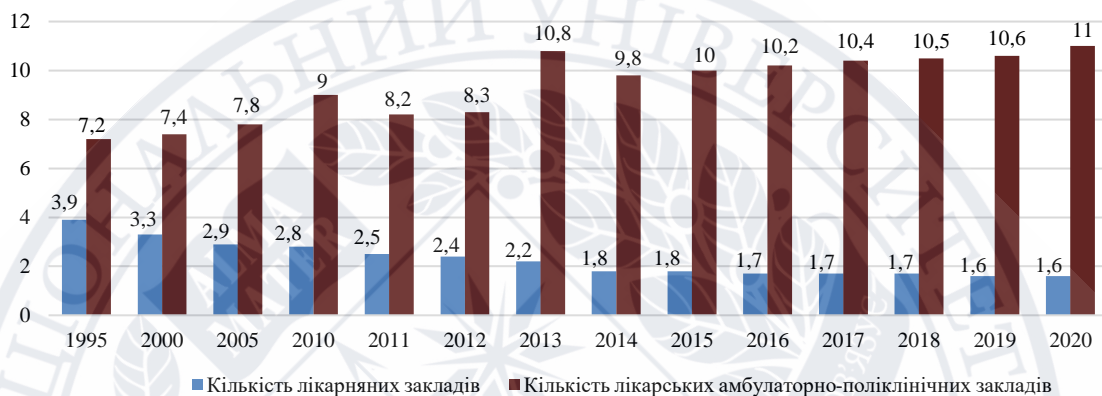


Рисунок 2.13 – Динаміка чисельності лікарняних закладів та амбулаторно-поліклінічних закладів протягом 1995-2020рр., тис. одиниць

Джерело: складено автором на основі [28]

Так, за даними Держстату виявлено, що тенденції зміни кількості лікарняних закладів та лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів протягом досліджуваного періоду відрізняються. Що стосується лікарняних закладів, то необхідно зауважити, що протягом 1995-2020рр. кількість лікарняних закладів з кожним наступним роком скорочувалась, загалом за період спостереження їхня кількість зменшилась з 3,9 тисяч одиниць у 1995 році до 1,6 тисяч одиниць у 2020, тобто на 2,3 тисяч закладів або у 2,4 рази. Аналізуючи ж стан закладів поліклінічної мережі в Україні підкреслимо, що динаміка зміни їх чисельності всередині країни носить скачкоподібний характер і в основному – має тенденцію до зростання. У загальному їхня кількість протягом 25 років зросла на 3,8 тисяч одиниць або 52,8% у відсотковому вираженні.

Для оцінки рівня забезпеченості медичною інфраструктурою сільських поселень було проаналізовано статистичні дані за 2010, 2015, 2020 роки у контексті зміни мережі фельдшерсько-акушерських пунктів (рис.2.14).

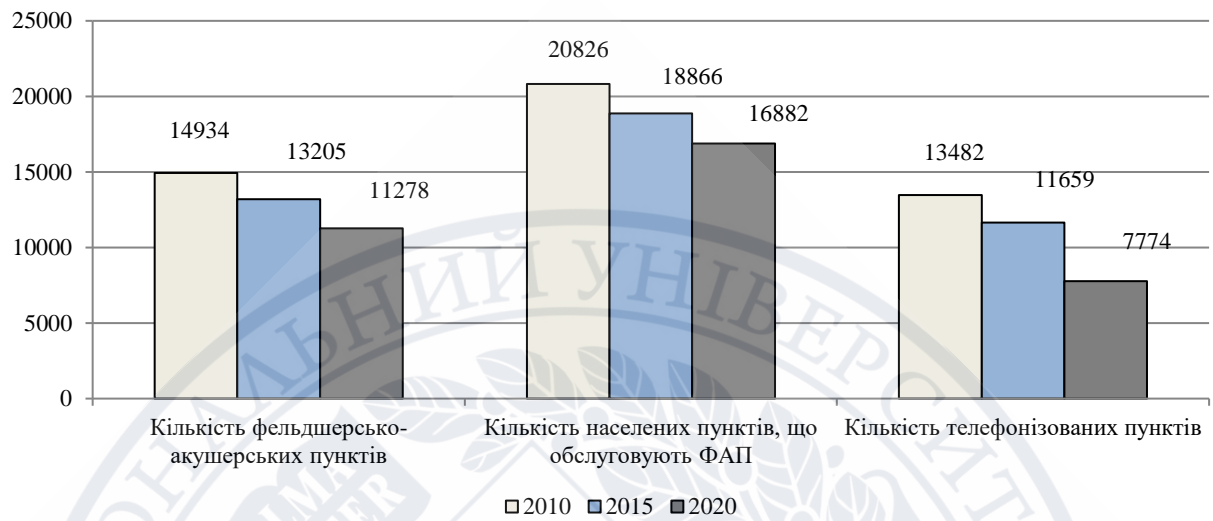


Рисунок 2.14 – Мережа фельдшерсько-акушерських пунктів в Україні за 2010, 2015, 2020 роки

Джерело: складено автором на основі [29]

З рисунку 2.14 робимо висновок, що кількість фельдшерсько-акушерських пунктів за період спостереження знизилась на 3656 одиниць або 24,5%. Негативною тенденцією також можна вважати зниження частки телефонізованих пунктів у мережі: у 2010 році їх частка складала 90,3%, у 2015 році – 88,3%, у 2020 – лише 68,9%. Завдяки розрахунку показника кількості населених пунктів, що обслуговується одним фельдшерсько-акушерським пунктом було виявлено наступне: у 2010 році один ФАП обслуговував 1,39 населених пункти, у 2015 році - 1,43 відповідно і станом на 2020 рік – 1,5 населених пункти.

Оптимізація медичної інфраструктури, зокрема лікарняних закладів, пояснюється з боку владних структур з точки зору покращення якості медичного обслуговування в країні. Аргументація органів влади – доступність та підвищення якості медичних послуг в центральних лікарнях для широких кіл населення, адже в селах та районних центрах немає

можливості отримати високоякісні послуги через відсутність досвідченого персоналу та, насамперед, сучасного матеріально-технічного забезпечення.

Про ефективність використання ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я свідчить аналіз ліжкового фонду, зокрема співвідношення кількості лікарняних ліжок до чисельності населення. Для детальнішого аналізу ліжкового фонду медичної галузі України було розглянуто в динаміці відносний показник забезпеченості лікарняними ліжками на 10 тисяч населення (рис. 2.15).

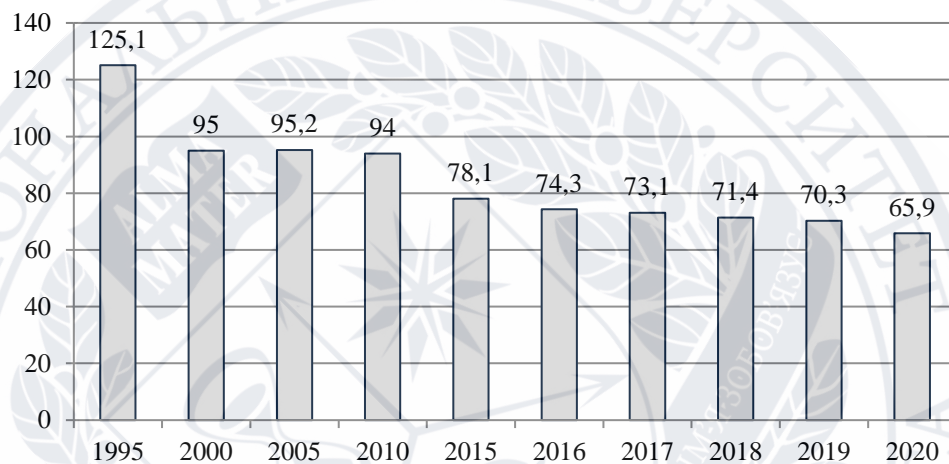


Рисунок 2.15 – Кількість лікарняних ліжок на 10 000 населення

Джерело: складено автором на основі [19,28]

Візуальний огляд рисунку 2.15 підтверджує процес оптимізації ліжкового фонду у закладах охорони здоров'я. Якщо у 1995 році на 10 тисяч населення відводилось 125,1 ліжка, то у 2020 році цей показник склав 65,9 ліжок на 10 тисяч населення, що майже удвічі менше.

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження нормативу забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками у розрахунку на 10 тисяч населення» було затверджено граничний норматив забезпечення стаціонарними ліжками – не більше 60 ліжок у розрахунку на 10 тисяч населення. Міністерством охорони здоров'я це обґрунтовується нераціональним використанням коштів на утримання лікарської установи шляхом недовикористання зайвої кількості ліжок та необхідності їх утримання, а завдяки оптимізації ліжкового фонду можливе перенаправлення

вивільнених коштів на фінансування інших, більш пріоритетних аспектів медичного обслуговування, а саме підвищення його якості та доступності.

Однак з іншого боку такий захід є невиправданий з точки зору неготовності системи охорони здоров'я до можливих спалахів суспільно небезпечних хвороб, прикладом яких на даний час стала пандемія Covid-19.

З метою більш якісного розуміння ресурсного забезпечення медичних закладів ліжковим фондом було проведено порівняння показників кількості лікарняних ліжок на 10 000 населення у 13 країнах (рис.2.16).

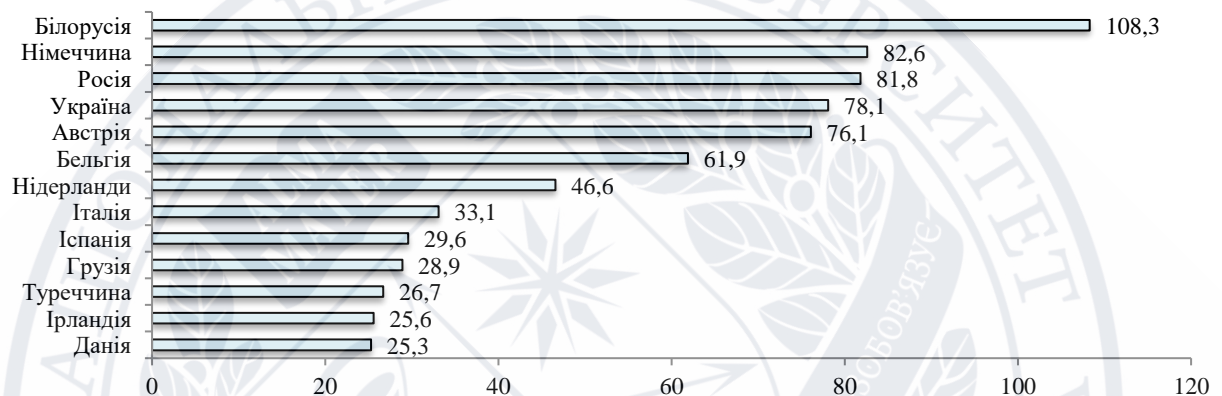


Рисунок 2.16 – Кількість лікарняних ліжок на 10 000 населення у країнах світу

Джерело: складено автором на основі [30]

Результати досліджень ВООЗ станом на 2015 рік показали наступну ситуацію щодо ліжкового фонду медичної галузі в світі.

Найвищий показник забезпеченості лікарняними ліжками на 10 тис. населення мають Данія - 25,3; Ірландія – 25,6; Туреччина – 26,7; Грузія – 28,9; Іспанія – 29,6.

