

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ ДЕМОГРАФІЇ ТА СОЦІАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ
імені М.В. ПТУХИ

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ШУШПАНОВ ДМИТРО ГЕОРГІЙОВИЧ

УДК 314.14 : 316.4.066

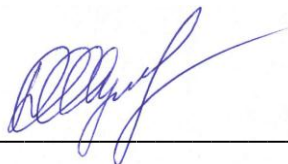
ДИСЕРТАЦІЯ

**СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ
НЕРІВНОСТІ У ЗДОРОВ'І НАСЕЛЕННЯ**

08.00.07 – демографія, економіка праці, соціальна економіка і політика

Подається на здобуття наукового ступеня доктора економічних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело



(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий консультант: Лібанова Елла Марленівна, академік НАН України,
доктор економічних наук, професор

Київ – 2019

АНОТАЦІЯ

Шушпанов Д. Г. Соціально-економічні детермінанти нерівності у здоров'ї населення. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора економічних наук за спеціальністю 08.00.07 – демографія, економіка праці, соціальна економіка і політика. – Тернопільський національний економічний університет, м. Тернопіль, Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи НАН України, м. Київ, 2019.

Дослідження присвячено розвитку теорії та удосконаленню методології вивчення впливу соціально-економічних детермінант на нерівність у здоров'ї населення для наукового обґрунтування принципів і напрямів державної політики збереження та зміцнення здоров'я населення.

Досліджено еволюцію наукових поглядів на здоров'я населення та його детермінант. Визначено, що вони змінювались залежно від суспільного розвитку, соціально-трудових відносин і державного устрою. Встановлено, що дослідження здоров'я пройшло шлях його вивчення від індивідуального рівня до суспільного, а також у напрямку соціалізації медичної моделі здоров'я.

З'ясовано, що серед детермінант, які найбільшою мірою визначають стан здоров'я населення, є соціально-економічні. З огляду на це теоретичні, методологічні та практичні вектори дослідження соціально-економічних детермінант здоров'я населення визначено пріоритетними при виробленні напрямків охорони здоров'я.

У дисертації систематизовано теоретичні підходи до визначення понять «здоров'я», «громадське здоров'я» і «здоров'я населення», досліджено їхню еволюцію та запропоновано сучасне трактування крізь призму соціально-економічної нерівності. Здоров'я населення трактується як здоров'я демографічних, соціально-економічних і територіальних груп населення, яке визначається певними детермінантами, що змінюються у часі.

Розроблено концептуальну основу дослідження соціально-економічних детермінант нерівності у здоров'ї населення із визначенням їхньої структури, ступеня та напрямків впливу на здоров'я. Дослідження впливу соціально-економічних детермінант на нерівність у здоров'ї населення запропоновано будувати за такими принципами: предметним (стан здоров'я визначає система детермінант, часто взаємопов'язаних між собою), територіальним (пов'язаний із ступенем впливу тих чи інших соціально-економічних детермінант на стан здоров'я населення залежно від соціально-економічного розвитку регіону та місця проживання особи), демографічним (демографічні структури значною мірою визначають становище людей у системі нерівності, їхні взаємостосунки, моделі поведінки, соціальні стратегії тощо), соціальним (пов'язаний із вивченням соціальної нерівності та її наслідками для здоров'я), часовим (дія детермінант змінюється у часі) та пізнавальним (дає змогу встановити фактичні механізми, за допомогою яких окремі особи і групи населення взаємодіють із соціально-економічними детермінантами на різних рівнях).

Визначено, що вплив соціально-економічних детермінант на стан здоров'я та нерівність у здоров'ї населення відбувається на трьох рівнях: контекстуальному (створюються передумови для формування детермінант структурного рівня); структурному (пов'язаний із нерівністю серед різних груп населення: територіальних, демографічних, соціально-економічних тощо); проксимальному (індивідуальні особливості кожної людини, її відповідальність і поведінка щодо здоров'я).

Побудовано систему індикаторів здоров'я та соціально-економічних детермінант, які визначають його нерівність серед окремих груп населення. Розроблено методичний і практичний інструментарій проведення соціологічного опитування для виявлення соціально-економічних детермінант нерівності у здоров'ї населення України, опрацьовано результати опитування та сформульовано на їхній основі практичні рекомендації. Метод дослідження – особисте формалізоване інтерв'ю. Вибірка обстеження – багатоступенева, стратифікована з використанням випадкового відбору респондентів на останньому щаблі. Квотами у

вибірці є вік і стать. Вибірка складалася з 1200 мешканців України (за винятком окупованих територій АР Крим та м. Севастополя, а також прифронтової зони Донецької та Луганської областей), віком від 18 років і старших, репрезентативна за статтю, віком, регіоном і розміром поселення.

Розроблено алгоритм і методи оцінювання впливу соціально-економічних детермінант на здоров'я та нерівність у здоров'ї населення, який спільно з традиційним підходом, що базується на методах кореляції та логістичної регресії, передбачає використання мікроімітаційного моделювання, коли сформований масив мікроданих коригується на основі даних макrorівня, зокрема таблиць смертності та оцінок щодо захворюваності населення. Такий підхід дав змогу виявляти залежності між детермінантами та станом здоров'я з доволі високою точністю навіть за обмеженості первинної інформаційної бази даних між різними демографічними та соціально-економічними групами населення.

Для формування інформаційного забезпечення використано елементи статистичного та динамічного мікроімітаційного моделювання, а також певним чином агентське моделювання і концепція життєвого курсу. Запропоновано комплексне використання методу синтетичних сукупностей населення та макроекономічних моделей, зокрема таблиць смертності, для визначення детермінант, що впливають на здоров'я населення (емпіричні ймовірності бути здоровими). Методологія мікроімітаційного моделювання застосовується у роботі також для визначення характеристик нерівності груп населення за рівнем здоров'я та моделювання впливу соціально-економічних детермінант на стан здоров'я населення.

Оцінено стан здоров'я та виявлено масштаби нерівності у здоров'ї окремих демографічних, соціально-економічних і територіальних груп населення за основними причинами захворюваності, смертності та інвалідності. Визначено тенденції та оцінено стан здоров'я населення України. Здійснено порівняльний аналіз показників здоров'я населення України та країн Європейського Союзу для визначення масштабів проблем із здоров'ям.

Крізь призму концепції життєвого курсу визначено рівень впливу умов раннього періоду життя на стан здоров'я населення в дорослому житті. З'ясовано, що формування каркасу здоров'я на все життя відбувається на ранньому етапі розвитку людини. Умови раннього періоду життя (до 18 років) розглядаються як початковий етап курсу до здоров'я (нездоров'я) дорослих, але з непрямим ефектом через соціальні траєкторії, такі як обмеження можливостей для отримання медичної допомоги чи здобуття освіти.

У ході дослідження з'ясовано характерні риси впливу умов раннього періоду життя для різних статевих, вікових, соціальних груп, їхні особливості серед міського та сільського населення. Встановлено, що наявність або відсутність хронічних захворювань у дорослому житті певним чином пов'язана із рівнем добробуту у ранньому періоді життя. Розраховано шанси мати / не мати хронічних захворювань у дорослому житті залежно від таких умов раннього періоду життя людини: якість харчування; рівень фізичної активності; ступінь отримання інформації про ризики щодо власного здоров'я; частота відвідувань санаторіїв, таборів відпочинку та інших закладів оздоровлення; кількість дітей у сім'ї та сімейні стосунки; наявність шкідливих звичок у батьків (тютюнопаління).

З'ясовано роль соціального градієнта у формуванні здоров'я населення України. Встановлено, що значна кількість індикаторів здоров'я населення взаємопов'язана з соціально-економічним статусом, підвищення якого збільшує шанси бути абсолютно здоровим, тобто не мати жодного хронічного захворювання

Оцінено сучасний стан і тенденції змін соціально-економічних детермінант (доходи, зайнятість, освіта, елементи соціального капіталу), а також безпосередньо з ними пов'язаних умов довкілля, харчування, доступності та якості медичних товарів і послуг, індивідуальної поведінки й відповідальності населення за стан власного здоров'я та їхнього впливу на нерівність у здоров'ї населення України. Зокрема, застосовуючи методіку мікроімітаційного моделювання, побудовано модель розподілу частки відносно здорових осіб за квінтільними групами за доходами та віковими групами в Україні. Отримані дані підтвердили гіпотезу про те, що дохід є важливою детермінантою здоров'я населення.

Змодельовано вплив соціально-економічних детермінант на стан здоров'я населення. Так, на основі мікроданих авторського обстеження побудовано низку статистичних моделей, що відображають взаємозв'язок індикаторів здоров'я населення з основними детермінантами, які можуть його визначати. За індикатори здоров'я (залежні змінні у моделі) приймалися такі: частка умовно здорових осіб; частка відносно здорових осіб; частка абсолютно здорових. За детермінуючі (незалежні) змінні приймалися ті, які можуть суттєво визначати стан здоров'я населення Їх у роботі об'єднано у такі блоки: демографічний та соціально-економічний, індивідуальна відповідальність та спосіб життя, а також якість умов раннього періоду життя.

Розроблено й апробовано методологічні підходи до розрахунку композиційного індексу рівня здоров'я та визначення характеристик нерівності груп населення за рівнем здоров'я. Запропонований індекс стану здоров'я визначається для кожної особи як композиційний індекс, який складається з індексу індивідуального здоров'я особи та індексу тривалості життя особи. Обґрунтовано, що цей індекс достатньо адекватно відображає стан здоров'я особи на основі потенційних (очікуваних) процесів і фактично досягнутого віку у конкретній країні. На основі індивідуальних значень індексу стану здоров'я (точніше на основі розподілу цих значень за одиницями сукупності) визначено характеристики нерівності за станом здоров'я (індекс Джині, децильний коефіцієнт, квінтильний коефіцієнт, ентропійні індекси тощо).

Запропоновано концептуальні засади політики, спрямованої на подолання негативних тенденцій поглиблення нерівності у стані здоров'я населення України на основі покращення соціально-економічних детермінант.

Ключові слова: здоров'я населення, соціально-економічні детермінанти, нерівність, смертність, захворюваність, соціально-економічний статус, дохід, освіта, політика.

ABSTRACT

Shushpanov D. Socio-economic determinants of inequality in the population health. – Qualification scientific work as the manuscript.

The thesis for obtaining Doctor of Sciences Degree in economics, specialty 08.00.07 – demography, labor economics, social economy and policy. – Ternopil National Economic University, Ternopil; M. V. Ptoukha Institute for Demography and Social Studies of the National Academy of Sciences of Ukraine. Kyiv, 2019.

The research is devoted to the development of theory and improvement of the methodology of the study concerning the influence of socio-economic determinants on inequality in the population health for the scientific substantiation of the principles and directions of the state policy of preserving and strengthening the health of the population.

The paper investigates the evolution of scientific views on the health of the population and its determinants. It is stated that they varied depending on social development, social-labor relations and state structure. It has been established that the study of health has progressed, on the one hand, from the research of health at the individual level to the public, and, on the other hand, from the medical model of health in the direction of its socialization.

It has been found that socio-economic determinants distinguish most people's state of health. Due to this issue, theoretical, methodological and practical vectors of research concerning socio-economic determinants of human health are identified as priorities in the development of health care.

In the dissertation the theoretical approaches to the definition of concepts of "health", "public health" and "population health" have been systematized, their evolution has been investigated and the modern interpretation is proposed through the prism of socio-economic inequality. The health of the population is interpreted in the work as the health of demographic, socio-economic and territorial groups of the population, which is determined by certain determinants that change over time.

The conceptual basis for the study of socio-economic determinants of inequality in the health of the population with the definition of their structure, degree and directions of

influence on health has been developed. The study of the influence of socio-economic determinants on inequality in the health of the population is proposed to build on the following principles: the subject (the state of health determines the system of determinants, often interrelated), territorial (related to the degree of influence of certain socio-economic determinants on the state of health of the population depending on the socio-economic development of the region and the place of residence of the person), demographic (that comes from the fact that demographic structures largely determine the situation of people in the system their relationships, behavior patterns, social strategies, etc.), social (involves the study of social inequality and its consequences for health), time (the determinants change over time), and knowledge (enables the establishment of actual mechanisms through which individuals and groups of people interact with socio-economic determinants at different levels).

It has been determined that the influence of socioeconomic determinants on the state of health and inequality in the health of the population occurs at three levels: contextual (it creates preconditions for the formation of determinants of a structural level); structural (associated with inequality among different groups of population: territorial, demographic, socio-economic, etc.); proximal (individual characteristics of each person, her responsibility and behavior on health).

It has been built a system of health indicators and socio-economic determinants that determine its inequality among individual population groups. The methodical and practical tools for conducting a sociological survey for the identification of socio-economic determinants of inequality in the health of the population of Ukraine have been developed, the results of the survey have been worked out and practical recommendations have been formulated on their basis. The research method was a personal formalized interview. The sample of the survey was multi-stage, stratified using random selection of respondents at the last stage. The quotas in the sample were age and sex. The sample consisted of 1200 inhabitants of Ukraine (except for the occupied territories of the Autonomous Republic of Crimea and Sevastopol, as well as the front zone of Donetsk and Luhansk regions) aged 18 and older, representatives of all genders, ages, regions and sizes of settlement.

The dissertation elaborates an algorithm and methods for assessing the impact of socio-economic determinants on health and inequality in the health of the population, which, in conjunction with the traditional approach based on correlation and logistic regression methods, involves the use of microsimulation modeling, when the formed mass of microdata is corrected on the basis of macrodata, in particular mortality tables and estimates of the incidence of the population. This approach has allowed the dependence between determinants and health status to be relatively precise, even if the primary information database is limited to different demographic and socio-economic groups.

The elements of statistical and dynamic microimitation modeling, as well as in some way agency modeling and the concept of a life course, were used to form information support. The complex use of the method of synthetic population aggregates and macroeconomic models, in particular mortality tables, is proposed for determination of determinants influencing public health (empirical probabilities of being healthy). The methodology of microimulation modeling is also used to determine the characteristics of inequalities of population groups in terms of health and modeling the impact of socio-economic determinants on the state of health of the population.

The state of health is assessed and the scale of inequality in the health of certain demographic, socio-economic and territorial groups of the population is determined by the main causes of morbidity, mortality and disability. The trends are determined and the state of health of the population of Ukraine is estimated. A comparative analysis of the health indicators of Ukraine and the European Union countries has been carried out to state the extent of health problems.

It has been distinguished the level of influence of the conditions of the early period of life on the state of health of the population in adult life through the prism of the concept of life course. It was found out that the formation of a healthcare framework for life takes place at an early stage of human development. Conditions of the early life (up to 18 years) are considered as the initial stage of the course for the health of adults, but with an indirect effect due to social trajectories, such as the limitation of opportunities for obtaining medical care or education

In the course of the study, the characteristic features of the conditions of the early period of life for various sexes, ages, social groups, their distinctive features among the urban and rural population were determined. It has been established that the presence or absence of chronic diseases in adulthood is in some way related to the level of well-being in the early period of life. The chances of having / not having chronic diseases in adulthood are calculated, depending on such conditions of an early period of human life as: quality of food; level of physical activity; the degree of obtaining information about the risks of your own health; frequency of visits to sanatoriums, camps for rest and other health facilities; the number of children in the family and family relationships; the presence of harmful habits in parents (tobacco).

The role of the social gradient in shaping the health of the population of Ukraine has been determined. It is established that a significant number of health indicators of the population are interrelated with the socio-economic status, the rise of which increases the chances of being absolutely healthy, that is, there is no chronic disease

It has been assessed the current state and trends of changes in socio-economic determinants (income, employment, education, elements of social capital), as well as the environmental conditions, nutrition, accessibility and quality of medical goods and services, individual behavior and public responsibility for the state, the health and the impacts on inequality in the health of the population of Ukraine. In particular, using the method of microsimulation modeling, the dissertation developed a model of distribution of the particle relative to healthy persons by quintile groups for income and age groups in Ukraine. The obtained data confirmed the hypothesis that income is an important determinant of public health.

The influence of socio-economic determinants on the state of health of the population is simulated. Thus, based on microdata of the author's survey, a number of statistical models have been constructed that reflect the correlation of health indicators of the population with the main determinants that can determine it. According to health indicators (dependent variables in the model) the following were taken: the proportion of conditionally healthy persons; the proportion of relatively healthy persons; the share is absolutely healthy. The determinants (independent) variables adopted those that can

significantly determine the health of the population. They are integrated into such units in the work: demographic and socio-economic, individual responsibility and way of life, as well as the quality of the conditions of the early period of life.

The methodological approaches to calculating the composite index of the level of health and the definition of inequality characteristics of population groups according to the level of health have been developed and tested. The proposed health status index is defined for each person as a composite index, which consists of the index of individual health of the person and the index of the life expectancy of the individual. It is substantiated that this index adequately reflects the state of health of a person on the basis of potential (expected) processes and actually achieved age in a particular country. On the basis of individual values of the health status index (more precisely on the basis of the distribution of these values in units of population), the characteristics of health inequalities (Gini index, factor coefficient, quintile coefficient, entropy indices, etc.) are determined.

The conceptual principles of the policy aimed at overcoming the negative tendencies of deepening inequalities in the health of the population of Ukraine on the basis of improvement of socio-economic determinants are proposed.

Key words: population health, socio-economic determinants, inequality, mortality, morbidity, socio-economic status, income, education, policy.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Монографії, розділи у колективних монографіях

1. Шушпанов Д. Г. Соціально-економічні детермінанти здоров'я населення: монографія. Тернопіль, 2017. 878 с. (28,8 друк. арк.).
2. Сталий розвиток аграрно-індустріального регіону: передумови, загрози і перспективи досягнення: монографія / за наук. ред. Крисоватого А. І.; Десятнюк О. М. Тернопіль, 2016. 440 с. (25,5 друк. арк., з яких здобувачу належить 0,8 друк. арк. Розділ «Здоров'я населення регіону: тенденції та ризики». С. 311–330).
3. Сучасні тенденції розвитку економічних систем: монографія / за заг. ред. В. І. Гринчуцького. Тернопіль, 2015. 418 с. (24,3 друк. арк., з яких здобувачу належить 0,8 друк. арк. Розділ «Дослідження доходів крізь призму здоров'я населення». С. 67–85).
4. Інноваційний маркетинг підприємств: кол. монографія /ред. М. Я. Матвіїв. Тернопіль, 2014. 432 с. (25,1 друк. арк., з яких здобувачу належить 0,7 друк. арк. Розділ «Соціальний маркетинг як ефективний інструмент регулювання здоров'я населення» С. 401–416. – 0,7 друк. арк.).

Статті в наукових фахових виданнях

1. Шушпанов Д. Г. Детермінанти здоров'я населення України: екологічний вимір. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України*. 2017. Вип. 22. С. 132–142 (0,8 друк. арк.).
2. Шушпанов Д. Г. Соціально-економічні детермінанти соціально небезпечних хвороб в Україні. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України*. 2016. Вип. 21. С. 137–145 (0,8 друк. арк.).
3. Шушпанов Д. Г. Соціально-економічні детермінанти здоров'я населення: концептуальні основи дослідження. *Науковий вісник Полтавського університету економіки і торгівлі*. 2015. № 3 (71). С. 28–37. (1,4 друк. арк.).

4. Шушпанов Д. Г. Здоров'я населення Тернопільської області: детермінанти та чинники ризику. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України*. 2014. Вип. 19. С. 141–151 (1,1 друк. арк.).

5. Шушпанов Д. Г. Трагування здоров'я населення: соціально-економічний контекст. *Українська наука: минуле, сучасне, майбутнє*. 2014. № 19 (1). С. 189–197. (0,9 друк. арк.).

6. Шушпанов Д. Г. Соціально-економічні детермінанти здоров'я населення через призму соціального маркетингу. *Соціально-трудова відносина: теорія і практика*. 2014. № 2(8). С. 325–332 (0,8 друк. арк.).

7. Шушпанов Д. Г. Гендерна складова соціально-економічних детермінант здоров'я населення. *Науковий вісник Полтавського університету економіки і торгівлі. Серія «Економічні науки»*. 2013. № 2 (58). С. 130–135 (0,4 друк. арк.).

8. Шушпанов Д. Г. Суспільне здоров'я як чинник реалізації людського потенціалу України. *Вісник Хмельницького національного економічного університету*. 2013. № 5. Т. 1. С. 25–30 (0,6 друк. арк.).

9. Шушпанов Д. Г. Здоров'я населення регіону в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України*. 2013. Вип. 18. С. 146–155 (0,7 друк. арк.).

10. Шушпанов Д. Г. Інвестування в здоров'я: сучасні пріоритети для України. *Формування ринкової економіки*. 2012. Т. 2. – С. 653–661 (0,6 друк. арк.).

11. Шушпанов Д. Г. Значення соціального середовища для здоров'я населення. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України*. 2012. Вип. 17. С. 92–97 (0,5 друк. арк.).

12. Шушпанов Д. Г., Кузів О. Є. Здоров'я населення регіону: соціально-демографічний аспект. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України*. 2011. Вип. 16. С. 108–115 (0,5 друк. арк., з яких здобувачу належить 0,4 друк. арк. Визначено причини нерівності у здоров'ї соціальних і демографічних груп населення регіону).

13. Шушпанов Д. Г. Здоров'я населення як складова компонента розвитку трудового потенціалу. *Вісник Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. 2011. Вип. 17. С. 202–206 (0,3 друк. арк.).

14. Шушпанов Д. Г. Народжуваність та чинники формування репродуктивних установок населення України. *Вісник соціально-економічних досліджень*. 2008. Вип. 32. С. 430–436 (0,4 друк. арк.).

15. Шушпанов Д. Г. Людський розвиток: підходи до визначення та аналізу. *Регіональні аспекти розвитку і розміщення продуктивних сил України*. 2006. Вип. 11. С. 105–110 (0,5 друк. арк.).

16. Шушпанов Д. Г., Слівінська Н. М. Пенсіонери в системі соціально-демографічної стратифікації. *Управління розвитком*, 2006. № 1. С. 107–110 (0,3 друк. арк., з яких здобувачу належить 0,2 друк. арк. Досліджено причини соціально-демографічної стратифікації та її наслідки для осіб старшого віку).

17. Шушпанов Д. Г., Слівінська Н. М. Диференціація добробуту населення України. *Социально-экономические аспекты промышленной политики*. (Управление человеческими ресурсами: государство, регион, предприятие). 2006. Т. 1. С. 216–222. (0,4 друк. арк., з яких здобувачу належить 0,2 друк. арк. Виокремлені критерії та показники диференціації добробуту населення).

18. Шушпанов Д. Г. Смертність населення через призму соціальної стратифікації. *Формування ринкової економіки*. Т. 1. 2006. С. 332–338. (0,3 друк. арк.).

19. Шушпанов Д. Г. Суть та причини економічної стратифікації: світовий досвід. *Регіональні аспекти розвитку і розміщення продуктивних сил України*. 2005. Вип. 10. С. 104–110 (0,4 друк. арк.).

20. Шушпанов Д. Г. Соціальна стратифікація українського суспільства. *Регіональні аспекти розвитку і розміщення продуктивних сил України*. 2004. Вип. 9. С. 91–94 (0,3 друк. арк.).

21. Шушпанов Д. Г. Управління людськими ресурсами: демографічний аспект. *Проблеми формування ринкової економіки*. 2001. С. 144–151 (0,4 друк. арк.).

у тому числі внесених до міжнародних наукометричних баз:

22. Шушпанов Д. Г. Навколишнє середовище та нерівність у здоров'ї населення України: соціально-економічний та демографічний розріз. *Сталий розвиток економіки*. 2017. № 7. С. 97–106. (Index Copernicus). (0,90 друк. арк.).

23. Шушпанов Д. Г. Моделювання впливу соціально-економічних детермінант на стан здоров'я населення України. *Вісник Кременчуцького національного університету імені Михайло Остроградського*. 2017. Випуск 4 (101). Частина 1. С. 142–147 (*Ulrich's Web Global Serials Directory, eLIBRARY, Index Copernicus та ін.*). (0,6 друк. арк.).

24. Шушпанов Д. Г., Саріогло В. Г. Оцінювання впливу соціально-економічних детермінант на стан здоров'я населення на засадах мікроімітаційного моделювання. *Економічний аналіз*. 2017. Том 27. № 2. С. 79–90. (*Index Copernicus, Scientific Indexing Services, Google Scholar та ін.*). (1,05 друк. арк., з яких здобувачу належить 0,8 друк. арк. Адаптовано прийоми мікроімітаційного моделювання для оцінювання впливу соціально-економічних детермінант на стан здоров'я населення та на цій основі побудовано низку моделей).

25. Шушпанов Д. Г. Демографічні та соціально-економічні індикатори здоров'я населення: ідентифікація та використання для політики в Україні. *Український журнал прикладної економіки*. 2017. Том 2. Випуск 1. С. 153–165. (*Index Copernicus, WorldCat, Google Scholar*). (1,0 друк. арк.).

26. Шушпанов Д. Г. Детермінанти здоров'я населення кризь призму теорії життєвого курсу. *Український журнал прикладної економіки*. 2016. Том 1. № 4. С. 166–176. (*Index Copernicus, WorldCat, Google Scholar*). (1,1 друк. арк.).

27. Шушпанов Д. Г. Соціально-економічні особливості споживання продуктів харчування та їх вплив на стан здоров'я населення України. *Актуальні проблеми економіки*. 2016. №7 (181). С. 344–356. (*Scopus, EBSCOhost, EconLit та ін.*). (1,4 друк. арк.).

28. Шушпанов Д. Г. Причини та детермінанти надсмертності в Україні: порівняльний соціально-демографічний аналіз з країнами Європейського союзу.

Економічний аналіз. 2016. Том 23. № 1. С. 111–122. (*Index Copernicus, Scientific Indexing Services, Google Scholar та ін.*). (1,7 друк. арк.).

29. Шушпанов Д. Г. Нерівність у стані здоров'я населення України: гендерні особливості. *Вісник Кременчуцького національного університету імені Михайла Остроградського*. 2016. Випуск 3 (98). Частина 1. С. 76–85. (*Ulrich's Web Global Serials Directory, eLIBRARY, Index Copernicus та ін.*). (1,8 друк. арк.).

30. Шушпанов Д. Г. Регіональний профіль здоров'я населення України: стан, тенденції, детермінанти. *Соціально-економічні проблеми сучасного періоду України*. 2015. Вип. 5 (115). С. 77–82. (*Index Copernicus*). (1,1 друк. арк.).

31. Шушпанов Д. Г. Освіта як соціально-економічна детермінанта здоров'я населення. *Вісник приазовського державного технічного університету*. 2015. № 30. С. 228-235. (*Index Copernicus Scientific Indexing Services, Cosmos Impact Factor*). (1,1 друк. арк.).

32. Шушпанов Д. Г. Детермінанти здоров'я населення: суть та особливості систематизації. *Демографія та соціальна економіка*. 2015. № 2 (24). С. 141–152. (*Ulrich's Periodicals Directory; Index Copernicus та ін.*). (1,5 друк. арк.).

33. Шушпанов Д. Г. Теоретичні підходи до оцінки впливу доходу на здоров'я населення. *Економічний аналіз*. 2015. Том. 19. № 2. С. 171–178. (*Index Copernicus, Scientific Indexing Services, Google Scholar та ін.*). (1,1 друк. арк.).

34. Шушпанов Д. Г. Синкретичність трактування здоров'я в контексті його соціально-економічного пізнання. *Економічний аналіз*. 2014. Том. 15. № 4. С. 147–157. (*Index Copernicus, Scientific Indexing Services, Google Scholar та ін.*). (0,9 друк. арк.).

Статті в зарубіжних наукових виданнях

1. Шушпанов Д. Г. Доход как фундаментальная детерминанта здоровья населения Украины. *Human health as a problem of medical sciences and humanities*. 2015. С. 15–21. (0,4 друк. арк.).

2. Шушпанов Д. Г. Соціально-економічний градієнт здоров'я населення України. *Scientific letters of international academic society of Michal Baludansky*. 2015. № 4. Р. 111–117. (1,0 друк. арк.).

Опубліковані праці в інших виданнях

1. Шушпанов Д. Г. Оцінювання соціально-економічної нерівності у здоров'ї населення методом мікроімітаційного моделювання. *Механізми, стратегії, моделі та технології управління економічними системами за умов інтеграційних процесів: теорія, методологія, практика*: Матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції. Хмельницький. 2017. С. 107–109. (0,1 друк. арк.).

2. Шушпанов Д. Г., Шушпанова Н. В. Особиста відповідальність населення за стан власного здоров'я: соціально-економічні та демографічні особливості. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. № 3 (44). С. 298–302. (Google Scholar). (0,45 друк. арк., з яких здобувачу належить 0,3 друк. арк. За результатами авторського соціологічного опитування визначено відповідальності населення за стан свого здоров'я).

3. Шушпанов Д. Г. Нерівність у стані здоров'я та зайнятості населення: вектори взаємозв'язків. *Імперативи та інноваційні механізми забезпечення гідної праці в умовах становлення нової економіки*: зб. тез доповідей учасників Міжнар. наук.-практ. конф. Київ. 2017. С. 108-111. (0,2 друк. арк.).

4. Шушпанов Д. Г. Життєвий шлях, соціально-економічні детермінанти та здоров'я населення. *Здоров'я людини: теоретичні, практичні та методичні аспекти*. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. Полтава. 2016. С. 170–172. (0,25 друк. арк.).

5. Шушпанов Д. Г. Навколишнє середовище як детермінанта здоров'я населення України. *Збірник матеріалів науково-практичної конференції «Довкілля і здоров'я», присвяченої 30-річчю Чорнобильської катастрофи*. Тернопіль. 2016. С. 28–29. (0,2 друк. арк.).

6. Шушпанов Д. Г. Нерівність у здоров'ї населення як демографічна та соціально-економічна проблема в Україні. *Стратегія економічного розвитку*

України: теоретичні засади та механізми реалізації: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції. Ніжин. 2016. Ч. 3. С. 243–245 (0,2 друк. арк.).

7. Шушпанов Д. Г. Социальная поддержка как составляющая часть социального капитала и её влияние на здоровье населения. *Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности*: материалы III Международной научно-практической конференции. Улан-Удэ. 2015. С. 379–380. (0,2 друк. арк.).

8. Шушпанов Д. Г. Доцільність запровадження обов'язкового соціального медичного страхування в Україні. *Фінансово-банківські та адміністративні послуги: проблеми управління та перспективи розвитку*: збірник тез доповідей Міжнародної науково-практичної конференції. Тернопіль. 2015. С. 156–159. (0,4 друк. арк.).

9. Шушпанов Д. Г. Покращення детермінант здоров'я як пріоритетний напрямок збереження здоров'я населення України. *Пріоритетні питання діяльності закладів охорони здоров'я та сучасні підходи до їх вирішення*: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю. Київ. 2015. С. 60–62. (0,25 друк. арк.).

10. Шушпанов Д. Г. Збереження здоров'я населення через призму сталого розвитку. *Перспективні напрямки наукових досліджень*: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції. Братислава. 2015. Т. 1. С. 130–132. (0,15 друк. арк.).

11. Шушпанов Д. Г. Детермінанти здоров'я населення як інноваційний напрямок політики збереження здоров'я населення України. *Трансформаційні процеси економічної системи в умовах сучасних викликів*: збірник тез доповідей II Міжнародної науково-практичної конференції. Тернопіль. 2015. С. 150–151. (0,1 друк. арк.).

12. Шушпанов Д. Г. Общественное здоровье в Украине: приоритеты развития в контексте европейской интеграции Украина. *България – Европейски Съюз: Съвременно състояние и перспективи*: сборник с доклади от международна научна конференция. Варна. 2013. С. 244–250. (0,3 друк. н.).

13. Шушпанов Д. Г. Моделі організації охорони здоров'я в світі: пріоритети для України. *Таврійський економічний журнал*. 2012. № 7. С. 146–149. (0,3 друк. арк.).

14. Качан Є., Дяків О., Файфура В., Шушпанов Д. Розвиток трудового потенціалу Тернопілля в умовах подолання демографічної та економічної кризи. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України*. 2012. Вип. 17. С. 108–115. (0,5 друк. арк., особисто автору – 0,1 друк. арк. Здійснено оцінювання потенціалу здоров'я населення Тернопілля як основи розвитку його трудового потенціалу).

15. Шушпанов Д. Г. Смертність населення та її вплив на трудовий потенціал України. *Соціально-економічні та демографічні проблеми збереження і розвитку трудового потенціалу регіонів: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції*. Тернопіль. 2009. С. 117–118 (0,1 друк. арк.).

16. Шушпанов Д. Г. Проблеми економічного зростання і соціального добробуту в сучасному світі. *Економіка євразійського та африканського континентів і Україна: збірник тез доповідей Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених*. Тернопіль. 2007. С. 133–136. (0,1 друк. арк.).

17. Шушпанов Д. Г. Україна в контексті глобалізаційних тенденцій здоров'я населення. *Економічний і соціальний розвиток України в XXI столітті: національна ідентичність та тенденції глобалізації: збірник матеріалів IV Міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених*. Ч. 1. Тернопіль. 2007. – С. 378–380. (0,1 друк. арк.).

18. Шушпанов Д. Г. Про тенденції соціальної стратифікації суспільства в Україні. *Економічний і соціальний розвиток України в XXI столітті: національна ідентичність та тенденції глобалізації: збірник матеріалів II Міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених*. Ч. 1. Тернопіль, 2005. С. 330–332. (0,1 друк. арк.).

ЗМІСТ

Перелік умовних позначень, скорочень і термінів	23
Вступ	25
1. Теоретико-методологічні засади дослідження соціально-економічних детермінант здоров'я населення.	40
1.1. Еволюція наукових підходів до вивчення соціально-економічних детермінант здоров'я населення.	40
1.2. Синкретичність трактування термінів «здоров'я», «громадське здоров'я» та «здоров'я населення» в контексті їхнього соціально-економічного пізнання.	65
1.3. Соціально-економічні детермінанти та нерівність у здоров'ї населення.	82
<i>Висновки до першого розділу</i>	115
2. Інформаційний та методичний інструментарій оцінювання впливу соціально-економічних детермінант на нерівність у здоров'ї населення	119
2.1. Інформаційне забезпечення вивчення соціально-економічних детермінант здоров'я населення.	119
2.2. Система індикаторів соціально-економічних детермінант здоров'я населення.	131
2.3. Методи оцінювання впливу соціально-економічних детермінант на стан здоров'я населення.	152
<i>Висновки до другого розділу</i>	172
3. Соціально-демографічні детермінанти здоров'я населення України	176
3.1. Здоров'я населення України: стан, динаміка та структурно-порівняльний аналіз з країнами Європейського Союзу	176
3.1.1. Оцінювання смертності та середньої очікуваної тривалості життя	176
3.1.2. Характеристика захворюваності та поширеності хвороб	190

3.1.3. Соціально-економічні особливості інвалідності.	200
3.2. Ранній період життя через призму життєвого курсу: наслідки для здоров'я.	208
3.2.1. Оцінка стану та тенденцій здоров'я дітей та підлітків	209
3.2.2. Умови раннього періоду життя як чинник нерівності у стані здоров'я населення у майбутньому.	220
3.3. Гендерні особливості нерівності у здоров'ї населення.	239
<i>Висновки до третього розділу</i>	248
4. Нерівність у доходах, зайнятості та освіті: масштаби впливу на стан здоров'я населення України	252
4.1. Соціальний градієнт формування здоров'я населення.	252
4.2. Дохід та зайнятість як фундаментальні детермінанти здоров'я структурного рівня	264
4.3. Освіта та санітарна грамотність: оцінювання впливу на здоров'я	277
4.4. Соціальний капітал як ресурс здоров'я та засіб зменшення нерівності у здоров'ї.	289
<i>Висновки до четвертого розділу</i>	302
5. Довкілля та спосіб життя як детермінанти здоров'я населення України.	305
5.1. Регіональний профіль здоров'я: особливості детермінації.	305
5.2. Соціально-економічні та екологічні умови проживання: значення для здоров'я	313
5.3. Доступність та якість медичних товарів і послуг.	321
5.4. Особливості харчування: наслідки для здоров'я.	330
5.5. Індивідуальна поведінка та відповідальність за власне здоров'я	336
<i>Висновки до п'ятого розділу</i>	349

6. Концептуальні засади політики регулювання соціально-економічних детермінант і скорочення нерівності у здоров'ї населення України	352
6.1. Моделювання впливу соціально-економічних детермінант на стан здоров'я населення	352
6.2. Методологічні засади розрахунку композиційного індексу стану здоров'я та визначення характеристик нерівності груп населення за рівнем здоров'я.	363
6.3. Базисні принципи політики забезпечення соціальної справедливості у сфері охорони здоров'я.	373
6.4. Покращення соціально-економічних детермінант як основа політики збереження та зміцнення здоров'я населення.	397
<i>Висновки до шостого розділу</i>	416
Висновки	419
Список використаних джерел	430
Додатки	472

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

АП – атмосферне повітря

АТО – антитерористична операція

АСО – авторське соціологічне опитування

ВВП – валовий внутрішній продукт

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ВРУ – Верховна Рада України

ГДР – гранично допустимі рівні

ДІПХ – деякі інфекційні та паразитарні хвороби

ДССУ – державна служба статистики України

ДТП – дорожньо-транспортна пригода

ДЯМТП – доступність та якість медичних товарів і послуг

ЄС – Європейський Союз

ЄСД – Європейське соціальне дослідження

ЗДСМС – загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування

ЗМІ – засоби масової інформація

ІЗ – індекс індивідуального здоров'я

ІСЗ – індекс стану здоров'я

ІТЖ – індекс тривалості життя

КМУ – Кабінет Міністрів України

КС – коефіцієнт смертності

МІМ – мікроімітаційне моделювання

МІМД – мікроімітаційні моделі

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

НАН – Національна академія наук

ОВНСВЗ – особиста відповідальність населення за стан власного здоров'я

ОЕАН – обстеження населення з питань економічної активності

ООМ – особи з обмеженими можливостями

ООН – Організація об'єднаних націй

ОУЖД – обстеження умов життя домогосподарств

РПЖ – ранній період життя

СБ – Світовий Банк

СЕД – соціально-економічні детермінанти

СЕС – соціально-економічний статус

СКС – стандартизований коефіцієнт смертності

СНІД – синдром набутого імунодефіциту

СО – оксид вуглецю

СОТ – Світова організація торгівлі

СОТЖ – середня очікувана тривалість життя

СОТЖБІ – середня очікувана тривалість життя без інвалідності

СОТЗЖ – середня очікувана тривалість здорового життя

ТЖК – теорія життєвого курсу

ХСК – хвороби системи кровообігу

ЦСР – Цілі сталого розвитку

ВСТУП

Актуальність дослідження. Теперішній період соціально-економічних і політичних змін в Україні характеризується динамічними явищами в усіх сферах життєдіяльності, які не завжди мають позитивну спрямованість. Зокрема, поглиблюється розшарування в суспільстві, посилюються негативні тенденції у стані здоров'я населення та зростає нерівність у здоров'ї окремих груп населення. Підґрунтям для таких висновків є значення індикаторів, що характеризують стан здоров'я населення України. Більшість з них є значно гіршими, ніж аналогічні в країнах Європи. Це стосується очікуваної тривалості життя, стандартизованих коефіцієнтів смертності, особливо через хвороби системи кровообігу та деякі інфекційні хвороби.

Гіршими є також значення багатьох індикаторів, що характеризують детермінанти здоров'я на суспільному та індивідуальному рівнях. На суспільному – це, насамперед, висока інфляція, низькі доходи населення та бідність; недостатньо ефективна, а в багатьох випадках недоступна, медична допомога; неофіційні платежі та хабарництво у сфері охорони здоров'я, поширеність зайнятості в шкідливих і небезпечних умовах; низька якість питної води, забруднення довкілля тощо. На рівні індивідуума гострими проблемами залишаються тютюнопаління, наркоманія, надмірне споживання алкоголю, «нездорове харчування», зокрема недостатнє споживання фруктів та овочів, низька фізична активність тощо.

Складні події в Україні впродовж 2014–2018 рр. суттєво поглибили зазначені проблеми. Зволікання з їхнім розв'язанням посилює депопуляцію, знижує якість людських ресурсів і загрожує національній безпеці загалом. Першочергове завдання за таких умов – зміна підходів до охорони здоров'я населення: в умовах обмежених фінансових ресурсів посадовці намагаються ліквідувати наслідки хвороб замість запобігання їхньому виникненню.

Отже, важливим як із методологічного, так і практичного погляду є пошук інноваційних напрямів збереження та зміцнення здоров'я населення, зокрема реалізація комплексного підходу, спрямованого на покращення соціально-

економічних детермінант (СЕД) здоров'я, посилення мотивації населення до збереження власного здоров'я та підвищення ефективності медичної допомоги.

Зміна стратегії управління у сфері охорони здоров'я є необхідною передумовою розвитку нового суспільства із здоровим населенням. Таку політику необхідно будувати на принципово новій інтерпретації зв'язків між фізичним і соціальним середовищем, з одного боку, та здоров'ям населення – з іншого, для формування якісно нових підходів до збереження та зміцнення здоров'я як на індивідуальному, так і суспільному (глобальному, національному, регіональному) рівнях. Це неможливо без дослідження СЕД здоров'я населення, їхнього моніторингу й аналізу.

Керуючись такою позицією, у 2005 р. ВООЗ заснувала Комісію із соціальних детермінант здоров'я для систематизації наявних знань про можливі шляхи зменшення нерівності у здоров'ї населення, щоб у такий спосіб привернути увагу світу до важливого питання – досягнення більш високого рівня соціальної справедливості в цій сфері як у межах країн, так і між ними шляхом впливу на СЕД здоров'я.

В Україні сучасних наукових розробок, присвячених комплексному вивченню СЕД нерівності у здоров'ї населення, недостатньо. Важливі аспекти цієї проблеми вивчають науковці Інституту демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи Національної академії наук України – Е. Лібанова, С. Пирожков, О. Макарова, О. Гладун, І. Курило, Н. Левчук, Н. Рингач, І. Жалінська, які підготували низку фундаментальних праць, присвячених оцінюванню особливостей соціально-економічних умов формування здоров'я населення, чинників і наслідків його кризового стану в Україні, розробці принципів та пріоритетних напрямів політики щодо збереження та зміцнення стану здоров'я.

Соціально-економічний напрям вивчення здоров'я населення також репрезентують праці дослідників інших наукових центрів і шкіл. О. Грішнова та Л. Семів розглядають здоров'я населення у контексті збільшення людського капіталу. І. Кравченко та Л. Шевчук розробляють заходи поліпшення стану здоров'я населення крізь призму розвитку трудового потенціалу. Опису чинників

ризиком для здоров'я населення та вивченню можливостей досягнення рівності в системі охорони здоров'я присвячені праці Т. Грузевої. Взаємозв'язок між станом здоров'я населення і економічним розвитком оцінює Т. Підвисоцька. Соціально-економічні основи формування здоров'я дитячого населення висвітлює Л. Федоришина.

Вплив довкілля на стан здоров'я населення є головним напрямом дослідження фахівців Державної установи «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва Національної академії медичних наук України». Наукове підґрунтя для розробки пріоритетних законодавчих, нормативних, програмних, науково-методичних документів щодо охорони здоров'я становлять дослідження вчених Державної установи «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України» (Г. Слабкий). Крім цього, напрямам покращення охорони здоров'я населення, зокрема соціально-економічним, присвячені дослідження Т. Камінської, В. Лехана, Г. Лопушняк, О. Любінця, М. Шевченко та ін.

Серед зарубіжних дослідників СЕД здоров'я вагомим доробком відомі розробки Р. Вілкінсона, Д. Кідінга, О. Кісліциної, М. Мармота, Дж. Мікконена, Д. Рафаеля, А. Шабунової та інших. Однак універсальних шаблонів дослідження детермінант здоров'я бути не може, оскільки їхня структура, механізм і ступінь дії відрізняються як у середині окремої країни, так і за її межами. Необхідність створення цілісної концепції регулювання СЕД здоров'я визначається також потребою продукування ефективних способів обґрунтування і вибору управлінських рішень щодо зменшення нерівності у здоров'ї населення. За суттю методологія оцінювання СЕД повинна бути дієвим інструментом, який забезпечить реалізацію відповідної політики збереження та зміцнення здоров'я населення.

Зміни політичної та соціально-економічної ситуації в Україні тільки посилюють необхідність аналізу СЕД здоров'я населення. Актуальність теми дисертації також пов'язана з тим, що заходи, спрямовані на охорону здоров'я населення, можуть бути ефективними тільки за умови успішної реалізації соціально-політичних, соціально-економічних і соціокультурних стратегій.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота узгоджується з тематичною спрямованістю науково-дослідних розробок Тернопільського національного економічного університету (ТНЕУ) та Інституту демографії та соціальних досліджень ім. В. М. Птухи НАН України (ІДСД), а її результати використані в процесі виконання науково-дослідних тем:

- 1) «Стратегічні орієнтири розвитку економіки України до 2020 року: методологічні та прикладні аспекти» (ТНЕУ, номер державної реєстрації 0108U010221), де автором окреслено передумови та розроблено стратегічні напрями підвищення рівня доходів населення, а також досліджено демографічні чинники розвитку економіки України, зокрема, смертність населення та захворюваність;
- 2) «Маркетингові технології на ринку інноваційних товарів і послуг» (ТНЕУ, номер державної реєстрації 0113U007882), у межах теми здобувачем запропоновано розглядати соціальний маркетинг як інструмент реалізації політики збереження і зміцнення здоров'я населення та розроблено рекомендації щодо цього;
- 3) «Аналітичне забезпечення стратегії управління персоналом підприємства» (ТНЕУ, номер державної реєстрації 0115U002337), де автором розкрито особливості впливу умов праці на стан здоров'я працівників і запропоновано напрями зниження пов'язаних із цим ризиків, зокрема розроблено проект запровадження стандарту OHSAS 180012007 у систему управління охороною праці у ТОВ «Микулинецький Бровар»);
- 4) «Стратегія розвитку Васильковецької сільської об'єднаної територіальної громади на 2016-2020 роки» (ТНЕУ, номер державної реєстрації 0116U006373), у межах теми дисертантом здійснено оцінювання демографічного потенціалу громади, розвитку соціальної інфраструктури та впливу детермінант, які визначають стан здоров'я населення і запропоновано заходи щодо оптимізації надання медичних послуг, підвищення рівня санітарної грамотності тощо;
- 5) «Регіональні проблеми вдосконалення розміщення продуктивних сил» (ТНЕУ, номер державної реєстрації 0105U000860), де здобувачем визначено основні напрями вдосконалення розвитку та шляхи оптимізації закладів охорони здоров'я з метою забезпечення доступності та підвищення якості медичних товарів та послуг;
- 6) «Еколого-ресурсні, соціально-

економічні та демографічні основи сталого розвитку регіону» (ТНЕУ, номер державної реєстрації 0110U001135), у межах теми автором визначено напрями забезпечення сталого розвитку регіону в частині подолання бідності, забезпечення міцного здоров'я, якісної освіти, гендерної рівності та скорочення нерівності;

7) «Соціально-економічний потенціал сільських населених пунктів в умовах децентралізації владних відносин» (ТНЕУ, номер державної реєстрації 0115U001604), де дисертантом запропоновано заходи з покращення соціально-економічних детермінант здоров'я населення сільської місцевості;

8) «Моделі взаємозв'язків соціального захисту та податкового навантаження на домогосподарства» (ІДСД, номер державної реєстрації 0114U005340), де автором розроблені методи мікроімітаційного моделювання, використані для обґрунтування напрямів удосконалення політики охорони здоров'я в Україні;

9) «Трансформація соціальної інфраструктури в контексті забезпечення гуманітарного розвитку» (ІДСД, номер державної реєстрації 0111U008928), де дисертантом визначено ступінь доступності та якість медичних товарів і послуг в Україні, досліджено зв'язок між ними та станом здоров'я населення.

Мета і завдання дослідження. Метою дослідження є розроблення теоретичних, методологічних і практичних засад оцінювання соціально-економічних детермінант нерівності у здоров'ї населення для наукового обґрунтування принципів і напрямів державної політики збереження та зміцнення здоров'я населення.

Відповідно до окресленої мети визначені такі завдання:

- систематизувати теоретичні підходи до визначення понять «здоров'я», «громадське здоров'я» і «здоров'я населення», дослідити їхню еволюцію та сучасне трактування крізь призму соціально-економічної нерівності;
- розробити концептуальну основу дослідження СЕД нерівності у здоров'ї населення із визначенням їхньої структури, ступеня та вектора впливу на здоров'я;
- систематизувати індикатори здоров'я та СЕД, що визначають його нерівність за окремими групами населення;

- виробити методичний і практичний інструментарій проведення соціологічного опитування для виявлення СЕД нерівності у здоров'ї населення України і запропонувати на основі отриманих результатів практичні рекомендації;
- сформувати методологічні засади оцінювання впливу СЕД на здоров'я та нерівність у здоров'ї населення з використанням мікроімітаційного моделювання;
- оцінити стан здоров'я та виявити масштаби нерівності у здоров'ї окремих демографічних, соціально-економічних і територіальних груп населення за основними видами захворюваності, причинами смертності та інвалідності;
- крізь призму концепції життєвого курсу визначити рівень впливу соціально-економічних умов раннього періоду життя (РПЖ) на стан здоров'я населення в дорослому житті;
- з'ясувати роль соціального градієнта у формуванні здоров'я населення України та провести оцінювання сучасного стану й тенденцій змін СЕД (доходи, зайнятість, освіта, соціальний капітал), безпосередньо з ними пов'язаних умов довкілля, харчування, доступності та якості медичних товарів і послуг, індивідуальної поведінки й відповідальності населення за стан власного здоров'я та їхнього впливу на нерівність у здоров'ї населення України;
- здійснити моделювання впливу СЕД на стан здоров'я населення;
- розробити й апробувати методологічні підходи до розрахунку композиційного індексу рівня здоров'я та визначення характеристик нерівності груп населення за рівнем здоров'я;
- запропонувати концептуальні засади політики, спрямованої на подолання негативних тенденцій поглиблення нерівності у стані здоров'я населення на основі покращення СЕД.

Об'єктом дослідження є соціально-економічні детермінанти здоров'я населення.

Предмет дослідження – сукупність теоретико-методологічних і прикладних засад формування і розвитку соціально-економічних детермінант здоров'я та їхнього впливу на нерівність у здоров'ї окремих демографічних, соціально-економічних і територіальних груп населення.

Методи дослідження. Для виконання визначених у дисертаційній роботі завдань використано комплекс методів теоретичного дослідження та аналізу емпіричних даних, загальнонаукові та спеціальні методи.

Теоретико-методологічною основою дослідження є фундаментальні положення економіки, соціології та демографії, пов'язані із змістом детермінант, які визначають стан здоров'я населення. Зокрема, застосовано такі методи:

- *абстрактно-логічний* – для визначення змісту понять і категорій «здоров'я», «громадське здоров'я» та «здоров'я населення»;

- *історичний та логічний аналіз* – для дослідження еволюції поглядів і підходів до вивчення здоров'я населення та детермінант, які його визначають;

- *синергетичний підхід* – для розроблення концептуальних принципів подолання негативних тенденцій поглиблення нерівності у стані здоров'я населення на основі покращення СЕД;

- *класифікаційно-аналітичний* – для формування типологічних угруповань регіонів України відповідно до індикаторів стану здоров'я населення (смертності, захворюваності, середньої очікуваної тривалості життя) та СЕД (доходів, освіти, соціального капіталу, доступності та якості медичних товарів і послуг, особистої відповідальності за власне здоров'я тощо);

- *соціологічне опитування* – під час розробки програми та проведення авторського соціологічного дослідження з метою уточнення даних про стан здоров'я населення України та СЕД, які його визначають.

- *графо-аналітичний* – для порівняння стану здоров'я населення України та країн ЄС, ілюстрації залежності стану здоров'я від СЕД;

- *економіко-математичні* – для інтегрального оцінювання впливу СЕД на нерівність у здоров'ї окремих груп населення.

Серед спеціальних *демографічних і статистичних методів* використано:

- *кореляційний аналіз* – для оцінювання ступеня впливу СЕД на рівень смертності населення загалом, а також за статево-віковими групами, місцем проживання та іншими ознаками;

– *логістичну регресію* – для дослідження впливу СЕД на рівень захворюваності та поширеності хвороб за даними, отриманими в результаті вибіркового обстежень, у тому числі авторського;

– *мікроімітаційне моделювання* – для визначення впливу СЕД на стан здоров'я окремих груп населення, розрахунку композиційного індексу стану здоров'я та визначення характеристик нерівності окремих груп населення за рівнем здоров'я;

– *демометричне моделювання* – для визначення впливу смертності від окремих соціально детермінованих причин на тривалість життя.

Інформаційною базою дослідження є законодавчі та нормативні акти України, дані авторського соціологічного опитування та інших обстежень, проведених вітчизняними і зарубіжними установами, статистичні матеріали Державної служби статистики України, Міністерства охорони здоров'я України, бази даних ВООЗ щодо показників здоров'я та смертності населення країн Європейського регіону «Здоров'я для всіх», праці вітчизняних і зарубіжних науковців. Аналіз первинних даних і мікроімітаційне моделювання здійснено з використанням програмного пакета «IBM SPSS Statistics».

Наукова новизна отриманих результатів. У дисертації подано цілісне уявлення про сутність соціально-економічних детермінант здоров'я як соціально-економічних чинників, що визначають нерівність у здоров'ї окремих людей чи груп населення в конкретний період. Наукові результати, що отримані автором особисто і виносяться на захист, пов'язані з розвитком теоретико-методологічних, методичних і прикладних засад дослідження впливу СЕД на нерівність у стані здоров'я населення та розробкою науково-практичних рекомендацій щодо його збереження й зміцнення. Наукова новизна роботи передусім полягає у тому, що:

вперше:

– науково обґрунтовано концептуальну модель соціально-економічних детермінант здоров'я населення, що охоплює три основні рівні: контекстуальний, пов'язаний з дією глобальних і суспільно-політичних детермінант на макрорівні; структурний, що містить детермінанти, які визначають стан здоров'я населення

окремих демографічних, соціальних чи територіальних груп населення; проксимальний, на якому вплив детермінант на стан здоров'я визначають особливості поведінки індивідуума. Такий поділ дав змогу розкрити механізм впливу СЕД на стан здоров'я та нерівність у здоров'ї населення на суспільному та індивідуальному рівнях;

– розроблено й апробовано алгоритм і метод оцінювання впливу соціально-економічних детермінант на здоров'я населення, з використанням мікроімітаційного моделювання, у межах якого сформований масив мікроданих коригується на основі даних макрорівня, зокрема таблиць смертності й оцінок захворюваності населення. Такий підхід дав змогу виявити залежність між станом здоров'я та його детермінантами з доволі високою точністю навіть за умов обмеженості первинної інформаційної бази;

– сформовано оригінальний авторський підхід до оцінювання впливу умов РПЖ на стан здоров'я населення в дорослому житті, що стало можливим завдяки розробці інструментарію та проведенню авторського соціологічного опитування, у межах якого вивчались такі аспекти розвитку людини у РПЖ, як добробут, освіта і санітарна грамотність, соціальний капітал, фізична активність, харчування й оздоровлення, що дало змогу визначити їхній вплив на ймовірності виникнення/не виникнення окремих хронічних захворювань у майбутньому;

– розроблено методику моделювання впливу СЕД на стан здоров'я населення, за якою детермінанти (незалежні змінні) об'єднано в три блоки: демографічний та соціально-економічний, відповідальність та спосіб життя, умови РПЖ. Це дало змогу побудувати три статистичні моделі, що відображають взаємозв'язок індикаторів здоров'я населення з основними детермінантами, та встановити найбільш «вагомі» блоки й окремі індикатори;

– запропоновано методологічний підхід до інтегрального оцінювання стану здоров'я населення, що ґрунтується на використанні мікроданих самооцінки стану здоров'я та передбачає врахування показників, розрахованих за даними офіційної статистики (середня очікувана тривалість життя). Розроблено індекс стану здоров'я населення для кожної особи як композиційний показник, який складається з

індексу індивідуального здоров'я та індексу тривалості життя особи, що дало змогу оцінити й порівняти показники нерівності за станом здоров'я, статтю, місцем проживання, матеріальним добробутом і зайнятістю;

удосконалено:

– понятійний апарат дослідження СЕД здоров'я населення, де «здоров'я населення» трактується як категорія, що охоплює всі аспекти, пов'язані зі здоров'ям: від глобальних до індивідуальних; а «соціально-економічні детермінанти» – як соціально-економічні чинники, що визначають стан здоров'я окремих осіб, груп населення чи населення країни загалом у певний період;

– систему індикаторів здоров'я населення, до якої зараховано індикатори, що мають надійні першоджерела інформації, достатню статистичну динамічну варіацію та є адаптованими до вітчизняних реалій. При цьому запропоновано використовувати комплексний підхід із широким спектром індикаторів, що враховує не тільки індикатори захворюваності, смертності та інвалідності, а й індикатори, які характеризують СЕД здоров'я населення, що дає змогу глибше аналізувати механізм впливу СЕД на нерівність у здоров'ї населення й обґрунтовувати найбільш дієві управлінські рішення в цьому контексті;

– методику проведення соціологічного дослідження для отримання більш повної та достовірної інформації про стан здоров'я населення та його детермінанти, яка, на відміну від попередніх, враховує весь комплекс СЕД, що можуть визначати нерівність у здоров'ї населення. Особлива роль при цьому відведена умовам РПЖ;

– підходи до визначення впливу соціально-економічного статусу (СЕС) на стан здоров'я населення, що спираються на провідну роль соціального градієнта у формуванні нерівності у здоров'ї населення та враховують як прямий, безпосередній вплив СЕС на стан здоров'я населення, так і опосередкований через інші детермінанти, насамперед індивідуальну поведінку та відповідальність людини за власне здоров'я. Визначено основні напрями цього впливу;

набули подальшого розвитку:

– підходи до аналізу тенденцій та стану здоров'я населення України загалом і за окремими демографічними та соціально-економічними групами, шляхом

узагальнення даних про смертність, захворюваність та інвалідність і здійснення їхнього порівняльного аналізу з країнами ЄС, що дало змогу глибше обґрунтувати вплив окремих СЕД на стан здоров'я населення;

– методичні засади комплексного оцінювання взаємозалежності стану здоров'я населення України та СЕД (доходи, зайнятість, освіта, соціальний капітал), а також безпосередньо з ними пов'язаних умов довкілля, доступності та якості медичних товарів і послуг, способу життя, з обґрунтуванням ступеня цього впливу на масштаби нерівності у здоров'ї населення;

– передумови й основні стратегічні напрями політики регулювання СЕД здоров'я населення на державному та регіональному рівнях, які базуються на таких засадах: загальнодержавній відповідальності за охорону здоров'я, міжсекторальному стратегічному партнерстві, залученні населення до прийняття рішень у сфері охорони здоров'я, що передбачає необхідність розширення спеціальних знань, здійснення просвітницької діяльності та підвищення санітарної грамотності населення із використанням нових технологій, пов'язаних з розвитком соціальних мереж та інших ресурсів мережі Інтернет, посилення мотивації та індивідуальної відповідальності населення за стан свого здоров'я.

Практичне значення одержаних результатів. Сформульовані й обґрунтовані в дисертації наукові положення та висновки збагачують економічну науку щодо закладення основ побудови державної політики охорони здоров'я через покращення СЕД, які його визначають. Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає в тому, що теоретико-методологічні положення, висновки та рекомендації, сформульовані в дисертації, використані в практичній діяльності органів законодавчої та виконавчої влади України, вітчизняних суб'єктів господарювання, у розробленні та реалізації стратегій розвитку місцевих громад, активізації міжсекторального партнерства і можуть бути основою для розробки заходів політики охорони здоров'я.

Пропозиції щодо збереження та зміцнення здоров'я, а також скорочення нерівності у здоров'ї населення, що викладені в дисертаційній роботі, використано під час підготовки робочих матеріалів для потреб зацікавлених установ та

організацій різного рівня, зокрема: 1) інформаційно-аналітичні матеріали щодо охорони здоров'я населення від шкідливого впливу тютюну й захисту молоді від алкогольної та тютюнової залежності – для внесення змін до деяких законів України (Комітет Верховної ради України з питань податкової та митної політики, довідка Народного депутата України М. Й. Головка); 2) пропозиції щодо методики оцінювання соціально-економічних детермінант здоров'я населення – для розробки засад формування системи громадського здоров'я та напрямів її розвитку в Концепції розвитку системи громадського здоров'я (Міністерство охорони здоров'я України, довідка № 051-12/26940 від 11.10.2017 р.); 3) інформаційно-аналітичні матеріали, які містять рекомендації щодо підвищення санітарної грамотності серед учнів та студентів, посилення їх відповідальності за власне здоров'я – для розроблення проекту Закону України «Про освіту» та Національної стратегії з оздоровчої рухової активності (Міністерство освіти та науки України, довідка № 4.3-17-2217-17 від 22.08.2017 р.); 4) науково-аналітичні матеріали щодо оцінювання соціально-економічних детермінант здоров'я населення Тернопільської області та розробки стратегічних орієнтирів соціально-демографічного розвитку – під час розробки програмних документів з питань збереження та зміцнення здоров'я населення регіону (Управління охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації, довідка № 2075/3-02 від 15.06.2017 р.); 5) інформаційно-аналітичні матеріали з питань оцінювання взаємозв'язку зайнятості та здоров'я населення з метою посилення соціального захисту безробітних – для підготовки інформаційно-консультаційних заходів щодо підтримки здоров'я безробітних, особливо тих, які належать до внутрішньо переміщених осіб (Тернопільський обласний центр зайнятості (довідка № ОЦ-08/2069/0/170818 від 06.06.2017 р.); 6) пропозиції щодо вдосконалення системи охорони здоров'я – під час розроблення Плану стратегічного розвитку м. Тернополя (Управління стратегічного розвитку міста Тернопільської міської ради, довідка № 263.1/2 від 26.06.2017 р.); 7) рекомендації, спрямовані на зниження ризиків для здоров'я працівників, що пов'язані з виробництвом, а також на покращення профілактичної роботи зі збереження та зміцнення їхнього здоров'я, –

для розроблення Стратегії управління персоналом (ТОВ «Микулинецький Бровар» (довідка № 423/22 від 24.05.2017 р.); 8) інформаційно-аналітичні матеріали, пов'язані з оцінюванням демографічного потенціалу громади, розвитку соціальної інфраструктури та детермінант, які визначають стан здоров'я населення, – для формування Стратегії розвитку Васильковецької сільської об'єднаної територіальної громади Тернопільської області (довідка № 356/4 від 26.05.2017 р.).

Теоретичні положення та висновки дисертації використовуються в навчальному процесі Тернопільського національного економічного університету під час викладання дисциплін «Демографія», «Управління трудовим потенціалом», «Управління соціальним розвитком», «Соціальна відповідальність», «Державне управління», «Менеджмент закладів охорони здоров'я», «Управління медичним бізнесом», «Управління якістю медичної допомоги» та ін. (Тернопільський національний економічний університет, довідка № 126-34/1259 від 27.06.2017 р.). Зазначене засвідчує відповідність висновків та основних положень дисертації реальним соціально-економічним процесам, а також підтверджує їхню достовірність і наукову новизну.

Особистий внесок здобувача. Усі наукові результати, викладені в дисертації, отримані автором особисто. З наукових праць, опублікованих у співавторстві, у дисертації використано лише ті ідеї та положення, які є індивідуальним здобутком дисертанта. Повнота викладу наукових положень, висновків і рекомендацій підтверджена в опублікованих працях автора.

Апробація результатів дисертаційного дослідження. Основні теоретичні й практичні положення та результати дисертаційного дослідження доповідалися на 33 міжнародних наукових і науково-практичних конференціях: «Управління людськими ресурсами: проблеми теорії та практики» (м. Київ, 2001 р.); «Регіональні проблеми зайнятості і ринку праці» (м. Тернопіль, 2004 р.); «Економічний і соціальний розвиток України в XXI столітті: національна ідентичність та тенденції глобалізації» (м. Тернопіль, 2005 р.); «Економічний і соціальний розвиток України в XXI столітті: національна ідентичність та тенденції глобалізації» (м. Тернопіль, 2007 р.); «Економіка євразійського та африканського

континентів і Україна» (м. Тернопіль, 2007 р.); «Соціально-економічні та демографічні проблеми збереження і розвитку трудового потенціалу регіонів» (м. Тернопіль, 2009 р.); «Формування та розвиток трудового потенціалу України: проблеми і перспективи» (м. Євпаторія, 2011 р.); «Праця в ХХІ столітті: новітні тенденції, соціальний вимір, інноваційний розвиток» (м. Київ, 2012 р.); «Охорона здоров'я: державна політика та розвиток ринку медичних та фармацевтичних послуг» (м. Сімферополь, 2012 р.); «Оцінювання ефективності соціальної політики: методологія та практика» (м. Київ, 2012 р.); «Україна – Бельгія – Європейський Союз: Сучасно сьєстояние и перспективи» (м. Варна, Болгарія, 2013 р.); «Здоров'є – основа человеческого потенціала: проблеми и пути решения» (м. Санкт-Петербург, Росія, 2013 р., 2015 р.); «Управління персоналом у ХХІ столітті: розвиток, формування конкурентоспроможності, оплата праці» (м. Натанія, Ізраїль, 2014 р.); «Формування ефективних механізмів підвищення конкурентного потенціалу економічних систем за умов розвитку інтеграційних процесів» (м. Яремча, 2014 р.); «Соціально-трудова сфера: сучасні виклики, новітні тенденції, доміанти інноваційного розвитку» (м. Київ, 2014 р.); «Нові виклики бідності в Україні» (м. Київ, 2014 р.); «Здоров'я людини як проблема медичних та гуманітарних наук» (м. Прага, Чехія, 2015 р.); «Управління персоналом у ХХІ столітті: розвиток, формування конкурентоспроможності, оплата праці» (м. Стамбул, Туреччина, 2015 р.); «Економіка сталого розвитку: теоретичні підходи та практичні рекомендації» (м. Кошице, Словаччина, 2015 р.); «Організація та управління охороною здоров'я» (м. Київ, 2015); «Пріоритетні питання діяльності закладів охорони здоров'я та сучасні підходи до їх вирішення» (м. Київ, 2015 р.); «Перспективні напрями наукових досліджень» (м. Братислава, Словаччина, 2015 р.); «Трансформаційні процеси економічної системи в умовах сучасних викликів» (м. Тернопіль, 2015 р.); «Фінансово-банківські та адміністративні послуги: проблеми управління та перспективи розвитку» (м. Тернопіль, 2015 р.); «Територіальні соціально-демографічні особливості України» (м. Київ, 2015 р.); «Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности» (м. Улан-Уде, Росія, 2015 р.); «Стратегія економічного розвитку України:

теоретичні засади та механізми реалізації» (м. Ніжин, 2016 р.); «Довкілля і здоров'я» (м. Тернопіль, 2016 р.); «Соціально-трудова відносина: наслідки трансформаційних реформ і стратегії розвитку» (м. Дубровник, Хорватія 2016); «Здоров'я людини: теоретичні, практичні та методичні аспекти» (м. Полтава, 2016 р.); «Актуальні соціально-економічні проблеми держави і регіонів: антикризова стратегія і сталий розвиток» (м. Вінниця, 2016 р.); «Імперативи та інноваційні механізми забезпечення гідної праці в умовах становлення нової економіки» (м. Київ, 2017 р.); «Актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні» (м. Ужгород, 2017 р.); «Механізми, стратегії, моделі та технології управління економічними системами за умов інтеграційних процесів: теорія, методологія, практика» (м. Хмельницький, 2017 р.); «Еволюція тривалості життя» (м. Київ, 2017 р.); «Ukraina i jej aspiracje do członkostwa w Unii Europejskiej» (м. Варшава, Польща, 2017).

Публікації. Результати дисертаційної роботи опубліковані в 58 наукових працях, де автору належить 61,2 друк. арк., у тому числі в індивідуальній монографії (обсягом 28,8 друк. арк.), трьох колективних монографіях, 34 статтях у наукових фахових виданнях України (з них: одноосібних – 29; таких, що внесено до реєстру міжнародних наукометричних баз, – 13 (у т. ч. 1 – у «Scopus»)), 20 публікаціях в інших наукових вітчизняних і зарубіжних виданнях.

Структура та обсяг роботи. Дисертаційна робота складається зі вступу, шести розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Обсяг основного тексту дисертації становить 410 сторінок. У дисертації міститься 35 таблиць, з яких 2 займають площу 2 повних сторінок, і 65 рисунків, з яких 8 займають площу 10 повних сторінок. Список використаних джерел викладений на 42 сторінках і налічує 444 найменування. Робота містить 19 додатків на 69 сторінках.

РОЗДІЛ I

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

1.1. Еволюція наукових підходів до вивчення соціально-економічних детермінант здоров'я населення

Як наукове поняття «здоров'я населення» віддзеркалює певні стани, процеси, явища, що відбуваються у суспільстві, мають різне походження та історичний характер. На різних етапах розвитку людства детермінанти по різному впливали на стан здоров'я населення та визначали його нерівність серед різних груп населення. Видається, що ці зміни були зумовлені багатьма причинами, провідними з яких стали соціально-економічні та політичні. Важливу роль відігравали у цьому процесі також культурні, релігійні особливості та особливості, пов'язані із зміною довкілля. Відповідно підходи, методи та засоби дослідження впливу детермінант на здоров'я населення також змінювались. У зв'язку з цим доцільним є виявлення закономірностей історичної еволюції наукових і практичних підходів до з'ясування вивчення стану здоров'я населення та детермінант, які його визначають, має, з одного боку, фундаментальне значення для розуміння суті цього процесу, а з іншого – дасть змогу сформулювати інноваційний підхід щодо вдосконалення політики охорони здоров'я в Україні.

Витоки «здоров'я населення» започатковані із дослідженнями здоров'я як базової ознаки людського існування, яка еволюційно осмислювалась різними культурами і епохами залежно від суспільного розвитку, традицій, цінностей тощо [1]. Тривалий проміжок часу на індивідуальному рівні здоров'я вивчалось насамперед з біологічної позиції, тобто виявлення генетичних та фізіологічних особливостей походження хвороби. Відповідно дослідження здоров'я протягом багатьох сторіч були пов'язані з медициною, біологією, філософією, антропологією тощо.

Історія дослідження індивідуального здоров'я розпочинається із медицини періоду Давньої Греції та Давнього Риму. Філософами того часу здоров'я людини розумілось як внутрішня гармонія та узгодженість: як благо (Сократ, Гелен з Пергама) та гармонія, рівновага (Гіппократ, Піфагор, Декартес). Вони також висунули тезу про те, що люди відповідальні за своє здоров'я особисто. Аристотель при цьому спробував виявити залежність між індивідуальним і громадським здоров'ям [2]. При цьому необхідно відзначити, що ідеї давньогрецьких вчених щодо визначення ролі індивідуальної відповідальності у збереження та зміцненні свого здоров'я та її співвідношення із іншими засобами впливу на здоров'я населення не втратили своєї актуальності й зараз.

У середньовіччя переважало релігійне розуміння світу, тому здоров'я пов'язувалося із засвоєнням філософських і теологічних знань, з мобілізацією духовної енергії людини за допомогою молитов, звернених до Бога [3]. На жаль цей період не відрізнявся значними досягненнями як у сфері громадського здоров'я, так і в розвитку медицини.

Подальші дослідження стану здоров'я людини тривали в епоху Відродження і Реформації. Гуманісти і вільнодумні філософи того періоду (Л. Валла, Ж. Боден, М. Монтень) відмовилися від протиставлення здоров'я фізичного і здоров'я духовного й акцентували увагу на найбільш значущих для повсякденного життя цінності як «другого ряду», в тому числі і здоров'ї людини.

Перехід дослідження здоров'я від індивідуального до суспільного рівня відбувся в епоху Просвітництва, що виявляється цілком очевидним, адже розвиток освіти та науки є безумовним рушієм прогресу у всіх сферах життєдіяльності суспільства. Програмні документи Великої французької революції й інших політичних подій того періоду фіксують також питання здоров'я народу, що було пов'язано із зміною ставлення до робочої сили, необхідністю її підтримання в здоровому, робочому стані. Привілейовані класи починають розуміти необхідність боротьби з епідеміями, які спустошували збіднілі прошарки населення.

Серед українських науковців того періоду необхідно відзначити І. Данилевського, який присвятив дисертацію «Про найкраще медичне управління»

[4, с. 27] проблемі організації охорони здоров'я населення. Він один з перших українських науковців розглянув питання про обов'язок держави та уряду піклуватись про стан здоров'я населення. І. Данилевський стверджував, що домогтися значного зниження рівня захворюваності та смертності населення можна через проведення профілактичних заходів. На жаль, проблема недостатньої профілактики захворюваності в Україні актуальна дотепер. Брак уваги до популяризації здорового способу життя та пізня діагностика хвороб є одними із причин значного поширення їх: іноді захворювання фіксують, коли вже настає стадія втрати працездатності або людину неможливо врятувати від смерті. Найнеобхіднішою є більш повна реалізація заходів первинної профілактики – системи заходів попередження виникнення та впливу чинників ризику розвитку захворювань (вакцинація, раціональний режим праці й відпочинку, раціональне якісне харчування, фізична активність тощо) як на державному, так і на регіональному рівнях.

Українські вчені у сфері медицини тої пори, зокрема О. Шафонський, Д. Самойлович, Х. Тихорський, О. Шумлянський, С. Андріївський, М. Тереховський та інші науковці, які є основоположниками вітчизняної епідеміології, здійснили важливий внесок у дослідження етіології багатьох інфекційних хвороб.

Першу половину XIX ст. можна охарактеризувати як період зародження санітарної статистики, коли у вікторіанську епоху епідеміологи активно збирали дані про народжуваність і смертність, що дало їм змогу зробити висновки про причини хвороби. У другій половині XIX ст. були виявлені бактерії, що дало поштовх до розробки вакцин та антибіотиків.

Уперше питання значущості здоров'я як соціального явища на державному рівні розглянуто у XIX ст., коли в Англії створений законодавчий статут «Охорона народного здоров'я» (1848), який став основою санітарного законодавства [5, с. 14–16]. У цей період разом з державними створюються громадські організації медичного профілю, які здійснювали профілактичні заходи.

Значний розвиток системи громадського здоров'я та соціальної епідеміології відбувся на початку XIX ст. у Франції. У цей період засновується журнал із

зазначеної проблематики, який видається і нині, – «Літопис громадського здоров'я і судової медицини» [6, с. 365]. Провідні науковці, такі як О. Парент-Дешатульє та Л.-Р. Віллермі, виявили розходження захворюваності та смертності у різних районах Парижа, що, на їхню думку, було зумовлено відмінностями санітарно-побутових умов і послуг. Їхні дослідження підтверджують, що для привілейованих мешканців здорових районів основним чинником здоров'я був матеріальний; але без належної уваги до питань регулювання ринкової економіки та умов життя економічне зростання може мати прямо протилежні наслідки для життєвих можливостей населення загалом. Таким чином, матеріальний прогрес чи економічне зростання можуть бути амбівалентні наслідком для здоров'я [7, с. 423].

Варто процитувати відомого німецького філософа та політичного економіста Ф. Енгельса, який стверджував, що інфекційні хвороби та рання смертність населення в Англії безпосередньо пов'язані зі станом атмосфери, житловими умовами, забезпеченості одягом, харчуванням та загальною антисанітарією. Матеріальний стан, стрес, загрози для здоров'я поведінку, а також низький рівень доступності медичної допомоги, він визначав провідними чинниками, які впливають на здоров'я робочого класу [8, с. 331–337]. Не викликає заперечень, що перераховані чинники здоров'я є одними з провідних й досі.

Інший німецький дослідник – лікар Р. Віхров – стверджував, що незадовільні житлові умови, нездорове харчування, неналежна гігієна, які спричиняють епідемії, є наслідками відсутності демократії, феодалізму і несправедливої податкової політики [9, с. 182]. У даному випадку автор доводить взаємозв'язок між суспільно-політичних детермінантами та умовами довкілля, що як показали подальші дослідження важливим знанням для побудови державної політики охорони здоров'я в Україні.

Цікавою із позиції предмета дослідження проблем здоров'я є опублікована у 1847 р. книга німецького лікаря С. Нойманна «Охорона громадського здоров'я і власність», в якій він проаналізував взаємозв'язок стану здоров'я з доходами. Акцентуючи на соціальній детермінованості здоров'я, він зауважив, що «...велика частина захворювань, які отруюють існування людини або таких, які передчасно

забирають її в могилу, пояснюється не станом мертвої природи, а пануючими суспільними відносинами» [10, с. 85]. Насправді суспільні та соціальні відносини можуть виступати посередниками між соціально-економічним статусом (СЕС) і здоров'ям людини. Однак наразі досліджень на цю тему небагато, а отримані результати доволі суперечливі. Так само залишається нез'ясованим питання, як соціальні відносини співвідносяться із СЕС. Наприклад, не завжди СЕС визначає більшу кількість і кращу якість соціальних відносин, що може відбуватися через брак часу на спілкування.

Отже, зародження сучасної концепції «здоров'я населення» відбулось у середині XIX ст. та набуло продовження у наступному сторіччі. Провідними на початку XX ст. були соціально-гігієнічні та епідеміологічні дослідження. У цей період німецький науковець А. Гротьян, автор праць з проблем алкоголізму, венеричних захворювань, регулювання народжуваності [11, с. 22], провів узагальнення проблем громадського здоров'я та медичної статистики, зосередивши увагу на соціальних умовах і чинниках, які визначають здоров'я населення, розробці пропозицій і вимог з у сфері державної охорони здоров'я населення. Власне такий напрямок досліджень, який акцентує увагу на детермінованості здоров'я є одним із перспективних на даний час.

Не можна обійти увагою той факт, що початок XX ст. став базовим для формування української наукової думки з проблем громадського здоров'я, адже до цього часу всі дослідження мали локальний та вибірковий характер: вивчали переважно здоров'я представників панівного класу.

Серед науковців названого періоду необхідно виокремити С. Томіліна та О. Корчак-Чепурківського. Останній вважав, що основними напрямками досліджень епідеміології мають бути:

- а) статистика захворюваності населення;
- б) статистика руху населення, особливо його смертності;
- в) дані бактеріологічного дослідження;
- г) соціально-побутові та загально-гігієнічні умови життя населення;
- д) відомості з «історії і географії епідемій».

Відповідно епідеміологія О. Корчака-Чепурківського на 4/5 була «соціально-гігієнічною» [12, с. 34].

Український фахівець у галузі соціальної гігієни і демографії, медичної статистики та історії медицини, фітотерапії С. Томілін зробив неоціненний внесок у розвиток наукової думки щодо здоров'я населення, напрямів його покращення. Соціальну гігієну він поєднував з демографією, оскільки вважав, що «...проблема народонаселення – це основний стрижень усього соціального життя, на який і повинна спиратися соціальна гігієна» [13, с. 172].

Поміж інших він досліджував вплив близькості лікувальних установ до населення на показники захворюваності, аналізував спробу його нівелювання. Ця проблема актуальна і сьогодні – населення віддалених районів за гострої необхідності надання першої медичної допомоги має менше шансів на її отримання і збереження життя, ніж населення міст. У цьому контексті С. Томілін вводить поняття «вичерпна захворюваність», яку трактував як захворюваність населення, яке мешкає в пунктах, де розміщені лікувальні установи.

Він також наполягав на необхідності постійного лікувально-профілактичного контролю здоров'я населення з розподілом його на групи залежно від серйозності наявних патологічних явищ [13, с. 189]. Варто погодитися з цією думкою автора, адже профілактичні заходи насамперед мають бути спрямовані на осіб із хронічними захворюваннями або на тих, які потребують довготривалого догляду. Однак до груп ризику при цьому доцільно відносити не тільки цих осіб, а й людей із низьким рівнем доходу, освіти, СЕС, безробітних тощо.

Безумовно вагомим внеском у розвиток досліджень здоров'я населення та чинників, які їх обумовлюють, є праці одного із найвідоміших демографів України М. Птухи. Важливим напрямом його наукової роботи було вивчення особливостей смертності населення в Україні, зокрема етнічні різновиди смертності та еволюції смертності в Україні [14, с. 184]. Загалом праці науковця є зразком глибокого і цілеспрямованого аналізу, що підноситься до рівня теоретичних узагальнень.

Зміна наукових поглядів на здоров'я відбувалась протягом багатьох століть: від дослідження стану здоров'я на індивідуальному до суспільного рівня. Роль

різних наук у цьому теж змінювалась: від визначальної ролі медицини й біології до соціології та економіки. Наведені (рис. 1.1) історичні періоди – це пік, на який припадали дослідження вказаного напрямку. Разом з цим, наведене групування не заперечує твердження, що інтерес дослідників до того чи іншого рівня повністю зник, він лише послабився. Об'єднуючим елементом усіх напрямів дослідження здоров'я є те, що вони здійснювались з метою покращення стану здоров'я населення, вдосконалення політики щодо його охорони.

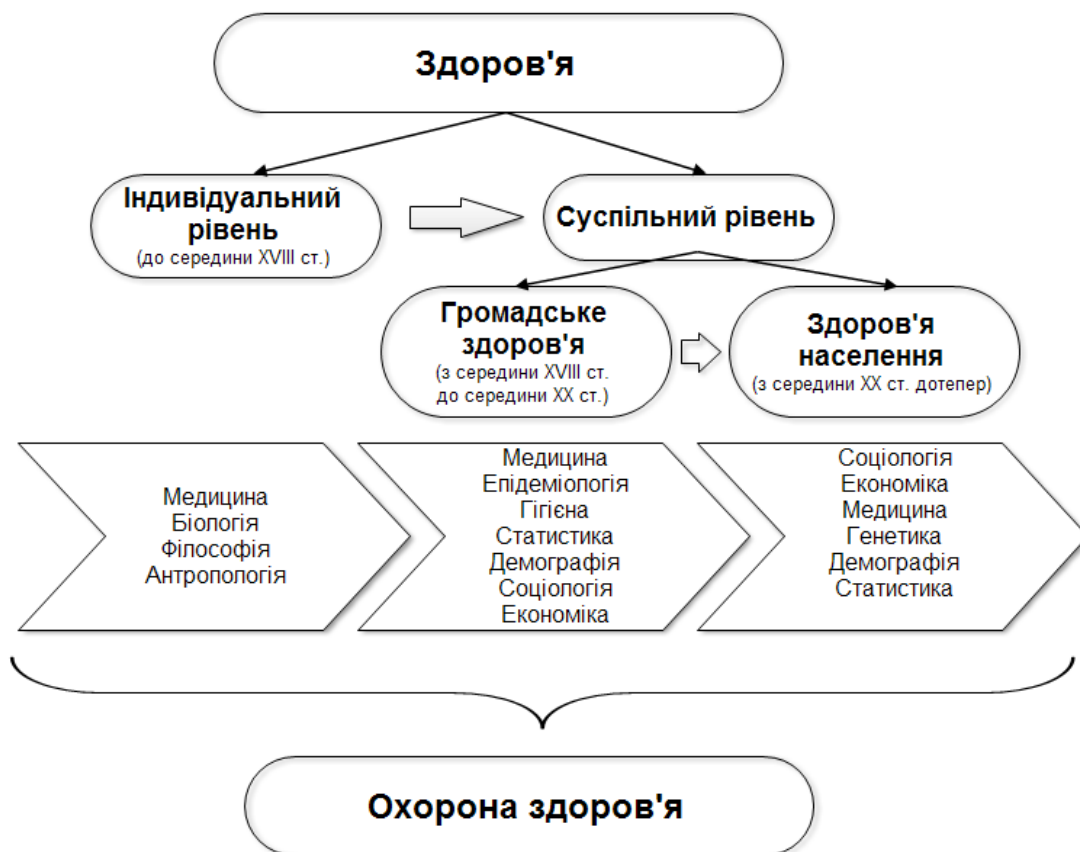


Рис. 1. 1. Еволюція наукових підходів на здоров'я

Джерело: власна розробка автора.

До другої половини ХХ ст. дослідження здоров'я, принаймні в розвинених країнах, були спрямовані на подолання хронічних, неінфекційних захворювань, таких як хвороби серця і рак. Існуючі до того періоду мікробні теорії не могли виконати це завдання, а іншої парадигми у цей час створено не було. У 1950-х рр. відбувся «вибух знань» про чинники ризику для хронічних захворювань, побудованих на досягненнях епідеміологічних і біостатистичних методів [15]. З огляду на це можна стверджувати про формування принципово нового погляду на

здоров'я (див. рис. 1.1). Дослідження, які проводились у цей період, у подальшому сформували нову концепцію, що отримала назву «концепція здоров'я населення». Процес її формування можна поділити на три етапи.

Перший етап – до 1970-х рр. У цей період здебільшого досліджувались переважно умови, завдяки яким підтримується високий рівень здоров'я.

Підґрунтям для нових підходів до здоров'я стали праці вчених, які досліджували чинники ризику для здоров'я, але не на індивідуальному, а на суспільному рівні. Зокрема, як приклад, можна навести працю «Дослідження серця Фрамінгему» – дослідження серцево-судинної системи мешканців м. Фрамінгем неподалік від Бостона, штат Массачусетс, проведене у 1948 р. Результати дослідження змінили спрямованість системи охорони здоров'я від лікування хворих людей до формування заходів щодо запобігання можливим захворюванням здорових людей [16].

Безумовним досягненням авторів цього дослідження є ведення поняття «чинники ризику», зокрема: куріння, гіпертонію, ліпіди плазми і надмірну вагу для серцево-судинних захворювань. Контроль за подібними чинниками посів центральне місце у подальших наукових і практичних дослідженнях щодо охорони здоров'я та вдосконалення державної політики багатьох країн у другій половині ХХ ст.

Дослідження громадського здоров'я у 1950-ті рр. характеризувались поширенням «вертикальних» програм, які мали вузьку спрямованість, орієнтування на конкретні захворювання, як наприклад, малярія, віспа чи туберкульоз. Проте вони, як правило, ігнорували соціальний контекст.

У 1960-ті рр. здійснена переорієнтація із «вертикальних» програм на медико-санітарне просвітництво та профілактику захворювань. Посилюється увага на соціальних, економічних та політичних аспектах здоров'я.

Однак, варто відзначити, що у 1950–1960-ті рр. широкого розповсюдження дослідження впливу названих чинників на стан здоров'я населення не набуває розвитку. Зростання поширення хронічних захворювань багато науковців та

практиків-медиків розглядає лише як неминучий наслідок процесу старіння населення.

Другий етап – 1970–1980-ті рр. У цей період зростає усвідомлення того, що від того, як живуть люди, як вони харчуються, чи мають шкідливі звички, значною мірою залежить стан їхнього здоров'я.

Переломним періодом у поглядах на систему здоров'я, його охорону, чинники здоров'я є 1974 р., коли вийшла монографія В. Фукса «Хто вціліє? Здоров'я, економіка і соціальний вибір». Науковець розглянув важливе політичне питання, пов'язане зі здоров'ям населення: «...як багато має витратитися на медичне обслуговування і скільки для інших програм, які стосуються охорони здоров'я, наприклад, на боротьбу із забрудненням, фторування води, техніку безпеки тощо» [17, с. 54].

Однак однозначної відповіді на запитання, за рахунок чого мають бути вирішені проблеми зі здоров'ям, В. Фукс не подає. Проте його припущення явно відходять від медичної моделі здоров'я у напрямку її соціалізації: «Поліпшення здоров'я населення протягом довготривалого часу може бути досягнуто шляхом розвитку науки; але не за рахунок збільшення кількості наявних видів медичної допомоги» [17, с. 55]. Крім цього, вказується не тільки на індивідуальний, а суспільний (макрорівневий) спосіб дослідження проблем здоров'я. Продовжуючи думку автора, треба зауважити, що для формування наукових основ стратегій охорони здоров'я особливо важливим серед видатних досягнень є доказ єдиної природи захворювань – екзогенних та ендогенних. Застосування такого підходу дозволяє розширити сучасні межі політики охорони здоров'я з наголосом на поліпшення соціально-економічних детермінант (СЕД).

Ще однією важливою подією 1974 р., яка дала змогу дещо по-іншому розглянути питання «здоров'я населення» та розширити категоріальні межі трактування здоров'я населення, була доповідь міністра здоров'я і соціального забезпечення федерального уряду Канади М. Лейлонда. Ця доповідь також стала поштовхом для вироблення іншого бачення на здоров'я, відмінного від традиційної біомедичної моделі. Автор висунув ідею про те, що здоров'я визначається умовами

довкілля і способом життя. У доповіді порушені та обговорені проблеми соціальних детермінант здоров'я, які до того часу не розглядалися. У названому документі відображено основну віху переходу наукової думки від біомедичної моделі збереження здоров'я до акценту на необхідності його профілактики і зміцнення [18, с. 38]. Проте ні в Канаді, ні у будь-якій іншій країні протягом наступних кількох десятиріч не було повною мірою усвідомлено подані пропозиції або реалізовано будь-яку новаторську політику з цієї публікації.

Варто зауважити, що значним кроком у розумінні «здоров'я населення» була доповідь головного лікаря США зі зміцнення здоров'я і профілактики захворювань у 1977 р., провідна тема якої – можливість поліпшення здоров'я громадян шляхом їхніх дій стосовно самих себе, а також через дії осіб, які приймають рішення в державному та приватному секторах. Це може забезпечити створення безпечного і здорового середовища для всіх американців як на робочому місці, так і під час відпочинку [19, с. 12]. Удосконалення досліджень у цьому напрямку привело до того, що нині розширення знань та посилення відповідальності за своє здоров'я є одним із пріоритетних заходів політики збереження та зміцнення здоров'я населення. Що більше людей займаються поліпшенням свого здоров'я, то краще вони дотримуються медичних порад і ведуть здоровий спосіб життя.

Поштовхом для формування концепції «здоров'я населення» було прагнення адаптувати методи клінічної епідеміології для вирішення більш широкого кола проблем зі здоров'ям у суспільстві, а також оцінити вплив медичних послуг на загальний рівень здоров'я. Запропонований підхід відрізняється від медичних підходів, за якими турбота про здоров'я людини починається при виникненні проблем із ним.

В Україні середині ХХ ст. цей період чинники здоров'я населення вивчались недостатньо, однак безумовно необхідно відзначити дослідження В. С. Жученко та В. С. Стешенко [20], в якому визначені соціально-економічних чинники, які впливають на демографічні процеси і смертність населення зокрема.

Підсумки активної співпраці ВООЗ з іншими організаціями, насамперед із канадськими, щодо дослідження шляхів поліпшення стану здоров'я населення

підбито на 1-й Міжнародній конференції зі зміцнення здоров'я (МКЗЗ) в м. Оттаві у 1986 р. За результатами МКЗЗ була прийнята Оттавська хартія щодо зміцнення здоров'я, яка стала потужним заходом у ході зміни поглядів на здоров'я, у формуванні наукових засад розвитку напряму «здоров'я населення», де акцентується на визначальній ролі СЕД у поєднанні з біологічними та екологічними чинниками [21]. Зазначно, що здоров'я створюють люди, які живуть у цьому стані в умовах повсякденного життя, тобто там, де вони навчаються, працюють, відпочивають і люблять. Найважливішими питаннями формування стратегій охорони здоров'я є турбота про людину, цілісність політики, збереження довкілля та гендерна рівність.

Окремо слід згадати доповідь «Досягнення здоров'я для всіх», яку в 1986 р. опублікував Департамент національної охорони здоров'я і соціального забезпечення Канади. У ній «нове бачення здоров'я» було запропоновано розглядати як поняття, яке визначає здоров'я як частину повсякденного життя людини, важливим аспектом якості якого є можливість робити вибір і отримувати задоволення від життя [22]. Здоров'я, таким чином, трактується як ресурс, який дає людям можливість керувати своїм оточенням і навіть змінювати його. Цей погляд на здоров'я визнає свободу вибору і підкреслює роль окремих осіб і громад у визначенні того, що означає для них здоров'я. У цій доповіді також зазначається, що всі сектори державної політики – стабільність доходів, зайнятість, освіта, житло, сільське господарство та інші – стосуються охорони здоров'я.

Нове забарвлення та посилення наукового інтересу до проблематики здоров'я населення відбулось у 1990-ті рр., що означено як *третій етап розвитку концепції здоров'я населення*. З одного боку здоров'я населення дедалі менше пов'язують із медициною, а з іншого – розширюється соціально-економічний аспект предмета його дослідження. Прихильники концепції «здоров'я населення» подають її як щось вагомніше, ніж традиційне «громадське здоров'я». Поняття «здоров'я населення» поглиблює розуміння детермінант здоров'я і вказує на потребу критичного оцінювання соціальної нерівності та політики, яка її підтримує.

Сучасні дослідження доводять, що багато інших чинників здійснюють вплив на здоров'я, насамперед соціальне середовище, в тому числі соціально-економічний статус (СЕС), соціальні мережі та умови праці. Зростає розуміння того, що соціально-економічна нерівність є однією із найбільш вагомих передумов нерівності у здоров'ї. Це означає, що здорове суспільство – це середовище, в якому розрив між найзаможнішими і найбіднішими членами відносно незначний. Важливу роль у подоланні цього розриву має відіграти держава з правової, фінансової та інформаційної точки зору. Йдеться насамперед про значний вплив влади на стан здоров'я населення. Люди мають контролювати своє життя, щоб реалізувати потенціал свого здоров'я, а держава має їм у цьому допомогти.

Безпосередньо розглянули «здоров'я населення» через його детермінанти Дж.-Ф. Мустард та Я. Франк. Провідна роль, на їхню думку, належить детермінантам політики в галузі охорони здоров'я та їхнім результатам. Зокрема, до головних аспектів, які визначають необхідність дослідження детермінант здоров'я населення, науковці зараховують такі: взаємозв'язок між станом здоров'я і витратами на його охорону; соціальні градієнти у стані здоров'я; негативний вплив безробіття на стан здоров'я; формування здоров'я у РПЖ тощо [23, с. 49].

Однак для пояснення причин відмінностей у «здоров'ї населення» («ключі від біологічних і соціальних наук») вчені виокремлюють роль психонейроімунології, нейробиології, генетики, якісних соціальних наук, а також нової економіки здоров'я.

У 1993 р. у Великобританії прийнята Лідс-декларація, в якій визначено 10 принципів дослідження стану здоров'я населення на практиці [24]. У ній органи управління охорони здоров'я закликано змінити погляди та перенести акценти з індивідуальних ризиків на соціальні структури та процеси, досліджувати етіологію здоров'я, а не хвороби, що безпосередньо пов'язано із напрямом салютогенезу. Лідс-декларація передбачала необхідність застосування міждисциплінарних підходів, інтегруючи якісні та кількісні методи, і визнання важливості планування знань і спільних досліджень.

Важливе значення для утвердження концепції здоров'я населення, її подальшого формування та розвитку мав симпозиум, проведений у 1994 р. в Університеті Вікторії (Британська Колумбія, Канада). На ньому, зокрема, було запропоновано такі важливі ідеї [25]:

- соціальна структура, а не тільки індивідуальна поведінка особи, мають бути важливим предметом аналізу здоров'я населення (Е.-В. Хейс);

- будь-який суспільний устрій має два пакети взаємопов'язаних вимог: моральні (судження про те, як має бути організоване суспільство та які відносини потрібні для формування безпечного стану); аналітичні (конкретні звіти про діяльність і структуру суспільних відносин в інформаційному суспільстві) (М. Блумлі).

Висновки М. Блумлі щодо чинників здоров'я населення, хоч принципово не відрізнялися від висновків інших дослідників цього напрямку, однак вказали на важливість суспільного аспекту та окреслили нові напрями досліджень. Видається, що соціально-трудова відносина та суспільні умови є значущими чинниками впливу на стан здоров'я населення. Можливо саме вони є тими чинниками, на яких формуються детермінанти здоров'я населення.

Зазначимо, що вагомим внеском у дослідження «здоров'я населення» є праця П. Г. Еванса у співавторстві з Д. Стюартом «Чому деякі люди здорові, а інші ні?» [26]. У ній висвітлюється важливі питання, наприклад, значення інформаційних систем охорони здоров'я та роль культури. Автори чітко розмежовують поняття «здоров'я» та «охорона здоров'я», аргументують докази щодо детермінант, які впливають на стан здоров'я, практики визначення соціального градієнта у стані здоров'я.

У праці окреслено дослідницьку модель «гетерогенетики» для здоров'я населення. Так, по-перше, підгрупи населення можуть бути визначені залежно від соціально-економічних характеристик, етнічної належності, території проживання, статі або спеціальних особливостей особистості, таких як релігія чи спосіб харчування. По-друге, джерела гетерогенності дають змогу з'ясувати різні можливі шляхи виникнення певної причини захворювання. Варто зауважити, що

безперечною інновацією авторів у розвитку концепції здоров'я населення є виокремлення чотирьох різних етапів життєвого курсу з урахуванням різних причин смерті, хвороб та інвалідності протягом усього життя є.

Описана модель здоров'я базується на міждисциплінарному підході, що поєднує біомедичні науки, громадську охорону здоров'я, психологію, статистику та епідеміологію, економіку, соціологію, освіту та інші дисципліни. Соціальні, екологічні, економічні й генетичні детермінанти розглядаються як внесок у стан здоров'я (рис. 1.2). Поліпшення здоров'я на суспільному рівні передбачає необхідність здійснення культурних змін у ставленні до здоров'я і його основних складників. Вважаємо, що головною ідеєю праці П. Еванса та його однодумців є те, що здоров'я населення за новими підходами може бути поліпшено без зростання фінансових затрат на традиційній системі охорони здоров'я. Разом з цим, науковці більше уваги приділяли генетиці та фізичному середовищу як чинникам здоров'я та відповідно недооцінили вплив його СЕД.

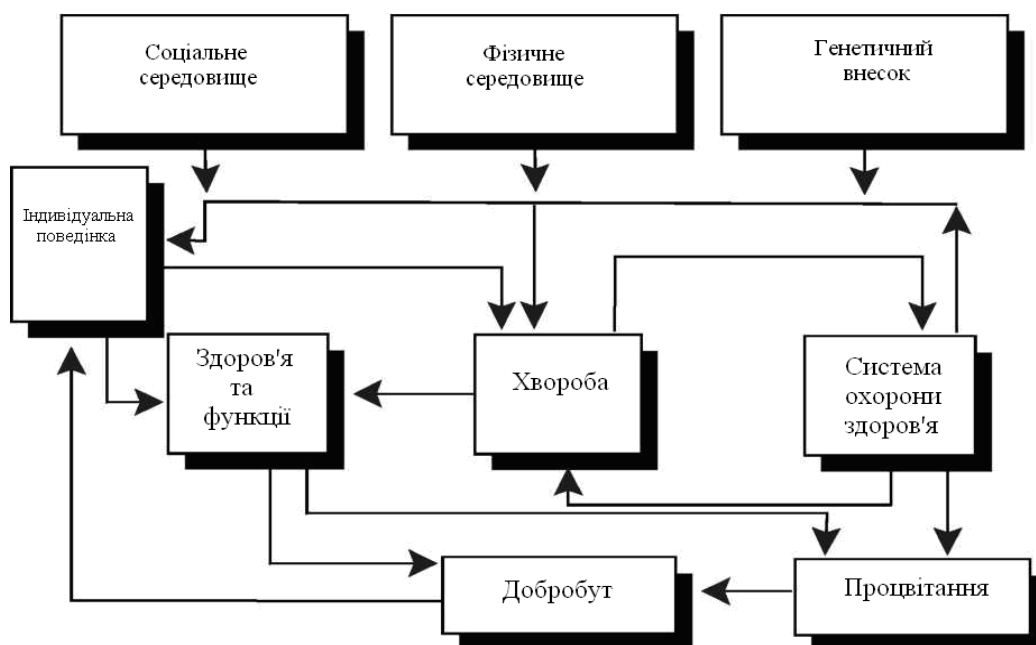


Рис. 1.2. Модель детермінант здоров'я

Джерело: [26].

Черговим етапом вивчення впливу детермінант на здоров'я населення є дослідження, що базуються на Стратегії здоров'я населення: інвестиції в здоров'я

канадців, яку опубліковано урядом Канади у 1994 р. [27]. У цьому документі визначено п'ять категорій детермінант, що визначають стан здоров'я канадців: соціальне та економічне середовище; фізичне середовище; особисті медичні практики; індивідуальний потенціал; медичні послуги. Це, на думку авторів документа, може бути основою для розробки широких стратегій охорони здоров'я населення. Узагальнюючи основні ідеї документу можна виокремити такі найбільш важливі ідеї:

- необхідність дослідження усього спектра детермінант здоров'я, а не тільки вплив ризиків і клінічних чинників, пов'язаних із конкретними захворюваннями;
- потреба вивчення їхнього впливу на населення загалом, а не тільки на хворих осіб або осіб із високим ступенем ризику.

Видається, що важливість такого підходу полягає в тому, що користь від зростання добробуту не тільки у покращенні стану здоров'я населення, а й у тому, що здорове населення потенційно забезпечує більш динамічний розвиток суспільства, знижує витрати на соціальне обслуговування та підвищує соціальну стабільність і добробут загалом.

Те, що навколишнє (соціальне та природне) середовище має значно більший вплив на здоров'я людини, ніж це вважалось досі, визначено у багатьох публікаціях цього періоду [28; 29]. В них акцентується увага на соціальному капіталі та екології, теоретизації сімейних стосунків, важливості безпечного і позитивного початку життя для майбутнього здоров'я протягом усього життя людини, потребі інтегрування роботи та сімейного життя, поєднанні умов «обставина-місце-біологія» як спільних моментів ризику і явного виклику для перерозподілу ресурсів системи охорони здоров'я.

Підтвердженням необхідності переходу від проведення загальних досліджень здоров'я населення до їхньої структуризації є праця Р. Уїлкінсона «Нездорові суспільства» [30]. Основною темою розробки є згубний вплив соціальної нерівності у середині груп населення на здоров'я. Однак учений зауважив, що деструктивний вплив на здоров'я населення не повною мірою або частково пов'язано з матеріальною нерівністю. Це все не має зводитися до доходу або

економічних обставин, хоча розподіл матеріальних благ переважно є однією з вирішальних детермінант. Варто погодитись із думкою автора, що ідентичність, влада і контроль, можливість реально брати участь у повсякденному житті, почуття впевненості у майбутньому, сприйняття як самоцінність щодо інших, дружба, комунікації, а також інші аспекти індивідуальної поведінки і сприйняття, мають вплив на здоров'я населення, тоді як біологічні детермінанти визначають його меншою мірою.

У праці здійснено спробу систематизувати широку базу дослідження «здоров'я населення» в рамках послідовного комплексу механізмів, пов'язаних з нерівністю. Важливим висновком, до якого дійшов автор, є те, що нерівність формує нездорове суспільство. Причому вважаємо, що це стосується нерівності у всіх її проявах, насамперед соціально-економічній: стан здоров'я передусім залежить від соціально-економічної структури населення. Відповідно поліпшення здоров'я населення можливе лише за умови зміни його соціальної структури, зменшення частки бідних і зростання прошарку середнього класу.

Узагальнюючи попередні дослідження К. Нерцман, Р. Еванс і Я. Франк [31] крізь призму детермінант сформували основні положення «здоров'я населення»:

- основними детермінантами здоров'я населення в економічно розвинених країнах є не охорона здоров'я, а соціальні, культурні та економічні;
- суспільства з найбільшим ступенем справедливості в розподілі матеріальних ресурсів мають найвищий рівень здоров'я, який вимірюється звичайними індексами, побудованими відповідно до зібраних даних (тривалість життя, дитяча смертність тощо);
- на індивідуальному рівні взаємовплив соціально-економічних умов і психологічного ресурсу є більш значним на здоров'я, ніж це визнано вченими в ранніх епідеміологічних дослідженнях хронічних захворювань (насамперед ішемічної хвороби серця);
- розвиток дітей у ранньому віці – це є один із найважливіших періодів щодо потенційно довічних наслідків для здоров'я;

- політика у сфері охорони здоров'я має бути міжсекторальною, а не зосереджуватися тільки на медичних аспектах;
- нові ідеї мають базувати на міждисциплінарних дослідженнях як на індивідуальному, так і на суспільному рівнях, з використанням кількісних та якісних методів.

Вважаємо, важливими висновки дослідників про те, що названі положення стосуються не тільки країн, що розвиваються, а й економічно розвинених. Це суттєво, адже, незважаючи на те, що детермінанти здоров'я, особливо соціально-економічні, залежать від економічного рівня розвитку країни, вони мають вирішальний вплив для всіх країн з різним рівнем соціально-економічного розвитку.

Однак суперечливим є їхні висновок про те, що поняття «здоров'я населення» та «охорона здоров'я» є тотожними. Насправді ці категорії є спорідненими. Проте методологія та методи дослідження здоров'я населення та їхня практична реалізація мають певні відмінності. Термін «здоров'я населення» відображає підхід до здоров'я, який виходить за межі окремих напрямів традиційної клінічної та профілактичної медицини, акцентуючи на широкому спектрі детермінант здоров'я населення на різних рівнях, тоді як «охорона здоров'я» у класичному варіанті є комплексом заходів, що проводяться в суспільстві для захисту, зміцнення та відновлення здоров'я людей (профілактика). Дослідження за концепцією «здоров'я населення» є фундаментом «будинку» здоров'я, який сформовано з урахуванням різних чинників його майбутньої сталості: рельєф, ґрунт, комунікації (тобто детермінанти), а концепція «охорона здоров'я» – це будівля, яка за умови належного догляду (профілактики) потребує менших затрат для «ремонту» (лікування).

Подальші дослідження у сфері здоров'я населення спрямовувались на уточнення його предмета та переліку СЕД. Значний внесок у розвиток нової концепції здоров'я населення здійснили Д.-А. Кіндіг у праці «Забезпечення здоров'я населення: оплата результатів» [32] та К. Янга «Здоров'я населення: концепції та методи» [15].

Д. Кіндіг розробив модель, яка дає змогу поліпшити результати лікування через фінансові стимули. Науковець відстоює ідею ринкового «технічного виправлення» не тільки щодо надання медичної допомоги, а й збереження здоров'я через покращення його детермінант. Він доходить висновку, що для США «...подальші збільшення витрат на охорону здоров'я матимуть обмежений вплив на наслідки для здоров'я» [32, с. 40]. Можливості для поліпшення здоров'я населення, на думку вченого, явні, однак значних результатів можна досягти за рахунок чогось іншого.

Фінансові стимули для підвищення ефективності медичних послуг є одним із можливих засобів для покращення здоров'я населення. Однак подальші витрати на лікування залежатимуть від здатності визначити і впливати на чинники, які сприяють покращенню здоров'я населення. Відповідно потрібні зміни у пріоритетах фінансових інвестицій. Показником, який пропонує Д. Кіндіг як кращий для вимірювання здоров'я, є якість життя, яка залежить від функціональних можливостей, наявності або відсутності хвороби, очікуваної тривалості здорового життя, рівня смертності із заданою інвалідністю та захворюваністю.

Слід визнати, що праця Д. Кіндіга – це спроба адаптації концепції здоров'я населення як практичного інструменту для використання менеджерами у сфері здоров'я. Однак запропоновані стимули працюватимуть за умови, якщо ця концепція буде обговорюватися і реалізовуватися на найвищому державному, мезо- та мікрорівні.

Основними досягненнями Т. Янга вважаємо розробку нових методів і способів поліпшення здоров'я населення шляхом вимірювання стану здоров'я й тягаря хвороб, виявлення і моделювання детермінант здоров'я й оцінювання ризиків для здоров'я, їхніх причинно-наслідкових зв'язків.

Вагомим досягнень у дослідженні здоров'я населення, з'ясуванні причин і наслідків захворюваності та смертності за останні десятиріччя досягла українська наука. Провідними науковими центрами на сьогодні час є:

– Інститут демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України, який спеціалізується на системних дослідженнях проблем демографічного і соціального розвитку, у тому числі на вивченні трансформації смертності населення України та оцінюванні масштабів нерівності;

– Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», яка спрямовує свою діяльність на наукове обґрунтування та розробку програм реформування і поступального розвитку національної системи охорони здоров'я, її нормативно-правового, фінансово-економічного, кадрового й інформаційного забезпечення.

Найґрунтовнішими та інноваційними з наукового погляду є праці академіка НАН України Е. Лібанової, в яких серед інших важливих питань вирішують ті, що пов'язані з розробкою соціальної та демографічної політики, спрямовані на збереження здоров'я населення, зниження рівня смертності, збільшення тривалості життя та скорочення рівня захворюваності населення в Україні, зокрема за рахунок усунення причин, які обумовлюють незадовільний стан здоров'я у країні.

Варто відзначити праці науковця, пов'язані з факторним моделюванням тривалості життя населення на базі вікових коефіцієнтів смертності в умовах автокореляції [33] та здійсненням, де проведено аналіз зрушень у структурі причин смерті у працездатному віці; рівня смертності з причин, яких можна запобігти; ролі та внеску смертності від соціально детермінованих захворювань тощо [34].

Так, на переконання Е. Лібанової, формування режиму смертності населення України відбувається під впливом позитивних і негативних чинників. Серед останніх нею виокремлено екстенсивне використання робочої сили на технологічно недосконалих виробництвах, забруднення довкілля, недостатня обізнаність населення щодо власних зусиль у забезпеченні індивідуального здоров'я і самого життя, недоліки медичного обслуговування, низький рівень життя тощо [35, с. 36].

Серед провідних учених-демографів варто також відзначити академіка НАН України С. Пирожкова, який виявив основні тенденції та причини смертності в Україні у колективній монографії «Mortalité et causes de décès en Ukraine au XXe siècle» («Смертність та причини смертності в Україні у XX сторіччі») [36].

Український науковець Н. Рингач розглядає громадське здоров'я як чинник національної безпеки, що накладає відбиток на специфіку пропозицій щодо його охорони. Вона також наголошує на необхідності оптимізації міжгалузевої взаємодії в напрямі формування та збереження здоров'я населення, а також на тому, що ідентифікація і оцінка ризику, розуміння зв'язку між ступенем впливу чинників ризику і соціально-економічними детермінантами здоров'я, усвідомлення масштабів загрози національній безпеці необхідні для ефективної нейтралізації або принаймні мінімізації їх руйнівної дії [37, с. 292].

Соціальні та економічні аспекти здоров'я населення і насамперед вплив на нього асоціальних явищ є предметом дослідження Н. Левчук. Серед іншого науковець зупиняється на дослідженні нерівності у здоров'ї населення та на чинники, що її обумовлюють. Вона зазначає, що зближення показників життєзбереження і зменшення соціально детермінованої захворюваності й смертності неможливе, поки соціально-економічне становище окремих груп залишатиметься значним, а його інституціональна підтримка – сталою [38].

Варто також відзначити наукові здобутки у вирішенні питань здоров'я населення І. Курило, яка, зокрема, досліджувала проблему збереження здоров'я та збільшення тривалості життя літнього населення України [39].

Вивченню проблем індивідуального та суспільного здоров'я, збереженню генофонду нації, формуванню здорового способу життя присвячені дослідження Л. Шевчук [40]. Питаннями охорони здоров'я населення, у тому числі фінансовими аспектами цього питання займається Г. Лопушняк [41].

З окремим важливим напрямом дослідження здоров'я населення – через призму збереження та збільшення людського капіталу, пов'язані праці О. Грішньої [42].

Низка праць, присвячених взаємозв'язкам між чинниками та станом здоров'я населення, належить Т. Грузевій. Автор зосереджує увагу на чинниках захворюваності, особливо таких як соціально-економічний статус і матеріальний добробут [43].

Таким чином, дослідження українських науковців достатньо охоплюють широке коло питань, пов'язаних із проблемами здоров'я населення, визначенням чинників, які обумовлюють його стан і динаміку, окреслення напрямів збереження та зміцнення здоров'я. При цьому варто зауважити, що комплексних досліджень, а також досліджень пов'язаних зі з'ясуванням впливу СЕД на стан здоров'я населення, недостатньо. Власне розрізнене та фрагментарне вивчення СЕД здоров'я населення, їх недооцінка з боку законодавчих і виконавчих структур знижує ефективність державної політики охорони здоров'я в Україні.

Загалом, у XXI ст. дослідження стану здоров'я населення як за кордоном, так і в Україні змінюють вектор із теоретичного на практичний. Попри те, що частина з них має комплексний характер, умовно їх можна поділити на такі групи:

– **концептуальні**, що поглиблюють теоретичні та методологічні основи вивчення здоров'я населення та формують основу для практичних дій. До них, зокрема, належать праці Д.-А. Кіндіга [44], де по-новому обґрунтовано поняття «здоров'я населення», визначено його сферу та межі застосування; Д.-С. Фінка [45], який стверджує, що системний науковий підхід, поєднуючи дослідження соціальних детермінант здоров'я з концептуальною основою для розуміння взаємодії генетики, біології, поведінки, психології, суспільства та довкілля, може поглибити розуміння основних причин нерівного розподілу здоров'я серед поколінь і населення і допомогти визначити перспективні підходи для зменшення такої нерівності;

– **методичні основи дослідження «здоров'я населення»**, які пов'язані з розробкою нових та вдосконаленням існуючих методик дослідження здоров'я населення та його компонентів: смертності та захворюваності. Ці питання висвітлено С. Макинтайром [46], О. Грішнвою [42], Л. Шевчук [40], Т. Подвисоцькою [47] та ін.;

– **описові**, які дають змогу аналізувати відмінності у стані здоров'я між групами населення (за різними ознаками, у тому числі географічною). Серед них варто виокремити праці Н.-Е. Адлера та Д.-Х. Рейскофа [48], Б. Прохорова [49] А. Шабунової [50], Е. Лібанової [34], Г. Слабкого [51], Л. Чепелевської [52] та ін. Дослідження мають одну спільну характеристику – опис причин нерівності у

здоров'ї населення, пов'язані з гендерними особливостями, відмінностями у місці проживання тощо;

- *причинно-наслідкові*, що дають змогу вивчити детермінанти здоров'я, зокрема соціально-економічні: їхнє формування, зміни та вплив на здоров'я населення. Цей напрямок є найбільш прогресивним, оскільки дає можливість встановити першопричини доброго чи поганого здоров'я населення, у т. ч. пов'язані із СЕД здоров'я. Представниками цього напряму є М. Мармонт і Р. Уїлкінсон [53], Я. Мікконен і Д. Рафаель [54], О. Кісліцина [55], Т. Грузєва [43], Н. Левчук [38] та ін.

Зокрема, науковці М. Мармонт і Р. Уїлкінсон одними серед перших зібрали великий масив інформації про вплив соціального середовища на здоров'я населення і систематизували її. Разом з цим, вони зауважують, що соціальні детермінанти здоров'я є найбільш складні серед напрямів дослідження здоров'я населення. Це пов'язано з основними аспектами життя людей та з їх способом життя. Автори наголошують, що при розробці та здійсненні політики поліпшення здоров'я населення необхідно приділяти більше уваги соціальним детермінантам, які впливають на стан здоров'я населення, щоб успішно боротися з причинами поганого здоров'я до того, як вони зможуть призвести до появи тих чи інших проблем.

Іншу спробу зрозуміти роль детермінант для здоров'я населення здійснили Я. Мікконен і Д. Рафаель. Дослідники через соціальні детермінанти вивчають проблеми нерівності у здоров'ї населення та обґрунтовують необхідність формування нової політики у сфері охорони здоров'я [54]. Такий напрямок досліджень, пов'язані із оцінюванням впливу СЕД на здоров'я населення крізь призму нерівності, вважаємо найбільш перспективним для формування напрямів політики покращення стану здоров'я населення.

О. Кісліцина розглядає вплив СЕД на здоров'я населення крізь призму нерівності. Основною детермінантною, на її думку, є дохід [55].

Серед сучасних українських науковців, дослідження яких пов'язані з цим напрямом варто відзначити праці Н. Левчук [38], яка наголошує на соціальній

природі здоров'я населення та значенні освіти і соціального капіталу для його формування та збереження;

– *організаційно-інституційні*, які базуються на розробці напрямів політики у сфері здоров'я, у т. ч. інформаційно-пропагандистських заходів формування установок щодо збереження і зміцнення населенням свого здоров'я: Д. Кіндіг [56; 57], Е. Лібанова [58–60], І. Курило [39], Н. Рингач [37], Г. Лопушняк [41] та ін.

Зокрема, Д. Кіндіг та Г. Іш [56] розглядають медичну допомогу як одну з детермінант здоров'я населення. Медичні організації, уряд, школи, підприємства, організації та громади мають докласти зусиль для покращення здоров'я населення, змінити своє ставлення до ролі детермінант у формуванні здоров'я та зв'язувати як відповідно до цього розподіляти ресурси. З цією метою автори пропонують застосовувати розвиток міжсекторальну громадську модель охорони здоров'я на основі ділового партнерства.

Д.-А. Кіндіг [57] переконаний, що однією з головних ідеологічних відмінностей у політиці охорони здоров'я населення є роль особистої відповідальності у формуванні та збереженні здоров'я. При цьому він зазначає, що для людей з нижчим рівнем освіти та / або нижчим СЕС вибір «здорової» поведінки є значно важчим.

Про це веде мову й Е. Лібанова, яка стверджує, що збереження та зміцнення стану здоров'я населення має бути пріоритетом державної політики, складником якої є оптимальна рухова активність, раціональне харчування, здоровий сон, додержання гігієнічних правил, відмова від тютюнокуріння, вживання наркотиків та зловживання алкоголем, зниження рівня травматизму [58, с. 12].

Вважаємо ці висновки черговим доказом того, що практично всі детермінанти здоров'я мають тісні взаємозв'язки і діють системно. При цьому відповідальність та індивідуальна поведінка населення щодо свого здоров'я суттєво залежать від СЕД і тому не можуть розглядатися відокремлено.