Безперечними лідерами за кількістю відведених лікарняних ліжок на 10 тис. населення не тільки серед обраних для порівняння держав, а й в цілому у світовому вимірі мають Білорусія – 108,3; Німеччина – 82,6; Росія -81,8.

Україна займає середню ланку у даному рейтингу – 78,1 станом на 2015 рік. У середньому по Європейському регіону забезпеченість лікарнями ліжками становить 55,3 ліжка.

Наступним етапом дослідження ліжкового фонду України стала диференціація її регіонів за даним показником. З цією метою було розраховано показник кількості населення у розрахунку на одне лікарняне ліжко окремо в кожній області шляхом ділення чисельності постійного населення регіону на кількість лікарняних ліжок. Результати отриманих показників проілюстровано на рисунку 2.17.



Рисунок 2.17 – Кількість населення у розрахунку на одне лікарняне ліжко

Джерело: складено автором на основі [19;28]

Виходячи з даних рисунка 2.17 можна сказати, що у розрізі регіонів ліжковий фонд розподілений і використовуються нерівномірно. Найбільш критичною є ситуація у Луганській та Донецькій областях, де на одне лікарняне ліжко претендує 431,98 та 349,35 осіб відповідно. Особливо сприятливе серед регіонів країни склалося становище в місті Києві – 104,31 особи на 1 лікарняне ліжко, серед областей: Харківська -122,34; Чернігівська – 122,55; Кіровоградська – 123,47; Дніпропетровська - 127,07.

Не менш важливою складовою функціонування медичної галузі є кадрова політика. Якщо у 1995 році кількість лікарів усіх спеціальностей складала 230 тисяч осіб, середнього медичного персоналу - 595 тисяч осіб, то у 2020 році їхня чисельність зменшилась до 180 тисяч і 309 тисяч відповідно.

Для реального відображення стану кадрового забезпечення було розраховано та проаналізовано в динаміці чисельність лікарів та середнього медичного персоналу у розрахунку на 10 000 населення за період 2000-2021 років (рис.2.18).

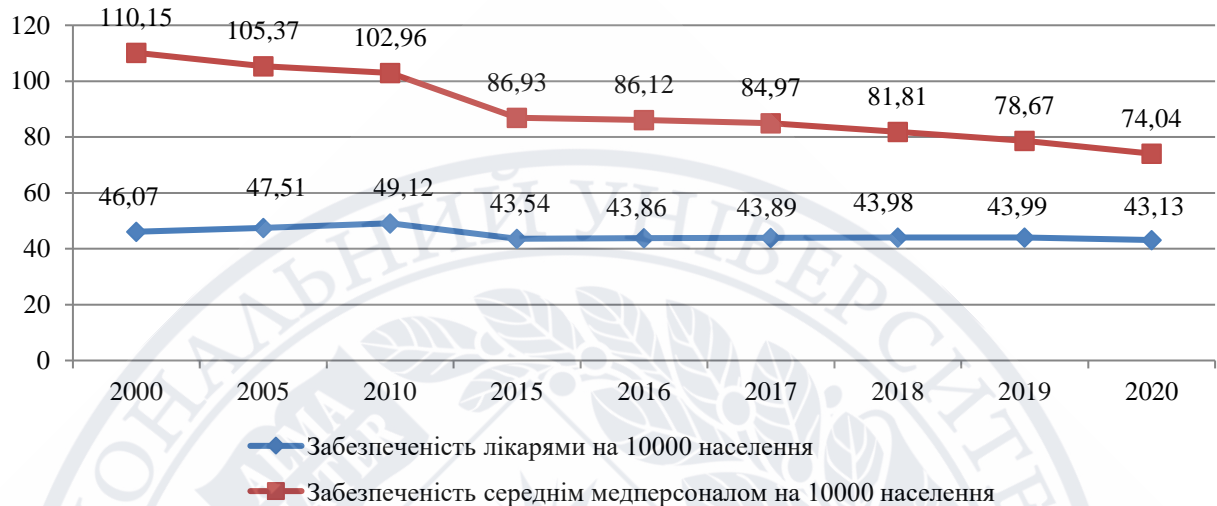


Рисунок 2.18 – Забезпеченість лікарями та середнім медперсоналом на 10000 населення, осіб

Джерело: складено автором на основі [19;28]

За даними рисунку 2.18 можемо спостерігати тенденцію зниження чисельності медичного персоналу у розрахунку на 10 тисяч населення як лікарських кадрів, так і середнього медичного персоналу.

Що стосується середнього медичного персоналу, то за період спостереження лінія тренду є постійно спадаючою. Протягом двадцяти років кількість середнього медперсоналу на 10 тисяч постійного населення скоротилась з 110,15 осіб у 2000 році до 74,04 особи у 2020 році, тобто на 36,11 осіб або майже у 1,5 разів. Аналізуючи ж динаміку зміни лікарських кадрів, варто зауважити циклічний характер коливання даного показника. Зокрема протягом 2000-2010 рр. забезпеченість лікарями на 10 тисяч населення збільшилась на 3,05 особи, далі до 2016 року очевидним є зменшення на 5,26 осіб, згодом знову зростання до 2019 року і в 2020 – знову ж таки спад. Таким чином, на 10 тисяч постійного населення у 2010 році приходилось 43,13 лікарів.

Упродовж 1995-2020 років співвідношення кількості медичних сестер та лікарів в Україні має тенденцію до зниження: якщо у 1995 році на 1 лікаря припадало 2,58 середнього медперсоналу, то у 2020 році лише 1,71 осіб відповідно (рис.2.19).

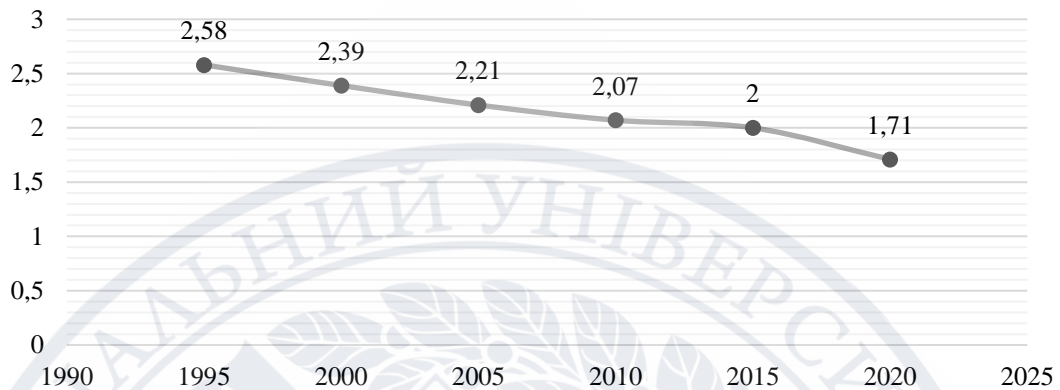


Рисунок 2.19 – Співвідношення кількості медичних сестер та лікарів в Україні, осіб

Джерело: складено автором на основі [19;28]

На основі вищеподаних статистичних даних щодо кадрового забезпечення медичної галузі можна зробити висновок, що кадрова криза здебільшого стосується середнього медичного персоналу.

Укомплектованість штатних лікарських посад фізичними особами – лікарями у цілому станом на 2020 рік складає 81,1% (у 2018 – 88,0%). Найвищий відсоток укомплектованості лікарями відмічається у Івано-Франківській (101,91%), Львівській (97,76%), Чернівецькій (97,29%) областях, найнижчий – у Донецькій (64,41%), Херсонській (66,37%), Луганській (66,69%), Кіровоградській (67%) [24].

Станом на 01.01.2020 р. в галузі здоров'язбереження залишалися вакантними 1354 посади лікарів-терапевтів, 1086 посад лікарів-педіатрів, 784 – лікарів-хірургів, 763 – лікарів – акушерів-гінекологів, 965 – анестезіологів, 406 – лікарів-фтизіатрів, 3188 – лікарів загальної практики – сімейної медицини, 655 посад лікарів-лаборантів, 911 посад лікарів-стоматологів. Це свідчить про падіння престижу роботи в державних лікувально-

профілактичних закладах серед лікарів, особливо молодих, через низьку заробітну плату та незадовільні умови праці [31].

Укомплектованість фізичними особами штатних посад середнього медперсоналу у 2020 році становить 88,49% (2018 рік – 92,6%). У розрізі регіонів країни найвищі показники укомплектованості зафіксовані у Чернівецькій (105,07%), Івано-Франківській (104,43%), Волинській (102,47%), Рівненській (101,92%) областях. Найменші ж показники укомплектованості середнім медперсоналом у місті Києві (72,87%), Київській (76,58%), Одеській (80,24%), Запорізькій (80,38%) областях [29].

Для оцінки укомплектованості посад додатково було розраховано коефіцієнти суміщення як лікарських кадрів, так і середнього медичного персоналу, шляхом співвідношення зайнятих посад та фізичних осіб, результати яких наведено в ДОДАТКУ Б.

Станом на 2020 рік в Україні середній коефіцієнт суміщення становить 1,02 серед загальної кількості посад, у тому числі 1,05- серед лікарів та 1,01 – серед середнього медичного персоналу. Поширеність сумісництва відрізняється за регіонами. Найвищі рівні суміщення серед лікарів спостерігаються у Херсонській – 1,24, Луганській – 1,2, Кіровоградській областях – 1,19; серед середнього медичного персоналу – Київ – 1,1, Херсонська – 1,09, Черкаська – 1,07. У свою чергу найнижчі коефіцієнти суміщення зафіксовані у Івано-Франківській області (для лікарів коефіцієнт суміщення 0,88, для середнього медперсоналу 0,89), Закарпатській (для лікарів – 0,94, для середнього медперсоналу – 0,89), Чернівецькій (для лікарів – 0,94, для середнього медперсоналу – 0,87). Тобто на основі аналізу отриманих даних можна зробити висновок, що у західних областях України характерний надлишок фізичних осіб щодо штатних посад, оскільки коефіцієнт суміщення менший одиниці. У решта регіонів України з показником суміщення більшим за одиницю фізичні особи працюють більше, ніж на одну посаду.

У зв'язку з поширенням пандемії Covid-19 у всьому світовому просторі, у тому числі й Україні, важливо проаналізувати ресурсну базу української системи охорони здоров'я з метою оцінки готовності галузі боротися з наслідками та ускладненнями захворювання.

Варто відзначити, що для надання стаціонарної допомоги пацієнтам з Covid-19 станом на 27.11.2021 виділено 484 медичних заклади із загальною кількістю ліжок 126,7 тисяч одиниць (з них 65 тисяч одиниць або 51,3% - інфекційні ліжка, і лише 5245 ліжко-місць або 4,1% у відділеннях інтенсивної терапії).

Статистичні дані аналітичної системи РНБО демонструють диференціацію регіонів країни за показником відсотку зайнятих ліжок. У цілому по Україні станом на 27.11.2021 відсоток зайнятих ліжок виділених під Covid-19 з киснем становить 46,2% (станом на 01.11.2021 – 69,2%). У абсолютному вираженні із 75265 одиниць ліжкового фонду 34760 одиниць є зайнятими [32].

Найвища заповненість – у Закарпатській (57,4%), Сумській – (54,5%), Миколаївській – (52,5%), Вінницькій – (52,2%), Волинській – (51,7%) областях. Найнижча – у Чернівецькій (34,4%), Херсонській – (35,4%), Луганській – (36,1%).

Переважає кількість інфікованих переносять хворобу у легкій формі та зрештою одужують, однак в частині випадків у пацієнтів виникають серйозні ускладнення, пов'язані з гострою дихальною недостатністю, що потребує кисневої та вентиляційної терапії. Вирішення питання штучного дихання та забезпечення крові киснем забезпечується завдяки апаратам штучної вентиляції легенів, про брак яких повідомляють дедалі більше держав.

Станом на 2021 рік в Україні у відділеннях інтенсивної терапії є лише 4915 апаратів штучної вентиляції легенів. Для порівняння в одному Нью-Йорку їх 6000 і ця кількість вважається недостатньою. Якщо поррахувати, то це виходить приблизно 1 апарат на 8427 українців.

Забезпеченість апаратами штучного дихання у розрізі регіонів країни відображено на рисунку 2.20.



Рисунк 2.20 – Кількість постійного населення у розрахунку на один апарат ШВЛ за регіонами, осіб

Джерело: складено автором на основі [33]

Найкритичнішою щодо забезпеченості апаратами швидкої вентиляції легенів є ситуація у Луганській області, де на 1 апарат ШВЛ теоретично претендує 18899,3 українців, Донецькій – 16092 особи; Черкаській -13348,1 осіб; Кіровоградській 12690,4 особи ; Львівській -10550,5 осіб відповідно. Найбільш забезпеченими апаратами ШВЛ вважаємо наступні регіони країни: місто Київ (4909 осіб на 1 апарат), Миколаївську (6188,2 особи), Полтавську (6342,7 особи), Дніпропетровську (6366,6 особи) області.

Тому варто визнати, що українські лікувальні заклади виявилися неготовими до напливу тяжких пацієнтів, як хворі на пневмонію, спричинену коронавірусом та ускладненнями хронічних захворювань. Забезпеченість регіонів України апаратами ШВЛ та своєчасне підключення інфікованих до них стає питанням життя і смерті, що вимагає негайної реакції з боку владних структур.

Таким чином, на основі вище наведених статистичних даних можна зробити висновок про незадовільний стан ресурсного забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні. Фінансування державою медичної галузі є мізерним порівняно зі світовими показниками, на рівні максимум 4%. Оптимізація медичних закладів та лікарняних ліжок ставить під загрозу здоров'я та життя населення. До того ж ситуація поглиблюється кризою в кадровому забезпеченні, де особливий дефіцит медичних кадрів спостерігається серед середнього медичного персоналу.



РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ ПОКРАЩЕННЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

3.1 Шляхи покращення показників здоров'я населення в системі людського розвитку

Сучасний стан економіки України та її регіонів характеризується докорінними змінами в усіх галузях, у тому числі в системі охорони здоров'я, від ефективності яких залежить здоров'я кожної людини та нації в цілому. Сьогодні Президент та Уряд країни мають докласти всіх зусиль для створення умов, необхідних для суттєвого покращення здоров'я та добробуту населення, зменшення нерівності у доступі до медичних послуг, зміцнення здоров'я населення та забезпечення формування здоров'я. Система допомоги, яка буде характеризуватися високою якістю та доступністю медичної допомоги, дотриманням принципів загального страхування, соціальної справедливості та сталого розвитку, буде повністю орієнтована на зростаючі потреби людей з кожним роком.

Значущість проблеми формування та використання ресурсного потенціалу системи охорони здоров'я значно загострюється у сучасних соціально-економічних умовах, які притаманні Україні, оскільки її вирішення в умовах недостатнього фінансування галузі поєднується з низькою ефективністю та нераціональністю використання ресурсів, обумовленою незбалансованістю структури, процесу і результату медичної допомоги.

Цінність здоров'я та його збереження є актуальною проблемою розвитку будь-якого сучасного суспільства, сучасної цивілізації в цілому. Охорона здоров'я є об'єктом не лише наукових досліджень, а й державної політики у сфері охорони здоров'я. Крім того, здоров'я є стратегією глобального розвитку, що відображено в документах і діяльності міжнародних організацій, таких як ООН і ВООЗ [34, с. 39].

Загалом розвиток і складність сучасного суспільства відкривають нові можливості для збереження та зміцнення здоров'я, продовження життя та активного довголіття, що, однак, не заперечує виникнення нових ризиків для

здоров'я та життя людини, поширення її нових патологій. Таким чином, в сучасних умовах виникають нові виклики для системи охорони здоров'я та для всіх наук про здоров'я та хвороб – медичних наук, а також соціології, психології, політології, права, менеджменту, маркетингу, які вивчають різноманітні аспекти та проблеми здоров'я та ліки .

За даними Організації Об'єднаних Націй, на початку нового тисячоліття неінфекційні хвороби становили майже 60% смертей у світі та 47% загального тягаря хвороб. Це такі захворювання, як серцево-судинні патології, цукровий діабет (2 типу), рак та інші. У цьому аспекті оптимальна фізична активність для здоров'я, поряд з харчуванням, психогігієною, подоланням шкідливих звичок вважаються фахівцями основними та ефективними методами попередження розвитку неінфекційних захворювань, важливим напрямком стратегій здоров'я у XXI столітті.

Профілактичний напрям у медицині отримав поштовх до розвитку після виступу міністра охорони здоров'я Канади М. Лалонда «Новий підхід до здоров'я канадців», який став відомим у всьому світі завдяки інноваційному світогляду щодо громадського здоров'я. М. Лаланд відкрив новий етап у розвитку концептуальної бази політики підтримки та охорони здоров'я в сучасних умовах, запропонувавши нові стратегії формування культури здоров'я населення та підвищення якості життя, добробуту, підвищення відповідальності за своє здоров'я. здоров'я та спосіб життя [35, с. 216].

Загрози для здоров'я супроводжують людину протягом усього життя і представляють не лише потенційні ризики, а й реальні руйнівні впливи на організм і психіку людини, які проявляються в різних формах генетичних, гострих та хронічних патологій. Вся історія людства безпосередньо пов'язана з боротьбою за збереження життя, яка триває і сьогодні на авангарді екстреної та радикальної медицини. Проте суспільний прогрес, сутністю якого є якісний розвиток умов і змісту життя людей, розширює і відкриває нові можливості в галузі охорони та покращення здоров'я населення на

основі наукових знань і технологій. Медицина зробила потужний стрибок у своєму розвитку за останні кілька століть і стала новим соціальним інститутом, роль якого для суспільства і людей стає все більш складним і зростаючим.

Участь медицини в житті людей стала тотальною, оскільки від народження до смерті медицина контролює, підтримує та детермінує стан їхнього здоров'я, що визначається як процес медикалізації сучасного суспільства. І хоча досягнення медицини в галузі збереження здоров'я неоціненно великі, на жаль, виникають нові патології здоров'я, з'являються нові ризики для нього, які мають не лише біологічний, генетичний, а й техногенний, екологічний та соціокультурний характер.

Це стосується, в першу чергу, нових інфекційних і неінфекційних захворювань, зокрема - ВІЛ-інфекції, алергії, діабету, онкологічних і серцево-судинних патологій, хронічних захворювань, що обмежують працездатність і можливості людей, що скорочують тривалість життя. Зростають загрози здоров'ю, пов'язані з адикціями - згубними здоров'ю звичками - наркоманією, алкоголізмом, курінням, нераціональним харчуванням, малорухливим способом життя, і навіть отруєннями, травмами внаслідок нещасних випадків і катастроф [36, с. 18].

Системи охорони здоров'я сформувалися та розвиваються у всіх сучасних суспільствах, що вказує на важливість для людини та суспільства вирішення проблем щодо збереження та покращення здоров'я. Державне управління приділяє зростаючу увагу сфері медицини та оздоровлення, а бюджетування охорони здоров'я виступає показником рівня соціального та гуманітарного розвитку країни. Збереження здоров'я є не лише національним пріоритетом усіх країн, воно стало об'єктом міжнародного співробітництва та глобального розвитку. Так, у рамках ООН у квітні 1948 р. було створено Всесвітню Організацію Охорони Здоров'я (ВООЗ), яка об'єднує 194 країни, 7 тис. співробітників, 150 бюро в різних країнах світу, 6 регіональних бюро (координують континентальну співпрацю).

Головною метою ВООЗ виступає створення кращого та здоровішого майбутнього для людей у всьому світі. У 1978 р. Міжнародна конференція ВООЗ прийняла Алма-Атинську декларацію, у якій поставлено амбітну мету забезпечення здоров'я всім [14]. Поліпшення здоров'я людей стало однією з цілей глобальної політики щодо сталого розвитку ООН. Серед 17 цілей ООН зі сталого розвитку на період 2016-2030 рр., мета № 3 – це «міцне здоров'я та благополуччя».

Генеральний директор ВООЗ Тедрос Адханом Гебрейєсус запропонував використовувати гасло «Разом - за здоровий світ» і зазначив, що для нього майбутнє - це «...світ, в якому кожна людина в будь-якій країні світу має умови для здорового, продуктивного життя, а глобальна прихильність принципу сталого розвитку пропонує унікальну можливість для вирішення соціальних, економічних та політичних детермінант здоров'я та покращення здоров'я та благополуччя людей у всьому світі» [37, с. 1000].

Система охорони здоров'я може розглядатися як інституційний комплекс, центральним елементом якого виступає медицина, але до процесу збереження здоров'я населення включаються інститути рекреації та відпочинку (санаторії, будинки відпочинку, оздоровчі центри), спорту, фізичної активності та фітнесу, туризму, ЗМІ медичного та оздоровчого спрямування, індустрії медицини та оздоровлення, а також інститути науки та освіти, система органів державного управління (міністерства, управління охорони здоров'я), громадські організації медичного та оздоровчого профілю разом із медичним законодавством.

Досягнення медицини стали найважливішим компонентом соціального прогресу, демократизації суспільства та гуманізації життя людей, що зумовило вибухове демографічне зростання та значне збільшення середньої тривалості життя в минулому столітті, а політика охорони здоров'я набула характеру однієї з найважливіших складових державної політики всіх без винятку країн світу. Науково-технічна революція у XXI столітті доповнилася інформаційно-комп'ютерною революцією, яка виводить медицину на новий

рівень розвитку, формує нові небувалі можливості у збереженні здоров'я та підвищенні благополуччя людей.

Тренди майбутнього розвитку охорони здоров'я це - роботохірургія, Інтернет та штучний інтелект у медицині (електроніфікація та нетизація всіх медичних знань та технологій, взаємодій між лікарями та пацієнтами), геноміка, штучні органи та тканини, імплантологія, мікротеледіагностика (таблетки з камерами), геноміка, нано , екзоскелети та розумні протези, нейротехнології (зчитування спогадів, управління роботою мозку), телемедицина та багато іншого.

Процеси інформатизації, комп'ютеризації та мультимедіатизації суспільства все більше впливають на охорону здоров'я та медицину, створюючи нові можливості для лікування та оздоровлення. Однак вони формують і нові ризики для здоров'я, проблеми розвитку даної сфери. Приміром, це поширення алергічних реакцій на ліки, небезпечні медичні маніпуляції, проблеми біоетики та ін. .