З огляду на важливість кожної з наведених груп досліджень доцільно їх визнати такими, що необхідні для проведення комплексного вивчення СЕД здоров'я населення. Зокрема, врахування та вдосконалення концептуальних основ

дослідження СЕД здоров'я населення є важливою передумовою формування методологічного апарату, що дасть змогу:

- повніше оцінити масштаби нерівності здоров'я населення (описова частина дослідження);
- виявити СЕД, які визначають нерівність у здоров'ї населення;
- сформувані інноваційно орієнтовані заходи політики збереження та зміцнення здоров'я населення, у т.ч. за рахунок поліпшення СЕД (результат).

За останні двадцять років у світі збільшилась чисельність національних, регіональних, громадських та інших організацій, які досліджують проблеми здоров'я населення, формують на цій основі політичні рішення та практичні рекомендації. Особливий успіх такі дослідження здобули у Канаді, США, Австралії, Новій Зеландії, Великобританії.

Спеціальні дослідження соціальних детермінант здоров'я населення здійснюється під егідою ВООЗ. Серед важливих заходів останнього періоду слід виокремити такі:

1. *Європейська конференція із системи охорони здоров'я ВООЗ «Система охорони здоров'я та добробут»* на рівні міністрів (м. Таллінн, Естонія, 2008 р.), на якій була прийнята Талліннську хартію, що у рамках нової політики «Здоров'я-2020: основи європейської політики і стратегія для XXI сторіччя» підтвердила важливість сильних систем охорони здоров'я для досягнення мети, що передбачала: «...значно поліпшити здоров'я і добробут населення, знизити нерівність у здоров'ї, зміцнити здоров'я населення та забезпечити соціальну орієнтацію системам охорони здоров'я: універсальність, справедливість, високу якість». У 2013 р. підбито підсумки дій та окреслені подальші напрями діяльності у сфері здоров'я населення в Європейському регіоні ВООЗ [61].

2. *Всесвітня конференція з соціальних детермінант здоров'я* (м. Ріо-де-Жанейро, Бразилія, 2011 р.), на якій визначено п'ять основних сфер дій у напрямку соціальних детермінант для поліпшення здоров'я та зменшення нерівності:

- більш ефективне стратегічне керівництво на національному рівні: прозорі й інклюзивні процеси прийняття рішень, що враховують інтереси

всіх відповідних груп і секторів, а також формулювання політики з чітко визначеними результатами;

- розробка та здійснення політики з урахуванням впливу соціальних детермінант здоров'я та посиленням ролі;

- переорієнтація сектору охорони здоров'я на скорочення нерівності щодо здоров'я;

- зміцнення глобального стратегічного керівництва та співпраці тощо.

3. Резолюція Генеральної асамблеї ООН № 67/81 «Здоров'я населення світу і зовнішня політика» від 12.12.2012 р., в якій серед іншого пропонується застосовувати багатогалузевий підхід і здійснювати внутрішньогалузеву діяльність з урахуванням впливу детермінант здоров'я, в тому числі із застосуванням у відповідних випадках підходу, який передбачає необхідність збереження здоров'я населення у ході вироблення і реалізації політики, беручи при цьому до уваги соціальні, екологічні та економічні детермінанти здоров'я, щоб зменшити нерівність у здоров'ї та сприяти сталому розвитку, і вказує та підкреслює нагальну потребу урахування СЕД для досягнення цілей у напрямку розвитку, сформульованих у Декларації тисячоліття.

Однак вітчизняна система охорони здоров'я залишається консервативною, оскільки побудована на принципах, сформульованих у минулому сторіччі, та не відповідає сучасним європейським моделям охорони здоров'я. Реформування системи збереження здоров'я населення країни, що тривалий період декларує Уряд України, здійснюється дуже повільно і недостатньо враховує глибинні причини незадовільного стану здоров'я українців. Світовий досвід, накопичений за останні півсторіччя, засвічує, що одним з найбільш ефективних напрямів політики збереження та зміцнення здоров'я населення є покращення детермінант, які його визначають на сучасному етапі. З огляду на це теоретичні, методологічні та практичні вектори дослідження детермінант здоров'я населення є пріоритетними при виробленні напрямів охорони здоров'я.

Вищевикладений огляд поглядів науковців на детермінанти здоров'я, їхню роль у нерівності щодо здоров'я населення з позиції охорони здоров'я є, можливо,

не всеохоплюючим, однак необхідним для розуміння суті взаємозв'язків між здоров'ям населення та детермінантами, які їх зумовлюють, зокрема соціально-економічними.

Проведений аналіз також свідчить, що дослідження причин нерівності у здоров'ї населення має дуже давню історію, оскільки у всі часи більшість людей прагнула досягти найкращого стану здоров'я та з'ясовувала причини нездоров'я. Від перших примітивних спроб оцінити чинники виникнення хвороб людство дійшло до розуміння їхньої соціальної природи.

Із зростанням вагомості соціально-економічного аспекту у формуванні здоров'я, що зумовлено підвищеною роллю соціального капіталу, освіти, соціалізації економіки та інших процесів, виникли передумови до активного вивчення СЕД здоров'я крізь призму концепції «здоров'я населення».

1.2. Синкретичність трактування термінів «здоров'я», «громадське здоров'я» та «здоров'я населення» в контексті їхнього соціально-економічного пізнання

Дослідження СЕД здоров'я населення потребує узагальнення сучасних підходів до дефініцій «здоров'я», «громадське здоров'я», «здоров'я населення». Варто зазначити, що ці поняття, хоча мають багато спільного, але не тотожні. Так, поняття «здоров'я» ширше та є об'єктом дослідження багатьох наук і наукових напрямів. Його предметний складник залежить від наукової чи практичної специфіки дослідження, що спонукає науковців і практиків до філософських і теоретичних міркувань. Наслідком цього є неабиякі розбіжності у трактуванні «здоров'я».

Потреба обґрунтування та уточнення теоретичних підходів до тлумачення терміна «здоров'я» полягає серед іншого у тому, що від цього залежить подальше дослідження цього питання у методичному та аналітичному вимірах. Теорія є фундаментом, підґрунтям для подальших досліджень. Вона забезпечує змістовне наповнення у майбутньому. Вироблення індикаторів здоров'я, оцінення їхнього

стану, динаміки і закономірностей, визначальних для здоров'я детермінант, окреслення перспектив та розробка напрямів покращення охорони здоров'я – це є похідними правильного тлумачення, розуміння суті дефініцій «здоров'я», «громадське здоров'я» та «здоров'я населення».

Є понад триста сучасних визначень трактувань поняття «здоров'я» [62]. Аналіз значної їхньої частини свідчить про те, що головною проблемою є відсутність єдиної думки щодо того, чи є здоров'я станом, чи процесом, чи рівновагою чи чимось іншим. У більшості наявних на сьогодні тлумачень його визначено як стан (табл. А. 1., дод А). Насамперед у такому контексті здоров'я трактує Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ): «Здоров'я є станом повного фізичного, духовного і соціального добробуту, а не тільки відсутністю хвороб чи немочі» [63]. Це визначення подано в Преамбулі до Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я, прийнятому на Міжнародній конференції охорони здоров'я у 1946 р. Із 1948 р. це визначення офіційно не змінювалося. Саме таке трактування терміна «здоров'я» є найбільш розповсюдженим як з практичної, так і з наукової позиції.

Визначення терміна «здоров'я» ВООЗ вважається найбільш повним і всеохоплюючим. На відміну від попередніх визначень, у ньому наголошується важливість не відсутності хвороби, а саме наявності здоров'я. Відповідно воно має позитивну спрямованість, забезпечує цілісне уявлення про те, що таке здоров'я.

Однак у цьому трактуванні багато науковців вбачають відображення утопії, яка існувала після Другої світової війни. Наприклад, це тлумачення піддається критиці за те, що, що визначає його як недосяжне й ідеалістичне [64]. Дійсно, беручи до уваги зазначене визначення, постає питання, чи є у світі насправді здорові люди. Інший дискусійний аспект полягає у тому, що поняття «добробут» у контексті терміна «здоров'я», зокрема «соціальний добробут», також не чітко визначено, є суб'єктивним і не завжди вважається ознакою здоров'я, хоча може впливати на нього [65; 66].

Загалом трактування здоров'я як певного стану в медико-біологічному аспекті переважало у 1960–1970-х рр. [67; 68]. Більшість з них, також пов'язують

здоров'я із певною «нормою». Саме у цьому полягає основна проблема, оскільки досі, незважаючи на чисельні дослідження, не вдалось з'ясувати, що є «нормою».

Відповідно більш об'єктивними інтерпретаціями дефініції «здоров'я» видаються ті, що пов'язують його із змінами, динамікою (див. табл. А. 1., дод А). Еволюція є незворотним процесом, який змінює всі аспекти життєдіяльності, у тому числі й погляди на здоров'я, його параметри та показники. Це правомірно. Саме тому багато трактувань здоров'я є динамічними, розуміючи динаміку як баланс між різними системами, адаптацію людини до обставин.

Динамічною рівновагою (що є подібним до категорії «стан»), визначають здоров'я відомі науковці. Так, український соціал-гігієніст і демограф С. Томілін вважає, що «...здоров'я – це біологічна рівновага організму людини» [13, с. 63], інші – розширюють це визначення і досліджують здоров'я з позиції динамічної рівноваги організму людини з довкіллям [69; 70].

Однак попри намагання дослідників охарактеризувати здоров'я як розвиток, наведені визначення дисонують категоріям «стан» чи «рівновага», які також при цьому використовуються. Хоча у другому випадку меншою мірою. Не применшуючи важливості вищенаведених трактувань, варто надати перевагу іншим, які характеризують здоров'я насамперед як динамічний процес із позиції його здатності чинити опір [71; 72].

Разом з тим, здоров'я також має іншу характеристику – здатність адаптуватись до умов довкілля, виконувати основні функції життєдіяльності, забезпечувати участь у соціально-економічній діяльності та суспільно корисній праці [73–75; 15]. Науковці, які пов'язують здоров'я з такою здатністю, вважають його ресурсом, резервом, цінністю, можливістю тощо. З позиції макроекономічної та соціальної політики такі трактування мають важливе значення, оскільки дають змогу глибше зрозуміти роль індивідуального здоров'я у формуванні здоров'я населення, розвитку суспільства і добробуту його членів. Вивчення цих поглядів на здоров'я має важливе наукове значення. Так, саме трактування з позиції цінності [76] та ресурсу формує основу для визначення здоров'я населення та ролі СЕД у його формуванні та розвитку.

Одним з перших дослідників кількісних аспектів здоров'я, був відомий український вчений, лікар М. Амосов, який запропонував концепцію «кількості здоров'я». «Кількість здоров'я» він визначав як суму «резервних потужностей» основних функціональних систем. Разом з тим, ці резервні потужності слід вимірювати через «коефіцієнт резерву» максимальною кількістю функцій, зіставною з нормальним рівнем [77, с. 21].

Отже, як і більшість лікарів, М. Амосов, з одного боку, ототожнює здоров'я із певною нормою, а, з іншого – закладає в поняття «здоров'я» певний резерв, що важливо не тільки з фізіологічної, а й з позицій соціально-економічного потенціалу здоров'я.

Засновник теорії салютогенезу А. Антоновський один із перших наголосив, що здоров'я є ресурсом, яким володіють певною мірою всі люди. Він не розглядав цей ресурс в економічному контексті. [78]. Варто зазначити, що науковець змінив традиційні погляди на етіологію захворювання у діаметрально протилежному напрямку, зосередивши увагу на питаннях підтримання і розвитку здоров'я кожною людиною і визначення чинників впливу.

В цьому разі необхідно не з'ясовувати наслідки захворювання, а вивчати умови, за яких людина є здоровою, маючи передумови бути хворою, а також чинники що зумовили такий стан. Це дасть можливість по-новому охарактеризувати проблему здоров'я, зокрема: з позиції формування умов уникнення хвороб. Такий підхід має повністю змінити погляди на державну систему охорони здоров'я [79].

Варто звернути увагу на соціально-економічний складник реалізації концепції салютогенезу. Його виникненню передувало суттєве збільшення витрат на охорону здоров'я в економічно розвинених країнах у другій половині ХХ ст. Тривалість життя збільшувалася, але відбувався процес старіння населення, змінювалися хвороби. Це були нові виклики для постіндустріального суспільства. Салютогенез, який досі повною мірою не отримав практичного використання, мав частково усунути фінансовий тягар, наявний у сучасній системі охорони здоров'я не тільки слаборозвинених країн, а й із високим рівнем соціально-економічного розвитку.

Як ресурс здоров'я розглядають фахівці ВООЗ яка неофіційно переглянувши в 1984 р. визначення терміна «здоров'я», трактує його як «...ступінь, в якому особа або група осіб має можливість реалізувати сподівання і задовольнити потреби, змінити довкілля або пристосуватись до нього. Здоров'я є ресурсом для повсякденного життя, а не метою існування» [80]. Цій підхід наголошує на соціальних, особистісних, а також фізичних можливостях людини. Психічне, інтелектуальне, емоційне і соціальне здоров'я розглядаються як здатність людини впоратися зі стресом, набути навичок, підтримувати соціально-трудова та інші відносини, які формують ресурси для опірності негативному впливу довкілля.

Отже, існує значна синкретичність визначення терміна «здоров'я». З одного боку, підходи до визначення здоров'я є спорідненими, а з іншого – вони значно відрізняються. Зміни підходів до дефініції «здоров'я» пов'язані з розвитком і трансформацією суспільних відносин, сфер життєдіяльності особи, еволюцією людини й міжособистісних відносин, іншими процесами, які динамічно відбувалися у ХХ і тривають у ХХІ ст. Важливим є кожне із поданих трактувань здоров'я. Усе залежить від сфери та мети його використання. Швидкоплинність, зміни умов довкілля вносять корективи не тільки у медичні способи, підходи, засоби щодо охорони здоров'я. Потребує змін комплекс організаційних заходів, у тому числі з боку держави, спрямованих на підтримку здоров'я як на індивідуальному, так на суспільному рівнях. У цьому разі більш доречним буде трактування здоров'я, яке враховує динаміку його стану та здатність до адаптації в довкіллі. Також розуміння індивідуального здоров'я дає змогу краще сформулювати визначення терміна «здоров'я населення».

Аналізуючи основні підходи щодо визначення здоров'я, потрібно вказати на важливість поєднання у ньому біологічної, психологічної та соціальної його природи (рис. 1.3). Здоров'я не варто характеризувати тільки одним із названих компонентів, але визначити їхнє співвідношення та значення доволі складно. Однак вважаємо, що здоров'я залежить від багатьох чинників, зокрема від соціально-економічного рівня розвитку суспільства, соціально-трудова відносин і

моральних канонів, що сформувались у суспільстві, традицій тощо. На різних етапах розвитку людства таке співвідношення не завжди було однаковим [81].



Рис. 1.3. Категоріальний апарат дефініції «здорів'я»

Джерело: власна розробка автора.

Враховуючи зазначене, варто розглядати здоров'я на таких трьох рівнях: біологічному, психологічному та соціально-економічному (рис. 1.4).

Біологічне здоров'я є предметом дослідження медичної моделі здоров'я та насамперед пов'язане із спадковістю та залежить від динамічної рівноваги функцій усіх внутрішніх органів, що виявляється у певній фізичній формі, здатності до відтворення та через інші ознаки, пов'язані із біологічною сутністю людини. Крім цього біологічне здоров'я можна пов'язати з природними явищами, наприклад природною катастрофою.

Другим рівнем є психологічний, який не менш важливий як для визначення здоров'я, так і для його формування у реальних індивідуумів та населення загалом. Цей рівень пов'язаний із дослідженням уявлень, емоцій та поведінки індивідуумів (населення) щодо здоров'я. Він пов'язаний із здатністю усвідомлювати себе особистістю і залежить від розвитку емоційної, вольової та мотиваційної сфер, усвідомлення цінності для особистості свого здоров'я та здорового способу життя.

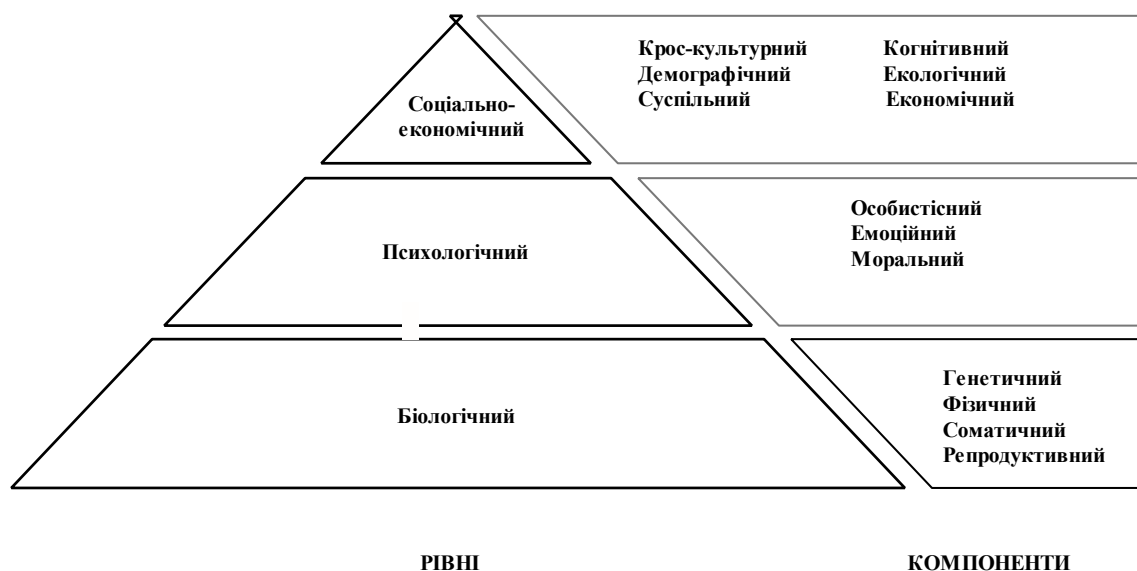


Рис. 1.4. Рівні тлумачення поняття «здорів'я» на основі його компонентів

Джерело: розроблено автором на основі [82–84]

Вершиною запропонованої піраміди є соціально-економічний рівень. Ця піраміда у такому контексті подана не довільно, а за аналогією до піраміди потреб А. Маслоу, де найнижчі щаблі відображають первинні (фізіологічні) потреби, а верхні – вторинні (психологічні, соціальні). Теорію А. Маслоу критикує багато дослідників, що свідчить про її недосконалість. Однак вона й надалі залишається одним із стрижнів у менеджменті. Аналогію ієрархії потреб до ієрархії здоров'я вважаємо доречною. Людство пройшло значний еволюційний шлях щодо оцінювання здоров'я. Дослідження останніх десятиріч свідчать про вирішальну роль СЕД для здоров'я як на індивідуальному, так і на рівні всього населення. Разом з тим, недооцінювання значення біологічних і психологічних детермінант є неприпустимим. Окрім цього, слід урахувати, що вони перебувають у діалектичній взаємодії..

Соціально-економічний рівень охоплює найбільше компонентів порівняно з іншими рівнями, що зумовлено шириною і глибиною соціально-економічних аспектів життєдіяльності суспільства:

– крос-культурний полягає в оцінюванні впливу різних культур на формування установок щодо здоров'я та їхнього подальшого порівняння. Культура

індивіда суттєво впливає на його поведінку, переконання, установки і цінності. Частково сучасні переконання і поведінка щодо збереження здоров'я мають витoki із культурного пізнання, національної культури;

- когнітивний розкриває пізнавальну діяльність особистості. Для здоров'я важлива інформованість людини щодо фізіологічних і патологічних процесів в організмі, а також про вплив на них різних умов довкілля і способу життя [85];

- екологічний базується на тлумаченні, що здоров'я та довкілля охоплюють всі фізичні, хімічні та біологічні чинники впливу на людину ззовні, а також всі інші, пов'язані з ними, що впливають на її поведінку [86]. Саме тому екологічний компонент відіграє важливе значення для формування знань про здоров'я;

- демографічний зумовлює виникнення вікових, статевих, шлюбно-сімейні та інших відмінностей у формуванні здоров'я, репродуктивних установок тощо. Склад і розподіл населення, його очікувані темпи зростання мають важливе значення для вдосконалення знань про здоров'я на суспільному рівні;

- суспільний – це здатність адаптації до умов суспільства, його цінностей, соціально-трудова відносин, що в ньому сформувалися. Як правило, у здоровому суспільстві формуються здорові особистості;

- економічний, що відображає ресурсні можливості особи у сфері економічної діяльності та забезпечує відповідну продуктивність праці, доходи людини та рівень життя.

На основі вищеподаного доходимо до висновку про провідну роль соціально-економічних аспектів у розвитку не тільки підходів до визначення здоров'я, а й щодо його рівня в історичному вимірі. Зміна соціально-економічних умов впливала на погляди щодо необхідності поліпшення здоров'я, на з'ясування його суті. Це дало змогу визначити нові підходи до охорони здоров'я, методи лікування та профілактики хвороб, зниження захворюваності.

Узагальнюючи існуючі підходи на думку автора «здоров'я» – *це життєздатність організму, можливість зберігати фізіологічну і психологічну рівновагу, реалізовувати свій потенціал у просторі та часі [87].*

Наведені вище тлумачення здоров'я стосуються здебільшого індивідуального його рівня. Однак, саме розуміння суті індивідуального здоров'я дає змогу точніше сформулювати категоріальний апарат здоров'я населення та його СЕД.

На суспільному (макро-) рівні існує дві основні дефініції здоров'я: «здоров'я населення» та «громадське здоров'я». Відмінності полягають насамперед у формулюваннях та особливостях застосування у політиці охорони здоров'я.

Одним із перших досліджував громадське здоров'я С. Уінслоу. Його визначення вважається класичним. Він характеризує громадське здоров'я як «...науку та мистецтво профілактики захворювань, продовження життя і охорони здоров'я за допомогою організованих зусиль і свідомого вибору суспільства, організацій державних та приватних, громад та окремих осіб» [88] (табл. А.2, дод. А). Він також підкреслював те, що невід'ємною частиною громадського здоров'я є розвиток медичного і медсестринського обслуговування для ранньої діагностики та профілактики захворювання і розвиток соціального обладнання, яке забезпечить кожній людині в громаді рівень життя, достатній для підтримки здоров'я. При цьому ці умови мають бути організовані таким чином, щоб кожний громадянин міг реалізувати своє право на народження, здоров'я та довголіття.

Громадське здоров'я перебуває в центрі діяльності ВООЗ, експерти якої зазначають, що країни мають забезпечити безперервний, систематичний збір, аналіз та інтерпретацію даних, пов'язаних зі здоров'ям, необхідних для планування, впровадження та оцінки практики охорони громадського здоров'я [90]. Це важливо з позиції раннього попередження надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я та контролю й уточнення епідеміології проблем зі здоров'ям, визначити пріоритети політики та стратегій у сфері громадського здоров'я.

Важливість проблем, пов'язаних із громадським здоров'ям, відображена у низці публікацій вітчизняних вчених. Варто зосередити увагу на дослідженні Н. Рингач, яка наголошує на усвідомленні високої суспільної значущості

громадського здоров'я та визначає потребу в дослідженні й оцінці його стану з погляду забезпечення національної безпеки [37, с. 27]. Поліпшення громадського здоров'я науковець пов'язує з наслідками соціально-економічного та духовного розвитку, що є цілком обґрунтованим.

На думку В. Москаленко та Т. Грузевої, громадське здоров'я є вирішальним чинником суспільного розвитку, а відтак потребує особливої уваги з боку державних та регіональних структур управління [91].

У свою чергу І. Жалінська розглядає громадське здоров'я як складне соціально-економічне поняття, що одночасно характеризує сукупний результат різноманітних заходів та визначає потенціал розвитку суспільства, тобто стає чинником конкурентоспроможності регіону, країни [92, с. 6]. Варто також погодитись із тим, що громадське здоров'я є важливим інструментом соціальної політики та політики охорони здоров'я зокрема.

Аналіз вищенаведених підходів свідчить про відсутність єдиного стандарту дослідження громадського здоров'я. Однак при цьому надається здоров'ю суспільний окрас. Чітко простежується взаємозв'язок між громадським здоров'ям і розвитком суспільства, що можна назвати «суспільне здоров'я». Хворе суспільство не може позитивно впливати на стан здоров'я громади та окремих її членів, з одного боку, а з іншого – саме громада значною мірою формує здоров'я суспільства. Це доволі цікава діалектична проблема. Що в цьому разі первинне? Які чинники відіграють провідну роль у процесі формування здоров'я суспільства та громади? Відповіді на ці та інші запитання буде окреслено у ході подальшого дослідження.

У листопаді 2016 р. в Україні здійснено важливий крок у напрямку збереження та зміцнення здоров'я, зокрема схвалено Концепцію розвитку системи громадського здоров'я (Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р.) [93]. У Концепції визначено комплекс інструментів, процедур та заходів щодо розвитку системи громадського здоров'я, які сприятимуть збільшенню СOTЖ; зниженню рівня захворюваності, інвалідності та

смертності населення, особливо з тих причин, які сьогодні є найбільш загрозованими. Варто зауважити, що Концепцією передбачено поліпшення СЕД та посилення відповідальності населення за своє здоров'я та дотримання принципу соціальної справедливості щодо здоров'я. При цьому доречно зазначено, що для реалізації цієї Концепції необхідно об'єднати зусилля всього суспільства.

Як уже зазначалось у п. 1.1., категорія «здоров'я населення», як зрештою і громадське здоров'я, змінює фокус з індивідуального на макрорівень. Дослідники здоров'я населення намагаються доповнити класичні підходи до громадського здоров'я, звернувшись до ширшого кола детермінант, які впливають на здоров'я різних груп населення.

У зв'язку з цим цілком логічним видається виникнення нової концепції охорони здоров'я, яка розглядає здоров'я населення не лише як суму даних, що відображають результати вимірювання морфофізіологічних (антропометричних) і психофізіологічних параметрів людини, доповнена результатами лабораторно-інструментального обстеження і суб'єктивною оцінкою індивідом свого здоров'я (самопочуття) [5, с. 64], як це було раніше. Сучасний погляд на категорію «здоров'я населення» охоплює важливі сфери індивідуальної та соціальної поведінки, і з такими питаннями, як справедливість фінансування, рівний доступ до послуг з профілактики та лікування, а також бажання досягти справедливого результату для здоров'я, дебати з охорони здоров'я населення обов'язково включають конкуруючі ідеології та цінності. Концепція здоров'я населення включає всі способи, якими суспільство загалом або громади в суспільстві впливають на проблеми зі здоров'ям і як вони реагують на ці проблеми. Більшість підходів до визначення категорії «здоров'я населення» та практичні дослідження у цьому напрямку пов'язані із СЕД, які визначають його стан та динаміку (табл. 1.1). Однак аспектів, які при цьому розглядаються, доволі багато.

Таблиця 1.1

Наукові підходи до трактування поняття «здоров'я населення»

Акцент	Визначення	Автор	Період
Соціальні (соціально-економічні) детермінанти	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	Дж. Данн і М. Хейс [95, с. 7]	1999
	концептуальна основа для роздумів про те, чому деякі люди здоровіші, за інших	Т. Янг [15, с. 12]	1998
	стан, що залежить від фізичних, біологічних, поведінкових, соціальних, культурних, економічних та інших чинників	Дж. Ласт [96, с. 44]	2007
Здоров'я різних груп населення	стан здоров'я та охорона здоров'я в межах групи людей, а не стану здоров'я однієї людини	Департамент охорони здоров'я штату Нью-Йорк [100]	2012
	здоров'я груп, сімей та громад, яке визначається за місцевістю, біологічними, соціальними чи культурними критеріями	МОЗ Нової Зеландії [101, с. 5]	2012
Подолання нерівності у здоров'ї населення. Охорона здоров'я	новий синтез здоров'я населення збільшує розуміння детермінант здоров'я і підтверджує необхідність фахівців охорони здоров'я критично розглядати соціальну нерівність і політику, підтримувати їх	Дж. Франк [97]	1995
	підхід до здоров'я, спрямований на поліпшення стану здоров'я населення загалом та зменшення нерівності щодо здоров'я між його групами	Я. Беннет [98, с. 12]	2003
Здоров'я як чинник соціально-економічної ефективності	основна властивість людської спільноти, її природний стан, що відображає індивідуальні реакції членів спільноти, їхню здатність у конкретних умовах найефективніше здійснювати свої соціальні та біологічні функції	П. Смелов [94 с. 18]	2009
	складник людського капіталу й один із важелів економічного зростання	Т. Підви-соцька [47, с. 5].	2009
Авторське визначення	здоров'я соціально-демографічних і територіальних груп населення, яке визначається певними детермінантами, що змінюються у часі.	Д. Шушпанов [86, с. 75]	2015

Джерело: узагальнено автором за [15; 47; 86; 94–98; 100–101]

Ключовим елементом новітніх підходів є вирішення питань СЕД, як невід'ємного елемента, без якого державна політика збереження та зміцнення здоров'я населення не можлива (рис. 1.5). З позиції вивчення СЕД здоров'я населення розглядають багато науковців [95–96], які доводять, що умови, в яких люди народжуються, ростуть, живуть, працюють і старіють, є одними з

визначальних для здоров'я населення. Ці та інші дослідження доводять, що чисте і безпечне довкілля; дохід достатній для забезпечення основних потреб; значуща роль у суспільстві, добре житло, доступність якісного харчування, освіти та соціальної підтримки здійснюють свій внесок у добре здоров'я. Загальне поліпшення здоров'я населення в економічно розвинених країнах упродовж останніх десятирічч обумовлений, насамперед, поліпшенням цих детермінант.



Рис. 1.5. Складові частини концепції здоров'я населення

Джерело: власна розробка автора

Ці детермінанти здоров'я часто не залежать від особистості, але суспільство може діяти на них колективно, щоб поліпшити стан здоров'я населення. Крім цього розуміння механізму впливу СЕД на стан здоров'я населення дозволяє визначити, чому одні люди здоровіші за інших [15], і на цій основі формувати напрями збереження та зміцнення здоров'я.

Деякі вчені при визначенні категорії «здоров'я населення» поряд із соціальними детермінантами логічно обґрунтовано зосереджують увагу на необхідності *подолання нерівності щодо здоров'я* як складника збереження та

зміцнення здоров'я, що, безумовно, є одним із найактуальніших перспективних напрямів дослідження [97–99] (див. табл. 1.1).

Одним з перших, визначає потребу подолання соціальної нерівності як напрям скорочення нерівності щодо здоров'я Дж. Франк [97]. Пізніше Я. Беннет описує «здоров'я населення» як підхід до здоров'я, спрямований на поліпшення стану здоров'я населення загалом та зменшення нерівності щодо здоров'я між його групами. Для досягнення цього він вивчає у широкому діапазоні чинники та умови, які визначають здоров'я [98].

У межах здоров'я населення питання про справедливість має кілька різних елементів, зокрема рівний доступу до медичних послуг, освіти тощо. На даний час питанню усунення нерівності у здоров'ї населення через покращення СЕД приділяється значна увага, насамперед з боку ВООЗ, експерти якої зазначають, що причинами нерівності в умовах повсякденного життя є глибокі соціальні структури та процеси. Несправедливість є систематичною і породжується суспільними нормами, політикою і практикою, які допускають або практично заохочують несправедливий розподіл і доступ до влади, багатства і іншим необхідним суспільних ресурсів [99].

Окремі дослідники наголошують на другій частині поняття «здоров'я населення», тобто на населення, що, як правило, розуміють не лише як територіальне розселення, а його поділ на різні групи: територіальні, соціальні, економічні, демографічні тощо. Так, у Стратегії охорони здоров'я Нової Зеландії термін «здоров'я населення» визначено як «здоров'я груп, сімей та громад, яке визначається за місцевістю, біологічними, соціальними чи культурними критеріями» [101], що також засвічує необхідність дослідження здоров'я населення у соціально-економічному та демографічному розрізі.

Найбільш комплексним видається трактуванням поняття «здоров'я населення» науковцями Інституту здоров'я населення Оттавського університету. При цьому єдиного визначення немає. Здоров'я населення, на думку експертів університету, характеризується різними аспектами залежно від сфери застосування терміна:

– в академічній сфері поняття «здоров'я населення» інтегровано з багатьох дисциплін. Ціллю у цьому разі є моніторинг тенденцій у сфері охорони здоров'я крізь призму детермінант здоров'я з метою його покращення, запобігання хворобам, а також для обговорення заходів по з особливими напрямками політики у цій сфері;

– у сфері наукових досліджень вивчають детермінанти взірців здоров'я і хвороби в групах людей, а не окремих осіб. Як у соціології чи демографії, фокусуються передусім на детермінантах, які впливають на здоров'я значної кількості людей, а не на чинниках індивідуального стану здоров'я;

– як політична концепція здоров'я населення відіграє значну роль у пошуку раціональної основи для розподілу ресурсів у сфері охорони здоров'я, в її збалансуванні, збереженні здоров'я, здійсненні його профілактики і лікуванні хвороб. Це має знизити витрати на охорону здоров'я та максимізувати прибуток для здоров'я суспільства загалом;

– як об'єднуюча парадигма цей термін пов'язує багато дисциплін – від біологічних до соціальних, фокусує їх на здоров'ї як важливій соціальній меті, що є значним внеском у розвиток фундаментальної науки [102].

У цьому разі комплексно поєднані всі підходи до здоров'я населення: пов'язані з охороною здоров'я, з економічною ефективністю («максималізація прибутку»), дослідження здоров'я населення як здоров'я окремих його груп, тощо. Однак основною у визначенні є прив'язка дослідження здоров'я населення до його детермінант.

Розглянуті вище теоретичні підходи до сутності здоров'я населення представляють головним чином здобутки західного суспільствознавства, які вітчизняною наукою досліджувались недостатньо. За останнє десятиріччя з'явилися перші дослідження, пов'язані із концепцією «здоров'я населення» і в Україні. Зокрема, це праці Т. Підвисоцької, яка визначає і враховує зовнішні чинники, які впливають на здоров'я населення. «Підхід до здоров'я населення в розрізі факторної обумовленості є дуже важливим, оскільки дає змогу комплексно дослідити фактори, що здійснюють вплив на формування здоров'я населення» [47, с. 5]. Однак автор розглядає «здоров'я населення» здебільшого як складову

людського капіталу та один із важелів економічного зростання, тобто як чинник виробництва.

Водночас більшість сучасних досліджень розглядають здоров'я населення комплексно, охоплюючи ті аспекти, які з ним пов'язані. Тому сучасну концепцію здоров'я населення можна розглядати як комплексний спосіб мислення щодо сучасної системи охорони здоров'я. Вона охоплює весь спектр індивідуальних і групових детермінант, що визначають здоров'я населення або його окремих груп. При цьому концепція використовує доказовий підхід для аналізу детермінант здоров'я та варіантів втручання з метою збереження і зміцнення здоров'я.

Оскільки здоров'я населення є відносно новим поняттям, нез'ясованими залишаються деталі того, як саме воно відрізняється від громадського здоров'я.

Обидві концепції здоров'я стосуються груп людей, а не окремих осіб. Це саме можна сказати про моніторинг тенденцій у галузі охорони здоров'я, вивчення їх детермінант, пропонування втручання на рівні населення для захисту та підтримки здоров'я й обговорення варіантів здійснення цих заходів. Чіткої відмінності між ними нема. Здоров'я населення розглядається як більш широкий підхід, оскільки він пропонує уніфіковану парадигму, яка охоплює біологічні та соціологічні аспекти. Він забезпечує раціональну основу для розподілу ресурсів охорони здоров'я, що забезпечує збалансованість охорони здоров'я та сприяння профілактиці і лікуванню захворювань. При цьому громадське здоров'я вирішує питання охорони здоров'я, його втручання спрямоване на підтримку здоров'я або профілактику захворювань. Наприклад, підхід «громадське здоров'я» до ожиріння у дітей може виступати за освіту батьків і дітей, субсидування здорових програм для обідніх шкіл, заборону використання безалкогольних напоїв у автоматах для продажу в школах, більш жорсткі правила щодо маркетингу небажаної їжі для дітей, сприяння на шляху до охорони здоров'я підходить для боротьби з ожирінням у дітей ширшому контексті. Підхід до здоров'я населення може полягати в тому, щоб розглянути саму харчову систему, наприклад, вплив сільськогосподарських субсидій на ціну продовольства.

Зрештою, оцінюючи відмінності моделі громадського здоров'я та здоров'я населення, погоджуємося, із думкою Д. Кіндіга, що головною проблемою здоров'я населення є встановлення оптимального балансу інвестицій (наприклад, гроші, час, політика) в декількох детермінантах здоров'я (індивідуальна поведінка, освіта, медична допомога) протягом життя, що максимально узагальнить показники здоров'я і мінімізує нерівність у здоров'ї населення [32].

Отже, проведений аналіз підходів до визначення категорії «здоров'я населення» свідчить про актуальність таких досліджень, інноваційність сприйняття та перспективність застосування отриманих результатів під час розробки соціальної політики. Можна виокремити такі пріоритетні особливості дослідження здоров'я населення:

– *відмінність стану здоров'я у демографічних, соціальних, територіальних та інших групах населення.* Статева і вікова структура, шлюбний стан, належність до певної соціальної страти, міського чи сільського населення, різних територіальних громад та інші групові ознаки є основою для дослідження здоров'я населення;

– *детермінованість здоров'я населення,* яка полягає у тому, що стан і динаміка здоров'я, особливо на макрорівні, зумовлені умовами, які безпосередньо або опосередковано впливають на здоров'я. Перелік цих детермінант доволі широкий, але особливу роль у сучасних умовах відіграють соціально-економічні;

– *нерівність у здоров'ї населення,* пов'язана з нерівним доступом до матеріальних та духовних благ у суспільстві;

– *залежність стану здоров'я населення від ефективності* політики у сфері охорони здоров'я та соціально-економічної політики загалом.

Враховуючи вищезначене, автор трактує *здоров'я населення як здоров'я соціально-демографічних і територіальних груп населення, яке визначається певними детермінантами, що змінюються у часі.*

Як концепція (підхід) «здоров'я населення» спрямована на поліпшення здоров'я населення загалом та зниження нерівності у здоров'ї між його окремими групами зокрема. Щоб досягти цієї мети, вона досліджує і діє на широке коло

детермінант, які визначають здоров'я. При цьому згадана концепція розширює можливості формування та реалізації політики у сфері охорони здоров'я, адже, по-перше, змінює вектор фінансування у напрямку поліпшення СЕД здоров'я, а по-друге, дає змогу оперативної і гнучко реагувати на зміни у соціально-демографічних структурах населення для вибору найефективніших та адресних напрямів підтримки для реалізації потенціалу здоров'я, його збереження та зміцнення (у т.ч. через СЕД). Тому вважаємо за доцільне і необхідне дослідження стану здоров'я населення в Україні у цьому контексті з метою інтеграції СЕД у політику охорони здоров'я.

1.3. Соціально-економічні детермінанти та нерівність у здоров'ї населення.

Аналіз формування поглядів на здоров'я та здоров'я населення дає змогу зробити висновки про принципово новий етап інтерпретації причинно-наслідкових зв'язків між умовами життя та здоров'ям (нездоров'ям), формування якісно нових підходів до охорони як індивідуального здоров'я, так і здоров'я населення (на глобальному, національному, регіональному рівнях). Підґрунтям для цього є пізнання детермінант здоров'я, їхнє вивчення та аналіз.

Як було зазначено у п. 1.1. перші дискусії щодо ролі зовнішніх чинників для здоров'я розгорнулись у ХІХ ст. та активно були продовжені у ХХ ст. Спектр чинників, які досліджувались, був достатньо широким. Однак до 1950-х рр. провідними серед них фахівці вважали біологічні та фізичні. Поступово науковці зміщували акцент на вивчення чинників, а згодом і детермінант здоров'я як предметів дослідження здоров'я населення. При цьому кардинальних, принципових відмінностей між категоріями «чинник» та «детермінанта» немає. Низка трактувань категорії «детермінанта» визначає її як чинник, зокрема «...універсальний чинник, який стимулює інтегрування окремих реалій суспільної дійсності в соціальні рамки або середовище, які вже існують (щойно виникли, відомі давно, створені штучно)» [103, с. 137]. Як чинник визначається

«детермінанта» й в Оксфордському словнику «Детермінанта – це чинник, який здійснює вирішальний вплив на характер або результат чогось» [104].

У науковій літературі, програмних та інших документах щодо здоров'я часто, крім терміна «детермінанти здоров'я» як синонім використовують поняття «чинники здоров'я». Насправді ці категорії дуже схожі, адже від них залежить стан здоров'я населення. Однак, чинник ризику – це радше узагальнене поняття, яке характеризує потенціал, а не фактичний результат (табл. 1.2).

Таблиця 1.2

Чинники та детермінанти здоров'я населення

Чинники здоров'я населення	Детермінанти здоров'я населення
Біологічні	Вік, стать, генетика
Поведінкові	Структура та функціонування сім'ї, рівень освіти, режим праці, харчування, тютюнопаління, зловживання алкоголем, фізична активність
Соціальне середовище	Культура, тиск однолітків, дискримінація, соціальна підтримка (добросусідство, соціальні мережі / ізоляція)
Довкілля	Повітря, вода, житлові умови, умови праці, шум, утилізація відходів, енергія, місцеві екологічні особливості
Інфраструктурі	Відпочинок, транспортні послуги, доступність закладів сфери послуг
Інституційні	Загальне спрямування економічної, соціальної, екологічної політики, політики у сфері охорони здоров'я, місцеві та національні пріоритети, програми, проекти

Джерело: Модифіковано автором за [105]

Отже, «детермінанта» є, за суттю, тим самим чинником, але з конкретизованішим впливом на об'єкт дослідження. Чинники можуть впливати опосередковано або безпосередньо не впливати тоді як триває дослідження, тобто бути потенційними. Це не характерно для детермінант, які обов'язково впливають на об'єкт чи результат. Наприклад, захворювання на рак легенів може бути спричинено певними чинниками: шкідливими звичками, спадковістю, екологією тощо. Однак у разі, якщо хворий тривалий час палить, саме тютюнопаління буде

детермінантою цієї хвороби. Наведений приклад ілюструє застосування категорії «детермінанта» з позиції медичної концепції (людина буде здорова або захворіє). Це є достатньо вузьким розумінням проблеми. Одне із завдань, без вирішення якого неможливо покращити стан здоров'я, – це зміна ставлення, мислення щодо здоров'я в Україні як на державному, так й на індивідуальному рівнях. Наведений приклад необхідно розглядати під іншим кутом зору: «Чому людина здорова і не захворіла на рак легень?» Відповідь – вона ніколи не палила, дотримувалась здорового способу життя і т. ін. У цьому разі йдеться про детермінанти здоров'я, а не хвороби, зокрема тютюнопаління (його відсутність). Отже, відсутність тютюнопаління є однією з детермінант, які визначають здоров'я населення та суттєво знижують імовірність його погіршення [107].

Таким чином детермінанти здоров'я – це чинники, які визначають відмінності у здоров'ї окремих людей, груп населення чи населення країни загалом.

Підґрунтям для концептуальної основи дослідження СЕД здоров'я населення насамперед є низка міжнародних та вітчизняних програм і розробок у цій сфері.

Серед них насамперед варто відзначити щорічні доповіді ПРООН «Про стан людського розвитку», що ґрунтуються на Концепцію людського розвитку (КЛР) та «Цілі Сталого Розвитку» (ЦСР), які були затверджені на Саміті ООН зі сталого розвитку у 2015 р.

Зокрема, у звіті про людський розвиток 2016 року «Людський розвиток для всіх» зазначено, що у кожному суспільстві певні групи набагато частіше зазнають не вигідних позицій, ніж інші, і визначає глибоко вкорінені, а часто й невизначені бар'єри для розвитку [106]. При цьому також відзначається те, що суспільства повинні створити максимальні можливості для людського розвитку кожної людини. Коментуючи місце України у цьому звіті, Е. Лібанова також відзначила, що ніхто не має залишитись осторонь розвитку, що не може бути ситуації, коли країна в середньому розвивається сприятливо, але окремі групи населення залишаються поза увагою влади, не мають доступу до належної освіти та медицини [107].

Загалом на сьогодні КЛР є найбільш цілісною моделлю прогресу суспільства, яка у комплексі розглядає потенціал росту: політичного, економічного, соціального,

особистого, культурного тощо. Невід'ємною частиною цієї концепції є можливість поліпшення стану здоров'я населення, а один із ключових його показників – середня очікувана тривалість життя (СОТЖ) – включено до індексу людського розвитку. Таким чином, досягнення рівності та справедливості серед населення можливе за умови скорочення нерівності у здоров'ї між окремими людьми чи групами.

Важливим кроком на цьому шляху є реалізація ЦСР [108]. Протягом наступних п'ятнадцяти років ці нові цілі, що стосуються всіх країн світу, мають допомогти мобілізувати зусилля, спрямовані на подолання всіх форм бідності, боротьбу з нерівністю, розв'язання проблем, пов'язаних зі здоров'ям, зміною клімату, тощо. Водночас у цьому документі задекларовано принцип, за яким ніхто не залишиться без уваги.

Одним із головних завдань ЦСР визнано необхідність забезпечення здорового способу життя та сприяння добробуту для всіх людей у будь-якому віці. Зокрема, заплановано знизити загальний рівень материнської смертності; смертності новонароджених і дітей віком до 5 років; подолання епідемії СНІДу, туберкульозу та інших інфекційних хвороб; скорочення смертності від неінфекційних захворювань. Окремо визначено важливість посилення профілактики та лікування зловживання психоактивними речовинами. Поряд з цим наголошено на необхідності збільшення доступності медичної допомоги, покращення її якості, збільшення фінансування охорони здоров'я тощо.

Таким чином подолання бідності має супроводжуватися стратегіями, спрямованими на економічне зростання та розв'язання низки соціальних потреб, включаючи освіту, охорону здоров'я, соціальний захист та можливості працевлаштування, а також подолання проблем зміни клімату і захисту довкілля. Власне такий комплексний підхід є важливим із позиції збереження та зміцнення здоров'я, адже більшість цілей спрямовані на поліпшення СЕД, які визначають здоров'я: подолання бідності, розвиток якісної освіти, скорочення гендерної та інших форм нерівності, покращення умов довкілля. Тому факт того, що в Україні підготовлено доповідь, за якою ЦСР адаптовані з урахуванням специфіки

національного розвитку, додатково сприятимуть поліпшення та збереження здоров'я населення, у тому числі через СЕД.

Повністю узгоджується з Порядком денним на період до 2030 р. і відіграє важливу роль у досягненні ЦСР «Здоров'я-2020: основи європейської політики і стратегія для XXI століття» [109], яка є основою європейської політики ВООЗ в підтримку здоров'я і добробуту. Особливістю і безперечною перевагою цієї Стратегії є те, що у ній представлений соціально-економічний імператив для дій, який чітко демонструє, що здоров'я і добробут – це невід'ємні умови успішного економічного і соціального розвитку. Ця політика включає в себе такі аспекти, як: здоров'я як одне з прав людини; загальнодержавний підхід і принцип участі всього суспільства у справі соціально справедливого поліпшення здоров'я; міцне й активне стратегічне керівництво та лідерство в інтересах здоров'я; механізми співпраці й об'єднання пріоритетів з іншими секторами; важливість опори на місцеві спільноти та окремих громадян і розширення їхніх прав та можливостей; роль партнерств. Ця Стратегія виходить за рамки традиційного підходу щодо розв'язання проблем здоров'я населення, яка обмежувалася лише суто медичними та профілактичними заходами. Автори стратегії наголошують на необхідності впливу на СЕД здоров'я як необхідної передумови зміцнення та збереження здоров'я населення, а також скорочення нерівності щодо здоров'я.

Уряд України підтримав цю Стратегію і схвалив Концепцію Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір», пріоритетом якої є формування міжсекторального підходу в проведенні профілактичних заходів для усунення негативного впливу соціальних детермінант здоров'я, створення умов для збереження та зміцнення здоров'я населення, формування відповідального ставлення кожної людини до свого здоров'я [110]. Практично це перший державний документ, який наголошує на важливості покращення СЕД для здоров'я населення. Зокрема, відзначається, що для кожного регіону з урахуванням його соціально-економічного стану, культурно-етнічних та історичних традицій, стану медико-демографічної ситуації, розвитку системи охорони здоров'я і визначення впливу соціальних детермінант на стан здоров'я населення повинні бути науково

обґрунтовані та розроблені заходи зі збереження та зміцнення здоров'я населення через оптимізацію системи надання медичної допомоги та розвитку здоров'я. Це створює передумови та рамкові межі для дослідження впливу СЕД на стан здоров'я як окремих соціально-економічних та територіальних груп населення, так і населення загалом.

Водночас коло детермінант здоров'я населення достатньо широке. Воно охоплює дохід, освіту, умови довкілля та інфраструктуру, які створюють або пом'якшують прямі ризики чи обмежують спроможність бідних шукати медичну допомогу та практикують здорову поведінку. Доступність медичних товарів і послуг також визначає результати здоров'я.

Відповідно доцільно виокремити принаймні п'ять напрямів, в яких емпіричне дослідження детермінант здоров'я може мати цінність для його збереження зміцнення, посилення профілактики захворювань і скорочення передчасної смертності [111].

По-перше, участь громади має важливе значення для підтримки здоров'я серед тих осіб і груп населення, чиє здоров'я перебуває під загрозою, тому емпіричне дослідження здоров'я може допомогти пояснити проблеми, з якими досі стикаються фахівці, намагаючись покращити детермінанти в інтересах здоров'я населення.

По-друге, виявлення найвизначальніших для здоров'я детермінант дасть змогу освітнім та медичним установам більш ефективно передавати таку інформацію населенню та регулювати політику в галузі збереження здоров'я. Наприклад, якщо аналіз показує недостатність знань, зокрема про епідеміологічну важливість споживання йоду в йододефіцитних районах, то підвищення обізнаності населення щодо цього може мати вищий пріоритет у фінансуванні програм санітарної освіти.

Інший приклад. Якщо аналіз показує недостатність знань про етимологію здоров'я серед населення, зокрема про епідеміологічну важливість використання засобів захисту при перебуванні тривалий час на відкритому сонці для здоров'я, то покращення обізнаності у цьому питанні може мати більш високий пріоритет у

фінансуванні програм санітарної освіти. Однак для цього має бути чітко виявлений причинно-наслідковий механізм між використанням сонцезахисних засобів та здоров'ям шкіри. Зокрема, це актуально для південних районів України, де захворюваність населення на рак шкіри значно вища за середні показники по країні. Схожа ситуація щодо захворюваності на меланому і смертність з причин меланому [113]. Попри те, що хвороби шкіри не мають високої частки у загальній структурі захворюваності населення України, існує висока летальність від них. Цей показник суттєво вищий, ніж у європейських країнах. Отже, необхідно вдосконалити програми боротьби з цим недугом, у т. ч. через розширення знань про її етіологію.

По-третє, є детермінанти, ступінь впливу яких на здоров'я населення через об'єктивні чи суб'єктивні причини вивчено недостатньо, особливо для певних груп населення (соціальних або етнічних). Прикладом таких детермінант можуть бути соціальний капітал чи РПЖ. Отже, детермінанти, що теоретично ідентифіковані як визначальні для здоров'я населення, заслуговують на подальше дослідження.

По-четверте, вплив детермінант на здоров'я змінний. Науково-технічний прогрес, зміни у суспільних відносинах, соціальному середовищі неминуче позначаються на детермінантах здоров'я. Це означає, що ступінь впливу детермінант на здоров'я змінюється з часом. Те, що визначало здоров'я населення вчора, може відігравати незначну роль сьогодні чи завтра. Суттєво змінюють структуру детермінант збройні та суспільно-політичні конфлікти, природні чи антропогенні катаклізми. Цей комплекс обставин зумовлює те, що детермінанти здоров'я потребують систематичного дослідження й аналізу.

По-п'яте, існують територіальні відмінності детермінованості здоров'я населення, що пов'язано з історичними, культурними та іншими чинниками. Варто зазначити, що в Україні ці відмінності досліджені недостатньо.

Важливим є *питання систематизації та структуризації детермінант здоров'я*. Певні напрацювання у цьому напрямку відомі. Зокрема, ґрунтуючись на дослідженнях А. Антоновського [79], який аналізував шляхи пошуку причин захворюваності «вниз за течією» або «вгору проти течії», деякі дослідники розглядають детермінанти здоров'я на дистальному та проксимальному рівнях [113].

Ілюстрацією такого поділу є також звіт Європейського регіонального бюро ВООЗ для Європи [114]. У ньому зроблені такі загальні припущення: захворювання обумовлені багатьма зовнішніми та внутрішніми причинами; соціальні детермінанти належать до дистального рівня; біологічні детермінанти належать до проксимального рівня; дистальний та проксимальний рівень пов'язані між собою.

Поділ детермінант здоров'я на проксимальний та дистальний рівні є важливим з позиції концептуального розуміння сутності їх дії та можливості корегування з метою повнішої реалізації потенціалу здоров'я та зменшення нерівності щодо здоров'я різних категорій населення.

Однак не зовсім логічно говорити про дистальний рівень, коли йдеться про здоров'я. Адже виходить, що важливі для здоров'я аспекти розглядають як дещо віддалене. Вважаємо, що усунення цього недоліку є можливим за рахунок поділу дистального рівня у його класичному розумінні на контекстуальний (глобальний аспект) та структурний (здоров'я груп населення). Частково на цьому наголошує Комісія ВООЗ із соціальних детермінант здоров'я в пізніших звітах, висвітлюючи соціальні детермінанти: «Краще вести мову про структурні детермінанти, а не «дистальні чинники» [115].

Так, варто вдосконалити наявний дворівневий поділ детермінант здоров'я шляхом диференціювання його на три рівні (рис. 1.6):

- 1) контекстуальний – глобальні та суспільно-політичні детермінанти, які створюють передумови для формування детермінант структурного рівня;
- 2) структурний, пов'язаний з нерівністю серед різних груп населення: територіальних, демографічних, соціальних, етнічних тощо. Часто, попри спільні детермінанти контекстуального рівня здоров'я, у різних групах населення здоров'я неоднакове. Ці відмінності пов'язані із впливом на здоров'я детермінант структурного рівня, нерівним доступом до освіти, зайнятості, доходів, соціального капіталу тощо;
- 3) проксимальний рівень – детермінанти індивідуальних особливостей кожної людини, її поведінкою щодо здоров'я можуть залежати від детермінант контекстуального та структурного рівнів.

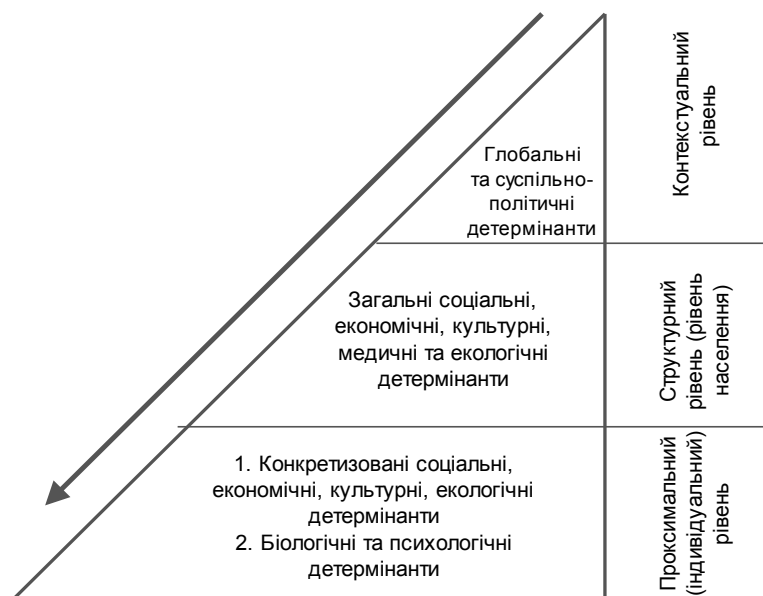


Рис. 1.6. Структура детермінант здоров'я населення

Джерело: власна розробка автора

Такий поділ дасть змогу комплексно дослідити детермінанти здоров'я на всіх рівнях їхнього формування, а в умовах рамкових досліджень допоможе сконцентрувати увагу на детальнішому вивченні механізму, за яким детермінанти того чи іншого рівня визначають здоров'я.

Контекстуальний рівень. Цей рівень охоплює детермінанти, на які часто не звертають увагу, вважаючи що вони не є першопричиною хвороб. Однак у багатьох випадках саме вони забезпечують фундамент для доброго здоров'я, адже визначають детермінанти нижчого рівня та їх прояви у майбутньому. Таким чином детермінанти контекстуального рівня, до яких належать глобальні та суспільно-політичні процеси, діють на здоров'я населення, як правило, опосередковано, через детермінанти нижчих рівнів.

До *глобальних* доцільно віднести детермінанти здоров'я, найбільш віддалені від окремої людини, які мають на неї вплив. Вони пов'язані зі складним явищем глобалізації – всесвітньої інтеграції технологічних, економічних, соціальних, культурних, інституційних, екологічних та інших процесів. Зв'язок між глобалізацією і здоров'ям є багатоманітним, глобалізація може вплинути на здоров'я незліченними способами. Наслідки її можуть бути прямими – на рівні

населення загалом чи окремих осіб, або опосередкованими, – через економіку та інші детермінанти, такі як освіта, культура тощо. Так, під впливом глобалізації змінюються детермінанти здоров'я, підходи до збереження та зміцнення здоров'я населення. Наприклад, на сьогодні існує глобальна тенденція зростання цін на продукти харчування, що зумовлено певними причинами (фінансові, екологічні тощо). При цьому, як зазначають експерти ВООЗ ресурсів для подолання цього процесу немає, як й відсутній потенціал для амортизації ударів [116]. Таким чином зменшення доступності харчування позначається на стані здоров'я населення. Для України це питання є особливо гостим, адже на даний час населення країни витрачає на харчування понад половини своїх доходів [117]. У Європі за цим показником країна займає останнє місце [118]. Це негативно позначається на індивідуальному споживанні – якості спожитих продуктів. З раціону більше вилучатимуться здорові продукти: фрукти, високоякісні джерела протеїну тощо. Їх витісняють жирні та калорійні продукти. Таким чином, глобалізація є однією із причин погіршення якості харчування [111].

До глобальних детермінант можна зарахувати глобальні структури управління, економічну глобалізацію, міжнародну торгівлю, міжнародну міграцію, глобальні соціальні взаємодії (міграція, конфлікти, соціальний капітал та мережі зв'язку), глобальну зміну клімату тощо. Ці детермінанти можуть позитивно або негативно впливати на формування здоров'я. Позитивно впливають, наприклад, глобальні структури управління [119, с. 3], такі як ВООЗ, Світовий банк (СБ), Світова організація торгівлі (СОТ) та ін. Остання, зокрема, у 2002 р. заборонила імпорт продуктів, які містять шкідливий для здоров'я азбест. СБ у свою чергу відзначає важливість доброго здоров'я для економічного розвитку і фокусується на досягненні цілей розвитку тисячоліття. Разом з Міжнародним валютним фондом (МВФ), СБ відіграє значну роль у глобальному управлінні охороною здоров'я. Так, у 2015 р. СБ представив Стратегію викорінення крайньої бідності до 2030 року, що безперечно матиме позитивні наслідки для здоров'я населення.

Важлива роль у регулюванні здоров'я населення на глобальному рівні належить ВООЗ, яка приділяє значну увагу соціальним детермінантам. Так, на

Всесвітній конференції з соціальних детермінант здоров'я (Ріо-де-Жанейро, Бразилія, 2011) наголошено, що зменшення нерівності щодо здоров'я насамперед може бути досягнуто за допомогою впливу на соціальні детермінанти здоров'я [120].

На те, як людина взаємодіє з глобальним середовищем, суттєво впливає національна політика. Наприклад, забезпечення мешканців України, які потребують ліків іноземного виробництва, залежить від національних законів або правил, що дозволяють їх імпорт. Таким чином, глобальні детермінанти пов'язані з суспільно-політичними. Останні діють у межах певної країни. До них доцільно зарахувати: рівень демократії, рівень корупції, політичну обстановку та ефективність державного управління.

У Доповіді про людський розвиток за 2016 р., яка опублікована Програмою розвитку Організації Об'єднаних Націй (ПРООН), звернено увагу на дефіцит демократії на місцевому та глобальному рівнях [121, с. 16]. Якщо щодо до маргіналізованих і уразливих груп населення не застосовуються політичні заходи і якщо інститути не можуть забезпечити відсутність обділених, мають бути інструменти та компенсаційні механізми, що дасть змогу людям претендувати на свої права. Людям мають бути надані права і можливості завдяки захисту прав людини, забезпечення доступу до правосуддя, сприяння інклюзії та забезпечення підзвітності.

При цьому слід звернути увагу на те, що авторитарні режими, як правило, не зацікавлені в розвитку людського потенціалу та поліпшенні здоров'я, освіти та економічної безпеки, що мобілізує громадян виступати за більш широку участь і більший обсяг ресурсів.

Водночас демократичні інститути мають важливе значення для здоров'я. Наприклад, це можливе через зменшення соціальної нерівності та нерівності в доходах, що сприятиме розширенню громадянських прав людей та можливостей їхньої участі у політичному житті [122, с. 33]. Політичні інститути також можуть вплинути на здоров'я через універсальні питання охорони здоров'я, такі, як забезпечення загального доступу до високоякісних послуг. Демократичні політичні інститути можуть допомогти створити (розширити можливості) загального медичного страхування і розширити доступ програм, які реалізуються

Національною службою охорони здоров'я Великобританії або системами медичного страхування Канади [123].

Низькі показники демократії українського суспільства (у 2017 р. за комбінованим індексом демократії Україна займала лише 83 місце серед 162 країн [124]) є однією з проблем, без розв'язання яких неможливе повноцінне функціонування системи охорони здоров'я. Прискорення демократизації суспільства дасть змогу політичним інститутам ефективно вирішувати проблеми, пов'язані зі збереженням здоров'я, зокрема через запровадження загального медичного страхування, поліпшення медичних послуг і збільшення доступності програм зі збереження здоров'я. Прикладом таких інститутів за кордоном є Національна служба охорони здоров'я Великобританії або Організація медичного страхування Канади.

Політична ситуація – це конкретне співвідношення політичних сил, сукупність подій, результат політичної діяльності. Вона може бути стабільною і нестабільною (конфліктною); простою і складною; реальною, поточною, можливою тощо. Вплив політичної ситуації на здоров'я населення досліджено неналежним чином. Наприклад, політична стабільність поряд із демократичними засадами є запорукою ефективності діяльності соціальних інститутів, дотичних до питань охорони здоров'я. Проблеми, пов'язані з політичною стабільністю (нестабільністю), унаочнені недавніми подіями в Україні: збройний конфлікт на території країни має масштабні наслідки для здоров'я. Точної офіційної статистики щодо показників захворюваності та смертності у зоні конфлікту немає, однак світовий досвід підтверджує, що на території конфлікту, по-перше, зростають показники смертності, інвалідності й захворюваності населення; по-друге, значно обмежується доступ до медичних послуг; по-третє, уряд вимушений збільшувати військові витрати, що за нестачі фінансових ресурсів негативно відображається на фінансовому забезпеченні інших державних сфер, у тому числі охорони здоров'я.

Рівень корупції є одним із визначальних чинників розвитку суспільства та здоров'я зокрема. Варто виокремити два аспекти корупції та її впливу на здоров'я. Перший пов'язаний із загальною корумпованістю в суспільних інститутах, що

знижує ефективність діяльності освітніх, культурних установ, закладів соціальної інфраструктури, екологічних організацій, тобто всіх структур, які пов'язані з формуванням здоров'я населення. Другий аспект стосується корупції саме у сфері охорони здоров'я.

Вона є всесвітнім явищем, що становить значну загрозу і є складним завданням, про що йдеться у Доповіді про корупцію 2006 року, де спеціально фокусується увага на корупції у сфері здоров'я. Зокрема, зазначено, що світ витрачає більше трьох трильйонів доларів на рік на медичні послуги. Такі великі потоки коштів є привабливою мішенню для зловживань. «Ставки високі, і ресурси дорогоцінні: гроші, які втрачені через корупцію, можуть бути використані для придбання ліків, оснащення для лікарень або найму необхідної додаткової чисельності медичного персоналу» [125, С. хvі], йдеться в доповіді.

При цьому різноманітність систем охорони здоров'я в усьому світі, відсутність надійного обліку у багатьох країнах, складність виявлення корупції не дає чітко визначити загальні обсяги корупції.

Головний виконавчий директор «Transparency International», Д. Нуссбаум стверджує: «Корупція може означати різницю між життям і смертю для тих, хто потребує термінової допомоги. Особливо це стосується бідної частини населення суспільства, яке найбільше страждає від корупції, тому що вони часто не може дозволити собі хабаря або приватне лікування» [126].

Боротьба з корупцією в секторі охорони здоров'я – складна проблема. На одному кінці шкали – лікарі та медичні сестри, які, незважаючи на роботу в системах охорони здоров'я, в яких пацієнт не має платити за догляд, неформально забирають з пацієнтів кошти. Особливо гострою ця проблема є в Україні, де медичні працівники отримують мізерну, порівняно з європейськими стандартами, оплату праці. Середньомісячна заробітна плата у галузі охорони здоров'я в Україні у грудні 2017 р. становила 6163 грн., що у 1,42 разу нижче за середньоукраїнський показник (8777 грн.), та практично є однією із найнижчих серед усіх видів економічної діяльності. Такий рівень оплати праці медичних працівників за суттю є «стимулятором» корупції з боку держави.

З іншого боку, і що, є «значно більш згубним» для системи охорони здоров'я – це корумповані постачальники, які пропонують хабарі, а міністри охорони здоров'я та адміністрації лікарень, які їх приймають, витрачають не за призначенням кошти, які слід витратити на будівництво лікарень, придбання ліків чи устаткування, покращення мотивації персоналу.

Загроза пандемій, таких як ВІЛ та грип, викликала глобальні питання, які потребують відповіді від міжнародних організацій, таких як Глобальний фонд боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, щодо широкого кола заходів викорінення корупції [127, с. 331], адже корупція у фармацевтичному ланцюзі може виявитися смертельною.

При цьому слід зазначити, що корупція системи охорони здоров'я, менш імовірна, в суспільствах, де існує широка прихильність верховенству закону, демократії, прозорості та довіри, де державний сектор має жорсткі механізми фінансової звітності, де є незалежні ЗМІ та сильне громадянське суспільство.

У рейтингу, який складається за результатами розрахунку індексу сприйняття корупції в світі, у 2016 р. Україна опинилась на 135 місці (серед 176 країн) [125], що є вкрай незадовільно. Корумпованість в українській системі охорони здоров'я набула загрозливих для здоров'я населення масштабів. Низка корупційних схем, насамперед пов'язаних із державними закупівлями та дозвільною системою Міністерства охорони здоров'я, позбавляють багатьох українців повноцінного лікування та збереження здоров'я. Протягом багатьох років розкрадаються бюджетні кошти, що виділяються на медицину в сфері дитячої та дорослої онкології, розсіяного склерозу, ВІЛ/СНІД, гепатиту, гемофілії та ін. Наприклад, Україна забезпечує ліками лише 43% ВІЛ-інфікованих та 88,3% хворих на туберкульоз. Навіть придбані державою ліки часто невчасно надходять до хворих. Як результат, кожен восьмий ВІЛ-інфікований українець помирає через відсутність ліків, кожен третій ВІЛ-інфікований хворіє на туберкульоз [128, с. 10]. Усе це дає підстави стверджувати про негативний вплив корупції на здоров'я населення.

Ефективність державного управління. Результативність системи охорони здоров'я, поліпшення детермінант здоров'я ґрунтуються на інституціональній

основі, яка полегшує процес прийняття рішень на всіх рівнях державного управління. Для цього необхідна стійка міжвідомча співпраця між урядовими установами на місцевому, регіональному та державному рівнях й ефективніша реалізація політики зі створення або зміцнення законодавчої бази. Наприклад, якщо відділ будівництва і архітектури починає будь-який проект в зоні житлового сектору, зокрема будівництва вежі для передачі сигналу мобільного зв'язку, це обов'язково має погоджуватись із управлінням охорони здоров'я, яке має володіти інформацією про ризики такого будівництва для здоров'я населення.

Хоча характер і масштаби співпраці залежатимуть від рівня управління і конкретного контексту рішення, механізми співпраці найбільш ефективні, коли вони представляють максимально широку групу професійних інтересів, таких як відділів охорони здоров'я, планування, права та економічного розвитку [129].

З іншого боку, система управління саме в системі охорони здоров'я не має бути занадто розгалуженою, коли різні міністерства, відомства, інші інституції відповідають за одну і ту саму проблему чи сферу діяльності.

Структурний рівень. На відміну від детермінант контекстуального рівня, більшість детермінант структурного рівня впливають на здоров'я населення безпосередньо, однак при цьому не визначають його індивідуальних особливостей.

Детермінанти здоров'я населення на структурному рівні можна об'єднати у такі групи: соціальні, економічні, культурні, медичні та екологічні. Цей поділ має певний аспект умовності, адже низку детермінант можна віднести одночасно до кількох груп.

Зокрема, освіта має соціальні, культурні та економічні витоки. Наявність освіти загалом та освіти щодо здоров'я означає, що людина може отримувати, узагальнювати і розуміти основну інформацію, необхідну для прийняття відповідних рішень щодо збереження здоров'я. Така освіта також передбачає здатність розуміти інструкції медичних препаратів, які відпускають за рецептом, листків призначення, медичних освітніх брошур тощо.

Крім цього, усі зазначені групи детермінант взаємодіють між собою і є взаємозалежні. Адже, наприклад, рівень доступності медичних товарів та послуг

залежить не тільки від методів та способів управління системою охорони здоров'я, а й від її фінансового забезпечення, рівня життя населення, санітарної грамотності, тобто від СЕД.

Попри певні суперечності, пов'язані із віднесенням детермінант до певних груп, таке групування є необхідним, тому що дає змогу виявити значимість тої чи іншої сукупності детермінант для здоров'я населення.

Деталізація і конкретизація детермінант здоров'я населення відбуваються на **проксимальному (індивідуальному) рівні**. На цьому рівні детермінанти також варто об'єднати у соціальні, економічні, культурні та екологічні групи. Однак, на відміну від структурного рівня, склад детермінант цих груп та механізм їхньої дії є дещо іншим. Наприклад, вплив одних з найвизначальніших для здоров'я на структурному рівні соціальних детермінант може виявлятися по-різному не тільки в групах населення (територіальних, соціальних тощо), а й щодо окремих людей у межах цих груп. Причому це відбувається попри наявність спільних демографічних, біологічних та інших ознак. Поряд з іншим, існують відмінності у здоров'ї окремих осіб у межах груп населення за умови однакового впливу соціальних детермінант структурного рівня, пов'язані з індивідуальним способом життя (поведінкою) на проксимальному рівні.

Також до соціальних, економічних, культурних та екологічних детермінант, які щодо людини є зовнішніми (екзогенними), на проксимальному рівні додаються детермінанти ендogenousного походження: біологічні та психологічні. Біологічні спричинені генетикою, спадковістю. Психологічні також є певним чином спадковими, хоча й можуть змінюватися з часом.

Серед дослідників здоров'я давно тривають суперечки щодо *ролі різних детермінант (чинників) здоров'я*. ВООЗ розподіляє значення різних чинників для здоров'я в такий спосіб: соціальні – 50%, біологічні – 20%, антропогенні – 20%, медичне обслуговування – 10% [114, с. 7]. Більшість інших досліджень також віддає перевагу соціальним детермінантам здоров'я (табл. 1.3). Винятком є лише

Таблиця 1.3

Підходи до оцінювання впливу детермінант на стан здоров'я населення

Детермінанти (чинники)	Внесок у здоров'я, %
Статус ВООЗ (1996) [114]	
Соціальні	50
Біологічні	20
Антропогенні	20
Медичне обслуговування	10
В. Петленко (1996) [130]	
Соціальні	25
Психологічні	15
Культурні	5
Генетичні	20
Екологічні	25
Медичні	10
Ю. Лісіцин (2002) [65]	
Спосіб життя	50-55
Генетика, біологія людини	15-20
Зовнішнє середовище	20-25
Охорона здоров'я	8-10
Дж.-М. Макгінніс та ін. (2002) [133]	
Поведінкові взірці здоров'я	40
Генетика	30
Соціальні обставини	15
Медичне обслуговування	10
Довкілля	5
Університет Вісконсін, Інститут здоров'я населення (2010) [131]	
Соціально-економічні чинники	40
Поведінка щодо здоров'я	30
Медичне обслуговування	20
Довкілля	10
Канадський інститут перспективних досліджень (2012) [132]	
Соціально-економічні умови	50
Медичне обслуговування	25
Генетика	15
Довкілля	10
Австралійський інститут здоров'я та благополуччя (2014) [134]	
Соціальні детермінанти	31
Поведінкові чинники ризику	11
Взаємодія соціальних детермінант та поведінкових ризиків	15
Зниження здоров'я через інші чинники	43
Департамент охорони здоров'я Мінесоти (2014) [135]	
Соціально-економічні чинники	40
Поведінка щодо здоров'я	30
Медичне обслуговування	10
Фізичне середовище	10
Генетика	10

Джерело: узагальнено автором за [65; 114; 130–135]

В. Петленко [130], який виконував свої дослідження 20 років тому. Дослідження науковців Інституту здоров'я населення Університету Вісконсін розподіляє значення різних груп детермінант здоров'я так: соціально-економічні – 40%, спосіб життя – 30% [131, с. 7], вчені Канадського інституту перспективних досліджень значущість соціально-економічних умов – 50% [132] тощо. Автори інших досліджень також віддають значну перевагу соціальним детермінантам (чинникам), як такі, що визначають здоров'я населення, практично у межах 40–50%.

Таким чином, наукові публікації останніх років висвітлюють чітку тенденцію до збільшення частки СЕД у загальній сукупності детермінант, що доводить їх вагомість у формуванні здоров'я населення та необхідність вивчення їх структурних елементів, механізму дії в конкретних умовах і прогнозуванню на майбутнє.

Інша тенденція, полягає у тому, що за останні десятиріччя соціальні детермінанти (чинники, умови) об'єднують із економічними (Інститут здоров'я населення Університету Вісконсін, Канадський інститут перспективних досліджень та Департамент охорони здоров'я Мінесоти). Якщо врахувати, що поведінкові чинники також суттєво залежать від СЕД, то доречно вести мову про те, що внесок СЕД у здоров'я населення може сягати більше половини від усіх чинників. Це доводить вагомість необхідності вивчення структурних елементів СЕД та механізму їх дії в конкретних умовах та прогнозуванню на майбутнє.

Власне ґрунтуючись на цих викладках можна дійти висновку про доцільність розширення поняття соціальні детермінанти здоров'я населення на СЕД населення здоров'я. Адже дохід, який є однією з ключових детермінант здоров'я та від якого частково залежать інші детермінанти (доступність їжі, житла тощо) має більше економічну, ніж соціальну природу. При цьому дослідники, у тому числі й експерти ВООЗ, використовуючи поняття «соціальні детермінанти» також включають туди дохід. Однак з методологічної точки зору це не зовсім вірно. На думку автора, практично усі детермінанти, крім тих, які мають біологічну природу, мають розглядатись як соціально-економічні, через те, що мають соціально-економічне походження. Тому об'єктом даного дослідження є не соціальні, СЕД здоров'я населення.

Авторське соціологічне опитування (АСО), проведене в Україні у серпні 2015 р.¹ також виявило те, що населення вважає СЕД вагомими для їхнього здоров'я (рис. 1.7). Соціальному статусу та матеріальному добробуту надало перевагу 26% респондентів, 25% вказали на те, що їх здоров'я визначає їхню поведінку спосіб життя, який, у свою чергу, також суттєво залежить від СЕД. Дані щодо ролі тих чи інших детермінант здоров'я населення можуть відрізнятися залежно від соціально-економічного розвитку, демографічних та інших параметрів населення, стану довкілля країни чи певної території та інших ознак. Однак у будь-якому разі СЕД належить провідна роль, а тому їхнього значення не можна недооцінювати.

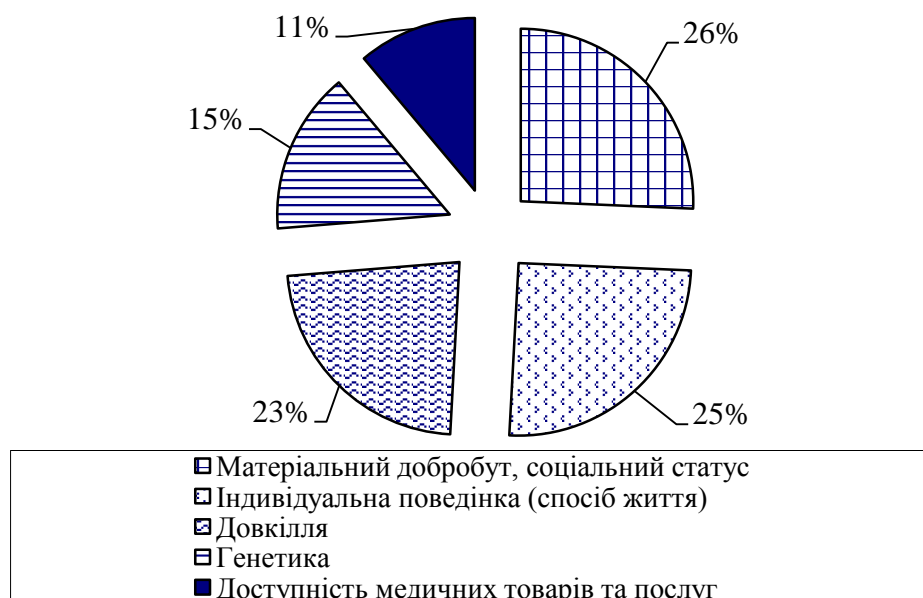


Рис. 1.7. Структура детермінант здоров'я населення (за самооцінкою)

Джерело: авторське соціологічне опитування.

Більш конкретизовані соціальні, економічні, епідеміологічні та інші дослідження останніх десятиріч, які ґрунтуються на встановленні причинно-наслідкових зв'язків між конкретними детермінантами та окремими причинами смертності чи захворюваності, також підтвердили визначальну роль СЕД у формуванні та збереженні здоров'я. Так, Т. Мак-Коун довів, що основною причиною

¹ Опис методології підготовки та проведення обстеження наведено і підрозділі 2.1.

зниження показників смертності та захворюваності на туберкульоз стали насамперед не нові розробки у методах лікування, а зміна продуктів харчування та поліпшення побутових умов [136]. Тому дослідження взаємозв'язку між СЕС людей, умовами їх життя та наслідками для здоров'я мають пріоритетне значення в сучасних суспільствах.

До того ж зміни соціально-економічного середовища є динамічними, а відтак реакція на них має бути адекватною. Всі елементи соціального середовища є визначальними для здоров'я населення певної території у певний період часу. Точніше, одні є такими, що суттєво позначаються на здоров'ї населення на даний період часу, а інші – несуттєво. У даному випадку мова йде про детермінованість здоров'я населення, коли із широкого спектру соціально-економічних чинників, які можуть впливати на здоров'я виокремлюють ті, які мають вплив у конкретний період часу на здоров'я конкретного населення певного регіону. Такі чинники власне і є СЕД здоров'я.

Деякі науковці пов'язують СЕД з нерівними можливостями населення щодо збереження свого здоров'я [38; 114; 137–138]. Значна кількість людей має проблеми в доступі до ресурсів, які можуть допомогти вести здоровий і повноцінний спосіб життя. Ці проблеми можуть мати специфічний або структурний характер. З одного боку, люди можуть бути позбавлені доступу або мати обмежений доступ до цих ресурсів через бідність, бездомність, далеку відстань до пунктів медичної допомоги або пов'язані з цими явищами причини. З іншого боку, вони можуть бути позбавлені такого доступу через дискримінацію. Відповідно це спричиняє системну нерівність у стані здоров'я між різними групами населення (соціальними, демографічними, етнічними тощо).

Грунтовним дослідженням з цього приводу є праці Е. Лібанової [137; 138], яка зазначає, що попри те, що окремі групи населення, внаслідок обмеження своїх прав, можуть потерпати від конкретного виду нерівності, найбільш гострі прояви має їх комбінація. Дійсно, нерівність у доходах, освіті, умовах праці та життя, розвитку соціального капіталу взаємопов'язані. Кожна із цих видів нерівності є проявом одна одної. Безперечно ці нерівності визначають поведінку населення, у

тому числі пов'язану із здоров'ям: вибір раціону харчування, наявність шкідливих звичок тощо. На думку Е. Лібанової повною мірою це стосується і нерівності за тривалістю життя – діти з бідних родин стикаються з вищим ризиком передчасної смерті або захворювання і мають менше шансів реалізувати свій потенціал, а люди з високими доходами, зазвичай живуть довше за бідних [137, с. 5].

М. Уайтхед та Г. Дальгрен виокремлюють кілька особливостей, пов'язаних із СЕД, соціальною нерівністю (у т. ч. щодо збереження здоров'я) та відмінностями у стані здоров'я населення [114]. Перша особливість пов'язана з відмінностями в стані здоров'я між представниками різних соціально-економічних груп. Соціальна структура захворюваності є універсальною, хоча відрізняються між різними країнами та регіонами. Для характеристики особливостей здоров'я різних груп населення, які диференціюються за соціально-економічним становищем використовують поняття «соціальний градієнт», що дає змогу визначити тренди відхилень у стані здоров'я із зміною СЕС.

Зауважимо, що зв'язки не тільки між здоров'ям населення та СЕС, а й усіма СЕД, які його визначають мають двобічний характер. Не тільки погіршення соціально-економічних умов і відповідно СЕД здоров'я негативно впливають на якість життя і розвиток населення. Вони можуть призвести до серйозних стресів і сприяти поведінці, яка загрожуватиме життю та здоров'ю людини. Тобто здоров'я є продуктом доходів, зайнятості, житла, освіти та інших детермінант. У той же час, здоров'я саме по собі є ресурсом для пошуку та забезпечення належного доходу, зайнятості, житла, освіти тощо. Це ресурс для життя, який може визначати СЕС людини.

Інший важливий аспект полягає тому, що взаємозв'язок між СЕС і здоров'ям розпочинається ще до народження людини і триває протягом її життя. При цьому їх сила та характер можуть варіюватися на різних його етапах. Нерівність між сім'ями у яких народжуються діти часто накладає свій відбиток на все їхнє життя. Так, діти, народжені в малозабезпечених сім'ях піддаються більш високому ризику мати низьку вагу при народженні та затримку в рості. Крім того, діти з таких сімей, більш схильні до розвитку неінфекційних (наприклад астми) та особливо інфекційних

хвороб протягом перших кількох років життя. Ці умови, в свою чергу, збільшують ризик виникнення труднощів у навчанні в молодшому шкільному віці, що саме по собі є чинником ризику не завершення стандартних освітніх програм, і так далі.

Існують й інші шляхи, через які СЕС може вплинути на стан здоров'я, в т. ч.: доступність та якість надання медичної допомоги, способи поведінки, пов'язаної зі збереженням здоров'я, індивідуальний психологічний стан особи, фізичне і соціальне середовище. Расові (етнічні) нерівності у СЕС певним чином також позначаються на стані здоров'я населення.

Актуальними ці проблеми можуть бути і в Україні. Однак, гіпотетично, за результатами загального оцінювання стану здоров'я населення, найменш актуальним питанням у цьому разі є оцінка расових (етнічних) відмінностей у СЕС і стані здоров'я населення, оскільки етнічна структура населення України, порівняно з багатьма іншими країнами є достатньо однорідною. Незначним винятком може бути частина населення Карпатського регіону, де проживають угорці, румуни та молдавани, ментальність, культура та поведінка

Ці висновки дають змогу формувати напрями дослідження взаємозв'язків між нерівністю у СЕС та здоров'ям населення. Доповненням до них має бути територіальний аспект, пов'язаний із регіональними відмінностями у СЕС населення, у тому числі із нерівним СЕС між населенням міських поселень та сільської місцевості.

Друга особливість, пов'язана з СЕД, нерівністю та станом здоров'я передбачає наявність базових атрибутів збереженням здоров'я, які мають бути дотримані, незважаючи на соціальний статус особи. Зокрема, це стосується смертності та захворюваності дітей. Наприклад, жодним законом природи не встановлено, що смертність дітей з бідних сімей має бути вищою за смертність дітей, народжених в багатих сім'ях [140]. Такий вплив нерівності щодо здоров'я дітей не є фіксованим чи неминучим та має бути подоланий насамперед шляхом виваженої державної соціальної політики країни.

Третя особливість полягає в тому, що соціальна нерівність певним чином генеруються і підтримується. Цей процес Т.Еванс і Ф.Петерс назвали

несправедливі соціальні механізми, які нівелюють загальні поняття справедливості [141, с. 28]. Проблема полягає в тому, що рішення у сфері соціально-економічної політики здебільшого ухвалюють ті, хто перебуває на верхніх шаблях соціальної драбини, з урахуванням переважно власних інтересів. У такий спосіб соціальна несправедливість тільки поглиблюється. Насамперед описана ситуація характерна для країн з низьким розвитком демократичних інститутів та високим рівнем корупції.

Нерівністю щодо здоров'я називають також диспропорції в галузі охорони здоров'я, якщо вони є результатом систематичного та несправедливого розподілу ресурсів. Справедливість щодо здоров'я означає те, що кожна людина має можливість “досягти свого повного потенціалу здоров'я”, і ніхто “не може бути позбавлений можливості досягти цього потенціалу через свою соціальну позицію чи іншу соціально визначену обставину” [114]. Однак це вузький погляд на проблему. Адже як вже було з'ясовано, нерівність у здоров'ї генерується комбінацією нерівностей, а доступність та якість медичної допомоги, ресурсів охорони здоров'я є лише частиною такої комбінації, хоч і важливою. Власне покращення усіх СЕД здоров'я населення, скорочення нерівності у всіх сферах життєдіяльності суспільства є одним із основних засобів досягнення більшої справедливості щодо здоров'я.

Соціальна нерівність впливає на спосіб життя людей, імовірність появи у них хвороби і ризик передчасної смерті. У сучасному світі відбувається суттєве зростання середньої очікуваної тривалості життя і зміцнення здоров'я в одних країнах та практичну відсутність їхнього поліпшення в інших. Наприклад, дівчинка, яка нині народилась у Японії, може розраховувати, що проживе понад 80 років, а у Сьєра-Леоне – менше 45 років. Існує, хоч і не така значна, диференціація й всередині країн. Зокрема в Україні середня очікувана тривалість життя (СОТЖ) при народженні жінок у Львівській області є вищою за жінок у Закарпатській області майже на 4 роки (78, 1 та 74,5 роки відповідно).

Незважаючи на значне підвищення показників здоров'я загалом, значна відмінність у стані здоров'я населення зберігається також у розвинених країнах. Їх

можна пояснити насамперед різним середовищем проживання людей, що пов'язано із СЕД здоров'я. Прикладом може бути соціально-економічна ситуація, яка зумовлює дію багатьох СЕД здоров'я, зокрема визначає рівень доходу, якість РПЖ, освіти, зайнятість та умови праці, продовольчу безпеку. Соціально-економічна ситуація є також чинником, що впливає на якість житла, можливості та рівень соціального захисту, безпеки протягом усього періоду життя. Вищеназвані відмінності виявляються й у середині будь-якої країни, між її регіонами. Вони пов'язані зі ступенем соціального неблагополуччя та по-різному впливають на стан здоров'я населення. Відповідно одним з основних завдань державної політики є нівелювання відмінностей соціально-економічного розвитку регіонів. Одним з основних засобів досягнення справедливості щодо здоров'я населення є покращення СЕД, які його визначають, що може означати відсутність системних відмінностей у стані здоров'я між окремими регіонами і всередині соціальних груп.

На жаль останні десятиріччя в Україні спостерігається поглиблення соціальної несправедливості. Вона проявляється практично всіх сферах життєдіяльності суспільства: від макро- до мікрорівня. Підтвердженням цього є реформування відносин власності через механізми несправедливої приватизації державної власності, яка заклала основу для подальшого відтворення різноманітних форм соціальної несправедливості в ринковій економіці. Загалом це впливає на доступність товарів і послуг, пов'язаних із здоров'ям: деяких продуктів харчування, ліків та медичного обладнання, закладів, де здійснюється оздоровлення людей тощо.

Першопричиною соціальної нерівності була і залишається економічна, яка проявляється насамперед через нерівність за доходами. Остання обумовлює нерівність у доступі до основних матеріальних благ відповідної якості: освіти, інформації, медичного обслуговування, умов проживання та праці. Нерівність за доходами проявляється у нерівному доступі до ресурсів та нерівній реалізації прав та свобод. При цьому нерівність за доходами одночасно є наслідком інших видів проявів нерівності [137].

Необхідність сприяння розширенню прав та можливостей, рівності можливостей та усталеності з тим, щоб вони взаємно посилювали одна одну наголошується у Доповіді про людський розвиток [106]. У доповіді підкреслюється, що, з одного боку, спостерігається все більше згубних проявів впливу на оточуюче середовище, які вже мають та можуть мати в майбутньому серйозні наслідки, а з другого – зростання нерівності за доходами й збереження диспаритетів у сфері охорони здоров'я та освіти. Досягнення Цілей сталого розвитку [112] також можлива за умови, коли зусилля будуть спрямовані на кожну з цих цілей.

Таким чином дохід впливає й на здоров'я населення: на пряму та опосередковано через такі детермінанти, як: освіту, доступність медичної допомоги (залежить також від політики держави у сфері збереження здоров'я), умови РПЖ, умови довкілля, харчування, соціальний капітал тощо. Усі вони (крім доступності медичної допомоги) обумовлюють індивідуальну поведінку стосовно здоров'я.

Також проблема надмірної нерівності пов'язана з такими явищами, як соціальне виключення, зниження довіри до держави та неповноцінне функціонування механізму демократії. Отже, необхідно визначати поріг, за яким економічна нерівність перестає бути позитивним чинником соціально-економічного розвитку країни [138].

Варто також зазначити, що зв'язок між доходами і здоров'ям має двобічний характер: наявність доброго здоров'я надає більш високі можливості для отримання певного рівня доходу. Зокрема, здорові люди мають більше можливостей для більш оплачуваної роботи. Стан здоров'я впливає на рішення щодо зайнятості, особливо у літньому віці, коли може з'явитись необхідність дострокового виходу на пенсію чи, навпаки, можливість працювати перебуваючи на пенсії. Загалом економічна ситуація та соціальне становище серед літніх людей значною мірою визначаються колишнім доходом і зайнятістю. Диференціація у доходах населення наростає протягом життя і стає більш очевидною в літньому віці. Разом з цим вважаємо, що економічні умови розвитку населення у ранньому

та зрілому віці не стільки впливають на диференціацію здоров'я у літньому віці, скільки на саму можливість дожити до цього віку.

Особливо гостро проблема взаємозв'язку «дохід-здоров'я» населення постає в умовах політичних, фінансових, соціальних та інших криз. Військовий конфлікт, який має місце в Україні, призвів до національної кризи, яка суттєво позначається на здоров'ї населення, насамперед східних областей. Висока інфляція призводить до зuboжіння значної частини населення і ще більше посилює проблеми соціальної нерівності і як наслідок погіршення здоров'я більшої частини населення.

Окрім нерівності за доходами значний вплив на нерівність у здоров'ї має нерівність у доступі до медичних товарів та послуг. Особливо актуальним ця проблема є в Україні, де спостерігається дуже високий відсоток оплати пацієнтом вартості медпрепаратів. Однак якщо щодо багатьох товарів широкого вжитку рівень споживання – це показник добробуту споживача, то у випадку з ліками ситуація абсолютно протилежна. Людина споживає більше ліків лише тоді, коли погіршується стан її здоров'я. Отже, це момент соціальної несправедливості, оскільки ПДВ і ціну на ліки пацієнт оплачує зі своїх коштів. Зараз українці оплачують до 90% вартості всіх препаратів на ринку, адже вітчизняна система охорони здоров'я неспроможна повністю задовольняти потреби населення у високоякісній медичній та фармацевтичній допомозі, оскільки, на жаль, не відпрацьовані ефективні механізми забезпечення її цінової доступності. Це обумовлено також дефіцитом бюджетних коштів та їх нераціональним розподілом, значною залежністю вітчизняного фармацевтичного ринку від імпорту, непрозорими процедурами державних закупівель тощо [142]. При цьому в Європі від 40% до 80% сплачують держава, страхові фонди, тобто існує так звана система реімбурсації [143].

Крім зазначених прикладів генерування соціальної несправедливості є несправедливість в системі гендерних, вікових, трудових, регіональних відносин тощо. З огляду на сформовані історичні, владно-політичні, правові, духовно-ідеологічні та інші умови і чинники об'єктом соціальної несправедливості в

сучасному українському суспільстві є жінка, а це відповідно відображається на стані її репродуктивного здоров'я.

Однією із найгостріших проблем сьогодення також є несправедливість щодо людей старшого покоління. У свідомості сучасної молоді формуються критичні установки, що бізнес обтяжений «неефективними витратами» на підтримку осіб старшого віку. З іншого боку, багато представників старшого покоління вважають соціально несправедливими ті параметри пенсійного, медичного та іншого забезпечення, які запроваджені нині. І вони мають рацію, адже задекларована державною і закріплена Конституцією України система державного медичного забезпечення не діє, а рівень пенсії, який постійно понижується високою інфляцією, знижує доступність медичних товарів та послуг, попит на які в літньому віці зростає в рази.

Посилює нерівність також зростаюча диференціація у соціально-економічному розвитку окремих регіонів. Збільшуються істотні територіальні відмінності в рівні середньодушових грошових доходів населення, бідності та багатства. Наприклад, між м. Києвом та іншими адміністративно-територіальними одиницями України. Також триває практика нерівномірного фінансування з державного бюджету обласних програм у сфері медичного обслуговування. У підсумку це загострює проблеми соціальної нерівності щодо збереження здоров'я населення.

Покращення СЕД здоров'я населення є одним із основних засобів досягнення більшої рівності щодо здоров'я. Вона означає те, що кожна людина має можливість досягти повного потенціалу свого здоров'я не обмежуючи при цьому можливості реалізації потенціалу здоров'я іншими людьми або відсутність системних відмінностей в стані здоров'я між країнами і всередині соціальних груп, що мають різні рівні позиції у соціальній ієрархії» [54]. Вважаємо, що такі системні відмінності мають бути максимально нівельовані і всередині окремої країни: між регіонами, міськими поселеннями та сільською місцевістю, окремими демографічними, соціальними групами.

Отже, соціально-економічні детермінанти здоров'я населення – це соціально-економічні чинники, що визначають стан здоров'я окремих осіб, груп населення чи населення країни загалом у певний період. При цьому ці детермінанти є основною причиною нерівності щодо здоров'я.

Дослідження впливу СЕД на стан здоров'я населення доцільно будувати на таких принципах: предметному, територіальному, демографічному, соціальному, часовому та пізнання [144].

1. *Предметний* полягає у тому, що стан здоров'я визначає система детермінант, часто взаємопов'язаних між собою. Перелік цих детермінант доволі широкий: соціальний капітал, житлові умови, освіта, продовольча безпека тощо. Необхідно враховувати увесь спектр детермінант.

2. Територіальний пов'язаний із ступенем впливу тих чи інших СЕД на стан здоров'я населення залежно від соціально-економічного розвитку регіону та місця проживання особи (міські поселення або сільська місцевість, криміналізований чи некриміналізований район тощо).

3. Демографічний виходить з того, що демографічні структури (статева, вікова, шлюбна) є одними із найважливіших складових суспільства, адже вони достатньо стійко визначають становище людей у системі нерівності, їхні взаємостосунки, моделі поведінки, соціальні стратегії тощо. Демографічні структури є підґрунтям для вивчення соціально-демографічної обумовленості здоров'я на рівні окремих груп населення.

4. *Соціальний* принцип пов'язаний насамперед із вивченням соціальної нерівності та її наслідками для здоров'я.

5. *Часовий*. Механізм дії детермінант змінюється у часі. СЕД, які були визначальними для здоров'я населення в минулому, можуть незначно впливати на нього сьогодні чи у майбутньому. Наприклад, низькі доходи чи недостатнє харчування є базовими СЕД здоров'я населення. При покращенні ситуації, тобто зростанні доходів та поліпшенні харчування, їхня роль для здоров'я зменшується, а підвищується значення інших детермінант, наприклад соціального капіталу. Особливо варто наголосити на ролі багатьох СЕД в умовах конфлікту (соціального,

політичного чи військового), коли вони посилюють нерівність і вразливість тих, хто перебуває у несприятливих умовах через бідність, маргіналізацію та дискримінацію. При цьому зростає чисельність бідних та збільшується навантаження на систему соціального захисту населення.

6. *Принцип пізнання* дає змогу установити фактичні механізми, за допомогою яких окремі особи і групи населення взаємодіють з СЕД на різних рівнях, наприклад, з'ясування впливу цільового маркетингу шкідливої для здоров'я продукції, такої як сигарети чи алкоголь або наслідків відсутності доступу до медичної допомоги.

Які детермінанти можна зарахувати до соціально-економічних? У цьому питанні існують певні розбіжності, пов'язані з різними поглядами на соціально-економічну сутність сучасних суспільств. Наприклад, з одного боку, забруднення повітря, яке негативно впливає на здоров'я населення, спричинено сучасними процесами індустріалізації та урбанізації, тобто соціально-економічними процесами. Відповідно деякі дослідники [53; 145; 146] вважають детермінанти, пов'язані з екологією, соціально-економічними. З іншого боку, у процесі забруднення повітря, по-перше, є певне реагування природи на дії людини. По-друге, інституційні та інші механізми регулювання можуть нівелювати негативний вплив індустріалізації та урбанізації на забруднення. По-третє, процеси у фізичному середовищі можуть впливати на здоров'я населення незалежно від діяльності людини: вологий чи сухий клімат, зміни клімату, природні стихійні лиха. Враховуючи наявні обставини, чинники (детермінанти) фізичного середовища або екологічні чинники варто взяти до уваги як такі, що з одного боку, можуть впливати на СЕД, а з іншого залежать від соціальних та економічних процесів.

Існують також інші детермінанти, які можна зарахувати до соціально-економічних, або ні. Наприклад, згідно Міжнародного стандартного класифікатора освіти (МСКО) ЮНЕСКО освіту трактують як цілеспрямовані та систематичні дії, призначені для задоволення освітніх потреб [147]. В іншому випадку, освіту визначають як процес виховання і навчання в інтересах особистості, суспільства, держави, орієнтований на збереження, вдосконалення та передачу знань,

трансляцію культури новим поколінням з метою забезпечення сталого соціально-економічного і духовного розвитку країни, постійного вдосконалення морального, інтелектуального, естетичного і фізичного стану суспільства [148]. Чітко в цьому разі простежується взаємозв'язок освіти і культури, адже освіта є невід'ємним елементом культури. Водночас освіта є частиною процесу соціалізації особистості, що здійснює передачу накопиченого досвіду, знань та навичок прийдешнім поколінням. Крім цього, науково-технічний прогрес висуває нові вимоги перед сучасною освітою, яка дедалі більше залежить від фінансових ресурсів. Незважаючи на такі розбіжності, розглядатимемо освіту як СЕД здоров'я населення, адже її зв'язок із рівнем доходів населення, зайнятістю, СЕС, соціальним капіталом, більш значний порівняно із детермінантами культури (мистецтво, релігія тощо).

Саме розбіжності в трактуваннях окрім детермінант здоров'я, їхній динамічний характер і регіональні особливості, зумовлюють дещо відмінний склад СЕД за визначеннями різних авторів (табл. 1.4).

Таблиця 1.4

Підходи до класифікації соціально-економічних детермінант здоров'я населення

№ з/п	Автори	Перелік СЕД
1	2	3
1	ВООЗ [109]	1. Соціальний градієнт. 2. РПЖ. 3. Стрес, психосоціальні ризики. 4. Соціальна ізоляція. 5. Умови праці. 6. Безробіття. 7. Соціальна підтримка. 8. Залежність від алкоголю, незаконного споживання наркотиків і тютюнопаління. 9. Здорове харчування. 10. Транспорт.
2	Департамент охорони громадського здоров'я Лос-Анджелесу (США) [149]	1. Освіта. 2. Зайнятість. 3. Дохід. 4. Сім'я та соціальна підтримка. 5. Громадська безпека.
3	Національний консультативний комітет з питань охорони здоров'я та інвалідності Нової Зеландії [150]	1. Дохід. 2. Зайнятість. 3. Освіта. 4. Житло. 5. Соціальна інфраструктура. 6. Культура та етнічна приналежність. 7. Соціальна згуртованість і соціальні зв'язки.

закінчення табл. 1.4

1	2	3
4	Ю. Мікконен, Д. Рафаель [54]	1. Стрес. 2. Доходи і розподіл доходів. 3. Освіта. 4. Безробіття. 5. Зайнятість та умови праці. 6. Розвиток в РПЖ. 7. Продовольча безпека. 8. Житло. 9. Соціальна ізоляція. 10. Соціальний захист. 11. Медичні послуги. 12. Гендер.
5	М. Мармот, Р. Уілкінсон [53]	1. Стрес. 2. РПЖ. 3. Соціальний градієнт. 4. Зайнятість та безробіття. 5. Психосоціальне середовище на роботі. 6. Транспорт. 7. Харчування. 8. Соціальна підтримка й соціальна згуртованість. 9. Бідність, соціальна ізоляція, і меншина. 10. Соціальні взірці індивідуальної поведінки щодо здоров'я. 11. Соціальна детермінація етнічної/расової нерівності. 12. Житлові умови.
5	М. А. Лайзінгер [151]	1. Дохід. 2. Освіта. 3. Зайнятість. 4. Неповні сім'ї. 5. Гендер.

Джерело: узагальнено автором за [53; 54; 109; 149–151]

Автори перелічених вище підходів одноголосні у висновках, що до СЕД здоров'я населення необхідно зарахувати дохід, освіту та зайнятість. Остання експертами ВООЗ та Йоркського університету, дослідниками Ю. Мікконеном і Д. Рафаелем кореспондується з умовами праці та безробіттям. Наступними по частоті включення до групи СЕД здоров'я населення йдуть житло та соціальний захист (підтримка), а також харчування (продовольча безпека) та гендер. Важливим з точки зору експертів ВООЗ та Йоркського університету, Ю. Мікконена, Д. Рафаеля, М. Мармота і Р. Уілкінсона є також розвиток у ранньому дитинстві та соціальна ізоляція.

Враховуючи позиції вищеназваних дослідників, та авторські пропозиції наведені вище (див. рис. 1.7) запропоновано схему взаємозв'язків між СЕД та нерівністю у здоров'ї населення (рис. 1.8). Основними визначено такі структурні СЕД: гендер, умови РПЖ, освіта, зайнятість та умови праці, дохід і його розподіл, житлові умови, доступність продуктів харчування, доступність медичних товарів та послуг, СЕС, соціальний капітал та місце проживання.

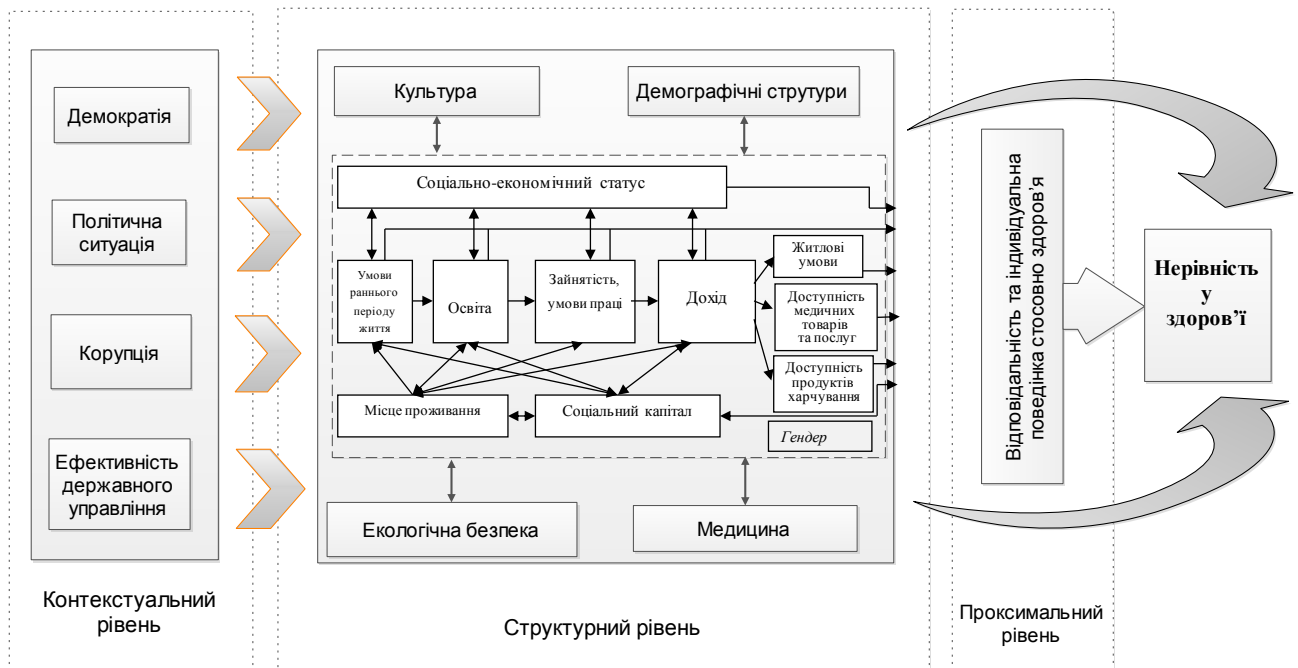


Рис. 1.8. Взаємозв'язки між соціально-економічними детермінантами та нерівністю у здоров'ї населення

Джерело: власна розробка автора

Зазначені детермінанти перебувають у взаємозв'язку із культурними та екологічними детермінантами, розвитком медицини та статево-віковою структурою населення. Водночас на СЕД структурного рівня суттєво впливають детермінанти контекстуального рівня – демократія, політична ситуація, корупція та ефективність державного управління.

Загалом ця система формує індивідуальну поведінку населення щодо збереження здоров'я та в підсумку визначає нерівність у здоров'ї населення.

При цьому основну роль у наведеному механізмі відіграють детермінанти структурного рівня:

– дохід, який, враховуючи вже наведені раніше наукові дослідження, є найважливішою змінною СЕД здоров'я населення, що визначає загальний добробут, у тому числі інші детермінанти. Зв'язок між бідністю та поганим станом здоров'ям, крім деяких винятків є сильним. Насамперед збільшення смертності може бути пов'язана із значною нерівністю за доходами у суспільстві. В Україні протягом останніх десятиріч і за кілька останніх років зокрема як бідність, так і нерівність за доходами зросла.

– зайнятість, яка є головним чинником, що визначає адекватний дохід, покращує соціальний статус і самооцінку, забезпечує соціальний контакт і участь в житті громад. Зайнятість збільшує можливості для регулярної діяльності, що у свою чергу допомагає поліпшити індивідуальне здоров'я та добробут. Натомість безробіття шкодить як фізичному, так і психічному здоров'ю людини. При цьому рівень безробіття в Україні залишається доволі високим та чітко не визначеним через недосконалість обліку безробітних.

– освіта, яка має вирішальне значення для визначення соціальної та економічної позиції населення і, таким чином, є однією із ключових детермінант їхнього здоров'я. Зворотній зв'язок між освітою та здоров'ям дуже відчутний. Низький рівень освіти подекуди пов'язаний з поганим станом здоров'я. Рівень освіти в Україні високий, як по світовим, так й по європейським масштабам. Однак рівень санітарної грамотності, яка надає знання та навички, необхідні для збереження та зміцнення свого здоров'я, посилення відповідальності за нього, залишається низьким;

– житлові умови. Переповненість житлових приміщень, висока вологість та холод, використання твердих видів палива, забезпеченість водопроводом та каналізацією мають прямий шкідливий вплив на фізичне та психічне здоров'я. В Україні існує значна нерівність у доступі до житла. Значна частина населення проживає у незадовільних житлових умовах, наражаючи на небезпеку своє здоров'я. Для багатьох українців комфортне житло не доступне, адже співвідношення заробітної плати та цін на нерухомість вражає. Крім цього високі витрати на житло залишають менше грошей на інші статті бюджету, необхідні для доброго здоров'я, включаючи поживну їжу, освіту та доступ до медичних послуг. Витрати на оренду житла також в Україні значно зросли за останнє десятиріччя. Багато сімей, особливо малозабезпечених, зараз витрачають значно більшу частку від доходів домогосподарств на оплату житлово-комунальних послуг, ніж десять років тому. Висока вартість житла та оренди поглибили проблему спільного використання житла та його переповнення.

– соціальний капітал. Люди з сильними сімейними, культурними та громадськими зв'язками мають краще здоров'я, ніж люди які соціально ізольовані. Соціальна згуртованість пов'язана зі здоров'ям людей та громади. Особливо вразливі до соціальної ізоляції люди з психічними захворюваннями, інвалідністю, особи літнього віку. Важливим є також доступ до каналів зв'язку, зокрема Інтернету, який в Україні залишається недостатнім.

Вплив цих та інших СЕД на здоров'я населення та нерівність у здоров'ї населення більш детально буде розглянуто в наступних розділах, на прикладі України. Головне завдання при цьому полягає у визначенні ступеня цього впливу на даний період часу для різних груп населення (демографічних, соціально-економічних, етнічних тощо) та різних місцем проживання. Це дозволить поліпшити політику зміцнення та збереження здоров'я, посиливши її адресність щодо конкретної групи населення.

Висновки до першого розділу

Встановлено, що еволюція наукових поглядів на здоров'я відбувалась протягом багатьох століть: від дослідження стану здоров'я на індивідуальному до суспільного (макро-) рівня. Виокремлені три історичні періоди дослідження здоров'я: перший, пов'язаний із вивченням тільки індивідуального здоров'я, – до середини XVIII ст.; другий, де акцентується увага на особливостях громадського здоров'я, – з середини XVIII ст. до середини XX ст.; третій пов'язаний із розвитком концепції здоров'я населення, – з середини XX ст. Наголошено, що елементом, який поєднує всі напрями дослідження здоров'я, є те, що вони здійснювались з метою збереження та зміцнення здоров'я населення.

Відповідно процес формування концепції здоров'я населення розділено на три етапи. Перший етап – до 1970-х рр. Визначено, що у цей період здебільшого досліджувались умови, за яких підтримується високий рівень здоров'я. Другий етап – 1970–1980-ті рр. З'ясовано, що у цей період зростає усвідомлення того, що від способу життя людей, зокрема харчування, шкідливих звичок, значною мірою залежить стан їхнього здоров'я. Посилення наукового інтересу до проблематики

здоров'я населення відбулось у 1990-ті рр., що означено як третій етап розвитку концепції здоров'я населення. З одного боку, здоров'я населення дедалі менше пов'язують із медициною, а з іншого – розширено соціально-економічний аспект предмета його дослідження.

Важливим висновком проведеного аналізу еволюції дослідження СЕД здоров'я населення є те, що вони змінювались не тільки якісно, а й кількісно. Відповідно ускладнювались не тільки методи та прийоми дослідження, а й розширювалось коло чинників (детермінант), які при цьому враховувались.

Узагальнено підходи дослідників до трактування поняття «здоров'я» і виокремлено шість основних: здоров'я як стан, здоров'я як процес, здоров'я як динамічна рівновага, здоров'я як ресурс, здоров'я як здатність та здоров'я як цінність. Наголошено на провідній ролі соціально-економічних аспектів у розвитку не тільки підходів до визначення здоров'я, а й щодо його рівня серед населення в історичному вимірі. Зміна соціально-економічних умов впливала на погляди щодо необхідності поліпшення здоров'я, на з'ясування його суті. Враховуючи соціально-економічний контекст дослідження здоров'я запропоновано його авторське визначення, яке трактується як життєздатність організму, можливість зберігати фізіологічну і психологічну рівновагу, реалізовувати свій потенціал у просторі та часі.

Обґрунтовано, що категорії «здоров'я населення» і «громадське здоров'я» спрямовують фокус дослідження з індивідуального на суспільний рівень. Вивчення здоров'я населення доповнює класичні підходи до громадського здоров'я, базуючись на широкому колі СЕД, які визначають здоров'я різних груп населення та нерівність у здоров'ї. У зв'язку з цим розмежовано поняття «здоров'я населення» та «громадське здоров'я». Здоров'я населення розглядається як більш широкий підхід, який пропонує уніфіковану парадигму, яка охоплює біологічні та соціологічні аспекти. Він забезпечує раціональну основу для розподілу ресурсів охорони здоров'я. Це відповідно забезпечує збалансованість охорони здоров'я і сприяє профілактиці та лікуванню захворювань. При цьому громадське здоров'я

дає змогу вирішити питання охорони здоров'я, що спрямовано на підтримку здоров'я або профілактику захворювань.

Виокремлено особливості дослідження здоров'я населення, які пов'язані: з відмінності у стані здоров'я у окремих демографічних, соціальних, територіальних та інших груп населення; детермінованістю здоров'я населення, оскільки стан і динаміка здоров'я, особливо на макрорівні, зумовлені безпосереднім або опосередкованим впливом детермінант на стан здоров'я; нерівністю у здоров'ї населення, що пов'язано з нерівним доступом до матеріальних та духовних благ у суспільстві; залежністю здоров'я населення від ефективності політики у сфері охорони здоров'я.

Враховуючи вищезначене, здоров'я населення трактується насамперед як здоров'я соціально-демографічних і територіальних груп населення, яке визначається певними детермінантами, що змінюються у часі.

Наголошено, що підґрунтям для концептуальної основи дослідження СЕД здоров'я населення є міжнародні та вітчизняні програми і розробки у цій сфері. Серед основних визначено щорічні доповіді ПРООН «Про стан людського розвитку», що ґрунтуються на Концепції людського розвитку та «Цілі сталого розвитку». Зокрема, зазначено, що комплексний підхід, запропонований у Цілях сталого розвитку, є важливим із позиції збереження та зміцнення здоров'я, оскільки більшість цілей спрямована на поліпшення СЕД, які визначають здоров'я: подолання бідності, розвиток якісної освіти, скорочення гендерної та інших форм нерівності, покращення умов довкілля.

Запропоновано підхід до систематизації та структуризації детермінант здоров'я, за яким усі детермінанти мають ієрархічну структуру і поділені на три рівні: контекстуальний (глобальні та суспільно-політичні детермінанти), структурний (пов'язаний із нерівністю серед різних груп населення), проксимальний (індивідуальні особливості кожної людини). Обґрунтовано, що такий підхід дає змогу комплексно дослідити детермінанти здоров'я на всіх рівнях їхнього формування, а в умовах рамкових досліджень – сконцентрувати увагу на

детальнішому вивченні механізму, за яким детермінанти того чи іншого рівня визначають здоров'я.

Поділ детермінант здоров'я на три рівні є базою розробленого автором моделі впливу СЕД на нерівність у здоров'ї населення, де детермінанти контекстуального рівня – це засади формування інших детермінант. Основа цієї моделі – детермінанти структурного рівня, які формують індивідуальну поведінку населення (проксимальний рівень) щодо збереження та зміцнення свого здоров'я та в підсумку визначає нерівність у здоров'ї населення.

Таким чином, встановлено, що вирішальна роль у формуванні та збереженні здоров'я населення у сучасному постіндустріальному суспільстві належить СЕД. За суттю вони визначають нерівність у здоров'ї населення через можливості доступу до освіти, зайнятості, придбання комфортного жила, медичних товарів і послуг тощо. Існують певні особливості, пов'язані із СЕД, соціальною нерівністю і станом здоров'я.

На основі узагальнення існуючих теоретичних підходів дослідження СЕД здоров'я населення запропоновано авторське трактування цієї категорії як соціально-економічних чинників, які визначають стан здоров'я окремих осіб, груп населення чи населення країни загалом у певний період. При цьому ці детермінанти є основною причиною нерівності щодо здоров'я.

РОЗДІЛ II

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ТА МЕТОДИЧНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ ОЦІНЮВАННЯ ВПЛИВУ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТ НА НЕРІВНІСТЬ У ЗДОРОВ'І НАСЕЛЕННЯ

2.1. Інформаційне забезпечення вивчення соціально-економічних детермінант здоров'я населення

Важливим етапом дослідження відповідно до його мети, завдань і логіки (рис. 2.1) є розробка інформаційного та методичного інструментарію, який дасть змогу в майбутньому надійно визначити СЕД, що обумовлюють нерівність у стані здоров'я населення України.

Насамперед варто зазначити, що сучасна статистика здоров'я населення в Україні недостатньо комплексна, адже індикатори медичної, демографічної, соціальної, економічної, екологічної та інших напрямів статистики недостатньо пов'язані між собою і здебільшого мають відокремлений характер. За останні десятиріччя Україна поступово адаптує власну систему статистичного обліку до міжнародних та європейських стандартів і має у цьому напрямку певні успіхи. Про це свідчить, зокрема, оцінка національної статистичної системи України представниками Європейської комісії, Європейської асоціації вільної торгівлі та Економічної комісії ООН для Європи, проведеної наприкінці 2011 р., за якою статистика України визнана такою, що значною мірою відповідає європейським вимогам, а інформація, що виробляється органами державної статистики, є продуктом високої якості у більшості галузей статистичного виробництва [148]. Однак, незважаючи на певні успіхи, процес адаптації триває. Наприклад, в Україні відсутня статистика захворюваності за однорічними віковими інтервалами за рівнем освіти хворих, їхнім шлюбним станом, зайнятістю тощо. Запровадження такої статистики, хоч і не дасть змогу повністю розв'язати проблему обліку населення, яка суттєво залежить від рівня звернень, але певним чином покращить ситуацію.