В Україні розвиток соціології загалом створює передумови для становлення, розвитку вітчизняної соціології здоров'я та медицини. За останні десятиліття в розвиток емпіричних основ цього напрямку зробили внесок такі науково-дослідні організації, як Інститут соціології НАН України, Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка, Київський міжнародний інститут соціології, Соціологічна група «Рейтинг» та ін.

За даними національного соціологічного моніторингу соціології НАН України за 2020 р., близько 82 % респондентів вважають, що міцне здоров'я дуже важливе для їхнього життя. Проте для 37% опитаних українців здоров'я не вистачає. Близько 52% респондентів оцінюють стан свого здоров'я як задовільний, більше 16% - як поганий, близько 3% - як дуже поганий, і лише 25% оцінюють його як добрий, 3,5% - як відмінний [36]. Це вказує на протиріччя між високою цінністю для українців здоров'я та низькими показниками його суб'єктивної оцінки. Зазначимо, що у рейтингу рівня щастя

ООН за 2020 рік Україна посідає 133 місце серед 156 країн світу (з показником індексу 4,332) [38, с. 24].

Дослідження соціальних проблем розвитку та реформування сфери охорони здоров'я українського суспільства набуло особливої актуальності у зв'язку з переходом до незалежності та процесом формування національної системи медицини та оздоровлення. На сучасному етапі гострими є питання щодо недостатнього державного фінансування медичної сфери, незавершеності реформи системи охорони здоров'я та якості медичних послуг.

Процеси лібералізації, комерціалізації та маркетингу медицини звужують доступ значної частини населення країни до якісних медичних послуг на тлі падіння рівня життя людей в умовах перманентної економічної кризи-переходу, а в сільській місцевості часом роблять медицину практично недоступною для її мешканців.

Негативним тлом для розвитку охорони здоров'я в Україні є політична нестабільність та військові події на сході країни, поширення корупції, скорочення державної підтримки соціальної сфери. Для 46% опитаних у 2020 році українців медичне обслуговування за останні 12 місяців погіршилося, для 48% – сталося без змін і лише для 6% – незначно покращало. Більшість опитаних у 2021 році респондентів (77%) перехворіли COVID-19 38%.

Загалом, вирішення проблем охорони здоров'я в Україні має складний характер, потребує комплексних соціальних досліджень, а також підвищення ефективності економічної, соціальної, освітньої політики у комплексі з політикою у сфері збереження та зміцнення здоров'я нації, реформування медичного обслуговування. Політика охорони здоров'я в Україні потребує покращення наукового та інформаційно-аналітичного її забезпечення. З цієї позиції медична статистика може і повинна доповнюватися комплексними та лонгітюдними соціологічними дослідженнями рівнів здоров'я та захворюваності, культури здорового способу життя, доступності та якості медичної допомоги.

Найважливішим завданням держави та суспільства є збереження та зміцнення здоров'я населення [34, 38]. Перед вітчизняною охороною здоров'я завжди стояло і стоїть наразі завдання пошуку шляхів, спрямованих на позитивні зрушення у стані здоров'я дітей та дорослих. Саме тому серед принципів, що лежать в основі організації системи охорони здоров'я, головним є соціально-профілактичний напрямок, реалізація якого дозволяє зберігати здоров'я.

Соціально-профілактичний напрямок охорони здоров'я – це комплекс соціально-економічних та медичних заходів, спрямованих на зміцнення та збереження здоров'я населення. Профілактичний напрямок охорони здоров'я не може бути зведений лише до окремих медичних заходів, у тому числі до здійснення гігієнічних заходів, проведення вакцинації, дотримання санітарного законодавства та інших. Втілення державою різних аспектів профілактичного спрямування одна із чинників, які впливають свідомість людей, впровадження у тому повсякденну діяльність елементів здорового життя.

У зв'язку з цим реалізація профілактичного спрямування передбачає здійснення у комплексі соціально-економічних та медико-організаційних дій. Профілактичний напрямок, таким чином, всебічно охоплює соціальну сферу життя населення: створення сприятливих умов праці та побуту, відпочинку та фізичного виховання, організацію здорового та повноцінного харчування різних груп, покращення умов довкілля, підвищення добробуту та покращення умов життя населення, що у свою чергу сприяє гармонійному розвитку фізичних та духовних сил людини. У такому широкому аспекті профілактика виходить за межі медицини та системи охорони здоров'я, перетворюється на соціально-профілактичний напрямок діяльності держави. До заходів входять як лікувально-профілактичні, а й різноманітні психологічні, біологічні і соціально-економічні впливи, які найчастіше спрямовані подолання чинників ризику, характеризуючих нездоровий спосіб життя, несприятливі виробничо-побутові умови.

Поділ профілактичних заходів на соціально-економічні, психолого-соціальні, соціально-гігієнічні та медичні вельми умовний, головним є досягнення високих показників здоров'я населення, що можливе лише за спільних зусиль зацікавлених сторін та комплексної реалізації всіх аспектів профілактичного спрямування.

Найбільший вплив на здоров'я людини має спосіб життя (понад 50% серед усіх факторів). Приблизно 20–25% посідає забруднення довкілля, 15–20% на біологічні чинники і приблизно 10–15% становить діяльність органів прокуратури та установ охорони здоров'я. Слід враховувати, що представлене співвідношення частки факторів, що впливають на здоров'я, відноситься як до сприятливих показників, так і до несприятливих. По відношенню до нездоров'я ці фактори виступають як фактори ризику, що створюють несприятливий фон і тим самим сприяють виникненню хвороби, а щодо сприятливих критеріїв здоров'я - як позитивні характеристики, що сприяють збереженню та підтримці здоров'я.

Слід пам'ятати, що охорона та зміцнення здоров'я важливі не тільки для осіб з незадовільними показниками стану здоров'я, а й для представників здорового контингенту, які не мають відхилень у стані здоров'я, оскільки результат реалізації заходів щодо оптимізації здоров'я у різних груп населення сприяє успішному економічному розвитку держави, підтриманню її стабільності та соціальної безпеки. Нині є понад 40 визначень поняття «спосіб життя», зокрема здорового і хворого. Найчастіше спосіб життя характеризується як збірне поняття, що включає соціально-гігієнічні, психологічні, медичні та економічні критерії. Водночас дано коротке, але ємне визначення способу життя як суспільного явища, нерозривно пов'язаного із способом виробництва, яке характеризує «певний спосіб діяльності індивідів, певний вид їхньої життєдіяльності, їх певний спосіб життя».

Іншими словами, під способом життя розуміється певний історично сформований вид активності людини, групи людей, населення в матеріальній

та нематеріальній (духовній) сферах життя. Вивченню способу життя значну увагу приділяють представники різних спеціальностей (психологи, психіатри, філософи, юристи, соціологи, лікарі та ін.), всі вони досліджують мотивацію та характер поведінкових актів людини та групи людей з різних сторін, оскільки діяльність (активність) людини проявляється у найрізноманітніших сферах і безпосередньо впливає на його здоров'я. Проведені дослідження дозволили визначити вплив соціальних умов життя на стан здоров'я окремих осіб та груп людей.

Існуюча система, зважаючи на істотні суспільно-політичні та економічні зміни в сучасних умовах, потребує відповідної адаптації для забезпечення її якісного покращання. Завдання полягає у виборі її оптимальної моделі, з врахуванням вітчизняного і зарубіжного досвіду: при мінімальних економічних витратах – найбільш ефективний результат.

Вважається за доцільне перш за все визначитися у принципах, які є ключовими саме в умовах нашого суспільства: організація комплексної медичної допомоги населенню; максимальна доступність для всіх громадян України; переважаюча профілактична спрямованість в організації роботи; забезпечення невідкладної медичної допомоги відповідно до стандартів, зменшення кількості соціально небезпечних захворювань, збереження і державна охорона стану здоров'я народу; визначення найбільш оптимальної моделі системи охорони здоров'я, враховуючи особливості історичного, психологічного, соціального і економічного розвитку країни та її перспективи [39, с. 509].

У разі обмежених можливостей Державного бюджету необхідно залучати цільові інвестиції на реалізацію найбільш актуальних проблем, які можуть вважатися загрозою для громадського здоров'я. Сукупно ці кошти мають реально забезпечувати розроблену довготривалу Національну програму збереження і покращання здоров'я населення, виходячи з основних принципів організації системи охорони здоров'я в країні.

Комплексне вирішення медико-соціальних проблем суспільства є основною умовою збереження і покращання рівня здоров'я населення та подовження середньої тривалості життя громадян.

Таким чином можна зробити висновок, що система охорони здоров'я в Україні характеризується цілою низкою проблем, які роблять її неефективною та нездатною забезпечити належний рівень медичних послуг, враховуючи потреби та фінансові можливості різних верств населення.

Залишковий принцип фінансування видатків охорони здоров'я не дає можливості реалізувати хоча б частково тих заходів, про які заявлено як у Стратегії сталого розвитку України на період до 2030 року, так і в інших законодавчих і нормативно-правових актах. А ті кошти, які виділяються, використовуються неефективно, незаконно, не за цільовим призначенням та зі значними порушеннями (застосуванням непрозорих схем при закупівлі медикаментів і медичного обладнання, проведення будівельних робіт і реконструкції приміщень медичних закладів тощо) як на рівні органів державної та місцевої влади, так і самих медичних закладів.

Це свідчить не тільки про відсутність достатнього обсягу ресурсів для розвитку системи охорони здоров'я, але і про недостатній рівень організаційної та управлінської культури. Саме тому було запропоновано створити та впровадити на рівні держави та її регіонів механізм управління ресурсним забезпеченням системи охорони здоров'я, що стане передумовою реформування галузі та використання рекомендацій міжнародних стандартів у закладах охорони здоров'я України.

Проте не тільки цей механізм має сприяти впровадженню реформ, але й комплекс організаційних заходів і заходів з удосконалення управління матеріально-технічними, трудовими та фінансовими ресурсами як на місцевому рівні, так і держави в цілому, здійснення яких є особливо актуальним і необхідним в умовах загострення соціально-економічної та екологічної ситуації в Україні.

3.2 Заходи щодо покращення здоров'я населення в умовах пандемії

Безпека здоров'я – не нова тема, однак останнім часом вона набула додаткової актуальності для облич та органів, що визначають політику країни. Захищеність здоров'я у період існування пандемії стало питанням міжгалузевого характеру, і нашій державі потрібно мати певні механізми координації здоров'язбереження населення та можливих негативних наслідків.

На сьогоднішній день увага всієї політичної спільноти зосереджена на винайденні та впровадженні ефективних заходів щодо подолання епідемії коронавірусної інфекції. Реакція політичних рішень країн стосовно боротьби з пандемією відбувається у двох напрямках:

ізоляція хворих та заражених домогосподарств без встановлення жорстких карантинних обмежень і обмеженні пересування населенням;

запровадження жорстких карантинних обмежень, спрямованих на обмеження свободи пересування, закриття публічних закладів, припинення всілякої ділової та соціальної активності [40].

У якості альтернативи сучасному було запропоновано проведення масової вакцинації населення для мінімізації ризиків інфікування, або забезпечення більш легкого перебігу інфекції, якщо вона все таки виникне. Однак проведення масштабної масової кампанії на практиці зіштовхнулося з масою протестів і відмови більшої частини суспільства від її проведення. Недовіра до влади, примусовий характер вакцинації через створення штучних умов для неможливості жити повноцінним життям, сумніви у її ефективності, наявність летальних випадків попри наявності щеплень, невпевненість в подальших наслідках на організм стали причиною ігнорування суспільством масової імунізації. Примусовий підхід українського влади до вакцинації населення лише загострює суспільні настрої, натомість потрібно проводити грамотну інформаційну політику, основний акцент якої повинна стати - ефективність масової вакцинації.

На рисунку 3.1 визначено комплекс заходів, які на нашу думку є доцільними у контексті позитивного впливу на показники громадського здоров'я під час пандемії.

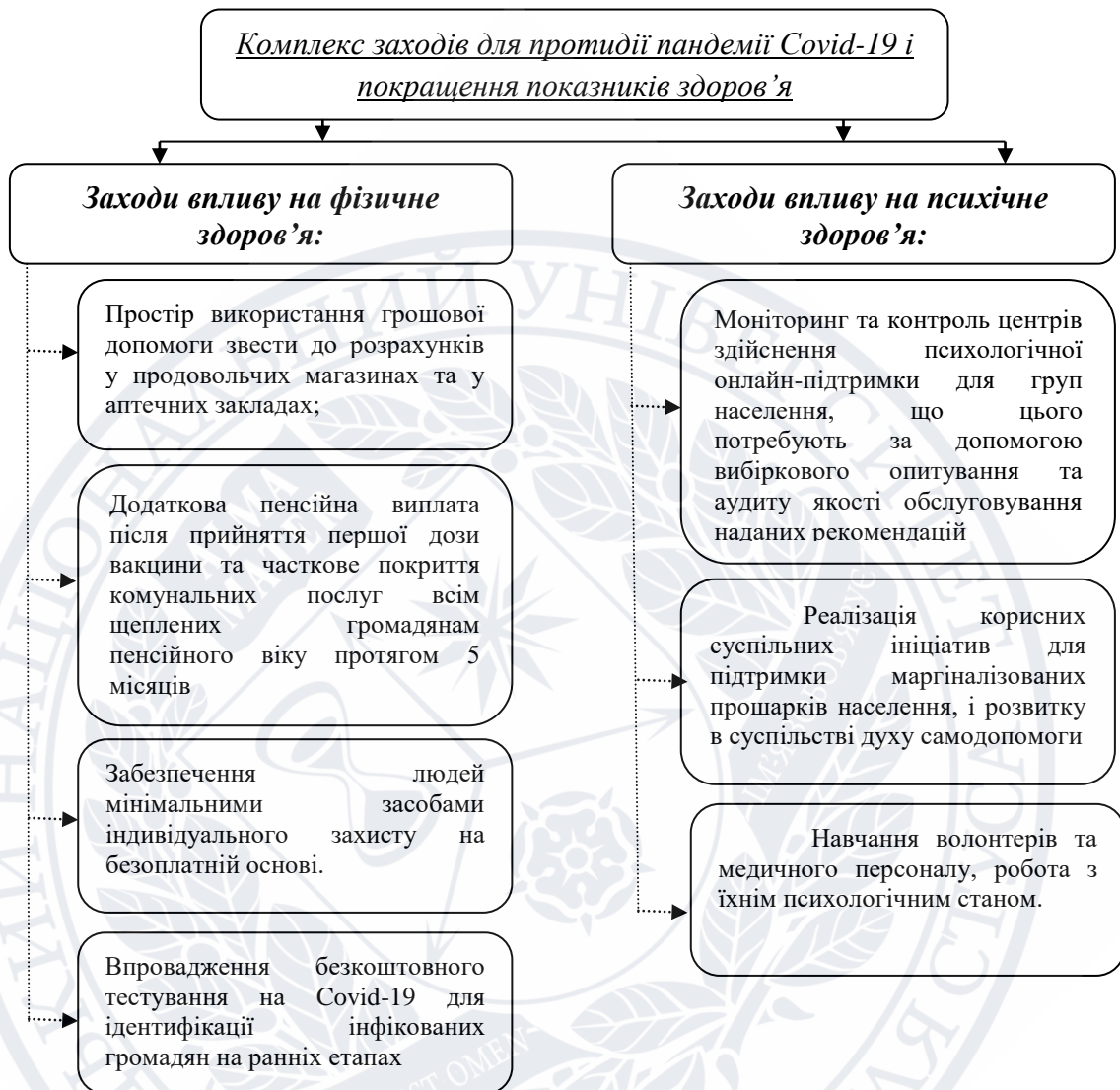


Рисунок 3.1 – Комплекс заходів для протидії пандемії Covid-19 і покращення показників здоров'я

Для гладження соціально-психологічних настроїв в суспільстві та прискорення темпів вакцинації держави вдаються до використання фінансових стимулів у вигляді ваучерів чи у формі прямих витрат. Результативність таких нововведень залежить також від пакету пропонованих послуг.

Фінансові інструменти стимулювання масової вакцинації в Україні використовуються не ефективно. Грошова допомога щепленим громадянам у

вигляді тисячі гривень, запропонована нинішнім урядом, має декілька проблемних аспектів:

по-перше, кошти виплачуватимуться українцям на віртуальні платіжні картки через Дію, доступ до яких для бідних верств населення є обмеженим через відсутність мобільних смартфонів і доступу до мережі Інтернет;

по-друге, призначення перерахованих коштів – культурний відпочинок (зокрема походи в кінотеатри, театри, концертні програми, подорожі, заняття спортом), якими можна скористатися апріорі виключно у великих містах, адже у районних та сільських поселеннях, як таких осередків культурного відпочинку просто немає - тому виникає логічне питання: де використати ці кошти? Їхати у місто для задоволення своїх культурних потреб і наражати себе та інших на небезпеку?;

по-третє, спрямування коштів на культурний відпочинок стимулює масові скупчення у закладах культурного характеру, яких, як нам наголошують на кожному кроці, варто уникати при високих показниках поширеності пандемії та зростанні летальних випадків;

по-четверте, чи не найголовнішим недоліком даної фінансової програми уряду виступає відсутність конкретного впливу на покращення показників здоров'я населення, така допомога орієнтована виключно на підтримку економіки країни і галузей, що найбільше постраждали під час пандемії.

Для ліквідації перерахованих мінусів варто відмінити адресний характер наданої допомоги у контексті можливості її використання лише для задоволення культурних потреб. Опираючись на ієрархію потреб за пірамідою Маслоу задоволення потреб більш вищого рівня, в тому числі культурного розвитку, має сенс при повній реалізації базових потреб людиною (в їжі, лікуванні тощо).

У контексті вирішення більш насущних проблем під час пандемії Covid-19, а саме підтримці здоров'я та імунітету громадян варто за допомогою фінансового інструмента вплинути на вирішення проблеми

недостатнього харчування серед населення, доступності до придбання необхідних медичних послуг.

З цією метою рекомендуємо простір використання грошової допомоги звести до розрахунків у продовольчих магазинах для покращення структури харчування та у аптечних закладах для фінансової захищеності потребуючих у мінімальному медикаментозному лікуванні та звичайно ж підтримці імунітету для профілактичних заходів.

Для пропаганди щеплень серед категорії людей пенсійного віку варто перейняти досвід Грузії та Литви. Додаткова пенсійна виплата після прийняття першої дози вакцини першою та часткове покриття комунальних послуг всім щепленим громадянам пенсійного віку протягом 5 місяців другою забезпечить залишок вільних коштів у кишенях українських пенсіонерів, які можливо надалі використати для закупівлі додаткових продуктів харчування, першочергових медичних препаратів, що безпосередньо несуть прямий ефект на показники громадського здоров'я [41].

Недовіра до владних структур також певною мірою є першопричиною, чому 43% українців й надалі залишаються стійкими опонентами вакцинації. Для прикладу візьмемо до уваги досвід Швеції, де в період масових антирекордів запропонована стратегія боротьби з вірусом не викликала принципових заперечень у жодної партії політичного спектру, тобто спостерігалась сприятлива політична ситуація. Зокрема, жителі там довіряють владі, а тому показують високий рівень самодисципліни і дотримуються навіть необов'язкових рекомендацій. Як демонструють показники в нашій державі, нам необхідно зміцнити державний апарат та владні структури, аби бути прикладом для власних громадян, що в кінцевому результаті вплине не лише на показники захворюваності, а й на збереження та регулювання малого бізнесу та економіки в цілому.

Переконання в суспільстві, що держава заробляє на пандемії Covid-19 продовжують поширюється й надалі. Купівля масок, респіраторів для

захисту, антисептиків, рукавичок лягає на кишені самих людей. Можливо забезпечення людей мінімальними засобами захисту безкоштовно дещо нівелюють такі думки. Тому у контексті вирішення даного аспекту пропонуємо видавати у закладах масових скупчень (супермаркетах, торгових центрах, державних та приватних структурах) засоби індивідуального захисту на безоплатній основі.

Одна із трьох людей з COVID-19 не відчуває жодних симптомів і може поширювати вірус, не підозрюючи. Швидке тестування може швидко виявити випадки, а це означає, що позитивні випадки можна ізолювати негайно. Одним із найважливіших заходів, який дійсно може помітно повпливати на епідеміологічну ситуацію в нашій країні є ідентифікація громадян, які не мають симптомів COVID-19, за допомогою впровадження безкоштовних тестів. Зробити швидкі тести доступними для всіх означає виявити більше випадків. Це розриває ланцюги передачі і рятує життя. Оскільки не всі прошарки суспільства можуть дозволити собі придбати тест, це створює максимально негативний ефект та збільшення показників захворюваності. Виділення частки фінансування саме на тести на безоплатній основі допоможе виявити більш точну наявну кількість хворих та запобігти появі нових [42].

Для багатьох пацієнтів з гострою формою Covid-19 своєчасне підключення до апарату штучної вентиляції легень (ШВЛ) – найчастіше питання життя та смерті. У українських лікарнях відчувається гостра нестача апаратів ШВЛ, інфузійних насосів (для дозованого введення хворим ліків), кисневих балонів та багатьох необхідних медикаментів. Саме така необхідність в частих випадках і стає причиною сотень смертей людей. Аналізуючи останні дані, представленні МОЗ, Україні варто виділити частину фінансування саме на вищезазначене медичне оснащення, оскільки можливі все нові і нові хвилі анти рекордів.

Однак вплив коронавірусної інфекції залишає відбиток не лише на фізичному стані здоров'я громадян. Під час спалаху інфекційних

захворювань має місце широке розповсюдження різноманітних негативних психологічних реакцій з боку суспільства, що в результаті призводить до розвитку психологічних порушень. Опинившись в умовах пандемії і розповсюдження вірусу, люди переживають почуття власної безпорадності, їх переповнює страх захворіти чи навіть померти. Окрім того негативний вплив посилюють наслідки безробіття, фінансові труднощі, соціальне відчуження, неможливість жити повноцінним життям. Причинами тривожної поведінки нерідко стає поширення хибної інформації та чуток, невпевненість у завтрашньому дні.