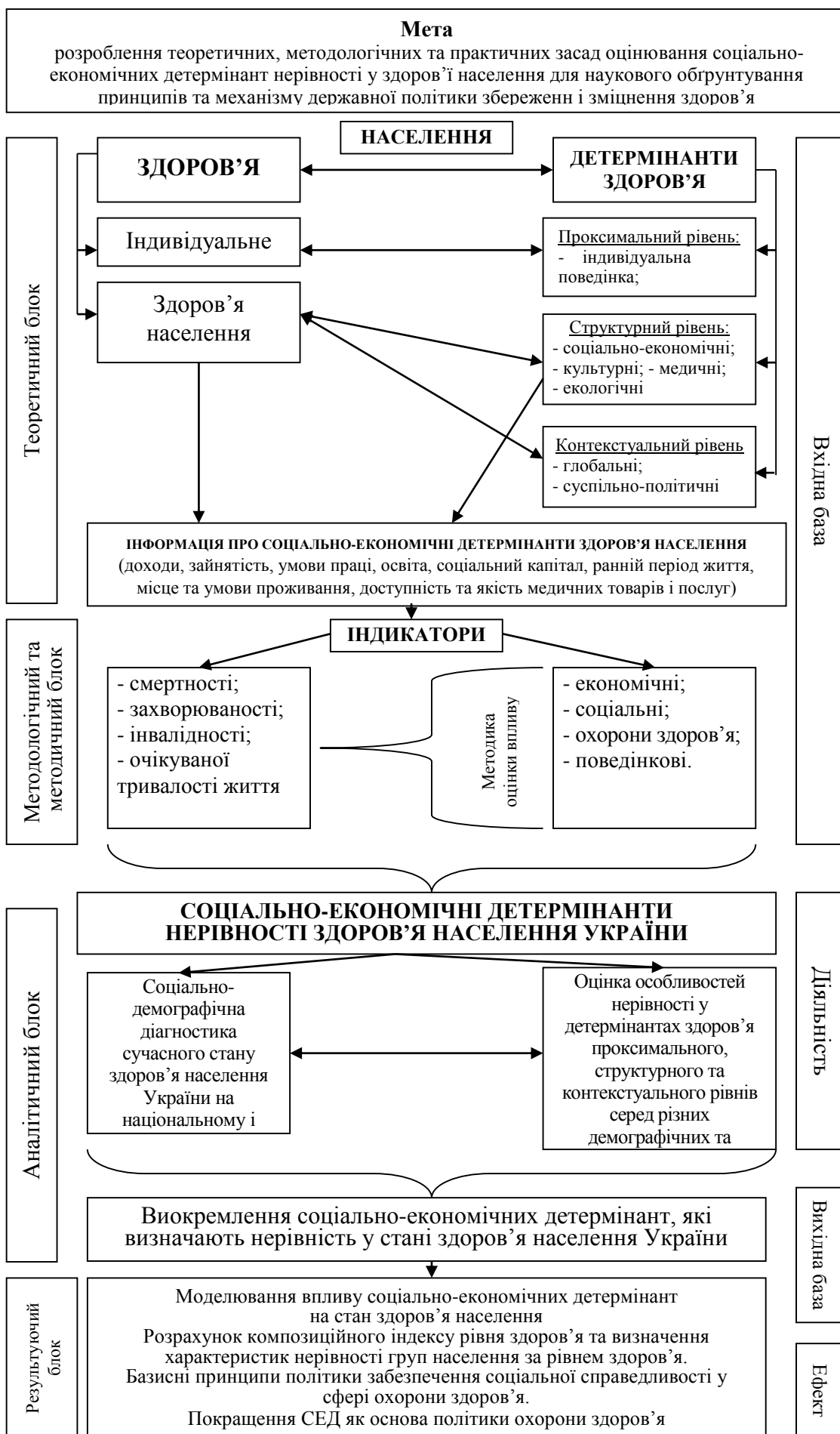


Рис. 2.1. Структурно-логічна схема дослідження

Джерело: власна розробка автора

Статистика смертності в Україні також є неповною, порівняно з європейськими стандартами. Зокрема її облік не враховує соціально-економічних характеристик, які мали померлі: освіту, рівень доходу тощо. Другою серйозною проблемою є те, що в Україні понад 15 років не проводився перепис населення. Це знижує достовірність як абсолютних, так відносних показників як стану здоров'я населення, так і соціально-економічних показників, які розраховуються на душу населення. Третьою, не менш гострою проблемою, є статистичний облік на тимчасово окупованих територіях АР Крим, частин Донецької та Луганської областей з 2014 р. Відсутність об'єктивної інформації з цих територій не дає змоги повноцінно оцінити ситуацію не тільки в них, а й створює труднощі у розрахунках загальноукраїнських показників. Через це не можливо порівняти інформацію за 2014–2017 рр. з попередніми роками.

За основу відповідно взято дані за 2013 р., а за 2014–2017 рр. інформація подана ілюстративно. Причому це стосується не тільки даних про смертність і захворюваність, а всіх статистичних даних, які використовувались у дисертації.

Прогалини статистичного обліку створюють труднощі в дослідженні здоров'я населення, оцінюванні СЕД, розробці багатьох соціальних програм, у тому числі у сфері охорони здоров'я.

До позитивних тенденцій української статистики варто зарахувати щорічні комплексні обстеження домогосподарств, які здійснює ДССУ, у тому числі з метою самооцінки стану здоров'я населення та рівня доступності медичної допомоги. Дані цих досліджень доцільно використовувати під час оцінювання СЕД здоров'я населення разом з поточними офіційними даними.

Оцінювання СЕД та їхнього впливу на здоров'я населення має ґрунтуватись на первинних даних, які можуть бути отримані з різних джерел. Варто зауважити, що точність вибору визначальних СЕД залежить від автентичності та повноти даних, валідності методів їхньої обробки та способів використання. Перший етап оцінювання впливу СЕД на здоров'я населення – це підбір та опрацювання статистичних, соціологічних та інших даних щодо стану, динаміки і тенденцій, а також виокремлення та розрахунок індикаторів, які найбільше його

характеризують. На другому етапі здійснюється підбір та опрацювання даних про потенційні СЕД, підбір та групування їхніх індикаторів.

Третім етапом є виявлення взаємозв'язків між індикаторами стану здоров'я населення та індикаторами СЕД, що зумовлюють його нерівність, використовуючи методи кореляції, відношення шансів чи мікроімітаційного моделювання. Останній, четвертий, етап – виокремлення СЕД, які визначають здоров'я та нерівність щодо здоров'я певної категорії населення.

Джерела даних про здоров'я населення України, що їх використовували під час дослідження, можна поділити на дві основні групи: офіційні статистичні та вибіркові соціологічні обстеження (рис. А.1., дод. А). Перші опрацьовувалися переважно за допомогою статистичних та економіко-статистичних методів, другі – за допомогою соціологічних методів.

До офіційної статистики насамперед дані поточного обліку про стан і динаміку кількості населення, його смертності, загальна інформація щодо первинної захворюваності та поширеності хвороб, інвалідності тощо. Зокрема, це первинна інформація та такі публікації Державної служби статистики України (ДССУ), як «Демографічний щорічник населення України», «Населення України», «Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України», «Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України», «Медико-демографічна ситуація та основні показники медичної допомоги населенню в регіональному аспекті», «Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги» та «Соціально-економічна характеристика домогосподарств», 2008–2017 рр. тощо; Центру медичної статистики МОЗ України – «База даних «Здоров'я для всіх. Україна». Важливим доповненням статистичної інформації щодо здоров'я населення України є дані міжнародних організацій та статистичних служб інших країн. Насамперед Всесвітньої організації охорони здоров'я та її Європейського бюро (Європейська база даних «Здоров'я для всіх»), Фонду народонаселення ООН («Народонаселення світу. Щорічник»), Всесвітній банк (База даних «Індикатори світового розвитку») та інші.

Однак офіційна статистика не в змозі охопити всі аспекти здоров'я населення України, що насамперед пов'язано, з одного боку, з обмеженими можливостями реєстрації хвороб (відсутність єдиного електронного реєстру, нестача даних про осіб, які не звертаються за медичною допомогою, наявність значної кількості осіб, які мають фіктивні хвороби для уникнення виконання військового обов'язку, отримання інвалідності або листка непрацездатності для покриття відсутності на роботі без поважних причин). Крім того, офіційна статистика оцінює детермінованість здоров'я. З іншого боку, соціологічне дослідження завжди має елемент суб'єктивізму через обмежену кількість респондентів і те, що їхня оцінка є суб'єктивною, особливо на ті запитання анкети, які мають неформалізований характер. Проте поєднання даних офіційної статистики та соціологічних обстежень забезпечує більш реалістичну оцінку стану здоров'я населення.

До соціологічних обстежень українських установ і організацій, які використано у дисертації, належать обстеження Урядового контактного центру («Актуальні питання галузі охорони здоров'я та медичних закладів»; «Забезпечення населення лікарськими засобами», 2014 р.), Київського міжнародного інституту соціології («Самооцінка стану здоров'я населенням України», 2013–2017 рр.), Українського інституту соціальних досліджень ім. Олександра Яременка («Стан та чинники здоров'я українських підлітків», 2011 р.), Східноукраїнського фонду соціальних досліджень («Здоров'я населення України та політика у сфері охорони здоров'я», 2010 р.), Інституту соціології НАН України («Моніторинг пілотних проектів інформаційних кампаній за компонентами «Туберкульоз» та «ВІЛ/СНІД», 2006 р.) та інші. Найбільш масштабним зарубіжним обстеженням по Україні є соціопитування UNICEF спільно з ДССУ («Мультиіндикаторне кластерне обстеження домогосподарств», 2012 р.).

Статистична інформаційна база для оцінювання СЕД, які можуть визначати здоров'я українців, як і статистика здоров'я населення, є не повною. За одними з детермінант є офіційні статистичні дані, однак через суб'єктивні чи об'єктивні причини вони не відображають повною мірою реальної ситуації. Це насамперед стосується доходів та частково зайнятості населення, облік яких не досконалий,

адже частина доходів приховується і значна частина тих осіб, які працюють, отримує доходи, більші за офіційні. Частина працюючого населення взагалі не облікована та вважається незайнятою, хоча насправді це не так. Проте офіційні дані й надалі залишаються основним джерелом та є найбільш репрезентативними. Для оцінювання рівня доходів населення як складника СЕД його здоров'я, було використано збірники-щорічники: «Доходи та витрати населення за регіонами України», «Самооцінка домогосподарствами України рівня своїх доходів», «Соціальні індикатори рівня життя населення», «Регіони України»; для оцінювання рівня зайнятості: «Економічна активність населення України», «Праця України», «Ринок праці» та інші; для аналізу умов праці: «Стан умов праці найманих працівників» та «Праця України»; для визначення рівня умов проживання: «Житловий фонд України».

Деякі СЕД за допомогою офіційної статистики оцінити фактично неможливо, адже оперативної статистичної інформації за індикаторами, що їх характеризує, нема. Зокрема, це стосується рівня освіти, облік якого передбачений лише під час перепису населення (останній відбувся в Україні в 2001 р.). Поточний офіційний облік здійснюється тільки за показниками діяльності навчальних закладів, такими як: їхня кількість, кількість учнів (вихованців, студентів) та вчителів (вихователів, викладачів) у них тощо. Ці показники не надто інформативні з позиції оцінки впливу на здоров'я. Інформація щодо них відображена в офіційних виданнях ДССУ: «Основні індикатори діяльності вищих навчальних закладів України», «Загальноосвітні навчальні заклади України», «Підготовка наукових кадрів», «Продовження навчання та здобуття професії», «Дошкільна освіта України», «Національні рахунки освіти в Україні». Однак нині є суттєва нестача даних, за якими можна оцінити стан санітарної грамотності, що відіграє важливу роль у системі профілактики та збереження здоров'я населення.

Корисною для оцінювання здоров'я населення є інформація про умови раннього періоду життя (РПЖ) (до 18 років). Інформацію про умови, в яких зараз ростуть діти та підлітки, також отримано з джерел ДССУ: «Діти, жінки та сім'я в Україні», «Захист дітей, які потребують особливої уваги суспільства» тощо. Однак

цю інформацію надає ДССУ лише останні 6 років. Відповідно інформацію для оцінювання впливу РПЖ на здоров'я у дорослому житті можна отримати лише за допомогою соціологічних методів.

Інформація ДССУ теж використана для оцінювання таких СЕД, як гендер (жінки і чоловіки в Україні, гендерні аспекти ринку праці), житлові умови (наявність та основні індикатори роботи споруд для приймання, пропуску, відведення та очищення стічних вод, житловий фонд, квартирний облік і кількість наданих квартир), місце проживання (розподіл населення за типом населених пунктів, регіональний людський розвиток, наявність соціальної інфраструктури, стан злочинності, екологічні індикатори (щорічні національні доповіді про стан навколишнього природного середовища в Україні)) та соціальний капітал (засоби масової інформації, соціальні індикатори рівня життя населення, соціальний захист населення), а також інших детермінант, які є визначальними для здоров'я населення, зокрема розвиток системи охорони здоров'я (заклади охорони здоров'я та національні рахунки охорони здоров'я України), культури (заклади культури, мистецтва, фізкультури та спорту України) тощо.

Однак про деякі детермінанти здоров'я населення розгорнутої офіційної статистичної інформації недостатньо. Зокрема, це стосується рівня корупції, у тому числі у сфері охорони здоров'я; ефективності регіонального державного управління; соціальної напруги, індивідуальної поведінки щодо здоров'я; а також деяких аспектів перелічених вище детермінант: рівня соціального капіталу (довіра і солідарність, соціальні мережі) та умов раннього періоду життя (для осіб, які вийшли з цього періоду).

Під час дослідження СЕД здоров'я використано дані багатьох досліджень, у тому числі тих, які регулярно здійснює ДССУ. До найбільш важливих досліджень, які використовувались автором, належать такі: «Самооцінка домогосподарствами рівня своїх доходів», «Доходи та витрати населення за регіонами», «Витрати і ресурси домогосподарств», «Витрати на робочу силу», «Соціально-демографічні характеристики домогосподарств» та інші.

До соціологічних досліджень, які використовувались для оцінювання СЕД, необхідно виокремити такі:

1) «Стан корупції в Україні. Порівняльний аналіз загальнонаціональних досліджень: 2007–2009, 2011» (Європейська дослідницька асоціація у співпраці з Київським міжнародним інститутом соціології);

2) «Рейтинг сприйняття корупції» («Transparency International» і «GfK Ukraine», 2016 р.);

3) «Європейське соціальне дослідження «Проект S 130701» (СОЦІС – Центр соціальних та маркетингових досліджень) та інші.

З метою уточнення та доповнення даних про стан здоров'я населення України та СЕД, які його визначають, у серпні 2015 р. спільно з УЦВГД «Соціоінформ» автором було проведено соціологічне опитування.

Отримана інформація за результатами інтерв'ю дала змогу краще зрозуміти причини сучасного незадовільного стану здоров'я населення, зв'язки між СЕД та нерівністю щодо здоров'я населення, визначення ролі умов РПЖ для майбутнього здоров'я та на підставі цього посилити заходи з його збереження та зміцнення, виокремити пріоритетні напрями соціально-економічної політики з урахуванням особливостей дії соціально-економічних та інших детермінант на здоров'я населення.

Основними *гіпотезами* для проведення обстеження були такі:

1) рівень захворюваності населення в Україні є високим;

2) соціально-економічний статус (СЕС), дохід і зайнятість є провідними детермінантами серед тих, які визначають нерівність щодо здоров'я населення України. Вони також значною мірою обумовлюють індивідуальну поведінку щодо збереження власного здоров'я. Люди з високими доходами, стабільною зайнятістю на первинному ринку праці не тільки можуть дозволити собі більш якісне «здорове» харчування, комфортні житлові умови та більш екологічно чисту територію проживання, а й мають менше шкідливих звичок;

3) крім доходів і зайнятості, здоров'я населення України визначають інші СЕД, такі як:

- стать/ гендер – рівень захворюваності нижчий серед чоловіків, ніж серед жінок;
- місце проживання – рівень захворюваності нижчий у: мешканців міських поселень, ніж тих, хто проживає у сільській місцевості; населення, яке проживає на території з кращою екологічною обстановкою та нижчим рівнем злочинності;
- освіта – рівень захворюваності нижчий серед осіб із вищою освітою;
- культура – стан здоров'я кращий серед осіб, які мають високий рівень культури, зокрема культури здоров'я збереження, віруючих осіб;
- соціальний капітал – розвиток соціальних зв'язків, ефективність та адресність соціальної підтримки, згуртованість і соціальна активність населення позитивно впливають на здоров'я населення;

4) умови РПЖ (до 18 років), такі як: рівень доходу в сім'ї, в якій виховувалася людина, якість харчування, можливість відвідувати спортивні гуртки і секції, санаторії та пансіонати для оздоровлення, рівень освіти та виховання є визначальним для її здоров'я впродовж усього майбутнього життя.

Цільова група для опитування охоплювала чоловіків і жінок, які проживають в Україні (за винятком окупованих територій АР Крим та м. Севастополя, а також прифронтової зони Донецької та Луганської областей), віком 18 років і старших. Респонденти, які брали участь в опитуванні, могли в будь-який час відмовитися від нього і не відповідати на запитання без зазначення вказівки причин. Однак таких випадків не було.

Методом дослідження було особисте формалізоване інтерв'ю згідно з анкетною (дод. Б). *Метод опитування* – індивідуальний, у помешканні респондентів.

Вибірка обстеження – багатоступенева, стратифікована з використанням випадкового відбору респондентів на останньому шаблі. Квотами у вибірці були вік і стать. Вибірка складалася з 1200 мешканців України віком від 18 років і старших, репрезентативна за статтю, віком, регіоном та розміром поселення.

Процедура збору даних. Дослідження проводилося по всій території України (за винятком тимчасово окупованих територій: АР Крим і частини Донецької та Луганської областей) 14–23 серпня 2015 р.

Організація опитування. Перший етап: були визначені 25 офіційних адміністративних регіонів України (24 регіони України та м. Київ). У кожній області відібрано кількість респондентів, пропорційну до кількості населення. Другий етап: відбір поселень на основі міст і сіл. Міста були згруповані за двома типами: міста, які є обласними центрами, та інші. Міста і села були обрані за допомогою методу випадкової вибірки. Кількість обраних міст / сіл у кожному з регіонів була пропорційна до частки населення, яке проживає в містах / селах певного типу в кожному регіоні. Третій етап: випадковим чином обиралась вулиця для проведення опитування. Четвертий етап: випадково відбирали мешканців за пропорційно-квотною вибіркою. Квотами в дослідженні були такі дві соціально-демографічні характеристики: стать і вік.

Опитування здійснювалось за місцем проживання респондентів, у тому числі в гуртожитках. Завітавши до оселі, інтерв'юери опитувати будь-яку особу, яка постійно проживає в ній і характеристики якої збігаються із зазначеними у завданні. Наявність прописки, форма власності на це помешкання (господарі чи квартиронаймачі) не мали значення. Головна умова – фактичне місце проживання респондента у помешканні, де здійснювалось опитування.

В одній квартирі/одноквартирному будинкові або одному гуртожиткові опитували тільки одну особу. В багатоквартирному будинку, що має до 50 квартир опитували не більше однієї особи. У багатоквартирному будинку, що має понад 50 квартир опитували не більш як одну особу на кожні 50 квартир. Інтерв'юери не опитували громадян інших країн, осіб без громадянства (для цього проводився скринінг), а також гостей, знайомих, родичів, які завітали до господарів.

Після закінчення фази поля був проведений контроль за роботою інтерв'юерів (10%). Відхилень у виконанні методології інтерв'ювання не виявлено. Похибка не перевищує 3% для України загалом.

Результати інтерв'ю опрацьовані за допомогою програми «IBM SPSS Statistics».

Охоплення вибірки та характеристики респондентів. З 1200 опитаних респондентів було 657 жінок. Це становить 54,8%, що повністю відповідає офіційному середньоукраїнському показникові Державної служби статистики України (ДССУ) за станом на 1.08.2015 р. Було опитано 795 мешканців міських поселень (66,3% від загальної кількості, що лише на 3% менше від значення офіційного показника). Незначним є також відхилення від офіційних даних щодо розподілу респондентів за статтю, віком і типом поселення (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Розподіл респондентів за статтю та типом поселень

Тип поселення	Одиниця виміру	Стать		Усього
		Чоловіча	Жіноча	
Міські поселення	Осіб	359	436	795
	% тип поселення	45,2%	54,8%	100,0%
	% стать	66,1%	66,4%	66,3%
Сільська місцевість	Осіб	184	221	405
	% тип поселення	45,4%	54,6%	100,0%
	% стать	33,9%	33,6%	33,8%
Разом	осіб	543	657	1200
	% тип поселення	45,2%	54,8%	100,0%
	% стать	100,0%	100,0%	100,0%

Джерело: авторське соціологічне опитування.

Загалом під час опитування збережено пропорції розподілу населення за регіонами України (областями та м. Київ). Суттєва відмінність простежується тільки по Донецькій і Луганській областях, оскільки це пов'язано з тим, що лише на частині цих територій здійснювалось обстеження.

Розподіл опитаних за статтю та віком, який представлений у рис. Б.1 (дод. Б), демонструє незначні розходження із реальною статеві-віковою структурою населення України. Найбільша відмінність полягає у тому, що частка опитаних осіб, яким на час опитування було понад 69 років, дещо менша, ніж у реальній

статеві-віковій структурі населення України (на 4,9%). Це пов'язано з доцільністю зосередження уваги на населенні працездатного віку.

Більшість опитаних мала середню та середньоспеціальну освіту (62,4%) (рис. Б.2., дод. Б). Порівняння з даними офіційної статистики по Україні щодо цього питання зробити неможливо через відсутність даних, які характеризують рівень освіти населення. В останнє такі дані були зібрані під час Перепису населення України у 2001 р. і на даний час втратили актуальність. Цей факт збільшує цінність отриманих даних під час авторського дослідження.

Варто зазначити, що АСО охоплює значно більше коло аспектів, пов'язаних із здоров'ям, ніж інші обстеження, які проводились останні роки в Україні (табл. Б.1., дод. Б). Насамперед звертаємо увагу на те, що лише обстеження, яке проводить ДССУ (Самооцінка стану здоров'я населенням) передбачає оцінювання наявності (відсутності) хронічних та нехронічних захворювань для всього населення. Решта обстежень передбачають лише суб'єктивне оцінювання респондентами стану здоров'я (добре, погане), що значно звужує повноту картини щодо рівня і причин захворюваності. Програма проведення АСО передбачала виявлення осіб, які мають хронічні захворювання, а також тих, хто хворів нехронічними захворюваннями протягом останніх 12 місяців. Це дозволило оцінити рівень захворюваності населення від 18 років і старших за статтю, віком та типом поселень.

Принциповою відмінністю АСО від усіх інших обстежень, було те, що воно передбачало оцінювання соціально-економічного статусу респондентів, умов РПЖ, житлових умов та екологічних умов їхнього проживання, індивідуальної поведінки щодо здоров'я (вживання алкоголю, сексуальної поведінки тощо), що дозволило визначити взаємозв'язки між цими детермінантами та рівнем захворюваності. Статус зайнятості, освіта, соціальний капітал та доступність та якість харчування були передбачені як АСО, так й ЄСД. Однак враховуючи відсутність у ЄСД оцінювання наявності (відсутності) хронічних хвороб, АСО дослідження має у зв'язку з цим суттєві переваги.

Таким чином, більш АСО значно суттєво розширює можливості оцінювання стану здоров'я населення та детермінант, які його визначають. Особливо це стиснулося з'ясування впливу умов РПЖ на стан здоров'я у дорослому житті.

2.2. Система індикаторів соціально-економічних детермінант здоров'я населення

Враховуючи широкий спектр детермінант, які можуть зумовлювати нерівність у здоров'ї, та індикаторів, що їх характеризують, з одного боку, а також варіативність індикаторів здоров'я населення – з іншого, потрібно виважено підходити до відбору цих індикаторів. По-перше, первинні дані, на основі яких вони сформовані (джерела походження), мають мати високу надійність. По-друге, індикатор має бути ілюстративним і яскраво характеризувати об'єкт дослідження. Крім цього, під час розробки методологічних засад соціально-економічної детермінованості здоров'я важливим є системний підхід, який дає змогу розглядати СЕД та здоров'я населення як єдину взаємопов'язану і взаємозумовлену систему, в якій покращення одного з компонентів приводить до поліпшення іншого, й навпаки.

Від вибору індикаторів залежать масштаб та об'єктивність оцінки стану здоров'я населення та СЕД, що зумовлюють його нерівність серед населення на подальшому етапі дослідження та у підсумку, формування базисних принципів політики соціальної справедливості щодо здоров'я населення та розробка моделі розвитку системи охорони здоров'я на основі СЕД, які його визначають.

Беручи до уваги те, що здоров'я є інтегрованим показником стану людини (див. розділ 1), з метою діагностики стану здоров'я населення та його СЕД доцільно використовувати комплексний підхід з широким спектром індикаторів.

Проте відповідно до завдань дослідження, які пов'язані з визначенням детермінант здоров'я, що зумовлюють стан здоров'я населення певного віку, статі, регіону тощо, моніторинг СЕД здоров'я населення доцільно здійснювати в межах конкретної соціально-економічної системи: держави, регіону, поселення, соціальної групи. Важливим атрибутом такого моніторингу є не тільки традиційні індикатори

його стану та динаміки (рівень смертності, захворюваності та інвалідності), а також ті, які пов'язані з соціально-економічною зумовленістю здоров'я населення (рівень доходів, зайнятості, освіти, СЕС, умови та місце проживання, доступність і якість медичного обслуговування тощо), індивідуальною відповідальністю за власне здоров'я (спосіб життя). Крім того, індикатори важливо розглядати за демографічними ознаками: вік, стать, шлюбний стан тощо [153].

Регіональним бюро ВООЗ затверджена нова європейська політика «Здоров'я – 2020», спрямована на поліпшення стану здоров'я, підвищення рівня добробуту населення, скорочення нерівності у здоров'ї і розвиток системи охорони здоров'я, орієнтованої на людину. В рамках цієї політики експертами Регіонального бюро ВООЗ було розроблено індикатори, за якими будуть оцінюватись цільові орієнтири політики [154]. До них, зокрема, належать як індикатори здоров'я населення (різні варіації стандартизованого коефіцієнту смертності (СКС), середня очікувана тривалість життя (СОТЖ), так й індикатори СЕД (рівень безробіття, коефіцієнт Джині, задоволеність житлом, витрати на охорону здоров'я, вживання алкоголю тощо).

Ці індикатори, з одного боку, є підґрунтям для оцінювання стану здоров'я населення та його СЕД, а з іншого – для розробки цільових орієнтирів національних і регіональних програм охорони здоров'я та оцінювання ефективності їхньої реалізації. Звернення до цих індикаторів у дослідженні є необхідним та обґрунтованим з позиції розробки автором індикаторів, які дають змогу здійснити моніторинг стану здоров'я населення України та СЕД і визначити його нерівність на даний час та у майбутньому. Запропоновані індикатори мають, з одного боку, бути автентичними, тобто відповідати специфіці вітчизняної статистики, сучасній системи охорони здоров'я, соціально-економічній ситуації, рівню стратифікації населення, його ментальності та способу життя тощо. З іншого боку, беручи до уваги європейський вектор розвитку українського суспільства, розроблені індикатори мають

Для відбору індикаторів, за якими буде здійснюватися оцінювання значущості тих чи інших СЕД для здоров'я населення, використано такі критерії і принципи:

- 1) відповідність індикаторів меті та завданню дослідження;
- 2) урахування систематичної доступності відповідних даних та їхньої непридатності для щорічних розрахунків;
- 3) надійність першоджерел інформації;
- 4) достатність статичної та динамічної варіації;
- 5) обмеження у кількості обраних індикаторів з метою покращення розрахунків та отримання надійних фактичних результатів;
- 6) використання індикаторів СЕД здоров'я населення крізь призму основних демографічних показників, у тому числі статево-вікової структури населення;
- 7) стандартизація за віком усіх значень індикаторів смертності населення;
- 8) розбивка індикаторів стану здоров'я населення за віком, статтю, типом місцевості, а також за соціально-економічними групами (за можливістю);
- 9) виокремлення у кожній підгрупі індикаторів, де їхній перелік становить більш ніж один, основних і додаткових. У разі наявності лише одного індикатора в групі вважати його основним. Основні індикатори є базовим мінімумом для проведення оцінювання на регіональному рівні, а додаткові – на національному, а також для можливого використання у майбутньому.

Варто зауважити, що в остаточний перелік індикаторів, який буде сформовано після проведення розрахунків, пов'язаних з оцінюванням впливу тих чи інших СЕД на стан здоров'я та нерівності щодо здоров'я мають увійти ті індикатори, детермінанти яких визначають здоров'я найбільше (мають найвищі значення кореляції чи оцінки шансів).

Таким чином оцінка СЕД нерівності у стані здоров'я населення містить дві групи індикаторів: індикатори стану здоров'я населення та індикатори СЕД, які зумовлюють його стан (рис. 2.2).

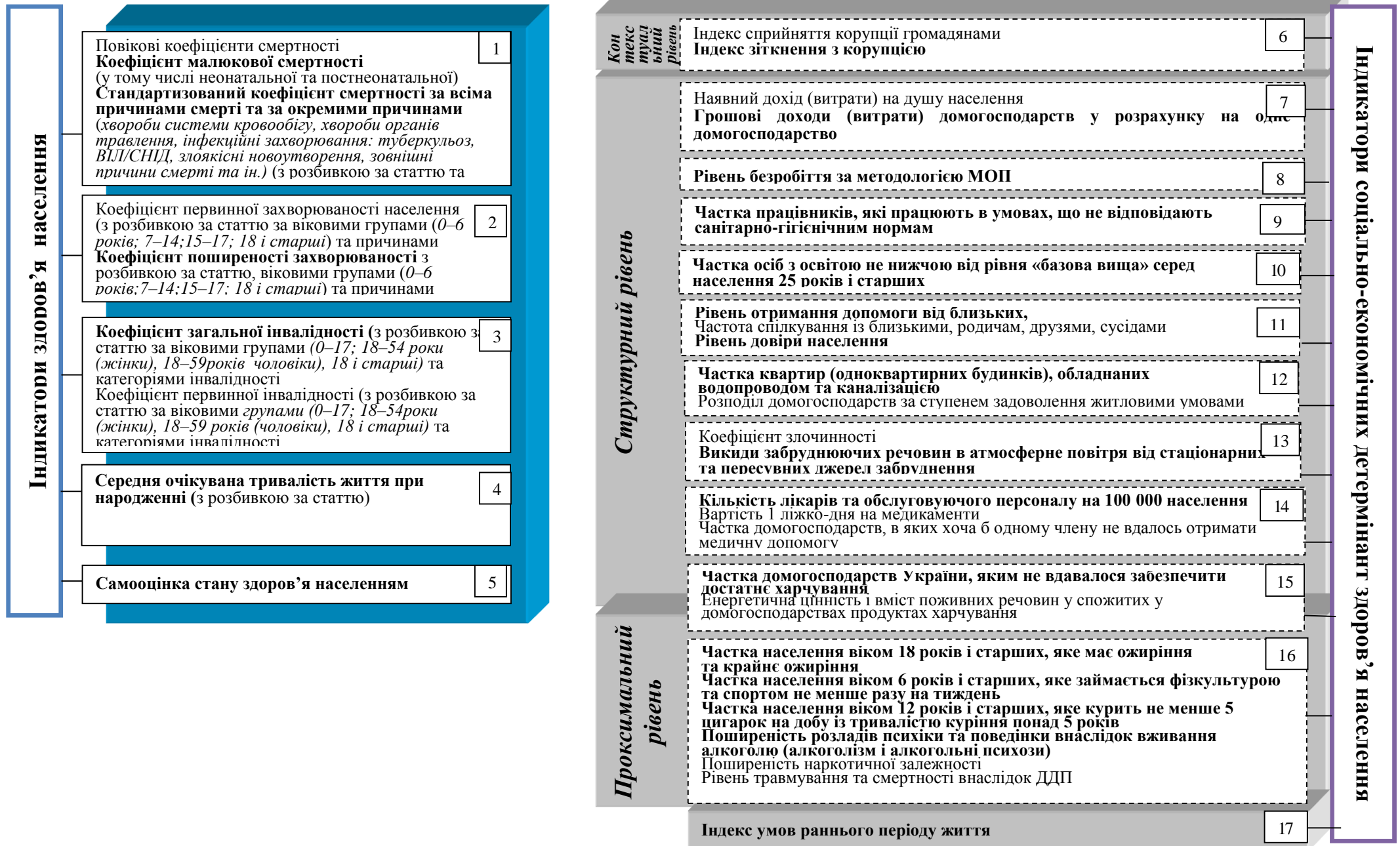


Рис. 2.2. Система індикаторів соціально-економічних детермінант здоров'я населення України

Джерело: власна розробка автора.

Індикатори стану здоров'я поділяють на п'ять підгруп: індикатори смертності (1), захворюваності (2) та інвалідності (3) населення, а також інтегральні індикатори (4), розраховані за таблицями смертності (СОТЖ та очікувана тривалість здорового життя (СОТЗЖ) і самооцінка стану здоров'я населенням (5).

Група індикаторів СЕД значно ширша від попередньої та нараховує 12 підгруп, зокрема: доходу та його розподілу (6), зайнятості (7), умов праці (8), умов проживання (9), освіти (10), умов раннього періоду життя (11), соціального капіталу (12), місця (території) проживання (13), доступності та якості харчування (14), відповідальності та індивідуальної поведінки щодо власного здоров'я (15), доступності та якості медичних товарів і послуг (16) та суспільно-політичні (17).

Рекомендовані індикатори є найбільш інформативними та здебільшого відповідають тим, які запропоновані експертами Регіонального бюро ВООЗ у політиці «Здоров'я – 2020». Так $\frac{3}{4}$ індикаторів, які представлені у програмному документі цієї політики, загалом вміщені у переліку тих, які виокремлені для оцінювання СЕД здоров'я населення України (див. рис. 2.2). Це важливо з позиції адаптації названої політики в Україні та активної участі нашої країни в її реалізації.

Індикатори здоров'я населення відображають його динаміку, тренди і стан на час дослідження. Необхідним аспектом, який зумовив вибір індикаторів здоров'я, є поєднання інформації не тільки про захворюваність та інвалідність, як це часто висвітлюється, зокрема у медико-соціальних дослідженнях [155; 156], та не тільки інформацією про смертність з розрахунком інтегральних індикаторів (СОТЖ), на що здійснюється наголос у демографічних дослідженнях [34; 158], а їхнє поєднання, комплексне оцінювання та визначення на основі цього комплексного індикатора стану здоров'я населення. Останній дасть змогу оцінити регіональну нерівність у здоров'ї населення, здійснити групування регіонів за цією ознакою та розробити регіональні програми охорони здоров'я з урахуванням СЕД, які є визначальними для здоров'я населення в регіоні на даний час. Для цього необхідним атрибутом є наявність інформації та відбір індикаторів для окремих регіонів.

Крім цього, для більш ґрунтового та об'єктивного оцінювання стану здоров'я населення та СЕД, які його визначають, необхідно розглядати їхні відмінності за статтю (за всіма індикаторами) та вікові (за індикаторами смертності, захворюваності та інвалідності).

Незважаючи на те, що «класичні» показники, які характеризують стан здоров'я населення (смертність, захворюваність, інвалідність), за своїм змістом є протилежними поняттями щодо здоров'я і формують уявлення переважно про «нездоров'я», проте за допомогою них багато років оцінюють стан здоров'я населення. Така ситуація пояснюється тим, що облік смертей, інвалідів, хвороб та (або) хворого населення певним чином налагоджений. Методики оцінювання масштабів «здорового» населення немає. Це можливо здійснити лише суб'єктивно шляхом опитування або емпірично, ґрунтуючись на власному досвіді дослідника. Тому поряд з «класичними» індикаторами здоров'я, у доцільно використати індикатор, який характеризує чисельність тих, хто не має жодного хронічного захворювання (за результатами АСО).

Індикатори смертності населення. Смертність як індикатор здоров'я населення є, на думку М. Бедного, «...найважливішим та найбільш точним критерієм. За динамікою різних похідних смертності (середньої тривалості життя, числа доживаючих, повікових коефіцієнтів смертності, смертності від окремих причин і т. ін.) можна судити про життєвий потенціал населення, його працездатності і добробуту» [158, с. 22]. При цьому домінуючий вплив на динаміку показників смертності мають СЕД. Багато інших науковців із різних країн також розглядають смертність як невід'ємну складову оцінки стану здоров'я населення, зокрема С. Аллін [159], Н. Левчук [38], Е. Лібанова [34], Н. Рингач [37]. Такі дослідження, в яких стан здоров'я населення досліджується з урахуванням смертності є важливими, оскільки смертність як індикатор здоров'я населення дає змогу отримати більш реалістичну картину стану здоров'я населення, ніж оцінювання захворюваності.

З позиції оцінювання СЕД здоров'я населення дослідження повікових коефіцієнтів смертності та стандартизованих коефіцієнтів смертності за причинами

смерті необхідно здійснювати з урахуванням того, що смертність, як і захворюваність, має ендогенне або екзогенне походження.

СЕД насамперед визначають рівень екзогенної смертності, яка пов'язана з впливом на організм людини зовнішнього середовища. При цьому ендогенна смертність, яка має спадково-генетичну природу або пов'язана з природним процесом розвитку і старіння організму, також частково визначається ними. Зокрема, ендогенну смертність поділяють на власне ендогенну та квазіендогенну [160], зумовлену кумулятивними екзогенними чинниками. Ці чинники, наприклад, можуть впливати на майбутнє здоров'я людини, попередньо впливаючи на здоров'я її батьків, чи мати кумулятивний накопичувальний ефект протягом життя людини.

Відповідно індикатори квазіендогенної смертності в контексті дослідження СЕД мають важливу інформацію. Найбільш актуально це при дослідженні малякової смертності, адже встановлено, що смертність дитини у різні періоди до одного року зумовлена різними детермінантами (у неонатальному періоді переважають біологічні, у постнеонатальному – соціальні). Цим фактом зумовлена необхідність використання як індикаторів здоров'я не тільки коефіцієнта малякової смертності, а окремо коефіцієнтів ранньої неонатальної, пізньої неонатальної та постнеонатальної смертності.

СКС як за всіма, так і за окремими причинами смерті, можуть бути більш інформативними з позиції оцінки здоров'я, адже нівелюють вплив статево-вікової структури населення на смертність і можуть бути використані для порівняння рівня смертності між Україною та іншими країнами, а також між регіонами України, мешканцями міських поселень та сільської місцевості, чоловіками та жінками тощо.

Індикатори захворюваності. Серед українського населення збільшується частка осіб, які страждають на різні захворювання, що не приводять протягом багатьох років до смертельних наслідків, особливо це стосується жінок. Як підсумок, відбувається зростання кількості хронічних хворих як в абсолютному, так і у відносному виразі. Отже, дослідження параметрів захворюваності, її

динаміки та структури в окремих демографічних та соціальних групах, причин та детермінант є необхідною умовою для розробки заходів щодо покращення стану здоров'я населення.

Слід зауважити, що статистика захворюваності, особливо первинної, на відміну від смертності, не повною мірою відображає реальну картину стану здоров'я через широкий спектр причин:

- не всі хворі звертаються за медичною допомогою, а тому частина хвороб не обліковується. Наприклад, як правило, рідше звертається за медичною допомогою в разі хвороби населення із більш низьким СЕС, чоловіки порівняно із жінками тощо;

- подекуди під час обліку захворюваності в сукупність хворих не зараховують людей, захворювання яких не діагностовано лікарем;

- масштаби звертань за медичною допомогою залежать від чинників, які не мають відношення до захворюваності (наприклад, територіальна доступність медичної допомоги або ступінь розвитку та спеціалізації лікувально-профілактичної мережі тощо);

- не всі приватні медичні установи подають повні відомості про звернення пацієнтів;

- можливі дублювання даних про пацієнтів з приводу однієї і тієї самої причини захворюваності, що може відбуватись при зверненні пацієнтів за медичною допомогою відразу в різні лікарняні установи;

- в Україні відсутня єдина база даних інформації про пацієнтів, яка б дала змогу більш повно відображати стан справ з первинною захворюваністю та поширеністю хвороб;

- в обласних центрах порівняно з районними центрами чи сільськими громадами звернень більше через наявність у них медичних закладів, які обслуговують населення області;

- зростання показників захворюваності іноді є наслідком поліпшення діагностики або широти охоплення населення диспансеризацією та інших причин.

У зв'язку з цим використання показників захворюваності як індикаторів здоров'я можливе лише за умови, коли її оцінюватимуть комплексно (первинна захворюваність та поширеність захворюваності; захворюваність на інфекційні та неінфекційні хвороби) з розбивкою на демографічні, соціальні та територіальні ознаки з різних джерел інформації: за узагальненими даними ДССУ на основі реєстрації захворювань, що здійснюється в державних лікувально-профілактичних закладах, та за даними соціологічних обстежень, що проводяться як експертами ДССУ, так й іншими дослідниками.

Інтегральні індикатори. Найбільш поширеним інтегральним індикатором здоров'я населення є СOTЖ (*Life expectancy*), який відображає рівень загальної смертності населення та підсумовує переважаючі показники смертності за всіма віковими групами. За своєю інформативністю це один із базових індикаторів рівня добробуту держави та добробуту населення. Також при оцінюванні СЕД доцільно використовувати такі індикатори здоров'я як СOTЗЖ (середня кількість років, які людина може прожити в стані «повного здоров'я», беручи до уваги роки, які прожиті у стані «неповного здоров'я» через хворобу і / або травми).

Як зазначалось, група **індикаторів СЕД** охоплює 12 підгруп.

Індикатори доходу та його розподілу. Доходи населення, їхня диференціація є одним із найважливіших соціально-економічних індикаторів, який характеризує ступінь нерівномірності розподілу матеріальних і духовних благ між членами суспільства і відповідно нерівномірність у стані фізичного та психічного здоров'я населення.

Найбільш поширеним показником оцінювання доходу населення та його розподілу в Україні є показник наявного доходу населення – максимального обсягу грошових доходів, які призначені для використання домашніми господарствами на придбання споживчих товарів та оплату послуг. Вони містять оплату праці, прибуток, змішаний дохід, сальдо доходів від власності, соціальні допомоги, інші одержані поточні трансферти в грошовій формі за винятком сплачених, зокрема поточних податків на доходи та майно [161]. Власне обсяг наявних доходів визначає можливість населення жити у комфортних умовах, забезпечити якісне

харчування, придбати медичні товари тощо. Отже, показник наявних доходів на душу населення може бути індикатором СЕД нерівності щодо здоров'я.

Разом з цим, дедалі більше як серед зарубіжних, так і серед українських науковців, для оцінювання добробуту населення використовуються показники не доходів, а витрат. Відповідно як індикатор СЕД нерівності у стані здоров'я населення варто використати показник грошових витрат домогосподарств у розрахунку на одне домогосподарство, які складаються з суми споживчих та неспоживчих грошових витрат. Грошові витрати містять суми, фактично сплачені домогосподарством за відповідними статтями, і не враховують вартість натуральних надходжень, безготівкові пільги та субсидії [162]. Окремим вагомим аспектом дослідження грошових витрат є витрати на освіту, охорону здоров'я, житло та інші складові СЕД здоров'я населення.

Важливим індикатором є коефіцієнт Джині, який характеризує розподіл доходу, дає змогу отримати більш глибоке уявлення про соціальну нерівність загалом і щодо здоров'я населення зокрема. За допомогою коефіцієнта Джині вимірюють ступінь розподілу доходів (або в деяких випадках споживчих витрат) серед окремих осіб або домогосподарств, що відхиляється від ідеально рівномірного [154, с. 46]. Коефіцієнт Джині є одним з основних індикаторів нерівності, тому його доцільно використовувати для виявлення залежності між нерівністю у доходах та нерівністю у стані здоров'я населення (наприклад, нерівністю у СОТЖ).

Індикатори зайнятості. Найбільш інформативним та поширеним у використанні показником зайнятості в європейській статистиці є рівень безробіття, розрахований за методологією МОП. За допомогою нього можна порівняти рівень безробіття різних груп населення, у різні періоди та регіональні особливості безробіття. Абсолютна та відносна оцінка безробіття та запровадження заходів щодо його зниження є вагомим внеском у скорочення нерівності щодо здоров'я та покращення загальних показників здоров'я і добробуту [154, с. 46]. Враховуючи це, рівень безробіття, розрахований за методологією МОП, варто використати як індикатор оцінки впливу СЕД на стан здоров'я населення.

Індикатори умов праці. Значну частину свого життя людина проводить на роботі. Відповідно умови праці не можуть не впливати на стан здоров'я. Цей факт зумовлює введення умов праці в перелік СЕД здоров'я населення, а частку працівників, які працюють в умовах, що не відповідають санітарно-гігієнічним нормам, – у реєстр індексів СЕД. До працівників, які працюють в умовах, які не відповідають санітарно-гігієнічним нормам, зараховуються ті, які працюють на робочих місцях, де хоча б один шкідливий виробничий чинник перевищує гранично допустиму концентрацію (ГДК) або гранично допустимий рівень виробничого чинника, установлені санітарно-гігієнічними нормами відповідно до Гігієнічної класифікації праці [163, с. 10]. Зазначений показник найбільш оптимальний для використання як індикатора, адже комплексно характеризує стан умов праці та ступінь їхнього впливу на стан здоров'я працівників.

Індикатори комфортності житла. Житлові умови мають забезпечувати захист від небезпек для здоров'я, що пов'язані із навколишнім фізичним і соціальним середовищем. Відповідне житло сприяє доброму фізичному і психічному здоров'ю. На даний час частина населення проживає в умовах, які здійснюють зворотний ефект. Для оцінювання стану житлових умов пропонуємо два індикатори:

- частка квартир (одноквартирних будинків), обладнаних водопроводом та каналізацією (обчислено за даними ДССУ);
- частка домогосподарств (населення), задоволених своїми житловими умовами (з двох джерел: за результатами обстежень домогосподарств та АСО);
- розмір площі житлового приміщення, який припадає на одного мешканця.

Такий вибір зумовлений необхідністю врахування як санітарно-гігієнічних умов житлового приміщення, так і загального його комфорту. Санітарно-гігієнічне значення водопроводу та каналізації в життєдіяльності населення є надважливим. Їхня відсутність створює труднощі для підтримки у належному санітарному стані житла, предметів побуту тощо; негативно впливає на стан гігієни, умови відпочинку населення та рівень побуту. Особливо небезпечним є відсутність водопроводу та каналізації через ризик розвитку інфекційних захворювань.

Індикатори освіти. Вибір індикатора освіти для України не є основним, оскільки облік населення за рівнем освіти здійснюється лише під час перепису населення, який останній раз проведений у нашій країні у 2001 р. Відповідно за цей проміжок часу структура населення за рівнем освіти суттєво змінилась.

Однією з альтернатив обліку рівня освіти, який здійснюється під час перепису, є його оцінювання шляхом державних вибіркового обстежень населення (домогосподарств). З огляду на це для оцінювання можливого впливу освіти на стан здоров'я населення як джерела доцільно використати інформацію зі щорічника «Соціально-демографічні характеристики домогосподарств України» [164]. Індикатором при цьому пропонується частка населення з освітою за рівнем не нижчим від «базова вища» серед населення 25 років і старших. Для уточнення та доповнення даних щодо рівня освіти населення України варто також використати дані авторського та Європейського соціального дослідження (ЄСД).

Індикатори умов РПЖ. За теорією життєвого курсу необхідним і доцільним є дослідження впливу умови РПЖ на стан здоров'я населення у майбутньому. Це пов'язано з тим, що нерівність у РПЖ призводить до певної несправедливості у стані здоров'я у дорослому житті. Оцінювання такого впливу можливе тільки за допомогою соціологічного методу, оскільки офіційна статистика не має показників, які б могли охарактеризувати умови РПЖ. Тому одним із основних завдань проведення АСО було отримати інформацію, яка може бути використана для розрахунку індикатора оцінювання взаємозв'язку «умови РПЖ – стан здоров'я у дорослому житті». Для цього варто використати індекс, який розраховувався як середня арифметична суми підіндексів, що характеризують умови РПЖ:

$$I_{рпж} = \frac{I_d + I_{ск} + I_{сг} + I_{фа} + I_{оз} + I_{яx}}{6}, \quad (2.1)$$

де $I_{рпж}$ – інтегральний індекс умов РПЖ;

I_d – підіндекс добробуту у РПЖ;

$I_{ск}$ – підіндекс соціального капіталу РПЖ;

$I_{сг}$ – підіндекс санітарної грамотності у РПЖ;

$I_{фа}$ – підіндекс фізичної активності у РПЖ;

$I_{оз}$ – підіндекс профілактики хвороб та оздоровлення у РПЖ;

$I_{ях}$ – підіндекс якості харчування у РПЖ.

Кожний з підіндексів розраховується як середнє від суми добутків балів (які використовувались за бальної оцінки кожного підіндексу) та їхньої питомої ваги в сукупності опитаних:

1. Підіндекс добробуту у РПЖ:

$$I_{\theta} = \frac{1p_1 + 2p_2 + 3p_3 + 4p_4 + 5p_5 + 6p_6 + 7p_7}{7} \times 100\% \cdot (2.2)$$

де p_1 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні рівня добробуту сім'ї, в якій вони виховувались, варіант відповіді «дуже низький»;

p_2 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні рівня добробуту сім'ї, в якій вони виховувались, варіант відповіді «низький»;

p_3 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні рівня добробуту сім'ї, в якій вони виховувались, варіант відповіді «нижчий від середнього»;

p_4 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні рівня добробуту сім'ї, в якій вони виховувались, варіант відповіді «середній»;

p_5 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні рівня добробуту сім'ї, в якій вони виховувались, варіант відповіді «вищий від середнього»;

p_6 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні рівня добробуту сім'ї, в якій вони виховувались, варіант відповіді «високий»;

p_7 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні рівня добробуту сім'ї, в якій вони виховувались, варіант відповіді «дуже високий».

2. Підіндекс соціального капіталу РПЖ:

$$I_{ск} = \frac{1s_1 + 2s_2 + 3s_3 + 4s_4}{4} \times 100\% \cdot (2.3)$$

де s_1 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні стосунків у сім'ї, в якій вони виховувались, варіант відповіді «кожний сам по собі»;

s_2 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні стосунків у сім'ї, в якій вони виховувались, варіант відповіді «напружені»;

s_3 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні стосунків у сім'ї, в якій вони виховувались, варіант відповіді «звичайні»;

s_4 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні стосунків у сім'ї, в якій вони виховувались, варіант відповіді «дружні».

3. Підіндекс санітарної грамотності у РПЖ:

$$I_{c2} = \frac{1g_1 + 2g_2 + 3g_3 + 4g_4}{4} \times 100\% , (2.4.)$$

де g_1 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні повноти отриманої інформації щодо ризиків для їхнього здоров'я у віці до 18 років варіант відповіді «не отримав(ла) зовсім»;

g_2 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні повноти отриманої інформації щодо ризиків для їхнього здоров'я у віці до 18 років варіант відповіді «отримав(ла) недостатньо інформації»;

g_3 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні повноти отриманої інформації щодо ризиків для їхнього здоров'я у віці до 18 років варіант відповіді «отримав(ла) багато, але не повною мірою»;

g_4 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні повноти отриманої інформації щодо ризиків для їхнього здоров'я у віці до 18 років варіант відповіді «отримав(ла) доволі повну інформацію».

4. Підіндекс фізичної активності у РПЖ:

$$I_{\phi a} = \frac{1f_1 + 2f_2 + 3f_3}{3} \times 100\% , (2.5)$$

де f_1 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні того, наскільки регулярно вони у віці до 18 років відвідували спортивні секції, гуртки тощо, варіант відповіді «не відвідував(ла) зовсім»;

f_2 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні того, наскільки регулярно вони у віці до 18 років відвідували спортивні секції, гуртки тощо, варіант відповіді «інколи»;

f_3 – які обрали при оцінюванні того, наскільки регулярно вони у віці до 18 років відвідували спортивні секції, гуртки тощо, варіант відповіді «постійно».

4) Підіндекс профілактики хвороб та оздоровлення у РПЖ:

$$I_{\partial} = \frac{1z_1 + 2z_2 + 3z_3 + 4z_4 + 5z_5}{5} \times 100\% , (2.6)$$

де z_1 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні того, наскільки часто вони у віці до 18 років перебували у санаторії, таборі відпочинку, відпочинку, з батьками на курорті тощо, варіант відповіді «жодного разу»;

z_2 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні того, наскільки часто вони у віці до 18 років перебували у санаторії, таборі відпочинку, з батьками на курорті тощо, варіант відповіді «один раз»;

z_3 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні того, наскільки часто вони у віці до 18 років перебували у санаторії, таборі відпочинку, відпочинку, з батьками на курорті тощо, варіант відповіді «два-три рази»;

z_4 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні того, наскільки часто вони у віці до 18 років перебували у санаторії, таборі відпочинку, відпочинку, з батьками на курорті тощо, варіант відповіді «три-чотири рази»;

z_5 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні того, наскільки часто вони у віці до 18 років перебували у санаторії, таборі відпочинку, відпочинку, з батьками на курорті тощо, варіант відповіді «щороку».

5. Підіндекс якості харчування у РПЖ:

$$I_D = \frac{1x_1 + 2x_2 + 3x_3 + 4x_4 + 5x_5}{5} \times 100\% , (2.7)$$

де x_1 – частка респондентів, які оцінили своє харчування у віці до 18 років як «дуже погане»;

x_2 – частка респондентів, які оцінили своє харчування у віці до 18 років як «погане»;

x_3 – частка респондентів, які оцінили своє харчування у віці до 18 років як «задовільне»;

x_4 – частка респондентів, які оцінили своє харчування у віці до 18 років як «добре»;

x_5 – частка респондентів, які оцінили своє харчування у віці до 18 років як «дуже добре».

При інтерпретації даних інтегрального індексу умов РПЖ та його підіндексів слід враховувати, що його показник до 0,6 відповідає низькому значенню; 0,60 – 0,79 – середньому; 0,80 – 1,0 – високому. Також варто зауважити, що аналогів запропонованому індексу в науці та практиці немає, тому структура підіндексів та їх вага у загальному індексі може бути корегована залежно від отриманих розрахунків у п. 4.1.

Індикатори соціального капіталу. Поняття «соціальний капітал» останні десятиріччя активно використовується дослідниками здоров'я населення, у

тому числі як можливої детермінанти, яка, поряд з іншими, може визначати здоров'я населення та нерівність у його стані [165–167].

Епідеміологи, соціологи, економісти та вчені інших напрямів, які здійснюють дослідження соціального капіталу і здоров'я населення, вказують на труднощі встановлення взаємозв'язків між соціальним капіталом і здоров'ям, навіть на територіях з високим рівнем обстеження стану здоров'я населення. Перша з обставин стосується розуміння сутності соціального капіталу та його меж. Друга – визначення системи індикаторів, які дають змогу оцінити стан соціального капіталу та його можливий вплив на здоров'я населення.

Враховуючи результати досліджень [165–168], доцільно визначити чотири основні складові соціального капіталу: соціальні зв'язки (мережі), довіра та солідарність, соціальна підтримка та згуртованість і соціальна активність (рис. 2.3). Усі елементи соціального капіталу перебувають у взаємозв'язку між собою та гіпотетично можуть певним чином визначати стан здоров'я населення.

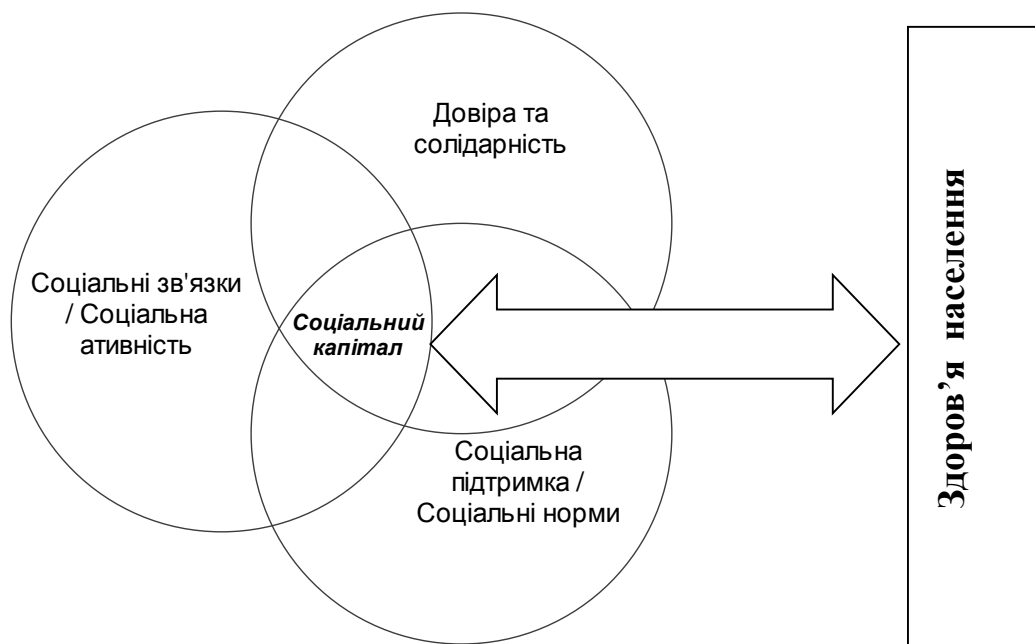


Рис. 2.3. Структура соціального капіталу та здоров'я населення

Джерело: розроблено автором на основі [168].

Відповідно за індикатори соціального капіталу в контексті оцінювання його впливу на здоров'я доцільно обрати такі:

- соціальна підтримка: рівень допомоги близьких людей [169];
- соціальні зв'язки (соціальна активність): частота спілкування з сусідами, родичами, друзями, знайомими;
- довіра та солідарність: рівень довіри населення громадським інститутам і рівень довіри населення один одному (2 індикатори).

При цьому індикатор довіри та солідарності складатиметься з двох частин, що, з одного боку, дасть змогу встановити рівень довіри до громадських інститутів (до Верховної Ради України, судово-правової системи, поліції, політиків, політичних партій тощо [170]), а з іншого – серед громадян один до одному.

Зазначені індикатори дають можливість комплексно та ґрунтовно оцінити сучасний рівень розвитку соціального капіталу та його вплив на стан здоров'я населення.

Індикатори місця (території) проживання. Важливим аспектом дослідження стану здоров'я населення є його диференціація залежно від місця проживання. Ефекти простору чи місця відображаються у детермінантах, які містять інформацію про місця або оточення, а не лише про людей, які їх населяють [171]. Народження і подальше проживання людини в тій чи іншій місцевості накладає відбиток на її стан здоров'я. Для одних він буде позитивний, для інших – ні.

Вибір індикаторів, які можуть характеризувати місце проживання та зумовлювати нерівність у стані здоров'я населення, є складним завданням. Це пов'язано з тим, що умови, які визначають місце проживання, мають різну природу походження: природну (клімат), антропогенну (забруднення атмосфери, водних ресурсів тощо), соціальну (злочинність), економічну (розвиток інфраструктури) та інші.

Пропонується два основних індикатори, які характеризують соціальну напруженість та екологічну ситуацію: коефіцієнт злочинності і викиди забруднюючих речовин в атмосферне повітря від стаціонарних та пересувних джерел забруднення у розрахунку на одну особу відповідно.

Індикатори доступності та якості харчування. Продовольча безпека має забезпечувати три основні рівні доступу до продуктів харчування: фізичний

(пов'язаний з територіальним доступом у будь-який момент часу в необхідній кількості), економічний (залежить від співвідношення цін на продукти харчування та рівня доходів населення) та соціальний (характеризує рівень соціальної відповідальності виробників та імпортерів за якість харчових продуктів; розміщення реклами та популяризацію «здорового» харчування тощо).

Побутова продовольча безпека – це застосування цієї концепції на рівні сім'ї, домогосподарства, індивідуума.

Такий погляд на проблему детермінованості здоров'я від харчування дає змогу обрати як основний індикатор доступності харчування «частку домогосподарств України, яким не вдалося забезпечити достатнє харчування». Цей індикатор найбільш чітко дає можливість визначити рівень продовольчої безпеки, а отже і доступність продуктів харчування. Як додатковий індикатор, який певним чином дає змогу оцінити якість харчування серед населення, є «енергетична цінність спожитих у домогосподарствах продуктів харчування на душу населення». Для більш конкретного аналізу його варто доповнити оцінкою структури поживних речовин, які споживаються населенням з продуктами харчування (білки, жири та вуглеводи). Причому жири варто поділити на високо- та низькокалорійні, адже, наприклад, надмірне споживання висококалорійних жирів і цукру призводить до ожиріння та проблем із здоров'ям.

Індикатори відповідальності та індивідуальної поведінки щодо власного здоров'я. Кожна людина бажає бути здоровою, але не кожна прагне до цього. Значна частина населення не дотримується здорового способу життя, виявляючи низьку відповідальність за стан власного здоров'я. Частково це може бути пов'язано з освітою та вихованням, отриманим у ранньому періоді життя, частково із СЕС людини, частково з іншими СЕД, у тому числі й контекстуального рівня.

Експерти ВООЗ зазначають, що особисту відповідальність за охорону власного здоров'я необхідно брати до уваги при визначенні напрямів реалізації програм охорони здоров'я, а також в оцінюванні прогресу країни щодо поліпшення стану здоров'я населення [172]. Використання індикаторів відповідальності та індивідуальної поведінки населення щодо збереження власного здоров'я для

оцінювання СЕД та розробки напрямів політики у сфері охорони здоров'я є необхідним і важливим атрибутом.

Нижче наведено перелік особливостей індивідуальної поведінки, які характеризують низьку відповідальність населення за стан власного здоров'я та збільшують імовірність погіршення здоров'я, з відповідними індикаторами, які їх визначають:

- нераціональне харчування та низька фізична активність (частка населення віком 18 років і старших, які мають ожиріння та крайнє ожиріння);
- низька фізична активність (частка населення віком 6 років і старших, яке займається фізкультурою та спортом менше одного разу на тиждень чи частка тих, хто проводить сидячи понад 6 год. на день);
- вживання шкідливих для організму речовин (частка населення віком 12 років і старших, яке курить не менше 5 цигарок на добу із тривалістю куріння понад 5 років; поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок уживання алкоголю; поширеність наркотичної залежності);
- порушення правил безпеки дорожнього руху (рівень травмування та смертності внаслідок ДТП);
- ризикована сексуальна поведінка (рівень використання презервативів серед сексуально активного населення, особливо у позашлюбних зв'язках). Визначений індикатор є надважливим, враховуючи зростаючі темпи захворюваності на ВІЛ/СНІД та смертності від нього в Україні, і дає змогу оцінити рівень ризику сексуальної поведінки населення та його відповідальність за власне здоров'я.

Вибрані індикатори дають можливість виявити напрями протидії негативним для здоров'я особливостям індивідуальної поведінки та посилити відповідальність населення за власне здоров'я.

Індикатори доступності та якості медичних товарів і послуг. Численні дослідження підтвердили позитивний вплив своєчасної та якісної медичної допомоги на здоров'я пацієнтів та зв'язок доступності системи охорони здоров'я зі здоров'ям населення загалом [173, 174]. Підвищення доступності (фізичної, економічної тощо) медичної допомоги, якості товарів і послуг для населення є

універсальною метою для розвитку всіх країн, незалежно від рівня їхнього соціально-економічного розвитку та досягнень у сфері охорони здоров'я [175].

Можна виділити певні аспекти, пов'язані з впливом доступності та якості медичних товарів та послуг на стан здоров'я населення, які як безпосередньо стосуються СЕД, так і опосередковано:

– територіальний: просторове розташування закладів медичної допомоги та розселення населення, які разом визначають зручність отримання медичної допомоги та її своєчасність. Джерел, які можуть бути основою для індикатора, який характеризуватиме цей аспект, фактично немає. Однак певну суб'єктивну оцінку віддаленості медичних закладів від місця проживання населення можуть зберігати соціологічні дослідження. Зокрема, АСО засвідчило, які категорії населення та в якій кількості не відвідують медичні заклади у разі хвороби саме з цієї причини;

– соціально-економічний: низький рівень доходів населення, який не дає змоги отримати якісні медичні товари (насамперед ліки) та послуги. Одним з індикаторів оцінювання може бути «частка домогосподарств, у яких хоча б одному члену не вдалось отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя». Його джерелом є щорічне обстеження домогосподарств України, що проводить ДССУ. В умовах сучасної вітчизняної системи охорони здоров'я, коли частина медичних послуг є платною, а обов'язкове медичне страхування відсутнє, використання цього індикатора не лише доцільне, а й необхідне;

– організаційно-економічний: форми і методи організації системи охорони здоров'я, зокрема її фінансове та технічне забезпечення, визначають якість медичних послуг і певним чином їхню доступність. В Україні розповсюдженою є практика нерівномірного розподілу коштів на систему охорони здоров'я між регіонами та медичними закладами всередині регіонів. Це спричиняє нерівність у доступності медичних послуг та може бути однією з причин нерівності у стані здоров'я населення. Для виміру цієї нерівності пропонується такий індикатор: вартість 1 ліжко-дня на медикаменти у розрахунку на 1 особу у відділеннях стаціонару;

– кадровий: забезпечення кваліфікованим персоналом у необхідній кількості є проблемою для багатьох регіонів України, особливо сільських. Про існування проблем кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я в Україні свідчать дослідження багатьох науковців та практиків [176; 177]. Індикатором для оцінювання кадрового забезпечення системи охорони здоров'я та його впливу на стан здоров'я населення пропонується «кількість лікарів усіх спеціальностей в розрахунку на душу населення».

Одним із найбільш складних є вибір суспільно-політичних індикаторів, які характеризують макроекономічну ситуацію в країні, як засобу оцінювання детермінант контекстуального рівня. Більшість детермінант цього рівня, як правило, не має суттєвої диференціації всередині країни, а переважно характеризує нерівність між країнами. За окремими детермінантами оцінювання можливе, наприклад, за рівнем корупції, яка, як з'ясовано в п. 1.3, впливає на здоров'я як безпосередньо, зокрема через корупцію в системі охорони здоров'я, так й опосередковано, негативно відображаючись на інших детермінантах здоров'я. Загалом рівень корупції в Україні високий, але при цьому, за даними Київського міжнародного інституту соціології [178], існують регіональні відмінності як у розмірах корупції, так і у сприйнятті її громадянами. Так, для оцінювання впливу СЕД на здоров'я та нерівність щодо здоров'я населення обрано два індикатори, які характеризують корупцію як детермінанту здоров'я контекстуального рівня:

- індекс сприйняття корупції громадянами;
- індекс досвіду зіткнення з корупцією.

Корупція, у тому числі пов'язана з охороною здоров'я, є не тільки вітчизняною, а й глобальною проблемою. Для того, щоб бути ефективними, реформи, спрямовані на боротьбу з корупцією, мають ґрунтуватись на доказах і бути адаптовані до контексту. Наведені індикатори можуть бути основою для вирішення цієї проблеми.

Наведений перелік індикаторів СЕД здоров'я населення є достатньо широким. У ході емпіричного дослідження важливим завданням є виокремлення тих індикаторів, які відповідають СЕД, що визначають стан здоров'я зараз і у

майбутньому. Використання зазначеного переліку індикаторів дасть змогу комплексно і системно оцінити вплив СЕД на нерівність у стані здоров'я населення України та виокремити найбільш значущі з них, що необхідно для формування сучасного механізму охорони здоров'я.

2.3. Методи оцінювання впливу соціально-економічних детермінант на стан здоров'я населення

Пошук методичних прийомів, які дадуть можливість найбільш точно встановити детермінанти, що визначають стан здоров'я населення конкретної країни чи регіону на певний період, є складною, але дуже актуальною проблемою, якій приділяють нині значну увагу експерти, науковці багатьох міжнародних інститутів і окремих країн.

При вивченні відповідних процесів – оцінюванні поточного стану, визначенні взаємозв'язку між детермінантами та ступеня їхнього впливу на нерівність щодо здоров'я населення, прогнозуванні майбутніх тенденцій, прямих і непрямих наслідків для політики у сфері охорони здоров'я – необхідно використовувати комплексний підхід, який охоплюватиме поряд із традиційними інноваційні методи дослідження. З традиційних методів вважаємо за доцільне застосувати насамперед кореляційно-регресійний аналіз та метод логістичної регресії, зокрема бінарної логістичної регресії, результатом якої є показник відношення шансів (odds ratio). Нині накопичено досвід використання зазначених методів у практиці дослідження здоров'я населення. Однак їхнє застосування для оцінювання впливу детермінант на нерівність щодо здоров'я населення є досі актуальним. При цьому факт зміни масштабів впливу СЕД на здоров'я населення у часі та просторі потребує не тільки постійного моніторингу цього процесу, а й корегування методики дослідження.

При кореляційних зв'язках, характерних для оцінювання СЕД здоров'я населення, значенням однієї ознаки відповідають різні значення інших ознак. При цьому основна дилема статистичного аналізу під час оцінювання впливу

детермінант на здоров'я населення полягає у тому, що статистичний зв'язок, який виявляється за допомогою регресійного або кореляційного аналізу, не обов'язково відповідає причинно-наслідковому зв'язку. Якщо існує кореляція між двома пов'язаними між собою детермінантами, то в межах статистичного аналізу складно визначити, який з них є основною причиною, а який – другорядною.

За авторським баченням для досягнення мети та завдань дослідження кореляційний аналіз найбільш доцільно задіяти у комплексі з елементами мікроаналітичної та економетричної методик для виявлення причинно-наслідкових зв'язків між детермінуючими і результируючими ознаками, для оцінювання впливу детермінант на рівень:

- захворюваності та поширеності хвороб (тільки за даними офіційної статистики);
- смертності населення загалом, а також за статево-віковими групами, за місцем проживання та іншими ознаками.

Методом визначення коефіцієнта кореляції доцільно обрано метод квадратів (Пірсона) та виконано за допомогою програми SPSS.

Для дослідження впливу СЕД на рівень захворюваності та поширеності хвороб за даними, які отримані в результаті вибірових обстежень, у тому числі авторського, доцільно застосувати метод логістичної регресії, зокрема бінарну логістичну регресію, що, як відомо, використовується для вивчення залежності дихотомічних змінних від незалежних змінних, які можуть бути різного типу. Її результатом є показник відношення шансів. Шанси події – це відношення кількості випадків появи події у вибірці до кількості випадків її не появи (до кількості «не-випадків»). Відповідно показник відношення шансів – це шанси події в експонованій частині вибірки, поділені на шанси події в неекспонованій частині.

Показник відношення шансів обчислюється за формулою [179, с. 56]:

$$OR = (a \times d) / (b \times c), \quad (2.8.)$$

де a – кількість хворих серед осіб, схильних до впливу детермінанти;

b – кількість здорових серед осіб, схильних до впливу детермінанти;

c – кількість хворих серед осіб, не схильних до впливу детермінанти;

d – кількість здорових серед осіб, не схильних до впливу детермінанти;

$a + c$ – загальна кількість хворих (випадки);

$b + d$ – загальна кількість не хворих (контрольні).

Якщо OR перевищує 1, це означає, що шанси детермінації вищі в групі з наявністю результату, тобто чинник має прямий зв'язок з імовірністю настання результату.

Дуже важливо оцінити статистичну значущість виявленого зв'язку між результатом і детермінантою. Пов'язано це з тим, що навіть при невисоких значеннях показника відношення шансів, близького до одиниці, зв'язок, проте, може виявитися істотним і має враховуватися в статистичних висновках. І навпаки, при великих значеннях OR показник виявляється статистично незначним і, отже, виявленим зв'язком можна знехтувати.

Використання нетрадиційних, інноваційних методів для оцінювання СЕД зумовлено насамперед тим, що застосування традиційних методів не завжди дає змогу отримати інформацію, необхідну для розробки адекватних політичних рішень і простежити їхню дієвість й ефективність. Сучасна методологія досліджень у сфері оцінювання здоров'я населення та детермінант впливу на нього дедалі більшою мірою спрямована на комплексне використання статистичних даних мікро-, мезо- та макрорівня, а також результатів соціологічних досліджень, що відображають особливості поведінки людей і домогосподарств. При цьому основними стають дані саме мікрорівня та інструменти, що ці дані використовують. Такі інструменти базуються на мікроімітаційних моделях (МІМД) основних процесів, що відображають динаміку зміни здоров'я окремих осіб протягом життя, вплив різноманітних чинників на стан здоров'я та ін.

Основна ідея мікроімітаційного моделювання (МІМ) полягає в тому, що соціально-економічні процеси на будь-якому рівні агрегації (макро-, мезо- або мікрорівні) найкращим чином можна пояснити через спостереження за цими одиницями на макрорівні, їхньою поведінкою та взаємодією. При цьому найважливішою особливістю МІМ є те, що моделювання на рівні осіб, сімей або домогосподарства здійснюється з урахуванням стохастичних закономірностей

розвитку процесів та стохастичного характеру параметрів взаємодії одиниць сукупності.

Термінологічний апарат, який використовується при застосуванні зазначених підходів, не є загальноприйнятим і перебуває на стадії розвитку. Так, як синоніми використовуються такі терміни, як «мікроімітаційне моделювання», «мікросимуляція», «мікросимуляційний підхід» і т. ін. Причому іноді однакові терміни застосовуються для позначення моделей різного типу. Найважливішою особливістю цього підходу є те, що, як підтверджує формулювання кожного терміна, моделювання здійснюється на рівні одиниць мікрорівня – в соціальних науках такими одиницями є особи, сім'ї або домогосподарства. Вважаємо, що ефективність мікроімітаційного підходу пояснюється тим, що природним є намагання описати складні соціальні й економічні процеси, що виявляються на макро- та мезорівні, на основі характеристик одиниць мікрорівня та «елементарних» процесів їхнього життя («функціонування») та взаємодії.

Важливо зазначити, що основними відмінностями імітаційного моделювання від звичайних, традиційних методів моделювання, заснованих на формалізованих моделях, тобто моделях, виражених математичними залежностями, зокрема математичних, статистичних та економетричних моделях, є те, що вони не потребують формалізації. Імітаційні моделі виражаються у формі алгоритмів та емпіричних взаємозв'язків, встановлених безпосередньо на основі існуючих даних і загалом не можуть бути безпосередньо та обґрунтовано поширені на інші випадки реалізації аналогічних процесів, що реалізуються за аналогічних умов. Це є значним недоліком імітаційних моделей, але суттєво розширює межі їхнього застосування. Крім того, за умови використання цього підходу на мікрорівні цей недолік значно пом'якшується [180]. Як свідчить досвід використання імітаційних моделей, вони можуть суттєво підвищити ефективність розробки та оцінювання політики, зокрема політики у сфері охорони здоров'я.

МІМД суттєво розрізняються за способом урахування поведінки одиниць: від простіших варіантів прямих реакцій на зміни стану одиниць (захворювання, зміна рівня доходів, поведінки, наприклад, початок або припинення паління тощо) до

найскладніших моделей штучного інтелекту. Основними видами МІМД, які застосовуються на практиці, є статичні та динамічні моделі.

Статичні моделі найчастіше використовуються для імітації можливих короткострокових наслідків впливу СЕД на стан здоров'я населення. У статичних МІМД одиниці мікрорівня (особи) є переважно пасивними одиницями обліку. При цьому особи чи домогосподарства, представлені в базі мікроданих, є лише одиницями обліку з необхідними характеристиками для розрахунку рівня захворюваності, структури населення, рівня користування певними медичними послугами тощо. Динамічні моделі застосовуються насамперед для визначення довгострокових наслідків такого впливу. Головна відмінність між цими підходами полягає в тому, що статичні моделі базуються на припущенні, що СЕД з часом суттєво не змінюються та відповідно здійснюють незмінний вплив на стан здоров'я населення. Динамічні МІМД відображають трансформації у стані здоров'я – ступінь його покращення або погіршення – залежно від певних чинників, зокрема від ефективності регулювання СЕД.

Імітаційні моделі також мають набагато ширші межі застосування, оскільки вони не передбачають теоретичного обґрунтування та формалізації, а можуть базуватись на результатах практичних досліджень (встановлених емпіричних залежностях) або експертних оцінках, які мають вигляд алгоритмів. Саме завдяки цим специфічним властивостям МІМ є ефективним інструментом розробки та аналізу політики у сфері охорони здоров'я [181, с. 130].

Обов'язковими умовами для застосування методології МІМ у сфері оцінювання стану здоров'я населення, детермінант, які його визначають, та розробки заходів щодо охорони здоров'я населення, захворюваності є такі [182]:

- наявність масиву (масивів) первинних даних макrorівня, що містять відповідні характеристики осіб та можуть бути поширені на цільову сукупність населення;
- система правил, що описують переходи (транзити) одиниць між станами, наприклад, «діти – дорослі – особи похилого віку», «здорові – хворі» тощо;

– моделі зміни стану одиниць мікрорівня, моделі взаємозв'язків на мікрорівні, поведінкові моделі для одиниць макрорівня.

Масив первинних даних макрорівня, як правило, формується за результатами цільового обстеження (вибіркового або суцільного) осіб або за даними реєстрів, що містять необхідну інформацію. У сфері охорони здоров'я часто масиви мікроданих, що формуються в державних органах, містять як дані реєстрів, так і результати спеціальних обстежень. Масив даних має вигляд матриці даних (рис. 2.4), в якій рядки відповідають особам, а в графах містяться характеристики осіб (x), наприклад, регіон та місцевість проживання, демографічні характеристики, а також характеристики стану здоров'я: захворюваність, самооцінка стану здоров'я (y).

Y_1	Y_2	...	Y_Q	X_1	X_2	...	X_P
y_{11}	y_{12}	...	y_{1Q}	x_{11}	x_{12}	...	x_{1P}
y_{21}	y_{22}	...	y_{2Q}	x_{21}	x_{22}	...	x_{2P}
...				...			
y_{nA1}	y_{nA2}	...	y_{nAQ}	x_{nA1}	x_{nA2}	...	x_{nAP}

Рис. 2.4. Загальний вигляд масиву первинних даних

Джерело: власна розробка автора.

Правила переходу відображаються співвідношеннями, наприклад, якщо вік людини становить більш як 18 років, то вона переходить у стан «доросла», або якщо є хронічне захворювання, то стан здоров'я особи – «хвора».

Моделі зміни стану одиниць на мікрорівні та моделі взаємозв'язків на макрорівні, як правило, будуються на основі масиву мікроданих і мають вигляд моделей взаємозв'язку:

$$y = f(x, z, \gamma, u), \quad (2.9)$$

де y – залежна (цільова) змінна, наприклад, характеристика стану здоров'я особи;

x – демографічні, соціальні характеристики особи;

z – змінні, які безпосередньо пов'язані з цільовою змінною (наприклад, самооцінка рівня здоров'я особи, ознаки паління, захворюваності тощо);

γ – параметри моделі;

u – похибка моделі.

Теоретично моделі макрорівня виду (2.9) можуть будуватися не лише за наявним масивом мікроданих, а й на основі інших даних, або можуть використовуватись моделі, побудовані іншими дослідниками. Однак на практиці може виникнути проблема, оскільки потрібно забезпечувати консистентність результатів моделювання.

Важливо зазначити, що при застосуванні мікроімітаційного підходу, як правило, використовується один масив мікроданих. При цьому правил і моделей мікрорівня може бути дуже багато – у масштабних моделях декілька сотень правил і десятки моделей.

У поведінкових моделях для одиниць макрорівня можуть застосовуватись як доволі прості моделі, що відображають лише прямі реакції одиниць мікрорівня на зміну їхнього стану, наприклад, захворювання або рівня доходів, так і моделі, які відображають непрямі реакції особи та опосередковані взаємозв'язки чинників з поведінкою людей.

Сукупність мікроімітаційних моделей доцільно розподілити на два основних типи: статичні та динамічні. З визначення цих типів моделей випливає, що у статичних не враховуються зміни характеристик одиниць та характеру взаємодії між одиницями у часі. Такі моделі застосовуються для аналізу поточного стану явищ, процесів та взаємозв'язків, а також для оцінювання короткострокових наслідків зміни певних характеристик одиниць мікрорівня (осіб) або умов їхнього життя.

Динамічні мікроімітаційні моделі враховують зміни характеристик одиниць у часі, а також, за певних умов, зміну їхньої поведінки. Враховуючи складність та неоднозначність динамічних процесів, а також те, що статичні моделі можуть фактично розглядатися як окремий граничний вид динамічних моделей, інструментарій динамічного мікроімітаційного моделювання охоплює широкий

спектр методів і моделей. При динамічному мікроімітаційному моделюванні встановлюють та використовують набір поведінкових взаємовідносин (подій), які можуть значно варіювати залежно від завдань дослідження. При цьому основними групами таких взаємовідносин є події, що відбуваються за певними закономірностями у часі (демографічні та соціальні події: одруження, розлучення, смерть, захворювання, отримання вищої або спеціальної освіти тощо; економічні події: втрата або отримання роботи, підвищення заробітної плати та ін.), та події, які є реакцією на зовнішні умови, зокрема на зміни в політиці.

Слід зазначити, що у розвинених країнах доволі тривалий період у сфері охорони здоров'я на офіційному рівні використовуються декілька мікроімітаційних моделей, що отримали визнання у світі. Серед таких моделей насамперед слід виокремити «CORSIM», «PONEM», «LifePaths» та «FAMSIM».

Однією з найбільш масштабних є модель «CORSIM», побудована у США. Блок змінних, що можуть визначати стан здоров'я, є лише одним з багатьох компонентів цієї моделі. При моделюванні характеристик та поведінки осіб розглядаються демографічні ознаки, чинники ризику – куріння, алкоголь, діабет. Крім того, моделюються сімейні зв'язки, процеси навчання, пошуку та отримання роботи, рівень життя та ін.

Метою розробки та використання мікроімітаційної моделі здоров'я населення «PONEM» (Population Health Model) є прогнозування стану здоров'я та напрямів його зміни для населення Канади. У моделі визначаються та враховуються чинники ризику для здоров'я, оцінюються динаміка захворюваності, ефективність використання ресурсів охорони здоров'я, результативність лікування тощо.

Іншою моделлю, що побудована в Канаді, є «LifePaths» – динамічна МІМД для відображення та оцінювання поведінки людей та причинно-наслідкових взаємозв'язків у соціальних процесах. Ця модель передбачає імутацію нових осіб як сукупності населення для моделювання партнерських зв'язків. Модель відображає траєкторії життя від народження до смерті для всіх когорт народжених, починаючи з 1972 р.

Когортні вікові мікроімітаційні моделі, такі як «LifePaths», дають змогу відстежити життя окремих когорт населення (тобто сукупностей населення) від народження до смерті всіх її членів, змоделювати основні події в їхньому житті. Разом з такими моделями використовуються і моделі, що «працюють» не з сукупностями, а з особами, тобто репрезентують вікові, гендерні та інші демографічні й соціальні характеристики населення на мікрорівні, зокрема це моделі «HARDING» (Австралія) і «LIFEMOD» (Великобританія) [183].

Доцільно зауважити, що окремі обмеження когортних моделей усуваються у випадках моделювання всього населення, у тому числі демографічні зміни та розподіли між когортами. Це може стати важливою перевагою когортних моделей порівняно з моделями мікрорівня, які є більш складними і вимагають якісних даних. З огляду на це моделі мікрорівня у багатьох випадках будуються для підсукупностей населення, наприклад, жінок репродуктивного віку (FAMSIM) [184], осіб похилого віку (NCCSU) тощо.

У дослідженнях цього напрямку заслуговують на увагу методологічні підходи щодо так званого агентського моделювання. Група дослідників з Великобританії пропонує поєднати емпіричні дані та агентське моделювання випадково згенерованого (синтетичного) населення з простими правилами поведінки для з'ясування динаміки смертності в закритому населенні. Таке моделювання дає змогу поглибити знання про демографічні процеси, а також зрозуміти зв'язки між ефектами макрорівня та поведінкою на мікрорівні.

Відповідно до визначення, агентське моделювання є методологічним підходом, за яким дії і взаємодія автономно діючих агентів моделюються (імітуються) на основі спеціальних обчислювальних моделей. Як агенти можуть розглядатися особи або когорти, організації та інші підсукупності населення. Агентські моделі призначені для моделювання систем, яким властиві такі основні характеристики:

- система складається із взаємодіючих агентів;
- системі характерні емерджентні властивості: загальний їхній обсяг, як результат процесу взаємодії агентів, не є сумою цих властивостей кожного з агентів.

Агентське моделювання передбачає, що сукупність – це сукупність агентів, які незалежно оцінюють ситуацію та приймають рішення. Однак при цьому і оцінювання ситуації, і прийняття рішень здійснюються відповідно до визначених правил з обмеженими кількостями варіантів. Проте можливість встановлення різних наборів правил для різних сукупностей агентів суттєво збільшує кількість ступенів вільності системи і відповідно відкриває можливості для моделювання достатньо складних ситуацій: захворюваність, смертність тощо.

При застосуванні методології МІМ доцільно розрізняти статистичні та власне імітаційні моделі. Відокремити статистичні моделі мікрорівня від імітаційних можна за формальною ознакою: статистичні виражаються рівняннями, а імітаційні – у вигляді комп'ютерних алгоритмів і не потребують формалізації та, що є більш важливим, теоретичного обґрунтування.

МІМД доцільно розмежувати за метою використання. Зокрема, такі моделі можуть використовуватись для прогнозування наслідків реалізації окремих політичних заходів або дослідження та відображення певних соціальних феноменів. Відповідно до зазначених цілей використання виокремлюють емпіричні та абстрактні МІМД.

Емпіричні моделі застосовуються, як правило, для прогнозування наслідків реалізації заходів політики. Вони будуються переважно на емпіричних даних мікро- та макrorівня. Абстрактні моделі застосовуються для дослідження теоретичних концепцій або припущень. Відповідно при абстрактному моделюванні можуть використовуватися штучні (модельні) сукупності населення та його штучні характеристики. За такого підходу моделі застосовуються для перевірки теорій. Абстрактні моделі набувають дедалі ширшого застосування у соціальних науках, оскільки із суспільством, окремими групами населення у загальному випадку не можна проводити експерименти, обираючи індивідів (агентів) з бажаними характеристиками та поведінкою. Відповідно процеси моделювання на штучних сукупностях забезпечують поле для перевірки існуючих теорій та формування нових.

Динамічні МІМ можуть бути неперервними та дискретними. Моделювання починається для кожної особи з певного моменту часу і далі генерується як події з

урахуванням імовірності їхнього настання у часі та за існуючих умов. У дискретних моделях інтервали часу є порівняно великими і такими, що основні події певним чином розподіляються за часовими інтервалами. У неперервних моделях часові інтервали є відносно незначними. І початок, і закінчення подій моделюються дуже точно. Події та процеси для окремої особи моделюються до моменту, коли для неї реалізується подія «смерть». Схема реалізації алгоритму розрахунків для дискретних моделей представлена на рис. 2.5.

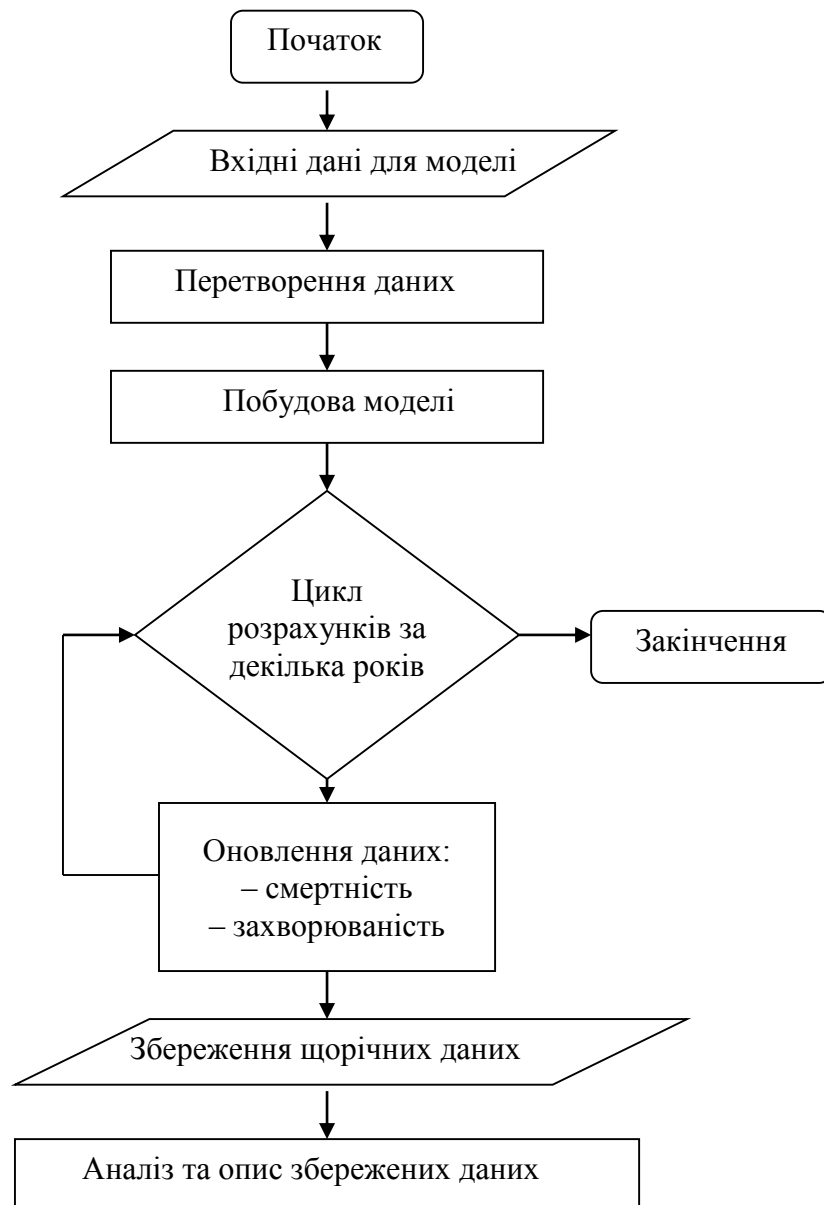


Рис. 2.5. Схема алгоритму дискретного динамічного мікроімітаційного моделювання

Джерело: власна розробка автора

Враховуючи розвиток комп'ютерної техніки, часові періоди в дискретних моделях стають короткотривалі та спостерігається тренд переходу від п'яти- і однорічних періодів до таких, тривалість яких становить місяць, а також коротших. Отже, дискретні моделі за характеристиками наближаються до неперервних. Австралійська модель «DYNAMOD» реалізує і неперервний, і дискретний підходи до мікромоделювання [185].

При оцінюванні підходів до дослідження динаміки соціально-демографічних процесів доцільно приділити увагу відносно новому підходу, а саме парадигмі «життєвого курсу», яка є домінуючою у демографії та соціальних науках. Ефективність цього підходу пояснюється насамперед експоненціальним зростанням потужності комп'ютерів та обчислювальних алгоритмів, яке спостерігається протягом останніх десятиріч [186; 187]. Поняття «життєвий курс» відображає основні концепції життя людини і її рух від народження до смерті серед найбільш імовірної послідовності демографічних і соціальних явищ і ролей людини [188]. На відміну від поняття «життєвий цикл», «життєвий курс» відображає зміну моделей поведінки особи, взаємодію між різними ймовірними життєвими курсами, що реалізуються паралельно і взаємодіють: освіта, зайнятість, захворюваність, старіння тощо. Всі індивідуальні траєкторії взаємодіють одна з одною. При цьому вважається, що індивідуальний життєвий курс визначається чотирма детермінантами: місцезнаходження; соціальна інтеграція; цільова орієнтація; стратегічна адаптація.

Місцезнаходження особи у часі та просторі є першою детермінантою, яка визначає індивідуальний життєвий курс. З урахуванням предмета дослідження береться за основу припущення, що життєві події, зокрема захворювання та стан здоров'я, можуть бути ретроспективно пов'язані з чинниками, що діяли на попередніх етапах життя людини.

Друга детермінанта життєвого курсу – соціальна інтеграція – відображає ефекти когорти. Належність особи до певної когорти, яка виокремлюється і демографічними ознаками, і у загальному випадку іншими характеристиками,

встановленими з урахуванням мети дослідження, значною мірою визначає типові життєві траєкторії, принаймні на окремих їхніх відрізках.

Цільова орієнтація відображає вплив на рішення особи щодо подальших дій у певній точці життєвого циклу її попередньої частини життєвої траєкторії та можливих і найбільш імовірних траєкторій у майбутньому. Так, цільова орієнтація – це інтегральний ефект попереднього досвіду, індивідуальних мотивів і зовнішніх умов.

Стратегічна адаптація, або розподіл подій у часі, визначає можливості адаптації особи для досягнення індивідуальних або колективних цілей. Наприклад, здобуття вищої освіти може бути відтерміновано бажанням заробити гроші, одруження та народження дітей – необхідністю «встати на ноги» і т. ін. Визначення часу запровадження здорового способу життя, позбавлення шкідливих звичок також є стратегічною адаптацією [186].

Незважаючи на складність розглянутих концепцій, при МІМ явищ і процесів обсяг сукупності одиниць, для яких здійснюється моделювання, як правило, є обмеженим і визначається чисельністю населення або розміром певної його частки, коли дані отримані за результатами вибіркового обстеження [189]. Крім того, значна частина змінних у моделі є категоріальною, що суттєво зменшує кількість можливих станів системи і забезпечує МІМ достатню ефективність як інструменту проведення досліджень.

У дисертації, враховуючи наявне інформаційне забезпечення, використані елементи статистичного та динамічного МІМ, а також певним чином агентське моделювання та концепція життєвого курсу.

Вважаємо за доцільне для оцінювання потенційних результатів застосування розглянутих підходів до дослідження актуальних проблем здоров'я комплексне використання методу синтетичних сукупностей населення та макроекономічних моделей, зокрема таблиць смертності, для визначення детермінант, що впливають на здоров'я населення. Зазначимо, що в цьому разі йтиметься про емпіричні ймовірності бути здоровими.

Розглянемо окремі аспекти оцінювання різних детермінант. Актуальним напрямом досліджень є вивчення процесів втрати здоров'я населенням, що має значний вплив на всі сфери суспільного життя: економіку, політику, соціальну сферу. У теперішній час важливим для прийняття політичних рішень у цій сфері є оцінювання потенційного економічного зростання за умов покращання здоров'я людей, підвищення тривалості життя на основі зміни системи охорони здоров'я та соціального забезпечення (збільшення інвестицій у цій сфері). Дослідники Дж. Стілвеллі, М. Кларк пропонують здійснити таке оцінювання шляхом визначення зазначених ефектів кількісно та порівняння їх зі стратегіями – зберегти або покращити здоров'я. В їхньому дослідженні на основі макромоделювання проаналізовано три основних параметри: середня очікувана тривалість життя (СОТЖ), середня очікувана тривалість здорового життя (СОТЗЖ) і середня очікувана тривалість працездатного життя (СОТПЖ). Результатом моделювання є висновок, що стратегія «накопичення років здорового життя» є доцільнішою, ніж «накопичення років нездорового життя», але СОТЗЖ має змінюватись швидше, ніж показник «загальне старіння населення» (збільшення СОТЖ) [190].

У дисертації методологія мікроімітаційного моделювання застосовується також для оцінювання показників диференціації здоров'я населення та визначення впливу основних детермінант здоров'я.

Перш ніж розглянути методологічні засади побудови та використання моделі, доцільно навести опис інформаційної бази досліджень.

Синтетична модель сукупності населення сформована на основі репрезентативних масивів даних державних вибірових обстежень умов життя домогосподарств та економічної активності населення. З цих масивів отримані соціально-демографічні характеристики осіб, зокрема дані про стать, вік, сімейний стан, рівень освіти, територіальне розміщення тощо. Крім того, для побудови моделей мікрорівня використані масиви мікроданих Мультиіндикаторного кластерного обстеження 2012 р. та Медико-демографічного обстеження 2013 р. При формуванні загального масиву мікроданих застосовуються як методи дублювання записів, так і акумуляції записів за декілька років.

Сформований масив мікроданих коригується на основі даних макрорівня, зокрема таблиць смертності та оцінок щодо захворюваності населення. Результатом коригування є репрезентативна для населення загалом синтетична сукупність (мікродані), в якій пропорції населення (також чисельності населення) і рівні його захворюваності за статеві-віковими групами та типом місцевості проживання відповідають наявним оцінкам макрорівня.

Таким чином, ідея методу відповідає сучасним підходам до дослідження процесів на основі синтетичних сукупностей. Основними припущеннями є такі:

- результати вибірових обстежень як базові характеристики наявного населення репрезентативно відображають процеси смертності та захворюваності різних груп населення, що спостерігаються у поточному році;

- дані вибірових обстежень репрезентативно відображають структуру населення щодо рівня освіти, сімейного стану тощо;

- урахування даних макрорівня для поточного року забезпечує нівелювання впливу на структуру поточного (статичного) населення процесів народжуваності та міграції для відповідних статеві-вікових груп;

- для двох суміжних статеві-вікових груп відмінностями у розподілі населення за певними характеристиками (рівнем освіти та сімейним станом) можна знехтувати.

Отже, як у таблиці смертності відображається динаміка зменшення (саме через смертність) чисельності умовної групи населення, що характеризується статтю, віком і місцевістю проживання, так і скоригований синтетичний масив даних, виражають співвідношення чисельності аналогічних груп населення (чисельність цих груп розрізняють саме через смертність населення), але з урахуванням, окрім зазначених ознак, також рівня освіти, сімейного стану тощо.

Як свідчать результати виконаних досліджень, використання даних макрорівня при формуванні репрезентативної синтетичної сукупності населення дає можливість достатньо точно відобразити процеси смертності та захворюваності за певними групами населення. На основі показників синтетичної сукупності населення, сформованої з урахуванням даних коротких таблиць смертності за

типами поселень і статтю, а також його захворюваності за цими групами, можна отримати результати оцінювання впливу основних СЕД на стан здоров'я населення.

У дослідженні основним інструментом МІМ є статичні моделі. При використанні статичних моделей з урахуванням соціально-демографічних характеристик населення, як правило, приймається, що зазначені ознаки є фіксованими. Це не слід вважати значним недоліком у моделюванні динамічних процесів на відносно короткотривалих проміжках часу, оскільки при цьому великі зміни щодо інтенсивності цих процесів або структурні зрушення населення мало ймовірні. Однак це може призвести до певного зміщення оцінок при реалізації таких процесів, як масштабна епідемія, різкі зміни у складі домогосподарств, виникнення «буму» народжуваності, або за необхідності середньострокового прогнозування відповідних процесів. Останнє є можливим у разі, коли модель використовується для аналізу впливу поточної політики або запланованих на найближчий період реформ.

Одним із дієвих способів урахування змін у статичних мікроімітаційних моделях є застосування процедури переважування мікроданих – коригування, калібрація моделі сукупності населення. Переважування здійснюється з використанням такого підходу, як калібрація статистичних ваг обстеження, та дає можливість привести мікродані у відповідність до зовнішніх, агрегованих на макро- або мезорівні оцінок показників. За цією процедурою змінюється тільки статистична вага особи, а всі інші показники залишаються незмінними. Як приклади застосування калібрації за МІМ, можна визначити такі моделі:

- поведінкові моделі для вивчення наслідків старіння населення для державної податкової системи та витрат в Австралії [191];
- моделі для прогнозування впливу старіння на розподіл населення між поколіннями та всередині поколінь до 2021 р. у Бельгії.

Як потенційне джерело інформації для врахування демографічних змін на перспективу ефективним є використання демографічних прогнозів, зокрема прогнозів чисельності населення за статево-віковими групами. При побудові

МІМД для України можуть сформуватися можливості для проведення міжрегіональних порівнянь, але для цього потрібно розробити актуальні демографічні прогнози та передбачити використання іншої якісної зовнішньої інформації, наявної як на національному, так і на регіональному рівнях.

Хоча процедура переважування забезпечує коригування даних з урахуванням прогнозованої структури населення та використання існуючих баз даних для попереднього аналізу, слід взяти до уваги можливість виникнення певних проблем. По-перше, за певних умов при переважуванні система статистичних ваг може бути значно викривлена, тобто вона відповідатиме новим прогнозованим оцінкам, але первинні оцінки, що закладались при формуванні масиву мікроданих, не будуть задовольнятися, а основні розподіли населення можуть суттєво змінитися. По-друге, виникає питання порівнянності даних обстеження. В оригінальному масиві мікроданих забезпечується узгодженість ваг і оцінок рівня респондентів та домогосподарств, яка після переважування може бути порушена [192].

Якщо є потреба відповідності змін у прогнозованому періоді (наприклад, 2018 – 2025 рр.) порівняно з базовим роком (2016 р.), то як контрольні змінні треба обирати ті показники, які впливатимуть на результати МІМ. Однак розмах та варіація ваг можуть зростати зі збільшенням кількості контрольованих змінних, а занадто велика кількість таких змінних може навіть призвести до ситуації, коли дані у процедурі переважування взагалі не збігатимуться.

Як свідчать результати проведеного аналізу, найбільш часто використовуються для переважування такі змінні: статево-вікова структура, склад сім'ї, тип місцевості, регіон проживання тощо. Таким чином, для ефективного застосування розроблених у ході дослідження МІМД та врахування демографічних змін пропонуємо використовувати процедуру калібрації статистичних ваг осіб у моделях відповідних синтетичних сукупностей. Для забезпечення зазначених умов оптимальним вважаємо застосування таких контрольних змінних:

- статево-вікова структура населення;

- склад сім'ї (зокрема, кількість домогосподарств, що складаються з 1, 2, 3, 4 і більше осіб, кількість домогосподарств з дітьми і т. ін.);
- частка економічно активного населення.

Демографічний прогноз чисельності населення України до 2060 р. дає можливість контролювати розподіл чисельності населення за однолітніми статеві-віковими групами, що на практиці є занадто детальним розподілом. Для цілей моделювання доцільним є використання більш великих вікових груп з обмеженням їхнього віку, наприклад, вилученням у ході розгляду вікової категорії дітей до 5 років та осіб віком 80 років і старших. Для забезпечення порівнянності зовнішніх даних та даних обстеження замість абсолютних величин оцінок за статеві-віковими групами варто використовувати їхні співвідношення щодо оцінок базисного року.

При застосуванні процедури калібрації ваг слід звертати особливу увагу на те, щоб ступінь коригування статистичних ваг був відносно незначним. Це зумовлено важливістю відображення дизайну вибірки кінцевими вагами [193].

Інформацію щодо складу сім'ї у майбутньому неможливо отримати за даними демографічного прогнозу. Відповідно така інформація у загальному випадку є невідомою. Проте нехтування контролем за структурою домогосподарств може призвести до зміщень оцінок відповідних процесів. Наприклад, ваги домогосподарств із великою кількістю дітей можуть бути завищені, хоча темпи народжуваності при цьому будуть зростатимуть, що може призвести до переоцінки відповідних показників. Таким чином, необхідно контролювати зміни у складі домогосподарств, здійснюючи обережні припущення для забезпечення, щоб мати можливість інтерпретувати результати.

Інтуїтивне припущення щодо невідомих процесів, таких як майбутня динаміка змін у складі домогосподарств, базується на незмінності основних характеристик у часі. Однак припущення, що склад домогосподарств є фіксованим протягом довго тривалого проміжку часу, не може бути правдоподібним. Такий процес, як старіння населення, тобто збільшення чисельності осіб похилого віку та зменшення чисельності дітей, передусім вплине як на середній розмір

домогосподарства, так і на його склад. За відсутності зовнішньої інформації щодо прогнозованих змін у структурі домогосподарств, можна зробити логічне припущення щодо незмінності в часі тільки частки людей, що живуть у сім'ях з певними характеристиками. Наприклад, передбачається, що частка самотніх осіб певного віку залишатиметься незмінною при зміні загальної чисельності осіб цього віку. Із зазначених причин доцільним також є контроль за часткою осіб, які проживають у домогосподарствах із дітьми та без дітей.

Можливим також є здійснення контролю щодо змін частки дорослих осіб, які живуть у сім'ях без дітей:

- частки одинаків, молодших від осіб пенсійного віку;
- частки одинаків пенсійного віку;
- частки осіб, що живуть у парі;
- частки осіб, що живуть у домогосподарстві з більш ніж двома дорослими.

У цьому разі є також можливість контролювати кількість домогосподарств одинаків, якщо їхня чисельність зростатиме серед осіб похилого віку у зв'язку зі старінням населення (збільшення кількості вдівців), а також дорослих, що проживають у домогосподарствах, які складаються з двох осіб та більше. Частка одинаків віком 65 років і вище залишатиметься сталою, хоча їхня чисельність зростатиме через збільшення чисельності населення у цій віковій групі. Слід враховувати, що самотні люди більш уразливі до бідності, і це обумовлює доцільність контролю за цією групою населення.

Третім чинником, який пропонується контролювати при калібрації МІМД з метою урахування змін соціально-демографічних процесів, є частка економічно активного населення. У МІМД за умовами внутрішньої узгодженості рівень зайнятості, як правило, визначається на основі даних щодо відпрацьованого часу. Крім того, зайнятих і незайнятих осіб можна розподілити за статтю та віковими групами. Слід взяти до уваги, що загальний рівень зайнятості може істотно змінитися через структурні зміни (економічні причини), тоді як у межах статевовікових груп він буде фіксованим.

Узагальнена схема авторського методологічного підходу до МІМ для

визначення впливу основних СЕД на стан здоров'я населення України представлена на рис. 2.6.

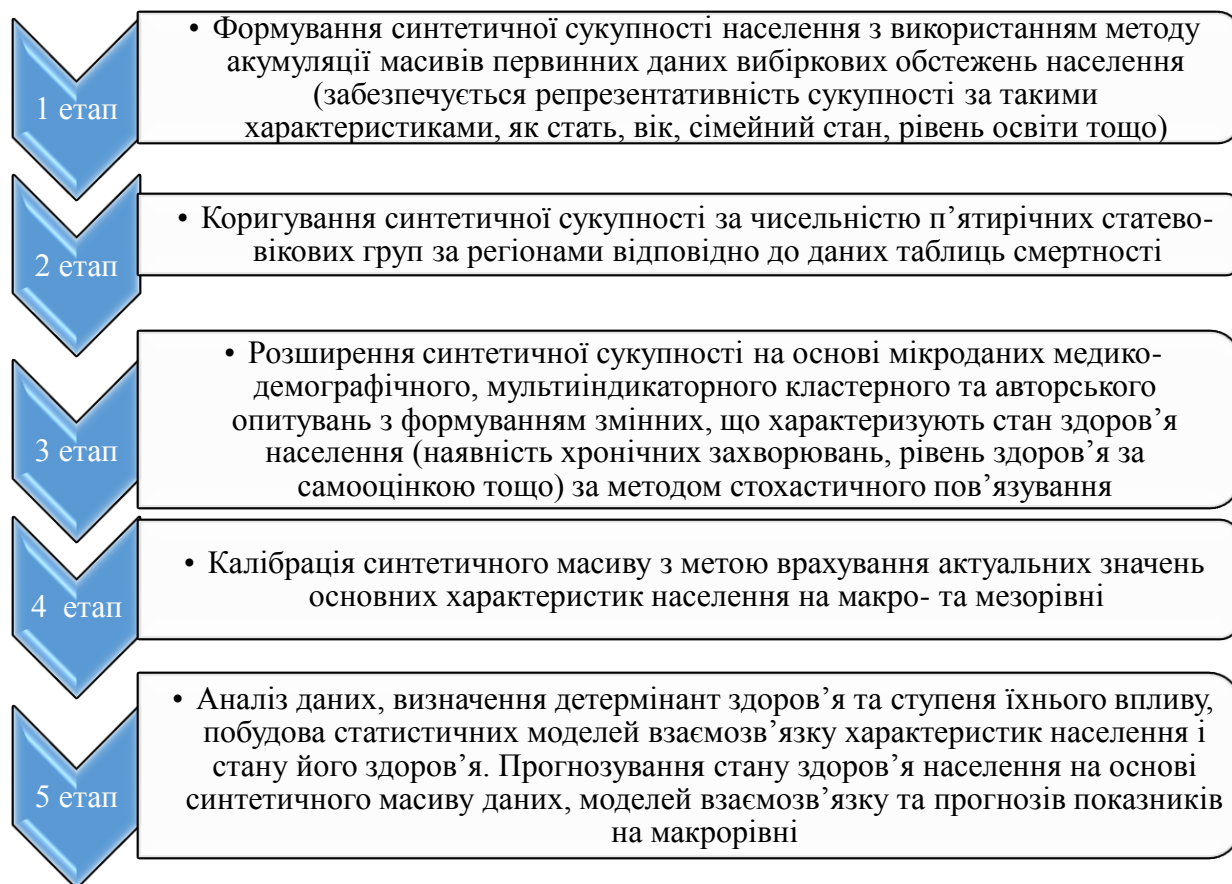


Рис. 2.6. Схема методології мікроімітаційного моделювання соціально-економічних детермінант на стан здоров'я населення України

Джерело: власна розробка автора.

Таким чином розроблений методологічний підхід дослідження впливу СЕД на стан здоров'я є комплексним і системним, враховує наявне інформаційне забезпечення, базується на використанні елементів статистичного та динамічного МІМ, а також певним чином агентському моделюванні та концепції життєвого курсу. Він є базою для оцінювання впливу основних детермінант на здоров'я населення – чисельності здорового населення за віковими та статевими групами з урахуванням соціально-економічних характеристик осіб. Результати оцінювання відображені у наступних розділах дослідження.

Висновки до другого розділу

Висвітлено особливості сучасного інформаційного забезпечення стану здоров'я та СЕД, які його визначають. Стверджується, що сучасна статистика здоров'я населення в Україні недостатньо комплексна, адже індикатори медичної, демографічної, соціальної, економічної, екологічної та інших напрямів статистики недостатньо пов'язані між собою і здебільшого мають відокремлений характер. Разом з тим, зазначено, що за останні десятиріччя Україна поступово адаптує власну систему статистичного обліку до міжнародних та європейських стандартів і має у цьому напрямку певні успіхи.

Таким чином, констатовано, що, незважаючи на доволі великий масив інформації про СЕД здоров'я населення, які наводять різні як офіційні, так і неофіційні джерела, їхня якість та кількість недостатні для ґрунтовного аналізу. Це стосується як статистичних даних про здоров'я населення, так і даних про основні детермінанти: дохід, освіту, соціальний капітал тощо.

Встановлено, що проблеми з отримання інформації щодо стану здоров'я населення насамперед стосуються здійснення обліку захворюваності. Визначені причини цієї ситуації. По-перше, за існуючої системи організації надання медичної допомоги захворюваність обліковується за місцем звернення хворого, що часто не відповідає його місцю проживання, адже основні провідні медичні установи розташовуються в обласних центрах і м. Києві. По-друге, реєстрація хвороби здійснюється за фактом звернення населення до медичної установи. При цьому частина хворих навіть за наявності хвороби не звертається по медичну допомогу, а інші особи, навпаки звертаються без гострої на це потреби. По-третє, через низьку мотивацію медичних працівників, на яких покладено обов'язки обліку захворюваності, останні не завжди виконують це пунктуально. У результаті не певним чином спотворює облік.

Зазначено, що існують також проблеми з обліком смертності та інвалідності. Так, не завжди встановлюється справжня причина смерті через відсутність розтину тіла померлого або низьку кваліфікацію відповідного персоналу. З'ясовано, що частина офіційно зареєстрованих інвалідів в Україні насправді не відповідає

такому статусу за наявним станом здоров'я. Через низький рівень доходів частина населення прагне отримати інвалідність, щоб покращити власне матеріальне становище, а корумпованість у медицині цьому сприяє. Натомість люди, які насправді потребують статусу інваліда, не завжди його отримують.

Недостатньо повною визнана статистична інформаційна база для оцінювання СЕД, які можуть визначати здоров'я українців. Одними з детермінант є офіційні статистичні дані, однак через суб'єктивні чи об'єктивні причини вони не відображають повною мірою реальної ситуації. Зазначено, що насамперед стосується доходів і часткової зайнятості населення, облік яких не досконалий, оскільки частина доходів приховується і значна частка тих осіб, які працюють, отримує доходи, більші за офіційні. Частина працюючого населення взагалі не обліковується та вважається незайнятою, хоча насправді маємо інший стан справ.

Недостатність, а інколи відсутність необхідної інформації щодо СЕД здоров'я населення, особливо стосовно умов РПЖ, потребує проведення соціологічного опитування, мета якого – уточнення та доповнення даних про стан здоров'я населення України та СЕД, які його визначають. Отримана інформація дала змогу зрозуміти причини сучасного незадовільного стану здоров'я населення, причинно-наслідкові зв'язки між СЕД і нерівністю щодо здоров'я населення і на підставі цього посилити заходи з його збереження та зміцнення, виокремити пріоритетні напрями соціально-економічної політики з урахуванням особливостей дії соціально-економічних та інших детермінант на здоров'я населення.

Запропоновано систему індикаторів СЕД здоров'я населення, що відповідає вимогам і містить в себе безпосередньо індикатори здоров'я населення та індикатори СЕД здоров'я населення. Залежно від рівня оцінювання останні поділені на три підгрупи: контекстуальні, структурні та процесуальні. Відбір індикаторів здійснено за певними вимогами. Зокрема, встановлено, що джерела їхнього походження мають мати високу надійність, а індикатор бути ілюстративним і яскраво характеризувати об'єкт дослідження. Визначено, що це важливо з позиції того, що від вибору індикаторів залежать масштаб та об'єктивність оцінювання стану здоров'я населення і СЕД, що зумовлюють його

нерівність серед населення на подальшому етапі дослідження та у підсумку, формування базисних принципів політики соціальної справедливості щодо здоров'я населення та розробка моделі розвитку системи охорони здоров'я на основі СЕД.

На окрему увагу заслуговує розробка методики оцінювання умов РПЖ та їхнього впливу на стан здоров'я і нерівність у здоров'ї у дорослому житті. Для цього запропоновано використовувати індекс умов РПЖ, який розраховується як середня арифметична сума підіндексів, які характеризують умови РПЖ: підіндекс добробуту у РПЖ; підіндекс соціального капіталу у РПЖ; підіндекс санітарної грамотності у РПЖ; підіндекс фізичної активності у РПЖ; підіндекс профілактики хвороб та оздоровлення у РПЖ; підіндекс якості харчування у РПЖ.

Класичний методологічний апарат оцінювання здоров'я населення та його детермінант, який охоплює методи кореляції та логістичної регресії, доповнено МІМ, завдяки якому соціально-економічні процеси на будь-якому рівні агрегації можна пояснити через спостереження за цими одиницями на макрорівні, їхньою поведінкою та взаємодією. Доцільність використання МІМ для оцінювання показників диференціації здоров'я населення та визначення впливу основних детермінант здоров'я обґрунтовано тим, що при МІМ моделювання на рівні осіб, сімей або домогосподарства здійснюється з урахуванням стохастичних закономірностей розвитку процесів і стохастичного характеру параметрів взаємодії одиниць сукупності.

Враховуючи наявне інформаційне забезпечення для оцінювання СЕД нерівності у здоров'ї населення, запропоновано використовувати елементи статистичного та динамічного МІМ, а також певним чином агентське моделювання і концепцію життєвого курсу.

Розроблена авторська схема методології МІМ СЕД на стан здоров'я населення України містить п'ять етапів: від формування синтетичної сукупності населення з використанням методу акумуляції масивів первинних даних державних вибіркового обстежень населення до аналізу даних, визначення детермінант здоров'я та ступеня їхнього впливу, побудови статистичних моделей взаємозв'язку

характеристик осіб і стану їхнього здоров'я. Таким чином, сформована методологія масиву синтетичних даних є основою для оцінювання впливу основних детермінант на нерівність у здоров'ї населення – чисельності здорового населення за віковими та статевими групами з урахуванням соціально-економічних характеристик осіб.

РОЗДІЛ III

СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

3.1. Здоров'я населення України: стан, динаміка та структурно-порівняльний аналіз з країнами Європейського Союзу

3.1.1. Оцінювання смертності та середньої очікуваної тривалості життя

Виокремлення соціально-економічних та інших детермінант, які визначають здоров'я населення України, має базуватись на результатах оцінювання передумов його формування, сучасного стану і трендів розвитку. Тільки ґрунтовне дослідження глибинних причин існуючих тенденцій дасть можливість виробити ефективні заходи збереження та зміцнення здоров'я населення.

Більшість науковців та практиків, які досліджують стан здоров'я населення в Україні [34; 37; 194], доходять висновків про повільну динаміку його поліпшення за останні десятиріччя, а сучасний стан оцінюють як незадовільний. Можна констатувати, що проблеми із здоров'ям населення мають системний характер. Разом із тим, доводиться визнати, що драматичні події на сході країни, погіршення політичної та економічної ситуації за останній період тільки посилюють попередні тенденції та ускладнюють становище.

Для обґрунтування ролі СЕД у здоров'ї населення України передусім потрібно:

1. Виявити тенденції та оцінити індикатори здоров'я населення України, перелік яких подано вище (п. 2.2, рис. 2.2). При цьому принциповим є врахування:

– демографічних особливостей формування здоров'я за віком та статтю. Аналіз цих особливостей дасть можливість оцінити ступінь нерівності у здоров'ї чоловіків і жінок з урахуванням вікових змін. Важливу роль у цьому разі відіграватиме вивчення стану здоров'я особи у РПЖ (0–17 років);

– територіальної нерівності у стані здоров'я населення, у тому числі між представниками міських поселень і сільської місцевості. Оцінка регіональних відмінностей має стати підґрунтям для дослідження ступеня залежності (кореляції) між здоров'ям населення та детермінантами, які його визначають, що дасть змогу

окреслити пріоритети політики щодо збереження здоров'я населення в окремих територіальних одиницях чи населених пунктах;

– суб'єктивних та об'єктивних обставин, від яких залежить достовірність статистичної інформації про здоров'я та використаних даних із різних джерел.