З цією метою в Україні відкрита телефонна лінія психологічної підтримки, де можна отримати консультацію психіатрів та психологів вразливими в цьому плані категоріями населення. Однак в нашій державі такий вид підтримки залишається формальністю. В сьогоденнішніх реаліях у випадку позитивного тесту на коронавірус самотня людина залишається вічна-віч зі своїми симптомами і до її стану нікому немає діла.

Тому основна задача у даному контексті – моніторинг та контроль центрів здійснення психологічної онлайн-підтримки для груп населення, що цього потребують за допомогою вибіркового опитування та аудиту якості обслуговування наданих рекомендацій.

Труднощі та проблеми, викликані пандемією Covid-19, в більшості випадків пов'язані з соціальним життям населення, а саме через фізичне дистанціювання. Потенціал до протидії даного явища в нашій державі спостерігається, але не так яскраво як в інших країнах світу. Існує велика кількість прикладів щодо підтримки з боку різних громад:

неформальна психосоціальна підтримка як один із проявів допомоги набуває все більшої популярності. Для прикладу, в інших країнах світу молодь пропонує та надає допомогу людям похилого віку, які перебувають в ізоляції, а саме при задоволенні основних потреб та, звичайно, наданні психологічної підтримки.

без будь-яких вказівок з боку державних структур велика кількість установ організувала та створила можливості та умови для спілкування з родичами.

медичні працівники, що працюють в центрі боротьби з пандемією, з метою прояву солідарності аплодують і підбадьорюють з вікон та балконів, цим самим демонструючи розуміння даної проблеми.

для людей, які вимушені ізолюватись від суспільства, були вжиті заходи щодо підтримки соціального благополуччя громадян. За допомогою інтернет ресурсів створена низка просторів та майданчиків, де люди мають змогу не лише надати підтримку, а й мобілізувати добровольців із числа місцевих жителів для допомоги тим, хто її потребує [43].

Уряду нашої країни варто виділяти частину коштів на реалізацію корисних суспільних ініціатив, оскільки на сьогодні як ніколи важливо актуалізувати та зміцнювати підтримку на місцях, особливо в інтересах маргіналізованих прошарків населення, і розвивати в суспільстві дух самодопомоги з метою захисту та зміцнення психологічного благополуччя.

Найважливішу роль у боротьбі зі спалахами коронавірусної інфекції та порятунку життів відіграє персонал екстреного реагування і працівники, що знаходяться в першій лінії боротьби з пандемією, особливо в сфері охорони здоров'я і довгострокового догляду, відіграють. Психічне здоров'я та психосоціальне благополуччя медичного персоналу та волонтерів часто зазнає впливу, оскільки вони піддаються ризикам, і потенційно травматичні події та робота в стресових умовах залишають помітний відбиток на ментальному здоров'ї. Безпека, здоров'я та благополуччя персоналу та волонтерів є життєво важливими для забезпечення стабільної якості послуг. Лікарські кадри та середній медичний персонал, як і всі інші у всьому світі, страждають від COVID-19. Вони переживають, що стигматують їх, членів їхніх сімей та громад; їх постійно переслідує страх заразитися вірусом, перебувати в ізоляції чи карантині, втрата колег тощо. Також як і медперсонал, так і волонтери можуть постраждати від того, що стали

свідками смерті когось із близьких або бути виснаженим виконанням складних завдань. Надходили повідомлення про спроби покінчити життя самогубством і власне про самі втрати [43].

Реакція на коронавірус буде залежати від особистих ресурсів і стійкості, а також від підтримки вдома, в громаді та організації. Проте, аби досягти максимальної ефективності при боротьбі з Covid-19, необхідна підготовлена база персоналу, які здатні чітко та організовано реагувати на масові хвилі зараження. Основні підготовчі дії можуть включати:

під час найму варто запитати, як особа справлялася з важким досвідом у минулому; свідком яких надзвичайних ситуацій вона була; ознайомлені з обмеженнями перш ніж брати участь у операції; поточний рівень стресу та вміння реагувати на спалах захворювання;

надати інформацію про COVID-19 як засіб передачі, ознаки та симптоми, профілактичні заходи, варіанти догляду та лікування. Наявність достатньої інформації є потужним інструментом для зменшення страху і паніки;

навчати волонтерів основним психологічним навичкам надання першої допомоги; як розпізнати стресові реакції, надавати практичну допомогу та заохочувати позитивне подолання;

обговорити доступні системи підтримки, такі як сім'я, однолітки, члени спільноти, лінійні керівники тощо [44].

Державі як основному регулятору даної ситуації необхідно звернути увагу та подбати, щоб необхідний бюджет для догляду за медичними працівниками та волонтерами був включений у кожен план дії з початку втручання або програми.

Таким чином комплекс заходів щодо покращення стану здоров'я громадян під час пандемії потребує одночасне охоплення його фізичних та психологічних проявів. Для досягнення певного результату окремі інститути країни мають діяти як одне ціле на благо благополуччя кожного індивіда.

3.3 Напрями удосконалення фінансово-ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я

Охорона здоров'я – важлива частина соціальної політики будь-якої держави, метою якої є доступність та якість медичного обслуговування для кожного громадянина. На сьогоднішній день система охорони здоров'я в Україні бажала б прогресивних трансформацій, однак розміри бюджетного фінансування не відповідають ресурсним потребам галузі.

Неефективна вітчизняна модель фінансового забезпечення системи охорони здоров'я створює фундаментальні умови для неефективності системи в цілому, а отже їхньому подальшому відображенні на показниках здоров'я всього населення.

Основними проблемами, що виникають на фоні недосконалості фінансового забезпечення на сьогодні залишаються: нерівний доступ до послуг охорони здоров'я різних верств населення, незахищеність людей у випадку хвороби, низька якість медичних послуг, неукомплектованість штатних посад медичним персоналом тощо.

Провідною ціллю удосконалення системи здоров'язбереження являється покращення громадського здоров'я на основі підвищення доступності і якості медичних послуг для ширших верств населення, розвитку профілактичного вектору діяльності лікувально-профілактичних закладів і формування здорового способу життя при підвищенні ефективності використання фінансових, матеріальних та кадрових ресурсів.

Первинною ланкою фінансування системи охорони здоров'я виступає збір необхідних коштів. Всесвітньою організацією охорони здоров'я рекомендовано формування бюджету охорони здоров'я за такою структурою: 60% – кошти державного бюджету, 30% – кошти медичного страхування, що виділяється роботодавцями, 10% – власні ресурси домогосподарств.

В Україні ж сукупний бюджет системи здоров'язбереження формується інакше: 53,5% – приватні кошти домогосподарств, роботодавців та

некомерційних організацій, що обслуговують дані домогосподарства; 46,77% – кошти державного бюджету; 0,72% – інші джерела фінансування.

На основі наведених статистичних даних можна зробити висновок, що вітчизняний механізм фінансування не здатний в повній мірі забезпечити доступність для широких мас населення попри обмеженість як державного бюджету, так і власних ресурсів домогосподарств. Це зумовлює необхідність пошуку альтернативних джерел фінансування.

Можливим шляхом залучення додаткових ресурсів може стати впровадження обов'язкового медичного страхування. Страхові внески стягуються як з працівників, що працюють за наймом так і з роботодавців. У різних країнах відрахування відбуваються у різних пропорціях. Для прикладу у Німеччині ці співвідношення однакові, у Франції більшу частку витрат у фінансування страхових фондів бере на себе роботодавець, у Росії всі страхові внески оплачуються лише за рахунок коштів роботодавця.

Більшість країн світу поєднує обидві моделі фінансування охорони здоров'я. В такій країні як Фінляндія обов'язкове медичне страхування погашає всі розходи при амбулаторному лікуванні; вартість транспортування (при нагальній необхідності); допомога при тимчасовій втраті працездатності в результаті захворювання; амбулаторна допомога, що надається в приватних медичних закладах; субсидує страхування при нещасних виробничих випадках. Всі інші медичні послуги надаються громадянам на основі бюджетної системи " [45]. Швейцарія та Франція забезпечили соціальне медичне страхування для всього населення. В Австрії, Бельгії та Люксембурзі соціальне медичне страхування має близько 99% населення, а в Німеччині – приблизно 88%. У свою чергу застраховане населення Австрії та Франції не може самостійно обирати той чи інший фонд медичного страхування. У той самий час усім без винятку застрахованим громадянам Швейцарії та Нідерландах надається право вибору фонду медичного страхування, у Німеччині та Бельгії – більше 96% застрахованих можуть обрати той чи інший фонд [46].

Країни зі страховою моделлю найчастіше використовують елементи бюджетної системи, що охоплюють фінансування за рахунок коштів бюджету лікування окремих категорій населення. Наприклад, у Франції існує схема для незаможних – схема "додаткового універсального охоплення населення медичною допомогою" [45].

В Україні неодноразово реалізовувались спроби реформування системи фінансування медичної галузі. Одна із останніх прийняття на законодавчому рівні Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я (Розпорядження Кабінету міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р) [47]. Відповідно до конкретних розроблених заходів 2018 рік мав стати початком масових трансформаційних процесів системи фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я. Новий стандарт фінансування медичної галузі зосереджує свою увагу на важливості потреб пацієнта та їх максимального задоволення у контексті забезпечення здорової нації при цьому чітко визначаючи зобов'язання Уряду, органів місцевого самоврядування та керівництва лікувально-профілактичних закладів у даних процесах.

Перший запропонований крок реформи фінансування - встановлення гарантованого пакету медичних послуг, фінансованих за рахунок держави, що розповсюджується на всіх без винятку громадян.

Формально державою забезпечується загальнодоступний характер до якісних та безпечних медичних послуг на безоплатній основі. Проте на практиці все виглядає інакше. При відвідуванні державних медичних закладів пацієнтам доводиться сплачувати ряд «добровільних» внесків для отримання певного роду послуг. Такі реалії створюють перешкоди для отримання необхідної медичної допомоги незаможним верствам населення і ставлять під загрозу їхнє здоров'я і життя.

Основними складовими такого пакету є: первинна медична допомога; екстрена медична допомога, у тому числі і в стаціонарі; основні види

спеціалізованих амбулаторних послуг за направленням лікаря первинної ланки; основні види планової стаціонарної медичної допомоги [47].

На первинну медико-санітарну допомогу у Європі виділяють менше половини поточних витрат, в середньому 42% загальної суми фінансування сфери здоров'язбереження. У розрахунку на душу населення більше всіх на первинну медичну допомогу витрачає Швейцарія (3923 долл. США), найменше всіх – Таджикистан (27 долл.США), що в 145 разів менше за максимальний рівень у Європі. Всесвітньою організацією охорони здоров'я рекомендовано інвестувати всім країнам на первинну медико-санітарну допомогу додатково 1% ВВП [48, с.13].

Розуміння чітких зобов'язань держави щодо обсягу конкретних медичних послуг, джерелом фінансування яких вона виступає, робить прозорою систему державних видатків для кожного члена суспільства та встановлює рамки відповідальності країни за здоров'язбереження її жителів. Також гарантійний пакет покриє ряд витрат на медичні препарати, які раніше купувались за рахунок власних ресурсів за призначенням лікаря первинної ланки та спеціалістів амбулаторного рівня. Впровадження гарантованого набору послуг, фінансованих державою, допоможе зменшити рівень неформальних платежів у рамках медичної галузі. Послуги, які не покриваються за рахунок гарантованого пакету медичних послуг передбачають часткову чи повну оплату пацієнтом таких послуг. При цьому пільгові категорії рекомендовано звільнити в тому числі і від такої спів-оплати чи оплати [47].

Що стосується питання розподілу коштів між медичними закладами, варто сказати про його залежність від ресурсних показників, зокрема розміру ліжкового фонду, кількості штатних посад, потужності закладу. Орієнтація на кількісні показники при визначенні розміру бюджетних асигнувань стимулює медичні заклади до екстенсивного розвитку. Однак це не означає покращення якості медичних послуг. Близько 90% витрат медичних закладів направлені на реконструкцію та утримання будівель лікарень, формування

фонду заробітної плати, а конкретних витрат у контексті покращення якості медичного обслуговування не спостерігається.

Масштабні зміни в системі фінансування торкнулися й порядку та зміни вектору нарахування таких коштів. Принцип фінансування закладів на основі постатейного кошторису, що не мав прив'язаності до результатів діяльності був визнаним неефективним, адже не впливав на показники громадського здоров'я. Натомість має місце впровадження нових механізмів оплати медичної допомоги за гаслом: “гроші йдуть за пацієнтом”.

Відповідно до нового підходу фінансування оплата послуг медичних кадрів напряду залежить від кількості пацієнтів та фактично наданих послуг. Для первинної медичної допомоги затверджується змішаний метод оплати відповідно до нормативу на 1 громадянина з поправкою на ризики. Для спеціалізованої амбулаторної допомоги застосовується декілька методів оплати, а саме: залежність від виду отриманих послуг, у розрахунку на одного пацієнта, плата за пролікований випадок тощо. Для стаціонарної допомоги використовується метод фінансування на основі оплати за пролікований випадок із застосуванням діагностично-споріднених груп. Прив'язка до результативності наданих медичних послуг з одного боку забезпечить зацікавленість медичного персоналу до підвищення якості наданих пацієнтові послуг, адже це напряду впливатиме на їхній дохід; з іншого боку стимулюватиме необхідність підвищення кваліфікації медичних кадрів на перспективу.

Варто згадати у даному контексті зарубіжний досвід фінансової мотивації медичних працівників, про якість медичних послуг яких відомо у всьому світовому вимірі. Країни з бюджетною системою фінансування все частіше почали застосовувати методи оплати наданих послуг, що передбачає оплату лише за результатами. Для прикладу, у Великобританії для оплати послуг лікарів загальних практик використовують комбіновані схеми оплати: поєднання подушної оплати з оплатою за кількістю та якістю наданих послуг. При цьому нові умови оплати праці передбачають введення

додаткових виплат за скорочення відвідувань відділень невідкладної допомоги, що запобігають, в стаціонарах, госпіталізації та відстрочених виписок зі стаціонару. У Канаді та Португалії для оплати лікарів первинної ланки використовуються схема оплати, що передбачають оплату за результатом [45].

Яскравим прикладом введення новітніх форм оплати медичних послуг є Швеція. Оплата праці спеціалістів у вузьчій сфері здійснюється за схемою оплати за результатами їх діяльності. У цій державі при окремих захворюваннях та станах введенні схеми так званих «пакетних платежів», спрямованих на створення економічної мотивації для покращення інтеграційних процесів у системі надання допомоги населенню та підвищення якості послуг. У багатьох регіонах Швеції використовується система клініко-статистичних для оплати медичних послуг у стаціонарних відділеннях.

Продемонстровані дані свідчать про те, що на даний момент між моделями фінансування охорони здоров'я вагомих розбіжностей не спостерігається. Різниця залишається тільки в основному – системі збору коштів для надання медичної допомоги.

Останній етап системи фінансування медичної галузі - використання отриманих коштів. У контексті аналізу попередньої реформи це стосується впровадження механізму відокремлення функцій замовника та постачальника медичних послуг на основі створення єдиного національного замовника – незалежного суб'єкта, що діє в інтересах пацієнтів, закупаючи медичні послуги належних кількісних та якісних характеристик та відповідної цінової категорії.

Таким чином запропонована Урядом трансформація системи фінансування системи здоров'язбереження є прототипом британської моделі. У конспекті підвищення доступності медичного обслуговування варто особливу увагу звернути на найбільш вразливі верстви населення. У напрямку вирішення даного питання рекомендуємо перейняти досвід США

шляхом впровадження спеціальних програм державного страхування по підтримці їхнього стану, зокрема [49]:

Medicare – фінансування медичного обслуговування людей похилого віку; людей з обмеженими можливостями та тих, що протягом тривалого періоду отримують діаліз;

Medicaid – фінансування медичних послуг тих категорій населення, чиї доходи приблизно відповідають порогу бідності або уже є на рівні нижчому за поріг бідності.

На основі проведеного дослідження вважаємо за необхідне впровадити наступні заходи по удосконаленню ресурсно-фінансового удосконалення медичної галузі (рис.3.2):



Рисунок 3.2 – Заходи щодо реформування системи фінансування охорони здоров'я для ефективності системи в цілому

Джерело: власна розробка автора

Для оцінки ефективності впровадження запропонованих заходів до системи здоров'язбереження необхідно проводити розрахунок показників ефективності за наступними напрямками:

- Медична ефективність – ступінь досягнення медичних результатів в аспектах профілактики, діагностики, лікування та реабілітації захворюваності населення;
- Соціальна ефективність – рівень досягнення соціального результату унаслідок впливу медичної ефективності, основними критеріями якого виступають демографічні показники країни, доступність медичних послуг для різних прошарків суспільства;
- Економічна ефективність – внесок системи охорони здоров'я в зростання національного доходу через фактор покращення показників громадського здоров'я та зростання тривалості життя нації [50, с.16].

Отже стан фінансування сфери охорони здоров'я в Україні є незадовільним. Попри обмеженість доступних ресурсів процес розподілу грошових коштів відбувається нераціонально, не впливаючи безпосередньо на показники здоров'я. Програми реформування системи фінансування охорони здоров'я формально мають достойне підґрунтя, однак в силу дії багатьох факторів не є реалізованими в життя.

ВИСНОВКИ

Концепція людського розвитку виявилась найціннішим здобутком людської цивілізації ХХ ст. Її складові - довге й здорове життя, знання та доступ до ресурсів визнані загально визнаними цінностями на будь-якому етапі розвитку людства. На основі вивчення теоретичних матеріалів за дослідженнями поняття «людський розвиток» було розглянуто категорію двох точок зору: як процес розширення людських можливостей (напрямок та швидкість поступу) і як досягнутий рівень розвитку. Матеріальний добробут розглядається як інструмент, що розширює людський вибір, тобто надає достатньо свободи вибору і більше варіантів для досягнення поставлених цілей.

Здоров'я населення виступає основною складовою людського розвитку і є фундаментом для реалізації інших компонентів. На сьогоднішній день не існує єдиного визначення поняття «здоров'я населення». Існуючі підходи до трактування категорії розглядають категорію з наступних аспектів: здоров'я різних груп населення; фокус на важливості соціально-економічних детермінант; подолання нерівності у здоров'ї населення та охорона здоров'я; та акцент на здоров'ї як важливому фактору соціально-економічної ефективності. Феномен здоров'я розглядається фахівцями на трьох рівнях - біологічному, психологічному та соціально-економічному.

Дослідження чинників, які позитивно або негативно впливають на здоров'я населення, дають змогу створити цілісну картину про перспективи розвитку категорії в майбутньому. До основних груп факторів, що мають вплив на суспільне здоров'я відносять: генетичну спадковість населення, зовнішнє середовище, демографічну ситуацію та демографічну поведінку; рівень розвитку та особливості організації системи охорони здоров'я; соціально-культурне середовище та спосіб життя населення; рівень та особливості соціально-економічного розвитку території. Завдання наукових досліджень у даному аспекті зрозуміти причинно-наслідкові зв'язки між здоров'ям населення та чинниками, що його

визначають для зменшення інтенсивності дії негативних детермінант та посилення вектору дії сприятливих для здоров'я факторів впливу.

Аналіз демографічних показників підтвердив явище депопуляції в Україні, для якої характерними є негативні значення природному приросту. Серед причин смерті перше місце традиційно посідають захворювання системи кровообігу. На другому місці відповідно – новоутворення. Третю ланку посіла смертність з інших причин. Позитивною можна вважати динаміку щодо зниження чисельності смертності немовлят.

Оцінка динаміки поширеності захворювання серед всього населення України дозволила виявити тенденцію до зниження її показників починаючи з 2012 року, однак нас сьогоднішній момент критичною є ситуація щодо поширення та збільшення летальних випадків внаслідок пандемії Covid-19.

Результати соціологічного опитування щодо самооцінки респондентами стану здоров'я в принципі є традиційними, одна дещо зросла кількість опитаних, які оцінили свій стан здоров'я як «поганий».

Масштаб фінансування системи охорони здоров'я України на рівні 4% ВВП свідчить про несприятливі умови збереження та підтримки здоров'я населення, що створюють перешкоди для доступності низки медичних послуг попри їх необхідність. Основна частина витрат на охорону здоров'я станом на 2019 рік у розмірі 52,5% припадає приватний сектор, в основному на кошти домогосподарств. Питома вага державних витрат з кожним роком втрачає свою значущість.

Тенденції зміни кількості лікарняних закладів та лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів протягом досліджуваного періоду відрізняються: упродовж 25 років кількість лікарняних закладів зменшилась на 2,3 тисяч закладів або у 2,4 рази, закладів поліклінічної мережі зросла на 3,8 тисяч одиниць або 52,8% у відсотковому вираженні. Характерною особливістю у даному контексті є оптимізація ліжкового фонду у закладах охорони здоров'я (на 10 тис. населення у 2020 році 65,9 ліжок проти 125,1 ліжка у 1995).

Щодо питання забезпеченості медичним персоналом варто сказати, що кадрова криза здебільшого стосується середнього медичного персоналу, а не лікарів. Географічний розподіл щільності лікарів та медичних сестер є неоднорідним.

Таким чином, на основі вивчення проблеми ресурсно-фінансово забезпечення системи здоров'язбереження України можна підвести підсумок, що в системі охорони здоров'я України є багато прогалин, які потребують негайного регулювання та реформування на рівні держави.

Третій етап дослідження стосувався оцінки наявних реформ медичної галузі держави та розробці дієвих заходів щодо покращення стану здоров'я на нашу думку. Попри й так незадовільні демографічні показники та показники захворюваності життя та здоров'я громадян продовжує випробовувати пандемія Covid-19.

Відсутність обґрунтованої політики щодо впливу на фізичне та психологічне здоров'я нації викликає занепокоєння. Заходи, що пропонує Уряд спрямовані радше на підтримку економіки та галузей, що постраждали під час коронавірусної, ніж на показники здоров'я населення. Ситуація загострюється недовірою до владних структур, які в силу минулих подій відвернули прихильність своїх громадян.

Неефективна вітчизняна модель фінансового забезпечення системи охорони здоров'я вибудовує фундаментальну основу для неефективності системи в цілому, а отже їхньому подальшому відображенні на показниках здоров'я всього населення.

Основними проблемами, що виникають на фоні недосконалості фінансового забезпечення на сьогодні залишаються: нерівний доступ до послуг охорони здоров'я різних верств населення, незахищеність людей у випадку хвороби, низька якість медичних послуг, неукomплектованість штатних посад медичним персоналом тощо.