Такий підхід до оцінювання сучасного стану здоров'я населення дає змогу виокремити основні причини смертності, захворюваності та інвалідності за статеві-віковими і територіальними (за типом поселення) групами населення, що є підґрунтям для оцінки СЕД, які визначають здоров'я населення.

2. Здійснити порівняльний аналіз показників здоров'я населення України та країн Європи для визначення масштабу проблеми. Середньоєвропейські показники у цьому разі є стандартом, з яким зіставляються дані про здоров'я населення України.

Демографічна ситуація в Україні тривалий період залишається доволі складною. За станом на 1.01.2017 р. чисельність наявного населення України становила 42,6 млн. осіб¹, тобто на 9,2 млн. осіб менше, ніж у 1990 р. За період з 1990 по 2013 р. чисельність населення країни зменшилась на 6,4 млн. – з 51,8 до 45,4 млн.

Серед демографічних проблем в Україні особливо гострою є висока **смертність населення**. За останні два десятиріччя в Україні щороку помирає щонайменше 660 тис. осіб.

Стандартизований коефіцієнт смертності (СКС), розрахований прямим методом стандартизації за європейським стандартом чисельності населення (ESP2015) [195], від усіх причин смерті як серед усього населення, так і серед населення 0-64 роки, в Україні залишається одним із найвищих в Європі (рис. В.1., дод. В). І це незважаючи на те, що з 2005 р. коефіцієнт стабільно знижувався і у 2015 р. досягнув значення 1004,3 на 100 000 осіб (рис. 3.1–3.2). При цьому слід зауважити, що ДССУ України працює в специфічних умовах, коли інформація з окупованої території Донецької та Луганської областей потребує уточнення. Відповідно офіційні статистичні дані за 2014–2017 рр. можуть мати значну похибку. Емпіричний погляд на ситуацію, що склалась, спонукає до висновків, що зростання показників смертності є більш реальним, ніж їхнє зниження чи стабілізація.

¹ Без урахування населення тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя.

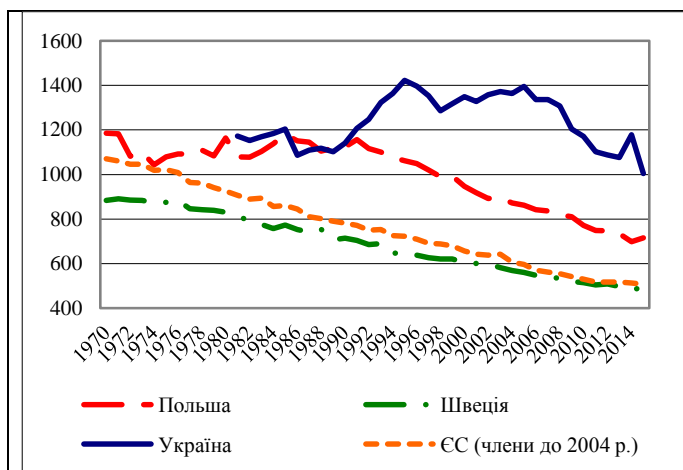


Рис. 3.1. Динаміка стандартизованого коефіцієнта смертності від усіх причин смерті в Україні та окремих країнах ЄС за 1970-2015 рр. (на 100 000 осіб)

Джерело: побудовано автором за [196; 197]

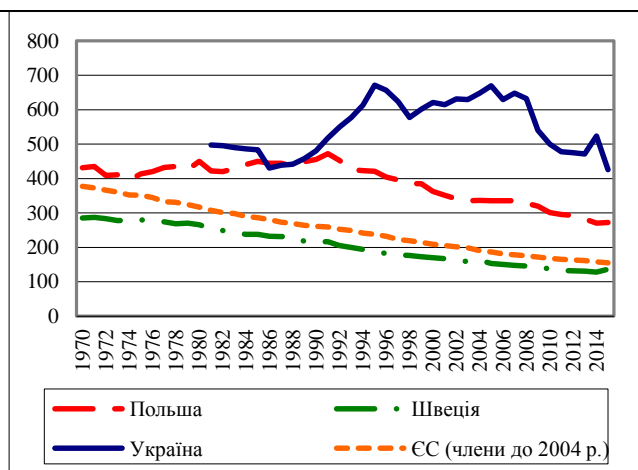
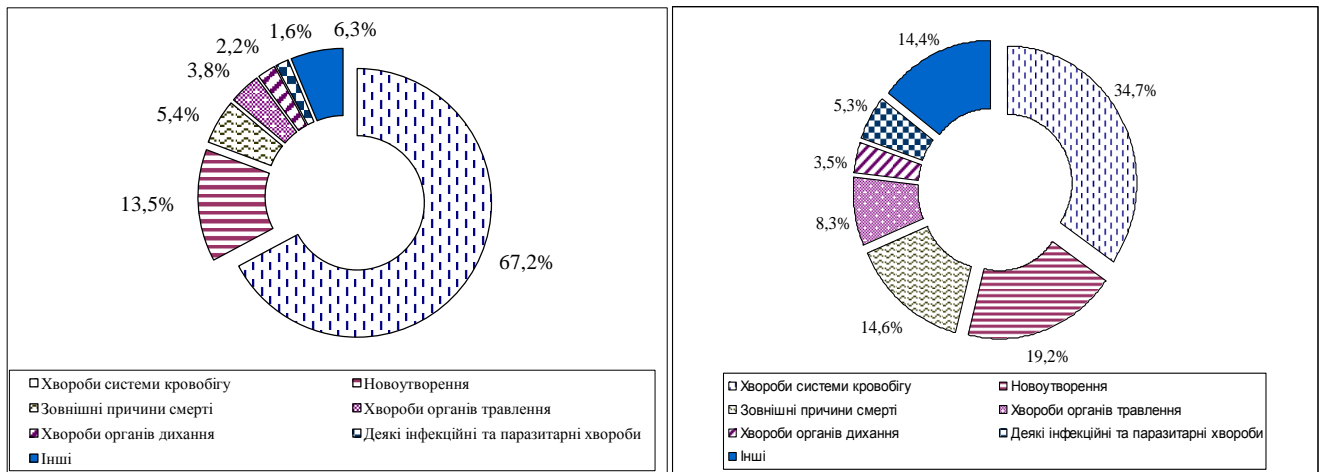


Рис. 3.2. Динаміка стандартизованого коефіцієнта смертності населення віком 0–64 роки від усіх причин смерті в Україні та окремих країнах ЄС за 1970-2015 рр. (на 100 000 осіб відповідного віку)

Джерело: побудовано автором за [196; 197]

Структурний аналіз смертності пов'язаний із вивченням її *причин*. Переважаючою причиною смертності населення в Україні є хвороби системи кровообігу (68,0%). Високий відсоток також припадає на такі причини: новоутворення (13,4), зовнішні (5,8), хвороби органів травлення (3,8) (рис. 3.3). Проте структура причин смерті населення віком 0–64 роки дещо інша. У цьому віці основною причиною смерті також є хвороби системи кровообігу, однак їхня частка становить 34,7%. При цьому суттєво більша частка померлих від новоутворень – 19,2% та зовнішніх причин – 14,6%.

Структура смертності за причинами визначаються опосередкованим впливом комплексу детермінант – біологічних, соціально-економічних, культурно-побутових, природно-екологічних. Велике значення при цьому має доступність медичної допомоги, що обумовлює рівень боротьби з тими чи іншими класами хвороб. Власне через це структура смертності за причинами змінюється з часом. У 1990 р. структура і ступені впливу детермінант були одні, зараз – інші. Причому дія біологічних детермінант приблизно однакова, тоді як дія СЕД змінюються з часом.



а) все населення

б) населення віком 0–64 роки

Рис. 3.3. Структура смертності населення України за причинами смерті у 2016 р.

Джерело: побудовано автором за [197].

За період від 1990 р. і донині в структурі смертності як усього населення, так і населення віком 0–64 роки, зростає частка смерті від хвороби системи кровообігу (на 8,5% та 2,7% відповідно), інфекційних і паразитарних хвороб (на 0,7% та 3,0% відповідно) і хвороб органів травлення (на 1,2% та 4,3%) (рис. В.2., дод. В). Особливе занепокоєння викликає значне зростання частки інфекційних і паразитарних хвороб, серед яких понад 90% припадає на туберкульоз та ВІЛ. Це соціально спричинені хвороби, пов'язані з впливом СЕД та недостатньою відповідальністю осіб за стан свого здоров'я. З огляду на це дослідження ступеня цієї зумовленості має пріоритетне значення.

Практично за всіма причинами смерті СКС в Україні вищі за відповідні коефіцієнти країн ЄС, особливо це стосується інфекційних та паразитарних хвороб і хвороб системи кровообігу. Винятком є СКС від злоякісних новоутворень (окрім СКС від злоякісного новоутворення шлунка).

Найбільш поширеними причинами смерті в Україні тривалий час і зараз є *хвороби системи кровообігу*. З них на ішемічну хворобу серця та цереброваскулярні захворювання припадає 88,3% (від кількості населення загалом) та 81,2% (населення віком від 0 до 64 років), тобто вони становлять більшість серед причин смертності. Хоча тенденції до зниження СКС від цих хвороб, які спостерігаються з 2005 р., не

можуть ліквідувати значного розриву між показниками рівня смертності в Україні та країнах ЄС (рис. 3.4). Особливо це стосується ішемічної хвороби серця, смертність від якої в Україні вища за ЄС майже у 8 разів. При цьому за даними досліджень, проведених під егідою Світового банку, в Україні за допомогою профілактичних та лікувальних заходів можна запобігти щонайменше 17% смертей, спричинених ішемічною хворобою серця [198].

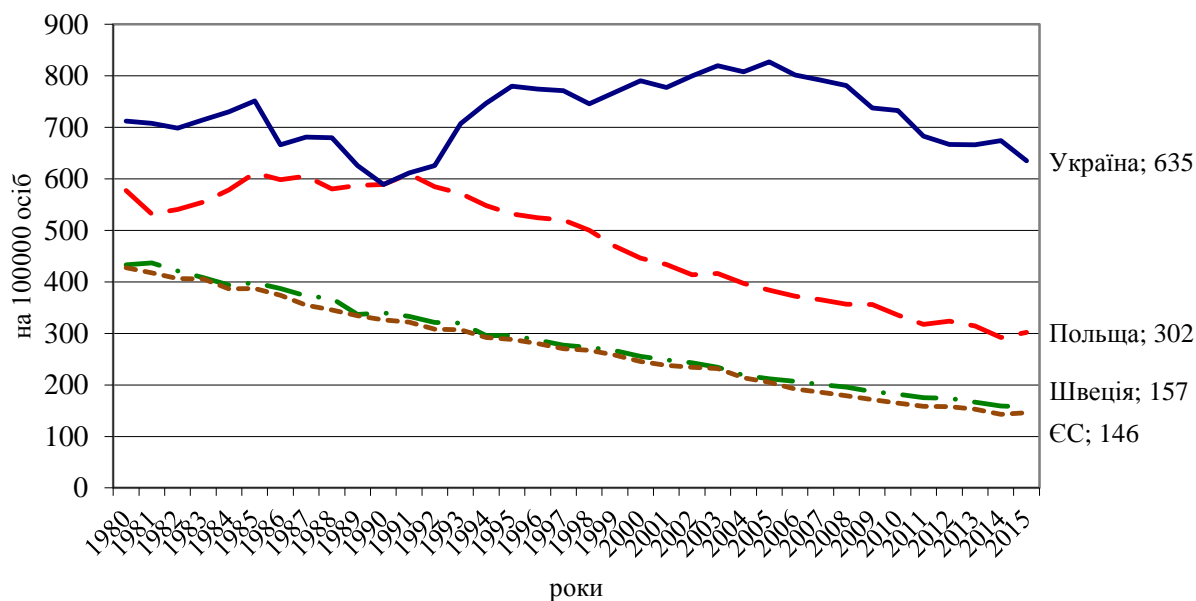


Рис. 3.4. Динаміка стандартизованого коефіцієнта смертності від хвороб системи кровообігу в Україні та окремих країнах ЄС у 1980–2015 рр. (на 100 000 осіб)

Джерело: побудовано автором за [196].

Церброваскулярні хвороби належать до переліку причин смерті, яким можна запобігти. Однак у нашій країні від них помирають частіше, ніж в ЄС, у 4 рази, а серед населення віком від 0 до 64 – у 7 разів. Загалом смертність від інсульту та ішемічної хвороби серця є характерною та дуже негативною ознакою смертності не тільки населення літнього віку, але віком 25–49 років яка з'явилась за останні десятиріччя в Україні.

Крім детермінант індивідуальної поведінки щодо свого здоров'я, рівень смертності від хвороб системи кровообігу суттєво залежить від своєчасно наданої кваліфікованої медичної допомоги. В Україні така допомога не завжди надається, особливо це стосується сільської місцевості. Крім цього, важливим медичним

аспектом зазначеної проблеми є те, що високий рівень смертності від зазначених захворювань зумовлений недостатнім рівнем виявлення хвороб на ранніх стадіях, незадовільною організацією процесу діагностики та лікування, обмеженою доступністю сучасних методів лікування, низьким рівнем оснащення закладів охорони здоров'я необхідним обладнанням, недостатньою поінформованістю населення про чинники ризику та можливості запобігання хворобам системи кровообігу [34, с. 81].

Другою у структурі причин смертності в Україні є новоутворення, насамперед злоякісні. При цьому питання високої смертності від цього класу хвороб постає перед усіма без винятку країнами світу, в тому числі й економічно розвиненими. Однак в останніх це найбільше стосується населення старших вікових груп (65 років і старші). У молодших вікових групах у цих країнах за останній період досягнуті певні успіхи у зниженні рівня смертності практично від всіх видів злоякісних новоутворень. Варто також зауважити, що існує проблема реєстрації за деякими причин смерті, зокрема злоякісних новоутворень. Те, що в Україні *смертність від злоякісних новоутворень* не є надвисокою, пов'язують з тим, що зараз частина «потенційних жертв» новоутворень помирає від серцево-судинної патології, таким чином знижуючи онкологічну смертність [199, с. 38].

Натомість в Україні смертність від злоякісних новоутворень є більш «молодою» порівняно з країнами ЄС. У групі населення від 0 до 64 років від цих хвороб помирають частіше, ніж в Європі. Особливо високий в Україні показник СКС від злоякісних новоутворень у віковій групі 30–44 роки – це найвищий коефіцієнт серед країн Європи загалом (дод В.3). Суттєві відмінності у показниках можуть свідчити про те, що в Україні профілактика та лікування онкологічних захворювань є недостатньо ефективною, тому летальність від цих хвороб вища, ніж у європейських країнах [200].

Найбільш високим показником серед різних причин смертності від злоякісних новоутворень порівняно з європейськими країнами є рівень смертності від злоякісних новоутворень шлунка (табл. В.1., дод. В). СКС від названої хвороби в Україні вищий за середній по ЄС у 5 разів (населення загалом) та в 7 разів (серед населення віком 0–

64 роки). Базуючись на фактичних даних про основні чинники ризику виникнення раку шлунка [201; 34, с. 97], можна констатувати, що детермінантами здоров'я у цьому разі можуть бути такі: індивідуальна поведінка щодо здоров'я (відмова від тютюнопаління, вживання міцних алкогольних напоїв, великої кількості вуглеводної та солоної їжі, а також необхідність споживання у великій кількості свіжих фруктів і овочів, цитрусових та інших антиоксидантів).

Третьою за вагою причиною смерті в Україні є *смертність від травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх причин* (далі – *зовнішні причини*). Втрати, яких зазнає Україна від причин смерті цього класу, не менші, як серед осіб віком до 70 років. Вони також набагато вагоміші, ніж втрати від злоякісних новоутворень (серед чоловіків віком до 45 років навіть більші, ніж від хвороб системи кровообігу) [199, с. 38]. Разом з цим, різниця показників рівня смертності від зовнішніх причин в Україні та країнах ЄС доволі суттєва і становить 2–3 рази (рис. 3.5). Причому найбільший цей показник для населення віком 0–64 роки, зокрема із Швецією значення різниці дорівнює 3,5 разу. Спостерігається зростання СКС унаслідок транспортних нещасних випадків і нападу з метою убивства або нанесення тілесних ушкоджень. Необхідно також зазначити, що статистику нещасних випадків, отруєнь і травм в Україні не можна вважати об'єктивною та достовірною, оскільки певна їхня частина прихована в інших класах причин смерті, насамперед у класі неуточнених та невідомих причин [34, с. 88].

Серед зовнішніх причин смертності перше місце посідає навмисне самоушкодження (21,2% випадків). Одним із чинників ризику самогубств науковці [202, 203] визначають соціально-економічну та політичну нестабільність, що призводить до соціальних стресів (зростання безробіття, злочинності, катастроф та ін.). В Україні СКС від названої причини суттєво зріс у 90-х рр. ХХ ст. та, незважаючи на зниження впродовж 2000–2013 рр., простежуємо зростання цього коефіцієнта саме у 2014–2016 рр., коли соціально-економічна та політична нестабільність була важливим чинником впливу, що доводить припущення про взаємозв'язок соціально-економічної ситуації та смертності від самоушкоджень.

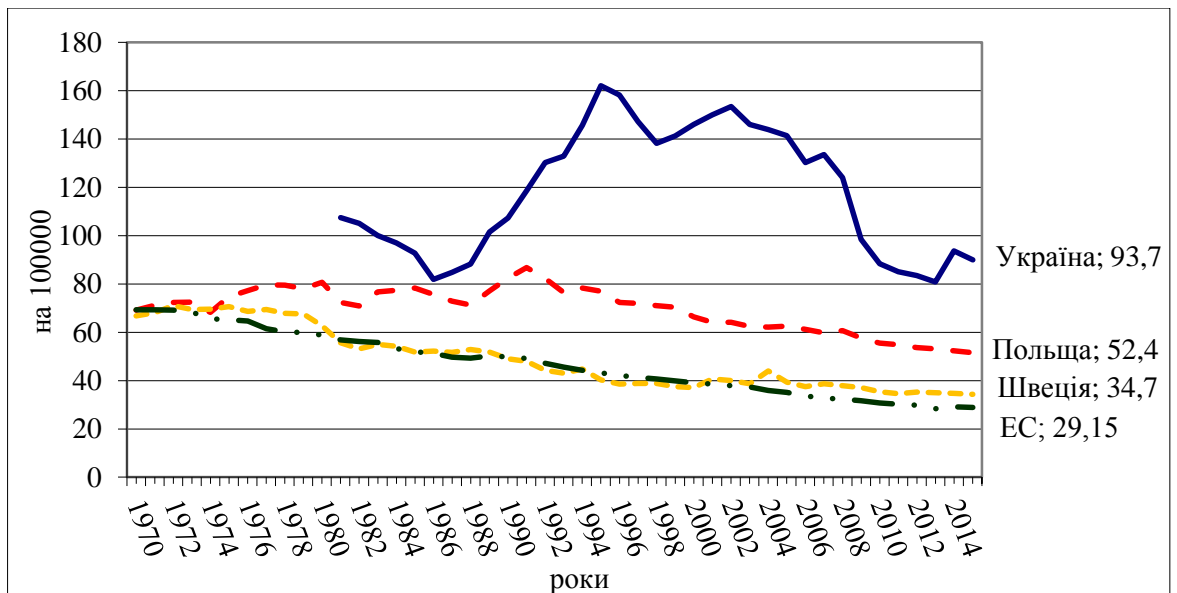


Рис. 3.5. Динаміка стандартизованого коефіцієнта смертності від зовнішніх причини в Україні та окремих країнах ЄС у 1970–2015 рр.

(на 100 000 осіб)

Джерело: побудовано автором за [197]

Друге місце серед зовнішніх причин смертності посідають випадкові отруєння, спричинені отруйними речовинами. На них припадає 15,1% смертей від усіх зовнішніх причин. Важливим є те, що 2/3 випадкових отруєнь викликані алкоголем. Різниця у показниках смертності від випадкових отруєнь між Україною та країнами ЄС є значною, хоча суттєво зменшилась за 2004–2011 рр. (рис. В.3., дод. В). Покращенню ситуації сприяло посилення державного контролю за виробництвом і обігом спирту та алкогольних напоїв [204; 205]. Цей факт доводить значимість державного управління у формуванні здоров'я населення та його індивідуальних взірців. Загалом детермінанти випадкових алкогольних отруєнь, як і більшості причин смерті, мають три рівні: проксимальний (державне управління, рівень корупції та інші, які визначають доступність і якість алкогольної продукції), структурний (сприйняття або несприйняття алкоголю у соціумі, соціальні катаклізми, освітній рівень населення, рівень виховання, культури, релігійності тощо), дистальний (індивідуальні патерни щодо споживання алкоголю, психологічні та біологічні детермінанти). Погоджуємося з думкою тих науковців, які провідну роль серед перелічених детермінант відводять соціально-економічним [206–207].

Важливу роль у зниженні смертності відіграє зменшення кількості нещасних випадків, пов'язаних із транспортом, на які припадає 13,7% смертей від зовнішніх причин. Смертність з цієї причини можна звести до мінімуму шляхом розширення просвітницької діяльності, покращення стану доріг, посилення відповідальності за правопорушення, уникнення корупції в дорожній поліції та підвищення рівня громадської свідомості. Особливу увагу слід приділити зменшенню вживання алкоголю населенням і посиленню превентивних заходів керування автотранспортним засобом у нетверезому стані, адже щороку через це в Україні гине понад 4 тис. осіб та понад 30 тис. травмується (у 2016 р. відповідно 4003 та 31600 особи) [208]. більшість загиблих внаслідок ДТП становлять особи працездатного віку, переважно чоловіки. Саме в цьому напрямку для України є потужні резерви. Щоб зростання СКС від зовнішніх причин, зафіксоване у 2014 р., не набуло системного характеру, необхідно вжити максимальних заходів для його стабілізації. Зокрема смертність внаслідок ДТП реально може бути зменшена шляхом спільних зусиль як учасників дорожнього руху, так і держави. Першим кроком у цьому напрямі має бути внесення змін у Закон України «Про дорожній рух», а також провадити роз'яснювальну роботу із визначеними статеві-віковими групами [209].

Смертність через *хвороби органів травлення* в Україні також суттєво вища, ніж у країнах ЄС. СКС від цього класу хвороб в нашій країні становить 50,1 особи на 100000 населення. Більшість померлих це особи до 65 років. Для населення цього вікового інтервалу СКС становить 43,0 особи на 100000 населення (рис. 3.6). Гіпотетично високий рівень смертності від цієї причини може бути зумовлений зовнішніми детермінантами, пов'язаними, з одного боку, з безпечною індивідуальною поведінкою та низькою відповідальністю населення за стан свого здоров'я та вживання недоброякісних продуктів харчування, зловживання алкогольними напоями, тютюнопаління тощо, а з іншого боку, низькою соціальною відповідальністю бізнесу через виробництво неякісних, «нездорових» продуктів харчування та недостатнім контролем за цим процесом зі сторони державних структур.

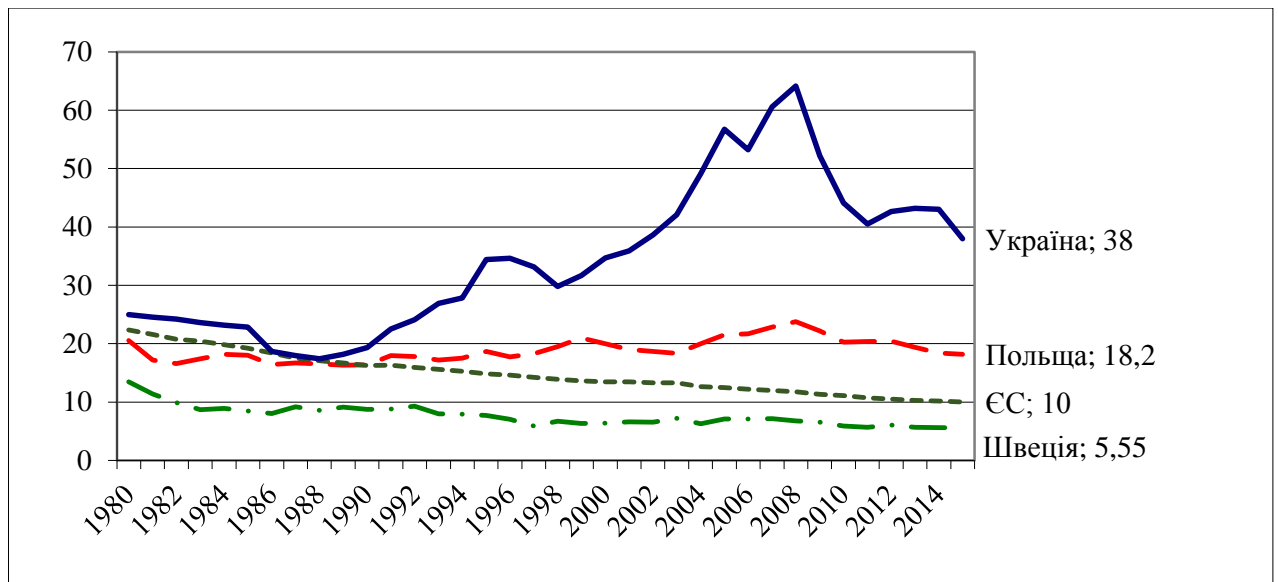


Рис. 3.6. Динаміка стандартизованого коефіцієнта смертності від хвороб органів травлення серед населення віком 0–64 роки в Україні та окремих країнах ЄС у 1980–2015 рр.

Джерело: побудовано автором за [196]

Відносно країн ЄС високі смертності в Україні від *інфекційних та паразитарних хвороб*. Смертність цього класу хвороб на 49% викликана туберкульозом і на 41% СНІДом. Надвисокий порівняно із середньоєвропейським рівень захворюваності та смертності з цих хвороб потребує уточнення детермінант, які їх спричиняють, і вжиття заходів, які б дали змогу їх скоротити.

СКС від туберкульозу в Україні зростав з 1990 по 2005 р., досягнувши значення 24,3 особи на 100000 населення в 2005 р., який можна вважати піком епідемії на цю хворобу в нашій країні. Починаючи з 2006 р., завдяки програмам боротьби із цим захворюванням, покращенню добробуту населення вдалось суттєво зменшити смертність від цієї хвороби. Однак темпи цього скорочення щороку знижуються. У 2016 р. СКС від туберкульозу становив 10 осіб на 100000 населення, що є вищим, коефіцієнтом ніж 30 років тому, та суттєво більшим за показники країн ЄС (у 3 рази). Серед населення України існує достатньо велика група ризику, для якої ймовірність захворіти на туберкульоз є високою, насамперед до неї належать маргінальні верстви. Погіршення життєвого рівня населення за останній період не дає підстав вважати, що чисельність зазначеної категорії населення зменшиться, а

темпи зниження СКС від туберкульозу будуть доволі високими. Практично більшість науковців [210], у тому числі й експерти ВООЗ [211], вказують вирішальну роль у захворюваності на туберкульоз СЕД. Зокрема, до десяти фактів, які стосуються несправедливості щодо здоров'я, та їхніх причин ВООЗ зараховує той, що туберкульоз є хворобою бідних верств населення. Близько 95% смертей від туберкульозу припадає на країни, що розвиваються.

Крім цього, захворюваність на туберкульоз і смертність від нього взаємопов'язують із захворюванням на ВІЛ, адже такі хворі більш вразливі, а отже, частіше хворіють на туберкульоз. Чисельність ВІЛ-інфікованих в Україні зростає, як і смертність від цієї хвороби. На даний час рівень смертності від СНІДу в рази перевищує показники країн ЄС (рис. 3.7).

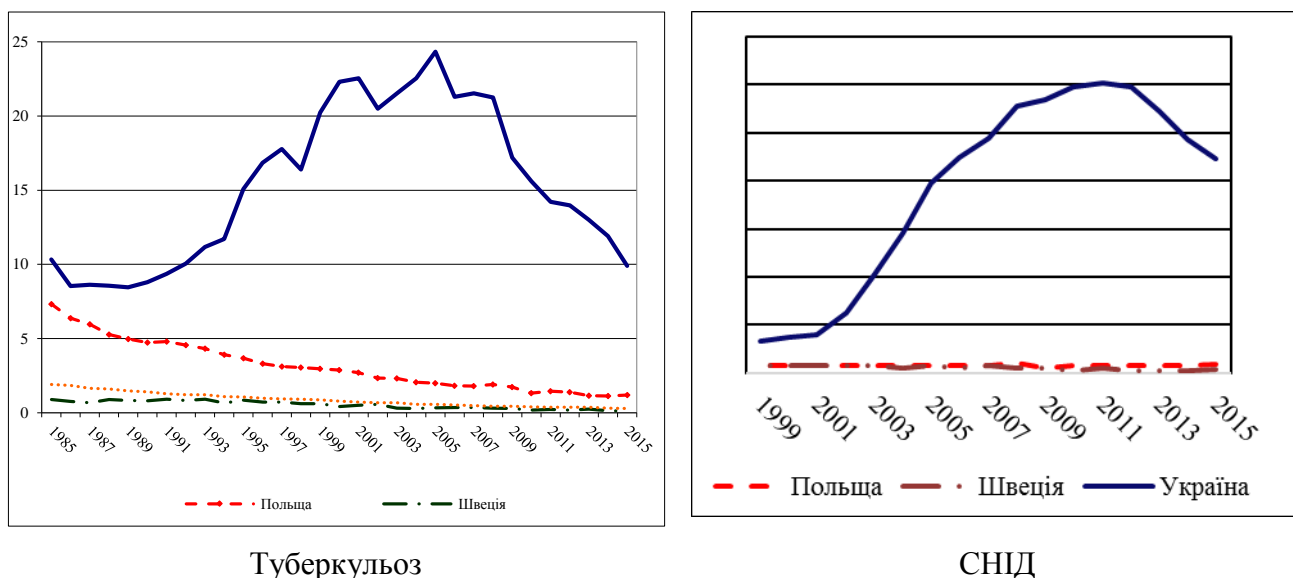


Рис. 3.7. Динаміка стандартизованого коефіцієнта смертності від туберкульозу та СНІДу в Україні та окремих країнах ЄС у 1980–2015 рр. (на 100 000 осіб)

Джерело: побудовано автором за [196]

З метою оцінювання здоров'я населення та можливих СЕД, які його визначають, доцільним є дослідження вікових особливостей смертності. За 1990–2005 рр. в Україні смертність знизилась лише серед дітей та підлітків до 19 років. У всіх інших вікових категоріях во на зросла (рис. В.4., дод. В).

При цьому у всіх вікових групах до 80 років в Україні рівень смертності вищий, як у Швеції, не менш ніж у 2 рази. Це свідчить про системні проблеми в питанні збереження здоров'я населення. Однак найбільш проблемною є ситуація у віковому інтервалі від 30 до 49 років. Коефіцієнти смертності населення цієї вікової групи перевищують шведські аналоги у 4,5–6,1 разу (рис. 3.8).

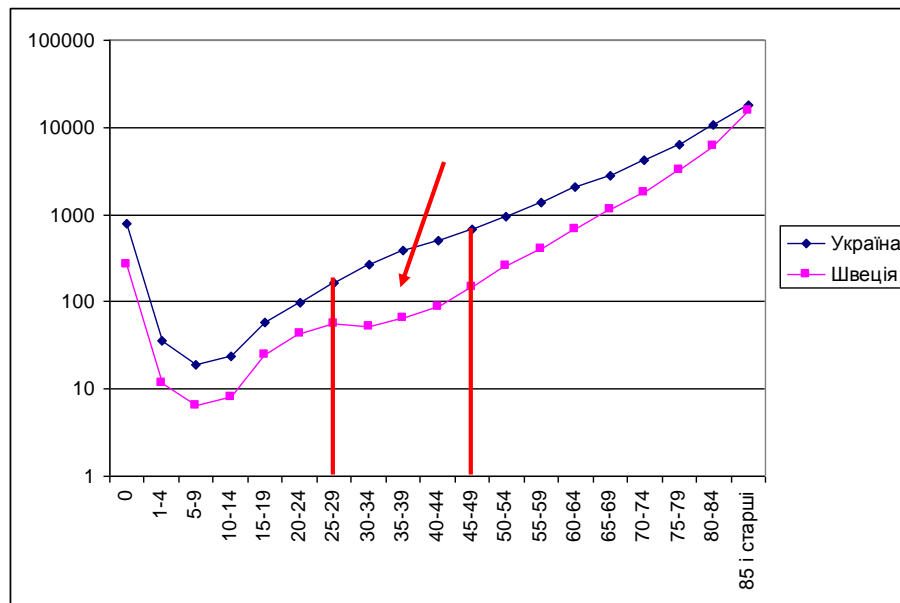


Рис. 3.8. Вікові коефіцієнти смертності населення України та Швеції у 2015 р.
(логарифмічна шкала) (на 100 000 населення)

Джерело: побудовано автором за [196; 197]

У табл. 3.1 представлені вибіркові дані щодо смертності населення віком 40–44 роки по країнах, які були обрані для порівняння стану здоров'я населення України: Польщі та Швеції. За наведеними у табл. 3.1 даними можна зробити висновок, що суттєві відмінності у рівні смертності між країнами є не тільки серед населення загалом, а й за окремими його віковими групами, зокрема у представленій групі осіб віком 40–44 роки. Для одних хвороб ці відмінності більш значні, зокрема для ішемічної хвороби серця (між Україною та Швецією різниця становить 85 разів), для інших – менш помітні, як наприклад, для цукрового діабету. Однак у будь-якому разі вони існують у всіх вікових групах і значною мірою можуть бути пов'язані з СЕД.

Таблиця 3.1

Стандартизовані коефіцієнти смертності населення віком 40–44 роки від окремих хвороб в Україні, Польщі та Швеції у 2013 р. (на 100 000 осіб)

		Україна	Польща	Швеція
1	Ішемічна хвороба серця	52,93	2,15	0,62
2	Пневмонія	14,21	2,00	0,16
3	Злоякісні новоутворення трахеї, бронхів і легенів	7,05	3,98	2,34
4	Злоякісне новоутворення шлунка	6,02	3,43	0,31
5	Цукровий діабет	2,59	2,58	1,5

Джерело: побудовано автором за [196; 197].

Загалом, структурний аналіз смертності за віком і причинами смертності дає підстави стверджувати, що існує кілька класів захворювань, через які рівень смертності населення віком 30–49 років є надвисоким (порівняно з показником для населення загалом). Це, зокрема, зовнішні причини, хвороби системи кровообігу, інфекційні та паразитарні хвороби, злоякісні новоутворення і хвороби органів травлення (рис. 3.9).

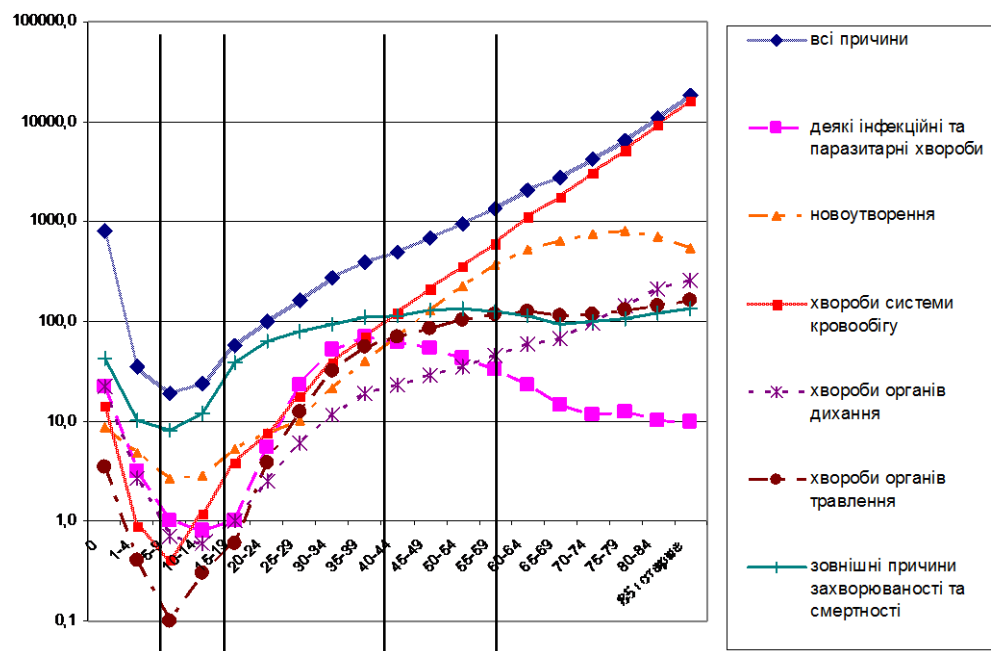


Рис. 3.9. Розподіл стандартизованого коефіцієнта смертності за причинами смерті та віком в Україні, у 2016 р. (логарифмічна шкала) (на 100 000 осіб)

Джерело: розраховано автором за: [196]

Загалом проблеми надвисокої смертності у працездатному віці, особливо серед чоловіків, давно досліджують українські науковці [35], однак суттєвого зниження її рівня не досягнуто. Однією з причин такого явища є низькоефективна державна політика у сфері охорони здоров'я населення, побудована з недостатнім урахуванням СЕД смертності, насамперед проксимального та структурного рівнів. Крім цього, у працездатному віці на здоров'я активно починають впливати ті умови, в яких зростала і виховувалась людина, тобто її РПЖ, що також потребує уваги під час вироблення демографічної та соціально-економічної політики.

Логічним продовженням аналізу сучасного стану здоров'я населення є оцінювання середньої очікуваної тривалості життя (СОТЖ), значення якої розраховується за таблицями смертності. Загальновідомо, що СОТЖ в Україні нижча, ніж в економічно розвинених країнах, і є однією із найнижчих в Європі (найменше її значення встановлено лише в Білорусі та Росії). Передусім це стосується СОТЖ чоловіків. У 2017 р. розрахункові показники СОТЖ в Україні становили: 71,98 – для населення загалом, 67,02 – для чоловіків.

Основна причина відносно низької СОТЖ в Україні пов'язана з передчасною смертністю, насамперед надсмертності чоловіків найбільш активного віку – 20–54 роки, коли чоловіки вмирають у середньому майже в 3,5 разу частіше за своїх однолітків-жінок [35, с. 27]. Тому резервами продовження СОТЖ є скорочення рівня смертності населення молодого трудоактивного віку.

Отже, незважаючи на певні позитивні моменти, пов'язані із незначним зниженням за останні роки в Україні смертності від деяких хвороб, зокрема системи кровообігу, органів дихання, зовнішніх причин, а також зростання СОТЖ, ситуація залишається дуже складною та загрожує національній безпеці країни. Як загальні, так і вікові показники смертності, у тому числі за різними класами хвороб, є суттєво вищими, ніж у країнах ЄС. Значною мірою це може бути пов'язано із СЕД, про що йтиметься у наступних розділах.

3.1.2. Характеристика захворюваності та поширеності хвороб.

Важливим складником оцінки стану і трендів здоров'я населення є вивчення *захворюваності*. Здійснити це не просто, адже показники офіційної статистики недостатньо об'єктивно відображають рівень захворюваності та її структуру за класами хвороб. Це пов'язано із декількома причинами. Зокрема із тим, що показники захворюваності формуються на підставі звернень населення у державні медичні заклади, де всі випадки підлягають реєстрації та подальшому кількісному обліку, тоді як випадки звернень у приватні установи статистика не враховує. Крім цього ці відображають число звернень з приводу хвороби, а не кількість хворих. Тому показник захворюваності може перевищувати чисельність населення, тоді як справжня кількість хворих невідома.

Динаміку рівня захворюваності та поширеності хвороб в Україні за період з 2003 по 2016 р. наведено на рис. 3.10. На підставі цих даних можна зробити кілька висновків. По-перше, за 2003–2011 рр. показник поширеності хвороб в Україні постійно зростав, в 2012–2013 рр. залишався стабільно високим, а в 2014–16 рр. зріс. Це могло бути пов'язано з високим рівнем захворюваності населення за ці роки. Однак суттєвих коливань захворюваності за вказані роки не спостерігалось. Крім того, за 2010–2014 рр. рівень захворюваності населення знизився. Відповідно зростання поширеності хвороб може свідчити про підвищення частки населення, в якого хвороби мають хронічний перебіг. Це негативне явище, оскільки вказує на недостатню увагу як з боку медицини, так і з боку самого населення щодо профілактики захворюваності. Крім того, зростання частки хронічних хвороб може бути викликане несвоєчасним лікуванням або недостатньою його якістю через причини, про які йшла мова вище.

По-друге, зниження показників захворюваності населення не обов'язково є безпосереднім результатом реального зменшення захворюваності. Це може бути викликано скороченням звернень населення за медичною допомогою, можливі причини яких були зазначені вище. Часто люди уникають звернення за медичною допомогою, навіть за обставин, коли це є необхідним.

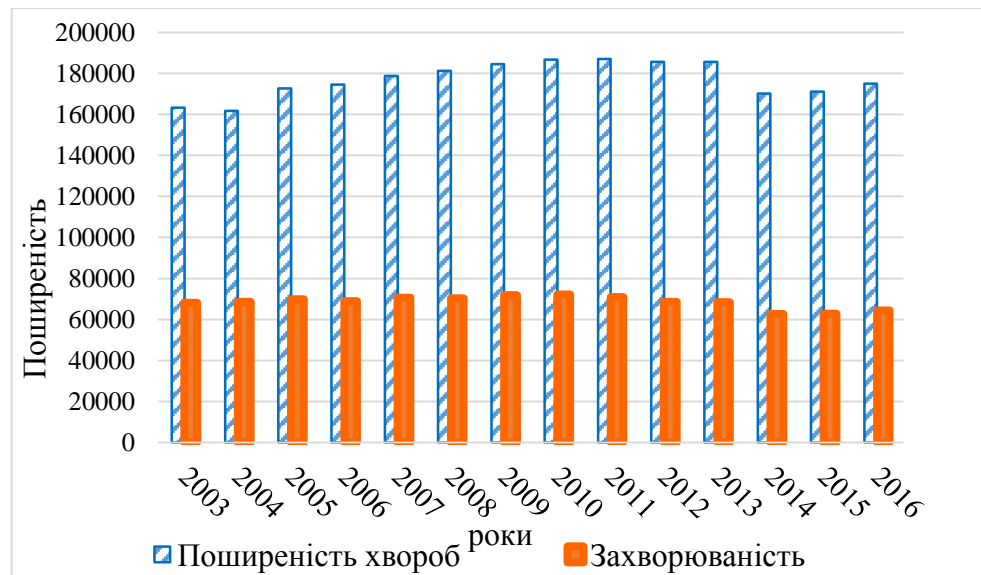


Рис. 3.10. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб серед населення України у 2003–2016 рр. (на 100 тис. населення)

Джерело: побудовано автором за [197; 212].

Підтвердженням викладеного вище є результати АСО. Зокрема, на запитання «У разі хвороби як часто Ви звертаєтесь за допомогою до медичних працівників?» 5% респондентів відповіли, що вони ніколи не звертаються за медичною допомогою, 22% – переважно не звертаються (рис. 3.11), а 33% – інколи не звертаються, адже це залежить від обставин. Так, можемо стверджувати, що більшість дорослого населення України не завжди звертається за медичною допомогою у разі хвороби. Відповідно наявні дані про зниження захворюваності населення можуть не відповідати дійсності. Крім того, припускаємо, що наявна ситуація з низькою зверненістю населення за медичною допомогою позначається на високому рівні поширеності хвороб (хронічних захворювань), інвалідності та смертності серед населення, адже несвоєчасне звернення у багатьох випадках ускладнює перебіг хвороби та знижує шанси людини на одужання.

Ситуація, за якої населення не завжди звертається по медичну допомогу характерна не тільки для України, але й для всіх розвинених країни. Так, за даними [212] третина респондентів в недавньому національному огляді США повідомили, що уникають лікарів. Результати цього дослідження також засвідчують що уникають звернення за медичною допомогою навіть ті особи, які мають серйозні

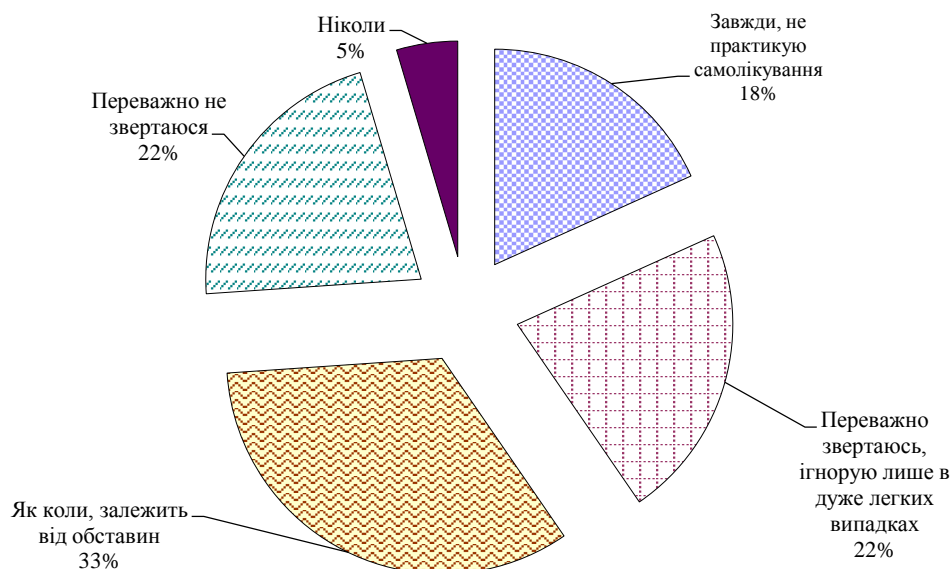


Рис. 3.11. Частота звернень за допомогою до медичних працівників у разі хвороби населення України (за самооцінкою)

Джерело: побудовано за результатами авторського соціологічного опитування.

проблеми зі здоров'ям. Наприклад, 17% пацієнтів з діагнозом ректальних пухлин повідомили, що вони чекали рік або більше перед тим, як звернутись по медичну консультацію після помічених симптомів. Таким чином рівень уникнення звернення за медичною допомогою в Україні приблизно такий самий, як і в США. Хоча таке порівняння є відносним через те, що сучасна система охорони здоров'я України суттєво відрізняється від США, насамперед тим, що в нашій країні не розвинена страхова медицина.

За результатами АСО, основними причинами незвернення населення за медичною допомогою у разі хвороби є: скрутне матеріальне становище, нестача коштів на лікування (низький рівень доходів) – 22,2%, обмеженість часу, необхідність вистояти черги (низький рівень організації системи охорони здоров'я) – 17,3%, самолікування (низький рівень відповідальності або, навпаки, високий рівень медичної грамотності) – 14,5% та сумніви щодо кваліфікації медичного персоналу (низький рівень довіри населення до системи охорони здоров'я) (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Причини незвернень населення за медичною допомогою у разі хвороби
(за самооцінкою)

	Відповіді		% від спостережень
	N	%	
1. Немає потреби у листку непрацездатності (на роботі його не оплачують)	139	11,8	20,4
2. Маю сумніви щодо кваліфікації медичного персоналу	162	13,8	23,8
3. Віддаю перевагу «народним засобам», народній медицині	147	12,5	21,6
4. Медичний заклад знаходиться далеко від дому	59	5,0	8,7
5. Через обмеженість часу, необхідність вистоювати черги	204	17,3	30,0
6. Через скрутне матеріальне становище, нестачу коштів на лікування	261	22,2	38,4
7. Добре знаю, як себе лікувати	170	14,5	25,0
8. Інше	34	2,9	5,0
Разом	1176	100,0	172,9

Джерело: авторське соціологічне опитування.

Причини низького рівня звернень до медичних працівників (установ) за допомогою є подібними для України та США та значною мірою пов'язані з такими СЕД: дохід, освіта, доступність та якість медичних товарів і послуг, індивідуальна відповідальність за своє здоров'я тощо. З огляду на це зниження рівня життя та погіршення забезпеченості закладів охорони здоров'я ускладнюватимуть ситуацію зі зверненням населення за медичною допомогою.

По-третє, у 2014 р. Державна служба статистики України зафіксувала суттєве зниження показників як захворюваності населення, так і поширеності хвороб, на 8,4% кожний. Враховуючи суспільно-політичну ситуацію та проведення АТО, ці дані найімовірніше є недостатньо об'єктивними. Здійснюючи аналіз, їх відповідно не взято до уваги.

Структура поширеності хвороб певним чином відрізняється від структури захворюваності, зокрема вищою часткою хвороб систем кровообігу, які в цій структурі посідають перше місце (32%) та суттєво нижчою часткою хвороб систем дихання (19%) (рис. Д.1, Д.2, дод. Д). Рівень захворюваності на хвороби систем кровообігу та органів травлення є вищим за цей показник у країнах ЄС. Крім того,

як зазначалося вище, власне смертність від хвороб системи кровообігу є однією з найбільших проблем для сучасної України, і тому зниження поширеності цих хвороб це одне з головних завдань політики у сфері охорони здоров'я. Варто зауважити, що структура поширеності хвороб населення за результатами АСО відповідає тій, яку наводить ДССУ.

Разом з цим, більш ґрунтовної вікової характеристики захворюваності, крім поділу на допрацевдатний, працевдатний та післяпрацевдатний вік, державна статистика не відображає. Тому результати, отримані в результаті АСО є дуже корисними для оцінювання повікових особливостей захворюваності. Зокрема за даними АСО виявлено закономірність за якою поширеність хвороб систем кровообігу стабільно збільшується з віком, особливо після 40 років (табл. Д.1, дод. Д). Після цього також віку збільшується рівень поширення хвороб органів травлення та кістково-м'язевої системи.

Найпоширенішими в Україні є хвороби системи кровообігу, які, як було зазначено, є головною причиною смертності серед населення. Незважаючи на скорочення показників захворюваності та поширеності на цей клас хвороб за 2009–2016 рр., на даний час вони залишаються надвисокими. Зокрема, за останні роки їх реєструють у 2,2–2,4 разу більше, ніж у 1990 р. Крім того, рівень захворюваності на хвороби системи кровообігу в Україні суттєво вищий, ніж в Європі. Зокрема, кількість тих, які вибули зі стаціонару з ішемічною хворобою та цереброваскулярними захворюваннями, на 100 тис. населення в Україні у 2015 р. є вищою за ЄС утричі та стабільно зростає.

Значного поширення в Україні набули також хвороби органів травлення. Ними хворіє 10% населення України, або понад 7 млн. осіб. Щороку реєструють понад 800 тис. нових діагнозів хвороб на органи травлення.

Вагому частку у структурі поширеності хвороб займають хвороби органів дихання. Розрахунки за результатами АСО доводять, що поширеність цих хвороб залежить від:

– умов РПЖ (шанси мати хронічне захворювання органів дихання у дорослому віці у 2,46 разу вищі у тих, хто мав «погане» здоров'я до 18 років порівняно з тими, хто мав добре здоров'я) (OR = 2,462, $p \leq 0,001$);

– умов довкілля (шанси мати хронічне захворювання органів дихання серед тих, хто проживає у районі із незадовільним станом атмосферного повітря у 1,69 разу вище порівняно з тими, хто проживає у районі з чистим атмосферним повітрям) (OR = 1,690, $p \leq 0,05$);

– індивідуальної поведінки (шанси мати хронічне захворювання органів дихання серед тих, хто проводить сидячи понад 6 годин на день (OR = 2,298, $p \leq 0,05$)).

Заслуговує на увагу оцінювання причин захворюваності та поширеності хвороб сечостатевої системи, оскільки по-перше, їхня частка у загальній структурі захворюваності та поширеності хвороб достатньо висока. По-друге, рівень захворюваності на цей клас хвороб у 2016 р. був у 1,9 разу вищий, ніж у 1990 р. По-третє, за період від 1990 р. в Україні суттєво посилилась регіональна диференціація щодо захворюваності на ці хвороби. (рис. Д.3., дод. Д). Такі негативні зміни потребують пояснення та вирішення.

Однією з особливостей захворюваності органів сечостатевої системи в Україні є те, що вона більш характерна для міських поселень. Вважаємо, що насамперед це пов'язано з низькою якістю питної води у містах порівняно із сільською місцевістю. Незадовільний технічний стан водопровідних мереж і водоочисних споруд, постійне відімкнення водопроводів від електропостачання, подача води за графіками призводять до її бактеріального забруднення, створюють небезпечну епідемічну ситуацію [213]. Це припущення підтверджується також тим фактом, що більше на органи сечо-статевої системи хворіє населення у містах, яке проживає у квартирах, обладнаних водопроводом ($r = 0,501$, $p \leq 0,05$). Загалом проблема якості питної води є дуже гострою по Україні та в окремих регіонах, особливо у Дніпропетровській, Донецькій, Запорізькій, Луганській та Одеській областях. У цих регіонах захворюваність та смертність від хвороб сечостатевої системи значно вища.

Особливої уваги у ході дослідження впливу СЕД на здоров'я населення потребують «соціально небезпечні» інфекційні захворювання (СНІХ): туберкульоз, гепатит, ВІЛ/СНІД, деякі венеричні захворювання [214]. По-перше, варто зазначити, що в структурі смертності від інфекційних хвороб в Україні переважна частка припадає на туберкульоз (43,6%) та СНІД (43,3%). По-друге, між СНІХ наявний взаємозв'язок. Високі показники захворюваності однієї із зазначених хвороб означають, як правило, високий рівень інших. І навпаки, є регіони з низьким рівнем захворюваності на всі СНІХ.

Захворюваність на туберкульоз є дуже високою (65 осіб на 100 тис. населення), що більше у 8 разів за показника по ЄС (7,6) (рис. 3.12). Захворюваність на туберкульоз в Україні стабільно і доволі високими темпами зростала впродовж 1991–2005 рр. Це явище спостерігалось на фоні зубожіння населення, різке скорочення фінансування медицини та виникнення інших чинників на початку та в середині цього періоду. Незважаючи на це, у Польщі, яка на початку 1990-х рр. мала дещо вищий рівень захворюваності на туберкульоз, він стабільно знижувався і зараз наблизився до середньоєвропейських показників. Чинників, які сприяли покращенню ситуації із захворюваністю та смертністю від туберкульозу, в Польщі є кілька. Це поліпшення добробуту населення, збільшення соціальних інститутів, які контролюють та надають допомогу маргінальним верствам населення, вдосконалення медичних технологій і покращення медичного обслуговування. Надважливими при цьому є заходи із профілактики цього захворювання. На думку Е. Корбет, масові профілактичні заходи – це «...єдина стратегія, яка може знизити передачу туберкульозу, захворюваність та інкубаційний період» [216].

Разом з тим, смертність та відповідно захворюваність на туберкульоз найпоширеніші серед бідних верств населення. Відповідно боротьба з туберкульозом матиме перманентний і тривалий характер із локальними успіхами доти, поки не буде подолано бідність серед населення.

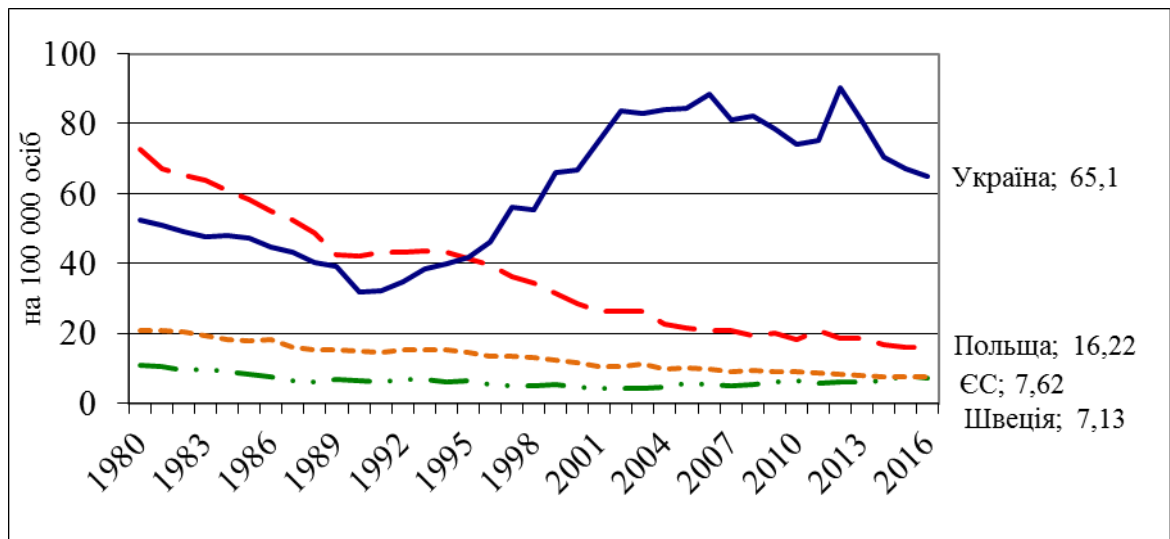


Рис. 3.12. Динаміка захворюваності на туберкульоз в Україні та деяких країнах ЄС у 1980–2016 рр. на 100 тис. осіб

Джерело: побудовано автором за [196; 197].

Однією із соціально небезпечних хвороб також є гепатит. Гостро в останні роки постало питання розповсюдження гепатиту С (1,7 осіб на 100 000 населення). Такі дані свідчать про характер епідемії цієї хвороби в країні. При цьому масштаби цієї епідемії щороку зростають. Серед деяких груп населення рівень інфікування значно вищий. Так, за даними Центру моніторингу та контролю за захворюваністю МОЗ України [217], хворі, які часто перебувають на стаціонарному лікуванні, мають показник інфікованості близько 12%, а пацієнти наркодиспансерів – до 67%.

Військові дії та погіршення соціально-економічної ситуації є одними з чинників поглиблення епідемії на вірусні гепатити в Україні. У липні-вересні 2015 р. вперше у 23-х областях в Україні та м. Київ проводилося тестування 4367 учасників АТО (військовослужбовців ЗСУ, бійців Нацгвардії/МВС) на базі 68 лікувальних та інших закладів Міноборони, МВС та МОЗ України. Майже у 4% бійців результати тесту на вірусний гепатит С виявилися позитивними [218], тобто у групу ризику потрапляють і військовослужбовці.

Ускладнює проблему і низький рівень фінансування лікування хворих на вірусні гепатити. Держава покриває лікування лише 20% хворих, які цього

потребують. Це є однією з причин високої порівняно з європейською летальності від цих хвороб.

Однак найнебезпечнішим для України є поширення ВІЛ/СНІДу. Рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію в Україні вищий за країни ЄС в 6,7 разу і становить 43,0 осіб на 100 тис. населення у 2017 р., а рівень захворюваності на СНІД вищий у 29,3 разу і дорівнює 22,0 осіб на 100 тис. населення. (рис. Д.4, дод. Д).

Загалом суттєво більші темпи зростання захворюваності на СНІД порівняно з ВІЛ-інфекцією свідчать про недостатню профілактику ВІЛ/СНІДу, а також що значна частина хворих не знає свого діагнозу. За станом на 1 січня 2017 р. в Україні на обліку в медичних закладах перебуває 141,3 тис. ВІЛ-позитивних пацієнтів [117]. Однак, за оцінками експертів UNAIDS [219], в Україні з ВІЛ-інфекцією живуть близько 290 тис. осіб. Отже, лише кожен другий не перебуває на обліку, а тому частково епідемія має прихований характер.

Починаючи з 2008 р., українці найчастіше інфікуються не через кров, а через незахищений секс. Якщо в 2005 р. через сексуальні контакти інфікувалися 33% населення, то в 2012 р. ця частка зросла до 51% (рис. 3.13). У цей період уперше більшість нових випадків передачі ВІЛ-інфекції відбулося через незахищений секс. У 2017 р. цей показник становив 62%. Це підтверджує висновки експертів ВООЗ, які зараховують небезпечний секс до п'яти глобальних детермінант, що найбільше впливають на здоров'я. Зауважимо, що йдеться не тільки про ВІЛ-інфекцію, а й інші хвороби, які передаються статевим шляхом, у тому числі вірусні гепатити.

Враховуючи, що більшість випадків інфікування ВІЛ в Україні нині реєструють серед молодих людей віком від 15 до 30 років, варто здійснювати моніторинг захворюваності та посилити її профілактики для цієї вікової категорії населення. За результатами соціологічного опитування, проведеного в Україні у межах міжнародного проекту ВООЗ «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» у 2014 р., досвід статевого стосунку на момент опитування мали 54,9% хлопців та 33,9% дівчат віком 17 років. Більшість з них – 74,8% хлопців і 64,4% дівчат – використовувала презервативи під час останнього статевого акту. Однак решта нехтувала цим запобіжним заходом, що не може не викликати занепокоєння, особливо за поширення епідемії ВІЛ/СНІД.

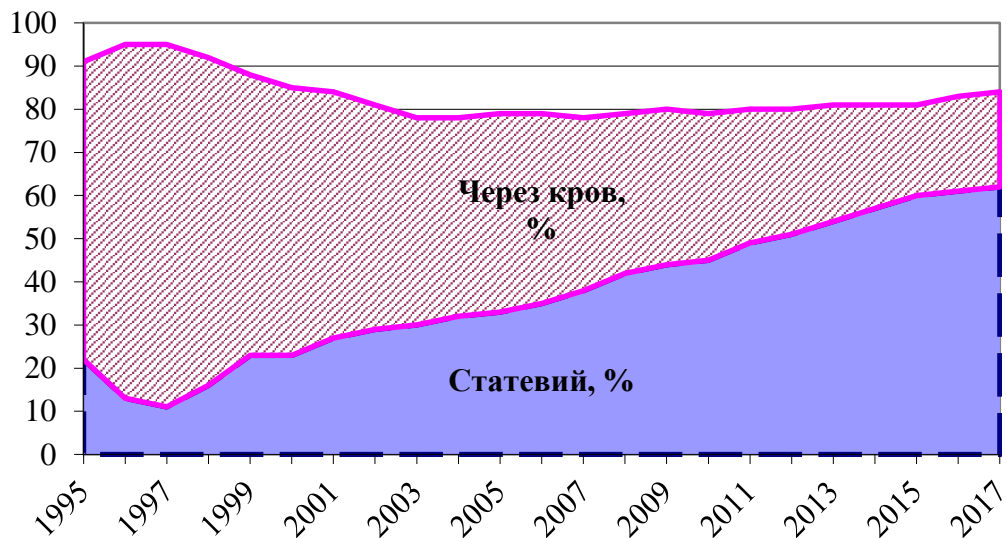


Рис. 3.13. Динаміка структури шляхів передачі ВІЛ-інфекції в Україні, %
Джерело: [220].

Особливо викликають занепокоєння дані щодо знань підлітків про шляхи передачі ВІЛ/СНІДу. За даними дослідників, відсоток молодих людей віком 15–24 років, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається, становить 24,1% (36,3% серед хлопців та 22,2% серед дівчат) [221]. Позитивним моментом є те, що цей показник дещо вищий порівняно з даними минулої хвилі дослідження (2010 р. – 17,2%), однак він і досі залишається низьким.

Серед дорослого населення рівень грамотності щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції та масштабів розповсюдження хвороби, а також ступеня відповідальності за своє здоров'я у зв'язку з цим, залишаються на низькому рівні. АСО підтвердило, що 47% неодружених чоловіків та 56% незаміжніх жінок, які живуть статевим життям регулярно, використовують презервативи (за даними MICS – 53% чоловіків та 69% жінок віком 15–49 роки). Це свідчить про недостатність інформації з боку засобів масової інформації, медичних працівників, громадськості та інших джерел щодо небезпеки незахищеного сексу в умовах епідемії ВІЛ/СНІДу.

Однією з особливостей розповсюдження ВІЛ/СНІДу в Україні також є його більша локалізація у міських поселеннях, ніж у сільській місцевості. Точної

статистики щодо цього питання немає, оскільки реєстрація ВІЛ-інфікованих здійснюється лише у спеціальних центрах, які розташовані у містах.

Визначальними детермінантами поширення СНІХ в Україні є такі: соціально-економічні (дохід, освіта, місце проживання, злочинність) та пов'язані з ними індивідуальна поведінка щодо свого здоров'я (вживання наркотиків, незахищений секс та інші) і доступність та якість медичної допомоги.

3.1.3. Соціально-економічні особливості інвалідності.

Інвалідність – це не лише проблема зі здоров'ям. Це складний феномен, що відображає взаємодію між особливостями людського організму й суспільства, в якому ця людина живе [222]. За Міжнародною класифікацією функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ), інвалідність визначено як «...парасольковий термін для позначення порушень, обмежень у діях і участі» [223]. Інвалідність охоплює негативні аспекти взаємодії між індивідами, що мають той чи інший стан здоров'я, і особистими чинниками та детермінантами навколишнього середовища (як, наприклад, негативне ставлення, недоступність транспортних засобів, обмеженість соціальної підтримки тощо).

За законодавством України інвалідність – це міра втрати здоров'я через захворювання, травму (її наслідки) або вроджені вади, що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження життєдіяльності особи, внаслідок чого держава зобов'язана створити умови для реалізації нею прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити їй соціальний захист [224]. Таким чином, всі трактування інвалідності акцентують увагу на зовнішніх детермінантах, які з нею пов'язані.

За оцінюванням ВООЗ, понад мільярд людей, або близько 15% населення світу, живуть з будь-якою формою інвалідності [225]. Це вищий показник від того, який наводився за даними попереднього оцінювання, проведеного в 1970-х рр. – 10%. Отже, чисельність осіб з обмеженими можливостями (ООМ) щораз зростає. Це відбувається у зв'язку зі старінням населення – літні люди більшою мірою схильні

до ризику інвалідності, а також через глобальне зростання хронічних станів, таких як діабет, серцево-судинні хвороби та психічні захворювання. У країнах із низьким і середнім рівнем доходу на частку хронічних хвороб припадає близько 66,5% від загальної кількості років, які прожиті з інвалідністю. Це означає, що високий рівень інвалідності значною мірою зумовлений СЕД.

Логічним вважаємо висновки, що військові дії на сході України з 2014 р. мали би спричинити суттєве збільшення кількості ООМ як серед цивільного населення Донецької та Луганської областей, так і серед українських військових. Однак, за даними Міністерства соціальної політики України, за станом на 1.01.2017 р. загальна чисельність ООМ в нашій країні становила 2 603,3 тис. (або 6,1% від загальної чисельності населення) [226]. Рівень інвалідності у 2014–2016 рр. знизився (рис. Е.1., дод. Е), що можна пояснити не тільки змінами у структурі та чисельності населення країни, але й проблемами з ведення обліку інвалідності.

Як і в разі із статистикою захворюваності та смертності, нині існують проблеми із веденням статистики ООМ, особливо за категоріями захворювання. Держава фактично не володіє інформацією про становище осіб з інвалідністю, які мешкають на тимчасово непідконтрольній уряду території окремих районів Донецької та Луганської областей [227] і частково володіє такою інформацією щодо внутрішньо переміщених осіб. За офіційними даними Міністерства соціальної політики України, за станом на 22.06.2015 р. з тимчасово окупованої території та районів проведення АТО операції до інших регіонів мігрувало 56,8 тис. ООМ [228]. Саме тому офіційна інформація щодо обсягів та рівня інвалідності по Україні загалом може бути занижена. Існують й інші недоліки обліку. Зокрема, за даними Національної асамблеї інвалідів України, за умови дотримання міжнародних класифікацій кількість ООМ значно вища за показники офіційної статистики – до 15% українців [229].

Крім цього, варто зауважити, що серед офіційно зареєстрованих інвалідів наявна частина тих, які отримали інвалідність через сфальсифіковані дані про свою хворобу і насправді не є ООМ. Про такі факти свідчать джерела, які переважно є неофіційними [230]. Найбільше лжеінвалідів налічується серед інвалідів III групи.

Це пов'язано з тим, що «технічно», з медичної точки зору, цю групу отримати найпростіше. З огляду на це понад 15 років існує тенденція до зростання частки інвалідів, зокрема III групи. Водночас частина людей, які фактично мають обмежені можливості не мають при цьому офіційного статусу щодо цього.

До того ж недосконалим і недостатнім є ведення та наповнення Центрального банку даних інвалідності внаслідок неналежного ресурсного забезпечення. Розгляд статистичних даних про розподіл людей з інвалідністю за групами інвалідності, крім іншого, свідчить про домінування в Україні медичної моделі інвалідності, а не про задекларовану соціально-правову модель [231, с.159].

Разом з цим, недостатньо об'єктивна статистична інформація прямо впливає на планування та реалізацію державних програм і державної політики, зокрема щодо надання послуг ООМ.

В Україні чисельність ООМ складає 2,49 млн. осіб (2016 р.), що складає 5,83% від загальної чисельності населення країни. Порівняно з Польщею та Швецією рівень інвалідності в Україні вищий: у 3,3 та 2,2 разу відповідно. Крім цього, в ЄС більш ніж половина всіх ООМ економічно активна, а рівень їхньої зайнятості відповідає стандартам Міжнародної організації праці (МОП) (50% від загальної чисельності ООМ у країні) і становить 47,3% [232], тоді як в Україні – лише 24,4% (652,9 тис. осіб, у тому числі 470,1 тис. осіб працездатного віку) [231]. І це незважаючи на певні заходи, які вживає держава щодо залучення ООМ до праці. Зокрема, відповідно до ст. 19 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» [233], для підприємств, установ, організацій, у тому числі підприємств громадських організацій ООМ, фізичних осіб, які використовують найману працю, з чисельністю 8 та більше осіб, які працюють, встановлюється норматив робочих місць у розмірі 4,0% від середньооблікової чисельності штатних працівників облікового складу на рік, а якщо працює від 8 до 25 осіб – у кількості одного робочого місця. Норматив робочих місць поширюється як на державний, так і на приватний сектори економіки, а також на підприємства й організації громадських організацій ООМ. Є й інші законодавчі акти, які регулюють зайнятість ООМ. Однак за умов жорсткої конкуренції на ринку праці та зростання безробіття

не всі вони діють. Недостатньо ефективно використовуються також кошти, які виділяються на підтримку ООМ, оскільки щороку на трудову та професійну реабілітацію ООМ з державного бюджету витрачається близько 1 млрд. грн. За таких обставин варто погодитись із думкою аналітиків [226] щодо необхідності покращення окресленої ситуації. Зокрема, одним із напрямів визначено заміну штрафних санкцій обов'язковими внесками працедавців до Фонду соціального захисту інвалідів.

ООМ в Україні є неоднорідною соціальною групою: вони значно відрізняються між собою за видами, причинами захворювання, тяжкістю (групою) інвалідності, місцем проживання (сільська місцевість чи міське поселення) тощо. Тому для оцінювання детермінант, які визначають рівень інвалідності населення, необхідно встановити соціально-економічний та демографічний профіль особи з обмеженими можливостями в Україні. Враховуючи, що в нашій країні відсутня статистична інформація щодо таких соціально-демографічних характеристик, як чисельність ООМ за віковими групами, їхній освітній рівень тощо, такий профіль може бути побудований за даними АСО.

Місце проживання. Рівень інвалідності, як і за даними офіційної статистики, так й за даними АСО вищий у сільській місцевості, ніж у міських поселеннях.

Демографічний профіль. Чисельність чоловіків з обмеженими можливостями більша за чисельність таких жінок лише на 5%: 52,4% та 47,6% відповідно. Отже, стверджувати, що чоловіки мають більше шансів мати інвалідність порівняно з жінками не можна. Серед населення працездатного віку 33% ООМ припадає на осіб віком 18–49 років, а 67% – віком 50–59 років. Це означає, що шанси мати інвалідність після 50 років зростають у 2,6 разу (табл. Е.1., дод. Е).

Ранній період життя. Більшість ООМ мала в РПЖ відмінний або добрий стан здоров'я (81%), мали обмежені можливості з дитинства тільки 4,8% таких осіб. Однак оцінювання шансів мати інвалідність у майбутньому при поганому стані здоров'я у ранньому віці засвічує, що її значення є високим: $OR = 5,3$. Це підтверджують й інші дані опитування, за якими детермінанти РПЖ накладають відбиток на подальше життя людини та шанси отримати інвалідність.

Зокрема, це стосується добробуту. Серед ООМ практично немає тих, які зростали в сім'ях, де добробут був дуже високого рівня (0%) та вищим від середнього (4,8 %). Відповідно 28,6% ООМ оцінили рівень добробуту сім'ї, в якій вони виховувались, як низький чи нижчий від середнього. Це значно нижчий показник, ніж аналогічна оцінка опитаних загалом. Таким чином, добробут сім'ї певною мірою впливає на шанси отримати інвалідність у майбутньому (OR = 4,5). Це пов'язано з тим, що у сім'ях із низьким рівнем добробуту батьки, як правило, не можуть забезпечити повноцінне харчування дитини, відвідування спортивних секцій, гуртків, лікування та відпочинок у санаторіях, таборах тощо. Такі припущення підтверджено даними, отриманими в результаті АСО.

Значну роль для збереження здоров'я у майбутньому та зниження шансів мати інвалідність відіграє відпочинок у ранньому віці в санаторіях, таборах та інших закладах. Серед респондентів з обмеженими можливостями 66,7% не перебували до 18 років у таких закладах жодного разу, а 4,8% – лише раз. Водночас 57,1% з них зовсім не були, а 23,8% – лише інколи відвідували спортивні секції, гуртки тощо. Отже, отримані дані підтверджують, що активний спосіб життя, відпочинок у РПЖ значно знижують шанси мати інвалідність, особливо за загальним захворюванням, і навпаки (OR = 3,365).

Вагомим для забезпечення майбутнього здоров'я загалом та відсутності інвалідності зокрема є заняття фізичною культурою та спортом. Серед опитаних ООМ 57% осіб у ранньому віці зовсім не відвідували спортивних секцій і гуртків, а 23,8% – лише інколи. Відповідно існує певна залежність між тим, наскільки людина приділяє увагу заняттям з фізкультури та спортом у ранньому віці та її можливою інвалідністю у майбутньому (OR = 3,3). Однак статистика в Україні свідчить про скорочення як кількості дитячих санаторно-курортних і оздоровчих закладів, закладів фізичної культури і спорту, так і чисельності дітей, які в них перебувають.

Гіршою серед ООМ є ситуація щодо повноти інформації з питань соціальної грамотності, яку вони отримали до 18 років у школі та сім'ї. Зокрема, такої інформації не отримали зовсім 28,6% ООМ (12,7% серед усіх опитаних осіб), недостатній обсяг – 28,6% (24,5%), отримали багато, але не повною мірою, – 42,9%

(31,4%). Ніхто з респондентів з обмеженими можливостями не вказав, що він отримав інформацію повною мірою (серед усіх опитаних таких осіб 26,3%). Як підсумок, шанси мати інвалідність у дорослому житті, не отримавши достатньої інформації про ризики для здоров'я у ранньому віці, є доволі високими (OR = 3,2).

З'ясовано, що мікроклімат у сім'ї, в якій виховувалась людина, як і кількість дітей у ній, суттєво не впливають на майбутню інвалідність особи.

Соціально-економічний профіль. ООМ в Україні мають низький соціальний статус. Так, 81% опитаних ООМ визначили своє перебування на першій-третьій сходинках із десяти основних, які відображають становище людини у суспільстві. Вище п'ятої сходинки не визначив своє місцезнаходження ніхто з ООМ (рис. 3.14). Очевидним вважаємо факт, що ООМ через стан свого здоров'я та інші причини не можуть перебувати на верхніх шаблях ієрархічної драбини. При цьому наведені дані також свідчать, що ООМ в Україні є одними з найбільш незахищеними верствами населення як в матеріальному та соціальному аспектах.

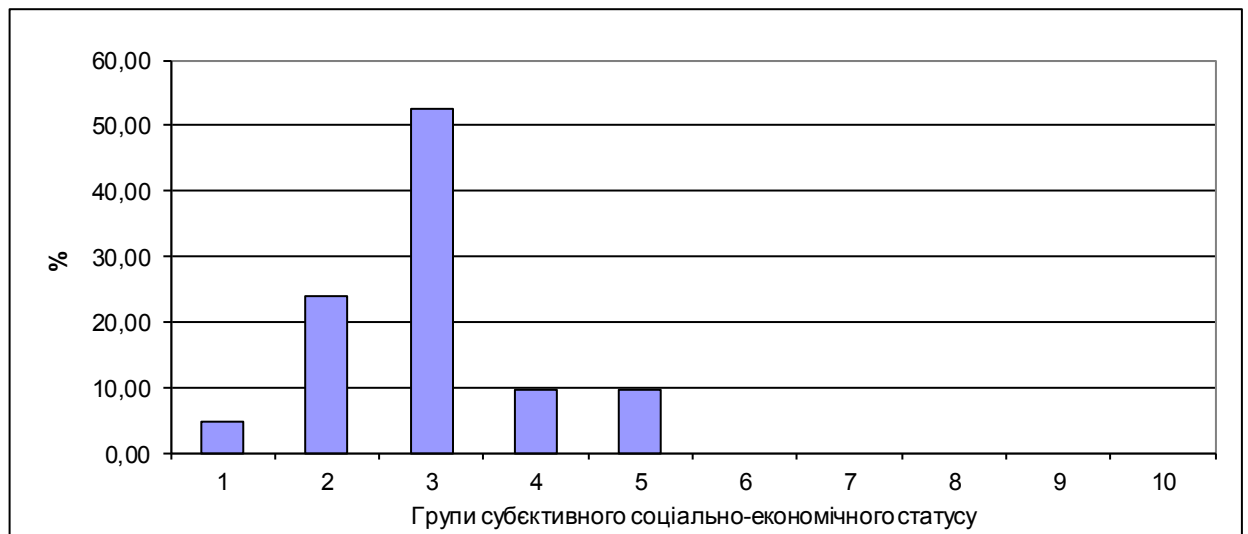


Рис. 3.14. Соціально-економічний статус осіб з обмеженими можливостями (за самооцінкою)

Джерело: побудовано за результатами авторського соціологічного опитування.

Однією з вагомих причин низького соціального статусу ООМ є їхні низькі доходи (OR = 8,5). Так, 95,2% ООМ зазначили, що дохід на одного члена їхньої сім'ї у середньому становить до 2000 грн. на місяць, а 4,8% – від 2000 до 3000 грн. Понад 3000 грн. середньодушового доходу не було визнано в жодній сім'ї

респондента з обмеженими можливостями. Це закономірно, оскільки середньомісячний розмір пенсійної виплати через настання інвалідності в Україні на початок 2016 р. становив 1331,01 грн. Відповідно такий рівень доходів не може забезпечити елементарних засобів для життя ООМ, значна частина яких потребує особливих умов і додаткових витрат на медичну допомогу, допоміжні засоби або особисту підтримку, реабілітацію тощо.

Слід зауважити, що 71,4% опитаних ООМ визнали, що за останні 12 місяців одним із найбільших стресів, яких вони зазнали, було зростання цін на медичні товари та послуги. Так, середньозважена вартість однієї проданої упаковки ліків в Україні за останні роки стабільно зростає, особливо у 2008–2009 та 2014–2016 рр. та становить 48,3 грн. (рис. Ж.1., дод. Ж). Зростання вартості саме у ці періоди зумовлено насамперед зниженням цінності гривні. Враховуючи, що значна частина ліків імпортується, це суттєво впливає на обсяги їхніх продажів. Разом з цим, обсяги продажу у натуральному виразі у 2014 р. суттєво зменшилися (рис. Ж.2., дод. Ж), зокрема це стосується імпортованих лікарських засобів. Це призводить до зниження їхньої доступності не тільки для ООМ, а й для населення загалом. Крім цього, цей факт не означає, що в Україні знизилась захворюваність і зменшився попит на ліки, а лише те, що доволі більша частина населення країни не має змоги придбати ліки через складне фінансове становище. Наслідком цього є збільшення хронічних захворювань, смертності та погіршення становища ООМ.

Зайнятість серед ООМ також низька. За інформацією Міністерства соціальної політики, працюючими вважаються 730 тис. ООМ, що становить 30% від їхньої загальної кількості. За даними авторського опитування, не працює 88,4% ООМ віком від 18 до 60 років. Отже, єдиним джерелом доходів для багатьох ООМ залишається пенсія. При цьому на матеріальний добробут як основну детермінанту здоров'я вказують 47,6% респондентів.

ООМ дуже низько оцінюють якість свого харчування. Так, 76,2% опитаних ООМ зазначили, що якість їхнього харчування «задовільне», 14,3% визначили її «погана» (незначний обсяг споживання овочів, фруктів, риби, м'яса з перевагою дешевих продуктів) і 4,8% як «дуже погана» (недоїдання). «Дуже добра» якість

харчування серед ООМ відсутня. Ці дані доволі суттєво відрізняються від даних цього опитування серед населення загалом, що свідчить про суттєву нерівність у харчуванні ООМ та інших категорій населення.

Нерівність між ООМ та іншими категоріями населення спостерігається також за показниками освіченості. Рівень освіти ООМ суттєво нижчий: 85,7% з них мають середню та середню спеціальну освіту. Вищу освіту (повну та базову) здобули тільки 9,5% з них, тоді як серед населення загалом цей показник становить 30,8%. Для ООМ в Україні не створено достатніх умов не стільки для навчання у вищій школі, скільки можливостей працевлаштування за фахом після здобуття освіти. Це є однією з причин нижчих показників освіченості ООМ порівняно з іншим населенням.

Запровадження в Україні інклюзивного навчання, на практиці його положення не реалізуються. Із 151 000 дітей з інвалідністю 2700 навчається в інклюзивних класах, 5 200 – у спеціальних класах, майже 40 000 – в інтернатах, 55 000 перебувають на індивідуальному навчанні. Більшість загальноосвітніх шкіл і надалі залишається архітектурно недоступною. Із 17 000 загальноосвітніх шкіл лише 91 має доступ до другого поверху для дітей, що рухаються за допомогою інвалідних візків, 25% немає доступу навіть до першого поверху [235].

Низький рівень освіченості відповідно виявляється в санітарній грамотності, що згідно із законами логіки також буде нижчою серед ООМ. Хоча має бути навпаки, адже таким особам потрібно оволодіти більш значним обсягом інформації щодо своєї хвороби, її можливих наслідків, детермінант, які її зумовлюють, та ризиків, що нею пов'язані.

За таких обставин одним з основних напрямів політики збереження та зміцнення здоров'я, а також зниження рівня інвалідизації населення є покращення СЕД. Це можливо за умови розвитку міжсекторальної взаємодії, пов'язаної із структурами державного та регіонального рівнів, у межах компетенції яких перебувають правові, економічні, соціальні, демографічні, екологічні та інші питання. Важливо, щоб в майбутньому своєчасним і дієвим медичним та

соціальним заходам втручання, спрямованим на запобігання та зниження інвалідності, забезпечувався належний ступінь пріоритетності.

На рівні місцевих громад слід докладати більше зусиль для того, щоб використовувати наявні знання і підвищити увагу щодо запобігання інвалідності та підтримки задовільного функціонального стану населення. При цьому ефективні стратегії мають містити програми сприяння здоровим формам поведінки, таким як регулярна фізична і громадська активність, і використання відповідних нових технологій, завдяки чому зміцнюватиметься система надання послуг як відповідь на потреби людей. Більш детально заходи щодо зниження рівня захворюваності та запобігання інвалідності розглянуто в наступних розділах.

Відповідно виникають питання щодо необхідності вдосконалення законодавства з метою диференціації пенсій через інвалідність, їхнього співвідношення з оплатою праці та можливостей поєднання роботи та отримання пенсії, особливо стосовно інвалідів III групи. Крім цього, потребують посилення контролю процедура та об'єктивність призначення статусу інваліда, зокрема III групи інвалідності. Однак усі заходи будуть низькоефективними доти, поки населенню буде вигідніше отримати статус інваліда, ніж працювати.

3.2. Ранній період життя через призму життєвого курсу: наслідки для здоров'я.

Формування здоров'я на все життя відбувається на ранньому етапі розвитку людини. У дослідженні розглянуто ранній період як етап від народження людини до досягнення нею 18 років. Погляди науковців розходяться щодо верхньої межі цього періоду. Вона коливається від 15 до 20 років. За схемою, ухваленою на VII Всесоюзній конференції з проблем вікової морфології, фізіології і біохімії (1965 р.), верхньою межею підліткового віку, яким завершується РПЖ, людини прийнято вважати 16 років для хлопців та 15 для дівчат [236, с. 16]. Відомий психолог Е.-Х. Еріксон визначає, що РПЖ завершується у 18 років [237]. Такої самої думки дотримуються й інші науковці [238–240]. Оскільки експерти ВООЗ [241] визначити

вік до 19 років верхньою межею РПЖ (підліткового віку), така думка є найпоширенішою серед науковців і практиків у світі [242]. Враховуючи, що за законодавством України повноліття досягають у віці 18 років (Конституція України, Цивільне законодавство України, Сімейний кодекс України та ін.), а також той факт, що підхід до оцінювання здоров'я дітей як компонента здоров'я населення, заснований на застосуванні даних державної статистики, є більш поширеним (статистика захворюваності населення в Україні здійснюється за віковими групами 0 – 17 років (або окремо: захворюваність новонароджених дітей, захворюваність дітей 0–14 років і підлітків 15–17 років) та від 18 років і старших), у дослідженні визначено РПЖ населення проміжком часу до 18 років.

У будь-якому разі, незважаючи на певні розбіжності щодо визначення терміну завершення РПЖ, він є фундаментальною базою для розвитку людини у взаємопов'язаних сферах соціального, емоційного, мовного, когнітивного та фізичного розвитку. Причому початок цього періоду можна фіксувати не від народження, а від зачаття дитини.

Деякі економісти у свою чергу стверджують, що інвестиції в період РПЖ є найпотужнішими інвестиціями, які суспільство може здійснити [243]. Вони є дуже ефективними, особливо для дітей, які виховуються у бідних родинах або без батьків. Протягом життя людини ці інвестиції суттєво окуповуються. З огляду на це Уряду України необхідно вжити заходів для стійкого поліпшення умов РПЖ.

3.2.1. Оцінка стану та тенденцій здоров'я дітей та підлітків.

Чисельність дітей та підлітків віком 0–17 років в Україні (далі – діти) за період з 1993 по 2013 р. зменшилась більш ніж на 5 млн. та становила 8 009 тис. осіб (рис. 3.15). При цьому їх частка у загальній чисельності населення за цей період суттєво зменшилась із 25,3% у 1993 р. до 17,6% у 2013 р. За 2014–2016 рр. офіційна статистика зафіксувала зменшення чисельності дітей на 395,9 тис. осіб, однак це насамперед пов'язано із відсутністю обліку по АР Крим.

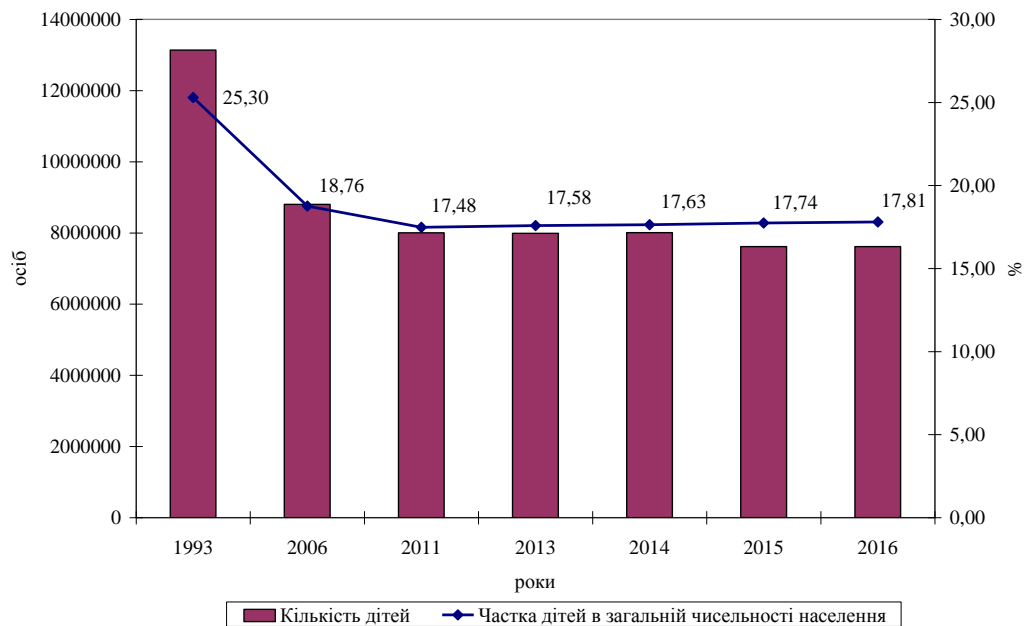


Рис. 3.15. Динаміка кількості дітей та їхньої частки в загальній чисельності населення України, 1993–2016 рр.

Джерело: побудовано автором за [244].

Міжнародна спільнота, європейська зокрема, приділяє значну увагу охороні здоров'я дітей та підлітків. Серед останніх ухвалених стратегічних документів варто виокремити Глобальну стратегію охорони здоров'я жінок, дітей і підлітків на 2016–2030 рр. Вона є основою для здійснення заходів, спрямованих на досягнення Цілей сталого розвитку, зокрема 3-ої та 5-ої: до 2030 р. покласти край смертності, якій можна запобігти, новонароджених і дітей віком до 5 років.

Асамблея охорони здоров'я ухвалила зобов'язання щодо здійснення Глобальної стратегії охорони здоров'я жінок, дітей і підлітків і запропонувала державам-членам її реалізувати відповідно до національних планів і забезпечити посилення підзвітності та подальшої діяльності.

Європейська стратегія ВООЗ «Здоров'я та розвиток дітей і підлітків» була схвалена в 2005 р. державами-членами європейського регіону ВООЗ, які продемонстрували велику зацікавленість щодо використання запропонованого комплексного підходу [244]. З часу схвалення стратегії ВООЗ надала пряму підтримку понад 15 країнам, у тому числі Україні. Європейський регіональний комітет ВООЗ розробив Європейську стратегію охорони здоров'я дітей і підлітків «Інвестування у

майбутнє дітей» на 2015–2020 рр. Метою цього документа є сприяння тому, щоб діти і підлітки в європейському регіоні ВООЗ повною мірою реалізовували власний потенціал здоров'я, розвитку і добробуту; а також зменшення тягаря захворюваності, якій можна запобігти, та смертності серед них [245]. В Україні нині немає діючої стратегії (програми) охорони здоров'я дітей і підлітків, що певним чином гальмує процес зменшення захворюваності та смертності дитячого населення.

Показник захворюваності дітей віком до 1 року за 1999–2016 рр. в Україні зменшився на 28%: у 2016 р. його значення становило 1487,1 на 1000 дітей цього віку; у 1999 р. – 2004,5. Структура захворюваності цієї вікової категорії за вказаний період не змінилася. Найбільше серед немовлят зафіксовано випадків хвороб органів дихання (53%), а також хвороб, пов'язаних з окремими станами перинатального періоду (10%), хвороб крові та кровотворних органів (6%). При цьому смертність найбільша через окремі стани перинатального періоду та деякі інфекційні та паразитарні хвороби.

Оцінювання динаміки смертності немовлят в Україні, починаючи з 1980 р., засвічує, свідчить про її коливання. Однак у цілому рівень малюкової смертності скорочується: з 14 осіб на 1000 живонароджених у 1990 р. до 7,4 осіб у 2016 р. (у Польщі – 4,0; Швеції – 2,4). При цьому актуальним залишається питання достовірності показника смертності немовлят, що пов'язано із недоліками у реєстрації живо- та мертвонароджених залежно від маси тіла. Ця проблема висвітлена у працях провідних українських науковців у цій сфері [246–248]. Зокрема, О. Палій і Н. Рингач [246] зазначають, що хибні дані щодо смертності немовлят спричинені як недотриманням вимог до зважування, так і свідомим заниженням ваги у новонароджених, які не вижили. При цьому встановити масштаби недообліку статистичним курсом неможливо, адже поглиблене оцінювання власне у медичних установах не здійснюється. У будь-якому разі недооблік смертності немовлят дає підстави стверджувати про її вищий рівень.

Порівняльний аналіз з країнами ЄС свідчить, що рівень смертності немовлят в Україні зараз вищий за більшість держав Європи (рис. 3.1., дод. 3), зокрема вищий

за країни ЄС у 2,4 разу. Крім цього, передбачити те, наскільки негативно може позначитись на рівні смертності немовлят АТО на сході країни, важко.

Зацікавлюють результати зіставлення динаміки зниження рівня смертності немовлят в Україні та Польщі. У цих країнах він був однаковий у 1992 р., однак у 2015 р. у Польщі цей показник нижчий порівняно з Україною в 1,86 разу (рис. 3.16). Отже, Польща впродовж 23 років досягла суттєвих результатів у зниженні смертності немовлят, зменшивши її майже до середніх показників країн ЄС. У Польщі це стало можливим через скорочення як неонатальної (особливо ранньої), так і постнеонатальної смертності (рис. 3.2., дод. 3). У сучасний період особливо значна відмінність між Україною і Польщею у постнеонатальній смертності, яка в нашій країні вища на 2,41 разу.

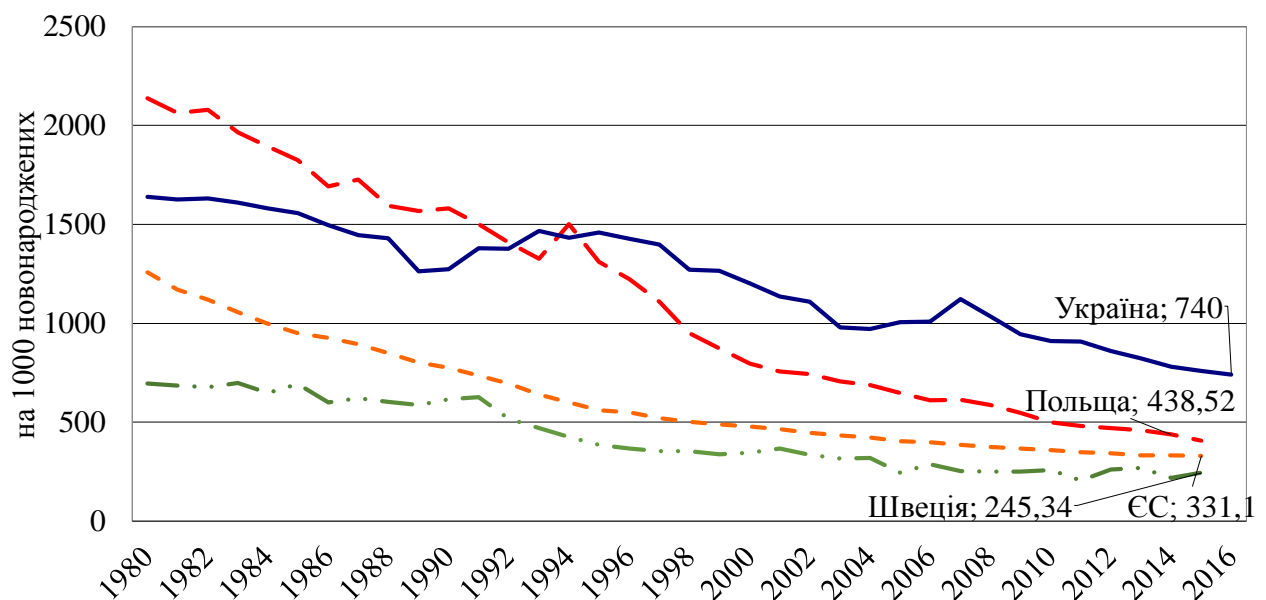


Рис. 3.16. Динаміка смертності немовлят (смертність до 1 року) в Україні та деяких країнах ЄС у 1980–2016 рр. на 100 тис. осіб

Джерела: побудовано автором за [196; 197].

Порівняння із Швецією демонструє, що українському суспільству треба докласти значних зусиль для зниження показника смертності немовлят, адже у Швеції він нижчий у 3,6 разу, а різниця у показниках постнеонатальної смертності значно більша – 4,3 разу.

Структура причини смертності немовлят не однакова для неонатальної та постнеонатальної смертності. Для неонатальної, зокрема для ранньої неонатальної смертності, характерним є домінування ендогенних причин смертності (понад 90%): окремих станів, що виникають у перинатальному періоді, та природжених вад розвитку, деформацій і хромосомних аномалій. Серед причин смертності у постнеонатальному та частково у пізньому неонатальному періодах зазначені ендогенні причини також вагомі, але їхня частка суттєво зменшується (до 82,1% та 55,1% відповідно), поступаючись екзогенним причинам, серед яких основними є власне зовнішні причини смерті.

Відповідно зусилля насамперед мають бути спрямовані на зменшення більш керованої постнеонатальної смертності (випадки смерті дітей віком від 28 днів до 1 року), оскільки в Україні, на відміну від країн ЄС, у процесі зниження показника смертності немовлят спостерігається певна динаміка структурних показників, що характеризується скороченням неонатальних втрат, особливо ранніх неонатальних, що також є позитивним явищем, але не відповідає європейським тенденціям, де знижується передусім більш керована постнеонатальна смертність. У країнах ЄС постнеонатальна смертність практично зведена до мінімуму – 0,98 особи на 1000 живонароджених, а її частка у структурі смертності немовлят становить менш як 30%. В Україні вона доволі висока – понад 40% (табл. 3.1., дод. 3).

В Україні не ведеться поточна статистика за рівнем добробуту, освіти та іншими соціально-економічними ознаками родин батьків, в яких помирають немовлята. Така інформація була б доречною, адже окремі дослідження зарубіжних науковців і практиків [249; 250] доводять наявність нерівності у здоров'ї немовлят серед різних верств населення, зокрема через нерівність у доходах та освіті.

Підтверджують це вибірккові соціологічні дослідження, які здійснюються в Україні, зокрема MICS [251]. У межах цього дослідження здійснено оцінювання рівня та тенденцій смертності немовлят і дітей віком до 5 років. Підтверджено, що існує нерівність у смертності немовлят між представниками міських поселень

та сільської місцевості. Причому це стосується всіх показників смертності дітей раннього віку, але насамперед смертності у постнеонатальний період, що значною мірою залежить від СЕД.

Цікавими з наукової та практичної точки зору є результати залежності смертності дітей раннього віку від освіти матері та рівня добробуту родини. У матерів із середньою освітою смертність немовлят суттєво вища за матерів з вищою освітою. Насамперед це стосується смертності у постнеонатальний період: коефіцієнт постнеонатальної смертності немовлят, народжених матерями із середньою освітою становить 6‰, а у жінок із вищою – тільки 1‰. Розрахований за мікроданими дослідження показник відношення шансів залишитись живим до 1 року серед дітей, матері яких мали вищу освіту, у 1,8 рази вищий порівняно із тими немовлятами, чиї матері мали середню освіту. Фактично коефіцієнт смертності немовлят в Україні, народжених матерями із вищою освітою (8,1‰), у два рази нижчий за аналогічний коефіцієнт, розрахований для матерів із середньою освітою (16,2‰). Видається, що така ситуація зумовлена тим, що освіченість батьків, у тому числі санітарна грамотність, є необхідною передумовою догляду за немовлям, що забезпечує відповідно можливість надання першої медичної допомоги у разі потреби тощо. Відсутність освіти у батьків збільшує ризик захворюваності немовляти і певним чином зумовлює високий рівень смертності дітей до 1 року, особливо постнеонатальної смертності.

Однією з вагомих детермінант, що за результатами MICS визначає смертність немовлят, є добробут родини, в якій вони народжені, та освіта матері. Так, існує закономірність щодо зниження коефіцієнта смертності немовлят в Україні від бідніших до багатших родин. Якщо серед найбідніших родин він становить 20,4‰, то серед найбагатших – 7,9‰ (табл. 3.3.). У підсумку показник відношення шансів залишитись живим до 1 року серед дітей, які народились у найбагатших родин, більший у 2,6 разу, порівняно із тими, хто народився у найбідніших (OR = 2,612; $p \leq 0,001$).

Таблиця 3.3

**Смертність немовлят за рівнем добробутом родини,
в яких вони народжені в Україні**

			Індекс добробуту, квінтилі					Разом
			Найбідніші	Бідні	Середній рівень	Багаті	Найбагатші	
Дитина жива	Так	Осіб	2636	2489	1795	1793	1878	10591
		%	98,0%	99,1%	99,1%	99,1%	99,2%	98,8%
	Ні	Осіб	55	22	17	16	15	125
		%	2,0%	0,9%	0,9%	0,9%	0,8%	1,2%
Разом		Осіб	2691	2511	1812	1809	1893	10716
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Джерело: розраховано за [251].

Вагомим доповненням до наведених даних щодо впливу СЕД на смертність немовлят є розрахунки, які ґрунтуються на пошуку кореляційної залежності між регіональними індикаторами смертності немовлят та СЕД індикаторами, які можуть їх визначати. У результаті доведено, що складові смертності немовлят (рання неонатальна, пізня неонатальна та постнеонатальна) мають неоднакову детермінованість. Надвисоких залежностей при цьому не виявлено: кореляції переважно або середні за значенням показника або слабкі; однак вони наявні. Серед статистично значущих кореляцій виокремлено кореляції між постнеонатальною смертністю та:

– освітою: у регіонах, де рівень освіти вищий, імовірність постнеонатальної смертності нижча ($r = -0,526$; $p \leq 0,01$);

– доступністю та якістю медичного обслуговування: ця детермінанта частково пов'язана із місцем проживання, оскільки на доступність медичної допомоги певним чином впливає розвиток інфраструктури та технічне і кадрове забезпечення екстреної медичної допомоги. Отже, рівень постнеонатальної смертності в Україні дещо залежить від забезпеченості лікарями ($r = -0,561$; $p \leq 0,01$).

– індивідуальною поведінкою щодо збереження та зміцнення свого здоров'я населення. Здоровий спосіб життя батьків суттєво збільшує ймовірність доброго стану здоров'я їхньої дитини. Смертність немовлят в Україні відповідно

корелюється із показниками споживанням тютюну та спиртних напоїв за регіонами. Причому це стосується не стільки постнеонатальної смертності ($r = 0,480$; $p \leq 0,05$), скільки неонатальної ($r = 0,608$; $p \leq 0,01$). Відповідно споживання тютюну та спиртних напоїв серед батьків є ризиком смертності немовлят, особливо в неонатальний період.

Перелічені вище та інші СЕД відображають регіональну диференціацію смертності немовлят в Україні. Наприклад, за 2016 р. 11 з 24 регіонів України належать до однієї групи, де смертність немовлят становить від 5,0 до 7,0 осіб на 1000 народжених живими, що є позитивним моментом. Разом з цим, маємо області, де цей показник перевищує 10 осіб (Закарпатська область). Отже, в деяких областях України рівень смертності немовлят порівняно вищий з іншими регіонами майже у 2 рази. Схожою є ситуація і щодо постнеонатальної смертності, найнижчі показники якої (менше 2 осіб на 1000 народжених живими – у Івано-Франківській, Сумській областях та м. Києві) майже у чотири рази нижчі за Закарпатську область – понад 6 осіб на 1000 народжених живими.

Недостатня увага до названих вище СЕД здоров'я немовлят (низький рівень доходів, недостатня санітарна грамотність і відповідальність за своє здоров'я та здоров'я дитини) та наявність певних організаційних проблем (слабка міжвідомча взаємодія при організації та проведенні патронажу дітей першого року життя, обліку та патронажу соціально неблагополучних сімей з дітьми, низький рівень забезпечення охорони здоров'я матерів і дітей, захисту їхніх прав; неналежна організація превентивної госпіталізації дітей за наявності загрози їхньому здоров'ю в медичні заклади; невиконання в повному обсязі стандарту диспансерного (профілактичного) спостереження дітей першого року життя) та ін. є перешкодою для досягнення в Україні мінімальних показників смертності немовлят.

З огляду на це одним із пріоритетних завдань охорони дитинства в Україні має бути належна системи захисту здоров'я новонароджених дітей, формування і функціонування якої потребує істотних матеріальних витрат та проведення відповідних організаційних заходів.

Захворюваність та поширеність хвороб дітей і підлітків віком 0–17 років в Україні суттєво зросли за останні десятиріччя. З 1991 по 2016 р. захворюваність дітей віком до 14 років збільшилася майже у 1,4 разу, а дітей підліткового віку (15–17 років) – у 2,3 разу. Зростання цих показників, з одного боку, пов'язане із погіршенням стану здоров'я дітей, а з іншого – з поліпшенням діагностики.

Загалом, недосконалість обліку не тільки не дає змоги виявити реальні масштаби захворюваності дітей та підлітків в Україні, а й здійснити оцінювання ступінь впливу на неї визначальних детермінант. Так, за отриманими даними виявлено тільки дві слабкі кореляції:

- між рівнем захворюваності та рівнем викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря. Враховуючи той факт, що 2/3 від захворювань дітей і підлітків – це хвороби органів дихання, можна зробити припущення, що забруднення атмосферного повітря суттєво це визначає;

- між рівнем захворюваності та рівнем споживання дітьми фруктів. Недостатність споживання може бути пов'язана із низьким рівнем санітарної грамотності, незнанням правил раціонального харчування або з низьким рівнем відповідальності населення за своє здоров'я. Однак найбільш розповсюдженим явищем є низький рівень доходу, що не дає змоги купувати фрукти, ціна на які в Україні доволі висока. За останній період (2014–2017 рр.) саме ціни на фрукти найбільше зростали, що свідчить про існування цінової еластичності попиту на цю продукцію. З огляду на це доступність фруктів для українського населення є суттєво нижчою, ніж, наприклад, для європейців. Так, наприклад, в Україні за мінімальну заробітну плату можна придбати яблук у 9 разів менше, ніж у Польщі, і у 19 разів менше, як у Швеції. Подібна ситуація також щодо вартості інших фруктів (табл. 3.4). Це свідчить про невисокі купівельні можливості населення України, що відображається на його стані здоров'я, насамперед дітей і підлітків.

Таблиця 3.4

**Доступність фруктів для населення України, Польщі та Швеції
(за станом на липень 2016 р.)**

	Україна	Польща	Швеція
Мінімальна заробітна плата (євро)	57,8	417	1936
Середня роздрібна ціна (євро, за 1 кг):			
1. Яблука	0,54	0,43	0,95
2. Апельсини	1,08	1,20	2,03
3. Банани	0,79	1,05	1,55
Купівельна спроможність (кількість кг за мінімальну заробітну плату)			
1. Яблука	107,0	969,8	2037,9
2. Апельсини	53,5	347,5	953,7
3. Банани	73,2	397,1	1249,0

Джерела: [252; 253].

Рівень смертності дітей та підлітків, незважаючи на скорочення за останні роки, залишається вищим за країни ЄС: 35 осіб на 100 000 населення відповідного віку (вік 1–4 роки) та 21,3 осіб на 00 000 населення відповідного віку (вік 5–14 роки) в Україні проти 14,3 та 8,3 особи відповідно в ЄС.

При цьому необхідно зазначити, що провідними причинами смертності дітей і підлітків є зовнішні причини. Їхня частка в структурі причин дитячої смертності зростає, незважаючи на зниження частоти випадків. При зіставленні даних статистики, отриманих в Україні та європейських країнах, виявляється, що частка смертності від зовнішніх причин у показнику загальної смертності українських дітей достатньо висока. Смертність від нещасних випадків, пов'язаних із транспортом, серед населення віком 1–17 років в Україні більша, ніж у Швеції, у 4,5 разу та у 1,3 разу порівняно з Польщею. Найбільші відмінності у показниках спостерігаються серед осіб віком 5–14 років (рис. 3.3 – 3.4, дод. 3). У 2016 р. в Україні у ДТП загинуло 172 дитини, а 3823 отримали травми. Вважаємо, що ця причина смертності викликана певними обставинами, які впливають не тільки на дітей. Перша причина – організаційна, що викликана незадовільним станом доріг, низьким рівнем

контролю за дотриманням правил дорожнього руху тощо. Однак найважливішою в цьому разі є індивідуальна відповідальність населення за свою безпеку, яка полягає у дотриманні правил дорожнього руху, невживанні спиртних напоїв учасниками дорожнього руху та ін. Діти з огляду на їхні фізіологічні особливості більш вразливі до травмування під час нещасних випадків, і тому зменшення кількості останніх є необхідним для зниження показника смертності осіб цієї вікової групи в Україні.

У 2013 р. в Україні серед дітей віком 10–14 років на навмисне самоушкодження припадало 7,0% від загальної кількості смертей, а серед підлітків віком 15–19 р. – 19,2%. Це означає, що майже кожен п'ятий померлий віком 15–19 років гине внаслідок самогубства. На відміну від інших причин, смертність від навмисного самоушкодження не має чітко виражених тенденцій до зниження чи зростання і характеризується суттєвими коливаннями з року в рік. За даними Центру досліджень дитинства Українського НДІ, у 27% дітей віком від 10 до 18 років час від часу з'являються суїцидальні думки [254]. Основними причинами такої поведінки молоді і, як наслідок, високого рівня смертності від самогубств є соціальні та соціально-психологічні чинники впливу: втрата соціальних зв'язків, депресія, фрустрація, алкоголізм, наркоманія, невдачі у навчанні, конфлікти з родичами, однолітками, страх перед майбутнім, самотність, розчарування у коханні, втрата сенсу життя, хронічна відсутність грошей і роботи тощо [255]. Відчуття фізичного добробуту – одна з основних складових загальної вітальності, бажання жити [256]. Отже, рівень смертності від самогубств серед молоді, як і більшості інших вікових груп населення, суттєво залежить від СЕД, серед яких варто виокремити такі: рівень доходів, соціальний капітал, соціальна напруженість тощо. Їхня відсутність чи наявність можуть викликати стрес та бути підґрунтям для суїцидальної поведінки. Необхідно зауважити, що 80% підліткових самогубств в Україні скоєно хлопцями, які виявляються більш вразливими.

В умовах війни на сході країни, високого соціального напруження, поширення в соціальних мережах груп, метою яких є доведення людей до самогубств, цей рівень може зрости, що потребує відповідних заходів профілактики суїцидальної поведінки. Розуміння ж причин високого рівня самогубств серед українських дітей і

підлітків можна отримати тільки при комплексному і системному підході до вивчення проблеми, що міститиме би розгляд усіх детермінант, які можуть визначати рівень суїцидів для окремих вікових та соціальних груп, і міжнародні порівняння, що дають змогу виявити специфічні риси смертності серед населення в Україні.

Загалом серед заходів, спрямованих на зниження рівня дитячої та підліткової смертності від зовнішніх причин, можна виокремити такі, які захищають людину незалежно від її власних дій. Основна стратегія розвинених країн щодо зниження рівня травматизму полягає в тому, щоб зробити довкілля людини максимально безпечним для неї [256]. Так, у Доповіді ВООЗ «Про профілактику дитячого травматизму в Європі» рівень смертності від травм у дітей віком від 0 до 19 років безпосередньо пов'язується з тим, наскільки суспільство загалом готове до солідарної колективної відповідальності за дітей. За таких обставин суспільство має вирішити проблему здоров'я дітей через прийняття заходів структурного характеру з опорою на широкий загал, які забезпечать реальні результати для всіх, незалежно від соціальної належності або рівня доходів [257, с. XIII]. Найбільш ефективними є заходи, спрямовані на створення безпечного середовища для дітей. З огляду на це дитяча смертність від зовнішніх причин найнижча в тих країнах, де вкладають інвестиції в безпеку, розглядаючи це як обов'язок суспільства, а не окремих осіб або організацій.

3.2.2. Умови раннього періоду життя як чинник нерівності у стані здоров'я населення у майбутньому

Люди, які народилися в різні періоди, тобто в різних когортах, набувають різного досвіду в перші роки життя, під час виховання і навчання, виходу на ринок праці, утворення шлюбних союзів, через народження різної кількості дітей і т. ін. Вони по-різному ростуть і старіють, хворіють та вмирають. Їхні траєкторії модулюються СЕД та ступенем впливу останніх на різних етапах життя. Саме такий ланцюг взаємозв'язків протягом життя людини досліджує теорія життєвого

курсу (ТЖК), який розроблений в 1960-х рр. для аналізу життя людей в рамках структурного, соціального та культурного контекстів. При цьому витoki цієї теорії пов'язані із дослідженнями 1920-х рр., таких як «Польський селянин в Європі та Америці» В. І. Томаса і Ф. В. Знанецького, а також нарис К. Мангейма «Про проблему поколінь» [258]. З огляду на слабе врахування особливостей траєкторій життя, СЕД, які супроводжують це життя, під час розробки концепцій та стратегій охорони здоров'я в Україні визначено актуальність і практичне значення зазначеної проблеми.

Аналіз стану здоров'я населення за ТЖК відкриває нові можливості щодо покращення політики у сфері охорони здоров'я, оскільки дає змогу встановити основні детермінанти здоров'я, причини захворюваності. На відміну від традиційних підходів до здоров'я, заснованих на положенні, що люди мають вести здоровий спосіб життя як засіб профілактики розвитку хронічних захворювань, таких як хвороби кровоносної системи, діабет та інші [259], у ТЖК наголошується на значущості накопичених впливів на здоров'я і виникненні хвороб унаслідок впливу зовнішнього середовища протягом тривалості життя [260; 261].

Керуючись ТЖК, можна стверджувати, що стан здоров'я населення є результатом впливу не тільки фізичного, духовного та емоційного станів, в яких перебуває людина в певний момент життя, залежить не тільки від тих детермінант, які визначають цей стан на конкретний момент, а й від того, що відчувала людина та які детермінанти діяли на неї протягом попереднього життя. Це припущення було підтверджено Національним поздовжнім обстеженням у США [261], Спільним дослідженням Західної Шотландії, Норвегії та Фінляндії [262], обстеженням хворих на цукровий діабет у Великобританії, які засвідчили, що несприятливі економічні та соціальні умови протягом життя людини призводять до розладів [263].

Життєвий курс людини пов'язаний з оцінкою її здоров'я у часі, коли повторюється взаємодія між різними типами ресурсів зовнішнього та внутрішнього походження, які можна використовувати на благо: економічні, освітні, культурні, а також фізичне і психічне здоров'я, соціальні відносини тощо. Дослідження життєвого курсу дає змогу краще зрозуміти зв'язки в межах індивідуального

життєвого циклу, між поколіннями, а також у тенденціях виникнення захворювань на рівні населення. Вивчення життєвого курсу акцентує увагу на тому, як СЕД визначають стан здоров'я на різних етапах розвитку людини – у ранньому періоді її життя (раннє дитинство, дитинство, юність) та дорослому житті, які з цих детермінант впливають на стан здоров'я на певному етапі життя, а які забезпечують основу для здоров'я або є передумовою нездоров'я у майбутньому. Отже, СЕД здоров'я, за яких люди проживають своє життя, мають кумулятивний ефект на ймовірність розвитку будь-якої кількості захворювань.

Деякі з детермінант, наприклад, соціальний капітал, можна вважати найважливішими, оскільки між життєвим курсом осіб, які мають тісні родинні зв'язки, існує високий рівень взаємозалежності [264]. Одним із завдань моніторингу життєвого курсу є визначення тих детермінант, які вважаються базовими не тільки для здоров'я у ранньому житті, а й матимуть наслідки для здоров'я населення у майбутньому. Необхідність вирішення цього завдання зумовлена такими обставинами: мінливістю впливу детермінант, неоднозначним характером впливу на різні когорти населення, територіальними особливостями тощо.

Довічна траєкторія здоров'я починається з вагітності і СЕД, які впливають на вагітних жінок [265; 266], та продовжується протягом дитячого та підліткового віку. СЕД не тільки диференціюють вплив на здоров'я населення протягом життя. Проблеми зі здоров'ям людини надалі можуть виникати залежно від змін детермінант, які згодом впливатимуть на її стан здоров'я. Наприклад, бідність пов'язана з підвищеним вживанням психоактивних речовин, що може призвести до напруження у сімейному середовищі та обмеження соціальної підтримки, що серед іншого викликає депресію, наслідки якої є загрозовими для організму [267; 268].

Детермінанти впливу на здоров'я населення у РПЖ можуть корелювати або не корелювати із детермінантами здоров'я у майбутньому. Корельовані детермінанти за суттю мають кластерний характер. «Кластеризація ризику» передбачає накопичення детермінант, які пов'язані з іншими впливами. Вони часто також пов'язані з СЕД і можуть мати негативний або позитивний ефект. Послідовності пов'язаних негативних впливів підвищують ризик виникнення

захворювання, оскільки один негативний вплив призводить до іншого і далі. Такий вплив відомий як «адитивний ефект», коли негативний досвід збільшує ризик виникнення захворювання в кумулятивній формі, а також як «тригерний ефект», коли це тільки остання ланка в ланцюзі, яка значно впливає на ризик виникнення певного захворювання. Наприклад, поєднання негативного впливу властивостей азбесту і куріння призводить до більш високого ризику розвитку раку легенів, ніж можна було б очікувати окремо від кожного з цих ефектів [268].

Дослідження здоров'я за ТЖК може контекстуалізувати будь-який вплив у межах ієрархічної структури, а також територіальні та соціальні відмінності, які можуть бути визначальними для стану здоров'я певної когорти осіб. Саме через необхідність глибшого розуміння суті змін у здоров'ї і хвороб населення з часом у різних країнах і між різними соціальними групами на вивчення ТЖК останнім часом звертають більшу увагу. Зокрема, Д. Сміт і його однодумці [269–271] припускають, що соціальна нерівність у конкретних причинах смертності серед дорослого населення пов'язана з різним соціально-економічним впливом на різних етапах життєвого курсу.

ТЖК базується на взаємопов'язаних принципах: поздовжнього життя, багатогранного життя, життя людей, взаємопов'язаних між собою, і життя, що розгортається у соціальних контекстах (рис. 3.17).

Перший принцип полягає у тому, що життєвий курс розвитку кожного індивіда вкладається в трансформовані умови і події, які відбуваються протягом історичного періоду на певній території, де він проживає. На кожному етапі свого життя людина живе, використовуючи будь-яку інформацію, ідеї і переконання, доступні для неї. Потім вона зберігає або змінює ситуацію.

У цьому разі базовими в перспективі життєвого курсу є три типи часу: *індивідуальний, генерацій та історичний*. Перший базується на індивідуальних особливостях періоду розвитку плода, дитинства, юності, зрілості та старості щодо нерівності у можливостях на кожному з них. Час генерацій стосується вікових груп або когорт, в яких люди згруповані на основі їхнього віку. Історичний час пов'язаний з суспільними та (або) великомасштабними змінами або подіями [273].



Рис. 3.17. Принципи життєвого курсу крізь призму здоров'я населення

Джерело: модифіковано автором на основі [272].

Другий принцип (життя багатогранне) декларує, що у житті є безліч можливостей для збереження здоров'я. Чим більше ефективно населення використовує потенціал у навчанні, зайнятості, соціальних відносинах, охороні здоров'я та інших напрямках життєдіяльності, тим більшою є в нього ймовірність бути здоровим. У цьому разі перелічені СЕД здоров'я є не тільки чинниками, а й засобами збереження здоров'я.

Саме тому необхідно сприяти довічному навчанню, підвищенню грамотності в питаннях здоров'я, підтримці зайнятості, а також запобігати шкідливому впливу бідності на здоров'я, особливо серед дітей. Відповідно посилення на різні взаємозалежні форми капіталу є особливо корисним: ресурси використовуються не тільки тоді, коли вони накопичуються, а протягом життя, впливаючи таким чином на життєві шанси і соціальні умови кумулятивним й інтерактивним способом.

Третій принцип (життя людей, взаємопов'язаних між собою) акцентує, що життя людей взаємозалежне і взаємопов'язане на декількох рівнях. Індивідуальні переживання пов'язані переважно із сім'єю. Стресові події, такі як смерть члена сім'ї, впливають на сімейні відносини. Ці явища можуть викликати патерни стресу

й уразливості та, навпаки, сприяти адаптивній моделі поведінки і сімейної стійкості, що сприяє збереженню здоров'я.

При цьому є дослідження, які відображають значні відмінності навіть серед розвинених суспільств у рівні добробуту населення [271]. У кожній конкретній країні розвивалися різні компроміси між цими моделями протягом тривалого періоду, і порівняльне дослідження життєвого курсу може сприяти нівелюванню впливу наслідків минулого на результати траєкторії окремих осіб і сімей.

У ході АСО виявлені характерні риси впливу умов РПЖ для різних статевих, вікових, соціальних груп населення, їхні особливості серед міського та сільського населення (табл. К.1, дод. К). Зокрема, встановлено, що 2,9% опитаних у РПЖ мали «поганий» або «дуже поганий» (інвалідність) стан здоров'я; 14,8% оцінили стан свого здоров'я у цьому віці як «задовільний» (рис. 3.18).

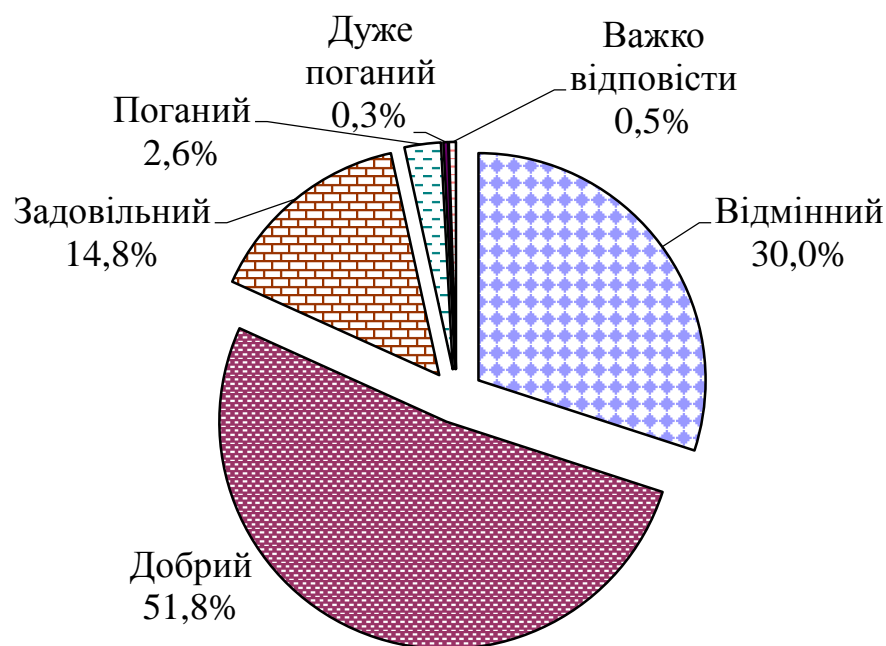


Рис. 3.18. Стан здоров'я респондентів у ранньому періоді життя (за самооцінкою)

Джерело: побудовано за результатами авторське соціологічне опитування.

Оскільки погіршення стану здоров'я у РПЖ часто призводить до проблем із здоров'ям у майбутньому, її вирішення є надважливим завданням. Розрахунок показника відношення шансів мати хронічне захворювання у дорослому житті за умови «доброго» / «поганого» стану здоров'я у РПЖ підтвердив, що шанс не мати

жодного хронічного захворювання у дорослому житті у 2,5 разу вищий у тих, хто мав «відмінний» та «добрий» стан здоров'я до 18 років (табл. 3.5). Для чоловіків вони є нижчими (OR = 2,1), для жінок – вищими (OR = 2,8). Так само вищими такі шанси є для мешканців міських поселень порівняно з мешканцями сільської місцевості (табл. К.2., дод. К). Це означає, що для мешканців сільської місцевості умови РПЖ мають дещо менший вплив.

Таблиця 3.5.

**Вплив стану здоров'я у ранньому періоді життя на шанси
мати / не мати хронічне захворювання у дорослому житті,
за віковими групами (за самооцінкою)**

Наявність (відсутність) хронічного захворювання у дорослому житті	Добре (1) / погане (2) здоров'я у РПЖ		18–24 (N=150)	25–49 (N=552)
1. Хвороби системи кровообігу	1	OR	1,000	1,000
	2	OR	7,837	2,079
		p	$p \leq 0,05$	$p \leq 0,05$
		CI	1,323–12,232	1,007–4,214
2. Хвороби органів дихання	1	OR	1,000	1,000
	2	OR	3,274	1,310
		p	$p \leq 0,01$	ns
		CI	1,815–12,232	0,912–14,110
3. Хвороби нервової системи	1	OR	1,000	1,000
	2	OR	6,079	3,296
		P	$p \leq 0,01$	$p \leq 0,05$
		CI	3,272–13,371	0,983–10,823
4. Хвороби відсутні	2	OR	1,000	1,000
	1	OR	4,040	2,191
		p	$p \leq 0,01$	$p \leq 0,001$
		CI	1,467–9,211	1,343–3,580

Примітка: «ns» – статистично незначущі показники.

Джерело: розраховано за результатами авторського соціологічного опитування.

Значна частина респондентів оцінила стан добробуту сім'ї у РПЖ за такими напрямками, як «дуже низький», «низький» та «нижчий за середній» – 21,4% (рис. 3.19). Відмінності в оцінках добробуту за віковими групами опитаних доволі суттєві, оскільки серед тих, кому понад 59 років, таких осіб 40,1%, а серед тих, кому 18–24 роки, – 8,7%. Отримані результати свідчать про суттєве зростання рівня добробуту населення. Про збереження такої тенденції і надалі, враховуючи фінансові й політичні потрясіння в Україні за останній період, оптимістично

стверджувати важко. Як офіційна статистика, так і експерти [274–276], підтвердили, що рівень життя і добробуту українців щораз знижується. Наскільки зміниться оцінка власного добробуту у РПЖ респондентів та як це вплине на стан їхнього здоров'я можна буде дізнатись у майбутньому. Однак мінімізувати наслідки впливу кризових явищ на розвиток дітей та підлітків необхідно у будь-якому разі. За результатами дослідження, саме рівень добробуту сім'ї, в якій виховувалась дитина, суттєво впливає на стан здоров'я людини у дорослому житті.

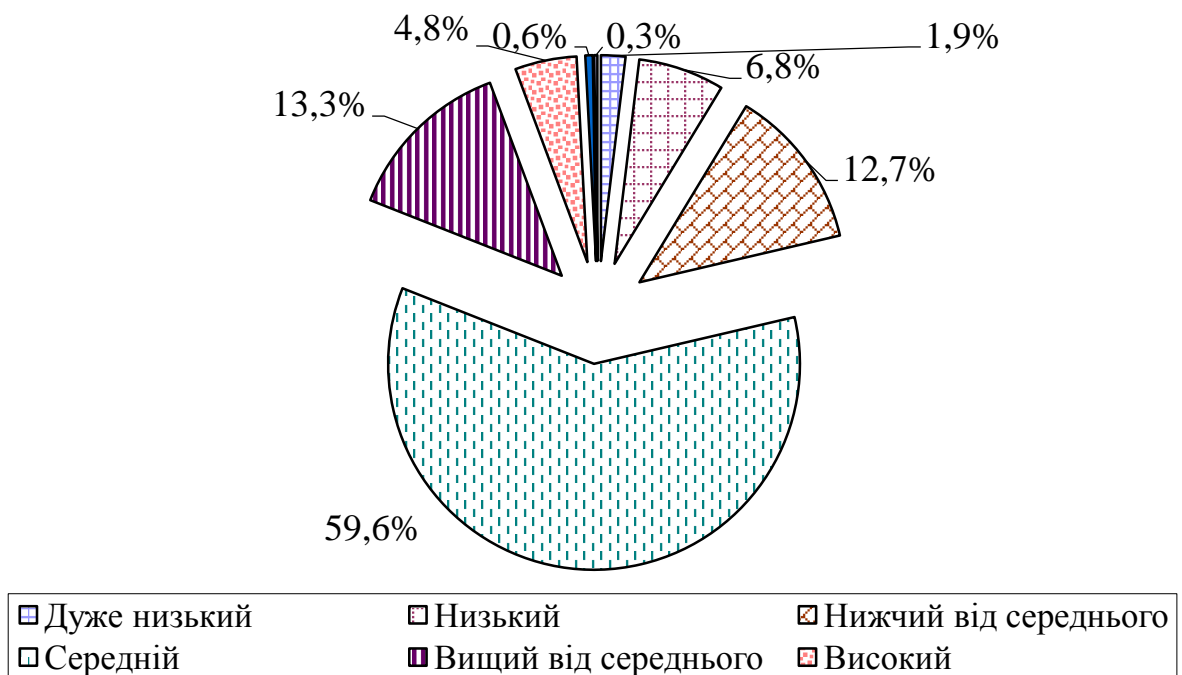


Рис. 3.19. Рівень добробуту сім'ї, в якій виховувались респонденти (за самооцінкою)

Джерело: побудовано за результатами авторського соціологічного опитування.

Встановлено, що рівень добробуту визначає наявність або відсутність хронічних захворювань. Зокрема, респонденти, які відчували матеріальні труднощі в дитинстві, мали високий ризик виникнення у дорослому віці хвороб системи кровообігу (OR = 3,35) та хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини (OR = 3,30) (табл. 3.6). Крім того, низький рівень добробуту у РПЖ, посилений на сучасному етапі несприятливим матеріальним становищем, зумовлює значне підвищення ризику виникнення проблем із хворобами системи кровообігу (OR = 4,82).

Таблиця 3.6

Вплив умов раннього періоду життя на стан здоров'я у дорослому житті
(за самооцінкою)

Наявність хронічного захворювання у дорослому житті		РПДЖ									
		Добробут		Санітарна грамотність		Фізична активність		Профілактика хвороб та оздоровлення		Харчування	
		рівень високий або вище середнього	рівень дуже низький або низький	отримано інформацію щодо ризиків для здоров'я		відвідування спортивних секцій, гуртків		Перебування у санаторіях, таборах, тощо	Санаторії, табори, тощо	добре та дуже добре	погано та дуже погано
доволі повно	не отримано або недостатньо отримано			регулярне	не відвідував	щороку	не відвідував				
1. Хвороби системи кровообігу	OR	1,000	3,346	1,000	1,961	1,000	2,582	1,000	1,984	1,000	2,413
	p		p≤0,001		p≤0,001		p≤0,001		p≤0,001		p≤0,001
	CI		2,056–5,466		1,462–2,630		1,831–3,644		1,449–2,721		1,804–3,229
2. Хвороби органів травлення	OR	1,000	0,915	1,000	1,668	1,000	1,904	1,000	0,902	1,000	1,683
	p		ns		p≤0,01		p≤0,01		ns		p≤0,01
	CI		0,636–1,555		1,172–2,376		1,246–2,913		0,599–2,03		1,333–2,993
3. Хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин	OR	1,000	2,713	1,000	0,886	1,000	0,312	1,000	2,224	1,000	0,944
	p		p≤0,05		ns		ns		p≤0,01		ns
	CI		1,182–6,394		0,688–1,996		0,200–3,440		1,302–3,825		0,797–3,011
4. Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	OR	1,000	3,301	1,000	1,555	1,000	1,631	1,000	1,122	1,000	2,040
	p		p≤0,001		p≤0,05		p≤0,05		ns		p≤0,001
	CI		1,698–6,506		1,062–2,227		1,038–2,568		0,882–2,312		1,390–2,993
5. Відсутність хронічного захворювання	OR	2,659	1,000	2,082	1,000	2,767	1,000	1,839		4,051	1,000
	p	p≤0,001		p≤0,001		p≤0,001		p≤0,001		p≤0,001	
	CI	1,797–3,938		1,613–2,687		2,061–3,715		1,389–2,435		2,152–7,744	

Примітка: «ns» відображено статистично незначущі шанси.

Джерело: розраховано за результатами авторського соціологічного опитування.

Високий рівень добробуту, навпаки, суттєво (більш ніж у 2 рази) підвищує шанси не мати жодного хронічного захворювання ($OR = 2,66$). Водночас з'ясовано, що рівень добробуту у РПЖ більшою мірою впливає на здоров'я жінок, ніж чоловіків ($OR_{ж} = 2,83$ проти $OR_{ч} = 2,31^1$).

Одним з елементів соціального капіталу, які оцінені в межах дослідження умов РПЖ, є стосунки у сім'ї, де виховувались респонденти. Як «дружні» стосунки у сім'ї оцінили лише 52,8% опитаних. При цьому 5,6% респондентів охарактеризували їх як «напружені» та «нейтральні» (кожен сам по собі) (рис. 3.20). Дефіцит соціального капіталу у дитинстві більше відчували чоловіки (стосунки у сім'ї охарактеризували як «напружені» 7,4% опитаних), ніж жінки (4,5%). Однак оцінювання можливого впливу стосунків у сім'ї на стан здоров'я опитаних не дало змоги виявити суттєвих залежностей.

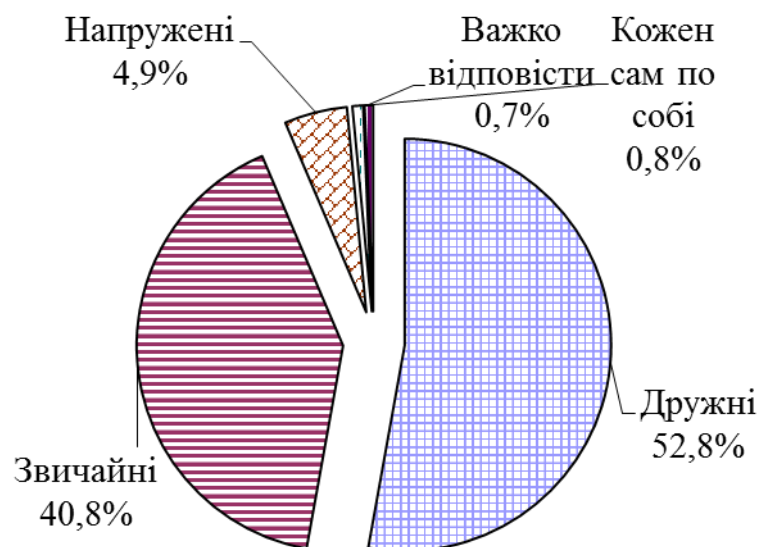


Рис. 3.20. Стосунки у сім'ї, в якій виховувались респонденти (за самооцінкою)

Джерело: побудовано за результатами авторського соціологічного опитування.

Такого висновку не можна зробити про санітарну грамотність, яка є важливою складовою освіти. На запитання, наскільки повну інформацію щодо

¹ Шанси не мати жодного хронічного захворювання у дорослому житті.

ризиків для здоров'я отримали до 18 років (школа, сім'я), 12% респондентів відповіли, що не отримали інформації зовсім, а 24,5% – мають недостатній обсяг такої інформації (рис. 3.21). Дещо вищі ці показники серед мешканців міст та суттєво вищі у респондентів наймолодшої групи (18–25 років). Це свідчить, що інформація про ризики щодо здоров'я за останній проміжок часу доводиться до дітей і підлітків більшою мірою. Хоча необхідно зауважити, що це пов'язано не стільки із реалізацією державних програм, скільки з поширенням інформації через мережу Інтернет.

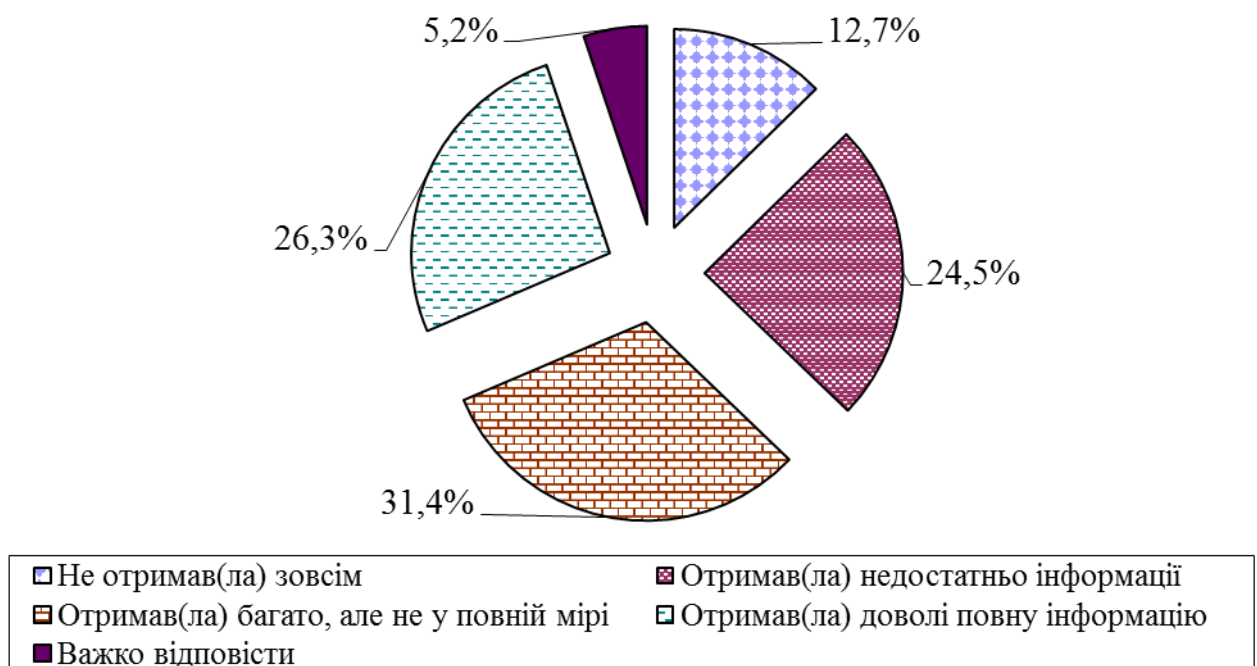


Рис. 3.21. Повнота інформації щодо ризиків для здоров'я, яка отримана у ранньому періоді життя (за самооцінкою)

Джерело: побудовано за результатами авторського соціологічного опитування.

Отримані знання про ризики для здоров'я та необхідність посилення індивідуальної відповідальності людини за нього у РПЖ дають змогу довготривало зберігати здоров'я. Це підтвердили результати логістичної регресії, здійсненої на основі авторського соціологічного опитування. За отриманими даними, серед респондентів, які повідомили, що отримали достатньо повну інформацію у РПЖ про ризики для свого здоров'я, у два рази менше тих, хто має хронічні захворювання, порівняно з тими, хто такої інформації не мав або отримав її не

повною мірою мірі (OR = 2,08). Високий рівень поінформованості у РПЖ зменшує шанси на захворюваність у дорослому житті насамперед на хвороби системи кровообігу (OR = 1,96) та хвороби органів травлення (OR = 1,68). Це важливо, оскільки ці класи хвороб займають значну частку в структурі поширеності хвороб в Україні (п. 3.1), а заходи, які вживаються щодо їхнього зменшення, не забезпечують бажаних результатів. З огляду на це підвищення санітарної грамотності серед дітей та підлітків, особливо сільської місцевості, активне поширення інформації щодо ризиків для їхнього здоров'я мають бути невід'ємною складовою політики охорони здоров'я.

Необхідним атрибутом збереження здоров'я є достатній рівень фізичної активності, профілактики та оздоровлення у РПЖ. Як підтвердило дослідження, 35% респондентів у дитинстві зовсім не відвідували спортивних секцій, гуртків і т. ін. (рис. 3.22).

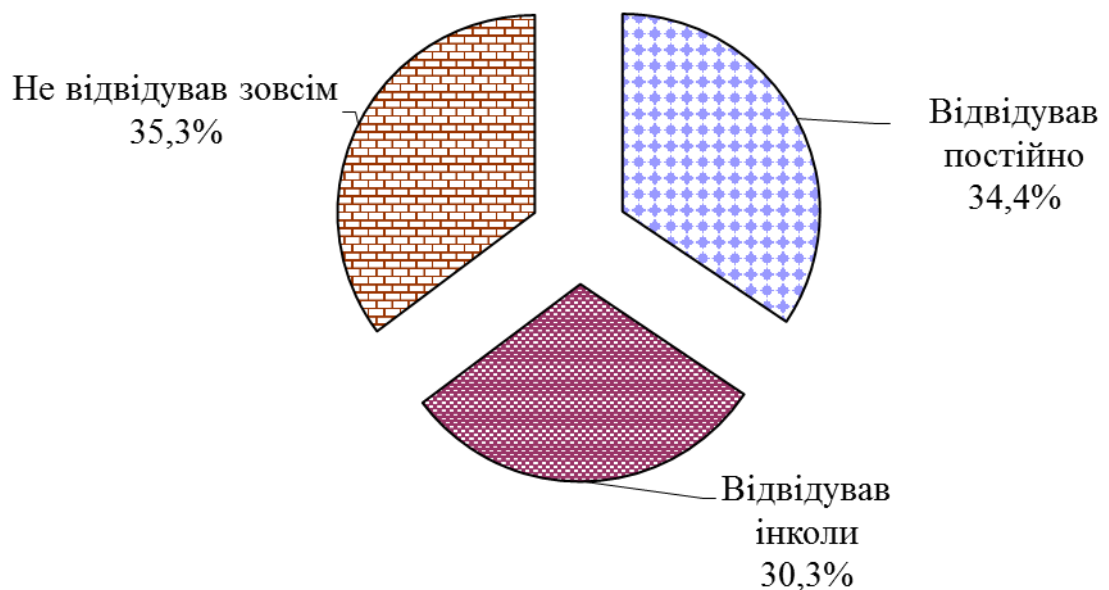


Рис. 3.22. Відвідування спортивних секцій та гуртків у ранньому періоді життя (за самооцінкою)

Джерело: побудовано за результатами авторського соціологічного опитування.

Серед жінок цей показник суттєво вищий – 44,4%; (у чоловіків – 24,1%. Це є однією із вагомих детермінант, яка зумовлює нерівність у стані здоров'я між

жінками та чоловіками і вищий рівень поширеності хвороб серед жінок. Значна диференціація спостерігається й між міськими поселеннями (невідвідування становить 30,3%) та сільською місцевістю (44,9%), що також певним чином зумовлює нерівність у здоров'ї між населенням міст і сіл. Розрахунок показника відношення шансів доводить попередні припущення. Шанси не мати хронічного захворювання у дорослому житті є суттєво вищими у тих, хто у дитинстві відвідував спортивні секції, гуртки тощо (OR = 2,77). При цьому такі особи також мають менші шанси захворіти на хвороби органів системи кровообігу (OR = 2,58) та органів травлення (OR = 2,77). Однією з проблем є забезпеченість жителів сільської місцевості приміщеннями та спеціалістами, які б надавали дітям послуги із фізкультури та спорту поза межами шкільної програми. На новостворені в Україні громади покладається завдання пов'язані із вирішенням зазначеної проблеми.

Схожа ситуація із визначенням показника, який дає змогу оцінити рівень профілактики здоров'я та оздоровлення у РПЖ. Таким показником було обрано частоту відвідування санаторіїв і таборів відпочинку особами у період до 18 років. За даними опитування, жодного разу не перебували у санаторіях і таборах відпочинку доволі значна частина респондентів – 41,8% (рис. 3.23). Цей показник вищий серед жінок порівняно з чоловіками (43,5% проти 39,8%) та серед мешканців сільської місцевості порівняно із міськими поселеннями (50,2% проти 37,2%). Слід зауважити, що такі результати пов'язані насамперед із відповідями респондентів віком 50 років та старших, які свого часу не мали можливостей для відвідування санаторіїв і таборів відпочинку. Серед опитаних віком 18–24 роки, таких осіб значно менше – 27,3% (35,6% серед мешканців сільської місцевості та 24,8% – міських поселень). Збереження такої позитивної тенденції є необхідним, оскільки, як підтверджують авторські розрахунки, від рівня оздоровлення дітей і підлітків у РПЖ суттєво залежить стан їхнього здоров'я у майбутньому. Так, відвідування санаторіїв та таборів відпочинку збільшує шанси не мати жодного хронічного захворювання у дорослому житті майже у два рази (OR = 1,84) і знижує шанс мати хронічне захворювання хвороб кровообігу (OR = 1,98) та хвороб ендокринної системи (OR = 2,22). Особливо це стосується мешканців сільської

місцевості, для яких такі шанси є дещо вищим, зокрема щодо хвороб системи кровообігу (OR = 2,76).

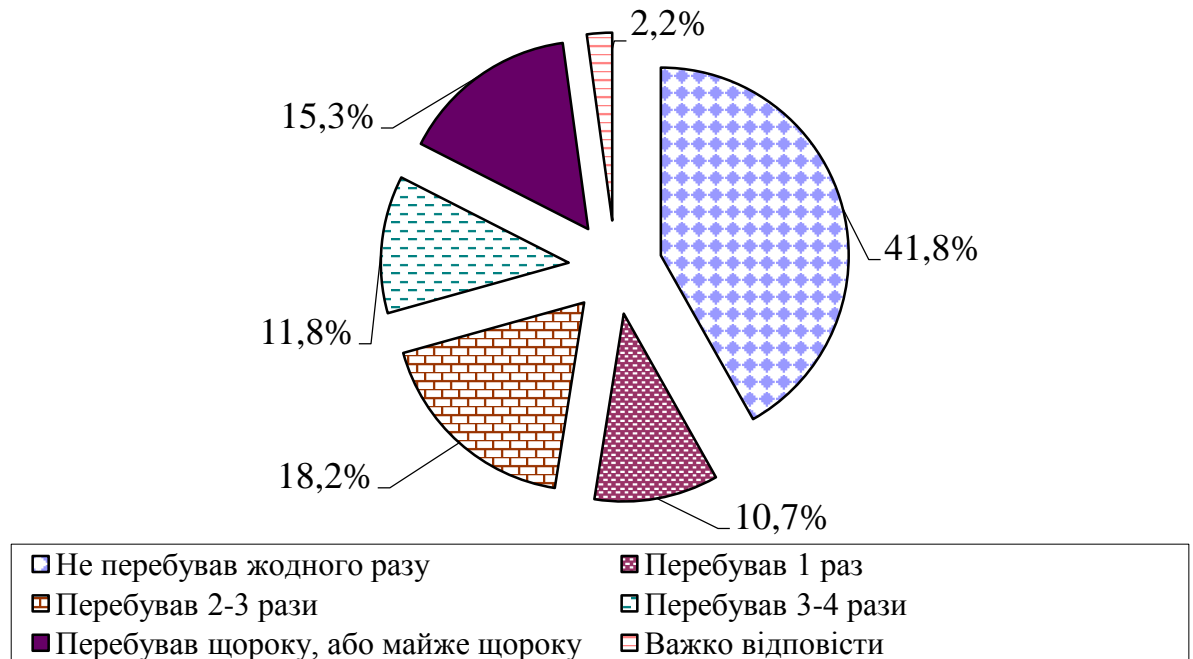


Рис. 3.23. Перебування у санаторіях, таборах та інших закладах відпочинку у ранньому періоді життя (за самооцінкою)

Джерело: побудовано за результатами авторського соціологічного опитування.

Разом з цим, ситуація з оздоровленням дітей в Україні за останній період значно погіршилась. У 2015 р. в Україні нараховувалось 9743 дитячі заклади оздоровлення та відпочинку, у тому числі 111 санаторіїв (у 2013 р. – 158, у 2000 р. – 185). Тенденції до зменшення кількості дитячих закладів оздоровлення та відпочинку простежуються у 1990-х рр. За 2000–2013 рр. кількість дитячих санаторіїв скоротилась на 15%. Через анексію АР Крим їхня кількість зменшилась на 30 одиниць, або на 20%. Це спричинило значні втрати для санаторно-курортного комплексу України. Понад 400 тис. дітей з України відпочивало у Криму щороку. Повноцінної заміни нині цьому немає. Матеріально-технічна та інформаційна база більшості дитячих санаторіїв є застарілою і потребує вкладення значних фінансових ресурсів. При цьому як бюджетне, так і приватне фінансування закладів оздоровлення дітей, є недостатнім. Відсутність сучасних конкурентоспроможних рекреаційних спортивно-оздоровчих, освітньо-розвиваючих комплексів не дає

можливості реалізувати права кожної дитини на повноцінне оздоровлення, відпочинок і навчання [277].

Наслідком такої ситуації є зменшення кількості оздоровлених дітей: рівень оздоровлення дітей улітку у дитячих закладах оздоровлення та відпочинку за 2005–2015 рр. зменшився удвічі. Одним із чинників, який суттєво впливає на чисельність відпочиваючих дітей, є вартість відпочинку. У 2016 р. середня вартість людино-дня становила 180–250 грн. (у закладах оздоровлення – 270–350 грн.). Враховуючи зниження рівня доходів населення, така вартість для багатьох сімей не є доволі високою.

Організування оздоровлення та відпочинку дітей за кордоном лише розвивається. Такі заходи здійснюють благодійні та громадські організації. З початку 2016 р. Міністерство соціальної політики України видало 133 згоди на виїзд організованих груп дітей за кордон, що забезпечило оздоровлення 2 832 дітей із різних регіонів країни, з них:

- дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, – 1 094;
- дітей учасників бойових дій – 97;
- дітей внутрішньо переміщених осіб – 320 [278].

Наведені дані свідчать про незначні масштаби виїзду дітей за кордон з метою оздоровлення, що може бути пов'язано з такими причинами: економічними, організаційними та ін. Оздоровлення за кордоном поки не може та не має бути повноцінною альтернативою оздоровленню дітей у межах країни.

Отже, результати оцінювання ситуації щодо оздоровлення дітей в Україні на сучасному етапі засвідчують про її незадовільний стан. Враховуючи взаємозв'язок «оздоровлення у РПЖ – стан здоров'я у дорослому житті», такий стан справ може мати негативні наслідки для здоров'я населення у майбутньому. Органам державної влади необхідно активізувати заходи з організації проведення відпочинку й оздоровлення дітей, розвивати міжрегіональну, прикордонну та транскордонну співпрацю у сфері дитячого оздоровлення з метою підвищення рівня конкурентоспроможності й якості оздоровчих послуг.

Науковці та практики неодноразово визнавали важливу роль раціонального харчування для стану здоров'я дітей і підлітків. Саме раціональне харчування забезпечує нормальний обмін речовин, ріст та розвиток дитини, сприяє зміцненню захисних сил організму при несприятливих впливах зовнішнього середовища [279]. Результати логістичного аналізу свідчать, що відмінності у здоров'ї пов'язані з якістю харчування у РПЖ. Третина респондентів оцінила якість свого харчування до 18 років як «добре» або «дуже добре», 26,9 – як «задовільне» і лише 6,0% – як «погане» або «дуже погане» (рис. 3.24). Якщо не враховувати частку опитаних віком 60 років і старших, ці показники будуть вищими. Незважаючи на стереотипність поглядів, що населення сіл більш забезпечене продуктами харчування, їхні мешканці надали нижчу оцінку якості свого харчування у РПЖ порівняно із населенням міст. Зокрема, «як добре» та «дуже добре» оцінили якість свого харчування у РПЖ 62,0% опитаних сільських мешканців, а як «погане» та «дуже погане» – 6,6%.

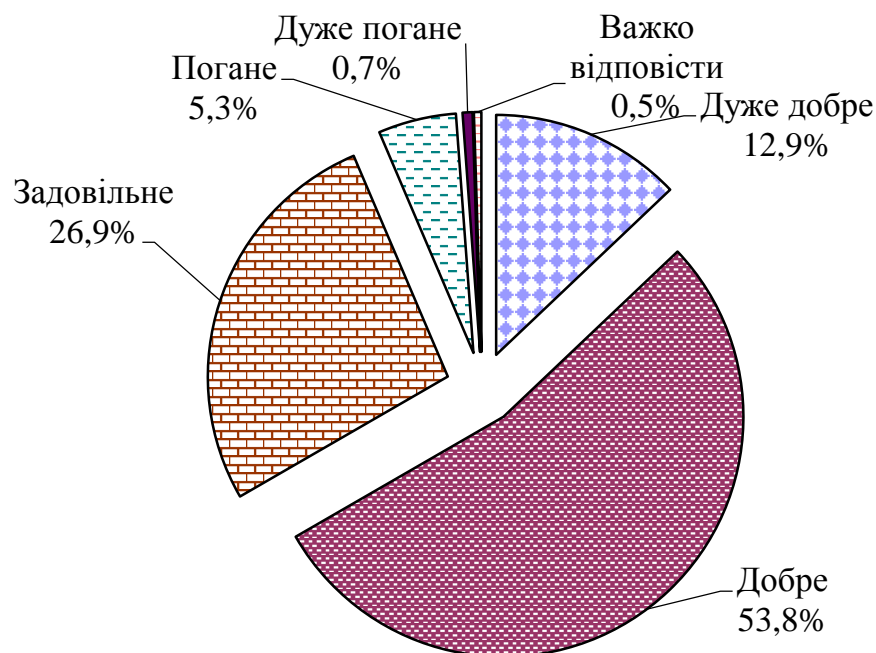


Рис. 3.24. Якість харчування у ранньому періоді життя (за самооцінкою)

Джерело: побудовано за результатами авторського соціологічного опитування.

За даними опитування, та частина населення, якій у РПЖ забезпечувалось «добре» та «дуже добре» харчування, у 4 рази має більше шансів зберегти здоров'я у дорослому віці, ніж ті особи, які мали «дуже погане» та «погане» за якістю харчування (OR = 4,05), та менше шансів захворіти на хвороби системи кровообігу (OR = 2,41), органів травлення (OR = 1,68) і кістково-м'язевої системи (OR = 2,04). Отже, серед детермінант здоров'я у РПЖ харчування є однією з найбільш вагомих. Якісне харчування у дитинстві є важливою передумовою доброго здоров'я у дорослому житті.

Підсумувати отримані результати дає змогу розрахунок індексу умов РПЖ, здійснений за формулами 2.1–2.7. За відповідями опитаних щодо впливу перелічених детермінант, значення індексу становило 0,66, що можна інтерпретувати як середнє, але наближене до низького. Це означає, що СЕД були малосприятливими та не забезпечили позитивного впливу на стан здоров'я населення. Найнижче значення серед детермінант має підіндекс профілактики хвороб та оздоровлення (0,48) і добробуту (0,56). Найвищим є значення підіндексу соціального капіталу (стосунки у сім'ї) – 0,86. Серед чоловіків та жінок суттєвими є відмінності у значеннях підіндексів фізичної активності; профілактики хвороб та оздоровлення (табл. 3.7). У чоловіків фони вищі, що зумовлює отримання вищого значення показника загального індексу. Припускаємо, що саме вищезазначеними двома останніми детермінантами може бути зумовлений нижчий рівень захворюваності чоловіків у дорослому житті порівняно із жінками. Значно нижчими є також значення цих індексів у представників сільської місцевості порівняно із жителями міських поселень – на 0,04.

Однією з особливостей також є те, що з часом СЕД в Україні покращувались, що виявляється у значно вищих значеннях підіндексів, розрахованих на основі відповідей респондентів, вік яких становив 18–24 роки, порівняно із респондентами інших вікових груп, зокрема 25–49 років.

Таблиця 3.7

Індекс умов раннього періоду життя

Групи населення	Добро-бут	Соціальний капітал	Санітарна грамотність	Фізична активність	Профілактика хвороб та оздоровлення	Харчування	Разом
Всі опитані	0,56	0,86	0,65	0,66	0,48	0,74	0,66
Чоловіки	0,56	0,85	0,65	0,73	0,51	0,75	0,68
Жінки	0,56	0,87	0,65	0,61	0,46	0,74	0,65
Міські поселення	0,56	0,87	0,65	0,70	0,52	0,75	0,67
Сільська місцевість	0,57	0,84	0,65	0,60	0,41	0,73	0,63
18-24 роки	0,62	0,87	0,75	0,72	0,58	0,79	0,72
25-49 років	0,59	0,86	0,65	0,66	0,48	0,74	0,66

Джерело: розраховано за результатами авторського соціологічного опитування.

Отже, результати авторського соціологічного дослідження підтверджують, що наявність чи відсутність хронічних захворювань у дорослому житті суттєво залежить від СЕД та індивідуальної поведінки у РПЖ. Зокрема, шанси не мати жодного хронічного захворювання суттєво вищі серед тих, хто отримав якісне харчування до 18 років, був фізично активним, а також зростав у сім'ї з високим рівнем добробуту. Достатньо високі шанси також у тих, хто отримав більше інформації про ризики щодо свого здоров'я, регулярно відвідував санаторії, табори відпочинку та інші заклади оздоровлення, виховувався у родині із меншою кількістю дітей. Не підтвердилась гіпотеза щодо впливу на здоров'я у дорослому житті елементів соціального капіталу (стосунків у сім'ї) та шкідливих звичок батьків (тютюнопаління).

Водночас виявлені певні відмінності у розмірах шансів не мати жодних хронічних захворювань між чоловіками та жінками, особами різних вікових груп, міським і сільським населенням тощо. Однак загалом результати підтверджують значний вплив РПЖ людини на стан її здоров'я у майбутньому.

Крім цього, умови РПЖ впливають на стан здоров'я у дорослому житті не тільки безпосередньо, а й опосередковано, суттєво окреслюючи СЕД майбутнього, які визначають стан здоров'я та нерівність у здоров'ї населення на цей період. Особливо важливу роль відіграє дохід родини, в якій виховувалась людина. Чим вищий рівень доходу, тим більш значна ймовірність мати вищий соціальний статус, дохід, рівень освіти, кращі житлові умови та нижчу ймовірність тютюнопаління у майбутньому. Відповідно це збільшує шанси людини бути здоровою.

При цьому варто зауважити, що не всі умови РПЖ впливають на СЕД у майбутньому. Наприклад, не підтверджено впливу харчування чи рівня фізичної активності на жодну із детермінант здоров'я у дорослому віці. Так само не всі детермінанти дорослого життя залежать від раннього періоду. Зокрема, вживання міцних алкогольних напоїв дорослими зовсім не залежить від РПЖ. Приблизно однаковою мірою вживають алкогольні напої і ті, хто виховувався у сім'ях з високими рівнем добробуту, і ті, хто з низьким. Це свідчить про вибіркковість і змінність характеру впливу СЕД на здоров'я населення.

Вищеописане є складовою дослідження ЖК, що дає змогу розширити межі соціальної політики, надає їй інноваційного забарвлення, оскільки безробітні, інваліди, хворі, особи старшого віку та інші категорії населення розглядаються крізь призму різноманітних людських траєкторій, а не лише як дискретні категорії. Такий підхід до побудови соціальної політики відповідно базуватиметься на врахуванні наслідків різних подій у житті людей:

- пов'язаних не тільки з короткостроковою, а й з середньо- і довгостроковою перспективою (наприклад, коли перерва трудового стажу впливає на пенсійне забезпечення у майбутньому, зокрема це стосується декретних відпусток);

- які мають каскад наслідків в інших вимірах (наприклад, коли низький рівень освіти обумовлює низьку санітарну грамотність, а обмежені можливості щодо забезпечення гідної праці не дають змоги отримати необхідний дохід, який дасть змоги створити належні умови для ведення здорового способу життя);

– що спричиняють наслідки для інших людей, з якими їхнє життя взаємопов'язано (обмежені можливості для розвитку дітей через бідність батьків (так звану «спадкову бідність»)).

Здоров'я населення значною мірою залежить не тільки від СЕД, що діють на певний момент, а й від тих детермінант, які впливали на людей у минулому. Проведене соціологічне дослідження підтвердило, що здоров'я людини частково залежить від РПЖ населення, зокрема від якості харчування, фізичної активності та рівня доходів сім'ї, де вона виховувалась.

Вивчення динаміки життєвого курсу у межах системи знань про детермінанти здоров'я населення є важливим для розробки, моніторингу та оцінювання державної політики не тільки в системі охорони здоров'я, а й загалом у спектрі соціального життя.

3.3. Гендерні особливості нерівності у здоров'ї населення

Поняття «гендер» відображає соціально відведену роль, поведінку, дії та якості, які будь-яке конкретне суспільство вважає такими, що характеризують чоловіків і жінок [280]. Отже, це поняття не конкретного характеру, його не можливо обчислити.

Відведені ролі та поведінка можуть призводити до гендерної нерівності, тобто до відмінностей між чоловіками і жінками, які систематично формують перевагу якої-небудь однієї групи [280]. Це може спричинювати нерівність між чоловіками або жінками як щодо стану здоров'я, так і з позиції доступу до медико-санітарної допомоги.

Крім цього, різні соціальні ролі, які виконують чоловіки та жінки, їхня соціальна поведінка та інші обставини можуть пояснювати деякі відмінності щодо стану їхнього здоров'я. Це все потребує дослідження як із загальнотеоретичного аспекту, що визначає спільні закономірності гендерних відмінностей щодо здоров'я, так й з конкретно-практичного, що висвітлює специфічні проблеми гендерної нерівності у здоров'ї в окремих країнах чи навіть місцевостях.

Варто також зазначити, що гендерні аспекти передбачені у діяльності ВООЗ. Зокрема, в заяві генерального директора ВООЗ йдеться про те, що запровадження гендерних перспектив у діяльність сфери охорони здоров'я поліпшує суспільну охорону здоров'я. ВООЗ визнає, що існують відмінності у детермінантах, які визначають здоров'я жінок і чоловіків, тому особливо важливим є дослідження динаміки гендерних аспектів здоров'я, на що протягом тривалого часу не зверталось уваги [281, с. 42].

Поширені наукові підходи щодо пояснення відмінностей у здоров'ї чоловіків і жінок приблизно відповідають наведеному концептуальному підходу до градації детермінант здоров'я:

1. Біомедичний підхід (проксимальний рівень детермінант) ґрунтується на тому, що здоров'я має біологічне, а точніше, генетичне походження, а тому є різним у чоловіків і жінок (статеві відмінності).

2. Соціомедичний підхід (структурний і проксимальний рівні) відображає, що гендерні відмінності визначаються різними соціоструктурними позиціями чоловіків і жінок, відмінностями у поведінці та психосоціальними чинниками. До останніх належать такі соціальні детермінанти: освіта, статус зайнятості, соціальна підтримка, соціально-економічний статус, а також шлюбна та сімейна структури, що мають соціально-демографічне походження.

3. Контекстуальний підхід (контекстуальний і структурний рівні), автори якого припускають, що гендерні відмінності в поведінці, пов'язані зі здоров'ям, залежать від зовнішнього середовища: економічний клімат, рівень добробуту населення, стреси, цінності та норми, що переважають у суспільстві.

Зважаючи на біологічні особливості, є чимало захворювань з різним перебігом у чоловіків і жінок. Анатомічні та фізіологічні відмінності між чоловіком і жінкою усувають наявність певних подібних захворювань між ними. Насамперед це захворювання, пов'язані із репродуктивними органами. Є хвороби, які можуть виникати в чоловіків чи жінок тільки у певному віці. Впливати на здоров'я населення через регулювання його статевих особливостей доволі складно, однак потрібно.

У сучасному розвиненому суспільстві нерівність у стані здоров'я між чоловіками та жінками, незважаючи на біологічні особливості, можуть бути зведені до мінімуму. Особливо це стосується смертності населення. Країни, де значні відмінності між смертністю чоловіків та жінок, як правило, мають низькі показники ВВП, доходів на душу населення, грамотності, розвитку медицини та інші, які характеризують нерівність СЕД. Крім цього, поєднання різних СЕД може посилювати гендерні відмінності в здоров'ї, а їхній аналіз дасть змогу пояснити причини цих відмінностей. Зокрема, аналіз уражень ВІЛ/СНІДу свідчить, що уразливість щодо цього захворювання між чоловіками та жінками зумовлена фізіологічними, соціальними, культурними й економічними детермінантами [282, с. 22].

Гендерна нерівність щодо здоров'я пов'язана з життєвим курсом та виявляються майже з народження. Однак їхньому дослідженню в цьому контексті не завжди надається достатня увага. Так, нагромаджений досвід медицини щодо хвороб, які за фізіологічними причинами властиві або дівчатам, або хлопцям, у багатьох випадках дає змогу своєчасно реагувати на їхнє можливе виникнення або надати відповідну медичну допомогу. Однак щодо аналізу впливу СЕД на смертність і захворюваність підлітків різної статі маємо багато «білих плям», що потребують усунення для підвищення ефективності профілактики захворюваності у цій віковій категорії населення.

Останні дослідження ВООЗ свідчать, що, незважаючи на соціальні зміни і зменшення гендерних відмінностей, у багатьох сферах вони зберігаються, зокрема коли йдеться про здоров'я дітей і підлітків. Найбільше значення мають соціальні та культурні чинники. Науковці ВООЗ зробили висновок, що дівчата, на відміну від хлопців, засвоюють форми поведінки, що сприяють зміцненню здоров'я, краще, однак вони мають більше психологічних проблем і скарг на здоров'я [282].

З віком детермінанти, які визначають гендерні відмінності у здоров'ї трансформуються. Це пов'язано насамперед зі зміною способу життя та праці. Отже, субстанціальними детермінантами у працездатному віці стають соціально-економічні: умови праці та відпочинку, можливості працевлаштування, оплата праці, освіта, соціальний капітал тощо.

Гендерна нерівність у стані здоров'я характерна не тільки для України, а й для всіх країн світу. Виявами цієї нерівності є нижча порівняно із жінками СOTЖ серед чоловіків [283; 284] та вищий рівень чоловічої смертності [285; 286]. Разом з цим, дослідження 1970-х і 1980-х рр. вказали на вищий рівень захворюваності серед жінок [287]. Ця невідповідність між захворюваністю та смертністю отримала назву «гендерний парадокс» [287; 288]. При цьому масштаби та вияви нерівності у здоров'ї чоловіків та жінок є неоднаковими у різних країнах. Відмінності є навіть серед економічно розвинених країн. І це поширене явище, незважаючи на значну увагу до проблеми нерівності щодо здоров'я, яка приділяється вченими та практиками за останні десятиріччя. Певним чином ця нерівність зумовлена фізіологічними причинами, які не можуть бути подолані. Однак дуже часто, особливо в країнах з низьким рівнем життя та значною соціальною стратифікацією, гендерна нерівність щодо здоров'я значною мірою визначається СЕД, індивідуальною поведінкою та рівнем відповідальності населення за стан свого здоров'я. Усі вони по-різному можуть впливати на здоров'я чоловіків та жінок, які належать до різних вікових чи соціальних груп і проживають у тій чи іншій місцевості. Крім цього, дія детермінант може змінюватись у часі, тому існує необхідність її постійного моніторингу, що визначає актуальність цього питання.

Незважаючи на існуючу нерівність у здоров'ї між чоловіками та жінками в економічно розвинених країнах, у більшості з них нерівність є мінімальною. Відповідно методами, які використані у дослідженні, є методи порівняння та стандартизації. За стандарт обрано Швецію – європейську країну, яка досягла значних успіхів у реалізації політики соціальної справедливості, встановленні високих стандартів життя та зменшенні нерівності у стані здоров'я населення [289].

Так, СOTЖ у чоловіків в Україні менша за жінок майже на 10 років (67,02 та 76,78 років відповідно). Різниця у СOTЖ жінок і чоловіків є практично у всіх країнах світу, однак в економічно розвинених країнах її показник суттєво менший. Зокрема, співвідношення СOTЖ чоловіків і жінок у Швеції становить тільки 1,04 разу. Схожа ситуація також у показниках смертності. Так, співвідношення СКС населення віком 0–64 роки між чоловіками та жінками в Україні більше за Швецію

(2,8 разу проти 1,6 відповідно). Суттєво вища різниця між СКС чоловіків та жінок в Україні та країн ЄС, зокрема Швеції свідчить про те, що така нерівність обумовлена не стільки фізіологічними, скільки соціально-економічними причинами.

Аналіз вікових коефіцієнтів смертності свідчить, що особливо значна диференціація спостерігається між чоловіками та жінками віком від 20 до 59 років. У цьому віковому інтервалі смертність чоловіків перевищує смертність жінок більш ніж у три рази. У 1990 р. найбільша різниця у смертності чоловіків і жінок була у віковому інтервалі від 20 до 39 років. За останні 25 років зазначений віковий інтервал збільшився (рис. Л.1., дод. Л). Це свідчить про поглиблення нерівності у смертності чоловіків та жінок віком 20–59 років, що може бути спричинено нижчою за жінок відповідальністю чоловіків за стан свого здоров'я та недостатнім рівнем санітарної грамотності.

Глибину гендерної вікової нерівності в Україні дає змогу оцінити порівняльний аналіз вікових показників СКС чоловіків та жінок в Україні та Швеції (табл. 3.8). Так, різниця між ними в Україні, окрім вікових груп 0–14 та 75 років і старших, суттєво перевищують аналогічні показники у Швеції. Особливо значна різниця у вікових групах, які є одними з найбільш продуктивних для людини: 45–59 та 30–44 роки. Така відмінність може бути пояснена насамперед соціально-СЕД.

Таблиця 3.8

Різниця між стандартизованими коефіцієнтами смертності чоловіків та жінок в Україні та Швеції у 2015 р. (усі причини смерті)

	Швеція	Україна	Різниця
0–14	1,20	1,27	0,07
15–29	2,34	2,94	0,60
30–44	1,73	2,91	1,18
45–59	1,43	2,93	1,50
60–74	1,53	2,30	0,77
75 і старші	1,29	1,25	–0,04

Джерела: [196; 197].

Результати аналізу демонструють, що особливо значна різниця між співвідношенням СКС чоловіків і жінок України та Швеції віком 30–44 роки за такими класами хвороб: зовнішні причини смерті (на 2,75), хвороби системи кровообігу (1,48) та інфекційні хвороби (1,67) (табл. 3.9). Серед окремих хвороб у цьому віці найвищі показники різниці мають туберкульоз, ВІЛ/СНІД і цереброваскулярні хвороби. Перші із зазначених причин смерті зумовлені соціальними умовами та поведінкою, а їхня значна диференціацію може свідчити про те, що українські чоловіки є більш соціально вразливими і менш відповідальними за своє здоров'я, ніж жінки. У будь-якому разі проведений аналіз дає більш чітку картину щодо гендерної та вікової специфіки смертності в Україні й причин, що її зумовлюють.

Таблиця 3.9

Різниця між стандартизованими коефіцієнтами смертності чоловіків і жінок в Україні та Швеції у 2015 р. (за окремими причинами смерті)

Причини смертності	30–44			45–59		
	Швеція	Україна	Різниця	Швеція	Україна	Різниця
Хвороби системи кровообігу, у т.ч.	2,44	3,92	1,48	2,61	3,35	1,74
• ішемічна хвороба серця	4,75	5,26	0,51	3,68	3,89	0,21
• цереброваскулярні хвороби	1,13	2,53	1,40	1,43	2,39	0,96
Інфекційні хвороби, у т.ч.	1,74	2,91	1,17	2,77	4,65	1,68
• туберкульоз	0,00	4,44	–	0,00	7,42	–
• ВІЛ/СНІД	1,00	2,27	1,27	2,39	2,20	–0,19
Злоякісні новоутворення, у т.ч.	0,88	0,88	0,00	0,91	1,76	1,85
• Шлунку	0,81	1,19	0,38	2,08	2,77	0,69
• легенів	1,54	2,50	0,96	0,88	8,80	7,92
Зовнішні причини смерті, у т.ч.	3,17	5,92	2,75	2,74	5,96	3,22
• суїцид	2,00	6,00	4,00	3,01	5,43	2,42

Джерела: [196; 197]

У багатьох країнах жінки як правило мають нижчий рівень смертності, але при цьому й вищий рівень захворюваності та нижчий рівень самооцінки свого здоров'я порівняно із чоловіками. В Україні також рівень захворюваності вищий у жінок. Аналіз рівня захворюваності серед жінок і чоловіків усіх вікових груп за 2008–2016 рр. демонструє не тільки більш високі його показники у жінок, а й

незначне збільшення різниці між ними. Якщо у 2008 р. рівень захворюваності серед жінок перевищував загальний рівень захворюваності на 10,3%, то у 2016 р. цей показник становив 13,1%.

Той факт, що захворюваність серед українських жінок вища, підтверджують також результати мікроімітаційного аналізу. Як зазначалось, використання даних мікрорівня забезпечує можливість агрегації результатів моделювання та власне моделей. Перехід від розширеного варіанта моделі до більш вузького може бути здійснений за допомогою операції, що називається згорткою. За результатами такої операції отримано дані (рис. 3.25), які засвідчують, що серед осіб 20 років і старше відносно здорових більше серед чоловіків, особливо це стосується вікової групи від 40 до 70 роки. Разом з тим, отримані дані також дають підстави зробити висновок, що після досягнення 40-річного віку стан здоров'я як чоловіків, так і жінок, стрімко погіршується. Цей процес триває до 60 років. Погіршення стану здоров'я у найбільш продуктивному віці є особливо негативним явищем, як з соціальної, так і з економічної точки зору.

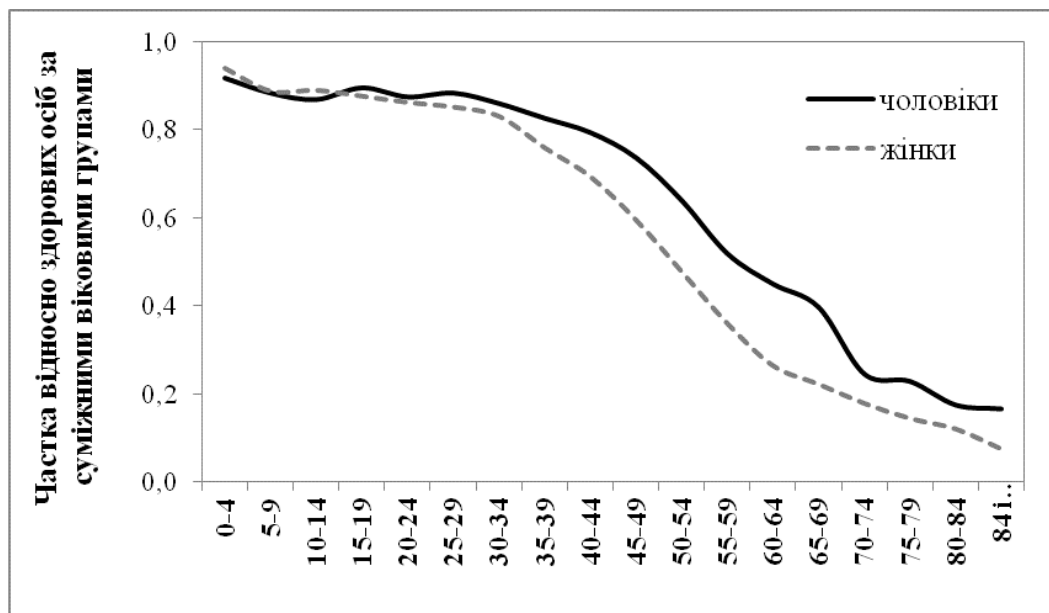


Рис. 3.25. Розподіл частки відносно здорових осіб за суміжними віковими групами за віком і статтю

Джерело: оцінено за змодельованими даними мікрорівня

Загалом найбільша різниця у рівні захворюваності між жінками та чоловіками спостерігається насамперед за хворобами сечостатевої системи (у 4,3 разу більше в жінок); хворобами ендокринної системи, розладом харчування, порушенням обміну речовин (в 1,9 разу більше в жінок); новоутвореннями (в 1,6 разу більше в жінок); травмами, отруєннями та деякими іншими наслідками дії зовнішніх причин (у 1,6 разу більше в чоловіків); розладами психіки та поведінки (в 1,6 разу більше в чоловіків) (табл. Л.1., дод. Л).

Окремо варто визначити хвороби, які спричиняють суттєву шкоду здоров'ю, часто набуваючи характеру хронічних або прямо чи опосередковано (через інші хвороби) призводячи до смерті, що потребує значних фінансових ресурсів з боку держави і при цьому причинами яких є соціально-економічні та поведінкові детермінанти та низький рівень відповідальності за стан свого здоров'я. В цьому разі суттєво вища захворюваність серед чоловіків на наркоманію і токсикоманію (у 8 разів); алкоголізм і алкогольні психози (у 6,5 разу); активний туберкульоз (у 2,54 разу); ВІЛ-інфекцію (у 1,5 разу), у тому числі СНІД (у 1,9 разу).

За результатами АСО жінки та чоловіки практично однаково високо оцінюють значення СЕД (дохід, освіта) та індивідуальної поведінки на стан свого здоров'я (рис. 3.26). При цьому жінки дещо вище оцінюють роль доходу (матеріального добробуту), а чоловіки суттєво вище (на 7,4 пункту) індивідуальної поведінки. Жінки також вважають більш важливим для свого здоров'я медичне обслуговування (5,4 пункту). Це свідчить про те, що значна частина чоловіків усвідомлює, що поганий спосіб життя завдає шкоди їхньому здоров'ю, однак при цьому не змінює своєї поведінки.

Відмінності у відповідальності за власне здоров'я між українськими чоловіками та жінками найбільше виявляються у віковому інтервалі від 16 до 29 років. Припущення, що серед молоді значно більше відповідальних за власне здоров'я, не відповідає дійсності. Жіноча частина населення цього вікового інтервалу дещо частіше за чоловічу покладає відповідальність за власне здоров'я на медичних працівників. Чоловіча відповідно – на себе, працедавців та членів сім'ї. Взагалі чоловіки більш схильні перекидати відповідальність за власне здоров'я на

жінок у родині: матерів чи дружин. У будь-якому разі важливим моментом у дослідженні поглядів про відповідальність за здоров'я серед населення віком 16–29 років є те, що молоде покоління, хоч і не тією мірою, як батьки, але теж вважає, що за їхнє здоров'я має відповідати держава. Так, роль держави у системі охорони здоров'я є важливою, насамперед вона пов'язана адміністративними, організаційними, координуючими та контролюючими функціями. Однак відповідати за індивідуальну поведінку людини за власне здоров'я у повному обсязі держава не може.

Підтвердженням того, що чоловіки менш відповідальні за власне здоров'я, ніж жінки, є те, що більше схильні до шкідливих звичок (тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотиків). Зокрема, за даними опитування, чоловіків, які палять, у чотири рази більше, ніж жінок (47,7% проти 11,9%). Чоловіків, які вживають міцні спиртні напої та пиво, також значно більше – майже в три рази. Так само серед чоловіків більша частка тих, хто вживає наркотичні речовини не в медичних цілях у різних формах (паління, таблетки, ін'єкції).

Додатковим аргументом про те, що відповідальність чоловіків порівняно із жінками за власне здоров'я нижча є те, що рівень звернень за медичною допомогою в разі настання хвороби. За даними авторського дослідження, серед опитаних жінок лише 2,1% ніколи не звертаються за медичною допомогою, навіть тоді, коли у цьому є потреба (рис. Л.2., дод. Л). Серед опитаних чоловіків ця частка суттєво більша – 7,6%. Водночас 25,6% чоловіків переважно не звертаються за медичною допомогою (жінок – 18,1%). Відповідно 45,5% жінок завжди або переважно звертаються за медичною допомогою, тоді як таких чоловіків лише 34%. Наведені дані можуть свідчити не лише про низьку відповідальність чоловіків за власне здоров'я, а й про:

- низький рівень довіри до вітчизняної системи охорони здоров'я. Серед опитаних 13,0% жінок і 13,7% чоловіків мають сумніви в кваліфікації медичного персоналу;

- нестачу коштів на лікування (за задекларованою державою безкоштовною медициною значна частина послуг є платною (офіційно чи неофіційно)). Через

скрутне матеріальне становище не відвідували медичний заклад під час хвороби 24,8% жінок та 18,0% чоловіків.

Існують також інші причини, які, однак, дають змоги повною мірою пояснити відмінності у зверненні чоловіків і жінок до медичних закладів, оскільки їхні показники приблизно однакові в обидвох статях. А за деякими, такими як матеріальне становище, ці показники нижчі в жінок. Так, видається, що низький ступінь відвідуваності чоловіками під час хвороб медичних закладів зумовлений нижчим рівнем їхньої санітарної грамотності (4,5% чоловіків зовсім не отримують інформації щодо питань охорони здоров'я (серед жінок – 2,0%)) та їхньою низькою відповідальністю за своє здоров'я.

Найбільш швидкими темпами посилити відповідальність за власне здоров'я серед населення може запровадження страхової медицини. Страхові компанії будуть зацікавлені у тому, щоб їхні клієнти хворіли менше та не мали важких ускладнень, тому активно поширюватимуть знання щодо необхідності охорони власного здоров'я та запроваджуватимуть регулярні медичні профілактичні огляди, які, з одного боку, посилять відповідальність населення за своє здоров'я, а з іншого – зменшать рівень смертності, оскільки це дасть змогу виявляти важкі хвороби на ранніх стадіях.

Висновки до третього розділу

Здійснено оцінювання сучасного стану здоров'я населення України, в тому числі шляхом порівняння показників із країнами Європи. Середньоевропейські показники у цьому разі обрано за стандарт, з яким зіставляються дані про здоров'я населення країни.

Визначено, що стан здоров'я населення за багатьма індикаторами залишається незадовільним. Зокрема, смертність від усіх причин в Україні залишається однією із найвищих в Європі. Таким чином, виявлено, що, по-перше, в нашій країні рівень смертності надвисокий, по-друге, смертність в Україні «молодша» за середньоевропейську, а по-третє, зазначені відмінності можуть бути пояснені дією СЕД, соціальними взірцями індивідуальної поведінки населення

щодо власного здоров'я та екологічними чинниками, а не генетичною зумовленістю.

З'ясовано, що серед причин смертності найбільша диференціація між Україною та ЄС є щодо хвороб системи кровообігу, особливо ішемічної хвороби. Іншими причинами смертності, показники яких суттєво перевищують середньоєвропейські, є зовнішні причини смерті, інфекційні хвороби та хвороби органів травлення. Зазначено, що особливо це стосується смертності від випадкових отруєнь, особливо алкоголем, туберкульозу та хвороби, зумовленої вірусом імунодефіциту людини, тобто тих, які мають соціальну природу, викликані СЕД та рівнем відповідальності населення за власне здоров'я, і тому у майбутньому за адекватних заходів можуть бути знижені до мінімуму.

Підтверджено, що захворюваність населення в Україні, як і рівень смертності, залишається високою, про що свідчать не стільки показники офіційної статистики, як дані обстежень населення, у тому числі авторського. При цьому встановлено, що здійсненню об'єктивного ходу оцінювання рівня захворюваності та інвалідності населення в країні перешкоджає відсутність їхнього повноцінного обліку, що є перешкодою для формування ефективної політики у сфері охорони здоров'я. Результатами АСО доведено, що проблеми обліку значною мірою зумовлені невисоким рівнем звернень населення за медичною допомогою (5% осіб ніколи не звертаються за медичною допомогою у разі хвороби, 22% – переважно не звертаються, а 33% – інколи не звертаються, оскільки це залежить від обставин).

Досліджено причини незвернення населення за медичною допомогою у разі хвороби. Серед них визначено такі: скрутне матеріальне становище, нестача коштів на лікування (низький рівень доходів) – 22,2%, обмеженість часу, необхідність вистоювати черги (низький рівень організації системи охорони здоров'я) – 17,3%, самолікування (низький рівень відповідальності або, навпаки, високий рівень медичної грамотності) – 14,5%. Таким чином визначено, що дохід як основна СЕД здоров'я є однією з причин, через яку частина населення країни не отримує своєчасну та кваліфіковану допомогу, ризикуючи своїм здоров'ям і життям.

За даними ДССУ та АСО, вироблено соціально-економічний та демографічний профіль ООМ в Україні. Це чоловік або жінка (дещо більше серед ООМ чоловіків) віком 50 років і старші (після 50 років шанси мати інвалідність зростають у 2,6 разу) з низьким соціальним статусом, зайнятістю та рівнем доходу, частіше проживають у сільській місцевості; виховувались у родині із низьким рівнем добробуту, рідко відвідували санаторії, табори або відпочивали з батьками та недостатньо займались фізичною культурою і спортом у РПЖ.

Виявлені особливості дитячої смертності й основних причин, які її зумовлюють. Так, за макроаналітичною методикою здійснено оцінювання впливу СЕД на смертність немовлят. Доведено, що складові смертності немовлят (рання неонатальна, пізня неонатальна та постнеонатальна) мають неоднакову детермінованість. Надвисоких залежностей при цьому не виявлено: кореляції переважно або середні за значенням показника, або слабкі. Серед статистично значущих кореляцій виокремлено кореляції між постнеонатальною смертністю та освітою ($r = -0,526$) і доступністю та якістю медичного обслуговування ($r = -0,561$).

Обґрунтовано, що життєвий курс людини пов'язаний з оцінкою її здоров'я у часі, коли повторюється взаємодія між різними типами ресурсів зовнішнього та внутрішнього походження, які можна використовувати на благо: економічні, освітні, культурні, а також фізичне і психічне здоров'я, соціальні відносини тощо. Таким чином, з'ясовано, що умови РПЖ є важливим фундаментом здоров'я у майбутньому житті. Розрахунок показника відношення шансів мати хронічне захворювання у дорослому житті за умови «доброго» / «поганого» стану здоров'я у РПЖ підтвердив, що шанс не мати жодного хронічного захворювання у дорослому житті в 2,5 разу вищий у тих, хто мав «відмінний» та «добрий» стан здоров'я до 18 років.

Встановлено, що респонденти, які відчували матеріальні труднощі в дитинстві, мали високий ризик виникнення у дорослому віці хвороб системи кровообігу ($OR = 3,35$) і хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини ($OR = 3,30$). Крім того, низький рівень добробуту у РПЖ, посилений на сучасному етапі несприятливим матеріальним становищем, зумовлює значне підвищення ризику виникнення проблем із хворобами системи кровообігу ($OR = 4,82$). Високий рівень

добробуту, навпаки, суттєво (більш ніж у 2 рази) підвищує шанси не мати жодного хронічного захворювання ($OR = 2,66$). Доведено, що й інші умови РПЖ впливають на стан здоров'я людини у майбутньому: якість харчування, можливості отримувати необхідні поживні речовини відповідно до віку; отримання інформації про ризики для здоров'я та основи санітарної грамотності; фізична активність оздоровлення тощо. При цьому не виявлено значних зав'язків між здоров'ям у дорослому житті та розвитком у РПЖ за такими ознаками, як стосунки у сім'ї, в якій виховувалась людина, тютюнопаління батьків і кількість дітей у сім'ї.

Зазначено, що актуальним для України є питання гендерної нерівності щодо стану здоров'я, тобто нерівність, викликана не біологічними детермінантами, а СЕД. Особливо гострою є проблема надсмертності чоловіків працездатного віку, показники якої в Україні найвищі в Європі, зокрема порівняно зі Швецією в 4,5 рази.

РОЗДІЛ IV

НЕРІВНІСТЬ У ДОХОДАХ, ЗАЙНЯТОСТІ ТА ОСВІТІ: МАСШТАБИ ВПЛИВУ НА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

4.1. Соціальний градієнт формування здоров'я населення

У будь-якому суспільстві матеріальні, владні та інші ресурси розподілені нерівномірно, і ця нерівність, як відомо, може бути представлена у вигляді системи соціальної стратифікації [290]. Відповідно різні групи населення мають нерівні можливості доступу до матеріальних, культурних та інших цінностей. Люди досягають різних позицій у соціальній ієрархії відповідно до їхнього професійного статусу, рівня освіти та рівня доходу.

Змінити соціальну групу протягом життя у багатьох суспільствах складно – соціальні ліфти не діють, соціальна мобільність має обмежені рамки, більшість людей залишається у тих самих соціально-економічних групах, з яких вони вийшла. Для характеристики особливостей і проблем здоров'я у різних соціально-економічних групах (стратах) населення використовують термін «соціальний градієнт», який характеризує явище, коли нерівність у стані здоров'я населення пов'язана із зміною соціального статусу: чим вища соціальна позиція, тим кращий стан здоров'я, та навпаки [291].

З огляду на це дослідження нерівності у здоров'ї населення часто базується на вивченні соціально-економічного статусу (СЕС) людини або групи людей. Відповідно СЕС слід розуміти як відносну позицію, яку займають люди в певній соціально-економічній стратифікації [292], чи складне їхнє ранжування на основі різних показників соціальної нерівності [293], чи становище осіб у суспільстві, які ґрунтуються на поєднанні професійних, економічних та освітніх критеріїв, що, як правило, виражається в упорядкованих категоріях, тобто за порядковою шкалою [294]. У будь-якому разі цей статус враховує позицію людини (груп населення) у суспільстві за допомогою її (їхніх) освіти, доходу та роду занять. Разом з цим, за результатами провідних досліджень, СЕС є одним із важливих детермінант

здоров'я [295], який можна використовувати як інтегральну детермінанту, що охоплює дохід, освіту та зайнятість.

Перші ґрунтовні спроби визначити причинно-наслідкові механізми між виникненням певного захворювання та впливом СЕС населення здійснено дослідниками понад 30 років тому. Поняття «соціальний градієнт» у сфері охорони здоров'я стало відомим з моменту публікації Звіту Д. Блейка у 1980 р., що відкрило нову еру досліджень СЕД [296]. Важливим висновком цього дослідження, зокрема щодо смертності та СОТЖ, є наявність «соціального градієнта» в смертності: «...на якому б щаблі ви не стояли на соціальних сходах, ваші шанси на передчасну смертність вищі, ніж для тих, хто перебуває вище за вас» [297].

Разом з цим, незважаючи на те, що стан здоров'я населення загалом у більшості країн світу покращився, значно зменшились рівень захворюваності та смертності, а СОТЖ зростала протягом останніх десятиліть, суттєвого скорочення нерівності у здоров'ї не відбулось, навіть у багатих суспільствах [282; 297].

Одне із завдань АСО полягало в окресленні сучасної соціально-економічної структури населення та виявленні на цій основі залежності стану здоров'я респондентів від їхнього СЕС. Для цього респондентам було запропоновано обрати для себе як показник СЕС одну з десяти сходинок, які умовно відображають соціально-економічну нерівність у суспільстві. Більшість опитаних зарахувала себе до осіб, які мають дуже низький (15,2% обрали 1–2 щаблі) та низький (36,1% – 3–4 щаблі) статус (рис. 4.1). При цьому тих, хто зараховує себе до осіб найвищого (9–10) та високого щабля, лише 1,5% від загальної кількості опитаних. Такі дані свідчать про доволі низький рівень самооцінки населенням свого СЕС та достатньо високий рівень соціальної стратифікації.

Зауважимо, що люди з різним СЕС по-різному сприймають та оцінюють інформацію, мають різні соціально-психологічні установки і поведінку, у тому числі щодо збереження та зміцнення свого здоров'я. Наприклад, детермінанти, які впливають на стан їхнього здоров'я, вони визначають за різними характеристиками. Зокрема, респонденти, які зарахували себе до групи осіб найнижчих соціальних щаблів, вважають, що найбільш визначальними для їхнього здоров'я є матеріальний

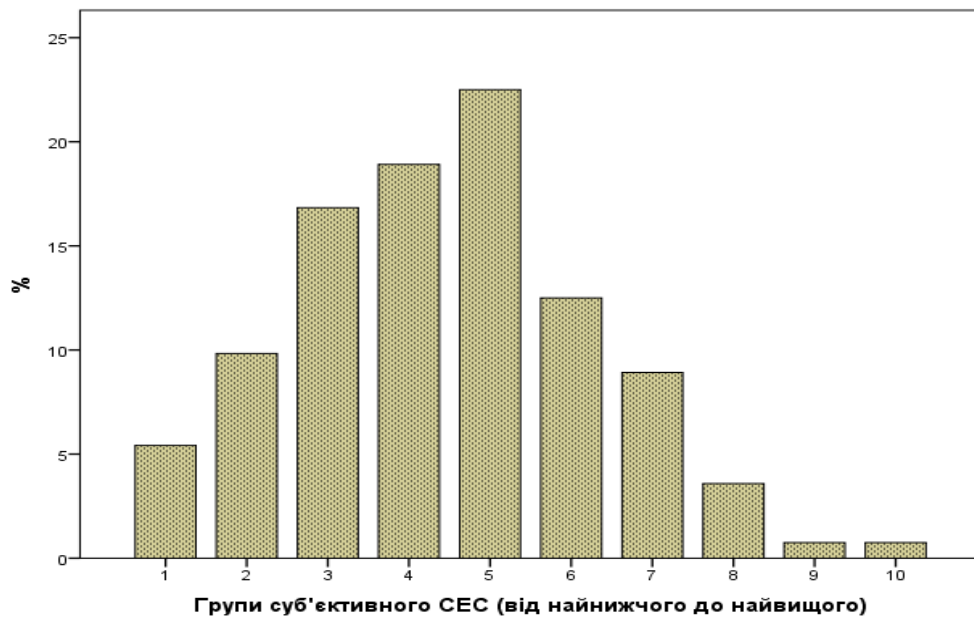


Рис. 4.1. Самооцінка респондентами власного соціально-економічного статусу

Джерело: побудовано за результатами авторського соціологічного опитування.

добробут, медичне обслуговування та довілля. Водночас представники верхніх щаблів ієрархії насамперед вважають детермінантами свого здоров'я спосіб життя, спадковість і соціальний статус (табл. 4.1). Отже, погляди на це питання є відрізняються між верствами населення. Люди із вищим соціально-економічним статусом більшу увагу звертають на внутрішні, особистісні детермінанти, дію яких можна керувати самостійно, а ті особи, хто має нижчий СЕС, здебільшого надають перевагу зовнішнім детермінантам, які меншою мірою залежать від індивідуума.

Таблиця 4.1

Структура детермінант здоров'я респондентів залежно від вибраного ними соціально-економічного статусу

	Групи суб'єктивного СЕС										Разом по детермінанті
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>I</i>	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Довкілля	21,2	23,0	22,9	22,5	23,8	20,2	18,4	21,8	11,3	12,2	22,9
2. Соціальний статус	8,5	6,9	6,5	5,0	5,1	5,2	6,2	8,5	19,6	10,3	6,7
3. Матеріальний добробут	31,2	22,0	17,2	15,0	16,0	15,1	16,1	16,5	11,6	15,6	19,7

Завершення таблиці 4.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
4. Спадковість	6,3	11,7	15,2	15,7	13,1	18,0	19,8	16,7	11,5	20,0	14,8
5. Спосіб життя	12,3	19,8	21,5	26,6	30,1	30,7	31,0	30,8	40,2	35,8	25,1
6. Медичне обслуговування	20,5	16,6	16,7	15,2	11,9	10,8	8,5	5,8	5,8	6,1	10,8
Разом по групам СЕС	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,0
	5,5	10,0	17,0	19,1	22,8	12,5	8,0	3,6	0,8	0,7	

Джерело: авторське соціологічне опитування.

Відповідно думки населення із різним СЕС відрізняються також щодо того, хто є відповідальним за стан здоров'я (рис. 4.2). Респонденти з високим та дуже високим СЕС є більш відповідальні за своє здоров'я порівняно з тими, хто перебуває на нижчих щаблях соціальної ієрархії. Вони більшою мірою усвідомлюють індивідуальну відповідальність за своє здоров'я та менше покладають її на державу. Це важливий аргумент, який дає змогу зрозуміти дію механізмів, через які соціально-економічна нерівність призводить до нерівності у здоров'ї населення.

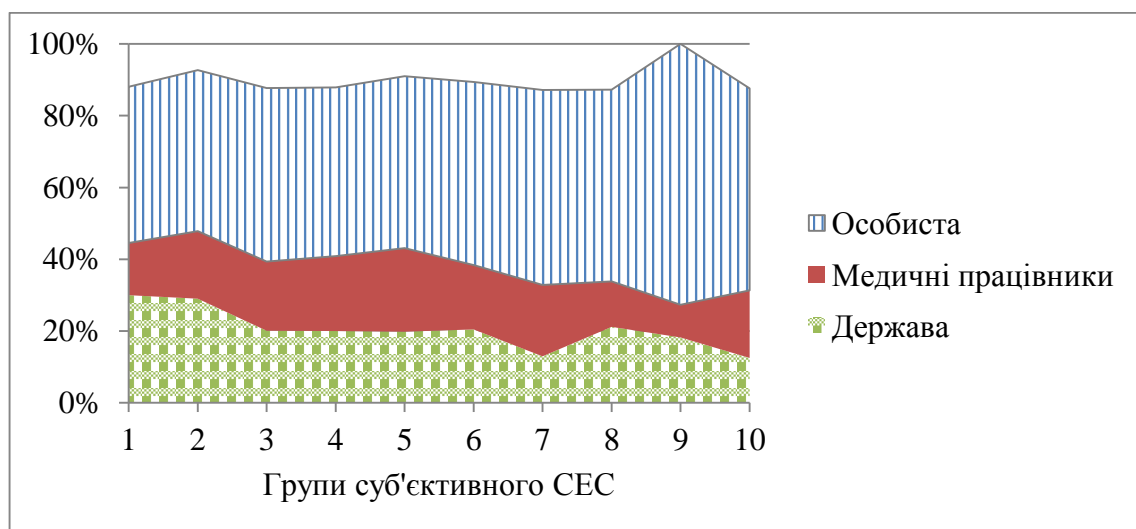


Рис. 4.2. Розподіл респондентів із різним соціально-економічним статусом за ступенем відповідальності за своє здоров'я

Джерело: побудовано за результатами авторського соціологічного опитування.

Доцільно з'ясувати також причини та наслідки соціально-економічної нерівності у структурі населення. Як засвідчують результати АСО, причинами є вік ($r = 0,827$, $p \leq 0,001$), добробут у РПЖ ($r = 0,808$, $p \leq 0,001$), освіта ($r = 0,739$, $p \leq 0,001$), дохід ($r = 0,717$, $p \leq 0,001$) та стать ($r = 0,571$, $p \leq 0,01$) (рис. 4.3). Наслідками є якість харчування, житлові умови та умови місця проживання, доступність медичних товарів і послуг тощо.

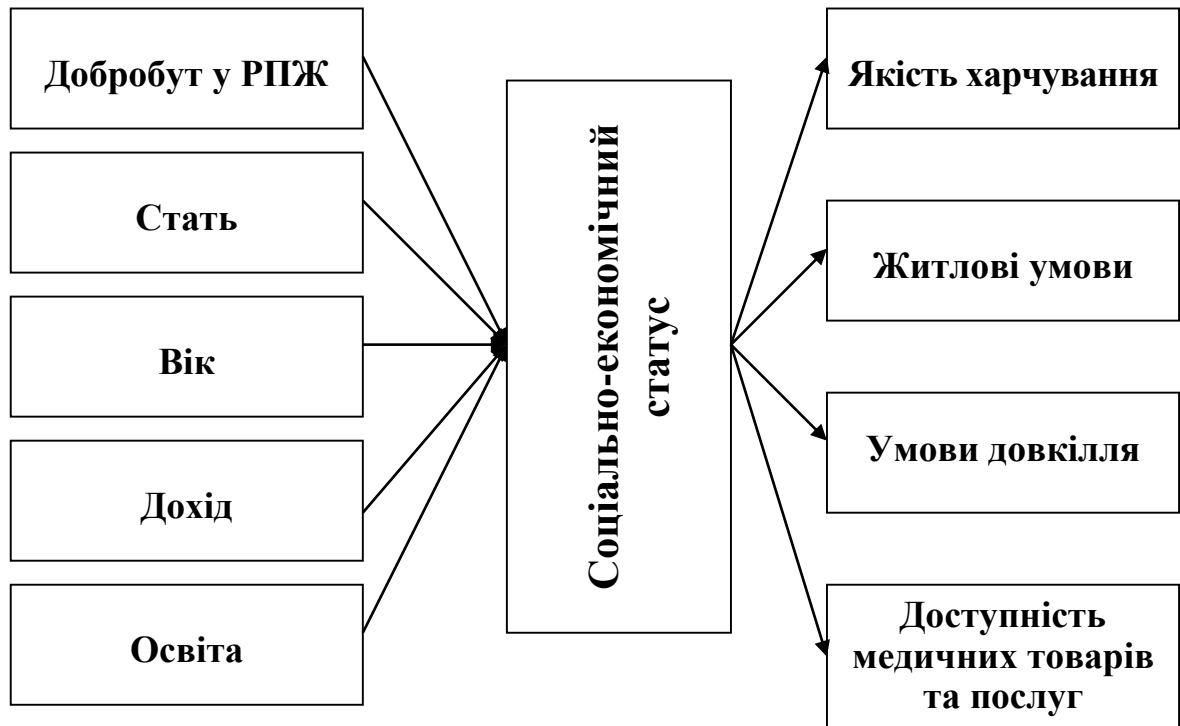


Рис. 4.3. Взаємозв'язки соціально-економічного статусу та соціально-економічних детермінант здоров'я населення

Джерело: власна розробка автора.

По-перше, беззаперечним є той факт, що на СЕС впливає вік, принаймні через біологічне старіння. Вік людини – це безпосередній індикатор ступеня вичерпності біологічного ресурсу здоров'я, який отримала особа від природи. В середньому визначено таку залежність: чим молодша людина, тим багатший її біологічний ресурс, і навпаки, чим старша, тим менша величина такого ресурсу.

Однак, поряд із біологічними, на зниження суб'єктивних оцінок СЕС людини суттєво впливають соціальні чинники. Період старості супроводжується скороченням діапазону соціальних ролей, що впливає на СЕС літніх людей. Зміни

СЕС з віком залежать від багатьох зовнішніх (як наприклад, соціально-економічний розвиток країни чи регіону проживання людини) та внутрішніх (соціально-психологічні особливості індивіда) чинників. З огляду на це рівень депривації в «третьому віці» за країнами, хоч і зменшується з кожним прожитим роком, але відбувається це явище неоднаково. За даними Л. Косової [299], у Німеччині зниження показника оцінок статусу виявлено після сорока років життя особи. У Швеції цей рубіж більш віддалений у часовому проміжку – 55 років. Однак це зниження і в першому, і в другому разі мінімальне. Загалом старіння в економічно розвинених країнах не асоціюється з віковою слабкістю, соціальною депривацією та матеріальною вразливістю. Повноцінне життя в літньому віці називають «успішне старіння»: людина підтримує належне здоров'я, не відчуває матеріальних труднощів, веде активний спосіб життя, самореалізується.

Однак в Україні, на відміну від більшості країн Європи, перехід у передпенсійний і пенсійний вік є причиною суттєвого зниження СЕС. Враховуючи, що в Україні майже у всіх вікових групах населення цей статус є значно нижчим порівняно з економічно розвиненими країнами, його зниження у літньому віці вважається критичним. Саме через це старіння «по-українськи» не можна назвати «успішним», що пов'язано з такими обставинами: низький розмір пенсій, обмежені можливості працевлаштування, недостатнє соціальне забезпечення, скорочення соціальних контактів тощо.

Висновок, що в Україні СЕС з віком суттєво знижується, особливо після досягнення людиною 60 років, підтверджено даними АСО (див. дод. Б). Результати анкетування засвідчують, що середнє значення показника СЕС опитаних віком 18–24 роки становить 5,29; віком 25–49 років – 4,80; 50–59 – 4,15; а віком 60 років і старших – тільки 3,63. Особливо небезпечним є зростання з віком частки тих осіб, хто зарахував себе до представників найнижчих (1–2) щаблів соціальної драбини. Серед опитаних пенсіонерів таких осіб виявилось 49,5%.

Найбільш суттєво зниження СЕС із віком відчутно для жінок, ніж для чоловіків та мешканців міських поселень, ніж тих, хто проживає у сільській місцевості (табл. 4.2). Вважаємо, що такі особливості пов'язані з тим, що

самооцінка жінок працездатного віку свого СЕС вища, ніж у чоловіків того самого віку. При настанні пенсійного віку СЕС чоловіків і жінок вирівнюється, але зниження його рівня простежується більше у жінок. Схожа ситуація наявна за типом поселень. Міське населення у працездатному віці у середньому має вищий СЕС порівняно із жителями сільської місцевості. У старших вікових групах ця нерівність нівелюється під впливом вищих темпів зниження СЕС серед населення міських поселень.

Таблиця 4.2

Взаємозв'язок соціально-економічного статусу та інших соціально-економічних детермінант здоров'я населення

Детермінанта		Разом (N = 1200)	Чоловіки (N = 543)	Жінки (N = 657)	Міські поселення (N = 795)	Сільська місцевість (N = 405)
Вік (питання 33, додаток А)	r	-0,827	-0,765	-0,865	-0,848	-0,787
	p	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001
Кількість дітей до 18 років (35)	r	-0,661	-0,642	-0,678	-0,673	-0,637
	p	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,01
Освіта (36)	r	0,739	0,739	0,749	0,750	0,719
	p	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001
Дохід (40)	r	0,717	0,707	0,719	0,750	0,648
	p	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,01
Харчування (18)	r	0,837	0,886	0,791	0,885	0,744
	p	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001
Житлові умови (19)	r	0,746	0,797	0,702	0,781	0,680
	p	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001
Місце проживання (21.1)	r	0,639	0,684	0,598	0,686	0,344
	p	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,01	p≤0,001	ns
Місце проживання (21.2)	r	0,631	0,695	0,481	0,647	0,486
	p	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,05	p≤0,001	p≤0,05
Добробут у РПЖ (24)	r	0,808	0,814	0,804	0,761	0,893
	p	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001

Джерело: розраховано за даними авторського соціологічного опитування.

По-друге, на СЕС суттєво впливає РПЖ, зокрема рівень добробуту родини, в якій зростала людина. Отже, чим кращим був добробут родини, в якій зростала особа, тим вищий показник її теперішнього СЕС ($r = 0,808$; $p \leq 0,001$). Зокрема, жоден

серед респондентів, який зростав у родині із дуже низьким рівнем добробуту, не досяг СЕС, вищого за 7 щабель ієрархічної драбини. Відповідно 35% опитаних обрало 1–2 щаблі. Водночас серед тих осіб, хто виховувався у родині із високим і дуже високим рівнем добробуту, такої чіткої закономірності не простежується. Більшість з цих людей перебуває на верхніх щаблях ієрархії. Однак є й такі індивіди, які опинились на найнижчих сходинках такої драбини.

При цьому значних гендерних особливостей у цих закономірностях немає, хоча є певні відмінності за типом поселень. Майбутній СЕС дещо більше залежить від добробуту родини у РПЖ у чоловіків ($r = 0,814$; $p \leq 0,001$), однак це приблизно такий самий за значенням показник, як і у жінок ($r = 0,804$; $p \leq 0,001$). Разом з тим, добробут у РПЖ суттєво впливає на майбутній СЕС сільського населення ($r = 0,893$; $p \leq 0,001$), що можна пояснити тим фактом, що десятиріччями рівень добробуту жителів сільської місцевості в Україні є нижчим, ніж представників міських поселень. Окрім цього, висока залежність СЕС від добробуту у РПЖ черговий раз доводить, що соціальні ліфти у сучасній Україні майже не діють. Досягти високого СЕС, підростаючи у родині із низьким СЕС, дуже складно.

По-третє, СЕС певним чином зумовлюється рівнем освіти. Багато дослідників вважає, що освіта є чинником, який може сприяти перерозподілу і диференціації соціальних прошарків населення [300]. Освіта є індикатором СЕС, оскільки її можна розглядати як основу економічного і соціального успіху: люди з вищою освітою з більшою ймовірністю отримують кращі робочі місця і мають вищий соціальний статус. Крім того, освіта визначає поведінкові та інші цінності, оскільки здобуті знання, розвинуті навички сприяють знаходженню і засвоєнню цінної інформації. За даними АСО, респонденти із вищою освітою, як правило, мають вищий СЕС ($r = 0,739$; $p \leq 0,001$). Зокрема, серед тих осіб, хто зарахував себе до групи людей, які перебувають на 10 щаблі соціально-економічної ієрархії, 88,9% мали вищу або неповну вищу освіту, а серед тих, хто обрав 9 щабель, – 55,5%. Однак освіта, зокрема в Україні, не завжди гарантує високі доходи та рівень добробуту, але, незважаючи на це, забезпечує доволі високий СЕС.

По-четверте, розподіл за СЕС відповідає як офіційній інформації ДССУ щодо розподілу населення за рівнем доходів, так і даним про власні доходи, отриманим під час опитування респондентів ($r = 0,717$; $p \leq 0,001$). Отже, більшість респондентів асоціює особистий соціальний статус із своїми доходами. Наприклад, серед тих, хто вважає себе належним до категорії осіб, яку відображає 10 щабель ієрархічної драбини, немає таких, хто отримує дохід менш ніж 1000 грн., а серед тих, хто зараховує себе до представників 1 щабля, немає з доходом понад 3000 грн. (табл. 4.3). Ці дані доводять, що дохід є основним показником СЕС: чим бідніша людина, тим більша ймовірність того, що вона матиме низький СЕС, що у неї можуть виникнути проблеми щодо задоволення основних потреб, таких як харчування, проживання в безпечному мікрорайоні, що негативно впливатиме на її стан здоров'я.

Таблиця 4.3

Розподіл населення за соціально-економічним статусом та доходом

		Групи суб'єктивного СЕС										Разом
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Розподіл населення за доходом, тис. грн	До 1	36,9	22,9	18,3	15,9	18,9	16,0	17,9	14,0	44,4	0,0	19,0
	1–2	53,8	66,1	55,9	55,9	43,3	50,7	48,1	44,2	11,1	22,2	51,6
	2–3	9,2	11,0	23,3	21,1	24,4	18,0	25,5	27,9	22,2	22,2	20,9
	3–5	0,0	0,0	2,0	6,6	10,7	14,0	4,7	7,0	11,1	22,2	6,7
	5–10	0,0	0,0	0,5	0,4	2,6	0,7	3,8	7,0	11,1	33,3	1,8
	Понад 10	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Разом		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Джерело: розраховано за даними авторського соціологічного опитування.

По-п'яте, стать не так суттєво, як попередні детермінанти, але також впливає на соціальний статус, особливо на мешканців міських поселень. На найнижчих щаблях (1–2) ієрархічної драбини, що дає змогу визначити СЕС, жінок значно більша кількість, однак їх менше на найвищих щаблях (9–10). Загалом середнє значення показника СЕС у чоловіків становить 4,58, а в жінок – 4,32. Це свідчить,

що питання гендерної нерівності в Україні, як й раніше, залишається актуальним. Так, низький СЕС жінок пов'язаний із значною кількістю причин, зокрема з дискримінацією жінок (відкриті дискримінаційні висловлювання представників влади, відсутність жінок в уряді та недопуск їх до прийняття важливих державних рішень, заборона навчатися у деяких вищих навчальних закладах МВС України, обмеження прав жінок, які працюють [301]). Цікавим є також те, що незаміжні жінки оцінюють свій СЕС вище (4,68) порівняно із заміжніми (4,21), що може свідчити про нерівність в інституті сім'ї.

Видається, що найбільш гострим є питання гендерної нерівності на ринку праці, оскільки жінки заробляють менше за чоловіків. Так, чоловіки в середньому за годину отримують 32,89 грн., а жінки – 24,44 грн. (2016 р.). Переважно це є наслідком структурних передумов: горизонтальної (здебільшого жінки залучені до менш престижної діяльності) і вертикальної (чоловіки частіше перебувають на керівних посадах) сегрегації [302].

Жінок набагато менша кількість серед представників високооплачуваних професій і у сфері бізнесу. Проте найбільша концентрація жінок спостерігається у сфері послуг, дрібної торгівлі та бюджетній, де низькі доходи і висока частка прихованого безробіття [303].

Загалом СЕС пов'язаний з такими СЕД, які суттєво впливають на здоров'я населення: якість харчування (особливо для чоловіків та мешканців міських поселень); доступність та якість медичних товарів і послуг (особливо для жінок та мешканців міських поселень); житлові умови (особливо для чоловіків та мешканців міських поселень); екологія (особливо для мешканців міських поселень) (див. рис. 4.3, табл. 4.2.).

Наведені дані свідчать, що СЕС можна розглядати як універсальний соціальний вимір рівня доходу, освіти, умов РПЖ тощо. Відповідно саме значення показника СЕС варто використовувати при дослідженні соціально-економічного градієнта здоров'я.

За результатами АСО встановлено, що стан здоров'я населення значно залежить від СЕС. Насамперед підвищення СЕС збільшує ймовірність бути

абсолютно здоровим, тобто не мати жодного хронічного захворювання (рис. 4.4). Зокрема ці шанси вищі для 8–10 груп соціальної ієрархії у 2,5 разу порівняно із особами, які знаходяться у 1–3 групах. Причому вищими ці шанси у жінок (OR = 2,951; $p \leq 0,01$), аніж у чоловіків (OR = 1,725; $p \leq 0,01$). Серед жінок, які вважають себе належними за СЕС до перших шести щаблів соціально-економічної ієрархії, більше тих, хто має хронічне захворювання, ніж тих, які його не мають. Враховуючи, що за соціальною ієрархією розподіл жінок порівняно з чоловіками більш нерівний, очевидним є висновок про важливість підвищення СЕС особливо для жінок з позиції збереження та зміцнення стану їхнього здоров'я.

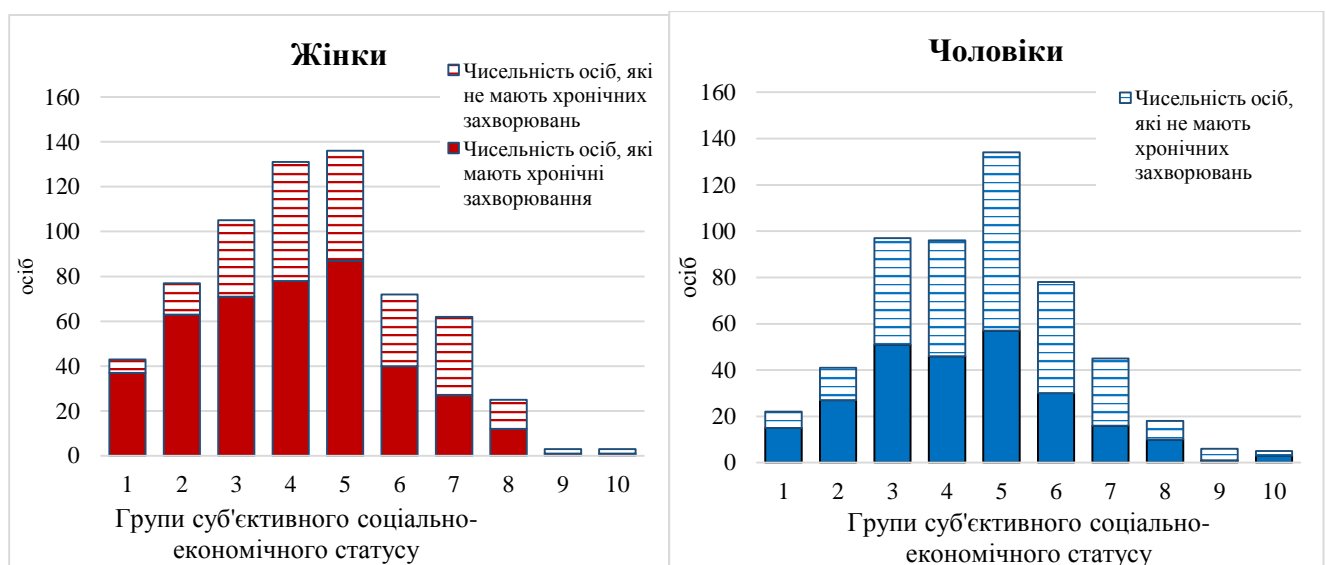


Рис. 4.4. Поширеність захворюваності серед чоловіків та жінок залежно від соціально-економічного статусу (за самооцінкою)

Джерело: побудовано за результатами авторського соціологічного опитування

Отримані у результаті опитування дані засвідчують, що здоров'я людини (у цьому разі наявність (відсутність) хронічного захворювання) залежить від СЕС та відображається як поширеність окремих хвороб, насамперед хвороб системи кровообігу. Так, шанси не мати хронічне захворювання системи кровообігу суттєво зростає саме із підвищенням СЕС (OR = 2,785) (табл. 4.4). Крім цього виявлено зв'язок СЕС із рівнем захворюваності на хвороби кістково-м'язової (OR = 2,291) та ендокринної системи (OR = 2,226), а також органів травлення (OR = 1,722).

Таблиця 4.4

**Вплив соціально-економічного статусу на шанси мати (не мати)
хронічне захворювання (за самооцінкою)**

	Групи суб'єктивного СЕС		Загалом населення	Чоловіки	Жінки	Міські поселення	Сільська місцевість
1. Хвороби системи кровообігу	8–10	OR	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	1–3	OR	2,785	1,250	3,424	2,359	3,484
		CI	1,713– 4,558	0,998– 7,822	1,861– 6,377	1,325– 4,240	1,428– 5,880
		p	p≤0,001	p≤0,05	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001
2. Хвороби органів травлення	8–10	OR	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	1–3	OR	1,722	0,797	2,269	1,428	2,533
		CI	0,985– 3,041	0,253– 2,659	0,619– 9,832	0,965– 2,159	0,655– 11,310
		p	p≤0,05	ns	ns	p≤0,05	ns
3. Хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин	8–10	OR	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	1–3	OR	2,226	1,032	2,660	1,998	0,784
		CI	0,952– 5,461	0,111– 14,156	0,976– 7,850	0,546– 8,649	0,187– 3,770
		P	P≤0,05	ns	p≤0,05	ns	ns
4. Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	8–10	OR	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	1–3	OR	2,921	1,622	3,525	2,514	1,316
		CI	1,330– 4,681	0,330– 10,791	0,775– 12,225	1,000– 6,714	0,331– 6,077
		p	P≤0,05	ns	ns	p≤0,05	Ns
5. Хронічні хвороби відсутні	1–3	OR	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	8–10	OR	2,518	1,725	2,951	2,253	2,263
		CI	1,506– 3,094	0,994– 2,997	1,801– 4,842	1,436– 3,537	1,204– 4,236
		p	p≤0,01	p≤0,01	p≤0,01	p≤0,01	p≤0,01

Примітка: «ns» означає статистично незначущі відношення шансів.

Джерело: розраховано за даними авторського соціологічного опитування.

Найбільш суттєво СЕС впливає на здоров'я жінок порівняно із чоловіками. Зокрема жінки із високим СЕС (1–3) мають доволі високі шанси не мати хронічних хвороб системи кровообігу, порівняно із жінками із низьким СЕС (OR = 3,424). Таким чином, підвищення СЕС жінок є одним із важливих напрямів збереження та зміцнення стану їхнього здоров'я, адже прямо чи опосередковано дасть змогу

знизити захворюваність жінок на хвороби системи кровообігу та ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин.

Таким чином доведено, що соціальний градієнт має вагоме значення при формуванні здоров'я населення, високий рівень смертності та захворюваності населення частково залежить від СЕС.

Розмір соціально-економічних груп змінюється, особливо в періоди економічних і політичних змін у державі. Саме такий складний період переживає нині українське суспільство. Характер соціальної стратифікації неоднорідний для різних регіонів і місцевостей. Зокрема, наявні суттєві відмінності їхніх показників між міськими поселеннями та сільською місцевістю, соціально-економічним розвитком окремих регіонів тощо. Зміна економічної ситуації та перехід частини населення з однієї соціально-економічної групи до іншої (вищої або нижчої) з високою імовірністю може змінювати стан їхнього здоров'я. Таким чином, визначення чисельності груп населення з різним СЕС дає змогу прогнозувати динаміку параметрів здоров'я населення.

Очевидним є факт, що групи населення із низьким СЕС найбільш гостро потребують соціальної та медичної адресної підтримки з боку місцевих, регіональних і державних органів. Одне із завдань управлінських структур – сприяти успішній реалізації дії «соціального ліфта» (здійснення переміщення людей із нижчих соціальних страт у вищі).

Більш детально структурні елементи СЕС – дохід, зайнятість, освіта та інші – розглянуто у наступних підрозділах.

4.2. Дохід та зайнятість як фундаментальні детермінанти здоров'я структурного рівня

Дохід створює достатні можливості для позитивних життєвих шансів, у тому числі сприяє вибору здорової індивідуальної поведінки. Недостатній дохід перешкоджає цим можливостям. З огляду на це існує гостра потреба у заходах

державної політики, яка забезпечуватиме зростання доходів бідного населення та сприятиме зменшенню розриву між багатими і бідними.

Дохід є однією з основних детермінант здоров'я населення, а ступінь нерівності у доходах зумовлює масштаби нерівності у здоров'ї. Існують певні закономірності між країнами, які пов'язані з відмінностями в їхньому соціально-економічному розвитку та добробуті населення, з одного боку, та нерівністю у здоров'ї – з іншого. У багатьох європейських державах достатній дохід є основним компонентом національної та регіональної політики охорони здоров'я [244]. Визнаючи важливість доходу та його розподілу як СЕД здоров'я, необхідно обґрунтувати ступінь і механізм його впливу на стан здоров'я населення. Це важливо із кількох позицій. По-перше, дохід є інструментом зміцнення людиною свого здоров'я. Багаті люди, як правило, не тільки мають більше можливостей для збереження здоров'я, а й менше шкідливих звичок. По-друге, величина доходу і його розподіл між різними верствами населення – це підґрунтя для формування державної політики у сфері охорони здоров'я. Зниження доходів населення негативно відображається не тільки на його поведінці щодо збереження свого здоров'я, а й на обсягах фінансування медицини з боку держави, оскільки потребує їхнього збільшення.

Дослідження розміру доходів є найбільш вагомим показником добробуту населення та його СЕС. Відповідно детальне оцінювання основних тенденцій і структурних зрушень саме цього елемента матеріального добробуту є необхідним для визначення соціальної нерівності, у тому числі нерівності у здоров'ї. Посилює цю потребу той факт, що дохід значною мірою визначає рівень впливу інших СЕД на стан здоров'я населення. Це, зокрема, харчування, житлові умови, освіта тощо (рис. 4.5).

Дослідження взаємозв'язку між доходом та іншими детермінантами здійснено у два способи залежно від джерел інформації. Перший – за даними офіційної статистики, а другий – за підсумками АСО.

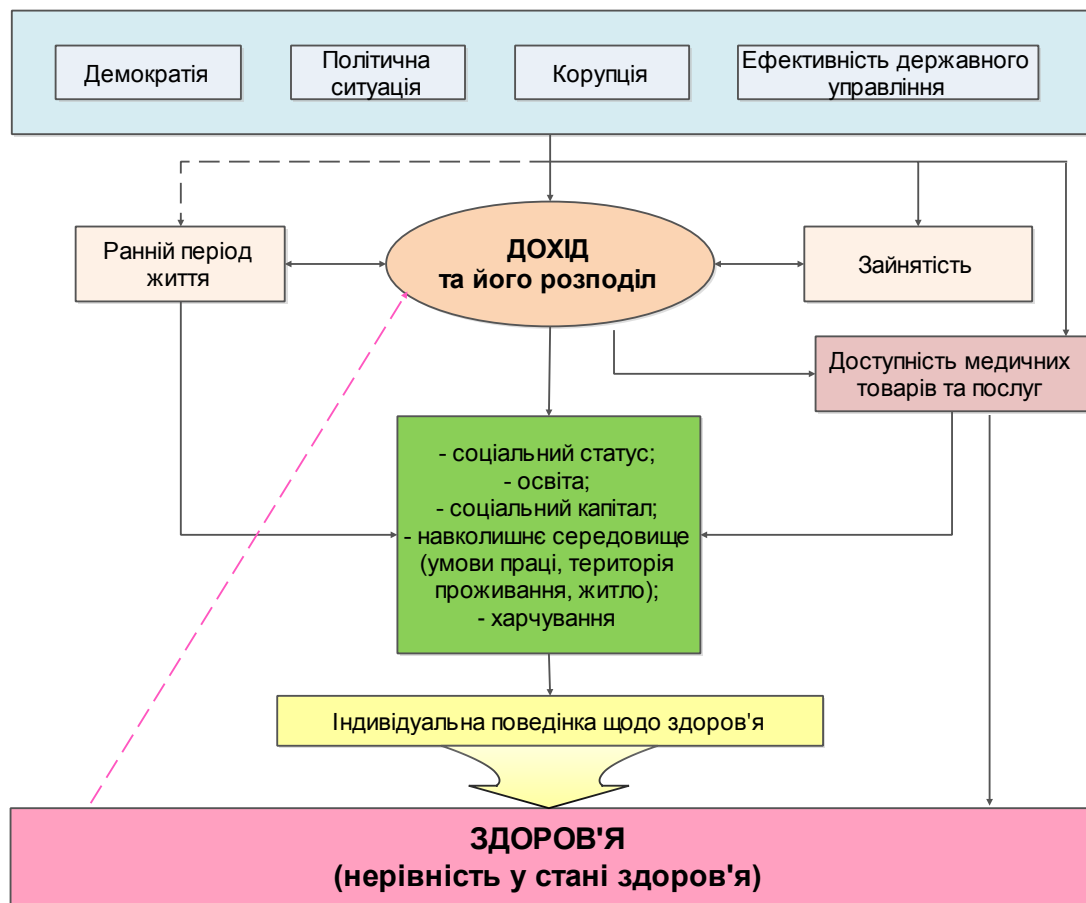


Рис. 4.5. Дохід у системі соціально-економічних детермінант здоров'я населення

Джерело: власна розробка автора

Результати обчислень на основі даних офіційної статистики засвідчили наявність взаємозв'язку між доходами (наявний дохід на душу населення), з одного боку, та іншими СЕД, які можуть визначати стан здоров'я населення – з іншого), зокрема:

- зайнятістю населення (рівень безробіття ($r = 0,600$, $p \leq 0,01$));
- освітою (частка осіб з освітою, не нижчою за рівень «базова вища», серед населення 25 років і старші ($r = 0,859$, $p \leq 0,001$));
- житловими умовами (частка квартир (одноквартирних будинків), обладнаних водопроводом ($r = 0,714$, $p \leq 0,001$), частка квартир, обладнаних каналізацією ($r = 0,752$, $p \leq 0,001$), нестача житлової площі ($r = 0,507$, $p \leq 0,01$); харчуванням населення: споживання м'яса та м'ясо-продуктів ($r = 0,868$, $p \leq 0,001$); споживання хлібних продуктів ($r = -0,797$, $p \leq 0,001$), споживання плодів,

ягід та винограду ($r = 0,739$, $p \leq 0,001$), споживання риби ($r = 0,696$, $p \leq 0,001$), нестача білків у спожитих у домогосподарствах продуктах харчування ($r = -0,538$, $p \leq 0,01$).

Отже, найбільший взаємозв'язок спостерігається між рівнем доходу (витрат) та рівнем освіти населення, незважаючи на те, які індикатори доходу брати до уваги (рис. М.1., дод. М). Регіональні особливості нерівності у доходах та освіті підтвердили, що зростання доходів населення є важливим ресурсом підвищення рівня освіти населення, та навпаки. Ці відмінності певним чином посилюються існуючою системою фінансування: в регіонах з більш високими доходами вищими є як приватні, так і бюджетні витрати на освіту (особливо у м. Києві).

Передбачуваним є встановлений взаємозв'язок доходів із зайнятістю населення. Хоча в цьому разі також не все однозначно. І це пов'язано передусім із недосконалістю обліку і значною тінізацією економіки в Україні, що серед іншого виявляється через поширення нелегальної зайнятості та тіньових доходів [305; 306]. Так, частина офіційних безробітних має необліковані доходи, що може бути пов'язано з багатьма причинами, наприклад, неофіційною зайнятістю. Крім цього, значна частина зайнятих, особливо у приватному секторі, отримує доходи, вищі за офіційні, що відображається на даних статистики. Зокрема, за результатами опитування ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка» та ГО «Центр «Соціальний моніторинг», майже для половини (48,5%) тих, хто отримує тіньовий дохід, такі надходження становлять більш ніж 50% від загального доходу, а для 38,8% – менш як 50% від загального доходу. При цьому для 11,3% опитаних (42,2% серед осіб, які отримують тіньові доходи) неофіційні доходи становлять 76% та більше від величини особистого доходу загалом [305, с. 147]. Саме через названі обставини кореляція між рівнем доходів і зайнятістю населення в Україні не є максимально можливою.

Рівень доходів також впливає на якість житла та харчування (у такому разі не варто вести мову про взаємозв'язок, адже житло та харчування не завжди визначають рівень доходу людини). Варто звернути увагу на те, що нижчий рівень доходу зумовлює споживання населенням меншого обсягу м'яса та м'ясопродуктів, плодів, ягід і винограду, риби, тобто тих продуктів, які необхідні для здорового функціонування організму

Не менш важливим є вплив рівня доходу на житлові умови. Виявлено залежність наявності водопроводу, каналізації та опалення від рівня доходу. У бідніших регіонах (окремих сім'ях) порівняно із багатшими житло перенаселене, з підвищеною вологістю, холодне. Це підвищує ризик поширення інфекцій і суттєво знижує стандарти гігієни, що у підсумку негативно впливає на стан здоров'я населення, яке проживає у таких умовах.

Розрахунки за АСО також доводять попередні висновки про наявність взаємозв'язків між доходом та іншими СЕД, які можуть визначати стан здоров'я населення. Насамперед це стосується освіти. Виявлено чітку залежність між рівнем доходів та рівнем освіти респондентів. Так, у найменш дохідній групі вищу освіту мають 15,8% респондентів (початкову та неповну середню – 7,4%), тоді як у найбільш дохідній – 71,4% (початкову та неповну середню – 0,0%). Загалом можна зробити висновок, що такий розподіл пов'язаний здебільшого із віковими особливостями респондентів, оскільки серед представників старших вікових груп більша частка осіб із низьким рівнем освіти і доходів. Однак аналіз показників взаємозв'язку рівня доходів та рівня освіти тільки осіб у працездатному віці також засвічує наявність кореляційного зв'язку між ними ($r = 0,723$, $p \leq 0,001$).

Один із важливих аспектів, не врахованих офіційною статистикою, пов'язаний також з оцінюванням впливу добробуту у РПЖ на рівень доходів у дорослий період життя. Більш стійким цей вплив є для чоловіків і мешканців міських поселень. У першому разі це пов'язано з гендерним розподілом ролей у суспільстві та сім'ї в Україні. Традиційно чоловіки в Україні ототожнюються із «годувальниками» родин. З огляду на це, можливо, для них добробут у РПЖ є більш значимою детермінантною впливу, ніж для жінок.

Нерівність за доходами оцінюють шляхом поділу генеральної сукупності населення на децилі (10 однакових груп) та квінтилі (5 однакових груп), який використовується офіційними статистичними джерелами України [252; 307]. Однак при значному розшаруванні населення, наприклад, коли понад половини осіб отримує 10–20% від усіх доходів країни, додатково доцільно здійснювати оцінювання нерівності за доходами шляхом виокремлення дохідних груп. За таким принципом в Україні виділяють п'ять [138; 308; 309] або шість [310] дохідних груп.

Під час проведення АСО виокремлено шість дохідних груп (запитання 35, дод. Б). Розподіл опитаних за цими групами подано у рис. М.2. (дод. М). За отриманими даними, 70% населення віком від 18 років і старші належать до першої та другої дохідних груп (за станом на кінець 2015 р. дохід становив до 2 тис. грн., що дорівнює менш як 100 дол. США на місяць). Серед працездатного населення таких осіб виявилось майже 65%. Це свідчить про бідність населення працездатного віку, що має негативні наслідки для стану його здоров'я на сучасному етапі та матиме у майбутньому.

Взаємозв'язки між різними дохідними групами щодо загальних доходів також змінюється не на користь найнижчих верств населення, яке дедалі бідніше. У 2015 р., за самооцінкою населення, 72,3% домогосподарств України зараховує себе до бідних, хоча у 2008 р. таких було 56,9% [252]. Така динаміка свідчить, що показники офіційної статистики применшують масштаби бідності в країні. Насправді 43,3% домогосподарств у 2015 р. постійно відмовлялися собі у найнеобхіднішому, крім харчування, а 4,9% не вдавалося забезпечити навіть достатнє харчування. Разом це становить фактично половину домогосподарств. У 2008 р. ці показники становили відповідно 32,9% та 2,6%, тобто дещо більш як третину. Це загалом свідчить про суттєве погіршення добробуту населення, особливо в сільській місцевості, де вищеперелічні показники є нижчими.

На думку Л. Черенко, здоров'я є додатковим чинником зростання бідності. Зокрема, за її розрахунками, у разі використання середніх витрат на охорону здоров'я рівень бідності становитиме 55,4%, а якщо як межу вразливості щодо цієї форми бідності використовувати фактичні середньомісячні витрати і припускати, що домогосподарство витратить всі ресурси на лікування, не залишивши при цьому навіть мінімальних коштів на споживання, то рівень бідності перевищить 99% [311, с. 17]. При цьому у групу ризику потрапляють усі без винятку домогосподарства, у тому числі ті, які належать до 10 децильної групи. Такі висновки доводять важливість зворотного зв'язку між здоров'ям населення та його доходами.

Ще одна важлива деталь тенденцій останніх років – це зміна структури доходів домогосподарств. Суттєво збільшується частка допомог, пільг, субсидій та компенсаційних виплат у різних формах (з 3,4% у 2008 р. до 8,3% у 2015 р.), що, з

одного боку, свідчить про значний тягар, який вони здійснюють, на бюджет країни, скорочуючи інші статті витрат, зокрема на охорону здоров'я. З іншого боку, перелічені виплати не можна назвати адресними, оскільки у 2015 р. домогосподарства, які належать до 1-ї децильної групи, у середньому за місяць отримали менше, ніж домогосподарства будь-якої іншої групи, навіть 10-ї (рис. М. 3, дод. М).

Збереження існуючого стану надмірної диференціації доходів населення може посилити соціальне та політичне напруження в суспільстві у найближчій перспективі [312], що завжди негативно впливає на стан здоров'я населення. Відсутність інформації за найбільш поляризованими дохідними групами, по-перше, суттєво знижує показники нерівності. На це звертає увагу більшість науковців, які досліджують питання нерівності за доходами в Україні. Зокрема, помірну нерівність у розподілі загальних доходів в Україні демонструє один із найпоширеніших індикаторів нерівності – коефіцієнт концентрації доходів (Джині), варіація якого в межах 20–26% відповідно до класифікації економік для країн ОЕСР відповідає низькому ступеневі нерівності. Порівняльний аналіз коефіцієнта Джині в Україні та ЄС свідчить про суттєво нижчий рівень нерівності у розподілі доходів населення нашої країни порівняно з більшістю європейських держав. Першопричиною цього є низький рівень ВВП на душу населення в Україні (рис. Н.1., дод. Н).

Варто зауважити, що нерівність в доходах і наданих окремим групам населення можливостях часто віддзеркалюють нерівність у сфері політичної влади. Вразливі верстви залишаються такими значною мірою через слабкий політичний вплив на державні рішення. Відповідно до цього нерівність у здоров'ї населення не може визначатись одним чи кількома незалежними детермінантами. Важливу роль у цьому разі відіграють детермінанти контекстуального рівня. Лише узгодженість дій державних інститутів, формування стабільної політичної та соціально-економічної ситуації у поєднанні з іншими заходами забезпечать можливості для збереження та зміцнення стану здоров'я населення [313].

Розрахунки, проведені за даними офіційної статистики засвідчили існування взаємозв'язку між рівнем грошових доходів домогосподарств та СКС як від усіх хвороб, так і від окремих причин смерті (табл. 4.5.).

Таблиця 4.5.

Взаємозв'язок між показниками смертності та грошовими доходами домогосподарств України, 2016 р.

		Стандартизований коефіцієнт смертності (СКС), всі причини	СКС, хвороби системи кровообігу	СКС, зовнішні причини смерті		
				Разом	СКС, випадкове отруєння	СКС, самоушкодження
Разом	r	-0,531	-0,466	-0,629	-0,579	-0,668
	p	p≤0,01	p≤0,05	p≤0,001	p≤0,01	p≤0,001
Чоловіки	r	-0,655	-0,495	-0,660	-0,578	-0,675
	p	p≤0,001	p≤0,05	p≤0,001	p≤0,01	p≤0,001
Жінки	r	-0,584	-0,428	-0,417	-0,515	0,551
	p	p≤0,01	p≤0,05	p≤0,05	p≤0,01	p≤0,01
Міські поселення	r	-0,432	-0,459	-0,432	-0,485	-0,539
	p	p≤0,05	p≤0,05	p≤0,05	p≤0,05	p≤0,01
Сільська місцевість	r	-0,380	-0,387	-0,510	-0,536	-0,552
	p	ns	ns	p≤0,05	p≤0,01	p≤0,01

Примітка: «ns» – статистично незначущі кореляції

Джерело: розраховано автором за [197; 315].