Таким чином, провідною метою удосконалення системи здоров'язбереження являється покращення громадського здоров'я на основі

підвищення доступності і якості медичних послуг для ширших верств населення, розвитку профілактичного вектору діяльності лікувально-профілактичних закладів і формування здорового способу життя при підвищенні ефективності використання фінансових, матеріальних та кадрових ресурсів.



СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Дем'яненко А. А. Передумови формування концепції людського розвитку. Конкурентоспроможна модель інноваційного розвитку економіки України: збірник тез доповідей Міжнародної науково-практичної конференції : зб. тез / ред. Дем'яненко А. А. Кропивницький : “Ексклюзив-Систем”, 2018, с. 241-244.
2. UNDP. Human Development Report 2010. The Real Wealth of Nations: Pathways to Human Development. URL: https://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/HDR/HDR_2010_EN_Complete_reprint-1.pdf (дата звернення: 03.12.2021).
3. Program U. N. D. Human Development Report 1990 (Human Development Report). Oxford University Press, USA, 1990. 10p.
4. Біль М. М. , Попадинець Н. М. Людський розвиток і мобільність населення крізь призму національних особливостей: соціоекономічний вимір та управлінський концепт. Соціально-економічні проблеми сучасного періоду України : зб. наук. пр. 2020, № 2(142), с. 55-61. URL: <https://doi.org/10.36818/2071-4653-2020-2-8> (дата звернення: 03.12.2021).
5. Дем'яненко А. А. Підходи до визначення сутності поняття людського розвитку. Економічний розвиток і спадщина Семена Кузнеця : Міжнар. наук. щорічна конференція, м. Харків, 1–2 черв. 2017 р.
6. Людський розвиток регіонів України: аналіз та прогноз : колект. монографія / ред. Е.М Лібанової. Київ : Ін-т демографії та соц. дослідж. НАН України, 2007. 367 с.
7. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження: колект. монографія / ред. проф Ю. Д. Бойчука. Харків : Рожко С. Г., 2017. 488 с.
8. Рингач Н. О. Громадське здоров'я як чинник національної безпеки: монографія / ред. Н. О. Рингач. Київ: НАДУ, 2009. 296 с.
9. Старкова Е. В. Понятие здоровья населения в социальном контексте : Материалы VII уральс. демографичес. форума с международным участием

«Динамика и инерционность воспроизводства населения и замещения поколений в России и СНГ» / ред.: Е.В Старкова, М.В Игошев. Екатеринбург: Ин-т экономики УрО РАН, 2016. с. 280-286 URL: https://elar.urfu.ru/bitstream/10995/44438/1/VIIudf_2016_02_53.pdf (дата звернення: 03.12.2021).

10. Шушпанов Д. Г. Тракткування здоров'я населення: соціально-економічний контекст. Українська наука: минуле, сучасне, майбутнє. 2014. № 19 (1). с. 189–197.

11. Н. Фойгт. Здоров'я населення як сучасний науково-управлінський підхід: історичний контекст. Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. 2009. № 2. С. 274–283. URL: http://academy.gov.ua/ej/ej9/doc_pdf/Fojgt_NA.pdf (дата звернення: 03.12.2021).

12. Шушпанов Д. Г. Соціально-економічні детермінанти нерівності у здоров'ї населення : дис. докт. ек. наук: 08.00.07 / Шушпанов Дмитро Георгійович. Тернопіль, 2019. 550 с.

13. Мезенцева Н. І., Батиченко С. П., Мезенцев К. В. Захворюваність і здоров'я населення в Україні: суспільно-географічний вимір : монографія. Київ : ДП «Прінт Сервіс», 2018. 136 с. URL: https://geo.knu.ua/images/doc_file/navch_lit/kafedra_ekonom_lit/Zaxvor_zdorovia.pdf (дата звернення 03.12.2021).

14. Петленко В. П. Валеология человека: здоровье – любовь – красота: в 5-ти т. Т. 5: Гармония чувств и образ жизни. Санкт-Петербург; Минск: 1996. 359 с.

15. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение. Москва: 2002. 415 с.

16. McGinnis J. M., Williams-Russo P., Knickman J. R. The Case For More Active Policy Attention To Health Promotion. Health Affairs – Millwood va then Bethesda MA, 2002. Vol. 21. Part 2. P. 78–93.

17. County Health Rankings 2010: Miami-Dade County. University of Wisconsin Population Health Institute. URL: https://www.miamidade.gov/greenprint/planning/library/milestone_one/2010_health_rankings.pdf. (дата звернення: 03.12.2021).

18. Canadian Institute of Advanced Research, Health Canada, Population and Public Health Branch. AB/NWT 2002, quoted in Kuznetsova D. Healthy places: Councils leading on public health. London. 2012. URL: http://www.nlgn.org.uk/public/wpcontent/uploads/Healthy-Places_FINAL.pdf.

19. Демографічний щорічник "Населення України" за 2020 рік. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2021/zb/10/dem_2020.pdf (дата звернення: 03.12.2021).

20. Збірник «Діти, жінки та сім'я в Україні». URL: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2020/zb/09/DJS_2019_pdf.pdf (дата звернення: 03.12.2021).

21. Збірник «Захворюваність населення України» у 2017 році. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/06/zb_zoz_17.pdf (дата звернення: 03.12.2021).

22. Збірник «Соціальний захист населення України» у 2019 році. URL: http://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2020/zb/07/zb_szn_2019.pdf (дата звернення: 03.12.2021).

23. Коронавірус в Україні - Статистика, актуальні дані. Ставки, індекси, тарифи. URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/reference/coronavirus/ukraine/> (дата звернення: 30.11.2021).

24. Статистичний збірник «Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги». URL: http://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/Arhiv_u/17/Arch_snsz_zb.htm
http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2021/gdvdg/snsz_m_w/Arh_snsz_m_w_u.htm (дата звернення: 03.12.2021).

25. Збірник «Сателітний рахунок охорони здоров'я в Україні» 2019 рік.
URL: http://ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2020/oz_rik/arh_sat_rah_zd_u.htm
(дата звернення: 03.12.2021).

26. WHO/Europe | Home. URL:
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/463872/UKR-Budgetary-space-for-health-ukr.pdf (дата звернення: 30.11.2021).

27. Рейтинг стран мира по уровню расходов на здравоохранение – Гуманитарный портал. Гуманитарный портал. URL:
<https://gtmarket.ru/ratings/global-health-expenditure> (дата звернення: 30.11.2021).

28. Збірник «Статистичний щорічник» за 2020 рік. URL:
http://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2021/zb/11/Yearbook_2020.pdf (дата звернення: 03.12.2021).

29. Центр медстатистики - Статистичні дані. Центр медстатистики. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdan.html> (дата звернення: 30.11.2021).

30. Информация здравоохранения для Европейского региона – в Вашем распоряжении. European Health Information Gateway. URL:
https://gateway.euro.who.int/ru/indicators/hfa_476-5050-hospital-beds-per-100-000/visualizations/#id=19532&tab=table (дата звернення: 30.11.2021).

31. Центр медстатистики - за 2019 рік. Центр медстатистики. URL:
<http://medstat.gov.ua/ukr/MMXIX.html> (дата звернення: 30.11.2021).

32. Система охорони здоров'я України. URL: <https://m-health-security.rnbo.gov.ua/> (дата звернення: 29.11.2021).

33. Доступ до публічної інформації. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/dostup-do-publichnoi-informaci> (дата звернення: 30.11.2021).

34. Авраменко Н. В. Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні : автореф. дис. д-ра держ. упр. : 25.00.02 / Авраменко Наталія Вікторівна.. Запоріжжя: 2011. 39 с.

35. Горин В. П. Формування фінансових ресурсів охорони здоров'я в контексті виконання критеріїв економічної безпеки / В. П. Горин // Наукові записки. Серія «Економіка». 2013. № 23. С. 216–221.

36. Кириленко О. М. Благополуччя людей як об'єкт соціологічних досліджень: феліцитарний підхід. Вісник Національного університету «Юридична Академія України імені Ярослава Мудрого». Серія «Соціологія». 2016. № 3 (30). С.18-33.

37. Evans, R. G. Producing Health, Consuming Health Care / R. G. Evans, G. L. Stoddart // Social Science and Medicine. 1990. №31(12). С.1347–1363.

38. Бобришева О. В. Удосконалення управління модернізаційними процесами в системі охорони здоров'я України / О. В. Бобришева // Економічний простір. 2014. № 84. С. 56–67.

39. Гольман Е. А. Новое понимание здоровья в политике и повседневности: истоки, актуальные направления проблематизации. Журнал исследований социальной политики. 2014. Т.12. № 4. С. 509-522.

40. Як борються з Covid-19 у світі: варіанти урядових рішень. Міжнародний Центр Перспективних Досліджень. URL: <http://icps.com.ua/yak-boryutsya-z-covid-19-u-sviti-varianty-uryadovykh-rishen/> (дата звернення: 03.12.2021).

41. Европейская правда. Не только “тысяча Зеленского”: как в Европе и мире платят гражданам за вакцинацию. Європейська правда. URL: <https://www.eurointegration.com.ua/rus/articles/2021/11/16/7130362/> (дата звернення: 03.12.2021).

42. Обзор мирового опыта по борьбе с коронавирусом. Коммуникационный центр при Правительстве Российской Федерации, 2020. 173 с. URL: <https://www.gobogdanovich.ru/images/static/koronavirus/obzor-morovogo-opyta-po-borbe-s-koronavirusom-16042020.pdf> (дата звернення: 03.12.2021).

43. Аналитическая записка: COVID-19 и необходимость принятия мер по охране психического здоровья, 2020. URL: [policy_brief_-_covid_and_mental_health_russian \(1\).pdf](#) (дата звернения: 03.12.2021).

44. Бачило Е.В. Психическое здоровье населения в период пандемии COVID-19. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020. №120(10). С.130-136. URL: <https://doi.org/10.17116/jnevro2020120101130> (дата звернения: 03.12.2021).

45. Потапчик Е. Г. Какая модель финансирования здравоохранения лучше: бюджетная или социального страхования? О чем свидетельствует международный опыт?. Электронный научный журнал "Социальные аспекты здоровья населения". 2021. №1(67). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1235/30/lang.ru/> (дата звернения: 03.12.2021).

46. Соціально-економічні проблеми просторового розвитку : монографія / ред. В. Дучмала, Т. П. Несторенко. Бердянськ: Ткачук О. В., 2015. 344 с.

47. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : Розпорядж. Каб. Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1013-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-p#Text> (дата звернення: 03.12.2021).

48. Расходы на здравоохранение в Европе: вступая в новую эру. Краткий обзор. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. 2021. URL: [Spending-on-health-in-Europe-entering-a-new-era-rus.pdf](#) (дата звернения: 03.12.2021).

49. Roger I. Schreck. Обзор финансирования здравоохранения (Overview of Health Care Financing). 2020. URL: <https://www.msmanuals.com/ru/> (дата звернения: 03.12.2021).

50. Ильясова, А.Р. Основы экономики здравоохранения: учебное пособие / А.Р. Ильясова. Казань: Изд-во Казанского университета, 2019. 86 с.

ДОДАТКИ