Отримані дані дають підстави стверджувати, що дохід є однією з детермінант, що визначає рівень смертності населення загалом та особливо від хвороб системи кровообігу і деяких зовнішніх причин смерті. Результати аналізу свідчать також про те, що нерівність у доходах здебільшого впливає на рівень смертності чоловіків, ніж жінок. Втрата джерела доходу, особливо після 40 років, більш негативно впливає на стан здоров'я чоловіків, ніж жінок, що значною мірою пов'язано з емоційною складовою [314]. Невміння або неможливість вирішити складну ситуацію викликає у чоловіків стреси, депресію, порушення сну, оскільки людина замість відпочинку болісно роздумує, як забезпечити належний рівень життя для своєї сім'ї. Наслідком цього є хвороби системи кровообігу ($r = 0,531$; $p \leq 0,01$): хвороби серця, інфаркт, інсульт, а також самогубства ($r = 0,668$ $p \leq 0,01$). Частково це стосується жінок, але меншою мірою.

Серед представників більш бідних верств населення частішає також така причина смерті, як випадкове отруєння ($r = 0,579$; $p \leq 0,01$), що значною мірою пов'язано з отруєнням алкогольними напоями.

На представників населення міських поселень дохід впливає більшою мірою. Вважаємо, що це пов'язано передусім з проблемою обліку доходів, особливо у сільській місцевості. Наявність додаткових джерел надходжень, хоч і в натуральній формі, є чинником, який нівелює вплив доходу на стан здоров'я населення під час розрахунку за даними ДССУ.

Те, що рівень доходу визначає стан здоров'я населення, доведено результатами АСО. Згідно з даними, шанси не мати хронічного захворювання має населення, яке належить до вищих дохідних груп, порівняно з нижчими приблизно у 1,5 разу (табл. 4.6.). При цьому вищими є шанси у жінок та у мешканців міських поселень. Водночас з'ясовано, що рівень доходу впливає на рівень захворюваності на хвороби системи кровообігу. В цьому разі суттєво вищі є також відповідні показники серед жінок.

Таблиця 4.6

Вплив матеріального статусу на шанси мати (не мати) хронічне захворювання залежно від розміру доходу (за самооцінкою)

	Дохідна група		Загалом населення	Чоловіки	Жінки	Міські поселення	Сільська місцевість
1. Хвороби системи кровообігу	5–6	OR	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	1–2	OR	4,302	3,519	6,480	4,281	3,316
		CI	1,984–9,718	1,013–9,607	1,886–12,690	1,855–9,392	1,470–7,769
		p	p≤0,001	p≤0,05	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001
2. Хронічні хвороби відсутні	1–2	OR	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	5–6	OR	1,546	1,102	1,873	1,591	1,923
		CI	1,007–2,382	0,972–3,670	0,995–2,122	0,992–2,552	0,988–6,995
		p	p≤0,05	p≤0,05	p≤0,05	p≤0,05	p≤0,05

Джерело: розраховано за результатами авторського соціологічного опитування.

За умов нестачі об'єктивної інформації про стан здоров'я населення та СЕД, які на нього впливають, доцільно використовувати розроблену методику мікроімітаційного моделювання (див. п. 2.3). Застосовуючи описаний підхід, побудовано модель розподілу в Україні частки відносно здорових осіб за квінтільними групами за доходами та віковими групами (рис. 4.6). Отримані дані, по-перше, засвічують доволі суттєве погіршення стану здоров'я. По-друге, вони

демонструють суттєву нерівність у стані здоров'я представників 1–2 та 3–4 квінтільних груп населення практично у всіх вікових групах. При цьому найбільша нерівність починається з 35 років і спостерігається до 65 років, коли частка відносно здорових осіб серед представників 3–4 квінтільних груп є вищою, ніж серед 1–2 квінтільних груп населення. Після 70 років ситуація змінюється діаметрально протилежно. Здоров'я осіб, які належать до 4–5 квінтільних груп, різко погіршується, що можна пояснити тим, що для багатьох з них зниження СЕС у пенсійному віці є значно більшим, ніж для осіб 1–2 квінтільної груп. Це пов'язано з тим, що доходи населення 1–2 груп після виходу на пенсію практично не змінюються, тоді як для 4–5 вони знижуються суттєво [316]. Крім цього, останні часто втрачають свій соціальний статус, соціальні зв'язки, вони виявляються більш вразливими щодо стресів.



Рис. 4.6. Розподіл частки відносно здорових осіб

за квінтільними групами за доходами та віковими групами

Джерело: оцінено автором за змодельованими даними мікрорівня)

Таким чином, отримані дані підтверджують гіпотезу про те, що дохід є важливою детермінантою здоров'я населення. При цьому виявлені певні особливості цієї детермінованості. Насамперед це те, що між станом здоров'я та

рівнем доходу існує взаємозв'язок. Не тільки дохід визначає стан здоров'я населення, а й добре здоров'я може забезпечити достатній рівень доходу.

Зайнятість, як і дохід, сприяє матеріальному добробуту, за умови, якщо це забезпечуватиме належний життєвий рівень. Зайнятість передусім підвищує соціальний статус і самооцінку людини, дає змогу розширити соціальні контакти, забезпечує можливості для участі в суспільному житті та інші, які сприяють підвищенню здоров'я і добробуту. Безробіття, навпаки, завдає шкоди як фізичному, так і психічному здоров'ю.

При цьому показники безробіття доцільно досліджувати не тільки в загальному вигляді, а деталізовано, оскільки потенційні наслідки безробіття для здоров'я населення можуть варіювати залежно від віку, статі, характеру освіти та рівня кваліфікації, тривалості та причини безробіття (добровільне чи вимушене), навичок техніки пошуку роботи, наявності / відсутності соціальної підтримки (у тому числі величини розміру допомоги з безробіття) тощо.

Негативні наслідки для здоров'я посилюватимуться зі зростанням тривалості безробіття. У будь-якому разі, якщо більшість наведених характеристик безробіття виявиться негативною, вони відповідно впливатимуть на стан здоров'я населення. З огляду на це більшість заходів щодо зменшення обсягів безробіття, збереження здоров'я безробітних осіб та інші є логічними, оскільки це дасть змогу зупинити описаний процес погіршення здоров'я населення.

Існує гіпотеза [317], за якою в індустріальних країнах зростання безробіття призводить до підвищення або більш повільного зниження показників смертності. Статистично значимі кореляції спостерігаються між безробіттям і смертністю від усіх причин, хвороб систем кровообігу, самогубств, дитячої смертності та смертності через ДТП. Хоча деякі інші дослідження на макrorівні не підтвердили гіпотези про взаємозв'язок між безробіттям і смертністю [318]. Це свідчить про суперечливість питання про наявність такого взаємозв'язку та необхідність його дослідження відповідно до окремих територій для певної групи населення.

Дані інших досліджень [319] дають змогу припустити, що зі збільшенням часу адиктивної поведінки безробіття зростає через наркоманію і психотичні

захворювання, які виникають при цьому. При зростанні безробіття також підвищуються показники захворюваності на хронічні хвороби, такі як цукровий діабет і хвороби системи кровообігу.

У численних дослідженнях, де висвітлюються питання взаємозв'язку стану здоров'я і безробіття, використовують макроаналітичний підхід. При цьому аналізуються сукупні економічні показники з офіційних джерел (наприклад, рівня безробіття), показники соціально-економічного розвитку країни, а також сукупні показники стану здоров'я населення певного регіону (особливо смертність). Економетричні моделі часових рядів, як правило, використовують для перевірки залежностей між змінними.

Застосовуючи комплексний підхід на основі мікроаналітичної та економетричної методик, здійснено оцінювання залежностей між рівнем безробіття в регіонах України (за методологією МОП), з одного боку, та стандартизованими коефіцієнтами смертності за всіма та окремими причинами смерті (середні значення за 2011–2015 рр.), – з іншого. Проведені обчислення дали змогу виявити взаємозалежність між безробіттям і смертністю від розладів психіки та поведінки ($r = 0,523$; $p \leq 0,01$), особливо серед чоловіків ($r = 0,601$; $p \leq 0,01$). Отже, безробіття впливає, з одного боку, на психічне здоров'я, і є одним із детермінант нерівності у стані здоров'я населення України. Однак, з іншого боку, ризик осіб, які страждають на розлади психіки та поведінки, бути безробітними вищий, ніж в інших людей, що підтверджується проведеними дослідженнями [320] та доводить взаємозалежність цих явищ.

Зі зростанням безробіття також збільшуються показники захворюваності та хронічні хвороби [321]. Зокрема, це підтверджується результатами АСО. За результатами опитування встановлено, що зайняте населення має менші шанси порівняно з безробітними:

- захворіти на хронічні хвороби системи кровообігу ($OR = 2,106$; $p \leq 0,05$);
- захворіти на хронічні хвороби ендокринної системи, розлади харчування та обміну речовин ($OR = 2,653$; $p \leq 0,05$);
- захворіти на злоякісні новоутворення ($OR = 3,066$; $p \leq 0,05$).

Крім цього, зайняте населення в 1,7 разу має більше шансів порівняно із безробітними не мати жодного хронічного захворювання ($OR = 1,721$; $p \leq 0,05$).

Отримані результати свідчать, що безробіття істотно впливає на стан здоров'я населення. Відповідно маємо стабільно високі показники безробіття в Україні за останні десятиліття. Наявність прихованого безробіття є детермінантами, що зумовлюють високий рівень захворюваності та смертності населення.

Основний науковий підхід, згідно з яким у нижчих соціальних стратах порівняно із середніми або вищими ризиків захворювань більше, неодноразово підтверджувався практичними дослідженнями. Так, результати вивчення ролі поведінкових детермінант (куріння, споживання алкоголю, нестача фізичної активності тощо) засвідчують, що особи, які належать до нижчих соціальних страт, мають більше поведінкових ризиків, а також частіше проживають в оселях, де шум, забруднення або злочинність посилюють екологічні та соціальні ризики.

Серед опитаних безробітних виявилось значно більше тих, хто палить (49,3%), порівняно із зайнятими (37, 4%), а також тих, хто вживає міцні алкогольні напої (табл. 4.7.).

Таблиця 4.7

Частота вживання міцних спиртних напоїв (понад 50 мл) населенням із різним статусом зайнятості (за самооцінкою)

	Безробітні		Зайняті	
	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%
Щодня	1	1,3	4	0,7
Кілька разів на тиждень	7	9,3	12	2,0
Один раз на тиждень	12	16,0	43	7,2
Кілька разів на місяць	11	14,7	101	17,0
Один раз на місяць і рідше	16	21,3	211	35,5
Ніколи	28	37,3	223	37,5
Разом	75	100,0	594	100,0

Джерело: авторське соціологічне опитування.

Для того, щоб зменшити нерівність у стані здоров'я населення, його слід розглядати в контексті безробіття, оскільки безробіття є детермінантою здоров'я.

Розглянуті аспекти взаємозв'язку «безробіття-здоров'я» є лише частиною проблем здоров'я безробітних осіб. З огляду на це вважаємо, що дослідження здоров'я колишніх безробітних, його порівняння зі станом здоров'я тих, хто безробітним ніколи не був, а також вплив на здоров'я тривалості безробіття, є перспективним напрямом окремого дослідження.

4.3. Освіта та санітарна грамотність: оцінювання впливу на здоров'я

Поряд з доходами та статусом зайнятості, освіта має вирішальне значення у визначенні СЕС людини і, таким чином, стану її здоров'я. Освіта може впливати на стан здоров'я як безпосередньо, зокрема через медичну освіту чи поширення санітарної грамотності, так і опосередковано, оскільки високий рівень освіти з більшою ймовірністю, ніж низький, може забезпечити кращі можливості працевлаштування, отримання вищого рівня доходів, більшу відповідальність за своє здоров'я тощо.

Важливою особливістю освіти є те, що її якість легше поліпшити, ніж доходи, рід занять та інші індикатори СЕС. Крім того, на відміну від інших СЕД, освітній рівень не може бути «втрачений» з віком. Діти, які досягають успіху в освіті, із більшою ймовірністю матимуть високу відповідальність за своє життя у майбутньому. Вони зроблять здоровий вибір у дорослому житті, відмовляючись від шкідливих звичок, таких як вживання алкоголю та тютюнопаління. Так, освіта збільшує ймовірність для дітей будь-якого соціального класу мати добре здоров'я.

Дослідження взаємозв'язку «освіта-здоров'я» в Україні ускладнено недостатнім обсягом офіційної статистичної інформації про освітній рівень населення. У 1990-х рр. було вилучено графу щодо рівня освіти з факта констатації смерті людини. Освіта не враховується також під час обліку захворюваності населення. Все це ускладнюється тим, що останні дані про розподіл постійного населення в Україні за рівнем освіти датовані 2001 р., коли проводився Всеукраїнський перепис населення. Після цього офіційної інформації щодо окресленого питання немає. Серед індикаторів освіти, які щороку оновлюються ДССУ, є дані про кількість навчальних закладів,

чисельність учнів (студентів) і вчителів у них. Однак вони не характеризують повною мірою рівень освіти населення, особливо з позиції детермінованості та нерівності у здоров'ї. Відповідно джерелами інформації про це можуть бути вибіркові соціологічні опитування та обстеження ДССУ.

Серед опитаних під час АСО виявлено 61,3% осіб із середньою та середньою спеціальною освітою, 34,7% – з вищою та базовою вищою, решта – початковою та неповною середньою (рис. П.1, дод. П). Якщо порівняти результати цього опитування із даними Всеукраїнського перепису населення 2001 р., отримаємо такий розподіл: нині більше осіб із вищою та базовою вищою освітою та суттєво менше з початковою та середньою. Особливістю освітньої структури респондентів також є те, що значення цього показника значно вище у жінок порівняно з чоловіками. Розподіл респондентів за рівнем освіти відображено у дод П.1 та П.2.

Базуючись на власному та інших дослідженнях [53; 54; 322; 323], вважаємо за доцільне окреслити такі особливості освіти як СЕД здоров'я:

1. Освіта значною мірою визначає місце людини у суспільстві, її СЕС і відповідно стан здоров'я. Ця закономірність простежується у багатьох дослідженнях [324] та має небагато винятків. Вона характерна як для економічно розвинених країн, так і для країн, що розвиваються. Так, високий СЕС, як правило, підвищує рівень освіти. Результати АСО підтвердили, що в Україні, хоч і не настільки, як в економічно розвинених країнах, існує взаємозв'язок між СЕС (див. рис. 4.3), освітою та станом здоров'я населення. Серед респондентів із початковою, неповною середньою, середньою та середньоспеціальною освітою більша частка тих, хто має хронічні захворювання. Крім цього, значна їхня частина, особливо з початковою та неповною середньою освітою, має найнижчий СЕС (1–2 щаблі). Це означає, що вища освіта дає змогу досягти більшого успіху в житті та піднятися на вищій щабель соціальної ієрархії.

2. Логічно припустити, що високий СЕС передбачає отримання вищого рівня доходу. Також чим вищий рівень освіти, тим більший рівень доходів. Наведені дані свідчать, що до першої та другої дохідних груп зараховано всіх респондентів із

початковою освітою, 81,9% осіб з середньою освітою, тоді як із вищою – 57,4%. Однак необхідно зауважити, що останній показник також доволі високий.

Загалом освіта, дохід та зайнятість взаємопов'язані між собою та є одними з провідних СЕД здоров'я. За такого взаємозв'язку їх не варто відокремлювати один від одного при проведенні наукових досліджень та реалізації політичних рішень, у сфері охорони здоров'я зокрема.

3. Освіта впливає на самовизначення людиною детермінант свого здоров'я та рівень відповідальності за його стан. Отримані в результаті авторського дослідження дані дають змогу зробити висновки, що особи з вищою освітою більшою мірою, ніж інші, під час визначення детермінант, які обумовлюють стан їхнього здоров'я, насамперед надають значення довкіллю (56% відповідей проти 49% серед респондентів із середньою та 46% – з початковою освітою) та способу життя (55%; 48%; 45% відповідно). Натомість люди із нижчим рівнем освіти дещо більшу, порівняно із тими, хто здобув вищу освіту, відводять роль у формуванні свого здоров'я таким детермінантам, як дохід (матеріальний добробут) (47% відповідей респондентів з початковою освітою, 40% – із середньою та 32% – з вищою), а також медицина (41%; 35%; 22% відповідно). Наведені факти свідчать, по-перше, що роль СЕД неоднакова для різних груп населення. По-друге, населення із низьким рівнем освіти здебільшого зосереджує увагу на матеріальному добробуті та недостатнє значення для збереження та зміцнення стану свого здоров'я надає іншим детермінантам, як наприклад, спосіб життя.

Відмінності спостерігаються також у рівні відповідальності населення із різним рівнем освіти за своє здоров'я. Так, респонденти із нижчим рівнем освіти більше, ніж інші, перекладають відповідальність за своє здоров'я на державу (22% осіб із початковою освітою, 21% – із середньою та 19% – з вищою) та вважають, що за стан їхнього здоров'я ніхто не відповідає (8%; 1,5%; 0,5% відповідно). Головною особливістю осіб, які мають вищу освіту, є те, що серед них більша кількість тих, хто вважає, що особисто відповідає за своє здоров'я (51% проти 48% респондентів із середньою та 43% – з початковою освітою). Як результат, серед населення працездатного віку із вищою освітою більше тих, хто ніколи не палить

(67% проти 54% серед осіб з середньою освітою). Особи із вищою освітою також менше вживають алкоголь. У табл. 4.8 наведено дані про вживання алкоголю населенням із різним рівнем освіти, які підтверджують, що за всіма показниками (як за німецькими спиртними напоями (пивом), так і за міцними) ситуація краща в тих, хто має вищу освіту.

Таблиця 4.8

Частота вживання респондентами працездатного віку алкогольних напоїв, за рівнем освіти, % (за самооцінкою)

Освіта	Тип напою	Частота вживання						Разом
		Щодня	Кілька разів на тиждень	Раз на тиждень	Кілька разів на місяць	Раз на місяць і рідше	Ніколи	
Середня	Пиво	5,4	19,4	12,6	12,2	17,1	33,3	100,0
	Міцні спиртні напої	1,4	4,1	7,7	17,1	27,9	41,9	100,0
Вища	Пиво	2,6	12,3	14,2	13,6	18,2	39,1	100,0
	Міцні спиртні напої	0,0	1,7	3,0	10,9	36,1	48,3	100,0
Все населення віком 18–59 років	Пиво	3,4	16,0	14,3	12,8	16,5	37,0	100,0
	Міцні спиртні напої	0,6	2,5	6,8	13,9	31,8	44,4	100,0

Джерело: авторське соціологічне опитування.

4. Рівень освіти пов'язаний із розмірами соціального капіталу. Проведене дослідження дало змогу виявити зв'язок між освітою, соціальним капіталом і станом здоров'я. Так, населення із більш високим рівнем освіти, як правило, є більш схильним до соціальних контактів, у тому числі й щодо свого здоров'я та здоров'я членів своєї родини. На запитання про те, з яких джерел найчастіше людина отримує інформацію щодо необхідності збереження свого здоров'я, відповідь «не отримую інформації взагалі» найчастіше була серед осіб із початковою та неповною середньою освітою (8% та 14,3% респондентів відповідно). Серед опитаних із вищою освітою таких осіб майже не було (1,1% із базовою вищою освітою (бакалавр) та 1,2% із повною вищою (спеціаліст, магістр)). Значно більше серед останніх тих, хто отримує інформацію з мережі Інтернет (21,9%). Загалом варто

зазначити, що отримання такої інформації може як позитивно, так і негативно позначатись на поведінці людини щодо свого здоров'я. Важливо, щоб людина вміла розмежовувати корисну та некорисну, позитивну та негативну інформацію. Це можливо, за умови коли особа володіє знаннями із основ санітарної грамотності, вміє розрізняти офіційні медичні сайти з достовірною інформацією від інших сайтів тощо. Як правило, наявність вищої освіти забезпечує наявність таких навичок.

5. З позиції впливу на стан здоров'я варто розглядати індикатори, які характеризують освіту загалом: рівень освіти (загальна грамотність, тривалість періоду навчання, відсоток населення із середньою та вищою освітою, частка витрат на освіту, витрати на одного учня (студента) тощо) та санітарна грамотність – пізнавальні та соціальні навички, які визначають мотивацію і здатність окремих осіб отримувати доступ, розуміти й використовувати відповідну інформацію, яка сприяє та дає можливість підтримувати належний стан свого здоров'я, своєї сім'ї, родини, і громад [325]. Підвищення рівня санітарної грамотності населення забезпечує фундамент, на основі якого кожна людина має можливість брати активну участь у збереженні та зміцненні свого здоров'я, що передбачає залучення громадськості до охорони здоров'я, а також вимагати від уряду виконувати обов'язки щодо вирішення питань у сфері охорони здоров'я населення та скорочення нерівності у здоров'ї населення. Реалізація заходів з підвищення санітарної грамотності також дасть змогу зменшити нерівність у стані здоров'я населення.

6. Рівень отриманої освіти та санітарної грамотності частково обумовлює місце (регіон) проживання. Із перерахованими вище детермінантами частково пов'язують нерівність у доступі дітей і підлітків до освіти в Україні. Більшість вищих навчальних закладів зосереджено у м. Києві, східному та південному регіонах України, що ускладнює можливості отримання вищої освіти у західних та центральних областях [164].

Гострою проблемою залишається доступність та якість освіти у сільській місцевості. В Україні спостерігається суттєва і дедалі зростаюча відмінність між рівнями якості освіти у міських і сільських школах, а також між різними навчальними закладами в межах однієї місцевості. У сільській місцевості не

створено достатніх умов для навчання та виховання дітей насамперед дошкільного та молодшого шкільного віку [326]. Мережа дошкільних закладів, що були ліквідовані під час кризи 1990-х рр., не поновила своєї діяльності. Щороку у сільській місцевості через недостатнє наповнення шкіл та проблеми із фінансуванням ліквідовують загальноосвітні навчальні заклади, що утруднює доступ дітей до освіти. Через цю та інші причини рівень освіти в сільській місцевості багато десятиріч є нижчим, ніж у міських поселеннях. Сучасні тенденції лише засвічують погіршення ситуації. На даний час серед мешканців сіл лише 11,5% мають вищу освіту, тоді як серед населення міст таких 28,9% (рис. 4.7). Підвищення доступності та покращення якості освіти в сільській місцевості є важливим завданням, реалізація якого дасть змогу поліпшити стан здоров'я сільського населення.

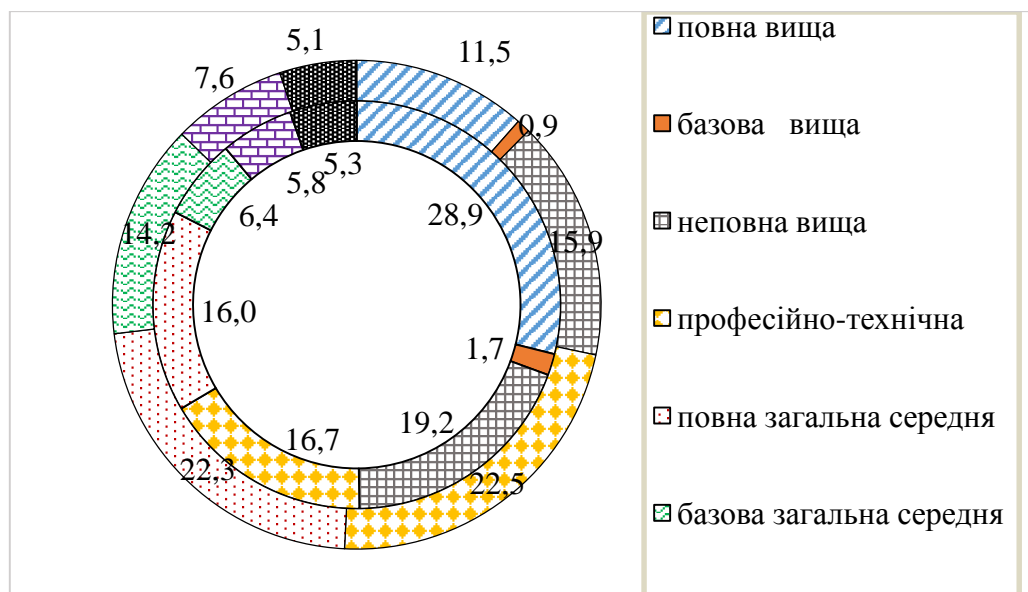


Рис. 4.7. Розподіл населення України за рівнем освіти та місцем проживання у 2016 р., %

Примітка: внутрішнє коло – міські поселення, зовнішнє – сільська місцевість

Джерело: побудовано автором за [164].

7. Освіта загалом і санітарна грамотність у РПЖ є підґрунтям для збереження здоров'я протягом подальшого життя людини. Діти, які мають кращі успіхи в навчанні, з більшою ймовірністю будуть вести здоровий спосіб життя у дорослому

віці, споживаючи здорову їжу, підтримуючи фізичну активність та уникаючи ризиків, пов'язаних із здоров'ям, таких як вживання алкоголю, куріння тощо [327].

Так, умови, в яких зростає людина, рівень освіти, у тому числі санітарної грамотності, яку вона отримує, та інші аспекти життя цього періоду можуть вплинути на подальший її стан здоров'я. Вчені Гельсінського університету досліджували вплив навчання на самопочуття школярів та стан здоров'я в дорослому житті. В ході дослідження було виявлено, що додаткові періоди навчання за партою покращують самопочуття на 16%. Було з'ясовано, що діти, які навчались в школі більш тривалий проміжок часу порівняно зі своїми однолітками, у майбутньому мали менше проблем зі станом здоров'я, а також зуміли забезпечити в дорослому віці більш стабільний фінансовий стан [328].

З огляду на це одне із запитань авторського опитування стосувалося повноти інформації щодо ризиків для здоров'я людини, яку вона отримала у РПЖ (школа, сім'я). Слід вказати, що отримані результати не дають підстав для оптимізму. Так, доволі повну інформацію щодо таких ризиків отримали лише більш як чверть опитаних – 26,2%, тоді як зовсім не знали про ризики для здоров'я 12,7%, а обізнаними недостатньо були 24,5% (рис. П.2, дод. П). Отже, населення України на сучасному етапі лише частково володіє знаннями із санітарної грамотності, а тому не здатне зберегти здоров'я повною мірою. В цьому разі, хоч і незначний, простежується зв'язок між станом здоров'я та інформацією щодо збереження здоров'я, яка отримана в РПЖ. Так, дані підтверджують, що 48,9% опитаних, які отримали доволі повну інформацію щодо свого здоров'я в ранньому дитинстві, не мають хронічних захворювань. Водночас серед тих, хто таку інформацію не отримав, таких лише 27,6%. Відповідно шанси не мати хронічних хвороб серед тих, хто отримав доволі повну інформацію про ризики для свого здоров'я у РПЖ порівняно із тим, хто такої інформації у цей період не отримав, більші у 2,1 разу (OR = 2,078, $p \leq 0,001$)).

Серед переліку хвороб, виникнення яких може бути пов'язано з отриманими в ранньому віці знаннями, можна виокремити такі:

- хвороби системи кровообігу (OR = 1,961, $p \leq 0,001$);
- хвороби органів травлення (OR = 1,668, $p \leq 0,01$);

– хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин (OR = 1,561, $p \leq 0,05$);

– хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (OR = 1,506, $p \leq 0,05$).

Дослідження серед сучасної української молоді щодо повноти отримання інформації про ризики для здоров'я її представників засвідчують низький рівень знань із цих питань. Зокрема, за результатами опитування учнівської молоді та керівників навчальних закладів в Україні, проведеного в межах міжнародного проекту «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді України» у 2014 р., проаналізовано вплив соціального середовища на формування здоров'я учнівської молоді віком 11–17 років, зокрема батьківської сім'ї та шкільного оточення. Результати цього дослідження засвідчили серед іншого низький рівень знань із профілактики ВІЛ/СНІД. Зокрема, серед учнівської молоді правильно визначили шляхи передачі ВІЛ 24,1% респондентів [329, с. 113]. Необхідний рівень знань дуже низький, однак є вищим серед студентів, які здобувають вищу освіту, що підтверджує важливе значення освіти у збереженні здоров'я молоді.

8. Між якістю отриманої освіти та санітарної грамотності у РПЖ та рівнем освіти людини у майбутньому простежуються певні закономірності. За даними авторського опитування, особи із вищою освітою отримали найкращі знання із санітарної грамотності у РПЖ. Серед тих, хто має початкову освіту, майже 2/3 таких знань не отримали зовсім (табл. П.2., дод. П).

9. Володіння знаннями із санітарної грамотності у дорослому віці дає змогу передавати їх дітям. Імовірність того, що дитина не буде мотивована на «здорову поведінку» зростає, якщо її батьки не дотримуються здорового способу життя. Особливо важливо володіння знаннями із санітарної грамотності особам, які мають стати батьками, насамперед вагітним жінкам. У цьому разі грамотність не обмежується знаннями про небезпеку шкідливих звичок матері для здоров'я майбутньої дитини. Важливим моментом є те, чи володіє вагітна жінка знаннями та навичками профілактики захворювань, зміцнення та збереження свого здоров'я в звичайних умовах та в екстремальних ситуаціях.

Загалом населенню часто доволі складно вирішити питання, які стосуються інформації щодо запобігання захворюванням. З огляду на це кожна доросла людина має вміти:

- вибрати доступну та адекватну для себе медичну допомогу;
- підтримувати зв'язок з постачальниками медичних послуг;
- надати першу медичну допомогу собі та іншим людям;
- аналізувати ризики і вигоди для свого здоров'я;
- оцінювати інформацію щодо здоров'я відповідно до її надійності та якості;
- інтерпретувати в загальних рисах результати досліджень свого здоров'я;
- знаходити корисну інформацію про здоров'я.

Для того, щоб виконати ці завдання, людині варто бути грамотною:

- візуально (розуміти графіки або іншу візуальну інформацію);
- комп'ютерно (вміти працювати за комп'ютером);
- інформаційно (вміти отримувати та застосовувати відповідну інформацію);
- математично (вміти проводити обчислення, наприклад, для встановлення дози ліків чи калорій їжі).

З розвитком мережі Інтернет як джерела інформації про здоров'я з'являються нові можливості пошуку інформації щодо санаторної грамотності на інтернет-сайтах та її фільтрації, вміння оцінити якість різних веб-сайтів.

Отже, санітарна грамотність передбачає вплив не тільки на індивідуальні рішення особи щодо ведення способу життя, а й підвищення рівня поінформованості населення загалом про детермінанти здоров'я, рекомендуючи застосовувати індивідуальні та колективні дії для зміни стану здоров'я на основі цих визначальних детермінант.

9. Необхідним атрибутом оцінювання зв'язку «освіта-здоров'я» є вікові особливості, оскільки з віком відбуваються не тільки фізіологічні зміни в організмі людини, які впливають на стан її здоров'я, а й змінюється рівень освіти. Наприклад, у літніх людей освітні навички поступово втрачаються. Це підтверджують такі дані:

- 71% дорослих осіб більш ніж 60 років мають труднощі з використанням друкованих матеріалів;
- 80% таких осіб складно використовувати документи;

– 68% відчувають труднощі щодо інтерпретації чисел і виконання розрахунків [329].

Разом з цим, літні люди частіше потребують медичних послуг і мають більше хронічних захворювань, ніж представлені інші сегменти населення.

10. Певні особливості існують у дослідженні освіти як детермінанти здоров'я з огляду на динамічність освітнього процесу: зміни у змісті та структурі навчального процесу, навчальних програмах, масштабах і способах поширення інформації щодо ризиків для здоров'я тощо. Як підсумок, різні когорти населення можуть мати різні рівні загальної та спеціальної освіти і санітарної грамотності. Це підтверджують дані АСО, за якими простежується суттєве зростання рівня обізнаності із більш молодшим віком (табл. 4.9). Молодь України (18–24 роки), яка народилась у період незалежності, має значно вищий рівень санітарної грамотності, ніж попередні покоління. Цей факт дає змогу більш оптимістично оцінювати перспективи стану здоров'я населення у майбутньому та стверджувати, що воно може дещо покращуватись за розвитку освітньої детермінанти.

Таблиця 4.9

Повнота отриманої інформації щодо ризиків для здоров'я у ранньому періоді життя за віковими групами, %

	Вікові групи			
	18–24	25–49	50–59	60 і старші
Не отримав(ла) зовсім	7,3	8,0	12,4	23,3
Отримав(ла) недостатньо інформації	17,3	21,2	28,6	31,1
Отримав(ла) багато, але не повною мірою	32,7	36,1	31,3	22,0
Отримав(ла) доволі повну інформацію	40,0	29,0	23,0	18,4
Важко відповісти	2,7	5,8	4,6	5,2
Всього	100,0	100,0	100,0	100,0

Джерело: авторське соціологічне опитування.

Результати оцінювання залежності здоров'я населення від рівня освіти за типами місцевості за методологією мікроімітаційного моделювання (п. 2.3) наведені на рис. 4.8. Представлені дані свідчать про те, що:

- серед населення із будь-якою освітою зміни у стані здоров'я відбуваються більш повільно у сільській місцевості порівняно із міськими поселеннями;
- серед осіб з повною вищою освітою частка відносно здорових осіб починає помітно зменшуватися після 60 років незалежно від типу поселення. Для осіб з повною загальною середньою освітою відповідна частка помітно зменшується після 55 років;
- більш суттєва диференціація щодо стану здоров'я населення спостерігається у міських поселеннях, особливо це стосується вікових груп від 45 до 59 років;
- на відміну від міських поселень, у сільській місцевості населення із повною загальною освітою подекуди має краще здоров'я, ніж ті, хто має повну вищу освіту.

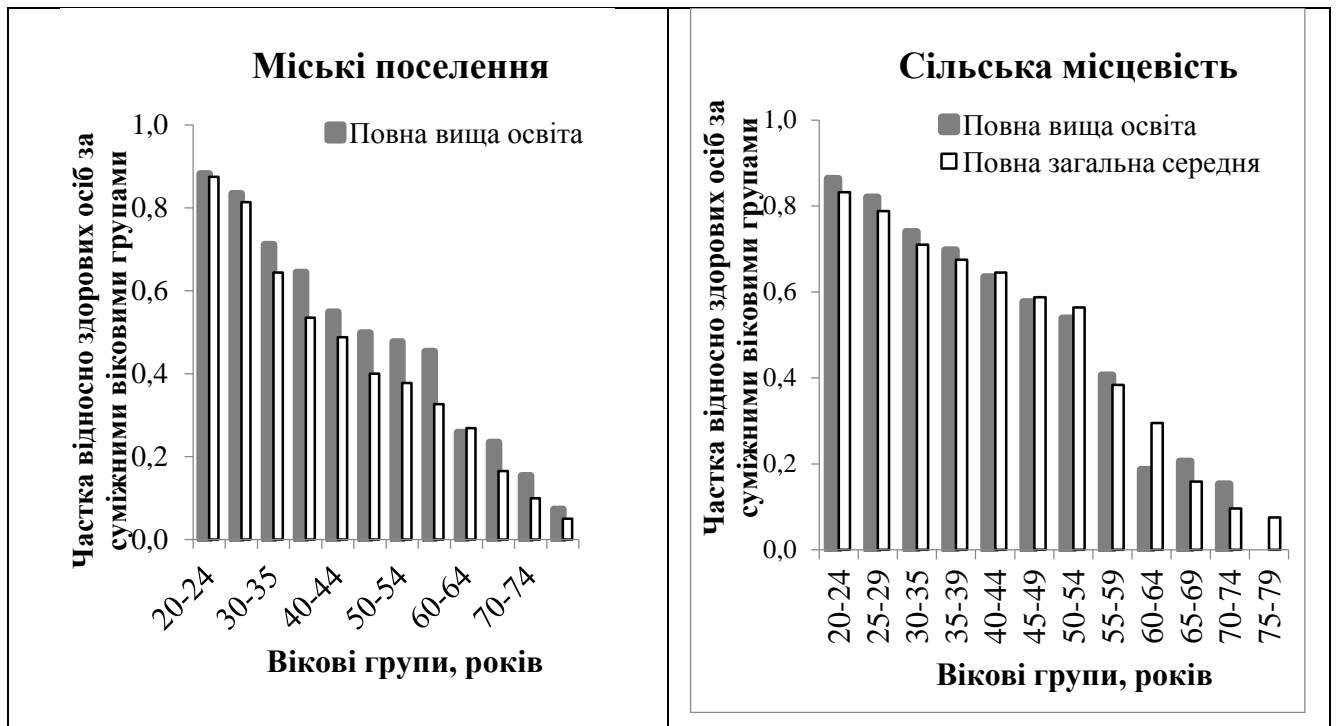


Рис. 4.8. Зміна частки відносно здорових осіб за суміжними віковими групами зі зростанням віку залежно від типу поселень, в яких вони проживають, та їхнього освітнього рівня

Джерело: оцінено автором за змодельованими даними макрорівня

Для чоловіків тенденції загалом є аналогічними: серед тих, хто має повну вищу освіту, стан здоров'я починає значно погіршуватися після 60 років, а для осіб з повною загальною середньою освітою – після 55 років. Серед жінок з повною

загальною освітою суттєве погіршення стану здоров'я настає після 65 років (рис. 4.9).

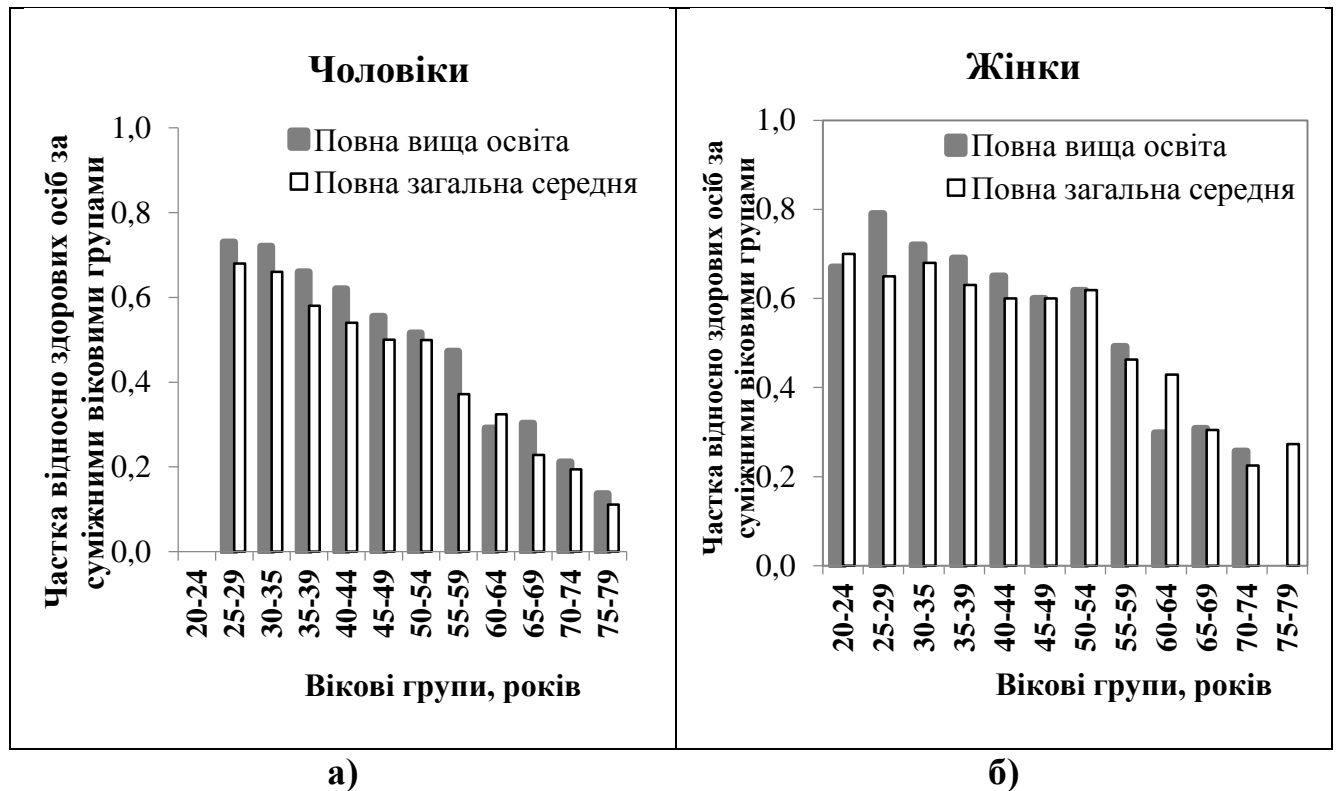


Рис. 4.9. Зміна частки відносно здорових осіб за суміжними віковими групами зі зростанням віку залежно від їхньої статі та освітнього рівня, оцінена за змодельованими даними макрорівня: а) чоловіки; б) жінки

Джерело: оцінено автором за змодельованими даними макрорівня

Порівняння стану здоров'я опитаних під час проведення АСО із різним рівнем їхньої освіти також дало змогу виявити певні закономірності. Зокрема, серед осіб із вищою освітою не мають жодних хронічних захворювань: 51,0% (базова вища) та 40,7% (повна вища) респондентів. Водночас не мають жодних хронічних хвороб тільки 7,4% осіб із початковою освітою, 21,3% – із неповною середньою, 32,0% – із середньою та 32,6% – із середньою спеціальною. Так, серед осіб із початковою та неповною середньою освітою більше представників старших вікових груп, що дещо спотворює результати щодо цих груп, оскільки з віком імовірність розвитку хронічних захворювань зростає. Однак за іншими рівнями освіти вибірка є рівномірною та репрезентативною, а отже, наявна залежність рівня освіти і відсутності хвороб в опитаних достовірна. За показником відношення

шансів, особи з вищою освітою мають у 2,3 разу вищі шанси не мати жодного хронічного захворювання, не хворіти на хвороби системи кровообігу та кістково-м'язевої системи порівняно з тими, хто має інший рівень освіти (початкову, середню тощо) (табл. П.2., дод. П). Останній висновок є логічним, оскільки, як правило, люди із вищою освітою працюють на робочих місцях, які незначною мірою пов'язані із навантаженням на кістково-м'язеву систему та виробничим травматизмом порівняно з іншими особами.

Дії зі збереження здоров'я мають базуватися на мобілізації енергії, ресурсів, навичок для пропаганди здорового способу життя. При цьому освіта та санітарна грамотність відіграють провідну роль. Загалом освітні програми зі збереження здоров'я мають передбачати ознайомлення з усіма детермінантами, які визначають стан здоров'я конкретної групи населення. Наприклад, програма із пропаганди здорового харчування може містити знання про основні групи продуктів, практичні навички з приготування їжі, вибору продуктів харчування тощо. Важлива роль при цьому належить соціальному маркетингу.

З огляду на вищенаведене можна стверджувати, що освіта є основною СЕД здоров'я населення. Вона визначає здоров'я населення не тільки безпосередньо, а й опосередковано через інші детермінанти, такі як дохід, зайнятість, соціальний капітал тощо. Крім цього, освіта дає змогу населенню краще зрозуміти дію інших детермінант на здоров'я, змінити підходи і мотивацію щодо стану свого здоров'я, а також збільшити індивідуальну ефективність у профілактиці та лікуванні хвороб.

4.4. Соціальний капітал як ресурс здоров'я та засіб зменшення нерівності у здоров'ї.

Серед недостатньо досліджених в Україні детермінант здоров'я варто виокремити соціальний капітал. Термін «соціальний капітал» ввів Л. Ханіфан у 1916 р., який він трактував як матеріальні речі, які найбільше враховуються в повсякденному житті людей, а саме: доброзичливість, спілкування, співчуття та соціальний зв'язок між окремими особами та сім'ями, які формують соціальну

одиницю [330]. Одним із найбільш відомих трактувань соціального капіталу є визначення, запропоноване Д. Коулменом: «Соціальний капітал – це потенціал взаємної довіри і взаємодопомоги, який формується в міжособистісних відносинах: обов'язки й очікування, інформаційні канали та соціальні норми» [331].

Останні десятиріччя триває гостра дискусія щодо трактування суті соціального капіталу, його структури та значення для суспільного розвитку. За вузьким підходом, соціальний капітал розглядається як набір горизонтальних зв'язків між людьми, сформований на основі соціальних мереж, і пов'язаних з ними норм, які впливають на продуктивність громади та її добробут. Більш широке розуміння соціального капіталу пов'язане, крім горизонтальних, із вертикальними зв'язками між людьми, а також поведінкою в будь-якій організації та поза її межами.

Соціальний капітал емпірично пов'язують як із меншим рівнем смертності [53] та підвищення самооцінки стану здоров'я [53; 332]. Соціальний капітал також може бути пов'язаний з різними типами поведінки, які впливають на стан здоров'я, такими як тютюнопаління, вживання алкоголю, фізична активність у вільний час, якість харчування тощо. Можна також зробити припущення про те, що соціальний капітал є значним для тих, хто вже хворий. Існує, наприклад, більше шансів на виживання після інсульту та інфаркту міокарда з високим рівнем емоційної підтримки [333]. При цьому варто зауважити, що хвороба може також зменшувати соціальні контакти людини в довгостроковій перспективі, а в деяких випадках навіть призводить до соціальної ізоляції. У таких сценаріях причинний зв'язок зворотний. Цей аспект часто ігнорується або не враховується в дослідженнях взаємозв'язків здоров'я та соціального капіталу. Загалом, причинність є важливою, але рідко обговорюється в галузі соціального капіталу та здоров'я.

Також існує припущення, що потужні соціальні мережі також можуть бути джерелом деформацій, яка призводить до конфліктів, заздрощів і розчарувань, що призводить до негативних наслідків для здоров'я [334].

Разом з цим, на рівні громади соціальний капітал сприяє збереженню здоров'я шляхом усунення стресів і забезпечення соціальної підтримки за

допомогою позасімейних зв'язків, а також неформального соціального контролю над поведінкою, яка негативно впливає на стан здоров'я, таких як, наприклад, тютюнопаління та зловживання алкогольними напоями, особливо серед неповнолітніх. На більш високих рівнях суспільної організації, зокрема держави, соціальний капітал може сприяти підвищенню здоров'я через опосередковані магістралі, як наприклад, заохочення рівної політичної участі, що гарантує забезпечення ефективної системи охорони здоров'я, соціальної підтримки бідних верств населення та інших соціальних послуг [335, с. 335].

Найбільш часто до складових соціального капіталу виокремлюють соціальну підтримку, соціальні зв'язки (соціальну активність), довіру та солідарність (див. рис. 2.5, п. 2).

Саме за ними доцільно оцінювати вплив соціального капіталу на стан здоров'я населення.

1. *Соціальні зв'язки* – це контакти індивідуума або групи людей у процесі їхньої життєдіяльності. Форми контактів можуть бути різними: вербальні, невербальні; особисті зустрічі, контакти в соціальних мережах, переписка тощо. Контакти у соціальних мережах також варто досліджувати як на індивідуальному, так й на суспільному рівнях. На індивідуальному рівні це будуть контакти окремих людей із своєю сім'єю, друзями, сусідами, колегами по роботі та іншими особами чи соціальними інститутами. На суспільному – це зв'язки між громадами та органами державного управління, громадами та соціальними інститутами тощо.

Концепції соціальних зв'язків дають змогу визначити соціальну інтеграцію на найширшому рівні: соціальні мережі, соціальна підтримка і самотність. Соціальні зв'язки можуть мати концептуально різні соціальні характеристики, пов'язані з суспільною довірою. Люди утворюють зв'язки з іншими з моменту народження. Зокрема, виживання новонароджених залежить від належності їхніх батьків до певних соціально-економічних груп та турботи з боку останніх протягом тривалого періоду [363]. Отже, фундамент для розвитку соціального капіталу закладається у РПЖ. Зв'язок людини з тими, хто її оточує, не завершується у цьому періоді, тому що належність і виховання, а також соціальні відносини, мають

важливе значення для фізичного і психологічного добробуту протягом усього життя.

Частково це підтверджують результати АСО. Зокрема, серед тих опитаних, хто вважає свій СЕС вищим за середній (6–10 щаблі), суттєво більша частка осіб, у кого у сім'ї були дружні стосунки (табл. Р.1., дод. Р). Особи із високим СЕС мають, як правило, вищий рівень розвитку соціального капіталу. Крім цього, виявлено, що ті з респондентів, у кого були напружені стосунки у РПЖ, у майбутньому більш часто вживають міцні спиртні напої. І навпаки, виховання у дружній атмосфері сприяє розвитку соціального та культурного капіталу: такі люди частіше спілкуються із своїми близькими, частіше відвідують театри, кінотеатри та інші заклади культури.

Визначення взаємозв'язків між соціальними зв'язками і станом здоров'я населення за останній період є важливим питанням. Так, дані великих когортних досліджень у США, Європі та Японії засвідчили, що населення, яке ізольоване від інших, піддається підвищеному ризику передчасної смерті від різних причин, у тому числі хвороб серця, цереброваскулярних хвороб, хвороб органів дихання і травлення, онкологічних захворювань [333; 336; 337]. Дослідження великих когорт населення, які активно підтримують здоров'я через інформаційні зв'язки, зв'язки з організаціями, спеціалістами тощо, також свідчать, що соціальна інтеграція має вирішальне значення для зниження рівня смертності, а також частково зумовлює рівень первинної захворюваності [338].

Необхідно також зауважити на можливість того, що вплив соціальних зв'язків на стан здоров'я людини має статево-вікові особливості. Так, зокрема, проведені дослідження підтвердили, що літні чоловіки і жінки з високим рівнем соціальної та мережевої активності мають більш повільні темпи зниження як розумової [339], так і фізичної діяльності [340].

Крім цього соціально ізольовані люди можуть бути більш схильними до ризикованої для свого здоров'я асоціальної поведінки, наприклад, тютюнопаління, вживання алкоголю чи наркотичних речовин [341]. Отже, соціальні зв'язки є важливими поведінковими детермінантами. Важливо також зазначити, що мережі,

як правило, мають потужний вплив на поведінку як підлітків, так і дорослих. Причому соціальні зв'язки можуть зміцнити здоров'я або, навпаки, збільшити ризик залежності від норм мереж. Особливо це стосується сучасних віртуальних зв'язків, пов'язаних із мережею Інтернет, коли здоров'я людини залежить від того, які сайти вона відвідує і як сприймає для себе наявну інформацію. В цьому разі важливо, щоб у ранньому віці дітей і підлітків навчали, як розмежовувати інформацію, поширену в Інтернеті, зокрема на шкідливу та корисну. Однак цього, зокрема в Україні, ніхто не навчає.

У будь-якому разі мережі мають можливість надавати інформаційну та інструментальну підтримку ефективно. Активні, позитивні та потужні соціальні зв'язки допомагають людині краще влаштувати як особисте життя, так і професійне. Таким чином, соціальні зв'язки можуть здійснювати непрямий позитивний вплив на здоров'я і добробут. Класичним прикладом цього може бути пошук роботи із широким чи обмеженим обсягом інформації. Люди із значними особистими соціальними зв'язками або навичками роботи з інформацією в різних мережах із значно більшою ймовірністю можуть підшукати для себе роботу, ніж ті, хто таких зв'язків немає або навичками не володіє. Враховуючи попередню емпіричну базу щодо таких детермінант здоров'я населення, як дохід і зайнятість, можна констатувати про значний опосередкований вплив соціального капіталу на здоров'я через ці детермінанти. Більш експериментальна робота необхідна, щоб відповісти на конкретні запитання повною мірою.

Для оцінювання ступеня впливу соціального капіталу на інші детермінанти здоров'я населення та на здоров'я зокрема використано мікродані АСО та Європейського соціального обстеження (ЄСО) за 2014 р. [170]. Інформація про соціальні зв'язки за цими дослідженнями дещо відрізняється. За даними ЄСО, частка населення, яке доволі часто (не рідше, ніж раз на місяць) зустрічається не по справах із сусідами, друзями, знайомими, становить 47,8% (у Швеції – 58,2%; АСО – 75,6%). За результатами АСО, достатньо висока частка тих, хто не спілкується зовсім, – 9,1% (ЄС – 2,0%, у Швеції – 0,2%) (рис. Р.1., дод. Р). Це свідчить про доволі високий рівень соціальних зав'язків населення (за цим показником) і суттєву

диференціацію рівня розвитку соціальних зв'язків: їхню повну відсутність в одних осіб та високий розвиток в інших.

За отриманими даними, існують демографічні та територіальні відмінності у рівні соціальних зв'язків. Чоловіки та жінки, представники молодших і старших вікових когорт, освітніх і економічних страт наділені цією складовою соціального капіталу нерівною мірою. Зокрема, частота спілкування на особисті теми із сусідами, друзями, знайомими більша серед жінок (рис. Р.2., дод. Р).

Рівень соціальних зв'язків скорочується із віком. Старше покоління не тільки рідше, ніж молодь, зустрічається не по справах із сусідами, друзями, знайомими (рис. Р.3, дод. Р), але значно менше використовує мережу Інтернет.

Необхідним атрибутом дослідження соціальних зв'язків є громадська та суспільно-політична діяльність. Під час проведення АСО респондентам було поставлено запитання щодо того, як багато часу на день вони приділяють ознайомленню з суспільно-політичними питаннями у пресі, мережі Інтернет, по радіо або телебаченню. Виявлено, що 11,5% населення не приділяє цьому питанню уваги зовсім. Більше таких осіб серед жінок та у міських поселеннях. З'ясовано, що у цьому разі вагому роль відіграє освіта. Серед респондентів із початковою та середньою освітою частка тих, хто зовсім не цікавиться суспільно-політичною ситуацією, понад 40%. Вища ця частка також серед осіб із найнижчим рівнем доходу. Ці факти черговий раз доводять те, що освіта та дохід мають суттєвий опосередкований вплив на стан здоров'я населення, як зокрема у даному випадку, через соціальні зв'язки.

Ще одним аспектом соціального капіталу, зокрема соціальних зв'язків, є соціокультурний. Відвідуваність закладів культури в Україні залишається низькою. Понад 60% опитаних на запитання «Як часто Ви відвідували за останні 12 місяців театри, кінотеатри, цирк та інші заклади культури?» відповіли, що не відвідували зовсім. При цьому існують суттєві відмінності між відвідуваністю закладів культури міськими та сільськими мешканцями (табл. Р.2., дод. Р). Майже $\frac{3}{4}$ сільського населення не відвідує закладів культури. Достатньо часто відвідують лише 6,0% чоловіків та 3,6% жінок.

2. *Довіра та солідарність.* Довіра як складова соціального капіталу охоплює коло людей (або соціальних груп), які входять в систему довірчих відносин та певним чином обумовлює соціально-економічну ефективність суспільства.

Є кілька типів довіри: в межах встановлених відносин і соціальних мереж; незнайомим людям (часто на основі очікувань поведінки або загальних норм); до інститутів управління (у тому числі щодо справедливості правил, процедур, офіційного вирішення спорів і розподілу ресурсів). Найбільш визначальним чинником для здоров'я може бути довіра до медичних працівників. Однак важливим є ступінь довіри до представників інших соціальних інститутів, релігії тощо. Високий рівень довіри означає безпеку у завтрашньому дні та мінімізацію стресу, що позитивно впливає на здоров'я. Як і соціальні зв'язки, вияв довіри має певні особливості на індивідуальному та суспільному рівнях.

Для індивідуального рівня це: особиста довіра до інших людей; сприйняття злочинності, насильства; інституційна довіра до державних і місцевих інститутів.

На суспільному – це насамперед злочинність та корупція. Рівень злочинності в Україні високий, причому за 2015–2016 рр. він досягнув найвищих значень за незалежності країни. Зараз він навіть перевищує показники 1990-х рр., які, як прийнято вважати, були «розпалом» злочинності в Україні.

Усього внаслідок злочинних діянь загинуло 6,5 тис. осіб, із числа яких 21,6% було умисно вбито; 36,8% загинуло внаслідок дорожньо-транспортних пригод, пов'язаних зі злочинами; 9,5% – у результаті нанесення умисних тяжких тілесних ушкоджень [344]. При цьому недостатньо точно фіксуються дані про смертність та захворюваність у зоні проведення АТО, що певним чином занижує наведені статистичні дані.

Отримані дані свідчать не тільки про прямі людські втрати та втрати здоров'я внаслідок високого рівня злочинності (1,5% від усіх смертей та 1,8% інвалідності в країні), а й про опосередкований вплив, пов'язаний із наслідками для психічного здоров'я та зниженням почуття безпеки та інституційної довіри до державних і місцевих інститутів з боку населення.

Так, за даними ЄСО дослідження [164], лише 14,0% опитаних українців повністю або майже повністю довіряють більшості людей (8–10 рівні довіри за 11-бальною шкалою) (рис. Р.4., дод. Р), тоді як у Швеції частка таких осіб досягає 30,0%, хоча у Польщі вона становить тільки 9,5%. Середнє значення показника довіри за цією шкалою в Україні дорівнює 5,21¹, у Польщі – менше 3,95%, але у Швеції – 6,25%.

Четверта частина респондентів в Україні (25,5%, 0–2 рівні за 11-бальною шкалою) припускає, що більшість людей за нагоди намагатиметься обманювати, і лише 13,5% опитаних (8–10 рівні) розраховують на чесну та порядну поведінку з боку оточення. Середнє значення, за даними проведеного опитування, для України становить 4,77 (Польща – 4,70; Швеція – 6,78). Отже, як і в попередньому разі, населення України виявляє суттєву недовіру до оточення.

Також обстеження показало, що українці не довіряють практично ні одному з суспільних інститутів (рис. Р.5, дод. Р). Найбільша недовіра виявлена до поліції та політиків.

Спостерігається залежність рівня довіри від віку респондентів. Найбільший рівень довіри проявляє населення старшого віку, особливо від 70 років і старших. З віком збільшується частка респондентів, які надають високу довіру парламенту та поліції. Молодь, навпаки, більш скептично ставиться до суспільних інститутів, порівняно із іншими групами населення.

Таким чином, можна визнати, що довіра є одним з важливих детермінант, які визначають не тільки соціальне, а й економічне здоров'я країни. У країнах з низьким рівнем довіри люди бояться вступати у товарні та фінансові операції, відповідно, потенціал для економічного зростання набагато нижче. Вчені роблять висновок, що у країнах, де рівень довіри нижче 30% загрожує небезпека надовго потрапити у пастку бідності [338].

3. Соціальна підтримка. Соціальна підтримка є однією з важливих складових соціального капіталу. У широкому сенсі термін «соціальна підтримка» означає позитивний вплив соціального оточення на людину і на її інтеграцію у систему

¹ Максимально позитивний результат – 10, максимально негативний – 0.

соціальних відносин. У більш вузькому сенсі соціальна підтримка, – це безпосередня допомога у важких життєвих ситуаціях.

Соціальну підтримку можна поділити на чотири типи (табл. 4.10).

Таблиця 4.10

Типи соціальної підтримки (у разі хвороби на індивідуальному рівні)

Тип	Визначення	Форма	Приклад
Емоційний	Вираження співчуття, любові, довіри і турботи	Нематеріальна	Близькі друзі та члени сім'ї спілкуються із хворим з існуючої проблеми, заохочуючи до позитивного зворотного зв'язку
Інструментальний	Матеріальна допомога та обслуговування	Матеріальна	Надання державної допомоги, допомоги з боку громади чи окремих людей
Інформаційний	Поради, пропозиції та інформація	Нематеріальна	Лікарі надають інформацію щодо хвороби, її детермінант та ризиків
Оцінковий	Інформація для підвищення самооцінки	Нематеріальна	Психологи або близькі друзі та члени сім'ї сприяють до визначення точної оцінки поточної ситуації для підвищення самооцінки

Джерело: [342].

Інструментальна допомога є найбільш поширеною в Україні та відома за назвою «соціальний захист». Інформаційна підтримка – це надання різноманітної інформації щодо життєдіяльності людини: консультації, рекомендації, пропозиції тощо. Оцінковий тип соціальної підтримки, як і емоційний, має психологічний характер. Проблема низької самооцінки є доволі поширеною та часто відіграє значну роль як у випадку збереження здоров'я, так і для лікування.

Хоч перераховані вище типи соціальної підтримки більше стосуються індивідуального рівня, можна емпірично зробити висновки, що в Україні існують проблеми щодо кожного з них. Найменш проблемною вважаємо ситуацію з емоційною підтримкою, яка у багатьох випадках доречна та позитивно впливає на емоційний стан людини. В Україні зберігаються сімейні традиції, багатьом людям властиве почуття взаємовиручки та підтримки. Розвиток волонтерського руху в

Україні за останні роки також підтверджує доволі високий рівень співчутливості серед українців. Хоча є певні винятки як на рівні сім'ї, так і громад.

Щодо інструментальної підтримки, то з одного держава щороку витрачає значні кошти на виплату соціальної допомоги, оскільки кількість тих, хто її отримує, щороку зростає. У структурі доходів населення загалом частка соціальної допомоги становить 22,3%. Однак розмір виплат за допомогою є здебільшого мізерний і не дає змоги людині покращувати детермінанти здоров'я, які пов'язані з матеріальними інвестиціями. Зокрема, розмір допомоги на дитину-інваліда в Україні становить 1373 грн. (2017 р.). Такий розмір є дуже мізерним. У будь-якому разі, враховуючи вплив макроекономічних чинників, зокрема сучасного рівня інфляції, девальвації та інших, такий розмір допомоги не може забезпечити достатній рівень споживання послуг, пов'язаних із збереженням здоров'я.

Інформаційна підтримка також є недостатньою. Люди не володіють повною інформацією щодо детермінант здоров'я, ризиків для здоров'я та методах лікування. Більш детально про це йшлося вище (п. 5.4.).

На рівні громад важливу роль відіграють такі складові соціальної підтримки як соціальна відповідальність, доступність послуг, доступність та якість медичного обслуговування та показники його ефективності.

Соціальна відповідальність. Її суть полягає у тому, що люди та організації мають поводитися етично та обґрунтовано щодо вирішення соціальних, культурних, економічних та екологічних питань. Прагнення до соціальної відповідальності допомагає окремим особам, організаціям та урядам позитивно впливати на соціальний розвиток, бізнес, розвиток суспільства загалом [344].

Щодо здоров'я соціальну відповідальність доцільно розглядати за такими особливостями:

1. Індивідуальна соціальна відповідальність за своє здоров'я і здоров'я своїх близьких. Це означає, що людина має діяти так, щоб не завдавати шкоди насамперед своєму здоров'ю. Для цього вона має володіти знаннями про

детермінанти та ризики щодо здоров'я, бути грамотною у сфері збереження свого здоров'я та мати можливості і бажанням застосовувати їх на практиці.

2. Соціальна відповідальність бізнесу, яка з одного боку, полягає у виробництві лише безпечних для здоров'я людей товарів та послуг, а з іншого, надання допомоги інвалідам, соціально вразливим верствам населення, що дозволить зберегти та зміцнити стан їхнього здоров'я.

3. Соціальна відповідальність держави, яка є важливим якісним показником розвитку і зрілості всієї системи державно-суспільних відносин, соціальної орієнтованості державної політики, а також домінування в суспільній свідомості загально гуманістичних цінностей і демократичних ідей, інститутів і норм турботи держави за економічним, соціально-психологічним і соціальним становищем соціально вразливих груп.

Статистичний аналіз впливу соціального капіталу на нерівність у здоров'ї населення країни здійснено методом логістичної регресії. В якості залежної змінної була використана самооцінка здоров'я за АСО (відсутність жодного хронічного захворювання) та ЄСО (суб'єктивна оцінка здоров'я від дуже доброго до дуже поганого (рівнів оцінки)).

У якості незалежних змінних у логістичному аналізі були використані три групи. Перша група включає індикатори, які характеризують соціальні зв'язки, громадську та культурну активність: ознайомлення з суспільно-політичними питаннями у пресі, Інтернеті, по радіо або телебаченню; частота спілкування на особисті теми із сусідами, друзями, знайомими; частота відвідуваності театрів, кінотеатрів, цирку та інших закладів культури (за АСО); частота зустрічей з друзями, колегами або родичами (ЄСО). Друга група пов'язана із дослідженням ступеня довіри серед населення: міжособистісна довіра; довіра парламенту, довіра суспільним інститутам (ЄСО). Третя група незалежних змін включає індикатори допомоги в кризовій ситуації: чи намагаються люди в основному допомагати іншим або дбають про свій інтерес та чи отримуєте Ви підтримку та допомогу від близьких Вам людей, коли Ви цього потребуєте (ЄСО).

Про те, що соціальні зв'язки є одними із визначальних для формування та збереження здоров'я свідчать результати як АСО, так й результат ССО. Зокрема за даним останнього з'ясовано, що серед тих респондентів, які щодня зустрічаються з друзями, родичами та колегами просто так, не у справах, мають суттєво вищі шанси мати добре здоров'я, порівняно із тими, хто не зустрічається зовсім (серед чоловіків – майже у 6 разу, серед жінок – 3,5 разу).

Отримані результати підтверджують те, що соціальні зв'язки та взаємодопомога у різний спосіб можуть впливати на звички, що визначають стан фізичного та психічного здоров'я і у підсумку рівень смертності (табл. Р.3, дод. Р).

Виявлені гендерні відмінності у соціальних зв'язках та їх нерівний вплив на здоров'я частково можна розглядати в контексті шлюбу. Історично склалося так, що шлюб дає більше користі для здоров'я для чоловіків, ніж для жінок. Чоловіки не тільки відчують більшу користь від здоров'я через позитивний спосіб життя та поведінку на здоров'я, що часто супроводжують шлюб, вони також відчують менше витрат, пов'язаних із доглядом за іншим подружжям, вихованням дітей, доглядом за старшими батьками та балансом вимог до праці та сім'ї [345]. Тому отримані результати, за якими соціальні зв'язки мають більший вплив на українських чоловіків, ніж на жінок є цілком обґрунтованими.

Також доцільно зауважити, що диференційований доступ, переваги та витрати на соціальні зв'язки між соціально-демографічними групами з часом змінюються [346]. Зокрема, порівняння даних щодо впливу соціальних зв'язків на стан здоров'я (див. таб. 5.21) із аналогічним оцінюванням Н. М. Левчук [341], засвічує зростання цього впливу. Натомість міжособистісна довіра та довіра до громадських інститутів з часом знизилася своє значення для здоров'я. Це доводить необхідність періодичного моніторингу розвитку соціальних зв'язків та їх впливу на стан здоров'я різних соціально-демографічних груп.

Іншою виявленою особливістю є те, що соціальні зв'язки більше позначається на стані здоров'я сільських мешканців, ніж на мешканцях міських поселень. Такі результати можна пояснити тим, що міське населення має вищий

рівень освіти та дозволяє їх краще вирішувати питання пов'язані із станом свого здоров'я. Крім цього, сільські громади традиційно розглядаються як такі, що мають вищий рівень соціального капіталу [347]. Справа у тому, що нижча щільність населення заохочує зв'язок між мешканцями, а нижчий рівень суспільних послуг у сільській місцевості сприяють співпраці та обміну інформацією. Інше питання, який зміст цієї інформації та чи позитивно вона вплине на зміцнення здоров'я.

Відвідування культурних заходів сприяє розширенню соціальних зв'язків та позитивно впливає на стан здоров'я шляхом зняття напруги чи стресу. Отримані в результаті розрахунків дані дають змогу зробити висновки про те, що ті, хто часто відвідують заклади культури мають більше шансів не мати хронічних захворювань, порівняно із тими хто їх не відвідує зовсім. Особливо це стосується жінок (майже у 6 разу) та населення сільської місцевості (майже у 7 разу).

Важливим для здоров'я населення України є такий елемент соціального капіталу к взаємодопомога. Люди, які завжди отримують підтримку та допомогу від близьких, коли цього потребують, у 6–9 разу мають більші шанси мати добре здоров'я. Насамперед це жінки, а також мешканці міських поселень.

Таким чином, більшість складових соціального капіталу певним чином визначають стан здоров'я населення країни. По суті, соціальний капітал виступає потенційним ресурсом, який може бути використаний для збереження та зміцнення здоров'я населення. Найбільш перспективним є покращення соціальних зв'язків та посилення взаємодопомоги серед населення. Соціальні зв'язки можуть принести користь здоров'ю за межі цільових людей, впливаючи на здоров'я інших людей у соціальних мережах.

Першочерговим заходом при цьому є зниження соціальної ізоляції шляхом вдосконалення освітніх програм, поширення соціально-емоційних навичок, залучення у громадянську діяльність, створення умов для забезпечення того, щоб всі громади були економічно розвиненими та містили громадські місця для спілкування та навчання; сприяння стабільним шлюбом та інституту сім'ї для всього населення країни.

Висновки до четвертого розділу

Здійснено оцінювання впливу основних СЕД, таких як СЕС, дохід, зайнятість, освіта, соціальний капітал і нерівність у здоров'ї населення України, особливості цього впливу за статево-віковими групами населення та типом поселень.

Обґрунтовано, що СЕС як окремої людини, так груп населення, – це одна з основних детермінант, яка впливає на стан їхнього здоров'я та зумовлює масштаби нерівності у здоров'ї в Україні. Високий СЕС людини з високим ступенем імовірності визначає «добрий» стан здоров'я, принаймні до 60 років, коли СЕС суттєво знижується. Разом з цим, виявлено, що більшість населення України зараховує себе до осіб із низьким СЕС, що є ознакою соціально-економічної нерівності.

Встановлено, що на СЕС у дорослому житті впливають умови РПЖ, зокрема рівень добробуту родини, в якій зростає людина. Чим вищим є добробут родини, в якій зростає особа, тим вищий показник її теперішнього СЕС. Крім цього, рівень СЕС взаємопов'язаний з освітою людини та рівнем її доходів.

Визначено, що здоров'я людини залежить від СЕС і позначається на поширеності окремих хвороб. Так, шанси не мати хронічного захворювання системи кровообігу суттєво зростають власне із підвищенням СЕС (у 2,5 разу). Виявлено зв'язок СЕС із рівнем захворюваності на хвороби кістково-м'язової та ендокринної систем, а також органів травлення. Крім цього, підвищення СЕС збільшує ймовірність бути абсолютно здоровим, тобто не мати жодного хронічного захворювання. Зокрема, ці шанси вищі для 8–10 груп соціальної ієрархії в 2,5 разу порівняно з особами 1–3 груп. Причому вищими ці шанси у жінок (у 2,9 разу), ніж у чоловіків (у 1,7 разу). Враховуючи, що за соціальною ієрархією розподіл жінок порівняно з чоловіками більш нерівний, очевидним є висновок про важливість підвищення СЕС з позиції збереження та зміцнення стану їхнього здоров'я.

Отримані результати дають підстави стверджувати, що дохід є однією з детермінант, що визначає рівень смертності населення загалом та від хвороб системи кровообігу і деяких зовнішніх причин смерті зокрема. Дані аналізу

свідчать також про те, що нерівність у доходах здебільшого впливає на рівень смертності чоловіків, ніж жінок. Втрата джерела доходу, особливо після 40 років, більш негативно впливає на стан здоров'я чоловіків, ніж жінок, що значною мірою пов'язано з емоційною складовою. Невміння або неможливість вирішити складну ситуацію викликає у чоловіків стреси, депресію, порушення сну, оскільки людина замість відпочинку болісно роздумує, як забезпечити належний рівень життя для своєї сім'ї.

Те, що рівень доходу визначає стан здоров'я населення, доведено результатами АСО. Зокрема, шанси не мати хронічного захворювання мають особи, які зараховують себе до вищих дохідних груп, порівняно з нижчими приблизно у 1,5 разу. При цьому вищими є ці шанси у жінок та у мешканців міських поселень. Водночас з'ясовано, що рівень доходу впливає на рівень захворюваності на хвороби системи кровообігу.

Виявлено, що зайняте населення має вищі шанси бути здоровим не тільки через наявність доходу, а й через обмежену кількість стресів за відсутності хвороби. Шанси бути хворим пропорційно зростають із тривалістю безробіття.

Визначено, що освіта є вагомою детермінантою здоров'я населення. Вона впливає на здоров'я безпосередньо через наявність знань про ризики для здоров'я, можливість профілактики захворювань і способи їхнього лікування та опосередковано через можливість отримати більш високий статус зайнятості, доходи, розширити соціальні контакти тощо.

Окрему увагу приділено напрямам політики у сфері збереження здоров'я, які стосуються раннього періоду життя людини, розширення грамотності у сфері охорони здоров'я у цьому віці. Так, засвідчено, що адекватний соціальний і когнітивний розвиток у дитинстві є необхідним фундаментом для успіху в здобутті освіти, що відповідно забезпечує здоров'я та успіх у житті. Оскільки в Україні програми санітарної грамотності розроблені недостатньо, рекомендовано розширювати заходи із навчання санітарної грамотності батьків, тому що більшість з них не отримала цих знань своєчасно і не має змоги навчити цьому своїх дітей. Необхідні кваліфіковані фахівці у галузі розвитку дитини, поступове введення

елементарної освіти для батьків. Особливо це стосується сімей із низьким рівнем освіти та невисокими доходами.

Порівняння стану здоров'я опитаних під час проведення АСО із різним рівнем їхньої освіти також дало змогу виявити, що шанси не мати жодного хронічного захворювання серед осіб із вищою освітою в 2,3 разу вищі, ніж із початковою та незакінченою вищою освітою. З'ясовано, що населення із вищою освітою рідше хворіє на хвороби системи кровообігу та кістково-м'язової системи.

Виявлено відмінності у рівні відповідальності населення за своє здоров'я із різним рівнем освіти. Так, респонденти із нижчим рівнем освіти більше, ніж інші, перекладають відповідальність за своє здоров'я на державу. Головною особливістю осіб, які мають вищу освіту, є те, що серед них більша кількість тих, хто вважає, що особисто відповідає за своє здоров'я. У підсумку серед населення працездатного віку із вищою освітою більше тих, хто ніколи не палить (67% проти 54% серед осіб із середньою освітою). Особи з вищою освітою також менше вживають алкоголь. Таким чином, підтверджено гіпотезу про вплив освіти на нерівність у здоров'ї населення.

Сформульовано закономірності впливу різних складових соціального капіталу на стан здоров'я населення України. Зокрема, з'ясовано, що ті, хто щодня зустрічається з друзями, родичами та колегами, не тільки у справах, мають суттєво вищі шанси мати добре здоров'я порівняно з тими, хто не зустрічається зовсім (серед чоловіків – майже у 6 разів, серед жінок – у 3,5 разу). З'ясовано, що соціальні зв'язки та взаємодопомога у різний спосіб можуть впливати на звички, що визначають стан фізичного та психічного здоров'я і, як у підсумок, рівень смертності.

РОЗДІЛ V

ДОВКІЛЛЯ ТА СПОСІБ ЖИТТЯ ЯК ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

5.1. Регіональний профіль здоров'я: особливості детермінації

Важливим аспектом дослідження здоров'я населення є диференціація показників його стану залежно від території (місця) проживання та оцінювання детермінант, які зумовлюють таку нерівність. Так, ефекти простору чи місця стосуються чинників, які містять інформацію про місця або оточення, а не тільки про людей, які у них проживають [348]. Народження і подальше проживання людей в тій чи іншій місцевості накладає відбиток на стан їхнього здоров'я. Для одних він буде позитивний, для інших – ні.

Соціологічна основа для концептуалізації територіальних відмінностей у стані здоров'я запропонована С. Макінтайером [349]. Вона охоплювала соціально-екологічні конструкти композиційних, контекстуальних та колективних детермінант щодо психічного і фізичного стану здоров'я. Композиційні змінні визначаються соціально-демографічними характеристиками населення, яке проживає в певному місці, таких як вік, стать, етнічна належність, зайнятість і доходи. Контекстуальні змінні стосуються більш широких соціальних і фізичних можливостей у регіоні, таких як наявність і доступ до послуг. Контекстуальні ефекти можуть також містити вплив культурного фону, як наприклад, етнічні, релігійні та лінгвістичні особливості спільнот, а також вплив екології або навколишнього середовища. Колективні змінні стосуються соціально-культурних та історичних особливостей регіону, у тому числі норм, цінностей, рівня соціальної згуртованості тощо.

За останні 20 років зріс інтерес до вивчення взаємозв'язку між територією проживання та рівнем здоров'я. Протягом цього періоду емпіричні зв'язки між ними були визначені у різних просторових масштабах. Наприклад, численні дослідження підтвердили, що нерівний доступ до відповідних медико-санітарних ресурсів є в гірших соціально-економічних умовах [350; 351]. Однак незважаючи

на широкий спектр даних, існує порівняно незначна кількість публікацій, що пропонують теоретичні пояснення цих спостережень.

Насамперед необхідно з'ясувати, що розуміється як територія проживання щодо її впливу на здоров'я та які ознаки різних місць проживання визначають здоров'я населення. Територія проживання – це певна географічна місцевість, де мешкає людина, фізичне середовище її проживання. Для збереження та зміцнення здоров'я важливими є сприятливі природні умови, відповідна екологічна обстановка та розвинена соціальна інфраструктура в районі, де проживає населення. Наявність чи відсутність певних об'єктів соціальної інфраструктури може мати наслідки для збереження здоров'я населення. Це стосується таких об'єктів, як заклади охорони здоров'я; дошкільні та шкільні навчальні заклади; транспорті комунікації; водопровід та каналізація; електромережі; зв'язок, у тому числі Інтернет; заклади культури; супермаркети або звичайні магазини, які продають «здорову» їжу, «зелені» зони відпочинку тощо.

Варто виокремити два аспекти, пов'язані з наявністю інфраструктури та збереженням здоров'я населення. Перший визначається тим, що функції та призначення деяких закладів соціальної інфраструктури безпосередньо пов'язані із збереженням здоров'я населення, зокрема це: медичні заклади та . Їхня доступність автоматично підвищує ймовірність кращого рівня здоров'я серед населення. Другий аспект пов'язаний із тим, що наявність закладів соціальної інфраструктури в місці проживання людини економить її час та знижує можливість стресу. Якщо людина економить час, вона може його витратити із користю для власного здоров'я та здоров'я своєї сім'ї.

Існують дослідження, які доводять вплив території проживання на розвиток окремих захворювань. Наприклад, учені США підтверджують, що в районах з несприятливими екологічними умовами (забруднене повітря, промисловий шум, активний дорожній рух) і з низькою якістю інфраструктури (розбиті дороги, брудні вулиці) у кілька разів підвищують ризик розвитку цукрового діабету в старшому віці. На думку експертів, такі результати пояснюються тим, що люди в таких місцях відчують надмірне психологічне напруження [352].

Проблема регіональної нерівності стану здоров'я населення в Україні існує давно, однак її гострота з часом не зменшується. Нерівність у доходах, можливостях зайнятості, доступності медичної допомоги та інші детермінанти визначають відмінності у стані здоров'я населення. Ступінь впливу перелічених детермінант встановити доволі складно: по-перше, через те, що у вітчизняній науці досі не розроблено методик для цього, а по-друге, для цього недостатньо вихідної інформації. При цьому, як було зазначено, оцінювання такого впливу є необхідною передумовою збереження та покращення здоров'я населення, хоча б з позиції розроблення стратегічних орієнтирів реформування системи охорони здоров'я, оскільки це дасть можливість виокремити детермінанти, які визначають стан здоров'я населення конкретного регіону чи місцевості.

Щодо регіональної диференціації загальної смертності в Україні варто зазначити, що для неї характерний спадаючий градієнт смертності зі сходу на захід. При цьому розподіл показників дитячої смертності за регіонами не має чіткої закономірності. Коефіцієнт смертності дітей віком до року в Донецькій та Кіровоградській областях (11 померлих на 1000 народжених живими) вищий, ніж у Київській (5) та Полтавській (5) областях понад 2 рази. При цьому слід зауважити, що ця проблема у Донецькій області виникла не тільки тому, що нині на її території тривають військові дії: дитяча смертність у цьому регіоні була високою завжди.

За оцінюванням СКС, за всіма причинами смертності в Україні виокремлено п'ять груп (рис. 5.1.). До групи з найвищим та високим СКС належить Київська та Житомирська області (північ); Кіровоградська та Дніпропетровська області (центр), Херсонська область (південь). До групи з найнижчим показником СКС потрапив м. Київ, Львівська, Тернопільська та Івано-Франківська області (захід). Інформація щодо СКС по тимчасово окупованій території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та частини тимчасово окупованих територій Донецької та Луганської областей відсутня. Загалом, за винятком Закарпатської області спостерігаються певні закономірності в розподілі певних регіонів за СКС.

Наявні також значні розходження щодо СКС за окремими причинами смертності (табл. 5.1). Суттєві відмінності у показниках СКС між регіонами

України спостерігаються як за неінфекційними причинами (цереброваскулярні хвороби (у 6,3 разу¹), хвороби органів дихання (3,4), травлення (2,6), ішемічна хвороба серця (2,5), через інфекційні та паразитарні хвороби (7,0)), так і внаслідок зовнішніх причин смерті (2,6), у тому числі самогубств (9,7).

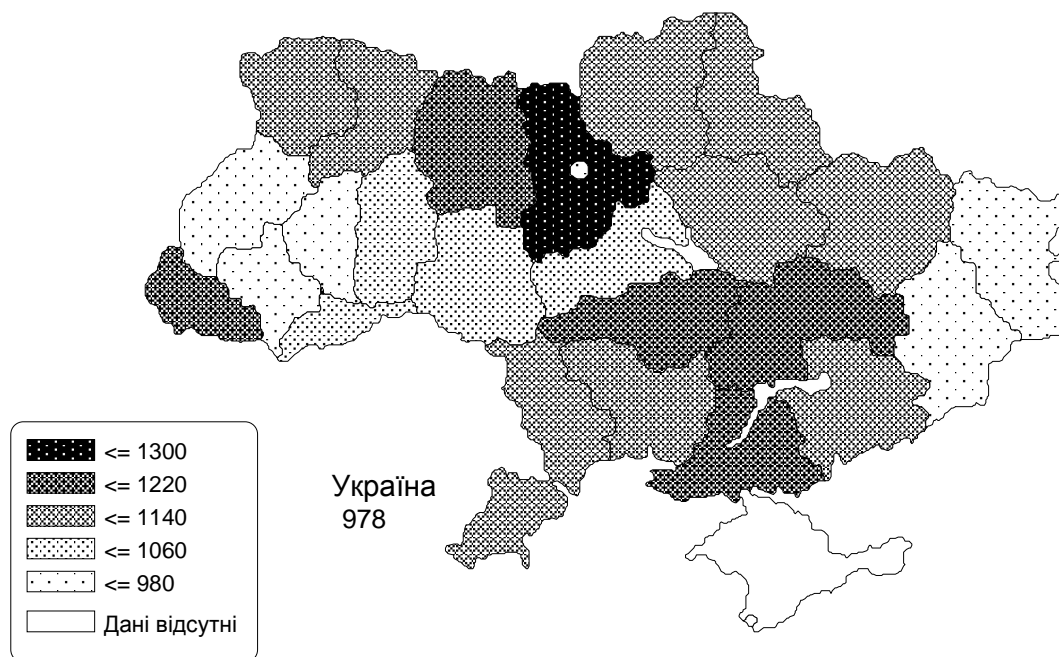


Рис. 5.1. Стандартизовані коефіцієнти смертності населення від усіх причин за регіонами України, на 100000 осіб у 2016 р.

Джерело: [197]

Варто також зауважити, що диференціація показників СКС за хворобами, перелік яких наведено в табл. 5.1, характерна не тільки для 2016 р. Ця диференціація з незначними відхиленнями спостерігається понад 10 років і за деякими хворобами вона нині поглиблюється, зокрема за цереброваскулярними, інфекційними та паразитарними.

¹ Різниця між найвищим і найнижчим рівнем

Таблиця 5.1

**Диференціація стандартизованих коефіцієнтів смертності населення
внаслідок окремих хвороб між регіонами України за 2016 р.,
на 100 000 населення**

Причина смерті	СКС, Україна /ЄС*	Регіон із найвищим коефіцієнтом	СКС	Регіон із найнижчим коефіцієнтом	СКС	Різниця між найвищим і найнижчим коефіцієнтами, разів
Хвороби системи кровообігу, у т. ч.	611/146	Київська обл.	820	Львівська обл.	564	1,45
• ішемічна хвороба серця	417/51	Чернівецька обл.	611	Закарпатська обл.	282	2,17
• цереброваскулярні хвороби	120/31	Сумська обл.	309	Чернівецька обл.	47	6,57
Інфекційні й паразитарні хвороби	20/9	Дніпропетровська обл.	49	Тернопільська обл.	8	6,12
Хвороби органів дихання	25/43	Тернопільська обл.	42	Івано-Франківська обл.	18	2,33
Хвороби органів травлення	43/24	Закарпатська обл.	62	Тернопільська обл.	31	2,00
Зовнішні причини захворюваності та смерті, у т.ч.	67/29	Херсонська обл.	96	м. Київ	48	2,00
• самогубства	14/9	Кіровоградська обл.	24	м. Київ	4	6,00
Усі причини смерті	978/507	Київська обл.	1223	м. Київ	906	1,35

Примітка: дані по ЄС за 2015 р.

Джерело: сформовано автором за [196; 197].

Оскільки на СКС не впливає статево-вікова структура населення, його диференціація між регіонами України як за всіма, так й за окремими причинами смерті, може означати те, що:

- по-перше, детермінанти здоров'я в регіонах із підвищеними показниками не є достатньо сприятливими для скорочення рівня смертності від вказаних хвороб;
- по-друге, гіпотетично можна припустити, що значну диференціацію рівня смертності від зазначених хвороб між регіонами можуть визначати СЕД;
- по-третє, заходи щодо усунення ризиків хвороб в окремих регіонах з сторони державних і громадських організацій, діяльність яких пов'язана зі збереженням здоров'я населення, є недостатньо ефективними [353].

На відміну від смертності, яскраво виражених закономірностей поширеності захворювань між регіонами України немає. Найвищий рівень поширеності захворювань мають м. Київ (2332,3 на 1000 населення), Дніпропетровська (2231,0) та Київська (2090,3) області, а найнижчі – у Запорізькій (1533,7) та Закарпатській (1575,7) областях, які територіально між собою не пов'язані. Це частково пов'язано з тим, що на відміну від статистики смертності, статистика захворюваності може не повністю відображати реальний стан явища через певні суб'єктивні чи об'єктивні причини. Зокрема за останні роки суттєво зріс півень поширеності хвороб у Дніпропетровській області – на 3,4% за 2015–2016 рр., що частково пов'язано із тим, що лікарні м. Дніпропетровська є центрами із лікування поранених із зона АТО.

Найбільш ілюстративно демонструє вплив території проживання на стан здоров'я нерівність у здоров'ї між міським та сільським населенням. Історично розвиток міських поселень та сільської місцевості мав різні вектори розвитку. На сучасному етапі відмінності в економічній, соціальній, культурній та інших сферах не подолано. Це не може не вплинути на стан здоров'я населення.

Теоретично проживання у міських поселеннях може мати такі основні переваги для здоров'я: отримання більш високих доходів, ширші можливості зайнятості, кращі житлові умови, більші можливості отримати якісну освіту, вищий рівень соціального капіталу, більша доступність медичної допомоги, кращий розвиток культури та соціальної інфраструктури загалом.

Однак у сільській місцевості потенційно вищі: продовольча безпека, споживання натуральних «здорових» продуктів харчування, менше вживання наркотичних речовин (це не стосується споживання алкоголю), більша фізична активність, менше стресових ситуацій.

Отже, міські поселення теоретично мають більше переваг щодо збереження та зміцнення здоров'я над сільською місцевістю. На підтвердження цього наведемо дані про стан здоров'я населення міських поселень і сільської місцевості в Україні та детермінант, які його нерівність.

Офіційна статистика фіксує парадоксальні дані: з одного боку, рівень смертності населення нижчий у міських поселеннях, а з іншого – рівень захворюваності нижчий у сільській місцевості.

Щодо смертності зазначимо, що серед населення загалом СКС за всіма причинами смерті вищий у сільській місцевості (1171,7 на 100000 осіб), ніж у міських поселеннях (1034,5) у 1,13 разу. Порівняння динаміки СКС у міських поселеннях та сільській місцевості за більш тривалий період (з 1990 р.), можна вести мову про тенденцію до зменшення нерівності між ними. У 2015 р. зафіксовано найменшу різницю між цими показниками (рис. 5.2). Зменшення нерівності у смертності міського та сільського населення є одним з пріоритетних завдань соціальної політики країни. Досягти цього можливо лише шляхом усунення негативного впливу на стан здоров'я населення сільської місцевості певних СЕД.

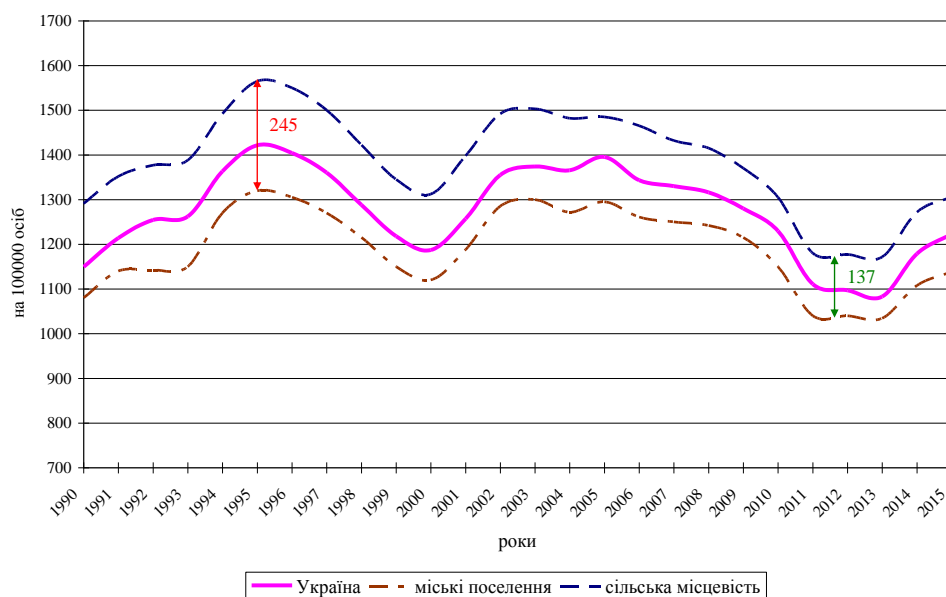


Рис. 5.2. Динаміка стандартизованих коефіцієнтів смертності населення в Україні (за типами поселення), 1990–2015 рр.

Джерело: побудовано автором за [197].

За причинами смерті між міськими поселеннями та сільською місцевістю також існують відмінності. Причому є певні причини, рівень смертності за якими вищий у міських поселеннях, а є такі, за якими він більш значний у сільській

місцевості. Зокрема, у міських поселеннях вищим є показники СКС від цереброваскулярних хвороб – у 1,3 разу; від СНІДу – у 2,1 разу; новоутворень – у 1,1 разу; хвороб сечостатевої системи – у 1,4 разу. Таким чином, медико-соціальне значення зазначених захворювань як причини смерті в містах вище, ніж у сільській місцевості. У зв'язку з цим виконання профілактичних та лікувально-оздоровчих заходів має проводитися з урахуванням СЕД, які визначають ці захворювання, поширеності захворювань в окремих віково-статевих групах, наявності лікарів-фахівців, відповідного обладнання тощо. При цьому варто враховувати суттєво нижчий рівень вертифікації причин смертності в сільській місцевості порівняно із міськими поселеннями. Зокрема, це може стосуватись цереброваскулярних хвороб, діагностування яких неможливе без відповідного обладнання, яке у сільській місцевості відсутнє. Отже, з огляду на це нижчий рівень смертності від цереброваскулярних хвороб серед сільського населення, який фіксує офіційна статистика, може бути вищим.

Разом з тим, причин смерті, за якими рівень СКС вищий у сільській місцевості, значно більше. Насамперед це ішемічна хвороба серця – у 1,24 разу; зовнішні причини захворюваності та смертності – 1,45 разу, у тому числі навмисного самоушкодження – у 1,9 разу, випадкових утоплень та занурень у воду – у 2,2 разу, нещасних випадків, спричинених дією диму, вогню та полум'я, – 2,1 разу; хвороб органів дихання – 1,6 разу тощо.

На відміну від смертності, рівень захворюваності офіційна статистика фіксує вищим у міських поселеннях. Зокрема, первинна захворюваність вища у міських поселеннях на 1,2 разу, а поширеність хвороб – 1,6 разу.

На противагу вищеподаним даним, аналіз результатів самооцінки населенням стану здоров'я [354] свідчить, що здоров'я дещо краще серед представників міст, населення яких оцінило власний стан здоров'я як «добре» – 50,5% і як погане – 8,8%. У сільській місцевості ці показники відповідно 50,2% та 10,6%.

Підтверджують це також дані АСО, за яким жодних хронічних хвороб не має 45,8% опитаних містян проти 43,7% респондентів, які проживають у сільській місцевості. Також серед респондентів міст менша частка тих осіб, які мають хронічне

захворювання системи кровообігу (20,8% проти 22,2% респондентів сільської місцевості), однак більша тих, хто хворіє на органи дихання (8,9% проти 7,4%).

Отже, підсумовуючи результати порівняльного аналізу стану здоров'я населення міських поселень і сільської місцевості, можна зазначити, що, незважаючи на той факт, що відмінності між ними не суттєві, наявні характерні ознаки нерівності, які значною мірою пов'язані з соціально-економічними особливостями цих поселень.

5.2. Соціально-економічні та екологічні умови проживання: значення для здоров'я

Трьохрівневе концептуальне бачення детермінант, які визначають здоров'я населення, дає змогу зарахувати довір'я до структурного рівня, тобто детермінант мезорівня. Науковці мають різні погляди на роль умов довір'я у формуванні здоров'я населення, що пов'язано з різними підходами до дослідження, відмінністю у розумінні суті цієї категорії та її структури. Проведені дослідження дають змогу з'ясувати визначити причинно-наслідкові зв'язки між демографічними та соціально-економічними детермінантами, які можуть визначати місце проживання людини у відповідному довір'я (рис. 5.3).

Сучасний перелік складових довір'я не обмежується лише екологічними умовами (якість атмосферного повітря, ґрунтів, поверхневих та підземних вод, ультрафіолетове й іонізуюче випромінювання, зміна клімату, стан екосистем та ін.), а охоплює стан антропогенного середовища (безпека громадських місць, рівень шуму, електромагнітні поля і т. ін.), ризики на робочих місцях, житлові умови, якість та безпеку харчових продуктів і питної води тощо [355].

Перелічені умови довір'я певним чином визначають нерівність у здоров'ї населення. Незважаючи на широкий перелік цих умов, більшість експертів та науковців в економічно розвинених країнах не має єдиного погляду щодо того, яка частка припадає на ці умови у співвідношенні детермінант, які забезпечують здоров'я населення. Існує думка, що умови довір'я становлять лише 10% [356; 357].

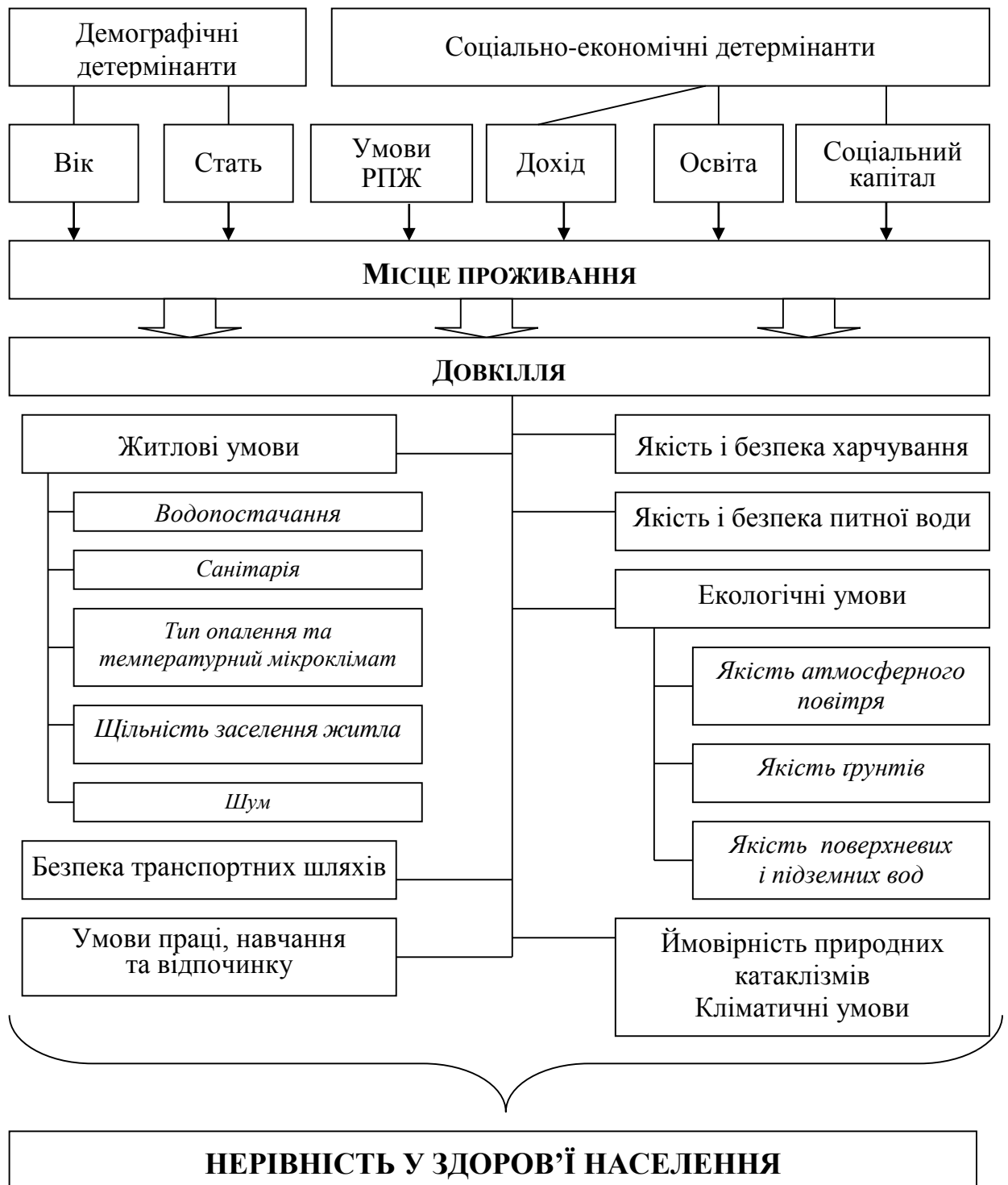


Рис. 5.3. Модель впливу довкілля на нерівність у здоров'ї населення

Джерело: власна розробка автора.

Разом з цим, за оцінюванням ВООЗ, у світі 24% глобального тягаря захворювань і 23% всіх смертей можна пояснити детермінантами довкілля [358]. За результатами АСО, серед детермінант, які, на думку респондентів, найбільше впливають на стан їхнього здоров'я, довкілля також має 23% [359].

Показники смертності, пов'язані з впливом довкілля, в Україні є одними з найвищих в Європі. Зокрема, в Україні, за даними ВООЗ, СКС, пов'язаний із довкіллям майже у два рази вищий, ніж у Польщі, та у 4,5 разу, як у Швеції (табл. 5.2). В Україні суттєво вищий рівень смертності, пов'язаної з довкіллям, як від інфекційних хвороб, так і від неінфекційних хвороб і травм. Загалом кількість смертей, пов'язаних із НС, в Україні становить приблизно 135 тис. на рік. Це дорівнює приблизно 20% від загальної кількості випадків смерті, що також є вищим показником порівняно з країнами ЄС, зокрема Швецією та Польщею.

Таблиця 5.2

Індикатори смертності населення, пов'язаної з впливом довкілля, 2013 р.

	Індикатори	Польща	Швеція	Україна
1	СКС ¹ усі причини (на 100 000 населення)	95,4	41,4	186,5
2	СКС ¹ через інфекційні та паразитарні захворювання (на 100 000 населення)	0,7	1,0	4,4
3	СКС ¹ через неінфекційні захворювання (на 100 000 населення)	83,8	35,0	158,6
4	СКС ¹ через зовнішні причини смерті (на 100 000 населення)	10,8	5,3	23,5
5	% випадків смертей, пов'язаних із умовами довкілля	16	10	20
6	% DALY, пов'язані з довкіллям	15	12	18

Примітка: «1» – пов'язані з довкіллям.

Джерела: [196; 197].

За результатами АСО, лише 57,3% населення країни оцінює повітря у районі свого мешкання як чисте. У міських поселеннях таких осіб значно менше – 48,7% (табл. 5.3). Ці дані умовно збігаються із даними офіційної статистики, за якою атмосферне повітря більш забруднене у містах.

Результати логістичної регресії за результатами АСО доводять залежність стану здоров'я (шанси мати/не мати хронічне захворювання) від чистоти атмосферного повітря (табл. 5.4.). Зокрема, проживання у місцевостях з забрудненим атмосферним повітрям насамперед збільшує шанси мати хронічні захворювання ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин (в 1,9 разу) та системи кровообігу (в 1,8 разу). Разом з тим, населення, яке проживає на території

з відносно чистим повітрям має більше шансів не мати жодного хронічного захворювання (в 1,5 разу).

Таблиця 5.3

Чистота повітря у мікрорайоні проживання (за самооцінкою)

	Разом		Міські поселення		Сільська місцевість	
	Частота	%	Частота	%	Частота	%
Так	687	57,3	387	48,7	300	74,1
Ні	453	37,8	366	46,0	87	21,5
Важко відповісти	60	5,0	42	5,3	18	4,4
Разом	1200	100,0	795	100,0	405	100,0

Джерело: авторське соціологічне опитування.

Таблиця 5.4.

Вплив стану атмосферного повітря на шанси мати (не мати) хронічне захворювання (за самооцінкою)

Класи хвороб	Район проживання має чисте повітря (відповідь ні)		
	OR	CI 95%	p
Хвороби системи кровообігу	1,853	1,383–2,484	$p \leq 0,001$
Хвороби органів дихання	1,690	1,087–2,630	$p \leq 0,05$
Хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин	1,928	1,159–3,213	$p \leq 0,01$
	Район проживання має чисте повітря (відповідь так)		
	OR	CI 95%	p
Хронічні захворювання відсутні	1,460	1,139–1,872	$p \leq 0,01$

Джерело: розраховано за результатами авторського соціологічного опитування.

Проведений кореляційний аналіз між рівнями смертності та захворюваності з обсягами викидів шкідливих речовин в атмосферне повітря засвічує незначний взаємозв'язок між ними. Це певним чином підтверджує факт впливу забруднювачів атмосферного повітря на рівень захворюваності та смертності в Україні. Особливо це стосується здоров'я мешканців міських поселень. Населення сучасних міст має підвищений ризик розвитку як канцерогенних, так і неканцерогенних ефектів. Наведені розрахунки засвічують, що особливо шкодять здоров'ю населення країни

такі шкідливі викиди як оксид вуглецю, діоксид сірки, діоксид азоту та зважені частинки.

Інший вектор впливу довкілля на стан здоров'я населення – це житлові умови. На думку експертів ВООЗ [360] до чинників, пов'язаних із житловими умовами, які можуть негативно позначатись на стані здоров'я доцільно віднести:

1. *Сирість і пліснява в житловому приміщенні.* Часто сирість та пліснява пов'язані із зношеністю житла. За даними ДССУ, 1/3 населення України мешкає у будівлях, які побудовані понад 50 років тому (у сільській місцевості – 38%). На початок 2016 р. кількість старих і аварійних будинків становила 59,9 тис. од. (2013 – 3,8 млн.), в яких проживало 88,5 тис. осіб (2013 – 89,5). Водночас 47,6% населення мешкає у житлі, в якому ніколи після будівництва не було капітального ремонту. Капітальний ремонт житла практично не здійснюється: у 2016 р. було відремонтовано тільки 0,1% від загальної площі житла, причому капітальні ремонти проводилися лише у 6 регіонах України [361]. Як наслідок, 1/3 будинків в Україні потребує поточного або капітального ремонту. Нестача коштів на ремонт призводить, окрім зміни вологості та температурного режиму, втрат води, тепла і руйнування споруд, до збільшення витрат мешканців будинків на забезпечення власних побутових потреб. Такий стан справ з якістю житла не може не вплинути на здоров'я тих, хто в ньому мешкає. Додатковим підтвердженням того, що житлові умови – це одна з визначальних детермінант захворюваності на астму, є результати АСО. За даними дослідження, серед тих опитаних, хто має хронічне астматичне захворювання, всі мешкають у поганих або задовільних житлових умовах.

Безпосередньо з якістю та безпекою житлових приміщень пов'язаний рівень *травматизму*. За даними ВООЗ, на смертельні травми, пов'язані із житловими приміщеннями, припадає 7,5 тис. випадків смерті в європейському регіоні.

В Україні статистика домашнього травматизму відсутня.

2. *Перенаселеність житла* є одним із найважливіших показників якості житлових умов. За дослідженнями, висока щільність заселення житла пов'язана із високим рівнем таких захворювань, як менінгококове [362] чи туберкульоз [360].

Із перенаселенням житла чи неналежними житловими умовами також пов'язані *психологічний дискомфорт і стреси*, які можуть спричинювати хвороби системи кровообігу, нервової системи, психіки та загострювати будь-які інші захворювання. Несприятливий вплив на психічне здоров'я починає виявлятися, коли щільність заселення житла становить 1,5 особи на кімнату [363]. Так, в Україні нестача житлової площі взаємопов'язана із рівнем самоушкодження ($r = 0,515$; $p \leq 0,05$), що свідчить про те, що перенаселеність житла негативно впливає на психічне здоров'я українців.

На даний час як в Україні, так і в більшості країн світу, комфортне житло стає менш доступним. За розрахунками О. Макарової, якщо б середньостатистична сім'я була здатна відкладати щомісяця одну заробітну плату на купівлю житла, то (умовно) для придбання 2-кімнатної квартири на вторинному ринку знадобиться від 9 років у Сумах до 23 років у Полтаві [361].

У цьому разі житло є важливим питанням соціальної політики, зокрема щодо забезпечення соціальної справедливості. Зниження доступності житла посилює соціальну несправедливість та нерівність і відповідно негативно впливає на стан здоров'я населення. Крім цього, через високу вартість житла залишається менший обсяг грошей для інших статей державного та місцевих бюджетів, які необхідні для збереження здоров'я, в тому числі на продовольчу безпеку, забезпечення якісною питною водою, освітою та доступом до послуг охорони здоров'я.

3. Однією із найбільш складних проблем є *забруднення повітря у житлових приміщеннях* насамперед через використання твердих видів палива та наявність диму, з чим пов'язано 1,4% випадків смерті (понад 60 тис. осіб) в Україні. У країнах ЄС цей показник суттєво нижчий – 0,3%. При цьому, за оцінюванням ВООЗ, у Швеції таких смертей за останній період не реєструється, а у Польщі зафіксовані поодинокі випадки .

Тривалий проміжок часу в Україні зменшувалась частка житла, в якому використовують тверді види палива. Частково це було пов'язано із поширенням газифікації житлових приміщень, яка на даний час становить 83,1%. Однак паливно-енергетична криза в останній період призвела до зворотного процесу. За

останні роки в Україні тверді види палива подекуди замінюють природний газ. Зараз розробляються проекти переведення деяких міст на опалення твердими видами палива, наприклад, м. Тернопіль на опалення торфом, що з позиції збереження здоров'я населення викликає занепокоєння.

4. Важливими характеристиками якості житла є індикатори благоустрою, серед яких: *обладнання приміщень* водопроводом, системами каналізації та опалення; постачання гарячої води, газу; наявність ванн і підлогових електроплит. За період з 1995 по 2016 рр. загалом в Україні покращилось обладнання житлових приміщень, особливо зросла частка тих, які оснащені опаленням та гарячою водою. Разом з цим, житлові приміщення, в яких мешкають українці, залишаються недостатньо комфортними і практично за всіма показниками, які характеризують цю комфортність, значно поступаються аналогічним у країнах ЄС.

Частина випадків смертей в Україні також пов'язана з відсутністю *якісної питної води та каналізації* у житлових приміщеннях. В Україні лише 60,4% (у сільській місцевості тільки 27,4%) населення забезпечено водопроводом і 58,4% (відповідно 23,3%) – каналізацією. І це тоді, коли у більшості країн Європи, зокрема у Польщі та Швеції, забезпеченість якісною питною водою та каналізацією становить 100%.

За результатами АСО лише 57,4% населення України оцінює свої житлові умови як «добрі» та «дуже добрі». Однак 5,3% респондентів стверджують, що мешкають у «поганих» або «дуже поганих» житлових умовах (табл. С.1., дод. С). Такі результати підтверджують наявність значних резервів і можливостей покращення житлових умов та відповідно зменшення їхнього негативного впливу на стан здоров'я та нерівність у здоров'ї населення.

Разом з цим шанси не мати жодного хронічного захворювання суттєво вищі у 1,4 разу тих, які проживають у дуже добрих та добрих житлових умовах (табл. 5.5) порівняно з тими, хто проживає у поганих та дуже поганих умовах, і навпаки, ті хто мешкає у поганих та дуже поганих умовах мають більші шанси мати хронічні захворювання системи кровообігу (майже у 2 разу), хвороби органів травлення (у 1,4 разу) та хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (у 1,6 разу).

Таблиця 5.5

**Вплив житлових умов на шанси мати (не мати)
хронічне захворювання (населення загалом)**

Класи хвороб	OR	CI 95%	p
Хвороби системи кровообігу			
Житлові умови: – дуже добрі та добрі	1,000		
– задовільні	1,423	1,055–1,918	$p \leq 0,05$
– дуже погані та погані	1,976	1,135–3,423	$p \leq 0,05$
Хвороби органів травлення			
Житлові умови: – дуже добрі та добрі	1,000		
– задовільні	1,156		ns
– дуже погані та погані	1,397	0,992–1,968	$p \leq 0,05$
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини			
Житлові умови: – дуже добрі та добрі	1,000		
– задовільні	1,322	1,030–1,777	$p \leq 0,05$
– дуже погані та погані	1,634	1,120–2,384	$p \leq 0,01$
Відсутність жодного хронічного захворювання			
Житлові умови: – дуже погані та погані	1,000		
– задовільні	1,255	1,008–1,805	$p \leq 0,05$
– дуже добрі та добрі	1,422	1,119–1,807	$p \leq 0,01$

Примітка: «ns» – статистично незначущі показники

Джерело: розраховано за результатами авторського соціологічного опитування.

За результатами АСО, не тільки у РПЖ, а й у віці 18–24 роки, спостерігається залежність стану здоров'я від житлових умов. Зокрема, у цьому віковому періоді доволі суттєво на рівень захворюваності населення впливають житлові умови, в яких проживає людина, та меншою мірою стан атмосферного повітря, особливо у сільській місцевості (OR = 4,00; $p \leq 0,05$). Також з'ясовано, що незадовільний стан атмосферного повітря та житлових умов негативно позначається на стані здоров'я літніх людей (60 років і старших).

Таким чином, на основі вищевикладеного доходимо висновку, що довкілля відіграє значну роль у формуванні здоров'я населення, особливо для представників певних демографічних і соціально-економічних сегментів. Існує також тісний взаємозв'язок між довкіллям та іншими детермінантами здоров'я, зокрема соціально-економічними. Це загалом потребує від держави та громад застосування комплексного підходу щодо ведення політики у сфері охорони здоров'я, яка, по-

перше, має стати невід'ємною частиною програм розвитку країни загалом (громади), по-друге, дати можливість запобігти виникненню хвороб, покращуючи детермінанти здоров'я населення, у тому числі стан довкілля.

Зменшення нерівності щодо довкілля і здоров'я та забезпечення екологічної справедливості мають бути невід'ємним компонентом стратегічного управління у сфері охорони довкілля. Це потребує більш повної інтеграції елементів оцінювання екологічних ризиків для здоров'я із встановленими процесами планування (регіонального, міського та інфраструктурного) з метою створення належних умов для повсякденного життя.

5.3. Доступність та якість медичних товарів і послуг

Доступність та якість медичних товарів і послуг характеризується передусім розвитком медичної допомоги, особливо первинної, а також доступністю та якістю ліків. Доступ до комплексних та якісних послуг охорони здоров'я має важливе значення для пропаганди і підтримки здоров'я, запобігання та боротьби з хворобами, зменшення рівня інвалідності й передчасної смерті та забезпечення рівності щодо здоров'я для населення загалом. Доступність медичних послуг впливає на загальний стан фізичного, соціального і психічного здоров'я та якість життя.

Разом з цим, чіткого трактування доступності та якості медичних товарів і послуг як у наукових, так і в правових вітчизняних джерелах, немає. Здебільшого використовується поняття «доступність медичної допомоги», яке хоча й поширене у нормативно-правових актах, але при цьому недостатньо окреслено. Зокрема, це поняття міститься в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» як один з основних принципів охорони здоров'я (ст. 4) [364] та в Законі України «Про екстрену медичну допомогу» щодо визначення завдань системи екстреної медичної допомоги (ст. 5) [365]. Останнім часом питанню вирішення проблеми доступності медичної допомоги приділяється більша увага, про що свідчить ухвалення Закону України «Про підвищення доступності та якості

медичного обслуговування у сільській місцевості» [366], яким передбачено, що держава забезпечує виконання заходів щодо підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості за такими основними напрямками: сприяння розвитку лікувальних закладів усіх форм власності, удосконалення мережі закладів охорони здоров'я та матеріально-технічної бази таких закладів, проведення у сільській місцевості періодичних виїзних прийомів лікарів-спеціалістів тощо. Реалізація цих напрямів може забезпечити реальні перспективи для підвищення доступності та покращення рівня якості медичної допомоги в сільській місцевості.

Відповідно до визначення Комітету ООН з економічних, соціальних і культурних прав доступність трактується як один із взаємопов'язаних елементів забезпечення права на здоров'я у всіх його формах і на всіх рівнях. Зокрема, заклади, товари і послуги охорони здоров'я мають бути доступні кожній людині без будь-якої дискримінації [367; 368].

Отже, доступність медичних товарів і послуг – це насамперед вільний доступ до послуг охорони здоров'я, ліків та інших медичних товарів, а також достовірної інформації, пов'язаної із збереженням та зміцненням здоров'я, незалежно від територіальних, економічних, соціальних, культурних, організаційних чи інших бар'єрів. При цьому ці товари та послуги мають відповідати сучасному рівню медичної науки та техніки, забезпечуючи їх якість.

Експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) визначають фізичну, економічну та інформаційну доступність медичної допомоги [369].

Фізичною доступністю слід розуміти наявність якісних медичних послуг у необхідних обсягах для тих, хто їх потребує; забезпеченість медичними працівниками, особливо лікарями; сприятливі години роботи медпрацівників, ефективні системи призначень та інші аспекти організації та доставки послуг, які дають змогу людям отримувати ці послуги, коли вони їм потрібні.

Іншим аспектом фізичної доступності є територіальна доступність. Медичні товари та послуги мають бути в межах територіальної доступності для всіх верств населення, особливо уразливих або маргінальних груп, таких як жінки, діти,

підлітки, люди похилого віку, інваліди та особи з ВІЛ / СНІД, у тому числі у сільській місцевості.

Територіальна доступність є важливою з позиції своєчасності надання медичних послуг. Своєчасність – це здатність системи охорони здоров'я швидко надавати медичну допомогу після визнання потреби. Затримка часу між виявленням потреби в конкретному тесті чи лікуванні та фактичне отримання цих послуг може негативно вплинути на здоров'я та витрати на догляд. Наприклад, затримки в отриманні допомоги можуть призвести до: підвищення емоційного стресу, посилення ускладнень, вищих витрат на лікування, збільшення госпіталізації та смерті, якій можна запобігти.

Економічна доступність – це міра здатності людей платити за медичні товари та послуги без фінансових труднощів. У цьому разі враховується не тільки ціна медичних послуг, а й непрямі та альтернативні витрати (наприклад, витрати на транспортування до і з медичних установ).

Доступність інформації визначає право на пошук, одержання та передавання інформації щодо вирішення проблем із здоров'ям. Проте цей доступ до інформації не має обмежувати право на конфіденційність даних про особисте здоров'я.

В Україні доступність медичних товарів і послуг є низькою. За даними ДССУ доступність медичної допомоги значною мірою залежить від фінансових можливостей домогосподарств [354], тобто від економічної доступності. Так, основною причиною недоступності окремих видів медичної допомоги більшість населення домогосподарств протягом 2009–2017 рр. вказало занадто високу вартість ліків, медичних товарів, послуг охорони здоров'я. По 32% домогосподарств із груп домогосподарств першого дециля та домогосподарств, середньодушові еквівалентні загальні доходи яких на місяць нижчі за прожитковий мінімум, за потреби не змогли отримати ліки, медичні товари та послуги, тоді як серед домогосподарств десятого дециля таких була п'ята частина.

У 24% від загальної кількості домогосподарств особи-респонденти повідомили про випадки неможливості придбання необхідних, але занадто дорогих ліків. Наявні також проблеми з доступністю послуг лікарів. У 52% домогосподарств,

у яких хто-небудь із членів за потреби не отримав медичну допомогу (15% від усіх домогосподарств), хворі не мали можливості відвідати лікаря. У сільській місцевості таких домогосподарств виявлено 58%, що свідчить про те, що тут нижча фізична доступність медичних послуг. При цьому 79% мешканців сільської місцевості такі випадки пояснили високою вартістю послуг [354].

Підтверджують той факт, що економічна доступність медичної допомоги в Україні залишається низькою, також результати АСО. З'ясовано, що лише 18,3% респондентів завжди у разі хвороби звертаються за допомогою до медичних працівників (табл. Т.1., дод. Т). При цьому 4,6% осіб ніколи не звертаються, 25,6% – переважно не звертаються. Також з'ясовано, що частота звернень більша серед жінок (порівняно з чоловіками) та серед населення, яке мешкає у міських поселеннях (порівняно з тими, хто мешкає у сільській місцевості).

Такі результати підтверджують те, що жінки більш відповідально ставляться до свого здоров'я, ніж чоловіки, і часто звертаються по медичну допомогу, навіть за умови її недостатньої доступності. З іншого боку, більш висока частота звернень за допомогою до медичних працівників у разі хвороби серед населення міських поселень може бути обумовлена як раз недостатньою доступністю медичної допомоги.

Крім цього частота звернень за допомогою до медичних працівників у разі хвороби зростає з віком. Так, найнижчі показники звернень по допомогу за результатами АСО виявлено серед осіб віком 18–25, найвищі – серед тих, ком у 60 років і старших (див. табл. Т.1., дод. Т). Таким чином можна стверджувати про те, що із віком зростає відповідальність населення за власне здоров'я.

Основною причиною низького рівня звернення респондентів за допомогою до медичних працівників у разі хвороби є скрутне матеріальне становище, нестача коштів на лікування, тобто низька економічна доступність медичної допомоги. Так, 36,5% респондентів, які завжди чи ніколи не звертаються за медичною допомогою, визначили цю причину незвернення як одну з провідних (табл. Т.2., дод. Т). Це негативно позначається на стані їхнього здоров'я. Шанси не мати жодних хронічних захворювань для тих, хто не звертається по медичну допомогу у разі

хвороби у 3,5 рази нижчі, порівняно з тими, хто завжди звертається, або переважно звертається ($OR = 3,54; p \leq 0,001$). Для жінок характерна більша економічна недоступність медичної допомоги порівняно з чоловіками. Зокрема, 43,5% з них вказують на те, що не звертались за медичною допомогою саме з цієї причини. Це свідчить про економічне підґрунтя гендерної нерівності у доступності медичної допомоги в Україні.

Рівень економічної доступності медичної допомоги знижується з віком. Так, якщо серед осіб віком 18–25 років, які у разі хвороби не завжди звертались за допомогою до медичних працівників, однією з причин незвернень було матеріальне становище (10,6%), то серед населення віком 60 років і старших таких виявилось 30,8%.

Отже, існує суттєва залежність тих осіб, які не звертаються за медичною допомогою через скрутне матеріальне становище, за дохідними групами (рис. 5.4). У 4–5 дохідних групах таких осіб немає, тоді як у першій – 26,4%, а в другій – 60,2%.

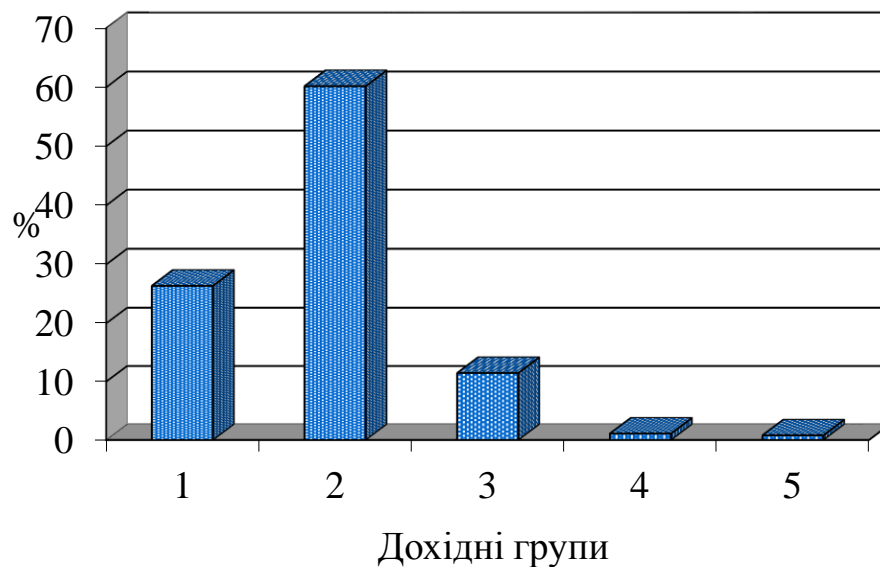


Рис. 5.4. Розподіл респондентів, які не звертались у разі хвороби за допомогою до медичних працівників через скрутне матеріальне становище за дохідними групами (за самооцінкою)

Джерело: побудовано за результатами авторського соціологічного опитування

При цьому варто зауважити, що більшість із тих осіб, які зазначили, що не відвідують лікаря через скрутне матеріальне становище, має хронічні захворювання, особливо на хвороби системи кровообігу, кістково-м'язевої системи та органи травлення.

Видається, що у цьому разі не тільки дохід впливає на доступність медичних послуг, а й навпаки. Адже наявність хвороби, особливо хронічної, знижує працездатність та конкурентоспроможність людини на ринку праці, переміщує її в категорію соціально вразливих верств населення. Враховуючи низький розмір соціальних допомог і державного фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я, наявність у людини хронічного захворювання дуже часто означає складність або недоступність повноцінного для неї лікування.

Фізична доступність закладів охорони здоров'я також не висока. Так, 8,3% тих, хто не звертався за медичною допомогою, серед причин вказали, що медичний заклад знаходиться далеко від їхнього місця проживання. Особливо це стосується населення, що проживає у сільській місцевості (16,5%), зокрема старших вікових груп (понад 10%). Однак тенденції, які спостерігались в Україні протягом багатьох років, лише погіршували ситуацію. З 1990 по 2017 р. забезпеченість населення лікарняними ліжками суттєво зменшилась. При цьому проблема скорше не в кількості цих ліжок, а в їхньому розподілі та забезпеченні.

Позитивним моментом є зростання планової ємності амбулаторно-поліклінічних закладів. Надання первинної медико-санітарної допомоги, яка є звичайним джерелом допомоги, особливо важливе. Первинна медико-санітарна допомога дає змогу розвивати значущі та постійні відносини з пацієнтами та надавати інтегровані послуги сім'ї та суспільству (запобігання захворюванню шляхом пропаганди здорової поведінки у людей без чинників ризику; запобігання захворюванню, забезпечуючи захист тим, хто перебуває в зоні ризику; виявлення та лікування людей без симптомів, але на яких можуть впливати чинники ризику).

Разом з цим, видається, що однією з найбільш гострих проблем фізичної доступності медичної допомоги в Україні на даний час є недостатній розвиток екстреної медичної допомоги, діяльність служб якої регулюється Законом України

«Про екстрену медичну допомогу» [365]. Надання екстреної медичної допомоги за адміністративно-територіальним принципом окремо взятої території є недостатньо ефективним, що може призводити до зниження доступності та якості такого виду допомоги. З метою запобігання таким загрозам залучаються у разі потреби найближчі заклади екстреної медичної допомоги сусідніх територій.

За таким принципом мережа закладів екстреної медичної допомоги має бути приведена відповідно до потреб населення у таких медичних послугах. При цьому має бути визначена потреба у кількості та місцезнаходженні пунктів постійного і тимчасового базування бригад екстреної медичної допомоги для своєчасного її надання [194, с. 186].

Доступність медичної допомоги з-поміж іншого означає своєчасне надання персональних медичних послуг для досягнення найкращих результатів у сфері охорони здоров'я. На даний час своєчасність надання екстреної медичної допомоги в Україні низька, особливо у сільській місцевості та у разі отримання людиною травм, наприклад, унаслідок дорожньо-транспортних пригод. Причинами такої ситуації є недостатня матеріально-технічна база амбулаторних закладів, застарілий автомобільний парк бригад екстреної медичної допомоги тощо.

Знижує доступність медичної допомоги в Україні окремі проблеми із забезпеченням кваліфікованими медичними працівниками. Особливостями кадрового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні також є низька частка тих, хто забезпечує первинну ланку, та висока частка тих, хто працює в стаціонарі, на противагу країнам ЄС, де ситуація дещо інша (табл. 5.6). Крім цього, мотивація медичних працівників до праці в Україні надзвичайно низька, адже вони отримують суттєво нижчу заробітну плату не тільки порівняно з колегами з європейських, а й з інших країн світу. Довготривало оплата праці у системі охорони здоров'я залишається також однією з найнижчих серед інших сфер діяльності в Україні. При цьому через низьку привабливість медичної сфери для молоді серед медичних кадрів починає стрімко зростати чисельність пенсіонерів та осіб передпенсійного віку, частка яких досягла 24,5% [370]. Така ситуація відповідно впливає на якість медичного обслуговування.

Таблиця 5.6

Індикатори кадрового та фінансового забезпечення системи охорони здоров'я України та країн Європейського Союзу за 2014 р.

Індикатор	Польща	Україна	Швеція	ЄС
Чисельність лікарів загальної практики на 100000 населення, осіб	22	36	67	88
Чисельність лікарів-терапевтів на 100000 населення, осіб	102	114	95	99
Частка лікарів, які працюють у стаціонарі, %	48	95	55	58
Загальні витрати на охорону здоров'я, в % від ВВП	6,9	7,5	9,5	10,3
Готівкові витрати сімей на охорону здоров'я, % від загальних витрат на охорону здоров'я	29,0	49,2	16,0	22,9
Державні витрати на охорону здоров'я, паритет купівельної спроможності, оцінка ВООЗ, у дол. США на особу	1570	584	5219	4022

Джерело: [196].

За даними ДССУ, частка домогосподарств, в яких хто-небудь із членів за потреби не зміг відвідати лікаря через відсутність медичного спеціаліста потрібного профілю, становила 12,8%. АСО засвічує, що 22,7% осіб не відвідують за потреби медпрацівників, оскільки мають сумніви в їхній кваліфікації. Більшу недовіру медичним працівникам висловлюють мешканці міських поселень (26,2%) та молодь віком 18–25 років (29,5%).

В Україні нерівномірним є рівень забезпечення медичними працівниками, що є однією із причин нерівності у здоров'ї населення (рис. Т.1., дод. Т). Використовуючи макроаналітичну методіку та кореляційний аналіз, виявлено, що низька забезпеченість лікарями підвищує рівень смертності ($r = 0,826$), особливо від зовнішніх причин, хвороб системи кровообігу, органів дихання та травлення.

Існують також відмінності у фінансуванні та забезпеченості медикаментами за регіонами України. Найвища забезпеченість визначена у м. Києві, де вартість одного ліжка-дня у 2,9 разу вища за аналогічний показник у Чернігівській області, де він найнижчий. Виявлена залежність між рівнем фінансування та

стандартизованим коефіцієнтом смертності від усіх причин ($r = 0,701$). Серед окремих причин смертності низький рівень фінансування насамперед впливає на смертність від хвороб системи кровообігу ($r = 0,548$).

Загалом фінансування системи охорони здоров'я в Україні є недостатнім. Незважаючи на те, що загальні витрати на охорону здоров'я становлять 7,5% від ВВП, що суттєво не відрізняється від країн ЄС, у грошовому виразі у паритеті купівельної спроможності (ПКС) показник є дуже низьким – 297 дол. США на душу населення. Це більш як у 10 разів менше, ніж у країнах ЄС (рис. Т.2., дод. Т). Така ситуація зумовлена невисоким обсягом ВВП у країні. Обмеженість фінансових ресурсів вимагає пошуку інноваційних підходів до формування державної політики охорони здоров'я, одним з яких є покращення СЕД здоров'я населення.

Нині населення змушено самотійно оплачувати власне лікування, занадто мало звертаючи увагу на профілактику захворювань. Так, за результатами вибіркового обстеження умов життя домогосподарств ДССУ, основну частину ліків та медичного приладдя населення купувало в аптечних закладах за власні кошти (понад 90%). За результатами АСО, 31,3% респондентів зазначили, що за останні 12 місяців вони або їхня сім'я зазнали дорогих медичних витрат, що черговий раз доводить факт того, що оплата лікування в Україні значною мірою перекладена на пацієнта.

Разом із тим, 7% коштів, витрачених населенням на оплату послуг охорони здоров'я, було спрямовано на оплату послуг, отриманих у неформальному секторі економіки (на хабарі, «подяку», грошову винагороду громадянам, які займаються наданням медичної допомоги без відповідного юридичного оформлення цієї діяльності тощо) [252].

Інформаційна доступність медичної допомоги в Україні перебуває на відносно високому рівні, оскільки тільки за результатами АСО 5,9% респондентів зазначили, що вони не отримали необхідної інформації щодо збереження власного здоров'я. Хоча при цьому варто зазначити, що більшість людей схильна ототожнювати цю інформацію переважно із способами лікування, тоді як важливу

роль для здоров'я відіграють знання про ризики для здоров'я та детермінанти, які визначають стан здоров'я населення.

Видається, що отримати позитивний ефект щодо доступності медичних товарів та послуг можливо лише за умови ухвалення та реалізації Проекту Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні» [372] як одного з варіантів лібералізації системи охорони здоров'я. Відсутність загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в Україні робить надання медичних послуг в Україні недоступним, платним і таким, що не гарантує якості лікування, а відповідно несе ризики для здоров'я населення. Застраховані особи, навпаки матимуть: більше шансів мати міцне здоров'я, частіше у разі потреби отримуватимуть медичну допомогу, а також кращі за якістю медичні послуги, раніше діагностувати хвороби, нижчу ймовірність передчасної смертності.

5.4. Особливості харчування: наслідки для здоров'я

Їжа є однією з основних потреб людини, тому харчування – це важлива детермінанта, що визначає стан здоров'я. Обсяги та якість харчування залежать від багатьох чинників як на макрорівні, так і на рівні індивідуума. Провідними серед цих чинників є соціально-економічні, зокрема продовольча безпека, за відсутності якої громадяни не впевнені у можливості придбати продукти харчування потрібної якості та у відповідній кількості. Відсутність продовольчої безпеки є перешкодою для повноцінного харчування, що відповідно негативно впливає на стан здоров'я населення.

Продовольча безпека має важливе значення для підтримання здоров'я і добробуту населення. Концептуально існують відмінності між продовольчою безпекою певної території (наприклад, регіону, країни) та населення (або домашніх господарств). Продовольча безпека для домогосподарства означає доступ усіх членів у будь-який час до достатньої кількості їжі для активного, здорового життя. При цьому продовольча безпека має включати як мінімум:

- 1) доступність поживного і безпечного продовольства;
- 2) гарантовану здатність купувати продукти соціально прийнятними способами [373].

За оцінюванням Продовольчої та сільськогосподарської організації ООН (ПСО ООН), за станом на кінець 2015 р. у світі 795 млн. населення (приблизно кожен восьмий мешканець планети) потерпало від хронічного недоїдання (нестачі енергії, яку отримують з їжею) [374]. В Україні за даними обстеження ДССУ, у 2015 р. 15073 (або 4,9%) домогосподарствам не вдалося забезпечити за наявним рівнем доходу навіть достатнє харчування [252]. Причому це більше порівняно з 2013 р. на 1,2 пункту та на 1,4 пункту щодо 2011 р. Це зростання пояснюється високим рівнем інфляції та зубожінням населення, тобто впливом СЕД.

Розподіл домогосподарств країни за самооцінкою рівня їхнього харчування залежно від розміру середньодушових еквівалентних загальних доходів свідчить, що деяким домогосподарствам, які мали доволі високі середньодушові еквівалентні загальні доходи, не вдалося забезпечити навіть достатнє харчування (1,8%). Хоча у цьому разі слід урахувати суб'єктивність самооцінювання та відсутність чітких критеріїв поняття «достатнє харчування». За відсутності такого критерію, респонденти визначають цей рівень самостійно. При цьому можна припустити, що різні соціальні страти «достатнє харчування» трактуватимуть по-різному: для найнижчої соціальної страти це може бути лише хліб, молоко і крупи, тоді як для вищих – це морська риба. Так, найбільша частка домогосподарств, яким не вдалося забезпечити навіть достатнє харчування серед тих домогосподарств, які належать до першої (найнижчої) децильної групи, становить 10,5%, у десятій (вищій) групі – 1,6% (рис. У.1., дод. У).

Серед запитань АСО були також, щодо оцінювання рівня харчування населення. За результатами оцінювання встановлено, що 9,3% опитаних оцінили своє харчування як «погане» або «дуже погане», як «дуже добре» та «добре» – понад половини населення, що загалом відповідає даним обстеження, які проводить ДССУ. Серед чоловіків виявилось більше таких, які оцінили своє харчування як «погане» або «дуже погане» порівняно із жінками (8,7% та 0,3% відповідно) (табл. У.1., дод. У).

Опитуванням підтверджено, що харчування суттєво залежить від доходів населення. При цьому варто зауважити, що дохід не завжди визначає правильний вибір продуктів харчування особою. Значну роль у цьому разі відіграє її освіта, культура та виховання, соціальний капітал та інші характеристики, рівень яких, як правило, прямо пропорційний до соціального статусу.

Важливим складником зв'язку «дохід – харчування – здоров'я» є якісні параметри харчування. Метою продовольчої безпеки є збільшення доступу населення не лише до харчування, а й до здорової їжі для ведення активного, здорового способу життя на стійкій основі. Цей складник варто розглядати із двох позицій, що пов'язані між собою: якості продуктів харчування та його раціональності.

Більш якісні продукти харчування («здорові продукти»), що виготовлені на основі натуральної сировини або є цією сировиною, як правило, більш дорогі. Відповідно вони важкодоступні для осіб/домогосподарств із низькими доходами. Як свідчить значна кількість досліджень якості продуктів харчування, в Україні мало «здорових продуктів» і торгових мереж, які їх розповсюджують. На сучасному етапі гострою потребою для України є розподіл торгових мереж на такі категорії:

- торгують тільки продуктами із натуральної сировини;
- торгують переважно продуктами із натуральної сировини;
- торгують будь-якими продуктами в межах чинного законодавства.

Така практика існує у багатьох країнах. Завдяки цьому людина із високим та середнім рівнями доходу має вибір, які продукти їй купувати та споживати. Однак в Україні у більшості населених пунктах населення з будь-яким рівнем доходу позбавлене можливості вибору якісних продуктів харчування через недостатній державний контроль якості, низький рівень соціальної відповідальності як з боку виробників, так і тих, хто реалізовує продукцію. Така ситуація є однією із головних передумов нераціонального харчування населення.

Оцінювати якість харчування можна кількома методами: за спожитими кілограмами, кілокалоріями та співвідношенням між спожитими білками, жирами і вуглеводами. Сучасні рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я

(ВООЗ), ПСО ООН, Європейської організації з безпеки харчових продуктів та інших міжнародних організацій ґрунтуються на використанні при оцінюванні значення продуктів харчування для здоров'я їхньої енергетичної цінності і вміст у поживних речовин у спожитих продуктах, беручи при цьому до уваги обсяги спожитих кілограм певних продуктів харчування на душу населення [375].

Детальний аналіз СПХ у домогосподарствах за децильними (10%-ми) групами за рівнем середньодушових еквівалентних загальних доходів відображає суттєву диференціацію між першою та десятою децильними групами у споживанні всіх продуктів: фруктів, ягід, горіхів, винограду – у 2,43 разу, м'яса і м'ясопродуктів – у 2,14 разу, молока і молочних продуктів – у 1,89 разу, риби і рибопродуктів – у 1,70 разу табл. У.2., дод. У). Необхідно зауважити, що хоча ці співвідношення за останні роки зменшуються (крім фруктів), їхнє значення залишаються високими і свідчать про нерівність у доступності продуктів харчування між різними верствами населення та низький рівень продовольчої безпеки населення, що має низький рівень доходів. Враховуючи те, що більшість із перерахованих груп продуктів належить до рекомендованих дієтологами та іншими спеціалістами до споживання як «здорові» продукти харчування, можна стверджувати, що низький дохід – це високий ризик для здоров'я.

Важливим аспектом оцінювання рівня СПХ є структура їхнього споживання. Найбільшу частку як в першій, так і десятій децильних групах має молоко та молочні продукти. На другому місці у структурі СПХ у першій децильній групі перебувають хліб і хлібні продукти (17,9%), тоді як на другому місці у десятій децильній групі – овочі та баштанні (15,8%). Крім цього, інші «здорові» продукти також мають більшу питому вагу у цій групі домогосподарств.

Варто зауважити, що за споживанням багатьох груп продуктів перша децильна група суттєво поступається раціональній нормі споживання продуктів, затвердженій Міністерством охорони здоров'я України (МОЗ України). Насамперед це стосується споживання молока і молочних продуктів (29,2% від раціональної норми), фруктів, ягід, горіхів, винограду (31,3), м'яса і м'ясопродуктів (42,3). Суттєвим є «дефіцит» споживання цих продуктів першою децильною групою порівняно із споживанням в

ЄС. Деякі продукти харчування споживаються недостатньо також серед представників десятої децильної групи, насамперед фрукти, ягоди, виноград, молоко і молочні продукти. Хоча відхилення від норм у цьому разі значно менше, ніж у першій децильній групі. Варто наголосити, що саме фрукти та овочі є важливим компонентом здорового життя. Нові наукові дані вказують на те, що регулярне недостатнє споживання фруктів та овочів може бути чинником ризику виникнення хронічних захворювань, таких як хвороби системи кровообігу та деякі види онкозахворювань [376; 377]. За підрахунками ВООЗ, на частку низького споживання фруктів та овочів припадає приблизно 11% від загальної кількості випадків смерті внаслідок ішемічної хвороби серця і 9% через інсульт [378].

Аналіз енергетичної цінності харчування серед населення України свідчить, що загальна кількість спожитих кілокалорій суттєво менша у першій децильній групі: 2511 Ккал проти 3387 Ккал у середньому за добу на особу у десятій децильній групі (рис. 5.5). Аналіз динаміки цих показників за останні роки вказує на зниження їхніх величин у першій групі та зростання в десятій. Це може бути однією з детермінант, що визначає вищий рівень захворюваності та можливо, смертності серед населення першої децильної групи. Однак слід зауважити, що оцінка співвідношення між цими показниками з наукової точки зору є дещо суб'єктивною. Вона є узагальненою і не враховує споживання відповідно до окремих статево-вікових груп населення, для яких формування норми споживання кілокалорій за добу є різним (навіть індивідуальним).

Збалансованість раціону харчування населення визначається за міжнародними стандартами ВООЗ, відповідно до яких частка білків не має бути нижчою або вищою від 10–15%, частка жирів має перебувати в межах 15–30%, частка вуглеводів – 55–75%. Проте ці співвідношення були запропоновані з врахуванням того, що значна частина населення світу (слаборозвинені країни) страждає від голоду та недоїдання. Останні дослідження науковців в економічно розвинених країнах пропонують таку оптимальну для здоров'я енергетичну структуру споживання: білки – 21–24%, жири – 30–33% (насичені жири мають становити не більше, ніж 12%), вуглеводи – 46% [379].

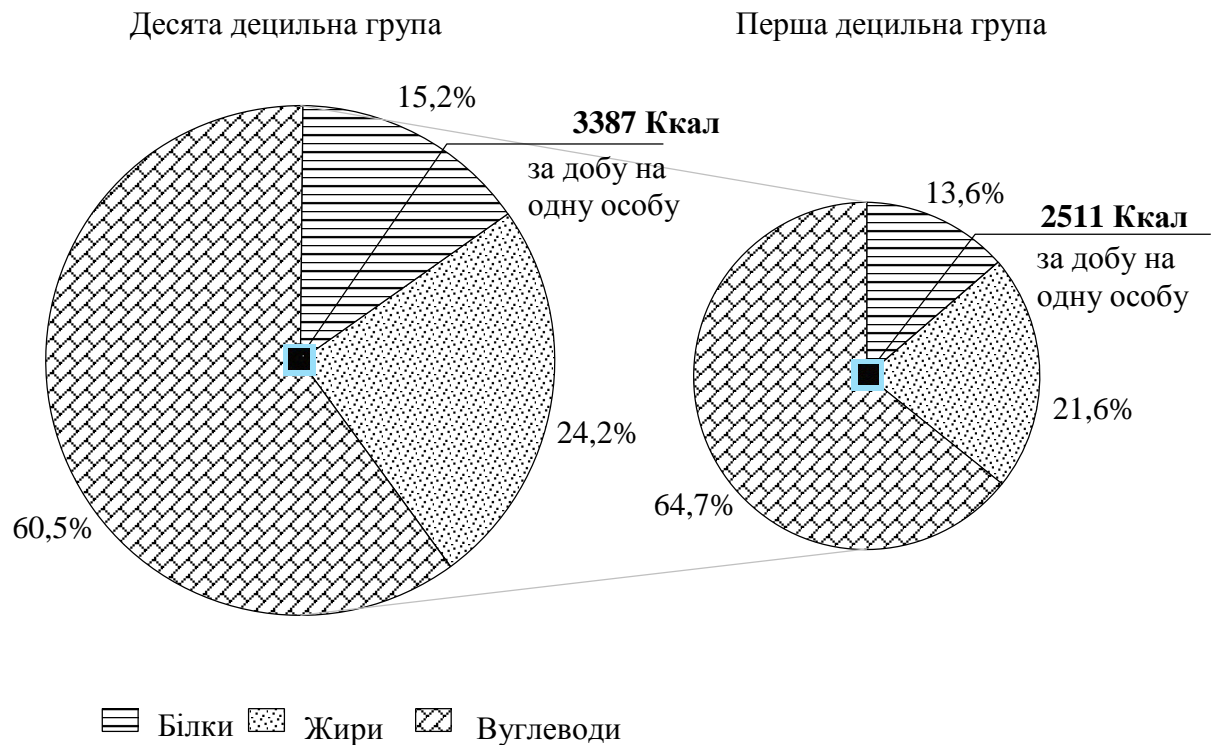


Рис. 5.5. Енергетична цінність і вміст поживних речовин у спожитих у домогосподарствах продуктах харчування у першій та десятій децильних групах в Україні у 2017 р.

Джерело: [242]

В Україні продукти тваринного походження становлять 28,9% від обсягу усіх спожитих продуктів. У першій децильній групі цей відсоток вищий. Крім цього, цей показник щороку зростає (у 2000 р. він становив 23,0%). Високий рівень споживання жирів такого походження є передумовою для виникнення захворювань органів травлення, хвороб кровоносної системи, ендокринних порушень (ожиріння) тощо.

Аналіз раціону харчування домогосподарств України за останні роки свідчить, що структура споживання перебуває у межах, рекомендованих ВООЗ (як у десятій, так і в першій децильних групах) [380]. Ураховуючи сучасні рекомендації, що використовуються в економічно розвинених країнах, в Україні як в десятій, так і у першій децильних групах, з одного боку, недостатнє споживання білків і жирів, а з іншого – суттєво вищий рівень споживання вуглеводів. Хоча при

цьому десята децильна група більше наближена до цього оптимального співвідношення, оскільки має дещо меншу частку у структурі споживання вуглеводів і більшу частку споживання білків і жирів, ніж у першій групі. Населення цієї групи недостатньо споживає білків і жирів, але забагато вуглеводів. Як відомо [381], дефіцит білка знижує рівень імунітету та стійкість організму до інфекцій, а надлишок вуглеводів призводить до ожиріння та цукрового діабету.

Таким чином проведений аналіз та розрахунки свідчать, що харчування є важливою детермінантою здоров'я населення. Також встановлено, що якість харчування безпосередньо залежить від рівня доходу, тобто має соціально-економічну природу. Тому покращення добробуту населення, з одного боку, та розширення інформації про здорове харчування, з іншого боку, є важливим напрямком збереження та зміцнення здоров'я населення.

5.5. Індивідуальна поведінка та відповідальність за власне здоров'я

Кожна людина вибирає певний тип поведінки, який впливає на її здоров'я. Можна вважати, що цей вибір здійснюється вільно та самостійно, проте це не завжди так. Для того, щоб людина вважалася повністю відповідальною, мають бути виконані певні передумови; її дії мають бути інформативними, добровільними, базуватись на знаннях і порадах спеціалістів. Ці передумови часто є необхідними атрибутами для реалізації поведінки, спрямованої на забезпечення здорового способу життя індивідуума. Наприклад, несправедливо вважати безвідповідальними за власне здоров'я осіб, якщо вони не можуть зробити правильний вибір через незнання, психічну некомпетентність, звикання та культурний тиск.

Відповідно слід виокремити два основні види відповідальності за стан здоров'я населення: соціальна та особиста. Соціальна пов'язана насамперед із розвитком суспільних і громадських інститутів, соціально-економічним, демократичним та організаційним рівнями розвитку країни.

Частина з провідних чинників, що спричиняють глобальний тягар виникнення захворювань, пов'язані з індивідуальною поведінкою: гіподинамія, небезпечний секс, вживання тютюну та алкоголю. Хвороби, пов'язані зі способом життя, також потребують підвищення витрат на охорону здоров'я. Наприклад, витрати на охорону здоров'я охоплюють приблизно 16% ВВП США, або 1,9 трлн. дол. на рік [382]. З них медичні витрати, пов'язані з тютюнопалінням, становлять 75,5 млрд.; з ожирінням – 75 млрд., з алкоголізмом і наркоманією – 34,5 млрд. [383]. У Державному бюджеті України окремих статей щодо вищеперелічених видатків немає. Це визначається недооцінюванням важливості фінансування заходів, пов'язаних із покращенням СЕД здоров'я населення (або заходами щодо поліпшення громадського здоров'я).

Отже, ОВНСВЗ пов'язують насамперед з дотриманням «здорового» харчування, фізичною активністю, відсутністю шкідливих звичок (тютюнопаління, надмірне споживання алкоголю, вживання наркотиків, ризикована сексуальна поведінка) тощо. На думку експертів, дотримання цих правил дасть змогу суттєво знизити рівень захворюваності та смертності від: ішемічної хвороби серця, цереброваскулярних хвороб, новоутворень, діабету, ожиріння [384] та інфекційних хвороб, які становлять загрозу для здоров'я населення України, зокрема туберкульозу, ВІЛ/СНІДу, гепатитів В та С.

У межах АСО респондентам пропонувалось визначити, хто є найбільш відповідальним за стан власного здоров'я. Особисто відповідальними за стан власного здоров'я вважають себе 48% осіб (рис. 5.6). Відповідальність на державу покладають 36,3% опитаних (20,5% відповідей) та на медичних працівників – 34,6% (19,5%). Суттєвих відмінностей між розподілом відповідальних за стан власного здоров'я між чоловіками та жінками не виявлено. Особисту відповідальність вони розподіляють однаково, однак жінки дещо більше вважають відповідальними медичних працівників, а чоловіки – членів сім'ї.

Не виявлено значних відмінностей також серед населення міських поселень і сільської місцевості. При цьому більш відповідальними сільські мешканці вважають державу, медичних працівників та членів сім'ї, а міські – особисто себе.

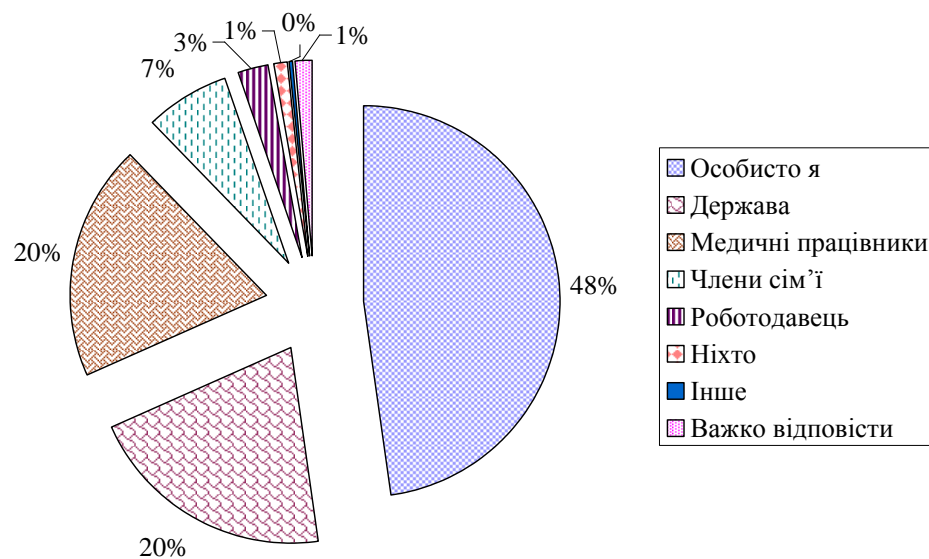


Рис. 5.6. Розподіл відповідальності за стан власного здоров'я серед респондентів (за самооцінкою)

Джерело: побудовано за результатами авторського соціологічного опитування.

Оскільки населення у містах має вищий рівень освіти та є більш поінформованим, ніж у селах, можна зробити висновок про важливу роль цих чинників у розподілі відповідальності за здоров'я. Це підтверджують дані відповідей щодо розподілу відповідальності за стан власного здоров'я серед осіб із різним рівнем освіти. Серед населення з неповною вищою та вищою освітою рівень особистої відповідальності значно вищий – 51% відповідей (проти 46% серед осіб з середньою та початковою освітою).

ОВНСВЗ змінюється з віком. Суттєво нижчий її показник серед населення старшого віку (понад 59 років) – лише 43% відповідей. У цьому віці населення більшу відповідальність за стан власного здоров'я покладає на державу (25%) та медичних працівників (22%). Це може бути пов'язано із стереотипами минулого, що держава має забезпечити лікування та медичний догляд, які характерні для старшого покоління та відсутні серед молоді. Зокрема, державу як відповідального за стан здоров'я вказують лише 16% респондентів віком 18–24 роки [385].

Високу кореляцію за результатами дослідження виявлено між рівнем ОВНСВЗ та СЕС населення ($r = 0,685$; $p \geq 0,01$). Так, чим вище становище респонденти визначають для себе у соціальній ієрархії, тим більше серед них тих, хто вказує на особисту відповідальність за стан власного здоров'я (від 73,8% на найнижчі, першій ієрархічній позиції до 100% на найвищій, десятій). Аналогічні результати отримані під час порівняння рівня ОВНСВЗ та доходів, які отримує населення ($r = 0,684$; $p \geq 0,01$). Чим вищий дохід, тим більша відповідальність за стан власного здоров'я. Отже, дані, отримані у результаті АСО, черговий раз доводять, що СЕС та дохід суттєво визначають індивідуальну поведінку та рівень відповідальності особи щодо збереження здоров'я населенням загалом.

За результатами дослідження також встановлено, що серед осіб віком 18–59 років¹, які вважають себе відповідальними за стан власного здоров'я, менше тих, хто має хронічні захворювання органів дихання, травлення, нервової системи та новоутворення, і більше тих, хто їх не має. Це свідчить про те, що населення, яке особисто відповідальне за стан власного здоров'я, є більш здоровим, та доводить необхідність посилення заходів щодо підвищення ОВНСВЗ.

Індивідуальна поведінка щодо збереження здоров'я охоплює різні аспекти. АСО дає можливість детальніше оцінити реальний стан і перспективи змін. Розглянемо основні з них.

Фізична активність визначається як будь-який фізичний рух, вироблений скелетними м'язами, що потребує витрат енергії, в тому числі на заходи, що проводяться під час роботи, гри, домашніх занять, подорожей і відпочинку.

За даними АСО, здійснено розподіл респондентів залежно від того, скільки часу на день вони проводять сидячи. Понад 15% опитаних проводять у такому стані понад 8 год. Вищими цей показник зафіксований серед чоловіків, мешканців міських поселень та осіб із вищою освітою. Фізична активність також знижується з віком, особливо серед жінок. Водночас виявлена кореляційна залежність між

¹ У цьому разі відповіді респондентів понад 59 років не враховано через високий рівень поширеності хвороб у цій віковій групі та нижчу частку особистої відповідальності за стан власного здоров'я.

рівнем доходів та обсягом часу, проведеним сидячи: чим вищий дохід, тим інтервал часу більший ($r = 0,615$; $p \leq 0,001$).

З'ясовано, що ті особи, які щодня перебувають сидячи понад 8 год., мають у 2,3 разу більші шанси мати хронічне захворювання органів дихання ($OR = 2,298$; $p \leq 0,001$) та у 2,7 разу менші шанси не мати жодного хронічного захворювання порівняно з тими, хто проводить сидячи 1 год. та менше. Таким чином, доведено негативний вплив «сидячого» способу життя на стан здоров'я населення.

Указом Президента України в країні введено в дію Національну стратегію з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація», метою якої є формування у суспільстві умов для оздоровчої рухової активності та ведення здорового способу життя для формування здоров'я громадян як найвищої соціальної цінності в державі [387]. Однак заходи, спрямовані на реалізацію цієї концепції, поки мають декларативний характер і не змінюють ситуацію кардинально.

Надлишкова вага та ожиріння – це наслідок формування аномальних або надмірних жирових відкладень, які можуть завдавати шкоди здоров'ю. Вони є наслідком якості харчування та рівня фізичної активності серед населення. Характерні для сучасного суспільства малорухливий спосіб життя, нераціональне харчування зі збільшенням кількості рафінованих продуктів, постійні психологічні стреси призводять до зростання частоти випадків ожиріння серед осіб будь-якого віку, особливо молоді [388].

В Україні від ожиріння страждає 24,1%¹ населення (25,7% жінок; 22,0% чоловіків), що є одним з найнижчих показників у Європі. Для порівняння: у Швеції ці показники становлять відповідно 20,6%; 23,1%, 16,2%. Це свідчить про дуже високий ступінь ожиріння серед жінок. Загалом показник ожиріння у країнах Західної Європи коливається від 16 до 28%. У 2025 р., як прогнозують дослідники, українці досягнуть показника рівня ожиріння населення, що становитиме 25,9%. Той факт, що рівень ожиріння населення країни зростає доводять дані обстеження

¹ Стандартизована за віком поширеність ожиріння (ІМТ – більше 30 кг / м²); особи 18 років і старші; розрахунки ВООЗ.

домогосподарств, яке щорічно проводить ДССУ. За цими даними, з 2009 по 2017 р. частка населення віком 18 років і старших, яке має ожиріння та крайнє ожиріння, збільшилась з 14,6 до 15,4%. На даний час ще 39,2% населення у цьому віці має надлишкову масу тіла. У великих містах рівень ожиріння серед населення дещо нижчий, а у сільській місцевості – вищий. Так, ожиріння – це одна з детермінант що негативно впливає на стан здоров'я мешканців сіл в нашій країні.

В Україні ожиріння призводить до передчасної смертності насамперед від цереброваскулярних хвороб ($r = 0,507$; $p \leq 0,01$) та хвороб органів травлення ($r = 0,477$; $p \leq 0,05$). Більш вразливими щодо цього є жінки, ніж чоловіки. Для жінок зазначені показники є дещо вищими. За поширення надмірної ваги тіла та ожиріння зменшується також СОТЖ ($r = 0,546$; $p \leq 0,01$).

Тютюнопаління. Куріння і вживання алкоголю є одними з визначальних детермінант здоров'я. Активне куріння та надмірне споживання алкоголю є компонентами саморуйнівної поведінки, що призводить до погіршення стану здоров'я індивіда і завдає шкоди людям, які його оточують.

За оцінювання експертів ВООЗ, від хвороб, пов'язаних з палінням, щорічно вмирає 4 млн. людей у світі. Якщо ситуація з палінням не зміниться, у 2025 р. щорічні втрати становитимуть 10 млн. осіб. Маємо значну кількість наукових доказів, що тютюнопаління асоціюється майже з 40 хворобами і станами, більшість з яких є причинами передчасної смерті.

Україна належить до країн із найбільш високою поширеністю тютюнопаління, адже частка тих, хто палить, серед населення віком 15 років і старших становить 24% (2015 р.) (табл. У.3, дод. У) (серед жінок – 9,0% та чоловіків – 42,4%). За іншим показником – стандартизована за віком розповсюдженість тютюнопаління серед населення 15 років і старших, який більш точно відображає рівень проблеми (рис. У.2., дод. У), Україна посідає 12 місце в Європі – 30,27% (для чоловіків – 50,6% – 6 місце в Європі). Найбільша частота паління реєструється серед чоловіків віком 20–29 років (60% – у містах і 70% – у сільській місцевості). Розрахунки підтверджують, що із цієї когорти молодих чоловіків 25% помруть передчасно внаслідок хвороб, пов'язаних із палінням [389].

За даними ВООЗ, Україна за рівнем споживання сигарет перебуває на 17 місці у світі. Якщо у світі на кожну людину припадає в середньому 870 випалених сигарет за рік, то в Україні приблизно в 2 рази більше – 1500–1800 шт.

У підсумку тютюнопаління призводить до погіршення стану здоров'я населення України, у тому числі до передчасної смертності: рівень смертності від причин, які пов'язаних із палінням становить близько 280 осіб на 100000 населення (СКС) (2015 р.). Для порівняння: у Польщі цей показник становить 191 особу, у Швеції – 136; загалом по ЄС – 141.

Серед негативних обставин, пов'язаних із тютюнопалінням в Україні, необхідно також виокремити те, що серед підлітків 16–17 років, які палять, 16% хлопців та 12% дівчат викурюють по 16–20 сигарет на день. Найбільша частка щоденних курців спостерігається серед тих, хто розпочав палити у ранньому віці [390]. Загалом ранній вік початку тютюнопаління є найбільш небезпечним, адже часто призводить до раннього виникнення хвороб та передчасної смертності.

Разом з цим, необхідно вказати на позитивні тренди, пов'язані із зменшенням тютюнопаління в Україні. Так, якщо у 2001 р. серед населення віком 12 років і старших палило 23,5%, то у 2015 р. ця частка зменшилася до 18,4% (табл. У.4, дод. У). Незважаючи на це, частка тих, хто палить багато років (6 та більше), залишається високою. Неоднозначними є також результати оцінювання щодо кількості викурених сигарет тими, хто палить. З одного боку, зменшується частка тих, хто викурює 16 та більше сигарет на добу. З іншого боку, зростає частка тих, хто викурює 6–15 сигарет на добу.

Починаючи з 2011 р., в Україні прийнято законодавчі акти і вжито заходів, які спрямовані на боротьбу з тютюнопалінням серед населення. Серед них варто виокремити такі основні:

– про заборону тютюнової реклами; набув чинності 16 вересня 2012 р. Для світової практики такі заборони є стандартами, прописаними в Рамковій конвенції Всесвітньої організації охорони здоров'я із боротьби проти тютюну, прийнятої в 2003 р. Це перший юридичний документ, метою якого є зниження смертності через вживання тютюну і зменшення використання тютюну у світі загалом;

– про запровадження великих (50% від площі пачки) попереджень із малюнками на тютюнових упаковках; набув чинності 4 жовтня 2012 р.;

– про звільнення закладів громадського харчування та інших місць від тютюнового диму; набув чинності 16 грудня 2012 р. [390]. Це насамперед вплинуло на зменшення тютюнопаління серед заможних верств населення, які частіше відвідують готелі, кафе і ресторани;

– про збільшення акцизного оподаткування тютюнових виробів, що на фоні зменшення обсягу реальних доходів населення знизило доступність тютюнових виробів.

Саме завдяки зазначеним законодавчим змінам в Україні вдалось зменшити поширеність куріння серед населення. Проте те, що в Україні значна частка помирає від хвороб, спричинених тютюнопалінням, обумовлює необхідність впровадження норм, які дають змогу зменшити привабливість і доступність тютюнових виробів.

Однією із таких законодавчих ініціатив є законопроект №2820 «Про внесення змін до деяких законів України щодо охорони здоров'я населення від шкідливого впливу тютюну» від 13.05.2015 р., який, ґрунтуючись на новітній Директиві ЄС (2014/40/ЄС), пропонує заборонити сигарети з ароматизаторами, збільшити зображення попереджень про шкоду куріння на пачках сигарет, заборонити продаж електронних сигарет неповнолітнім та запровадити звітність виробників про склад тютюнової продукції [391].

Загалом істотно поліпшити здоров'я населення не можливо без залучення коштів і здійснення значних матеріальних витрат, впливаючи лише на один чинник – паління. Дослідження свідчать, що більшість (65%) дорослих курців хоче позбавитись цієї звички і намагається зробити це не раз [392]. Розвиток залежності від нікотину – одна із головних перешкод при відмові від паління. Разом з цим, необхідно зазначити, що відсутність в Україні системи допомоги для відмови від куріння призвела до того, що певна частка людей, які намагалися припинити курити, знов повернулася до куріння [393]. Так, Методичні рекомендації для медичних працівників закладів охорони здоров'я з надання лікувально-профілактичної

допомоги особам, які бажають позбутися залежності від тютюну, які затверджені наказом МОЗ України № 746 від 26.09.2012 р. [394], використовуються медичними працівниками недостатньо. Насамперед це пов'язано з низькою мотивацією як лікарів, так і пацієнтів, а також дороговартісним лікуванням тютюнової залежності.

Зловживання алкоголем – це один із найбільш вагомих чинників ризику, які впливають на погіршення стану здоров'я населення та є значним соціальним і економічним тягарем для суспільства.

У світі щорічне вживання алкоголю становить понад 6 л на людину віком 15 років і старші, що означає 13,5 г чистого алкоголю на день. Чверть цього споживання (24,8%) не було зареєстровано, тобто пов'язано з алкоголем, який незаконно вироблявся або продавався за межами державного контролю.

В Україні щорічне вживання алкоголю становить 8,1 л на людину віком 15 років і старші, що дещо менше, ніж у країнах ЄС (10,0 л) (рис. 5.7.). За оцінкою ВООЗ, приблизно 5 л на особу в країні вживається нелегального алкоголю. Враховуючи цей факт, визначено, що Україна перебуває на 6 місці у світі за рівнем вживання алкоголю [395].

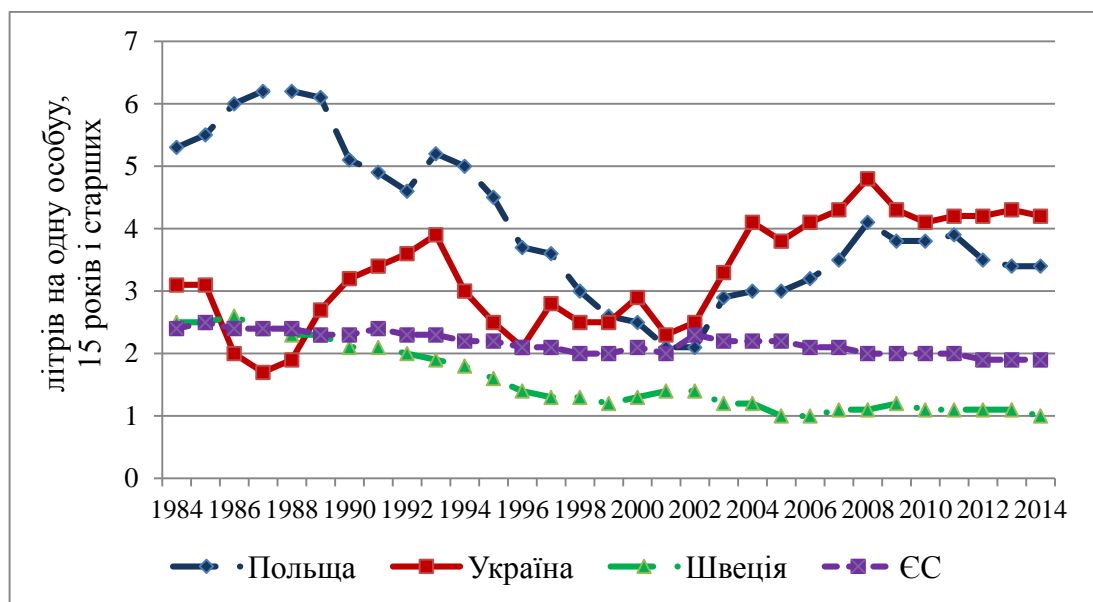


Рис. 5.7. Динаміка вживання міцних спиртових напоїв на людину в Україні та деяких країнах ЄС у 1984–2014 рр. на 100 тис. осіб, літри чистого спирту, 15 років і старші

Джерело: побудовано за [196].

Посилує негативну характеристику надвисокого вживання алкоголю в країні його структура. В Україні традиційно вживаються переважно міцні спиртні напої, які у структурі споживання становлять 48,0% (табл. 5.7). На відміну від України, у більшості країн ЄС структура вживання алкогольних напоїв інша: незначна частка міцних спиртних напоїв та доволі висока частка вина. Наприклад, у Швеції на міцні спиртні напої припадає тільки 15,1% від загального обсягу вживання алкоголю, а на вино – 46,6%.

Таблиця 5.7

Чисте вживання алкоголю серед осіб віком 15 років і старших в Україні, Польщі та Швеції у літрах на душу населення на рік, 2010 р.

Місце в світовому рейтингу	Країна	Вживання разом, л на душу населення на рік	у т. ч.		Пиво, %	Вино, %	Міцні спиртні напої, %	Інше, %
			обліковане вживання	необліковане вживання (з незаконно виробленого алкоголю)				
6	Україна	13,9	8,9	5,0	40,5	9,0	48,0	2,6
14	Польща	12,5	10,9	1,6	55,1	9,3	35,5	0,0
50	Швеція	9,2	7,2	2,0	37,0	46,6	15,1	1,4

Джерело: [196].

Вживання в Україні напоїв із високою концентрацією спирту, хоча і несистематично, але у високих одноразових дозах здійснює доволі значний токсичний вплив на організм, нерідко з летальними наслідками. При цьому відмінності у вживанні алкоголю в Україні порівняно з розвинутими європейськими країнами полягають не лише в кількості випитого, а й у культурі пиття, яка відсутня у більшості населення [396].

Результати АСО засвідчують, що найбільша частота у вживанні алкогольних напоїв серед українців припадає на пиво (з різною інтенсивністю вживає 55,0% населення після 18 років) та міцні алкогольні напої (відповідно 51,2%). Зокрема, 17,2% респондентів зазначили, що вживають пиво або щодня, або кілька разів на тиждень. Вино у такий спосіб вживає лише 1,4%, а міцні алкогольні напої – 3,3% опитаних. Одночасно існують вікові, гендерні та територіальні відмінності у

вживанні алкоголю. Так, показник вживання міцних алкогольних напоїв суттєво вищий серед чоловіків, ніж серед жінок, та у сільській місцевості порівняно із міськими поселеннями (табл. У. 5., дод. У). Оскільки серед чоловіків середнього віку, які мешкають у сільській місцевості, смертність є надвисокою, можна стверджувати, що зловживання алкоголем – це одна з причин такого явища. Значних вікових диспропорцій у вживанні алкогольних напоїв серед чоловіків не виявлено. Дещо меншим є вживання спиртних напоїв серед населення старших вікових груп (після 65 років). У жінок рівень вживання міцних алкогольних напоїв не високий. Найбільший пік вживання припадає на віковий інтервал від 36 до 50 років.

Особливе занепокоєння викликає поширення зловживання алкоголем серед дітей і підлітків. За наявними даними, 14% дітей до 12 років систематично вживають алкогольні напої; віком від 14 до 18 років таких дітей налічується 40%. Суттєво зростає також кількість дітей, які перебувають в алкогольній залежності від пива [397].

Алкоголь негативно впливає як на фізичне, так і психологічне здоров'я. Ступінь цього впливу значною мірою визначається обсягом споживання алкоголю, його міцністю та якістю. У 2012 р. приблизно 3,3 млн. померлих, або 5,9% від загальної кількості випадків смерті у світі, пов'язані з вживанням алкоголю. Існують значні статеві відмінності у рівні смертності, яка пов'язана з алкоголем: 7,6% смертей серед чоловіків проти 4,0% смертей серед жінок. [398]. Зловживання алкоголем також завдає шкоди іншим людям, їхньому психічному та інколи фізичному здоров'ю, наприклад, членам сім'ї, друзям, колегам і незнайомим людям.

На основі дослідження регіональних індикаторів рівня смертності та алкоголізму виявлено залежність смертності від деяких хвороб та зловживання алкоголем серед населення. Насамперед це стосується хвороб системи кровообігу, де кореляція достатньо висока ($r = 0,594$, $p \leq 0,01$), особливо серед чоловіків ($r = 0,711$, $p \leq 0,01$) та мешканців сільської місцевості ($r = 0,720$, $p \leq 0,01$).

При аналізі даних про споживання алкоголю і стан здоров'я необхідно враховувати, що отримати адекватну інформацію щодо цього питання надзвичайно

складно з огляду на те, що респонденти часто її приховують. Результати АСО свідчить, що ті українці, які кожен день вживають алкогольні напої, частіше майже в 3 рази (чоловіки) і 2 рази (жінки) мають хронічне захворювання. Однак цей зв'язок був статистично незначимим.

Проте чіткий статистично значимий зв'язок простежується між споживанням алкоголю і наявністю хронічного захворювання системи кровообігу (табл. 5.8). Частота і кількість споживання алкоголю істотно впливають на виникнення хвороб системи кровообігу у чоловіків. Ризик виникнення хвороб системи кровообігу збільшується у 9 разів для тих чоловіків, які щодня вживають міцні спиртні напої, порівняно із тими, хто їх не вживає взагалі. Для жінок такої залежності не виявлено. Передусім це пов'язано з тим, що серед опитаних жінок 2/3 від їхньої кількості ніколи не вживають міцних спиртних напоїв.

Таблиця 5.8

Вплив вживання міцних алкогольних напоїв на шанси мати хронічні захворювання системи кровообігу (за самооцінкою)

Частота вживання алкоголю	чоловіки		жінки	
	OR	CI	OR	CI
Ніколи	1		1	
Раз на місяць і рідше	1,214	0,673–2,191	–	–
Кілька разів на місяць	3,324	1,444–7,861	0,614	0,406–0,925
Кілька разів на тиждень	5,463	1,755–8,952	0,325	0,094–1,013
Щодня	9,609	1,546–12,487	1,084	0,310–3,619
p		p ≤ 0,01		ns

Примітка: «ns» – статистично незначуще відношення

Джерело: розраховано за результатами авторського соціологічного опитування.

Загалом проблема зловживання алкоголем серед населення України постає не одне десятиріччя і суттєвого успіху щодо її вирішення не досягнуто досі. Чинників, які на це впливають, дуже багато. Одні з них більше діють на індивідуальному рівні, інші – на суспільному. Відповідно заходи, які нівелюватимуть вплив негативних чинників, також мають бути поділені на індивідуальні та громадські.

Для України також дуже гострою є зацікавленість державних і комерційних організацій, які займаються виробництвом алкогольних напоїв, у зростанні реалізації продуктів їхнього виробництва. Так, на сьогодні алкогольні напої становлять найбільшу частку в обороті продовольчих товарів роздрібних мереж та немережевих роздрібних торгових закладів, і вона залежно від формату коливається від 15,5% до 25% [399]. У цьому разі позиція держави має сприятиме зниженню негативного впливу алкоголю на здоров'я населення.

Зловживання алкоголем часто супроводжується іншими шкідливими звичками. Так, за результатами АСО, частка респондентів, які мають дві та більше шкідливих звичок, становить 17,7%. Серед чоловіків їх було значно більше (25,4%), ніж серед жінок (10,3%). Загалом приблизно 1/3 опитаних (26,1% чоловіків і 35,2% жінок) дотримуються здорового способу життя (не мають шкідливих звичок).

Респонденти-чоловіки, які мають дві та більше шкідливих звичок, у 4,6 разу частіше мають хронічне захворювання, ніж ті, які таких звичок не мають, тобто є більш відповідальними щодо власного здоров'я. У жінок цей показник становить 1,7 разу (табл. 5.9).

Таблиця 5.9

Залежність стану здоров'я населення від кількості шкідливих звичок

(тютюнопаління, надмірне вживання алкоголю, сидячий спосіб життя, «нездорове» харчування)

Кількість шкідливих звичок	Наявність хронічного захворювання			
	чоловіки		жінки	
	OR	CI	OR	CI
0	1,000		1,000	
1	1,882	0,861–5,110	1,352	0,797–2,033
2 та більше	4,682	1,715–9,618	1,701	1,033–4,051
p		$p \leq 0,05$		$p \leq 0,05$

Джерело: розраховано за результатами авторського соціологічного опитування.

Незважаючи на те, що індивідуальна відповідальність населення за власне здоров'я частково залежить від рівня їхнього доходу (наприклад, споживання

фруктів), необхідно констатувати, що більшість складових цієї відповідальності не залежить від матеріального статусу, а здебільшого пов'язана з іншими СЕД: рівнем освіти, виховання, культури, моральними установками, які поширені на рівні держави, громади. Часто людина самостійно в змозі поліпшити своє здоров'я, виявляючи фізичну активність, звільняючись від шкідливих звичок тощо.

Таким чином, СЕД визначають здоров'я населення України не тільки безпосередньо а й опосередковано – через місце проживання, доступність та якість медичного обслуговування, індивідуальну відповідальність населення за власне здоров'я.

Висновки до п'ятого розділу

Визначено, що місце та умови проживання впливають на стан здоров'я населення. Нерівні можливості у виборі місця проживання та житла, з одного боку, викликані нерівністю в освіті та доходах, а з іншого – зумовлюють нерівність у здоров'ї. Зокрема, це стосується нерівних можливостей між населенням сільської місцевості та мешканцями міста.

Виявлені такі переваги для здоров'я для тих, хто проживає у міських поселеннях: отримання більш високих доходів, ширші можливості зайнятості, кращі житлові умови, значні можливості отримати якісну освіту, вищий рівень соціального капіталу, більша доступність медичної допомоги, кращий розвиток сфери культури та соціальної інфраструктури загалом. Однак у сільській місцевості вищими є продовольча безпека, споживання натуральних і якісних («здорових») продуктів харчування, менше вживання наркотичних речовин (не стосується вживання алкоголю), більша фізична активність, менше стресових ситуацій.

За підсумками проведеного аналізу з'ясовано, що проживання у місцевостях із забрудненим атмосферним повітрям збільшує шанси мати хронічні захворювання ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин і системи кровообігу. Частково це стосується хвороб органів дихання. Разом з тим, населення, яке проживає на території з відносно чистим повітрям, має більше шансів не мати жодного хронічного захворювання.

Доведено, що частина випадків смертей в Україні також пов'язана з негативним впливом неналежних житлових умов, зокрема з відсутністю якісної питної води та каналізації у житлових приміщеннях. Низька забезпеченість населення країни водопроводом і каналізацією, особливо у сільській місцевості, впливає на підвищення показників смертності й захворюваності від хвороб систем кровообігу, травлення та деяких інфекційних і паразитарних хвороб. Підраховано, що шанси не мати жодного хронічного захворювання вищі в 1,4 разу для тих осіб, які проживають у «дуже добрих» та «добрих» житлових умовах, порівняно з тими, хто проживає у «поганих» та «дуже поганих». І навпаки, ті, хто мешкає у «поганих» та «дуже поганих» умовах, мають більші шанси мати хронічні захворювання системи кровообігу (майже у 2 рази), хвороби органів травлення (у 1,4 разу) та хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (в 1,6 разу).

За результатами проведеного дослідження виявлено, що близько 10% населення не має можливості відвідувати лікаря у разі потреби переважно через такі причини, як економічна (нестача коштів) та фізична (віддаленість медичного закладу). Визначені також залежності між рівнем забезпеченості лікарями та рівнем смертності від зовнішніх причин, хвороб системи кровообігу, органів дихання і травлення. Таким чином, доведено, що стан здоров'я населення залежить від доступності та якості медичних товарів і послуг, які є одним із визначальних СЕД.

З'ясовано, що значній частині українських домогосподарств не вдається забезпечувати достатнє харчування, особливо тим, які належать до першої (найнижчої) децильної групи. При цьому дохід не завжди визначає правильний вибір продуктів харчування особою. Значну роль у цьому разі відіграє освіта, культура та виховання, соціальний капітал й інші характеристики, рівень яких, як правило, прямо пропорційний до соціального статусу. Розрахунки підтвердили, що шанси не мати хронічного захворювання серед тих осіб, які оцінюють своє харчування як «погане» або «дуже погане» менші, порівняно з тими, хто харчується «добре» або «дуже добре», в 1,4 разу. Таким чином, доведено, що харчування є важливим елементом формування здоров'я.

Виявлено, що на сучасному стані відповідальність населення за власне здоров'я в Україні є низькою. Досі частина людей вважає відповідальним за своє здоров'я на державу (36,3%) та медичних працівників (34,6%). Це є однією із причин незадовільного стану їхнього здоров'я. Виявлено, що відповідальність за здоров'я змінюється з віком і залежить від СЕС. Особиста відповідальність вища серед молоді та тих осіб, які є представниками верхніх шаблів соціальної ієрархії.

З'ясовано, що відповідальність за стан власного здоров'я реалізується у відповідній поведінці: контроль за харчуванням, фізична активність, наявність чи відсутність шкідливих звичок. Зокрема, ті особи, які щодня перебувають сидячи понад 8 год., мають у 2,3 рази більші шанси отримати хронічне захворювання органів дихання та у 2,7 рази менші шанси не мати жодного хронічного захворювання порівняно з тими, хто проводить сидячи 1 год. та менше. Таким чином, доведено негативний вплив «сидячого» способу життя на стан здоров'я населення.

Підтверджено, що вживання напоїв із високою концентрацією спирту в Україні, хоча і несистематично, але у високих одноразових дозах, здійснює доволі значний токсичний вплив на організм, нерідко з летальними наслідками. Насамперед це стосується хвороб системи кровообігу, особливо серед чоловіків та мешканців сільської місцевості.

РОЗДІЛ VI

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ПОЛІТИКИ РЕГУЛЮВАННЯ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТ І СКОРОЧЕННЯ НЕРІВНОСТІ У ЗДОРОВ'І НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

6.1. Моделювання впливу соціально-економічних детермінант на стан здоров'я населення.

У попередніх розділах дисертації (3-6) здійснено оцінювання кожного із детермінант, які визначають ста здоров'я населення України. Разом з тим, з позиції розробки державної політики охорони здоров'я існує необхідність виявлення ступеня впливу СЕД на стан здоров'я населення. При цьому важливою є розробка науково обґрунтованого методологічного підходу, на основі якого об'єктивно та з високою достовірністю можна оцінити цей ступінь впливу.

На основі мікроданих авторського обстеження «Соціально-економічні детермінанти здоров'я населення України», проведеного в усіх регіонах України побудовано низку статистичних моделей, що відображають взаємозв'язок індикаторів здоров'я населення з основними детермінантами, які можуть його визначати.

За індикатори здоров'я (залежні змінні у моделі) приймалися такі:

- частка умовно здорових осіб – тих, хто немає хронічних хвороб (таких осіб за результатами опитування виявилось близько 45%);
- частка відносно здорових осіб – тих, хто не мав нехронічних захворювань протягом останніх 12 місяців (близько 40% осіб);
- частка абсолютно здорових – тих, хто немає хронічних хвороб і не мав нехронічних захворювань протягом останніх 12 місяців (близько 22% осіб).

Враховуючи дані аналізу, отримані у попередніх розділах за детермінуючі змінні (незалежні змінні) приймалися ті, які можуть суттєво визначати стан здоров'я населення Їх доцільно об'єднати у такі блоки: демографічний та соціально-економічні, спосіб життя, та якість у РПЖ.

Основними індикаторами блоку А «демографічні та соціально-економічні детермінанти» (табл. 6.1.1.) є:

- стать;
- вік;
- сімейний стан;
- рівень освіти;
- зайнятість;
- якість харчування;
- середньодушовий дохід;
- житлові умови;
- тип населеного пункту, в якому мешкає респондент;
- екологічні умови у населеному пункті;
- якість інфраструктури у населеному пункті.

У блоці В «спосіб життя» (табл. 6.1.2.) визначено детермінанти які значною мірою характеризують відповідальність людини за власне здоров'я. До них віднесено:

- консультування у медичних працівників у випадку хвороби;
- отримання інформації щодо збереження свого здоров'я та її джерела;
- середній час, який щоденно приділяється ознайомленню з суспільно-політичними питаннями;
- частота спілкування із сусідами, друзями, знайомими на особисті теми;
- відвідування театрів, кінотеатрів та інші заклади культури;
- наявність шкідливих звичок (паління та вживання алкогольних напоїв);
- активність статевого життя;
- тривалість щоденного перебування сидячи.

Таблиця 6.1.1.

Модель оцінювання ймовірності бути умовно здоровим залежно від демографічних та соціально-економічних детермінант:

$$H_{sd} = 0,590 - 0,123 \cdot a_1 - 0,352 \cdot a_2 + 0,126 \cdot a_3 + 0,073 \cdot a_4 + 0,099 \cdot a_5$$

$$R^2 = 0,804 \quad R_{крит}^2 = 0,316$$

$$\left(F = 26,3 \quad F_{крит} = 2,7 \right)$$

<i>Детермінуючі змінні</i>	<i>Значення параметру</i>	<i>Пояснення параметру моделі</i>
<i>(вільний член рівняння)</i>	0,590	Це середня ймовірність бути здоровим серед чоловіків у віці до 40 років, які не мають постійної (або тимчасової) роботи, які задовільно або погано харчуються і проживають в районі з поганими умовами (забруднене повітря, брудна та недоглянута територія, погана транспортна розв'язка та нерозвинена інфраструктура)
a_1 - стать: жіноча	-0,123	За інших рівних умов, для жінок ймовірність бути здоровими зменшується в середньому на 0,123 і складає 0,467
a_2 - вік: 40 років і старші	-0,352	За інших рівних умов, для населення віком 40 років і старших ймовірність бути здоровими зменшується в середньому на 0,352 і складає 0,238
a_3 - статус зайнятості: мають постійну чи тимчасову роботу	+0,126	За інших рівних умов, для тих, хто має постійну чи тимчасову роботу ймовірність бути здоровими збільшується в середньому на 0,126 і складає 0,716

a_4 - якість харчування: «добре» чи «дуже добре»	+0,073	За інших рівних умов, для тих, хто харчується «добре» чи «дуже добре» ймовірність бути здоровими збільшується в середньому на 0,073 і складає 0,663
a_5 - умови в районі проживання: чисте повітря, чиста та доглянута територія, хороша транспортна розв'язка, розвинена інфраструктура	+0,099	За інших рівних умов, для тих, хто проживає в районі з гарними умовами (чисте повітря, чиста та доглянута територія, хороша транспортна розв'язка, розвинена інфраструктура) ймовірність бути здоровими збільшується в середньому на 0,099 і складає 0,689

Таблиця 6.1.2.

Модель оцінювання ймовірності бути умовно здоровим залежно від детермінант, які визначають відповідальність населення за власне здоров'я і характеризують спосіб його життя:

$$H_{is} = 0,178 - 0,123 \cdot b_1 - 0,036 \cdot b_2 + 0,206 \cdot b_3 + 0,237 \cdot b_4 + 0,100 \cdot b_5$$

$$R^2 = 0,827 \quad R_{крит}^2 = 0,316$$

$$(F = 30,6 \quad F_{крит} = 2,7)$$

Детермінуючі змінні	Значення параметру	Пояснення параметру моделі
(вільний член рівняння)	0,178	Це середня ймовірність бути здоровим серед тих, хто не звертається до медичних закладів у випадку хвороби, вживає міцні спиртові напої кожного дня чи кілька разів на тиждень, не відвідували культурні заклади протягом останніх 12 місяців, не живуть статевим життям, та проводять сидячи понад 5 годин на день

b_1 - звернення до медичних працівників у випадку хвороби: завжди або переважно	-0,123	За інших рівних умов, для тих, хто «завжди» або «переважно» звертається до медичних працівників у випадку хвороби, ймовірність бути здоровими зменшується в середньому на 0,123 і складає 0,055
b_2 - вживання міцних спиртових напоїв: кожного дня чи кілька разів на тиждень	-0,036	За інших рівних умов, для тих, хто кожного дня чи кілька разів на тиждень вживає міцні спиртові напої, ймовірність бути здоровими зменшується в середньому на 0,036 і складає 0,142
b_3 - відвідування театрів, кінотеатрів, цирку та інших закладів культури: протягом останніх 12 місяців	+0,206	За інших рівних умов, для тих, хто протягом останніх 12 місяців відвідував театри, кінотеатри, цирк та інші заклади культури, ймовірність бути здоровими збільшується в середньому на 0,206 і складає 0,384
b_4 - статеве життя: живуть	0,237	За інших рівних умов, для тих, хто живе статевим життям ймовірність бути здоровими збільшується в середньому на 0,237 і складає 0,415
b_5 - час, що проводять сидячи до 5 годин на день	+0,100	За інших рівних умов, для тих, хто проводить сидячи до 5 годин на день, ймовірність бути здоровими збільшується в середньому на 0,100 і складає 0,278

Таблиця 6.1.3.

Модель оцінювання ймовірності бути умовно здоровим залежно від якості умов раннього періоду життя (до 18 років):

$$H_{qlch} = 0,180 + 0,134 \cdot c_1 + 0,077 \cdot c_2 + 0,078 \cdot c_3 + 0,101 \cdot c_4$$

$$\left(\begin{array}{l} R^2 = 0,650 \\ F = 8,0 \end{array} \quad \begin{array}{l} R^2_{\text{крит}} = 0,527 \\ F_{\text{крит}} = 3,6 \end{array} \right)$$

<i>Детермінуючі змінні</i>	<i>Значення параметру</i>	<i>Пояснення параметру моделі</i>
<i>(вільний член рівняння)</i>	0,180	Це середня ймовірність бути здоровим у осіб, які в дитинстві не відвідували спортивні секції, гуртки тощо, не перебували у санаторії, таборі відпочинку тощо, харчувалися «задовільно» або «погано», зростали у сім'ї, де виховувалося більше, ніж дві дитини
c_1 - відвідували спортивні секції, гуртки тощо	+0,134	За інших рівних умов, для тих, хто відвідував спортивні секції, гуртки тощо, ймовірність бути здоровими збільшується в середньому на 0,134 і складає 0,314
c_2 - перебували у санаторії, таборі відпочинку тощо	+0,077	За інших рівних умов, для тих, хто перебував у санаторіях, таборах відпочинку тощо, ймовірність бути здоровими збільшується в середньому на 0,077 і складає 0,257
c_3 - якість харчування: «добре» чи «дуже добре»	+0,078	За інших рівних умов, для тих, хто харчувався «добре» чи «дуже добре», ймовірність бути здоровими збільшується в середньому на 0,078 і складає 0,258
c_4 - у сім'ї виховувалося не більше двох дітей	+0,101	За інших рівних умов, для тих, хто виховувався в сім'ї, де було не більше двох дітей, ймовірність бути здоровими збільшується в середньому на 0,101 і складає 0,281

Джерело: розраховано за результатами авторського соціологічного опитування

У блоці С «якість умов раннього періоду життя (до 18 років)» (табл. 6.1.3.) виділено такі характеристики (за даними, які отримані від респондентів):

- стан здоров'я у період до 18 років;
- рівень добробуту сім'ї, в якій респондент виховувався до 18 років;
- характер стосунків у сім'ї, в якій респондент виховувався до 18 років;
- повнота інформації щодо ризиків для здоров'я, яку респондент отримав до 18 років;
- відвідування спортивних секцій, гуртків тощо до 18 років;
- частота перебували у санаторії, таборі відпочинку тощо до 18 років;
- паління членів сім'ї, в якій респондент виховувався до 18 років;
- якість харчування у сім'ї, в якій респондент виховувався до 18 років;
- кількість дітей у сім'ї, в якій респондент виховувався до 18 років;

За результатами здійсненого аналізу визначено, що найбільш адекватними є моделі взаємозв'язку, що будуються для індикатора «Частка умовно здорових», в якості залежної змінної. Слід відмітити, що в моделях такого типу всі детермінуючі ознаки є *бінарними* змінними, тобто вони можуть приймати лише одне із двох можливих значень: 0 або 1.

Запропоновано три моделі за блоками визначених індикаторів.

Відповідно до результатів, які отримані за моделями ймовірності бути умовно здоровим, можна зробити такі висновки.

1. За соціально-демографічними детермінантами, ймовірність бути умовно здоровим коливається від 0,11 до 0,89 залежно від комбінації детермінуючих змінних (рис. 6.1.).

Так, за даними моделі визначено, що з віком стан здоров'я населення погіршується, особливо цей процес посилюється після 40 років. Цілком логічним є те, що однією із найвагоміших детермінуючих ознак, які визначають стан здоров'я населення є вік. При цьому варто зауважити, що суттєве погіршення стану здоров'я населення, опитаного в рамках АСО, спостерігається занадто рано, у активному, працездатному віці.



Рис. 6.1. Розподіл ймовірностей бути умовно здоровим залежно від демографічних та соціально-економічних характеристик населення

Джерело: власна розробка автора

Дещо більше старіння позначається на стані здоров'я жінок. Що підтверджує висновки, які здійснено за результатами оцінювання статевих особливостей детермінації здоров'я, наведених у 3 розділі, та згідно яких стан здоров'я жінок є гіршим, порівняно із чоловіками за рівнем захворюваності, але кращий за рівнем смертності [400].

Наступною детермінуючою ознакою стану здоров'я є зайнятість. Наявність постійної або тимчасової роботи із високим заробітком за даними моделі є важливими детермінантами здоров'я як чоловіків, так і жінок, хоча чоловіків дещо більшою мірою. Не так суттєво як зайнятість впливає на стан здоров'я рівень освіти, зростання якої певним чином сприяє його покращенню.

Виявлено, що доступність та якість харчування також визначають стан здоров'я, особливо жінок.

Стан довкілля є четвертою по вагомості детермінанта з цього блоку, яка обумовлює стан здоров'я. Виявлено важливість стану атмосферного повітря та розвитку соціальної інфраструктури.

У результаті, найвища ймовірність бути умовно здоровим (0,89) визначається для чоловіків віком до 40 років, які мають постійну або тимчасову роботу, які харчуються «добре» або «дуже добре», а також проживають у районі з гарними умовами: де чисте повітря, чиста та доглянута територія, хороша транспортна розв'язка, розвинена інфраструктура.

Найнижча ймовірність бути умовно здоровим (0,11) визначається для жінок у віці старше 40 років, які не мають постійної (або тимчасової) роботи, які харчуються «задовільно» або «погано» і проживають в районі з поганими екологічними умовами та нерозвиненою інфраструктурою.

2. За характеристиками, які визначають спосіб життя, ймовірність бути умовно здоровим коливається від 0,02 до 0,72 залежно від комбінації детермінуючих змінних (рис. 6.2.).

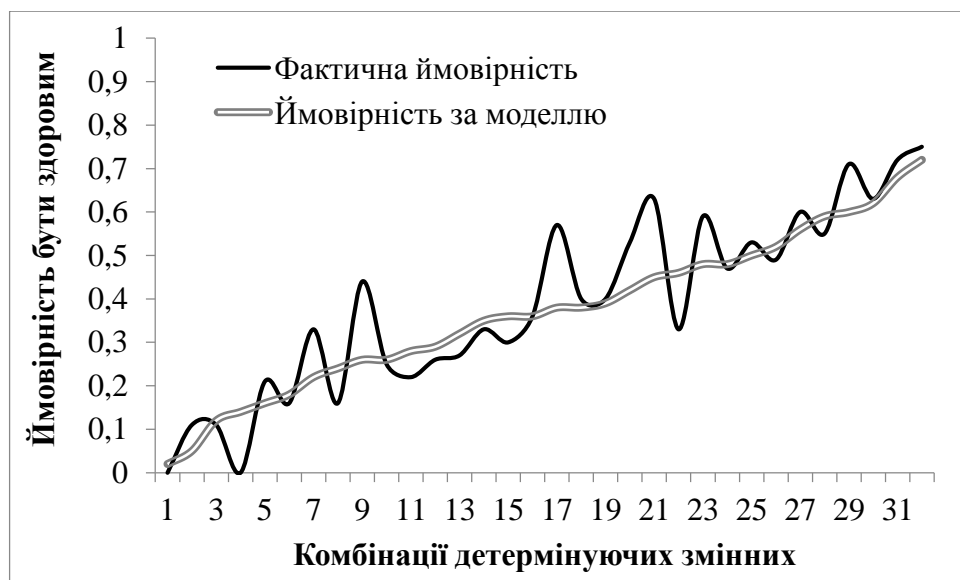


Рис. 6.2. Розподіл ймовірностей бути умовно здоровим залежно від характеристик способу життя

Джерело: власна розробка автора

Найвища ймовірність бути умовно здоровим (0,72) визначається для тих, хто не звертається до медичних закладів у випадку хвороби (завжди або переважно), не спілкується кожного дня на особисті теми із сусідами, друзями, знайомими, відвідували культурні заклади протягом останніх 12 місяців, живуть статевим життям, а також проводять сидячи не більше 5 годин на день.

Найнижча ймовірність бути умовно здоровим (0,02) для тих, хто «завжди» або «переважно» звертається до медичних закладів у випадку хвороби, щодня спілкується на особисті теми із сусідами, друзями, знайомими, не відвідували культурні заклади протягом останніх 12 місяців, не живуть статевим життям, та проводять сидячи понад 5 годин на день.

3. За характеристиками якості життя у дитинстві ймовірність бути умовно здоровим коливається від 0,18 до 0,57 залежно від комбінації детермінуючих змінних (рис. 6.3.).



Рис. 6.3. Розподіл ймовірностей бути умовно здоровим залежно від якості умов раннього періоду життя

Джерело: власна розробка автора

Найвища ймовірність бути умовно здоровим (0,57) визначається для осіб, які в дитинстві відвідували спортивні секції, гуртки тощо, перебували у санаторіях, таборах відпочинку тощо, харчувалися «добре» або «дуже добре», зростали у сім'ї, де виховувалося не більше двох дітей.

Найнижча ймовірність бути умовно здоровим (0,18) для тих, хто в дитинстві не відвідував спортивних секцій, гуртків тощо, не перебував у санаторіях, таборах відпочинку тощо, харчувався «задовільно» або «погано», зростав у сім'ї, де виховувалося більше, ніж дві дитини.

Індикатор рівня доходу родини, у якій виховувалась людина, не брався до уваги як детермінуюча змінна при побудові моделі, адже суттєво корелював із більшістю індикаторів цього блоку. Зрештою це стосується і випадку оцінювання впливу доходу на здоров'я у дорослому житті (демографічний та соціально-економічний блок).

Отже, серед трьох блоків, з якими будувались моделі, найбільш «вагомим» або детермінуючими ($\approx 41\%$) виявився перший у якому найбільше визначають стан здоров'я такі демографічні характеристики як вік та стать, а також СЕД, серед яких провідними є стан зайнятості та доступність та якість харчування. Важливими є також умови довкілля в якому проживає населення, що у свою чергу значною мірою залежить від його добробуту.

Меншою мірою, ніж попередній блок, але також суттєво обумовлюють стан здоров'я спосіб життя ($\approx 33\%$) та умови РПЖ ($\approx 26\%$). У першому випадку це рухова активність та розвиток соціального капіталу. Хоча роль останнього не однозначна. З одного боку ті, хто більше надають перевагу спілкуванню на особисті теми із сусідами, друзями, знайомими, а також відвідають заклади культури, а це переважно жінки, мають краще здоров'я. З іншого боку ті, хто приділяє багато уваги ознайомленню з суспільно-політичними питаннями у пресі, Інтернеті, по радіо або телебаченню, а це переважно чоловіки мають здоров'я гірше. Це скоріш за все, пов'язано з тим, що під час перегляду новин, які часто є негативними, людина може отримати стрес, що негативно позначається на її стані здоров'я.

Отримана модель є також черговим доказом суттєвого впливу на стан здоров'я умов РПЖ. Відвідування спортивних секції та гуртків, санаторіїв та таборів відпочинку, добре харчування є запорукою гарного здоров'я у дорослому житті.

6.2. Методологічні засади розрахунку композиційного індексу стану здоров'я та визначення характеристик нерівності груп населення за рівнем здоров'я.

Існуючи напрацювання у розробці методики інтегрального оцінювання здоров'я як серед українських так і серед зарубіжних науковців враховують переважно або показники захворюваності, або долучають до них показники смертності, очікуваної тривалості життя, народжуваності, тобто медико-демографічні показники. Аналіз причинно-наслідкових зав'язків між показниками здоров'я населення та детермінантами, які можуть його визначати, свідчить що значною мірою стан здоров'я населення залежить від якості соціально-економічних детермінант та детермінант, які від них залежать: добробут, освіта, соціальний капітал, спосіб та якість життя, у. т. ч умови проживання, доступності та якості медичних товарів та послуг тощо. Класичні інтерпретації розрахунку інтегрального індексу здоров'я по суті є лише констатацією факту поганого або доброго стану здоров'я населення і не відображають причин, які його зумовлюють. Тому важливим є комплексне інтегральне оцінювання, яке поряд із станом здоров'я враховуватиме детермінанти, які його визначають або визначають нерівність у здоров'ї населення.

Перші методологічні розробки інтегрованої оцінки стану здоров'я населення з'явилися у середині минулого сторіччя. Вдосконалення принципів і методів, підбір показників цієї оцінки стали важливим напрямом демографічних, соціологічних, економічних та медичних досліджень. Найбільш популярним стала побудова інтегральних показників здоров'я населення з використанням класичного апарату таблиць дожиття, які дозволяють давати комплексну оцінку втрат населення, як внаслідок недожитих років, так і з урахуванням років життя, прожитих в станах неповного здоров'я (інвалідності), об'єднуючи інформацію не тільки про кількість проживаючих, в середньому років, але і про їхню якість з урахуванням обмежень в активності, які пов'язані із захворюваннями, травмами і природним процесом старіння. У 1971 році експертами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) розроблено вимоги до інтегральних показників оцінки

здоров'я населення задля обґрунтованого застосування інтегральної оцінки як критерію для порівняння здоров'я серед великих сукупностей населення і оцінки ефективності державних заходів щодо зміцнення і збереження здоров'я.

У цьому контексті вважаємо за доцільне поєднання у формуванні індексу стану здоров'я двох складових за якими воно вимірюється.

Відповідно до принципів, розвиненими в даному дослідженні, індекс стану здоров'я (далі – ІСЗ) пропонується визначати на мікрорівні – на рівні окремої особи – як стандартизовану величину, виміряну у безперервній шкалі так, що значення 0 відповідає найнижчому рівню здоров'я, а значення 1 – найвищому рівню здоров'я.

Такий підхід до побудови індексу дає можливість використати усі переваги, що надаються можливістю використання мікроданих, і спрямований, насамперед, на забезпечення можливості:

- оцінки ІСЗ для будь-якої групи осіб, визначених такими ознаками, як стать, регіон проживання, тип місцевості, рівень освіти, рівень життя;
- оцінки та порівняння показників нерівності за станом здоров'я за будь-якими групами осіб, визначених зазначеними ознаками.

Водночас слід зазначити, що аналіз величини ІСЗ для окремої особи, або порівняння рівнів ІСЗ для окремих осіб не має сенсу.

ІСЗ визначається для кожної особи як композиційний індекс, який складається з індексу індивідуального здоров'я особи (ІІЗ) та індексу тривалості життя особи (ІТЖ) за узагальненою формулою:

$$ICZ = \alpha \cdot IIZ + (1 - \alpha) \cdot ITJ, \quad (7.1)$$

де α – ваговий коефіцієнт.

Індекс індивідуального здоров'я (ІІЗ) визначається для кожної особи на основі даних обстежень (вибіркових або суцільних), зокрема шляхом вимірювання характеристик захворюваності, самооцінки рівня здоров'я особою тощо. У найпростішому випадку це може бути лише показник самооцінки особою рівня

власного здоров'я. При цьому важливим є можливість визначення декількох (чим більше тим краще) категорій рівня здоров'я. На основі декількох характеристик рівні здоров'я визначаються за наявністю хронічних хвороб, їх серйозністю, рівнів самооцінки тощо. Як зазначалося, стандартизація *ІЗ* здійснюється так, що значення 0 відповідає найнижчому рівню здоров'я особи, а значення 1 – найвищому рівню її здоров'я.

Індекс тривалості життя (ІТЖ) визначається як вік особи плюс очікувана тривалість життя у цьому віці, з урахуванням статі та типу місцевості. Максимальна тривалість життя приймається рівною 100 років. Мінімальна – 67 років. Таким чином, при стандартизації цього показника отримуємо значення 1 (максимальний рівень здоров'я за цим показником) для всіх осіб чия розрахункова тривалість життя становить 100 років і більше. Значення 0 відповідає очікуваній тривалості життя при народженні хлопчиків у сільській місцевості.

За методологією побудови *ІСЗ* об'єднує індивідуальне і загальне: індивідуальні характеристики здоров'я особи і загальні характеристики всієї сукупності осіб з урахуванням їх статі і умов проживання у конкретній країні. Слід очікувати, що з віком *ІЗ* буде мати тенденцію до зниження, а ІТЖ, навпаки до збільшення. Відповідно, композиційний індекс *ІСЗ* урівноважує ці тенденції і, таким чином, достатньо адекватно відображає стан здоров'я особи на основі потенційних (очікуваних) процесів і фактично досягнутого віку у конкретній країні.

Ваговий коефіцієнт α може визначатися з різних умов. В залежності від мети використання *ІСЗ*, важливості складових *ІСЗ* за думкою експертів, точності визначення кожної зі складових (більш точна характеристика має більшу вагу) та ін. З практичних міркувань доцільним є щоб ваговий коефіцієнт змінювався і інтервалі від 0,1 до 0,9. У граничному випадку, коли немає даних щодо індивідуальних характеристик здоров'я особи, $ІСЗ = ІТЖ$.

На основі індивідуальних значень *ІСЗ* (вірніше на основі розподілу цих значень за одиницями сукупності) визначаються характеристики нерівності за станом здоров'я. Такими характеристиками можуть бути індекс Джині (визначений

за даними мікрорівня або на основі децільного розподілу ІСЗ, децільний коефіцієнт, квінтильний коефіцієнт, ентропійні індекси тощо.

Розглянемо приклади розрахунку та використання індексів та характеристик нерівності для населення України. Індивідуальні характеристики здоров'я визначаються за даними вибіркового обстеження «Європейське соціальне дослідження», проведеного Інститутом соціології НАН України у 2014 р. При цьому для кожної особи встановлено п'ять рівнів здоров'я за самооцінкою. Відповідно стандартизовані значення ІІЗ дорівнюють 0,0; 0,25; 0,50; 0,75; 1,0.

Індекс тривалості життя визнається на основі віку обстеженої особи та очікуваної тривалості життя для цього віку у відповідності до моделі смертності. Як зазначалося стандартизація показника здійснюється за формулою:

$$ІТЖ = \frac{\text{вік} + \text{очікувана тривалість життя} - 67}{100 - 67}, \quad (7.2)$$

де 67 років, це очікувана тривалість життя при народженні, 100 років – вік (тривалість життя) за якого ІТЖ приймає значення 1, тобто приймається, що якщо вік + очікувана тривалість життя дорівнює або перевищує 100 років ІТЖ дорівнює 1.

На цьому етапі доцільно прийняти α рівним 0,5, тобто надати обом складовим індексу однакову складову.

На рис. 6.4 наведено дані, що ілюструють, особливості зміни індексів за віковими групами осіб з урахуванням їх статі.

З'ясовано, що як для чоловіків, так і для жінок ІІЗ має достатньо високі значення у молодому віці (15-24 роки), але з віком він суттєво знижується: у чоловіків до значення 0,39 у віці 75 років і старших, а у жінок до 0,33 у цьому ж віці. Це пов'язано із зниженням рівня самооцінки власного здоров'я, яка, як правило є завищеною у молодому віці і заниженою у віці старшому. Особливо занижувати самооцінку стану власного здоров'я мають жінки. Тому ІІЗ у них нижчий.

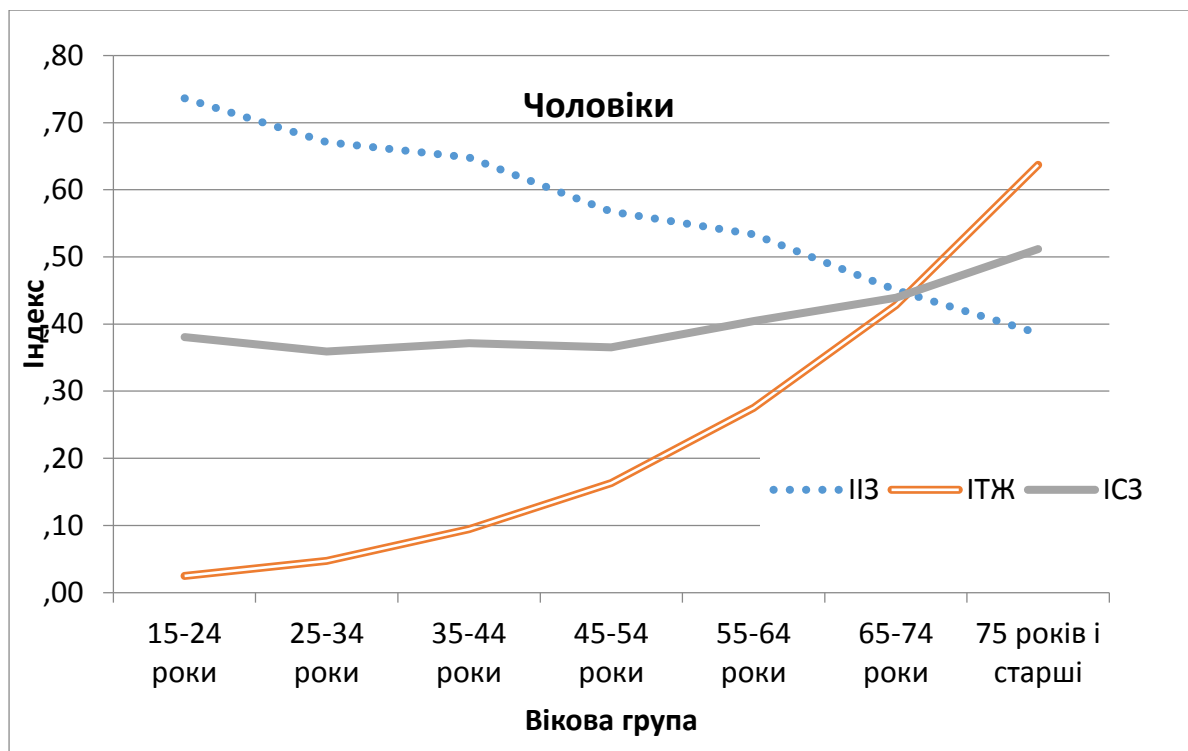


Рис. 6.4.1. Індеси стану здоров'я чоловіків за віковими групами

Джерело: власна розробка автора

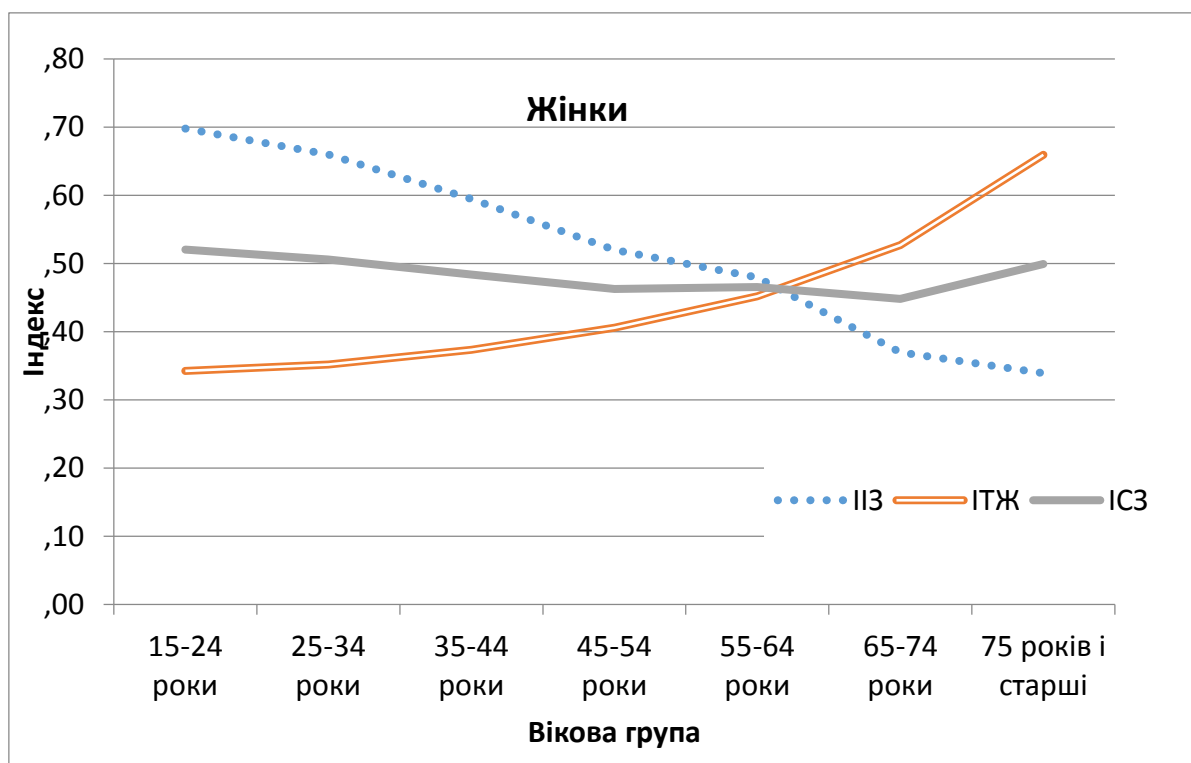


Рис. 6.4.2. Індеси стану здоров'я жінок за віковими групами

Джерело: власна розробка автора

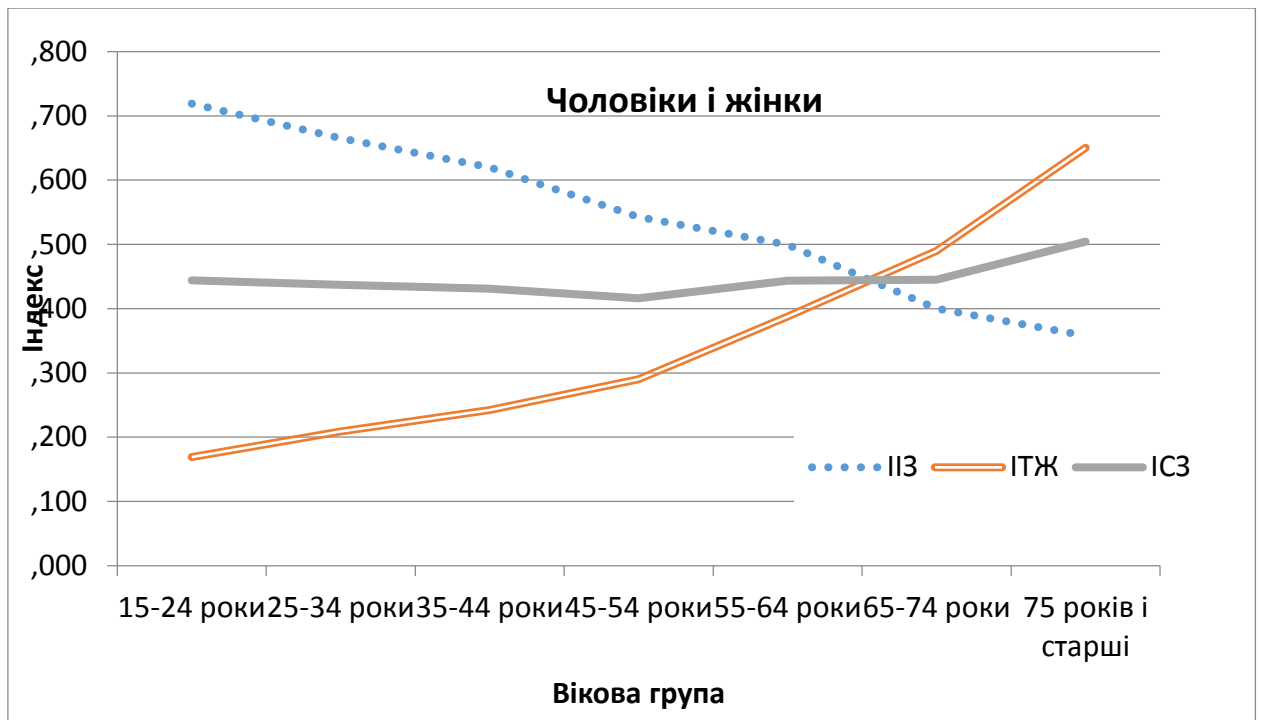


Рис. 6.4.3. Індеси стану здоров'я чоловіків та жінок за віковими групами

Джерело: власна розробка автора

ІТЖ навпаки, має тенденцію до зростання. В результаті у чоловіків у віці 65-74 роки, а у жінок у віці 55-64 роки ІТЖ та ІІЗ, а також ІСЗ мають однакові значення. ІСЗ розраховується як середнє між ІІЗ та ІТЖ. Вважаємо, що таке поєднання індикаторів макрорівня (СОТЖ) та мікрорівня (індивідуальна самооцінка людиною стану свого здоров'я, дає найбільш повну картину стану здоров'я та може служити вихідним атрибутом для визначення напрямів політики щодо збереження та покращення стану здоров'я.

Так, за проведеними розрахунками ІСЗ чоловіків в Україні нижчий за жінок, незважаючи на те, що за офіційною статистикою, дані якої вже піддавались сумніву у попередніх розділах свідчать про те, що захворюваність вища в чоловіків. Причому ІСЗ у чоловіків стабільно низький у працездатному віці, що свідчить про необхідність вагомих кроків щодо виявлення причин цього явища та їх усунення. Частково про це також йшла мова у попередніх розділах, коли здійснювалось оцінювання впливу СЕД на стан здоров'я чоловіків.

Характеристики нерівності. Криві Лоренца наведені на рис. 6.5. та 6.6. Вони також підтверджують те, що нерівність у стані здоров'я існують та більш негативно

ця нерівність позначається на чоловіках, ніж на жінках. Також необхідно наголосити, хоч і на не суттєвих, але наявних регіональних нерівностях у стані здоров'я населення в Україні.

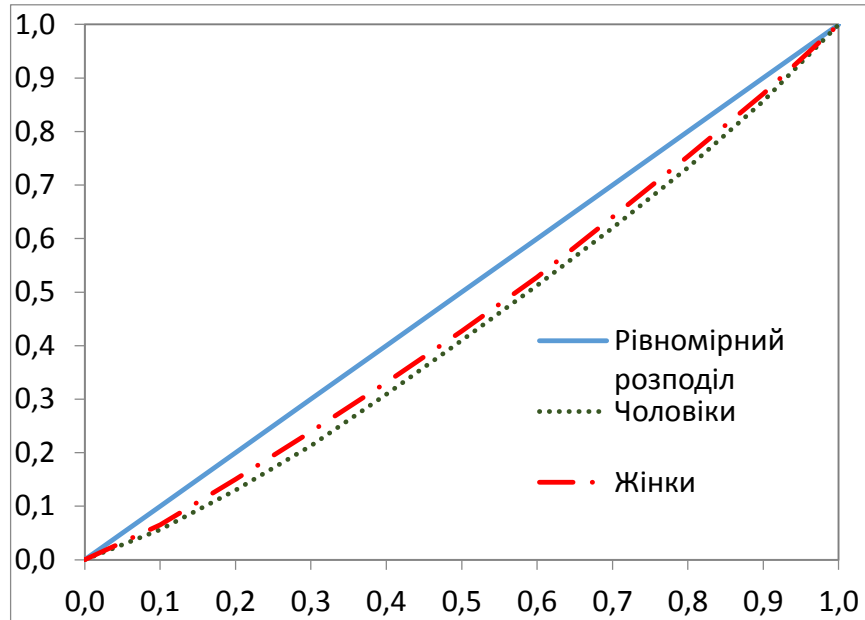


Рис. 6.5. Криві Лоренца, які характеризують гендерну нерівність у стані здоров'я населення України

Джерело: власна розробка автора

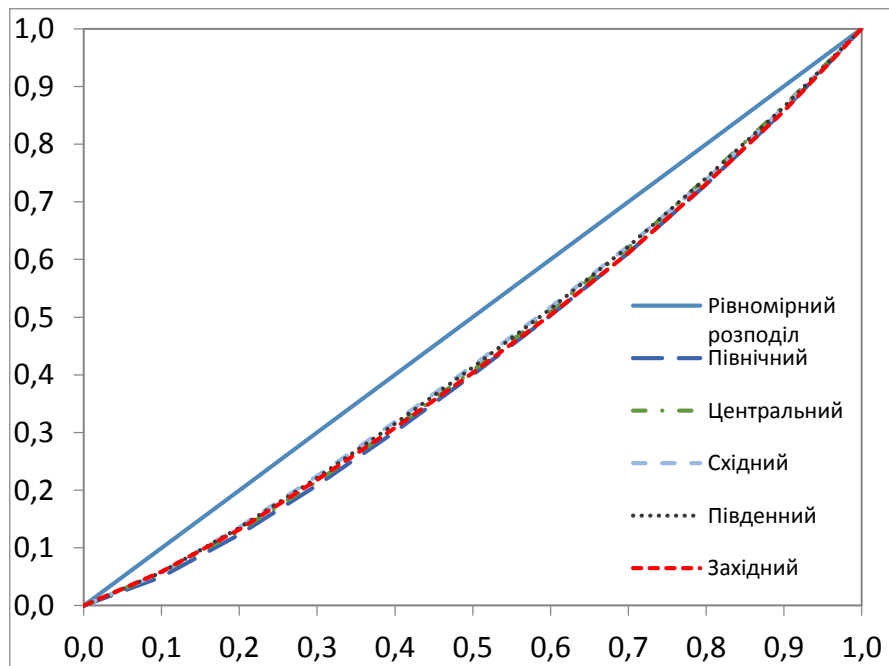


Рис. 6.6. Криві Лоренца, які характеризують територіальну нерівність у стані здоров'я населення України

Джерело: власна розробка автора

Інші розрахунки доводять, що як в середині статевих груп, так і в межах окремих регіонів також існують нерівності у стані здоров'я (рис. 6.7).



Рис. 6.7. Індеси Джині за статтю та економіко-географічними районами України

Джерело: власна розробка автора

Так, показники розшарування за індексом Джині більше серед чоловіків (0,134), ніж серед жінок (індекс Джині – 0,102). Тобто це означає, що у серед різних груп чоловіків стан здоров'я відрізняється суттєвіше, ніж серед жінок.

За територіальною ознакою найвищі показники нерівності зафіксовані у північному (індекс Джині 0,145) та західному (0,138) економіко-географічних районах, тоді як найнижчими є показники у східному (0,123). Така ситуація пояснюється тим, що у північному районі знаходиться м. Київ, де більшість показників стану здоров'я є кращими, ніж в інших регіонах країни, та інших частинах північного району зокрема. У західному районі висока нерівність пояснюється високою часткою у структурі населення тих, хто мешкає у сільській місцевості, стан здоров'я якого гірший.

Для підтвердження або спростування отриманих даних здійснено розрахунок децильних коефіцієнтів за станом здоров'я (рис. 6.8). Вони засвідчили наявність такої нерівності. Крім цього, за децильними коефіцієнтами, ця нерівність ще більша, особливо серед чоловіків, а також у межах північного району, порівняно із іншими регіонами України.



Рис. 6.8. Децильні коефіцієнти (співвідношення ІСЗ для 10-ої та 1-ої децильних груп) за статтю та економіко-географічними районами.

Джерело: власна розробка автора

Крім гендерних та регіональних відмінностей у значеннях ІЗ, ІТЖ та ІСЗ виявлено нерівності у їх значеннях й за іншими ознаками (табл. Ф.1., дод. Ф).

Зокрема, хоч і не суттєві, є відмінності у показниках індексів здоров'я за типом поселень. Так, найвищий ІСЗ серед населення великих міст, найгірший – серед населення сільської місцевості, що підтверджує результати наведені у п. 6.1.

Виявлено закономірності між рівнем задоволеності доходом та змінами індексів здоров'я. Особливо чітку тенденцію до скорочення із зниженням самооцінки достатності доходу має ІЗ. ІТЖ за цією ознакою також скорочується. В результаті ІСЗ серед тих, хто живе комфортно за існуючого доходу складає 0,4737, серед тих, хто за існуючого доходу відчуває серйозні матеріальні труднощі – 0,382. Має значення і джерело доходу, адже від цього залежить його розмір. Найкращий

показник ІСЗ серед тих респондентів, які мають дохід від інвестицій, заощаджень, страхування або власності – 0,4638. Найгірший – 0,3622 серед тих, хто отримує пенсію або будь-які інші види соціальної допомоги чи дотації, стипендії – 0,3739.

ІСЗ змінюється також від рівня задоволеності життям в цілому. Ця задоволеність не завжди залежить від величини доходу, але з приблизно із такими самими закономірностями впливає на стан здоров'я. Серед тих, хто дуже незадоволений життям ІСЗ становить 0,3902, а серед тих, хто дуже задоволений – 0,5186. Суттєвих відмінностей у показниках ІСЗ між особами із різним шлюбним станом не виявлено.

Таким чином, проведені розрахунки індексів, які характеризують здоров'я населення як на основі їх індивідуальної самооцінки, так і макропоказника СОТЖ, виявили певні закономірності, які дозволяють більш ґрунтовно оцінити вплив СЕД на стан здоров'я населення. Зокрема політика в галузі охорони здоров'я має враховувати:

- статеві особливості (з акцентом на покращення СЕД і стану здоров'я чоловіків);
- тип поселення (з особливою увагою на покращення СЕД здоров'я населення сільської місцевості);
- регіональні нерівності у стані здоров'я населення (посилення уваги на причинах нижчих показників індексів здоров'я північного та східного районів);
- зростання доходів населення, насамперед шляхом підвищення розміру оплати праці та пенсій, зменшення кількості соціальних допомог і субсидій з одночасним збільшенням їхнього обсягу та посилення адресності.

6.3. Базисні принципи політики забезпечення соціальної справедливості у сфері охорони здоров'я

Політика на досягнення соціальної справедливості у сфері охорони здоров'я може бути ефективною лише за умови, якщо вона ґрунтується на певних

концептуальних положеннях, які забезпечують її реалізацію на практиці у довготривалій перспективі. Насамперед необхідно чітко сформулювати мету та завдання, які повинні мати не тільки короткотривалий, але й обов'язково довготривалий характер. Бачення довготривалої перспективи має враховувати основні статистичні тенденції й об'єктивні прогнози щодо ймовірної ефективності такої політики та виходити за межі змін лише у медицині. По-перше, треба розуміти, яким ми бачимо майбутнє країни і яка роль при цьому має відводитися системі охорони здоров'я.

По-друге, політика має охоплювати все суспільство, здійснюватися на макро- мезо- та макрорівні і враховувати потреби різних соціально-економічних та демографічних груп населення.

По-третє, така політика повинна мати інноваційний характер, відповідати прогресивним світовим тенденціям зміцнення і збереження здоров'я та подоланню застарілих методів управління системою охорони здоров'я, методів оцінювання стану здоров'я населення й підходів до здоров'я населення загалом. Це потребує інноваційних підходів як у науковій, так і у практичній сферах, розширення меж дослідження даних про здоров'я, у т. ч. у напрямку СЕД, що визначають його стан.

На підставі результатів проведеного аналізу можна зробити висновки про те, що тісні взаємозв'язки існують між станом здоров'я населення України та СЕД. При цьому доцільно вести мову про вагомні економічні й соціальні причини для збереження а зміцнення стану здоров'я населення, з одного боку, і про те, що поліпшення здоров'я та скорочення нерівності щодо здоров'я значною мірою залежать від економічних і соціальних умов – з другого. Крім цього дослідження здоров'я населення крізь призму СЕД виходять за межі традиційних підходів і дозволяють розробити альтернативні, більш ефективні, напрями політики охорони здоров'я.

Політика і програми у сфері охорони здоров'я населення сприяють економічному зростанню та підвищенню продуктивності. Гарне здоров'я дає змогу дітям добре навчатись у школі. Воно сприяє більш високій продуктивності праці у

дорослому житті, що, своєю чергою, посилює економічне зростання. Зайнятість серед здорових громадян, порівняно із нездоровими, також вища. Здорове населення потребує менше державних витрат на підтримання добробуту, соціального обслуговування, охорону здоров'я та безпеку тощо. Тобто стан здоров'я населення України залежить від здоров'я кожного з громадян країни.

Гарне здоров'я є не лише ключовим чинником економічного зростання. Стратегія на формування здоров'я всіх громадян (здорової нації) має серед інших соціальну мету – досягнення відповідальності суспільства в цілому. Здоров'я є однією з основних потреб людини і, отже, основним правом людини. Гарне здоров'я має важливе значення для окремих осіб і суспільства загалом. Таким чином, підтримання здоров'я має відбуватися на всіх етапах життя людини: від зачаття, дитинства до зрілого віку і аж до глибокої старості. При цьому держава повинна сприяти розвитку СЕД, розширенню прав і можливостей окремих осіб, громад і товариств для створення і підтримки умов, необхідних для того, щоб люди прожили своє життя в доброму здоров'ї. Це одне з основних завдань, яке можна вирішити тільки за допомогою загальнодержавної відповідальності за стан здоров'я та посилення заходів на скорочення нерівності щодо здоров'я в усіх складниках політики (освіта, соціальні та культурні послуги, економічна політика, екологічна політика, оподаткування тощо).

За авторським баченням, враховуючи вищевикладені теоретичні та практичні результати, що доводять важливість формування політики охорони здоров'я з урахуванням СЕД, які його визначають зменшення нерівності щодо здоров'я населення може бути досягнуто лише на основі міжсекторального підходу, який визнає багатовимірний характер проблеми. Таким чином, для зменшення нерівності щодо здоров'я потрібне застосування додаткових дій у сфері державної політики за межами охорони здоров'я, таких як скорочення бідності, збільшення соціальної підтримки, розвиток громад, та вжиття інших заходів, які сприятимуть зміцненню здоров'я населення. Вироблення такого підходу в Україні доцільне з урахуванням положень, які запропоновані Оттавською хартією [401], Алма-

Атинською [402] та Ріо-де-Жанейрівською [403] деклараціями, де стверджується, що для поліпшення стану здоров'я населення, особливо найбільш вразливих його груп, необхідне об'єднання зусиль суспільства загалом, урядових і громадських інститутів.

Найбільше на цьому наголошено в Оттавській хартії, де зазначено, що здоров'я є позитивною концепцією, насамперед де акцентується увага на соціальних та особистісних ресурсах, а також фізичних можливостях. Передумови та перспективи для здоров'я не можуть бути забезпечені тільки сектором охорони здоров'я, оскільки заохочення до збереження здоров'я потребує скоординованих дій усіх зацікавлених сторін: уряду, працівників сфери охорони здоров'я та інших соціальних та економічних секторів, неурядових і добровільних організацій, місцевих органів влади, представників бізнесу, засобів масової інформації тощо. Люди в усіх сферах життя залучені до діяльності як особистості, сім'ї та спільноти. Професійні та соціальні групи та медичний персонал несуть основну відповідальність за посередництво між різними інтересами в суспільстві для охорони здоров'я [404].

Основними передумовами (умовами та ресурсами), які є життєво важливими для поліпшення здоров'я, за Оттавською хартією визначені такі (табл. 6.2):

1. *Мир*. Необхідно констатувати, що для України питання миру є надзвичайно гостре від 2014 р. і до теперішнього часу через військову агресію Росії. Війна не тільки забирає сотні життів, підриває фізичне і психічне здоров'я насамперед тієї частини населення, що мешкає у районі бойових дій, а також українських військових, вона надзвичайно ускладнює політичну, фінансово-економічну та соціальну ситуацію в країні. Великий обсяг коштів, які можна спрямувати на соціальні потреби, витрачаються на забезпечення обороноздатності країни. Отже, без досягнення миру в Україні складно забезпечити максимально позитивні результати у збереженні здоров'я населення.

Таблиця 6.2

**Передумови збереження та зміцнення здоров'я населення
(за Оттавською хартією) для України**

Передумови поліпшення здоров'я	Українські реалії
1. Мир	Не дотримано через військову агресію Росії (з 2014 р.)
2. Притулок (житло)	Дотримано частково. Не всі громадяни мають притулок. Офіційна чисельність бездомних – 30 тис. (стоять на обліку). Неофіційна – 200 тис. осіб.
3. Освіта	Дотримано в частині середньої та вищої освіти. Дотримано частково в частині санітарної грамотності
4. Їжа (харчування)	Дотримано більшою мірою. Недостатня доступність деяких продуктів харчування, насамперед фруктів та м'яса і м'ясних виробів.
5. Дохід	Більшою мірою не дотримано. Через низький рівень доходів населення рівень бідності становить 30–60% (за різними підрахунками)
5. Стабільна екосистема	Дотримано частково. Частина показників забруднення довкілля є високими, особливо атмосферного повітря
6. Соціальна справедливість	Більшою мірою не дотримано. Насамперед через несправедливий розподіл соціальних благ та доходів.

Джерело: власна розробка автора на основі [401]

2. *Притулок.* Чисельність тих осіб, які в Україні не мають притулку чи постійного місця проживання, точно не відома через обмеженість обліку. З даними Управління інтегрованих соціальних послуг Міністерства соціальної політики, у 2017 р. нараховувалось 30 тис. безпритульних [404]. Однак, за даними соціопитувань, їхня чисельність може досягти до 200 тис. осіб. Цей показник у відносному виразі не вищий від аналогічних середньоєвропейських, проте в абсолютному значенні є високим. Враховуючи ситуацію на сході країни процес безпритульності може тільки посилюватися. Крім цього, сучасна безпритульність в Україні переважно не маргінальна, спричинена способом життя особистості, що та можна трактувати як певний індивідуальний вибір, а є соціально-економічним наслідком, підсумком бідності. Відповідно в такому бідному суспільстві, як українське, ризик безпритульності є високим для значної частини населення [405].

При цьому частина безпритульних потребує особливої підтримки з боку держави, передусім через стан здоров'я, який у більшості з них незадовільний.

3. *Освіта*. Високий рівень грамотності населення України, з одного боку, дає підстави стверджувати, що освіта є вагомим підґрунтям для збереження та зміцнення здоров'я. Однак з іншого боку, рівень санітарної грамотності значної частини населення країни, з огляду на описані у 5 розділі причини, залишається невисоким і свідчить про необхідність активізації діяльності держави у цьому напрямку.

4. *Їжа (харчування)*. Висновки, наведені у п. 6.4. доводять, що існують певні проблеми із доступністю та якістю харчування значної частини населення України. Недоступними насамперед залишаються фрукти та м'ясо і м'ясні вироби, особливо для населення нижчих дохідних груп. Крім цього, існує проблема якості харчових продуктів, що насамперед пов'язано із недостатнім контролем.

5. *Дохід*. За останні десятиріччя в Україні відбувались значні коливання у рівні доходів населення. Останнє суттєве зменшення рівня доходу, яке зумовило зростання бідності населення, відбулось у 2014–2015 рр. На даний час за різними оцінюваннями, рівень бідності становить від 30 до 60%, що впливає на стан здоров'я населення як безпосередньо, так і опосередковано через інші детермінанти (доступність харчування, житла, освіти, медичних товарів та послуг) (п. 5.2).

6. *Стабільна екосистема*. Структура та функція екосистеми України за останні 30 років не зазнали кардинальних змін. При цьому відбувається поступове погіршення складових екосистеми при практично відсутньому процесі відновлення. Погіршення екологічної ситуації негативно відображається на стані здоров'я населення України, про що описано у п. 6.2. Про це також наголошено у Законі України «Про Основні засади (стратегію) державної екологічної політики України на період до 2020 року». Зокрема, зазначено, що низька порівняно з країнами Європи СOTЖ в Україні зумовлена забрудненням довкілля внаслідок провадження виробничої діяльності підприємствами важкої промисловості [406].

7. *Соціальна справедливість*. Реалізація принципу соціальної справедливості в суспільстві означає, що здійснюється справедливий розподіл: діяльності, доходів; праці; соціальних благ (прав, можливостей, влади), винагород, визнань,

рівня і якості життя, інформації та культурних цінностей [407], а також доступності та якості медичних товарів і послуг, які є невід'ємною частиною забезпечення рівності у стані здоров'я населення.

Для забезпечення соціальної справедливості Україна має бути повноцінною соціальною, правовою та демократичною державою, оскільки зараз вона лише на шляху до цього. Основними напрямками утвердження соціальної справедливості в Україні мають бути такі: розширення політичної та економічної демократії, докорінне поліпшення соціально-політичного управління суспільством; зростання активності громадських організацій, розширення місцевого самоврядування, зміцнення правової основи суспільних відносин; залучення громадян до соціального управління [408]. Такі заходи дають змогу забезпечити рівні можливості для здорового життя кожної людини.

Тому основною метою політики у сфері охорони здоров'я має стати поліпшення стану і скорочення нерівності щодо здоров'я населення України, його збереження та зміцнення через покращення СЕД, організацію національної системи охорони здоров'я і поліпшення якості медичного обслуговування відповідно до міжнародних стандартів та рекомендацій ВООЗ (рис. 6.9).

Відповідно до мети основними завданнями наведеної вище політики є:

1. Створення ефективного механізму управління національною системою охорони здоров'я.
2. Визначення пріоритетних напрямів розвитку сфери охорони здоров'я на національному і регіональному рівнях (з урахуванням стану здоров'я і специфіки СЕД).
3. Скорочення нерівності у стані здоров'я населення.
4. Забезпечення умов для поліпшення СЕД здоров'я населення.
5. Створення надійної єдиної електронної бази даних про стан здоров'я населення і СЕД.
6. Формування ефективної, доступної системи медичної допомоги, яка б включала обов'язкове медичне страхування.

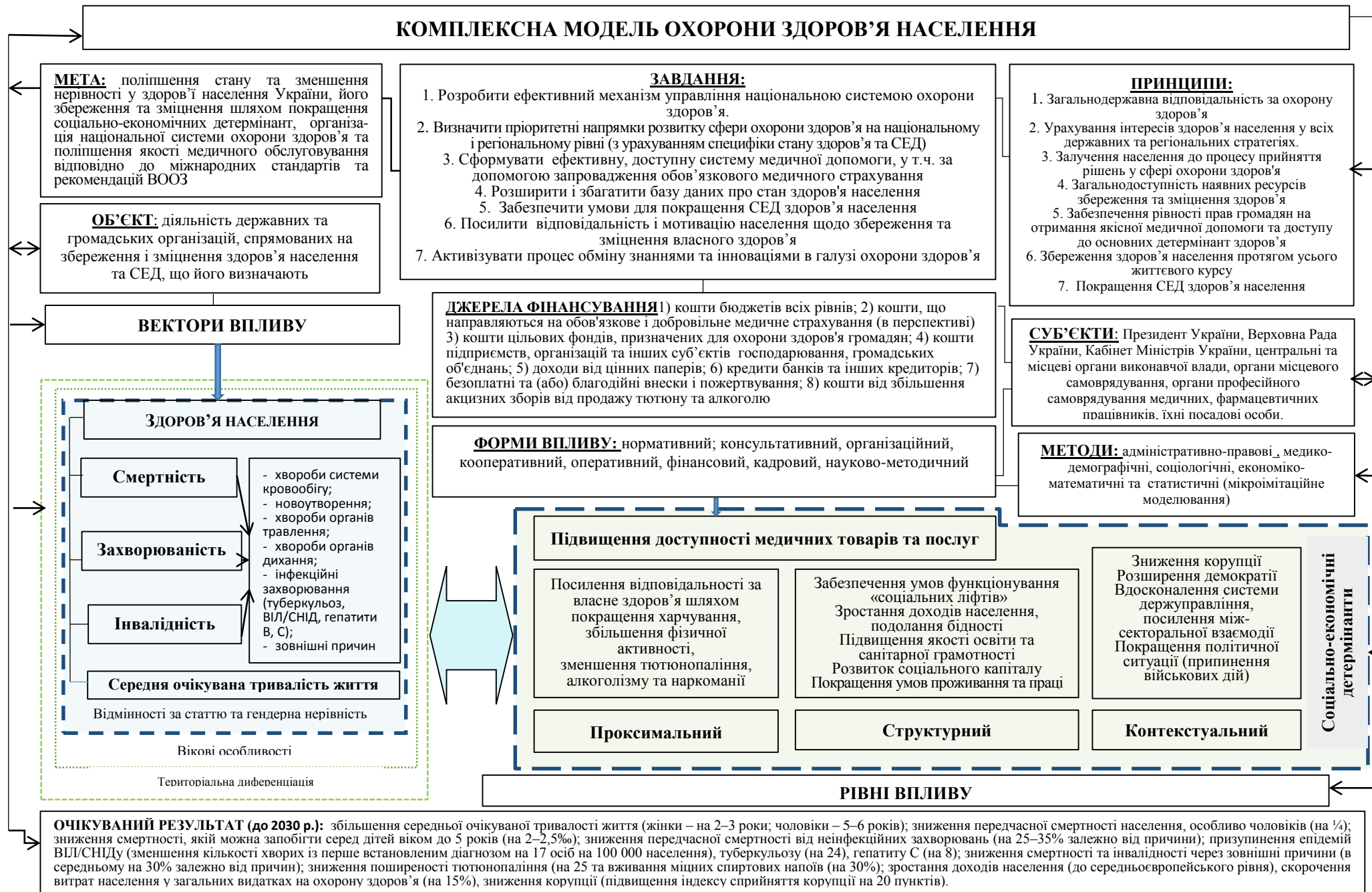


Рис. 6.9. Комплексна модель охорони здоров'я населення

Джерело: власна розробка автора

7. Посилення відповідальності й мотивації щодо збереження та зміцнення здоров'я серед населення.

8. Активізація процесу обміну знаннями й інноваціями у сфері охорони здоров'я.

Загалом дотримання вище наведених передумов є надійним фундаментом для збереження та зміцнення стану здоров'я населення. Це можливе за умови використання *мультисекторального підходу* до формування політики охорони здоров'я та її реалізації на державному, регіональному та місцевому рівнях, адже дії у сфері міжсекторального стратегічного управління рідко забезпечують необхідний ефект, якщо вони здійснюються ізольовано: потрібні дії одночасно на декількох рівнях.

Має бути дотриманий **принцип загальнодержавної відповідальності за охорону здоров'я**, що передбачає, що система державного управління на всіх рівнях при виробленні політики у сфері законодавчого регулювання, в соціальній сфері та в економіці найсерйознішим чином враховувала наслідки для здоров'я.

Міжсекторальне стратегічне керівництво має забезпечити врахування інтересів здоров'я у всіх стратегіях, пов'язаних з охороною здоров'я. Врахування інтересів здоров'я у всіх стратегіях є одним з основних підходів до вирішення завдання впливу на СЕД здоров'я населення [409]. Для України міжсекторальний підхід означає спільні зусилля між усіма суб'єктами, відповідальними за стан здоров'я населення: органами законодавчої та виконавчої влади, органами місцевого самоврядування та безпосередньо населенням. Важливу роль мають відіграти науково-дослідні установи. Взаємодія взаємопов'язана не тільки із реалізацією заходів, які безпосередньо мають вплив на стан здоров'я населення та пов'язані з фінансовим, технічним, кадровим та іншим забезпеченням системи охорони здоров'я. Необхідною передумовою для збереження та зміцнення стану здоров'я населення країни є вплив на покращення СЕД здоров'я усіх вищеперелічених суб'єктів. На рис. 6.10 представлено основних суб'єктів, які несуть відповідальність за охорону здоров'я. З одного боку, через таку велику кількість суб'єктів можуть виникнути складнощі з узгодженням їхній дій. Однак, з

іншого боку, тільки за умови спільних дій може бути досягнуто високий ефект щодо збереження та зміцнення здоров'я населення України.

Наступний принцип, який логічно випливає з попереднього, – це **врахування інтересів здоров'я населення у всіх державних і регіональних стратегіях**. Як першочергові заходи збереження та зміцнення стану здоров'я населення можна використовувати стратегії, які формують СЕД здоров'я або разом з іншими стратегіями сприяють їхньому формуванню. Прикладами таких стратегій можуть бути стратегії, в яких визначені цілі є загальними як для охорони здоров'я, так і для інших стратегічних сфер, таких як зайнятість, освіта, житлово-комунальне господарство, транспорт, екологія культури, фізкультури та спорту й ін.

Галузеві нормативні правові акти та державні програми, які регулюють розвиток цих сфер, мають передбачати заходи, спрямовані на збереження і зміцнення здоров'я. Необхідний чіткий розподіл ролей і функціональних обов'язків міністерств, відомств та органів місцевого самоврядування з питань охорони та зміцнення здоров'я населення. При цьому всі програми зміцнення здоров'я мають реалізовуватися з урахуванням зворотного зв'язку між секторами і партнерами на всіх рівнях.

Частина стратегій (програм) може реалізовуватись поза сектором охорони здоров'я і поза органами державного управління. Ці стратегії мають базуватися на структурах і механізмах, що забезпечують співпрацю.

В Україні цей принцип реалізовується недостатньо. Зокрема, в Стратегії національної безпеки України, ухваленій у 2015 р., про здоров'я населення згадується лише опосередковано у контексті забезпечення екологічної безпеки: «Україна вживатиме заходів щодо забезпечення біобезпеки, унеможливлення поширення небезпечних інфекційних захворювань...» [410]. Вважаємо, що покращення стану здоров'я населення має бути одним із пріоритетних завдань державної політики національної безпеки України, основним чинником стабільності та добробуту суспільства. Поділяємо думку Н. Рингач, що «... проблеми, пов'язані зі здоров'ям, можуть поставити під загрозу можливість створення конкурентоспроможної економіки, захист державного суверенітету і розвиток громадянського суспільства» [37, с. 7].

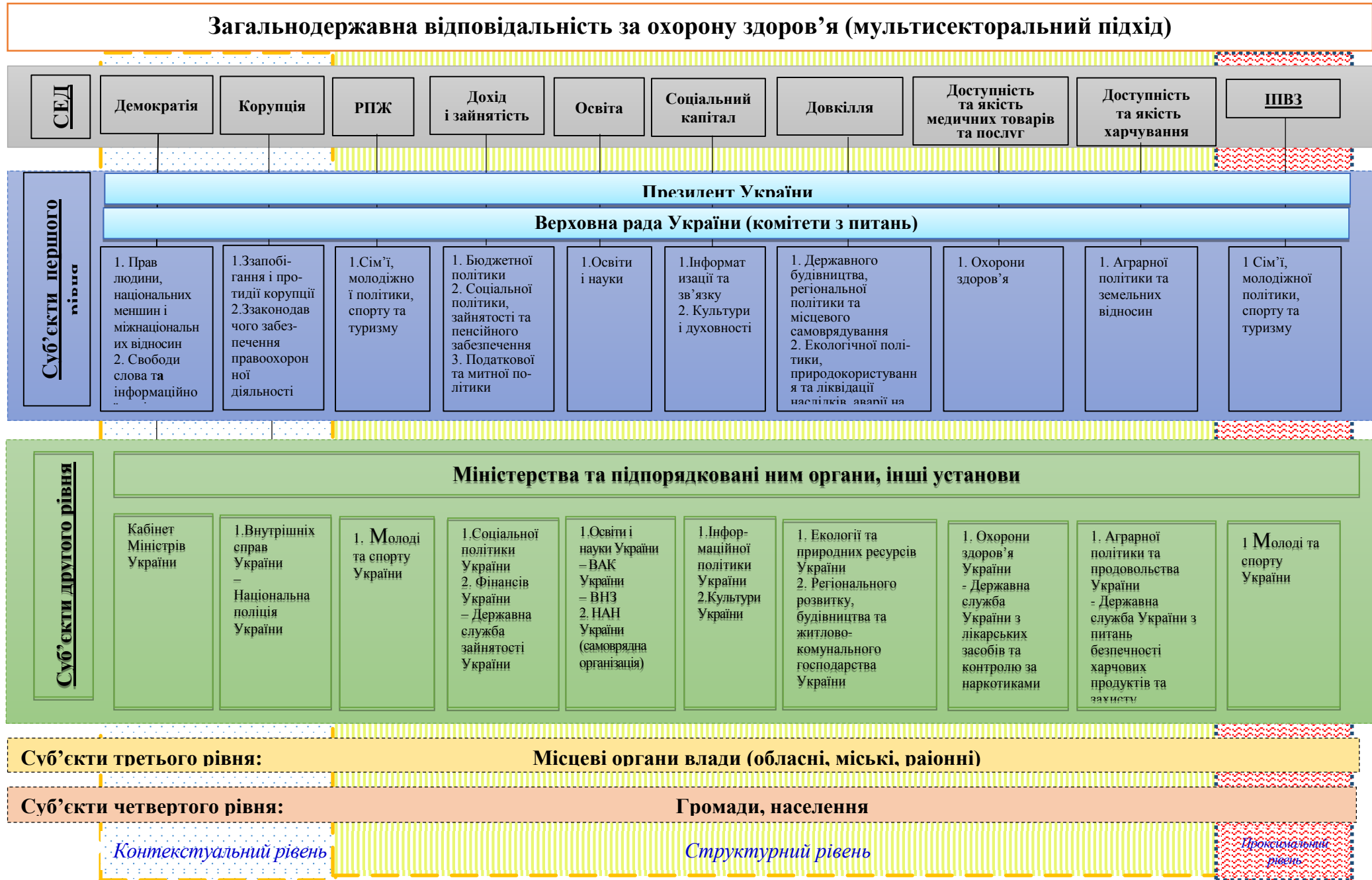


Рис. 6.10 . Загальнодержавна відповідальність за охорону здоров'я (мультисекторальний підхід)

Джерело : власна розробка автора

Відсутні також питання збереження і зміцнення здоров'я в Національній стратегії реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017–2026 роки [411], Антикорупційній стратегії на 2014–2017 роки та проекті нової на 2018–2020 рр. [412; 413] та інших документах.

Разом з цим, необхідно зазначити, що, на відміну від попередніх двох десятиріч, за останній період в Україні прийнято низку стратегій та концепцій, де враховано сучасний незадовільний стан здоров'я населення і необхідність його покращення, у тому числі які мають міжсекторальний характер:

– Стратегія сталого розвитку «Україна – 2020», у якій визнано, що підвищення безпеки життя та здоров'я людини неможливо без ефективної медицини, захищеності соціально вразливих верств населення, безпечного стану довкілля і доступу до якісної питної води, безпечних харчових продуктів та промислових товарів (ст. 2) [414]. Стратегією також передбачено, що головними напрямками реформ мають бути підвищення особистої відповідальності громадян за власне здоров'я, забезпечення для них вільного вибору постачальників медичних послуг належної якості тощо;

– Стратегія розвитку державної молодіжної політики на період до 2020 року [415], пріоритетними напрямками реалізації якої, разом із формуванням здорового способу життя молоді, передбачено забезпечення доступної освіти, зайнятості на ринку, забезпечення доступності житла; активізація участі у суспільно-політичному житті тощо, тобто одні з визначальних для здоров'я молоді СЕД;

– Стратегія розвитку освіти в Україні на період до 2021 року [416], за якою формування здорового способу життя розглядається як складова виховання, збереження і зміцнення здоров'я дітей та молоді, забезпечення їхнього збалансованого харчування, диспансеризації;

– Стратегія державної екологічної політики України на період до 2020 року [417], однією з цілей якої є досягнення безпечного стану довкілля для здоров'я людини.

Крім цього, прийнято низку документи, де збереження та зміцнення здоров'я є провідними завданнями. Зокрема, Стратегія з оздоровчої рухової активності в

Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація» [387], Концепція розвитку системи громадського здоров'я [418] тощо. Важливим досягненням останньої є те, що серед пріоритетних засад формування системи громадського здоров'я визначено збереження здоров'я населення в усіх напрямках діяльності органів державної влади, що передбачає визнання актуальних проблем у сфері охорони здоров'я комплексними і пов'язаними із соціальним детермінантом здоров'я. Це перший документ в Україні, де СЕД визначені як актуальні для формування політики охорони здоров'я.

Громадське суспільство визначається як соціальне середовище, яке існує між державним або інституційним рівнем та індивідуальною особою або сім'єю. Відповідно визначальним чинником ефективності вищеназваних стратегій, є **залучення населення (громад, сімей та окремих громадян) щодо прийняття рішень у сфері охорони здоров'я**. Оскільки стратегічне керівництво щораз більше розосереджене у суспільстві проведення роботи безпосередньо з населенням може підвищити рівень прозорості та підзвітності. Партнерські відносини з населенням і розширення його прав і можливостей також важливі для збереження системи цінностей. Такі досягнення технологій, як смартфони й онлайніві соціальні мережі, розширюють можливості громадян і змінюють спосіб дії державних органів і систем охорони здоров'я, наприклад через впровадження методів електронного і мобільного забезпечення сфери охорони здоров'я. За нових, складних відносин між державою і суспільством широкою є участь зацікавлених сторін, прозорість і підзвітність стають двигунами інновацій [420].

Партнерство заради здоров'я між урядом або інституцією та громадою ґрунтується на зобов'язанні обох учасників активно співпрацювати, щоб підтримувати якість надання медичних послуг або зробити програми громадського здоров'я більш ефективними. Це формальне або неформальне співробітництво може бути встановлено лише тоді, коли політичні лідери та адміністратори беруть на себе особливе зобов'язання щодо соціального розвитку та за готовності суспільства взяти на себе відповідальність. Політичне зобов'язання підтверджується рішенням про надання людських і фінансових ресурсів та за

рішучості розпочати діалог з суспільством на рівні, де виникають проблеми. Це дає змогу громадам сприяти і формувати практично відповідь на свої проблеми та потреби. Коли партнерство є успішним, медичні служби забезпечують виконання технічних та професійних обов'язків, але вони також вважають ефективною підтримкою спільноти, на яку прямо впливає проблема щодо здоров'я в яка має докласти власних зусиль для їх вирішення [421]. Це основний перехід від ієрархічних взаємовідносин до визнання та поваги ролі громад та окремих людей у сфері охорони здоров'я.

Загальнодоступність наявних ресурсів збереження та зміцнення здоров'я. Забезпечення рівності прав громадян на отримання якісної медичної допомоги. Загальнодоступність наявних ресурсів збереження та зміцнення здоров'я для всіх верств населення, незалежно від місця проживання та СЕС один з важливих принципів формування політики у сфері охорони здоров'я. Кількість та якість наданих послуг охорони здоров'я та розподіл робочих місць між різними установами є предметом постійних дебатів у всіх країнах. Стабільність передбачає постійне забезпечення необхідних грошових та особистих ресурсів, необхідних для збереження здоров'я, а також вирішення проблем «старіючих» закладів, що є одним з важливих напрямів політики у цій сфері.

Основними ресурсами збереження та зміцнення здоров'я є:

– персонал охорони здоров'я – це робоча сила, що працює у сфері охорони здоров'я. Переважна його частина – це медичний персонал (лікарі, медичні сестри тощо);

– заклади системи охорони здоров'я: профілактичні, лікувальні (первинна та вторинна допомога), реабілітаційні, які характеризуються технічними потужностями (лікарняні ліжка, наявність відповідного обладнання тощо).

Експерти ВООЗ розширюють цей перелік. Зокрема, розроблена програма для проведення моніторингу доступності медичних ресурсів HeRAMS містить такий перелік ресурсів [422]:

1) оздоровчі установи: кількість, тип, географічне положення, функціональність, доступність;

2) ресурси для надання послуг: людські ресурси, електрика, постачання води, холодний ланцюг, комунікації, поводження з відходами;

3) наявність медичних послуг у таких сферах діяльності: загальні клінічні послуги та догляд за травмами, охорона здоров'я дітей, інфекційні хвороби та ВІЛ / СНІД, материнське та новонароджене здоров'я, сексуальне насильство, неінфекційні захворювання, психічне здоров'я, конкретна лікарняна допомога.

Отримані результати у п. 3–6, доводять, що існуюча політика та практика охорони здоров'я в Україні не є достатньо ефективною для забезпечення того, щоб чоловіки та жінки будь-якого віку чи населення у різних поселеннях мали рівні можливості щодо доступу до ресурсів охорони здоров'я та відповідно справедливі шанси на досягнення міцного здоров'я. Причинами такої ситуації є:

- недостатність кваліфікованого медичного персоналу в сільській місцевості, селищах міського типу та малих міських поселеннях;
- нестача сучасного медичного обладнання;
- недостатнє фінансування закладів охорони здоров'я, що відображається на рівні оплати праці медичного персоналу, наявності заборгованості з оплати праці, обмеженості необхідних коштів не тільки на сучасне обладнання, а й на оплату комунальних послуг тощо.

Загалом, право на охорону здоров'я для всього населення означає, що кожен повинен мати доступ до медичних послуг, яких потребує, незалежно від віку, статі, соціального статусу, фінансових можливостей тощо. Крім цього, варто наголосити на тому, що право на здоров'я поширюється не тільки на своєчасне та належне медичне обслуговування, а й на основні детермінанти здоров'я, такі як доступ до безпечної питної води та належної санітарії, харчування, житло, інформацію й освіту в сфері охорони здоров'я, гендерну рівність тощо.

Наявна законодавча база не може забезпечити право всіх громадян країни на доступ до охорони здоров'я. При цьому питання полягає не в самій якості документів, безпосередньо в системі охорони здоров'я, яка є «атавізмом» радянської системи і не відповідає сучасним світовим стандартам.

Серед передбачених заходів, які дозволять поліпшити доступність ресурсів збереження і зміцнення здоров'я для населення, особливо важливими видаються такі:

- впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги, який визначатимуть, виходячи з пріоритетів охорони здоров'я в Україні в обсязі можливостей державного фінансування;
- створення єдиного національного закупника медичних послуг, який в інтересах пацієнта оплачуватиме надані медичні послуги (коштом Державного бюджету в межах програми медичних гарантій);
- запровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом», коли медичні заклади мають перетворитися на автономні суб'єкти господарської діяльності, що отримуватимуть оплату за фактично надану ними пацієнтам медичну допомогу;
- оптимізація процесу закупівлі ліків, реалізація програми «Доступні ліки», яка почала діяти у квітні 2017 р.;
- підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості. Як свідчать результати дослідження, стан здоров'я сільського населення є гіршим, у тому числі за рахунок СЕД, які його обумовлюють (п. 6.1.). Однією з причин такої ситуації є низька доступність медичних товарів і послуг. Тому підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості є особливо актуальним;
- розширення можливостей для здійснення місцевою владою повноважень у сфері охорони здоров'я.

Реалізація намічених завдань не розв'яже проблему нерівності у доступі до ресурсів охорони здоров'я за короткий термін. Крім цього низка майбутніх нововведень, пов'язаних із відвідуванням лікарями хворих за місцем проживання, скорочення виїздів екстреної медичної допомоги та заміна лікарів на парамедиків, враховуючи ментальність населення, можуть навіть погіршити ситуацію з доступністю медичної допомоги.

Видається, що отримати позитивного ефекту покращення стану та нерівності у здоров'ї населення можливо лише за умови ухвалення та реалізації Проекту

Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні» [372] як одного з варіантів лібералізації системи охорони здоров'я. Відсутність загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в Україні (ЗДСМС) робить надання медичних послуг в Україні недоступним, платним і таким, що не гарантує якості лікування, а відповідно несе ризики для здоров'я населення.

ЗДСМС довело свою ефективність у багатьох країнах, де воно є панівною формою фінансування охорони здоров'я (понад 60 % усіх витрат припадають на ЗДСМС). Зокрема в Литві ЗДСМС було введено у 1997 р. (підготовчий період тривав з 1992 по 1996 рр.). Литовська система ЗДСМС характеризується тим, що страхування є загальнообов'язковим, єдиним фондом, єдиною системою лікарняних кас, змішаною системою внесків, централізованим збором коштів.

Аналогічну систему ЗДСМС пропонують запровадити в Україні. Принаймні згідно з останнім варіантом законопроекту «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування», який розміщений на сайті Міністерства охорони здоров'я також передбачено обов'язковість ЗДСМС, створення Фонду медичного страхування України (ФМСУ) та змішаною системою внесків (рис. 6.11).

Дискусії з приводу доцільності запровадження ЗДСМС в Україні не припиняються практично з часів проголошення незалежності України. Більшість схиляється до необхідності такого запровадження, однак реальних кроків нема. Мабуть, це пов'язано з низкою бар'єрів, які потрібно подолати. Насамперед треба назвати правовий бар'єр. У разі запровадження медичного страхування в Україні воно суперечитиме деяким законодавчим актам і, насамперед, Конституції України. У статті 49 цього закону зазначено, що «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» [423]. Для запровадження ЗДСМС потрібно знайти рішення, пов'язане з цією статтею.

Наступний бар'єр – економічний. Навіть за умови, що одним зі страхувальників будуть роботодавці, по суті, реально ними можуть стати працівники, адже роботодавці можуть покрити витрати, пов'язані з відрахуваннями із ЗДСМС або за рахунок заробітної плати працівників, або за рахунок збільшення

собівартості продукції. Перший варіант позначиться на доходах зайнятого населення, другий – як зайнятого, так і незайнятого [424].



Рис. 6.11. Механізм оплати медичних послуг у системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування

Джерело: [372], графічна інтерпретація автора.

Також необхідно враховувати рівень оплати праці та її «тіньовий» характер. Низький рівень оплати праці більшої частини населення України за останні два роки суттєво падає через девальвацію гривні. Крім цього, враховуючи те, що рівень «тіньової» економіки в Україні у 2016 р. становив 34 % від обсягу офіційного ВВП [425], значна частина заробітної плати перебувала в «тіні». За таких умов розмір внесків у ФМСУ, якщо його запровадять, не буде значним. Приклади того, як обов'язкові відрахування не дають реального ефекту через низькі відрахування Україна вже має. Це Пенсійний фонд України, дефіцит якого у 2016 р. становив 145 млрд. грн. [426]. Аналогічна ситуація може скластись і з ФМСУ. Крім цього, за все незайняте населення, а це 43,4 % населення, має сплатити держава.

Третій бар'єр – медичний. Він полягає у зміні характеру діяльності всієї медичної галузі, зокрема: дотримання медичних стандартів і клінічних протоколів; оптимізація мережі закладів вторинної медичної допомоги, розмежування первинної, вторинної і третинної допомоги; підготовка спеціалістів із медичного страхування. Перші кроки у цьому напрямку, як було зазначено вище, вже зроблено.

Четвертий бар'єр – корупція, яка стоїть на заваді запровадження ЗДСМС. Рівень корупції є однією з визначальних детермінант здоров'я населення. Корумпованість в українській системі охорони здоров'я набула загрозливих масштабів для здоров'я населення. Низка корупційних схем, насамперед пов'язаних із державними закупівлями та дозвоільною системою Міністерства охорони здоров'я, позбавляють багатьох українців повноцінного лікування і збереження здоров'я, та стоять на заваді запровадження ЗДСМС. Подолати існуючі корупційні схеми непросто. До того ж нема гарантії, що ФМСУ працюватиме прозоро і не стане черговим джерелом для корупціонерів, адже негативним прикладом у цьому плані є махінації навколо Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття. Тому потрібний жорсткий громадський контроль над діяльністю ФМСУ у майбутньому. Разом із цим початковий етап запровадження обов'язкового медичного страхування найімовірніше супроводжуватиметься неприйняттям та опором частини населення, зниженням довіри до влади, опором з боку представників фармацевтичного бізнесу і т. п. Тому для здійснення такого кроку потрібна політична воля.

Отже, загальний огляд ситуації навколо запровадження ЗДСМС в Україні свідчить про те, що є позитивні та негативні передумови для цього кроку. складнішою є проблема платоспроможності як населення, так й бізнесу в сучасних умовах. Однак незадовільний стан здоров'я населення та системи охорони здоров'я свідчить про доцільність ухвалення рішення щодо запровадження ЗДСМС. Це дозволить суттєво поліпшити профілактику здоров'я населення, у якій зацікавлені страхові компанії, яким вигідно витрачати кошти на превентивні заходи щодо хвороб, а не на їхні наслідки.

Інше питання щодо вибору моделі ЗДСМС. Законопроект з цього приводу пропонує суто державне регулювання і не передбачає децентралізації. У цьому є свої «плюси» та «мінуси». Відсутність приватних компаній у системі ЗДСМС призведе до її монополізації з боку держави, хоча і дозволить краще регулювати обіг коштів. В умовах проголошеної Президентом і Урядом України політики децентралізації влади, можливо є необхідність втілити ці ідеї і в системі охорони здоров'я: попри центральний ФМСУ, запровадити відносно автономні регіональні фонди (громадські). В такий спосіб можна краще контролювати кошти, а також встановлювати різні ставки страхових виплат залежно від рівня життя громади і т.п. Подібний механізм ЗДСМС існує у багатьох розвинених країнах, зокрема у Швеції.

Однак, у будь-якому випадку треба розуміти, що медичне страхування є лише одним зі способів покриття витрат населення на медичне обслуговування і не може бути панацеєю.

Збереження здоров'я населення протягом усього життєвого курсу. Цей принцип є доволі важливим для побудови державної політики. Він передбачає, що вплив у кожному віковому періоді може змінити рівні впливу згубних процесів або допомогти у їх подоланні. Дотримання цього принципу визначає нове бачення для розробки політики, де різні людські траєкторії беруться до уваги не тільки як прості дискретні категорії, такі як безробітні, хворі, старі тощо, а як такі, які мають постійний причинно-наслідковий зв'язок.. Це бачення дає змогу сформувані такі важливі пропозиції.

По-перше, події та політика в житті людей мають наслідки не тільки короткотривалий, але й у середньо- і довгостроковій перспективах (наприклад, коли перерви у роботі впливають на більш пізні пенсійні права, особливо у жінок). Цей процес триває безперервно впродовж життя, відображаючи детермінанти, які безпосередньо впливають на здоров'я і добробут індивідів і груп населення, характеризуючи їх у конкретний момент часу, а також впливаючи на вибір індивідуальної моделі поведінки щодо власного здоров'я.

По-друге, події та політика в одному вимірі життя людей мають ланцюговий ефект підсумків в інших вимірах. Наприклад, коли питання узгодження інтересів

професійної діяльності та сімейних обов'язках призводять до виникнення проблем зі здоров'ям (негативні наслідки), або коли освіта сприяє підвищенню санітарної грамотності (позитивні наслідки).

По-третє, події та політика стосовно одних осіб впливають на інших, з якими пов'язано їхнє життя. Наприклад, бідність батьків призводить до бідності дітей, що проявляється у незадовільних умовах проживання, поганому харчуванні, недостатніх можливостей в отриманні освіти та навичок санітарної грамотності тощо.

По-четверте, впродовж ЖК на людину та її здоров'я здійснюються як позитивні, так і негативні впливи. Згодом вони накопичуються, впливаючи на індивідуальні фізіологічні, психологічні і поведінкові характеристики, а також на соціальні умови сімей, громад. Накопичення переваг і недоліків призводить до соціальної та економічної нерівності і, як наслідок, до нерівності щодо здоров'я.

По-п'яте, доцільно зазначити, що поведінка щодо здоров'я змінюється з часом. Деякі звички (наприклад у харчуванні чи фізичній активності) формуються у ранньому дитинстві та підлітковому віці, а інші (наприклад, куріння, зловживання алкоголем) зазвичай починаються у підлітковому та ранньому дорослому віці. Таким чином, соціальні зв'язки можуть мати різні наслідки для здоров'я залежно від стадії життєвого курсу. Наприклад, батьки формують у дітей певний тип харчування та фізичної активності, які можуть сприяти або запобігати ожирінню, що, своєю чергою збільшуватиме або зменшуватиме ризик захворюваності та передчасної смертності від хвороб системи кровообігу в дорослому віці [427]. Інший приклад, пов'язаний з тим, як взаємини між однолітками часто сприяють тютюнопалінню та надмірному вживанню алкоголю в підлітковому та ранньому дорослому віці [428].

По-шосте, соціальні зв'язки змінюються як за структурою, так і за змістом впродовж усього життя, що має наслідки для здоров'я. Наприклад, найважливіші стосунки, які мають значення для зміцнення та збереження здоров'я в дитинстві (наприклад, батьки) навряд чи будуть найважливішими в дорослому віці (наприклад, романтичні партнери).

Результати аналізу, які наведені у попередніх розділах, свідчать про основну роль РПЖ для життя майбутнього. Ступінь освіти, рівень виховання, можливості у харчуванні, оздоровленні, відвідування спортивних секцій і гуртків у дитячому та підлітковому віці мають безпосередній вплив на стан здоров'я у дорослому житті. Таким чином, одним із головних завдань політики охорони здоров'я є створення сприятливих умов для розвитку дітей і підлітків. Плануючи дії щодо збереження та зміцнення СЕД здоров'я населення, правильним є підхід, який охоплює всі етапи життя; особливо його ранній період.

Загалом, дотримання пріоритетності **покращення СЕД здоров'я населення** є передумовою ефективності політики охорони здоров'я. Для цього необхідно сформувати систему індикаторів здоров'я населення, які враховують не тільки медико-демографічну складову, але і СЕД. В Україні через обмежені ресурси існує потреба вибрати обмежений набір індикаторів, які можливо застосовувати для моніторингу, прийняття рішень та політики у сфері охорони здоров'я, а також для їх оцінки. Опис індикаторів запропонованих для оцінювання стану здоров'я населення та СЕД, що його визначають наведено у п. 2. Вони найбільш повно відображають сучасні тенденції та дозволяють максимально об'єктивно оцінити вплив СЕД на здоров'я з метою їх покращення. Крім цього більшість з них використовується у міжнародній практиці і можуть бути використані з порівняльною метою. Порівняльний аналіз значень індикаторів в Україні та середніх по країнах ЄС буде здійснено у п. 7.4.

Наведені принципи є необхідною передумовою для того, щоб політика у сфері здоров'я в Україні була ефективною, що дасть змогу покращити стан здоров'я населення та зменшити нерівність у здоров'ї, яка існує зараз. Політика щодо здоров'я, має повинна бути насамперед скоординованою. Це серед іншого передбачає забезпечення доходів і зайнятості, здобуття освіти, розвиток житлового будівництва, бізнесу, сільського господарства, транспорту, правосуддя та технологій. Доволі складно здійснювати координацію політики між різними секторами, в яких є свої пріоритети. Вважаємо, що здоров'я на даний час не є пріоритетом для інших секторів. Це означає, що необхідно докласти значних

зусиль для того, щоб охорона здоров'я стала привабливою для всіх сфер життєдіяльності суспільства, як орієнтація – пріоритетною для людей.

Реалізація наведених принципів також дозволить ефективніше реалізувати завдання, які нині постають перед українською системою охорони здоров'я (див. рис. 6.9).

1. Сформувати ефективний механізм управління національною системою охорони здоров'я. Формування такого механізму має включати спільну діяльність усіх інститутів задля досягнення спільних цілей щодо потреб населення.

Існуюча в Україні організаційно-управлінська модель реалізації державної політики з охорони здоров'я населення є застарілою та неефективною, що виявляється у незадовільному стані здоров'я населення. Сучасний механізм управління є неефективним з правової, фінансової та структурної позицій.

Гострою проблемою в Україні є дублювання медичних послуг та низька ефективність використання ресурсів в охороні здоров'я. Насамперед це пов'язано із значною розгалуженістю управління охороною здоров'я, яка пов'язана тим, що медичні заклади в країні мають різне підпорядкування (державні, відомчі, комунальні). Так, більшість закладів підпорядковуються і відповідно фінансуються Міністерством охорони здоров'я. Однак значна частина закладів відноситься до Національної академії медичних наук України, Міністерства освіти і науки, Міністерства внутрішніх справ, Служби безпеки України та деяким іншим відомствам. Послуги між закладами різного підпорядкування часто дублюються, але існуюча система немає стимулів, щоб їх оптимізувати [429].

2. Розширити і збагатити базу даних про стан здоров'я населення. Розробка політики у сфері охорони здоров'я потребує більш повної інформації про стан здоров'я населення і детермінант, які на нього впливають. Взаємозв'язок між здоров'ям і його детермінантами складний. Він не може бути пояснений лише окремими їхніми складниками, такими як соціально-економічний статус (СЕС), дохід, освіта або рід занять. Важливим є розробка комплексу індикаторів для відстеження та оцінювання ступеня нерівності щодо здоров'я. Це дозволить

поглибити інформацію про нерівність у стані здоров'я серед різних соціально-демографічних груп населення.

Сучасний розвиток інформаційних технологій у сфері охорони здоров'я дає змогу трансформувати дослідження у сфері охорони здоров'я, які могли б сприяти дослідженням, що раніше не були реалізовані, в такий спосіб, по-новому поглянути на здоров'я і хвороби. У підсумку інформація може бути краще використана для поліпшення якості охорони здоров'я та досліджень, а також може значно сприяти зростанню індивідуальної відповідальності населення за своє здоров'я.

На сьогодні наука також швидко змінюється і стає дедалі складнішою, тому жоден дослідник або установа не можуть надати всі знання для розробки та перевірки медичних нововведень або для забезпечення їхньої безпеки. Таким чином, ефективний обмін інформацією між установами стає ще важливішим, ніж у попередні періоди.

Запровадження електронної системи охорони здоров'я (eHealth), метою якої є допомога пацієнтам отримувати, а лікарям надавати якісні медичні послуги, контроль ефективності державних коштів, які витрачаються на охорону здоров'я, дасть змогу також значно поліпшити облік захворюваності. Зокрема, здійснювати не тільки облік хвороб, а кількість хворих.

У майбутньому eHealth система дасть змогу кожному швидко отримати свою медичну інформацію, а лікарям – правильно ставити діагноз з урахуванням цілісної картини здоров'я пацієнта. Вже не буде потреби в паперових медичних картах і друкованих довідках, які губляться і забуваються. Система міститиме всю медичну історію пацієнта, і вона буде доступна як пацієнтові, так і його лікарям.

В Україні система складатиметься з центрального компонента (ЦБД). Він відповідатиме за централізоване зберігання та обробку інформації – та медичних інформаційних систем (МІС), які лікарні та поліклініки можуть обирати на ринку і встановлювати в себе.

Також з часом цю систему доцільно було б доповнити інформацією про СЕС, дохід, зайнятість, освіту, спосіб життя та інші соціально-економічні характеристики пацієнта, які дадуть змогу оцінити ступінь впливу тих чи тих

детермінант на стан здоров'я і запропонувати заходи щодо їх покращення. При цьому необхідно налагодити повноцінний обмін інформацією між ЦБД і ДССУ та її регіональними управліннями.

Видається, що запровадження такої системи дасть змогу скоротити дублювання та викривлення інформації й ефективніше використовувати наявні обмежені ресурси.

3. Активізувати процес обміну знаннями та інноваціями в галузі охорони здоров'я можливо шляхом збільшення інвестування у наукові та практичні дослідження здоров'я населення. Дослідження в сфері охорони здоров'я має високу цінність для суспільства. Вони можуть надати важливу інформацію про детермінанти, тенденції та чинники ризику, результати лікування або втручання громадського здоров'я, використання ресурсів та витрати на охорону здоров'я та використання. Різні підходи до досліджень додають нових ідей щодо причин нездоров'я та дають змогу визначити альтернативні напрями збереження та покращення здоров'я. Дослідження можуть мати теоретичний або практичний характер. Практичні дослідження використовують різні методи: медичні (клінічні випробовування), соціологічні, економічні, демографічні та інші. Наприклад, клінічні випробування можуть забезпечити важливу інформацію про ефективність та несприятливі наслідки медичних втручань через контроль змінних, які можуть вплинути на результати дослідження.

Інші дослідження – соціологічні й демографічні дають змогу визначити тенденції стану здоров'я населення загалом, окремих соціально-економічних та демографічних груп, географічні особливості тощо. Ці дослідження охоплюють огляд або аналіз систем охорони здоров'я, медичних втручань і детермінант, що впливають на стан здоров'я, а також комплексний набір змінних, що включають методи, практики, програми та політику охорони здоров'я.

Соціально-демографічні дослідження допомагають розширити інформаційну базу для формування політики, поліпшення якості медичних послуг, залучення громад і груп пацієнтів до визначення порядку денного громадського здоров'я, розуміння біологічних наслідків медичних втручань та сприяння теоретичним та

методологічним дебатам. Однак лише поєднання зусиль науковців різних наукових напрямів дослідження здоров'я населення дозволить ухвалювати найефективніші рішення в цій сфері.

На сьогодні обсяги витрат на дослідження в сфері охорони здоров'я населення в Україні достеменно не відомі, адже здійснюються з різних джерел. При цьому, враховуючи те, що стан здоров'я населення суттєво не покращується, а сучасна система фінансування охорони здоров'я не забезпечує подолання існуючого тягара хвороб.

При цьому подолання нерівності щодо здоров'я населення у країні вимагає розширення фактичних даних, необхідних для формування політики та програмних заходів, спрямованих на збереження та зміцнення стану здоров'я населення. Для цього необхідно визначити обсяг коштів та джерела їх надходження, які має виділяти Уряд України на наукові дослідження в сфері охорони здоров'я населення і нерівності щодо здоров'я.

6.4. Покращення соціально-економічних детермінант як основа політики збереження та зміцнення здоров'я населення.

Проведений аналіз сучасного стану здоров'я населення України та СЕД, які його визначають, є підґрунтям для удосконалення існуючої державної політики у цій сфері. Вважаємо, що така політика має враховувати чотири основні аспекти: по-перше, попередню динаміку та сучасні тренди показників смертності, захворюваності та інвалідності в країні; по-друге, вітчизняну політичну та соціально-економічну специфіку, яка залежить від певних внутрішніх і зовнішніх ризиків і значною мірою зумовлює ті детермінанти, які є визначальними для стану здоров'я населення; по-третє, ментальні особливості населення України, які мають регіональну своєрідність; по-четверте, багатий світовий та європейський досвід формування політики охорони здоров'я населення.

Для адаптації провідного зарубіжного досвіду в вітчизняну систему охорони здоров'я населення необхідно виокремити найбільш гострі проблеми, основні

подібні та відмінні індикатори, які характеризують стан здоров'я населення, та детермінанти, що його визначають на сучасному етапі у країнах Європи та в Україні. Необхідно також врахувати, що результати епідеміологічного впливу дуже рідко виявляються навіть у середньостроковому періоді. Відповідно при оцінюванні ефективності й успіху програми використовуються не тільки показники стану здоров'я (смертність, захворюваність, інвалідність), а також індикатори, які характеризують СЕД здоров'я. Результати проведеного аналізу свідчать, що більшість з цих індикаторів в Україні значно нижчі за значенням за середні по країнах ЄС (табл. Ф. 2., дод. Ф).

Поліпшення ситуації можливе лише за умови покращення СЕД, які визначають стан здоров'я населення України. Впровадження заходів щодо покращення СЕД передбачає розуміння динамічної взаємодії між поведінковими, клінічними, політичними системами, професійними та екологічними детермінантами здоров'я; виявлення синергізмів і антагонізмів; використання ефективних стратегій для досягнення достатнього та стабільного охоплення за масштабами населення. В епоху трансформації системи охорони здоров'я більша увага має приділятися доступності, використанню та якості медичної допомоги та її впливу на здоров'я населення. Подібним чином дослідження, що висвітлюють питання охорони здоров'я через призму бідності, сегментації ринку житла, дискримінацію, здобуття освіти та ін., забезпечують більш глибоке розуміння складних СЕД здоров'я та вказує на додаткові можливості для посилення зусиль щодо запобігання та контролю. Розуміння впливу детермінант здоров'я та хвороб дає змогу припустити, що значні успіхи в сфері охорони здоров'я можуть бути досягнуті, якщо політики чи розробники програм вирішуватимуть питання, пов'язані з питаннями охорони здоров'я, зберігаючи високу якість традиційних підходів до боротьби з хворобами.

Ефективна дія на СЕД вимагає наявності достатніх знань про механізми, що впливають на нерівність здоров'я та прийняття концептуальної основи, яка не тільки висвітлює взаємозв'язок між СЕД і нерівністю здоров'я, й дає змогу визначити напрями для втручання. Визначення пріоритетів, що передбачають

формування потенційних кадрів для розробки та впровадження програм покращення СЕД, є життєво важливим. Підтримка та створення організаційних структур та систем охорони здоров'я (через політику, дослідження та партнерські зв'язки), для яких пріоритети справедливості у сфері охорони здоров'я є пріоритетними, також необхідні для ефективного впливу на джерела несправедливості у сфері охорони здоров'я.

Основою успіху підходу з реалізації СЕД є ефективне управління, моніторинг та підтримка реальних змін у вирішенні питань забезпечення справедливості в сфері охорони здоров'я та СЕД. Ефективне, широкомасштабне, стійке поліпшення здоров'я населення також гарантує інтеграцію науки, програм та політики на соціальному, організаційному та індивідуальному рівнях для більш повного вирішення складного контексту, в якому реалізується здоров'я.

Визначення стратегічних цілей у вирішенні проблем СЕД має важливе значення для сприяння більш широкому застосуванню заходів щодо зменшення нерівності у сфері охорони здоров'я. Кількісні та якісні дані про детермінанти здоров'я використовуються для ідентифікації пріоритетів і стратегій щодо поліпшення здоров'я. Важливою частиною підходу здоров'я населення є розвиток нових джерел даних щодо детермінант здоров'я, їхньому взаємозв'язку, а також ефективності заходів щодо поліпшення здоров'я та СЕД, які впливають на нього.

Варто застосувати кілька аспектів, пов'язаних із політикою покращення СЕД здоров'я. По-перше такий підхід має ґрунтуватися на аналізі та розумінні всього спектра детермінант здоров'я. По-друге, має визнаватись, що взаємодія між детермінантами здоров'я є складною. Запропонована комплексна модель охорони здоров'я населення, враховує ці особливості СЕД здоров'я (див. рис. 6.9).

Проведене дослідження наочно продемонструвало тісний взаємозв'язок між станом здоров'я населення та численними детермінантами здоров'я. Поточний рівень знань базується на розумінні, що здоров'я населення корелює з детермінантами, які виходять за межі системи охорони здоров'я. Таке розуміння встановлює контекст для нових підходів до зміцнення та збереження здоров'я населення, які використовують у декількох стратегіях, що застосовуються в різних

умовах. Це насамперед інноваційні та взаємопов'язані стратегії, в яких приділяється належна увага спектру соціальних, економічних та екологічних детермінант здоров'я населення загалом.

Реалізація політики покращення детермінант РПЖ має здійснюватися відповідно до теорії життєвого циклу (ТЖК), яка спрямована на підвищення ефективності втручання протягом життя людини. Вона зосереджується на здоровому початку життя та спрямованості на потреби людей у критичні періоди протягом усього життя. Реалізація положень ТЖК сприяє своєчасним інвестиціям з високим рівнем дохідності для здоров'я населення та економіки шляхом усунення причин, а не наслідків поганого здоров'я.

Положення ТЖК мають бути враховані у державній політиці через поліпшення здоров'я і добробуту, сприяння соціальній справедливості та реалізації цілей сталого розвитку.

Добробут у РПЖ є однією із найбільш важливих детермінант у цей період, які визначають здоров'я у дорослому житті. Численні дослідження засвідчують, що діти і підлітки з сімей із низьким рівнем життя характеризуються підвищеною захворюваністю на інфекційні хвороби, високим рівнем дитячої смертності, більше палять, вживають алкоголь порівняно з дітьми із забезпечених сімей. За даними АСО, шанси не мати жодного захворювання у дорослому житті за умови дуже високого та високого рівня добробуту у РПЖ у 4,05 рази вищі, порівняно з тими, у кого він був дуже низький і низький (п. 4.1.2). Так, добробут у РПЖ у більшості випадків безпосередньо залежить від добробуту сім'ї, в якій зростає дитина, тобто від доходу батьків. Отже, заходи щодо поліпшення добробуту у РПЖ фактично є заходами з підвищення доходів населення загалом, про що йтиметься далі.

Надважливим напрямом політики збереження та зміцнення здоров'я населення є поліпшення якості освіти дітей і підлітків, зокрема розширення знань із санітарної грамотності, щодо впливу чинників ризику та детермінант здоров'я, оскільки, за даними АСО, шанси не мати жодного захворювання у дорослому житті за отримання доволі повної інформації про ризики щодо здоров'я у РПЖ у 2,08 рази вищі, порівняно з тими особами, які такої інформації отримали недостатньо (п.

4.1.2). Однак незважаючи на це, питанню посилення санітарної грамотності серед населення загалом та дітей і підлітків зокрема в Україні приділяється недостатньо уваги. При цьому рівень санітарної грамотності населення країни точно не визначено, але емпіричні оцінювання свідчать про її доволі низькі показники. При цьому варто акцентувати, що законодавчих актів, які сприятимуть її підвищенню, немає. Незважаючи на те, що мережа Інтернет містить безліч даних з питань охорони здоров'я, неосвіченій або недостатньо освіченій людині в них важко розібратись і виокремити ту, яка дійсно буде корисною, а не нашкодить здоров'ю. Не існує стандартної перевірки якості інформації з мережі Інтернет, і споживачам важко зрозуміти та оцінити її точність. За таких умов доцільним є запровадження стратегій і програм підвищення соціальної грамотності, які б у тому числі передбачали опанування знань і навичок пошуку необхідної інформації з мережі. Вони мають бути невід'ємною складовою державної політики збереження та зміцнення здоров'я та охоплювати такі основні аспекти:

- доступу до інформації щодо здоров'я;
- розуміння інформації щодо здоров'я;
- оцінювання інформації щодо здоров'я;
- застосування інформації щодо здоров'я.

Так, для оцінювання та застосування інформації з питань санітарної грамотності людини має бути доступною та зрозумілою інформація щодо медичних або клінічних питань; інформація про чинники ризику для здоров'я та детермінанти здоров'я тощо.

Стратегії та програми мають забезпечувати можливість надання універсального доступу до послуг охорони здоров'я, відповідних навчальних матеріалів, програм розширення можливостей громади та освітніх програм, які сприятимуть підвищенню рівня грамотності споживачів. Можливість для здобуття знань з питань охорони здоров'я повинна здійснюватися не тільки через медичні, а й інші установи, які можуть вплинути на підвищення показників здоров'я населення, такі як школи, коледжі, підприємства й організації.

Важливим потенційним напрямом підвищення соціальної грамотності є створення соціальних ЗМІ, які заслуговують на довіру. Можна здійснювати просвіту споживачів, надаючи їм рекомендації щодо того, як критично оцінювати медичну інформацію в Інтернеті і де можна отримати якісну інформацію наживо, використовуючи ті самі кошти і потоки соціальних ЗМІ; водночас можна пропагувати безліч якісних матеріалів шляхом створення для таких цілей соціальних ЗМІ, які заслуговують на довіру і рекламування цих засобів методами соціального маркетингу.

Важливим також є використання інноваційних і відповідних інформаційно-комунікаційних технологій для подолання розриву у сфері санітарної грамотності населення. Зокрема, таким засобом є мобільні та бездротові пристрої для поліпшення здоров'я та покращення медичних послуг (мобільне здоров'я, «mHealth»). Прикладами запровадження нових технологій є проекти ВООЗ та Міжнародного союзу електрозв'язку з мобільного здоров'я для боротьби з тютюнозалежністю: «mSmoke-free», «mCessation», «mAwareness», «mTraining», «mIllicit», «mLivelihood» [431]. Так, проект «mSmoke-free» дає змогу реалізувати політику щодо боротьби з тютюнопалінням. Він заснований на використанні «Geo Tagging» (застосовує GPS для додавання географічних даних до різних носіїв) і передбачає надсилання сигналів на мобільні телефони, коли люди заходять у будівлі. Повідомлення, які надходять, містять інформацію про соціальні норми та ризику, пов'язані з тютюнопалінням.

Загалом проекти передбачають використання мобільних телефонів для надсилання повідомлень, спрямованих на підвищення обізнаності щодо чинників ризику, перевірки та звітування громадян. Програми припинення роботи на основі коротких повідомлень (SMS) є недорогими, індивідуальними та інтерактивними, а також надають інформацію про медикаменти, засоби підтримки і заохочення. Успішні програми були реалізовані у Великобританії, США та Новій Зеландії.

Інший сучасний напрям, який, як видається, дозволить покращити санітарну грамотність та посидити профілактику захворювань – це поширення інформації про здоровий спосіб життя у соціальних мережах. На рівні урядових

програм мають бути затверджені заходи, які б передбачали співпрацю із українськими блогерами, які мають значну кількість фоловерів, особливо серед молоді. Особливої уваги заслуговують, блогери, які пропагують здорового способу життя. Справа у тому, що інформація, яку вони поширюють часто є недостовірною та може нашкодити тим, хто її сприймає. Тому ця сфера діяльності має бути під пильним контролем у держави.

Сучасні численні дослідження засвідчують, що значна частина користувачів соціальних мереж¹ (зокрема в Instagram) здійснюють покупки під впливом блогерів і лідерів думок. Багато компаній збільшують бюджети на маркетинг, пов'язаний із впливом на блогерів. Тому програми, спрямовані на підтримку здорового харчування, фізичної активності, шкоди тютюнопаління, алкоголю тощо, можуть покращити стан здоров'я населення.

Дещо меншою мірою, ніж дохід і санітарна грамотність, але суттєво впливають на здоров'я у дорослому житті такі детермінанти РПЖ, як оздоровлення, рухова активність. Так, шанси не мати хронічного захворювання у дорослому житті серед тих, хто у РПЖ щороку відвідував санаторії, табори відпочинку тощо, у 1,84 разу вищі, порівняно із тими, хто не перебував у цих закладах жодного разу або тільки раз, а серед тих, хто постійно відвідував спортивні секції, гуртки тощо, у 2,77 разу, порівняно з тими особами, які їх не відвідували (п. 4.1.2).

Разом з цим, законодавство у сфері оздоровлення та відпочинку дітей достатньо ґрунтовне і складається з Конституції України, Сімейного кодексу України, Законів України «Про охорону дитинства», «Про позашкільну освіту» та інших законів. У 2008 р. прийнято Закон України «Про оздоровлення та відпочинок дітей», який визначає основні засади державної політики у сфері оздоровлення та відпочинку дітей, повноваження органів виконавчої влади і органів місцевого самоврядування, правові, фінансові й організаційні засади утворення і діяльності дитячих закладів оздоровлення та відпочинку, права, обов'язки та відповідальність усіх учасників процесу [432]. При цьому в законі недостатньо прописані питання, пов'язані, з одного боку, з підвищенням зацікавленості батьків в оздоровленні

¹ Цифри з цього приводу відрізняються – від 10% до 40%.

їхніх дітей, а з іншого – відповідальністю за стан їхнього здоров'я. Крім цього, через недостатнє фінансування деякі його положення не реалізуються.

Подібні проблеми стосуються також сфери фізичної культури та спорту. Недостатня матеріальна підтримка з боку держави сфер, які покликані відтворювати працездатність населення, є однією з причин фізичної пасивності значної частини населення, у т. ч. дітей і підлітків. При цьому, як підтверджують результати дослідження, рухова активність дітей та підлітків значною мірою визначає здоров'я у дорослому житті, особливо чоловіків і мешканців сільської місцевості.

Основні передумови покращення ситуації у цій сфері у майбутньому має забезпечити реалізацію Національної стратегії з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 р. «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація» [387], метою якої є формування у суспільстві умов до оздоровчої рухової активності та здорового способу життя для формування здоров'я громадян як найвищої соціальної цінності в державі.

Важливим завданням стратегії є формування ціннісного ставлення юнацтва та молоді до свого здоров'я, покращення фізичного розвитку і фізичної підготовленості з урахуванням вимог майбутньої професійної діяльності. КМ України щороку розроблятиме план заходів щодо реалізації цієї стратегії, яка загалом відповідає потребам сьогодення. Важливо, щоб запропоновані завдання були реально реалізовані.

Харчування. Добре харчування має важливе значення для здоров'я населення у будь-якому віці, особливо у РПЖ. Харчування є одним з основних детермінант, які визначають умови росту і розвитку дитини. Для дітей і підлітків здорове харчування забезпечує збереження здорової ваги, запобігає виникненню ожиріння та хронічних захворювань, як наприклад діабет.

Здорове харчування впливає на формування фізичного і соціального середовища дітей та підлітків. Шкільне середовище є основним чинником у вирішенні проблеми здорового харчування, оскільки учні проводять більшу

частину свого дня в школі. Крім того, здорова їжа в поєднанні з фізичною активністю сприяють навчанню дитини.

У багатьох країнах розробляють і впроваджують програми здорового харчування. Наприклад, у Франції така програма спрямована на скорочення поширеності ожиріння серед дітей і підлітків шляхом запровадження профілактичних заходів у галузі харчування для населення загалом і спеціальних груп, а також скринінгу дітей під час медичних оглядів. Програма дала змогу виробити дієві підходи до вирішення проблем харчування та у боротьбі з ожирінням. Рекомендований багатопрофільний підхід у боротьбі з ожирінням за співпраці медичних і немедичних фахівців. У Данії запроваджено проект створення нових шкільних їдалень. За цим проектом діти з різних етнічних груп, крім датської спільноти, що живуть у неблагополучному районі Копенгагена, активно залучались до створення нової шкільної їдальні. За допомогою цього проекту було покращено харчування учнів і підвищений їх соціальний капітал.

ВООЗ розробив план дій «Продовольча та харчова продукція 2015–2020 рр.» [433] для запобігання неінфекційним захворюванням, пов'язаним із недостатнім (нездоровим) харчуванням та ожирінням, що поширені в Європейському регіоні. Цей план передбачає зниження нерівності у доступі до здорової їжі, забезпечення прав людини та права на їжу, зокрема сприяння досягненню здорової дієти протягом життя, особливо для найбільш уразливих груп тощо. Ці та інші пріоритетні заходи сприятимуть поліпшенню системи управління харчовими продуктами та підвищенню загальної якості харчування населення країн Європи.

В Україні розроблена, але досі не затверджена Концепція державної політики в галузі харчування населення України [434], яка визначає медичні, правові, економічні та соціальні засади щодо збереження та зміцнення здоров'я населення, профілактики захворювань, пов'язаних із порушенням харчового статусу людини. Багато аспектів, прописаних у проекті цієї концепції, заслуговують на увагу, адже залишаються актуальними дотепер. Серед них доцільно виокремити такі:

- удосконалення нормативної та законодавчої бази, яка регулює виробництво, зберігання, транспортування, збут, реалізацію, якість і безпеку продовольчої сировини та харчових продуктів;
- визначення екологічно чистих зон для забезпечення сировиною в передусім підприємств, що виробляють дитяче харчування;
- створення технології виробництва якісно нових харчових продуктів з направлено зміненим хімічним складом, відповідно до потреб організму людини;
- забезпечення максимального збереження харчової цінності та якості продуктів за рахунок сучасних технологій і обладнання, що усувають можливість бактеріального, хімічного й фізичного забруднення;
- створення сучасної інструментальної й аналітичної бази контролю якості та безпеки продовольчої сировини і харчових продуктів;
- підвищення рівня освіти спеціалістів у сфері гігієни харчування, а також населення з питань раціонального харчування із широким залученням засобів масової інформації;
- формування у населення принципів раціонального харчування (усунення інформаційного дефіциту з питань культури харчування та розробка програм навчання для спеціалістів у галузях медицини, освіти, громадського харчування; створення освітніх програм для населення; впровадження сучасних комп'ютерних систем накопичення, збереження та обміну інформації для фахівців і широких верств населення тощо).

На даний час в країні харчування залишається однією з основних проблем збереження і зміцнення здоров'я населення, здоров'я і розвитку підлітків, які щораз більшою мірою виявляють свої уподобання щодо їжі і починають діяти незалежно щодо вибору власного раціону харчування. Неправильні звички харчування щораз посилюються і в підсумку звичний нераціональний режим харчування зберігається в дорослому віці.

Важливу роль у вирішенні цієї проблеми може відіграти соціальний маркетинг. Наприклад, із 2005 р. у Ірландії реалізується програма «Круте харчування», яка допомагає дітям і підліткам визначити правильні пріоритети у

харчуванні. Ця програма спрямована на збільшення рівня споживання фруктів і овочів серед 4-ох – 11-річних дітей. Названа програма містить таких три основних елементи:

1) DVD-пригоди за участю героїв програми «Круте харчування», які люблять фрукти і овочі та є прикладом наслідування такого типу соціальної поведінки для дітей.

2) нагороди для дітей, які починають споживати нові продукти;

3) регулярні безкоштовні дегустації фруктів та овочів, які розвивають любов у дітей до цієї їжі.

Цей проект здійснив значний вплив на соціальні детермінанти здоров'я. Він підтвердив, що захворюваність є наслідком недостатнього прийому їжі у певних соціально-економічних груп населення. Зміна харчової поведінки молодих людей може мати значні позитивні довготермінові результати [435].

Дієта, багата на свіжі овочі та фрукти, є життєво важливою для здоров'я і добробуту, а недостатнє споживання фруктів і овочів може призвести до виникнення захворювань, таких як хвороби системи кровообігу, органів травлення, онкозахворювань тощо. Слід зауважити, що в Україні показники споживання овочів та фруктів є одними з найнижчих в Європі.

У даному випадку соціальний маркетинг використовує позитивні рольові моделі, щоб заохочувати дітей споживати «здорові» продукти, насамперед фрукти і овочі на противагу продуктам, які містять високий рівень цукру, жиру і солі [436].

В Україні таких програм не багато. Здебільшого вони пов'язані із концепцією соціальної відповідальності організації. Однак певні позитивні зрушення в цьому напрямку наявні. Наприклад, компанія «Nestle Україна» в межах виконання Глобальної стратегії «Nestle Healthy Kids Global Programme» з 2009 р. реалізовує проект «Абетка харчування», метою якого є навчання дітей основам правильного харчування та здорового способу життя. Право здійснювати програму, отримати безкоштовні комплекти цієї програми отримують кращі школи/педагоги в Україні. Результати моніторингу, проведеного серед учасників програми, такі:

- 72% респондентів почали споживати більше фруктів, овочів, каш і структурувати своє харчування;
- 91% учасників висловили бажання отримувати нові матеріали з основ раціонального харчування та здорового способу життя [437].

Таким чином, запропоновані заходи щодо поліпшення детермінант РПЖ дозволять покращити здоров'я, знизити захворюваність та смертність сучасної когорти дітей та підлітків зараз і в їхньому дорослому житті.

За підсумками дослідження (п. 5) встановлено, що найбільш визначальними детермінантами здоров'я є СЕС, дохід, освіта та соціальний капітал, які взаємопов'язані між собою. Високий дохід та рівень освіти, наявність соціальних зв'язків часто є запорукою високого СЕС і доброго здоров'я. І навпаки, високий рівень захворюваності, смертності та інвалідності пов'язаний із бідністю, неграмотністю, обмеженістю соціальних зв'язків і більш характерний для осіб із низьким СЕС.

Для СЕС людини велике значення має положення людини на роботі, і будь-які загрози соціальному статусу внаслідок нестабільності або втрати роботи негативно позначаються на здоров'ї та добробуті.

Найбільш фундаментальним напрямом покращення СЕД є збільшення доходів та підвищення рівня освіти. Втручання у цьому разі спрямовані на поліпшення СЕС і, отже, на можливість людини мати добре здоров'я. Такі втручання мають певні переваги. Насамперед вони дають змогу знизити нерівність у здоров'ї та досягти більшої справедливості щодо здоров'я. Існують також інші переваги, пов'язані з підвищенням рівня освіти і, таким чином, кращими перспективами працевлаштування.

Необхідно також зазначити, що збільшення доходів поліпшує стан здоров'я населення через проміжні СЕД (між доходами та здоров'ям), до яких належать такі детермінанти, як умови праці, індивідуальна поведінка щодо здоров'я (наявність шкідливих звичок, якість харчування і фізична активність). Оцінювання ефективності заходів щодо проміжних детермінант дає змогу зрозуміти причинно-наслідкові зв'язки між СЕД і здоров'ям. У результаті політика, зорієнтована на

поліпшення посередницьких детермінант, може змістити існуючі акценти щодо основних СЕД.

Варто зауважити, що застаріла система управління та недофінансування системи охорони здоров'я визначають власний капітал основним елементом фінансування медичних послуг в Україні. Враховуючи те, що більшість населення має низький рівень доходів, це свідчить про обмежені його можливості в отриманні медичних послуг і відповідно про високий рівень смертності та захворюваності, а також про низьку ефективність політики доходів.

Багато років в Україні посилюється нерівність у розподілі доходів із концентрацією коштів у невеликій групі людей. Наслідком цього є зниження сукупного споживчого попиту, що не сприяє розвитку виробництва і реального сектору економіки. З огляду на це дедалі більше соціально-економічне розшарування стає однією з найбільш гострих проблем суспільства, що виявляється через нерівність у здоров'ї.

Регулювання доходів, зменшення нерівності у доходах мають базуватися на комплексі напрямів на макро-, мезо- і макрорівня, які охоплюють всі верстви населення. Особлива увага має бути приділена регулювання заробітної плати та соціальних трансфертів як основних джерел доходів населення в країні.

Важливими заходами на макрорівні, які дадуть змогу пом'якшити негативні наслідки нерівності в Україні, мають бути такі:

- реформування соціально-трудової сфери;
- забезпечення економічної та політичної стабільності;
- створення передумов економічного зростання;
- зменшення тіньового сектору національної економіки;
- прозорість суспільства; сприяння розвитку малого і середнього бізнесу [438];
- розробка прогресивного механізму зростання пенсій, який, з одного боку, дасть змогу знизити різницю між максимальними та мінімальними пенсіями, а з іншого – покращити добробут насамперед найменш забезпечених пенсіонерів.

Варто зазначити, що традиційні механізми державної політики у цьому напрямку, такі як мінімальна заробітна плата і соціальні допомоги, в умовах інфляції та відсутності відповідної індексації втрачають соціальну роль.

З метою збільшення доходів усіх груп населення, крім найзаможніших, і відповідно зменшення диференціації його доходів доцільно реалізовувати такі заходи державної політики:

1. Перерозподіл отриманих доходів через бюджет за допомогою прямих методів регулювання – податкової системи (перехід до прогресивної системи оподаткування доходів фізичних осіб), трансфертних платежів, дотацій, субвенцій, субсидій та інших непрямих механізмів. При цьому має бути дотримано баланс між економічною ефективністю і перерозподілом [439].

При цьому податкова система має передусім урахувати інтереси працівника. Для цього необхідним заходом є удосконалення прогресивної шкали, за якою чим більший дохід суб'єкта, тим більша його частина відраховується у бюджет. Це передбачає перенесення тягаря оподаткування з населення із низькими доходами на населення з високими доходами, зокрема збільшення кількості ставок і перехід від щомісячного до річного періоду обліку оподатковуваного доходу.

Потрібно також вирішити питання щодо переходу від оподаткування індивідуальних доходів громадян до оподаткування доходів домогосподарств. Зокрема, це дасть змогу реалізувати на практиці принцип «демографізації» політики доходів, проводити більш цілеспрямовану політику щодо зменшення нерівності залежно від соціально-демографічних ознак домогосподарства [138, с. 300].

На думку Е. Лібанової, необхідними заходами зменшення нерівності за доходами та стимулювання оплати праці на даний час в Україні мають бути такі [440]:

– монетизація одних видів пільг та немонетарних субсидій і скасування інших, які суперечать ідеології активізації економічних процесів;

- зміна практики визначення вартості публічних послуг (медичних, освітніх, житлово-комунальних, соціальних тощо) і механізму їхньої сплати (державний бюджет, місцевий бюджет, фонди страхування населення тощо);
- диференціація соціальних трансфертів за працездатністю, економічною активністю та зайнятістю – стимулювання працездатного населення до максимально активної поведінки на ринку праці та в економіці загалом;
- запровадження жорсткої системи контролю витрат і статків з метою унеможливлення отримання масштабних незареєстрованих доходів.

Мають відбутись також зміни у формуванні заробітної плати. Насамперед слід здійснити диференціацію в оплаті праці кваліфікованих і некваліфікованих працівників. Ця проблема є особливо гострою у бюджетній сфері, у тому числі у сфері охорони здоров'я. Оплата праці медичних працівників є наднизькою, однією із найнижчих за сферами економічної діяльності. Крім цього, згідно з нормами законодавства (Закон України «Про Державний бюджет України», ст. 95 Кодексу законів про працю України та ст. 3 Закону України «Про оплату праці») працівники некваліфікованої праці і висококваліфікований персонал, у т.ч. лікарі, медичні сестри, фельдшери, отримуватимуть з урахуванням доплат і надбавок практично однакову заробітну плату. Така ситуація є неприпустимою і потребує вирішення, оскільки медичні працівники, по-перше, не мотивовані до продуктивної праці, по-друге, не мають відповідного доходу для підтримання відповідного рівня життя, що дасть змогу забезпечити їм підтримку стану здоров'я, належні житлові умови, якісне харчування тощо. Реформування системи охорони здоров'я в Україні передбачає зміни в оплаті праці лікарів, зокрема оплату за кожного пацієнта. Однак такі заходи швидко проблему низьких доходів не вирішать.

2. Вільний доступ малозабезпечених верств населення до освіти, професійної підготовки та медичних послуг.

3. Вдосконалення та розвиток політики зайнятості. Політика державного регулювання зайнятості населення має враховувати пріоритети структурної перебудови економіки. При цьому серед основних напрямів – стимулювання створення нових робочих місць шляхом застосування фіскальних і монетарних

методів. З метою запобігання масовому безробіттю держава має стимулювати попит на інвестиційні ресурси, сприяти розвитку працевістких виробництв і галузей, у тому числі сфери послуг [138, с. 313]. Необхідна активна політика на ринку праці, що розширює можливості, особливо молоді, для працевлаштування. В умовах невисокої інвестиційної активності слід приділяти підвищену увагу введенню робочих місць із відносно невисокою вартістю, сприяючи поширенню індивідуального підприємництва і зайнятості в таких сферах, як соціально-побутові послуги, житлове будівництво, реструктуризацію зайнятості в напрямку підвищення ролі високотехнологічних виробництв та наукоємних послуг, покращення умов праці. Слід запроваджувати стимулюючі заходи на основі різних податкових пільг, створення додаткових робочих місць у малому бізнесі та заохочувати працевлаштування соціально вразливих категорій населення.

Важливими атрибутами політики зайнятості, які необхідно реалізувати та котрі позитивно впливатимуть на стан здоров'я населення мають бути такі:

- зміцнення стратегій найму, що підтримують сім'ї, для допомоги батькам поєднувати діяльність із виконанням обов'язків по догляду за дітьми, як невід'ємної частини більш широкої стратегії соціальної справедливості для сприяння розвитку дітей у РПЖ;

- створення і підтримка можливостей для неперервного навчання і перепідготовки протягом усього життя, з метою сприяння зменшенню безробіття серед осіб із низьким освітнім рівнем;

- вдосконалення механізмів зменшення безробіття та росту зайнятості, в т.ч. активних систем пошуку роботи, схем навчання і застосування спеціальних ресурсів, таких як субсидування заробітної плати і введення податкових пільг для працедавців, які наймають осіб, які перебувають тривалий період без роботи, людей з обмеженими можливостями, хронічно хворих і безробітних молодого віку;

- зниження ризику втрати роботи за наймом через порушення здоров'я шляхом забезпечення доступу до своєчасних високоякісних послуг охорони фізичного і психічного здоров'я, впровадження поетапних програм відновлення

працевдатності та створення сприятливих психосоціальних умов на робочому місці;

- поліпшення доступу батьків до недорогих висококваліфікованих послуг догляду за дітьми і сприяння їхній участі в ринку праці;

- підвищення компетентності фахівців сфери охорони здоров'я для профілактики погіршення здоров'я внаслідок безробіття. Наприклад, шляхом активного охоплення нужденних послугами охорони психічного здоров'я і надання адекватного лікування тим, хто страждає від розладів здоров'я, спричинених втратою роботи [441, с. 97];

- проведення оцінювань впливу безробіття на стан здоров'я безробітних.

4. Розвиток системи соціального страхування населення також сприятиме збільшенню доходів та зменшенню нерівності. На сьогодні в Україні система єдиних страхових внесків є недосконалою та недостатньо дієвою. Нині діє Єдиний внесок на загальнообов'язкове державне соціальне страхування – обов'язковий платіж до системи загальнообов'язкового державного соціального страхування, що справляється в Україні з метою забезпечення страхових виплат за поточними видами загальнообов'язкового державного соціального страхування. Він введений із 1 січня 2011 р. і замінив собою чотири окремі відрахування: до Пенсійного фонду; до фондів страхування на випадок безробіття; із тимчасової втрати працевдатності; від нещасних випадків на виробництві. Однак розміри виплат на випадок безробіття чи втрати працевдатності невисокі. Головною ж проблемою залишається відсутність в Україні загальнообов'язкового державного медичного страхування.

Запровадження такого комплексу заходів дасть змогу збільшити доходи населення, зменшити нерівність за доходами, що позитивно впливатиме на стан здоров'я населення.

5. Покращення освітньої детермінанти здоров'я передбачає реалізацію двох основних напрямів: підвищення загального рівня освіти та посилення санітарної грамотності. Щодо останньої йшлося вище.

Вважається, що високий рівень освіти людини є більш ефективним запобіжником бідності, ніж матеріальна підтримка населення. Значною мірою саме

цим пояснюється зростання зацікавленості батьків у підвищенні освітнього рівня дітей, навіть за умови контрактного навчання за обмеженої фінансової спроможності родини. Така тенденція свідчить про перспективи зростання освітнього потенціалу країни за усвідомлення населенням важливості навчання [137].

Щодо покращення загального освітнього рівня слід зауважити, що незважаючи на те, що він в Україні достатньо високий, є на сьогодні резерви у цьому напрямку. Насамперед вони пов'язані зі зменшенням регіональних і міжселищних відмінностей у наданні якісної освіти; вирішенням проблем правового, організаційного, економічного і науково-педагогічного характеру для забезпечення рівного доступу всіх верств населення до якісних освітніх послуг; сприянням покращенню якості освітніх послуг у навчальних закладах.

Освічені особи набагато частіше користуються комп'ютером та ресурсами Інтернет, що значно збільшує їхній соціальний капітал, розширює доступ до інформації, у тому числі про здоров'я.

6. Збереження та зміцнення здоров'я має передбачати нарощування і вдосконалення соціального капіталу за трьома основними напрямками: на мікро-, мезо- і макрорівні. На мікрорівні зміцнення соціального капіталу має відбуватися щодо тих явищ і процесів, які проходять на рівні індивідуума, сім'ї та місця праці. На цьому рівні дуже важливо забезпечувати рівний доступ до інформації, активне залучення людей і груп, що не беруть активної участі в житті суспільства, в розробку і реалізацію політики і дій, створюючи для цього ефективні механізми, які надають їм реальне право голосу в прийнятті рішень щодо їхнього життя, визнаючи їхні фундаментальні права, такі як право на здоров'я, освіту, працевлаштування та житло. На мезорівні необхідно розвивати і зміцнювати ті відносини довіри, взаємності, норми і правила, які формуються на регіональному рівні. На макрорівні національний соціальний капітал потрібно удосконалювати в напрямку формування позитивного образу країни, зміцнення її конкурентних позицій на світових ринках [442].

Це загалом дасть змогу сформувати позитивний соціальний капітал в українському суспільстві, що, на думку О. Грішної, є одним з основних чинників економічних і соціальних реформ, важливим напрямом на шляху до цивілізованого демократичного європейського суспільства та високорозвинутої соціально орієнтованої економіки [443] й інструментом збереження та зміцнення стану здоров'я населення.

7. Необхідною передумовою покращення стану здоров'я є посилення індивідуальної відповідальності людини, ведення здорового способу життя. Особливо суттєвий вплив за даними дослідження має зловживання алкоголем. Найоптимальніші рішення для зменшення зловживання алкоголем – це підвищення цін, обмеження доступності алкогольних напоїв та заборона на рекламу алкогольної продукції, що частково впроваджується в Україні. Однак заходи не мають системного і комплексного характеру, тоді як конкретні стратегії втручання потрібно реалізовувати не ізольовано одна від одної, а сукупно, щоб досягти максимально можливої користі для здоров'я.

Розроблений Проект Закону України «Про Концепцію державної політики запобігання шкідливому вживанню алкоголю населенням України на період 2011–2020 рр.» [444] не прийнято. Хоча цей проект передбачає конструктивні заходи, які дають змогу зменшити споживання алкоголю та знизити відповідно рівень захворюваності та смертності населення країни. Зокрема, це такі основні заходи: розроблення й ефективна координація комплексних стратегій, лікування і надання допомоги при супутніх захворюваннях, у тому числі патологічних станах, спричинених вживанням токсикоманічних або наркотичних засобів, депресивних станів, суїцидальній поведінці, ВІЛ/СНІДі та туберкульозі; проведення скринінгу для виявлення небезпечних та шкідливих наслідків вживання алкоголю у пацієнтів на рівні первинної медико-санітарної допомоги, враховуючи пияцтво серед жінок дітородного віку та вагітних; допомога місцевим громадам у наданні відповідних медико-соціальних послуг і підтримки особам, залежним від спиртного, та їхнім сім'ям, поновлення на окремих територіях діяльності медичних витверезників тощо.

Для реалізації цих та інших заходів в Україні Уряд України насамперед має визнати, що його першочергове завдання – здоров'я громадян, і розпочати активну діяльність у напрямку щодо зменшення шкоди, що завдається вживанням алкоголю; застосувати найбільш ефективні рішення в політиці щодо вживання алкоголю, визнаючи, що результативні рішення – не обов'язково дороговартісні; ввести ефективне регулювання алкогольної індустрії; активізувати власну діяльність як спостерігача і виразника ефективної антиалкогольної політики.

Висновки до шостого розділу

Запропоновано методологію моделювання впливу соціально-економічних детермінант на стан здоров'я населення із застосуванням методів мікроімітаційного моделювання та мікроданих АСО. На цій основі побудовано статистичні моделі, що відображають взаємозв'язок індикаторів здоров'я населення з основними детермінантами, які можуть його визначати. Встановлено, що найвища ймовірність бути умовно здоровим визначається для:

– чоловіків віком до 40 років, які мають постійну або тимчасову роботу, які харчуються «добре» або «дуже добре», а також проживають у районі з відповідними умовами: чисте повітря, доглянута територія, хороша транспортна розв'язка, розвинена інфраструктура;

– тих, хто не звертається до медичних закладів у разі хвороби (завжди або переважно), не спілкується кожного дня на особисті теми із сусідами, друзями, знайомими, відвідував культурні заклади протягом останніх 12 місяців, живе статевим життям, а також проводить сидячи не більше 5 год. на день;

– осіб, які в дитинстві відвідували спортивні секції, гуртки, перебували у санаторіях, таборах відпочинку тощо, харчувалися «добре» або «дуже добре», зростали у сім'ї, де виховувалося не більше двох дітей.

Запропоновано методологію розрахунку композиційного індексу стану здоров'я та визначення характеристик нерівності груп населення за рівнем здоров'я. Розрахунок індексу стану здоров'я, який визначається для кожної особи

як композиційний індекс, рекомендовано здійснювати за двома складовими: індексом індивідуального здоров'я особи та індексом тривалості життя особи. Отримані результати дали змогу виявити певні закономірності, за якими можна більш ґрунтовно оцінити вплив СЕД на стан здоров'я населення. Зокрема, політика в галузі охорони здоров'я має враховувати:

- статеві особливості (з акцентом на покращення СЕД та стану здоров'я чоловіків);
- тип поселення (з особливою увагою на покращення СЕД та стану здоров'я населення сільської місцевості);
- регіональні нерівності у стані здоров'я населення (посилення уваги на причинах нижчих показників індексів здоров'я північного та східного районів);
- зростання доходів населення, насамперед шляхом підвищення розміру оплати праці та пенсій, скорочення числа соціальних допомог і субсидій з одночасним збільшенням їх обсягу та посилення адресності.

Визначено базисні принципи політики забезпечення соціальної справедливості у сфері охорони здоров'я. Обґрунтовано, що збереження та зміцнення здоров'я є спільною відповідальністю. Міжсекторальне співробітництво є спільною діяльністю структур системи охорони здоров'я та інших груп для покращення результатів щодо здоров'я. Підхід щодо збереження та зміцнення здоров'я населення вимагає спільної відповідальності за результати щодо здоров'я, у тому числі від тих осіб, які безпосередньо не пов'язані зі сферою охорони здоров'я, але діяльність яких може вплинути на здоров'я або детермінанти, які його визначають. З'ясовано, що міжсекторальне співробітництво у сфері охорони здоров'я в Україні розвинене недостатньо. Більшість державних програм, стратегій та інших документів, які регулюють соціально-економічні процеси, не враховує важливості збереження та зміцнення здоров'я. Необхідне горизонтальне управління сферою охорони здоров'я, що враховуватиме загальні цілі серед галузевих партнерів, забезпечуючи скоординоване планування, розробку та реалізацію пов'язаних з ними політики, програми і послуг.

Обґрунтовано необхідність використання відповідних механізмів для залучення населення до збереження здоров'я, важливість його участі у розробці відповідних стратегій. Такий підхід забезпечує відповідні можливості для населення України, значний внесок у розвиток пріоритетів у сфері охорони здоров'я, розробку стратегій і розгляд результатів. Перевага участі громади полягає в тому, що суспільна довіра у прийнятті рішень та обміні інформацією підвищується.

Наголошено на необхідності вдосконалення політики збереження та зміцнення здоров'я населення в Україні у напрямку забезпечення прав громадян на охорону здоров'я і збільшення доступності ресурсів сфери охорони здоров'я. За умов обмежених фінансових ресурсів ефекту у цьому контексті можна досягти за допомогою щораз більшого залучення громад та участі населення у поширенні інформації щодо можливостей збереження і зміцнення свого здоров'я.

Зроблено висновок про те, що необхідним атрибутом політики охорони здоров'я України має бути покращення СЕД здоров'я населення. Насамперед це зростання доходів, зменшення безробіття, підвищення рівня освіти та санітарної грамотності, соціального капіталу, покращення середовища проживання і праці, посилення індивідуальної відповідальності за своє здоров'я тощо. Підґрунтям для цього має бути поліпшення детермінант РПЖ. Визначено, що реалізація заходів із покращення СЕД дасть змогу не тільки знизити рівень смертності, захворюваності та інвалідності, а й зменшити нерівність у здоров'ї.

Важливим елементом цього має бути загальнонаціональна дискусія, що дасть можливість українцям оцінити перспективи та напрями збереження на зміцнення свого здоров'я.

ВИСНОВКИ

Висновки, сформульовані за результатами дисертаційної роботи, містять теоретичні узагальнення, методологічні підходи та рекомендації щодо вирішення важливої наукової проблеми – теоретико-методологічного забезпечення якісно нових підходів оцінювання впливу соціально-економічних детермінант на нерівність у здоров'ї населення для наукового обґрунтування принципів і механізму державної політики його збереження та зміцнення в Україні. Основні теоретико-методологічні та практичні висновки є такими.

На основі всебічного аналізу еволюції поглядів на детермінанти здоров'я населення встановлено, що більш ефективною з позиції збереження та зміцнення здоров'я є концепція «здоров'я населення». Використовуючи досягнення «класичних» галузей медицини (клінічна, фармакологія тощо) та громадського здоров'я, які передбачають збереження і зміцнення здоров'я та якості життєдіяльності через профілактику і запобігання захворюванням, визначено, що концепція «здоров'я населення» поглиблює розуміння детермінант здоров'я і вказує на потребу критичного оцінювання соціальної нерівності та визначає напрямки політики, спрямованої на її зменшення. Використання такого поєднання розширює межі застосування соціальної політики в Україні щодо здоров'я, забезпечуючи міжсекторальний характер та спрямованість на скорочення нерівності у здоров'ї.

Здоров'я населення трактується як здоров'я соціально-демографічних і територіальних груп населення, яке визначається певними детермінантами, що змінюються у часі, та є фундаментальною основою побудови теоретичних засад дослідження соціально-економічних детермінант нерівності у здоров'ї населення.

Виокремлено чотири основні напрями дослідження здоров'я населення: відмінність стану здоров'я у демографічних, соціальних, територіальних та інших групах населення, оскільки статеві і вікові структури, шлюбний стан, належність до певної соціальної страти, міського чи сільського населення, окремих територіальних громад та інші групові ознаки є однією з передумов дослідження нерівності у здоров'ї населення; детермінованість здоров'я населення, яка полягає

у тому, що стан і динаміка здоров'я, особливо на макрорівні, зумовлені умовами, які безпосередньо або опосередковано впливають на здоров'я; нерівність у здоров'ї населення, пов'язана з нерівним доступом до матеріальних і духовних благ у суспільстві; політична зумовленість стану здоров'я населення, що передбачає розробку відповідних напрямів політики у сфері охорони здоров'я на основі досліджень СЕД здоров'я населення.

У роботі систематизовано та структуровано детермінанти здоров'я, розкрито специфіку їхнього впливу на стан здоров'я населення. На контекстуальному рівні створюються передумови для формування детермінант інших рівнів. До цього рівня зараховано глобальні та суспільно-політичні детермінанти: демократія, політична ситуація, корупція, система державного управління. Структурний рівень пов'язаний із нерівністю серед різних груп населення: територіальних, демографічних, соціальних, що зумовлюється відмінностями в освіті, доходах, зайнятості, соціальному капіталі, умовах довкілля тощо. До проксимального рівня, найбільш наближеного до людини, віднесено детермінанти, які охоплюють індивідуальні особливості кожної людини, її поведінку та рівень відповідальності щодо власного здоров'я: якість харчування, фізична активність, наявність (відсутність) шкідливих звичок тощо. Ці детермінанти здоров'я частково залежать від детермінант контекстуального та структурного рівнів, адже рівень доходу, освіти чи інші детермінанти певним чином обумовлюють індивідуальну поведінку та відповідальність людини за власне здоров'я.

Визначено, що вирішальну роль у формуванні та збереженні здоров'я населення у сучасному постіндустріальному суспільстві відіграють СЕД, які трактуються автором як соціально-економічні чинники, що визначають стан здоров'я окремих осіб, груп населення чи населення країни загалом у певний період. При цьому вони можуть зумовлювати нерівність у здоров'ї населення через нерівність у доходах, доступі до освіти, зайнятості, придбанні комфортного житла, медичних товарів та послуг тощо. Провідну роль у збереженні та зміцненні здоров'я населення відіграють саме СЕД.

Дослідження впливу СЕД на стан здоров'я населення запропоновано здійснювати за такими принципами: 1) *предметний*, який полягає у тому, що стан здоров'я визначає широке коло детермінант, часто взаємопов'язаних між собою; 2) *територіальний*, пов'язаний із ступенем впливу тих чи інших СЕД на стан здоров'я населення залежно від соціально-економічного розвитку регіону та місця проживання особи; 3) *демографічний*, котрий базується на тому, що демографічні структури (вікова, статева) значною мірою визначають соціально-економічне становище людей у суспільстві, їхні взаємостосунки, моделі поведінки, соціальні стратегії тощо; 4) *соціальний*, пов'язаний насамперед із вивченням соціальної нерівності та її наслідками для здоров'я; 5) *часовий*, який ґрунтується на тому, що механізм дії детермінант змінюється у часі; 6) *пізнання*, що дає змогу установити фактичні механізми, за допомогою яких окремі особи і групи населення взаємодіють з СЕД на різних рівнях.

Визначено, що запропонований підхід розширить можливості формування та реалізації політики у сфері охорони здоров'я, оскільки, по-перше, передбачає скорочення обсягів та зміну вектора фінансування у напрямку поліпшення СЕД здоров'я, а по-друге, дає змогу оперативної і гнучко реагувати на зміни у соціально-демографічних структурах населення для вибору найбільш ефективних та адресних напрямів підтримки для реалізації потенціалу здоров'я, його збереження та покращення (у тому числі через СЕД).

З метою уточнення та доповнення даних про стан здоров'я населення України і СЕД, які визначають його нерівність, запропоновано й апробовано методику соціологічного дослідження стану здоров'я населення країни та СЕД, які визначають його нерівність серед окремих груп населення. Принциповою відмінністю даної методики є те, що вона передбачає оцінювання соціально-економічного статусу респондентів, умов РПЖ, житлових та екологічних умов їхнього проживання, індивідуальної поведінки щодо здоров'я (вживання алкоголю, сексуальної поведінки тощо), що дало змогу визначити взаємозв'язки між цими детермінантами та рівнем захворюваності. Особливу увагу у дослідженні автор приділив оцінюванню ролі детермінант РПЖ у формуванні здоров'я населення.

Запропоновано систему індикаторів СЕД нерівності у здоров'ї населення, яка містить дві групи: індикатори здоров'я населення та індикатори СЕД здоров'я населення. Залежно від рівня оцінювання останні поділені на три підгрупи: контекстуальні, структурні та проксимальні. Індикатори, з одного боку, максимально адаптовані до сучасної вітчизняної статистики, а з іншого боку – враховують пропозиції експертів ВООЗ, пов'язані з виокремленням системи індикаторів, за якими можна здійснювати моніторинг здоров'я населення європейського регіону.

Розроблено методику оцінювання умов РПЖ та їхнього впливу на стан здоров'я і нерівність у здоров'ї у дорослому житті. Для цього запропоновано використовувати індекс умов РПЖ, який рекомендовано розраховувати як середнє арифметичне значення суми підіндексів, що характеризують умови РПЖ: підіндекс добробуту у РПЖ; підіндекс соціального капіталу РПЖ; підіндекс санітарної грамотності у РПЖ; підіндекс фізичної активності у РПЖ; підіндекс профілактики хвороб та оздоровлення у РПЖ; підіндекс якості харчування у РПЖ. Враховуючи відсутність досліджень умов РПЖ людини в Україні, за вихідні дані для розрахунку зазначених підіндексів запропоновано використовувати результати АСО.

Обґрунтовано, що для оцінювання впливу СЕД на нерівність у здоров'ї населення «класичний» для такого роду розрахунків методичний апарат (методи кореляції та логістичної регресії) варто доповнити методом мікроімітаційного моделювання, яке у вітчизняній науці у такому контексті не використовується. За авторським баченням, для оцінювання потенційних результатів застосування розглянутих підходів до дослідження актуальних проблем здоров'я необхідне комплексне використання методу синтетичних сукупностей населення та макроекономічних моделей, зокрема таблиць смертності, для визначення детермінант, що впливають на здоров'я населення.

Запропоновано авторську схему методології мікроімітаційного моделювання впливу СЕД на стан здоров'я населення України, що дає змогу оцінювати визначальні для здоров'я населення СЕД з високою точністю. Розроблений методологічний підхід дослідження впливу СЕД на стан здоров'я є комплексним і

системним, враховує наявне інформаційне забезпечення, базується на використанні елементів статистичного та динамічного МІМ, а також певним чином агентське моделювання та концепції життєвого курсу. Він є базою для оцінювання впливу основних детермінант на здоров'я населення – чисельності здорового населення за статеві-віковими групами з урахуванням соціально-економічних характеристик осіб.

За результатами порівняльного аналізу здоров'я населення України з країнами ЄС, зокрема Польщею та Швецією, найбільш загрозливими визнано високі показники смертності від хвороб системи кровообігу, тенденції зростання захворюваності та смертності від інфекційних і паразитарних хвороб, насамперед таких соціально небезпечних, як туберкульоз, ВІЛ/СНІД та гепатити В і С, а також від зовнішніх причин. При цьому доведено, що більшості випадків смерті від інфекційних хвороб та зовнішніх причин можна запобігти, оскільки значною мірою вони пов'язані із СЕД.

У ході дослідження встановлено, що сучасний стан здоров'я населення та нерівність у здоров'ї значною мірою зумовлені нерівними умовами РПЖ. Практично всі умови цього періоду, життя відображаються на стані здоров'я людини у майбутньому. Це стосується: доходу (добробуту) родини, в якій виховується дитина (шанси не мати жодного хронічного захворювання у дорослому житті серед тих, хто у РПЖ зростав у забезпеченій родині (високий або дуже високий рівень доходів), порівняно з тими, хто зростав у бідних родинях, більші у 2,7 разу, $OR = 2,7$); інформації, яку отримують діти та підлітки щодо ризиків для здоров'я ($OR = 2,1$); оздоровлення, можливості відвідувати санаторії, пансіонати, табори відпочинку, відпочивати разом із батьками ($OR = 1,8$); фізичної активності у РПЖ – відвідування спортивних гуртків та секцій ($OR = 2,8$); і особливо якості харчування, можливостей отримувати необхідні поживні речовини відповідно до віку ($OR = 4,0$).

Встановлено, що детермінанти РПЖ впливають на стан здоров'я у дорослому житті не тільки безпосередньо, а й опосередковано, суттєво окреслюючи СЕД майбутнього життя, які визначають стан здоров'я та нерівність у здоров'ї

населення на цей період. Особливо важливу роль відіграє дохід родини, в якій виховувалась людина. Чим вищий рівень доходу, тим більш значна ймовірність мати вищий СЕС, дохід, рівень освіти, кращі житлові умови, а також нижчою є ймовірність тютюнопаління у майбутньому. Відповідно це збільшує шанси людини бути здоровою.

Визначено масштаби гендерної нерівності у здоров'ї населення України, а також відмінності у стані здоров'я за статтю. Зокрема, з'ясовано, що для здоров'я чоловіків більше значення, порівняно із жінками має дохід. Чоловіки з низьким рівнем доходу мають вищу ймовірність померти при захворюваннях системи кровообігу та органів дихання, а також через зовнішні причини, порівняно із жінками з аналогічним рівнем доходу. Це пов'язано з тим, що чоловіки здебільшого зайняті на виробництвах із шкідливими умовами праці, проживають у гірших умовах, а також схильні до випадкових отруень і самоушкоджень.

За результатами АСО встановлено, що однією з основних детермінант, яка впливає на стан здоров'я та зумовлює масштаби нерівності у здоров'ї населення, є СЕС. В Україні на сучасному етапі шанси не мати жодного хронічного захворювання у дорослому віці в 2,8 разу вищі для тих, хто перебуває на верхніх щаблях соціальної ієрархії, порівняно з тими, хто знаходиться на нижчому рівні. З'ясовано, що СЕС особливо впливає на поширеність хвороб системи кровообігу. Так, шанси не мати хронічного захворювання хвороб цього класу суттєво зростають саме із підвищенням СЕС для представників 8–10 груп соціальної ієрархії шанси вищі в 2,5 разу порівняно з особами у 1–3 груп). Крім цього, виявлено зв'язок СЕС із рівнем захворюваності на хвороби кістково-м'язової та ендокринної систем, а також органів травлення.

Таким чином, спрямованість соціально-економічного градієнта відображають параметри здоров'я населення. Низький СЕС населення є передумовою низького рівня його здоров'я. В Україні більшість населення має низький СЕС, що є ознакою соціально-економічної нерівності та значною мірою визначає сучасний незадовільний стан здоров'я населення.

За результатами дослідження однією з визначальних СЕД здоров'я населення є дохід як інструмент зміцнення людиною власного здоров'я. Використовуючи розроблену авторську методику мікроімітаційного моделювання, для оцінювання СЕД здоров'я населення побудовано модель розподілу в Україні частки відносно здорових осіб за квінтільними групами за доходами та віковими групами. У результаті виявлено суттєву нерівність у стані здоров'я представників 1–2 та 3–4 квінтільних груп населення практично в усіх вікових групах. При цьому найбільша нерівність починається з 35 і спостерігається до 65 років, коли частка відносно здорових осіб серед представників 3–4 квінтільних груп є суттєво вищою, у 1–2 квінтільних групах населення.

Крім цього, більш заможні люди, як правило, не тільки мають більше можливостей для збереження здоров'я, а й менше шкідливих звичок. Таким чином, обґрунтовано, що зниження доходів населення негативно впливає на поведінку щодо збереження власного здоров'я та потребує збільшення обсягів фінансування медицини з боку держави. Отже, рівень доходів здійснює вплив на населення не тільки безпосередньо, а й опосередковано. Разом з цим, існує зворотний зв'язок, коли стан здоров'я особи впливає на рівень її доходів, адже люди з обмеженою працездатністю, особливо із тривалим її перебігом, часто опиняються у нижчих дохідних групах та соціальних стратах і не в змозі оплачувати власне лікування та реабілітацію.

Доведено, що освіта, як і дохід, також має кілька напрямів впливу на стан здоров'я населення: як безпосередньо, зокрема через медичну освіту чи поширення санітарної грамотності, так і опосередковано, оскільки високий рівень освіти людини з більшою ймовірністю, ніж низький, може забезпечити кращі можливості для її працевлаштування, отримання вищого рівня доходів, більшу відповідальність за власне здоров'я тощо. За результатами АСО виявлено, що шанси не мати жодного хронічного захворювання серед осіб із вищою освітою у 2,3 рази вищі, ніж із початковою та незакінченою вищою освітою. З'ясовано, що населення із вищою освітою також рідше хворіє на хвороби систем кровообігу та

кістково-м'язової. Таким чином, обґрунтовано, що освіта має вирішальне значення у визначенні СЕС людини і, відповідно, стану її здоров'я.

Визначено масштаби впливу довкілля на нерівність у стані здоров'я населення. Зокрема, встановлено, що шанси не мати хронічних захворювань серед тих, хто мешкає у місцевостях із чистим атмосферним повітрям, у 1,46 разу вищі порівняно із тими, хто проживає у місцевості із забрудненим повітрям. Крім цього, проживання у місцевостях із чистим атмосферним повітрям знижує шанси мати хронічні захворювання системи кровообігу, а також ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин.

Обґрунтовано, що стан житлових умов, забезпеченість житла водопроводом і каналізацією також впливають на стан здоров'я населення. Зокрема, шанси не мати жодного хронічного захворювання вищі в 1,4 разу для тих осіб, які проживають у «дуже добрих» та «добрих» житлових умовах, порівняно з тими, в кого вони «погані» та «дуже погані». Такі особи також мають менші шанси мати хронічні захворювання системи кровообігу, хвороби органів травлення та хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини.

Виявлено рівень доступності медичних товарів і послуг (фізичної, економічної, інформаційної) та їхній вплив на стан здоров'я населення. Встановлено, що перераховані вище види доступності в Україні є недостатніми: близько 10% населення не має можливості відвідувати лікаря у разі потреби переважно через такі причини, як економічна (нестача коштів на лікування) та фізична (віддаленість медичного закладу). Це негативно відображаються на стані здоров'я населення. За даними АСО, шанси не мати хронічних захворювань для тих, хто не звертається за медичною допомогою у разі хвороби, у 3,5 разу нижчі, порівняно з тими, хто завжди або переважно звертається ($OR = 3,54$).

З'ясовано, що відповідальність населення за стан власного здоров'я в Україні залишається низькою. Значна частина населення, особливо старшого віку, покладає відповідальність на державу (36,3%) і медичних працівників (34,6%). Позитивним є те, що молодь (18–25 років) схильна більш критично оцінювати ситуацію, визначаючи відповідальних за власне здоров'я. Молоді люди здебільшого

вважають себе особисто відповідальними за стан власного здоров'я. Доведено, що усвідомлення власної відповідальності за здоров'я реалізується у відповідній поведінці: покращене, «здорове» харчування, фізична активність, відсутність шкідливих звичок.

Моделювання впливу СЕД на стан здоров'я населення засвідчило, що, по-перше, висока ймовірність бути умовно здоровим визначається для чоловіків віком до 40 років, які мають постійну або тимчасову роботу, харчуються «добре» або «дуже добре», а також проживають у районі з відповідними умовами: чисте атмосферне повітря, доглянута територія, наявна транспортна розв'язка, розвинена інфраструктура.

По-друге, ймовірність бути умовно здоровим є високою для тих, хто не звертається до медичних закладів у разі хвороби (завжди або переважно), не вживає міцні спиртні напої кожного дня чи кілька разів на тиждень, відвідує культурні заклади, а також проводить сидючи не більш, як 5 годин на день.

По-третє, умовно здоровим є той, хто до 18 років відвідував спортивні секції, гуртки, перебував у санаторіях, таборах відпочинку, харчувався «добре» або «дуже добре», зростав у сім'ї, де виховувалося не більше двох дітей.

За результатами розрахунку композиційного індексу рівня здоров'я та визначення характеристик нерівності груп населення за рівнем здоров'я виявлено закономірності між рівнем задоволеності доходом і змінами індексів здоров'я. Особливо чітку тенденцію до зменшення із зниженням самооцінки достатності доходу відображає індекс індивідуального здоров'я. Індекс тривалості життя за цією ознакою також зменшується. Має значення і джерело доходу: найвищим є показник серед тих респондентів, які мають дохід від інвестицій, заощаджень, страхування або власності. Індекс стану здоров'я змінюється також від рівня задоволеності життям загалом. Однак задоволеність життям не завжди залежить від величини доходу, але приблизно з такими самими закономірностями впливає на стан здоров'я.

Враховуючи результати оцінювання впливу СЕД на нерівність у здоров'ї населення України та сучасні рекомендації ВООЗ з цього приводу, зазначено, що

політика у сфері охорони здоров'я населення має враховувати інтереси усіх верств населення, орієнтуватись на детермінанти, які визначають стан здоров'я у сучасних умовах. Першочерговим завданнями мають бути заходи щодо зменшення нерівності серед населення у доходах, можливостях здобуття освіти, доступності медичних товарів і послуг, а також підвищення індивідуальної відповідальності за власне здоров'я. Вивчення динаміки життєвого курсу в межах системи знань про детермінанти здоров'я населення є важливим для підтримки, розробки, моніторингу та оцінювання державної політики не тільки у системі охорони здоров'я, а й загалом у спектрі соціального життя.

Обґрунтовано, що сучасний підхід щодо збереження та зміцнення здоров'я населення має базуватися на спільній відповідальності державних інститутів, місцевих органів влади, громад, окремих осіб, навіть тих, діяльність яких безпосередньо не пов'язана з охороною здоров'я, але може вплинути на стан здоров'я або детермінанти, які його визначають. Міжсекторальне співробітництво у реалізації стратегій охорони здоров'я населення має передбачати горизонтальне управління, яке враховує загальні цілі серед галузевих партнерів, забезпечуючи скоординоване планування, розробку та виконання пов'язаних з ними програм і заходів.

Наголошено на доцільності використання відповідних механізмів для залучення населення, особливо дітей та підлітків, до збереження власного здоров'я. У новій політиці збереження та зміцнення здоров'я населення в країні пропонується посилити увагу на забезпечення прав громадян на охорону здоров'я та збільшення доступності ресурсів охорони здоров'я, забезпечення участі людей у розробці дієвих стратегій. За умов обмежених фінансових ресурсів ефекту у цьому напрямку можна досягти за допомогою більшого залучення громад та участі населення у поширенні інформації щодо можливостей збереження та зміцнення власного здоров'я.

При цьому головним атрибутом політики охорони здоров'я України, за авторським баченням, має бути покращення СЕД здоров'я населення: зростання доходів, зменшення безробіття, підвищення рівня освіти та санітарної грамотності,

соціального капіталу, покращення середовища проживання і праці тощо. Підґрунтям для цього має бути поліпшення детермінант РПЖ. Визначено, що реалізація заходів із покращення СЕД дасть змогу не тільки знизити рівень смертності, захворюваності та інвалідності, а й зменшити нерівність у здоров'ї.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Lee J.-W. Address by the Director-General to the Fifty-seventh World Health Assembly. Geneva: World Health Organization? 2004. URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_REC1-en.pdf. (Last accessed: 17.05.2017).
2. Медицина в Україні. Видатні лікарі: біобібліографічний словник / авт.-упоряд. С. М. Булах та ін.; фах. ред. і наук. консультант С. М. Старченко. Київ, 1997. 239 с.
3. Базелюк Н. Н. Социально-философские аспекты валеологии и формирования здорового образа жизни. *Вестник Мурманского государственного технического университета*. 2008. Т. 11. №. 4. С.
4. Ціборовський О. М. На варті здоров'я: Історія становлення соціальної медицини і охорони громадського здоров'я в Україні. Київ, 2010. 440 с.
5. Лисицын Ю. П. Здоровье человека – социальная ценность Москва, 1988. 175 с.
6. La Berge A. F. The early nineteenth-century French public health movement: the disciplinary development and institutionalisation of Hygiène Publique. *Bull Hist Med*. 1984. № 58. P. 363–379.
7. Szreter S. The Population Health approach in historical perspective. *Am J Public Health*. 2003. № 93, P. 421–31.
8. Энгельс Ф. Положение рабочего класса в Англии: По собственным наблюдениям и достоверным источникам. *К. Маркс и Ф. Энгельс. Сочинения: Издание второе. Т. 2*. URL: <https://www.marxists.org/russkij/marx/cw/t02.pdf>.
9. Virchow R. Mittheilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie. Berlin. URL: <http://reader.digitale-sammlungen.de/de/fs2/object/goToPage/bsb10475227.html?pageNo=5>. (Last accessed: 17.05.2017).
10. Neumann S. Die öffentliche Gesundheitspflege und das Eigenthum: Kritisches und Positives mit Bezug auf die preußische Medizinalverfassungs-Frage. Berlin. URL: <https://books.google.com.ua/books?id=JPYmDwAAQBAJ&pg>. (Last accessed: 17.05.2017).

11. Лебедева-Несевря Н. А., Гордеева С. С. Социология здоровья: учеб. пособие для студ. вузов. Пермь, 2011. 238 с.
12. Каган С. С. Видатний санітарний діяч України – академік УРСР О. В. Корчак-Чепурківський. Київ, 1965. 78 с.
13. Томилин С. А. Демография и социальная гигиена. Москва, 1973. 311 с.
14. Стешенко В. С. М. В. Птуха – видатний український вчений– демограф. *Демографія та соціальна економіка*. 2010. № 1. С. 181–187.
15. Young T. Population health: concepts and methods. New York, 1998. 315 p.
16. The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective / Mahmood S. S. et al. *The Lancet*. 2014. Т. 383. №. 9921. С. 999–1008.
17. Fuchs V. R. Who shall live?: health, economics, and social change. New York, 1974. 168 p.
18. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa, 1974. URL: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>. (Last accessed: 17.05.2017).
19. Healthy people: the Surgeon General's report on health promotion and disease prevention. Washington. 1979. URL: <https://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/NNBBGK.pdf>. (Last accessed: 17.05.2017).
20. Влияние социально-экономических факторов на демографические процессы / Отв. ред. В. С. Жученко и В. С. Стешенко. Киев, 1972. 233 с.
21. Health promotion: from Ottawa to Health 2020. URL: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/news/news/2013/06/health-promotion-from-ottawa-to-health-2020>. (Last accessed: 17.05.2017).
22. Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion: Health and Welfare Canada. 1986. URL: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/achieving-health-framework-health-promotion.html>. (Last accessed: 17.05.2017).
23. Mustard J. F., Frank J. The Determinants of Health. Toronto, 1991. 123 p.

24. Long A. F. Directions for Health: The Leeds Declaration. 1994. URL: <http://www.radstats.org.uk/no057/long.pdf>. (Last accessed: 22.05.2017).
25. Hayes M. V., Dunn J. R. Population Health in Canada: A Systematic Review. Ottawa, 1998. 83 p.
26. Evans R. G., Stoddart G. L. Producing Health, Consuming Health Care. *Social Science and Medicine*. 1990. №31 (12). P. 1347–1363.
27. Strategies for population health: investing in the health of Canadians prepared by the Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee of population Health . Halifax. 1994. URL: http://publications.gc.ca/collections/Collection/H88-3-30-2001/pdfs/other/strat_e.pdf. (Last accessed: 22.05.2017).
28. Hertzman C. Environment and Health in Central and Eastern Europe: A Report for the Environmental Action Programme for Central and Eastern Europe. World Bank Publications, 1995. 192 p.
29. Blane D. Health and social organization: towards a health policy for the twenty-first century / edited by D. Blane, E. Brunner, R. Wilkinson. London, 1996. 326 p.
30. Wilkinson R. G. Unhealthy societies: the afflictions of inequality. London, 1996. 255 p.
31. Hertzman C., Frank J. W., R. G. Evans Heterogeneities in Health Status and the Determinants of Population Health. *Why Are Some People Healthy and Others Not? Hawthorne* / R. G. Evans, M. Barer, T. Marmor (Eds.). New York, 1994. P. 67–92.
32. Kindig D. A. Purchasing Population Health: Paying for Results. University of Michigan Press, 1997. 194 p.
33. Лібанова Э. М. Продолжительность жизни населения (Опыт комплексного регионального исследования) /Отв. ред. В. В. Оникиенко. Киев, 1991. 200 с.
34. Смертність населення України у трудоактивному віці: монографія / відпов. ред. Е. М. Лібанова. Київ, 2007. 211 с.
35. Лібанова Е. М. Новітні тенденції смертності населення України *Демографія та соціальна економіка*. 2006. №1. С. 23–37.

36. Meslé F. Mortalité et causes de décès en Ukraine au XXe siècle /F. Meslé and ect. Ined, 2003. 440 p.
37. Рингач Н. О. Громадське здоров'я як чинник національної безпеки: монографія. Київ, 2009. 296 с.
38. Левчук Н. М. Соціальна диференціація стану здоров'я і смертності в Україні. *Демографія та соціальна економіка*. 2007. №. 1. С. 12–27.
39. Курило І. О. Здоров'я і тривалість життя літнього населення в Україні: тенденції та деякі їх фактори. *Демографія та соціальна економіка*. 2013. №. 2. С. 102–114.
40. Шевчук Л. Проблеми індивідуального й суспільного здоров'я в контексті трансформації соціальної мобільності. *Соціогуманітарні проблеми людини*. 2006. № 2. С. 95–103.
41. Лопушняк Г. С. Соціально-економічні проблеми реалізації права громадян на охорону здоров'я в Україні. *Вісник львівської державної фінансової академії*. Львів. 2011. № 20. С. 219–229.
42. Грیشнова О. А. Людський капітал України: стан, проблеми, перспективи відтворення. 2009. Ч I. 224 с., Ч. II. 236 с.
43. Грузева Т. С. Дослідження відмінностей у стані здоров'я населення залежно від рівня матеріального добробуту. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2003. № 3. С. 61–64.
44. Kindig D. A. Understanding Population Health Terminology. *The Milbank quarterly*. 2007. Vol. 85. № 1, P. 139–161.
45. Fink D. S., Keyes K. M., Cerdá M. Social Determinants of Population Health: A Systems Sciences Approach. *Current epidemiology reports*. 2016. Т. 3. №. 1. P. 98–105.
46. Macintyre S., Ellaway A., Cummins S. Place effects on health: how can we conceptualize, operationalize and measure them? *Social Science & Medicine*. 2002. № 55. P. 125–39.

47. Подвисоцька Т. О. Комплексна оцінка здоров'я населення та його впливу на економічне зростання: дис. ... канд. екон. наук : 08.00.07 / Нац. ун-т «Києво-Могилянська академія». Київ, 2009. 265 с.
48. Adler N., E. Rehkopf D. H. U.S. disparities in health: Descriptions, causes, and mechanisms. *Annual Review of Public Health*. 2008. № 29. P. 235–252.
49. Прохоров Б. Б. Здоровье населения России в XX веке. Москва, 2001. 276 с.
50. Шабунова А. А. Здоровье населения в России: состояние и динамика: монография. Вологда, 2010. 408 с.
51. Слабкий Г. О., Медведовська Н. В. Регіональні особливості стану здоров'я населення України: монографія. Київ, 2010. 174 с.
52. Чепелевська Л. А., Орда О. М. Новітні регіональні тенденції смертності населення України. *Україна. Здоров'я нації*. 2011. №. 2. С. 68–73.
53. Social determinants of health: the solid facts / Edited by R. Wilkinson, M. Marmot. Copenhagen, 1998. 27 p.
54. Mikkonen J., Raphael D. Social Determinants of Health: The Canadian Facts Social Determinants of Health: The Canadian Facts. Toronto, 2010. 63 p.
55. Кислицына О. А. Социально-экономические детерминанты здоровья россиян. *Народонаселение*. 2007. №. 2. С. 24–37.
56. Kindig D., Isham G. Population Health Improvement: A Community Health Business Model That Engages Partners in All Sectors. *Frontiers of Health Services Management*. 2014. № 30(4). P. 3–20.
57. Kindig D. A. Can there be political common ground for improving population health? *The Milbank Quarterly*. 2015. Т. 93. №. 1. P. 24–27.
58. Лібанова Е. М. Стратегічні пріоритети соціальної політики України на початку XXI століття. *Демографія та соціальна економіка*. №. 9. 2008. С. 9–22.
59. Лібанова Е. М. Інноваційні важелі демографічної політики. *Проблеми інноваційно-інвестиційного розвитку. Серія: Економіка та менеджмент*. 2016. № 9. С. 21-33.

60. Лібанова Е. М., Курило І. О. Соціально-демографічна політика в Україні у контексті принципів програми дій МКНР (1994 р.). *Демографія та соціальна економіка*. 2009. № 2. С. 1227.

61. Follow-up meeting on the 2008 Tallinn Charter. URL: <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2013/10/health-systems-for-health-and-wealth-in-the-context-of-health-2020/about-the-conference>. (Last accessed: 22.05.2017).

62. Калью П. И. Сущностная характеристика понятия «здоровье» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения: обзорная информация. Москва, 1988. 66 с.

63. Constitution of WHO: principles. URL: <http://www.who.int/about/mission/en>. (Last accessed: 22.05.2017).

64. Health promotion: evidence and experience /ed. by K. Lucas and B. Lloyd. London, 2005. 168 p.

65. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение. Москва, 2002. 416 с.

66. Noack H. Concepts of health and health promotion. Measurement in health promotion and protection. 1987. Т. 22. С. 5–28.

67. Павленко С. М. Здоровье. Малая медицинская энциклопедия. Москва, 1966. Т. 3. 886 с.

68. Ahmed, P. I., Kolker, A., Coelho, G. V. Toward a new definition of health: An overview. *Toward a new definition of health*. Boston. 1979. P. 7–22.

69. Кузнецова З. М. Теоретические аспекты понятия «здоровье». *Педагогико-психологические и медико-биологические проблемы физической культуры и спорта*. 2007. URL: http://www.kamgifk.ru/magazin/old/=2=/1_07/1_07_07.pdf. (дата звернення: 22.05.2017).

70. Семья – здоровье – общество / под ред. М. С. Бедного. Москва, 1986. 238 с.

71. Матрос Л. Г. Социальные аспекты проблемы здоровья / отв. ред. Ю. И. Бородин. Новосибирск, 1992. 156 с.

72. Казначеев В. П. Здоровье нации, просвещение, образование. Москва; Кострома, 1996. 246 с.
73. Брехман И. И. Введение в валеологию – науку о здоровье. Ленинград, 1987. 125 с.
74. Лищук В. А., Мосткова Е. В. Основы здоровья: актуальные задачи, решения, рекомендации: Обзор. Москва, 1994. 134 с.
75. Schwartz C. The clinical significance of adaptation to changing health: a meta-analysis of response shift. *Qual Life Res.* 2006. № 15. P. 1533–1550.
76. Цілі Сталого Розвитку: Україна: Національна доповідь. URL: https://menr.gov.ua/files/docsНаціональна%20доповідь%20ЦСР%20України_липень%202017%20ukr.pdf.
77. Амосов Н. М. Раздумья о здоровье. Москва, 1987. 63 с.
78. Antonovsky A. Health, stress and coping. San Francisco; London, 1979. 255 p.
79. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international.* 1996. Т. 11. №. 1. P. 11–18.
80. Trade, foreign policy, diplomacy and health. URL: <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en>. (Last accessed: 14.06.2017).
81. Шушпанов Д. Г. Синкретичність трактування здоров'я в контексті його соціально-економічного пізнання. *Економічний аналіз.* 2014. Том. 15. № 4. С. 147–157.
82. Шабунова А. А., Калашников К. Н., Калачикова О. Н. Общественное здоровье и здравоохранение территорий / под. рук. А. А. Шабуновой. Вологда, 2010. 284 с.
83. Васильева О. С., Филатов Ф. Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. Москва, 2001. 352 с.
84. Максимова Т. М. Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. Москва, 2002. 187 с.
85. Толаканин А. Что такое культура здоровья? URL: http://www.tolokonin.ru/library/my_monography/kultura_zdorovia. (дата звернення: 22.05.2017).

86. Public health, environmental and social determinants of health / WHO. URL: http://www.who.int/topics/environmental_health/en. (Last accessed: 24.05.2017).
87. Шушпанов Д. Г. Синкретичність трактування здоров'я в контексті його соціально-економічного пізнання. *Економічний аналіз*. 2014. Том. 15. № 4. С. 147–157.
88. Winslow C. E. A. The conquest of epidemic disease: a chapter in the history of ideas, 1980. URL: <http://www.stonecountyhealthdepartment.com/assets/text/What%20Is%20Public%20Health.pdf>. (Last accessed: 24.05.2017).
89. Общественное здоровье и экономика / Отв. ред. Б. Б. Прохоров. Москва, 2007. 292 с.
90. Public health surveillance / WHO. URL: www.who.int/topics/public_health_surveillance/en. (Last accessed: 24.05.2017).
91. Москаленко В. Ф., Груззєва Т. С. Громадське здоров'я в умовах урбанізації. *Медична наука України*. 2010. №. 1. С. 13–23.
92. Жалінська І. В. Громадське здоров'я: методологія оцінювання та обґрунтування політики: автореф. дис. ... канд. екон. наук: 08.00.07. Київ, 2011. 20 с.
93. Концепція розвитку системи громадського здоров'я: розпорядження від 30 листопада 2016 р. № 1002-р. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npras/249618799>. (дата звернення: 15.03.2018).
94. Методология экономико-статистического исследования демографической безопасности и здоровья обществ: коллективная монография / Смелов П. А., Карманов М. В., Дударев В. Б., Зареченский А. М. Москва, 2009. 160 с.
95. Dunn J. R., Hayes M. V. Toward a Lexicon of Population Health. *Canadian Journal of Public Health Supplement*. 1999 (November/December). P. 7–10.
96. Last J. M. A dictionary of public health. New York, 2007. 407 p.
97. Frank J. W. Why «Population Health»? *Canadian journal of public health = Revue canadienne de santé publique*. Vol. 86. № 3, 1995. P. 162-164.

98. Bennett J. Investment in Population Health in Five OECD Countries. URL: <http://www.oecd.org/health/health-systems/2510907.pdf>. (Last accessed: 14.06.2017).

99. Social determinants of health: Closing the gap in a generation – how? URL: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/en. (Last accessed: 24.05.2017).

100. Making New York the Healthiest State: Achieving the Triple Aim. URL: https://www.health.ny.gov/events/population_health_summit/docs/what_is_population_health.pdf. (Last accessed: 24.05.2017).

101. The New Zealand Health Strategy: Ministry of Health, N.Z. URL: <http://www.health.govt.nz/publication/new-zealand-health-strategy>. (Last accessed: 24.05.2017).

102. What is Population Health? URL: <http://courseweb.edteched.uottawa.ca/POP8910/Notes/Definitions.htm>. (Last accessed: 24.05.2017).

103. Gurvitch G. Problèmes de la sociologie générale. *Traité de sociologie/Sous la dir. de Georges Gurvitch. En, 2*. Paris. 1958. P. 155-251.

104. Definition of determinant in English. *Oxford dictionaries*: web site. URL: <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/determinant?q=determinant>. (Last accessed: 12.06.2017).

105. Scott-Samuel A., Birley M., Ardern K. The Merseyside guidelines for health impact assessment. 2nd edition. Liverpool, 2001. URL: www.ihia.org.uk/document/merseyguide3.pdf. (Last accessed: 24.05.2017).

106. Human Development Report 2016: Human Development for Everyone. UNDP. URL: http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf. (Last accessed: 24.05.2017).

107. Про стан людського розвитку за 2016 рік: презентація доповіді ПРООН. URL: http://www.nas.gov.ua/siaz/Ways_of_development_of_Ukrainian_science/article/17031.3.037.pdf. (дата звернення: 24.05.2017).

108. Sustainable Development Goals / United Nations: Division for Sustainable Development Goals. URL: <https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>. (Last accessed: 08.06.2017).

109. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century /WHO. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1. (Last accessed: 12.06.2017).

110. Здоров'я 2020: український вимір: Концепція загальнодержавної програми / КМУ України. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/244717787>. (дата звернення: 29.05.2017).

111. Шушпанов Д. Г. Детермінанти здоров'я населення: суть та особливості систематизації. *Демографія та соціальна економіка*. 2015. № 2 (24). С. 141–152.

112. Букша О.В. Профілактика раку шкіри в південних регіонах України. URL: <http://oblzdrav.mk.gov.ua/onkologiya/profilaktika-raku-shkiri-v-pivdennich-regionach-ukra-ni.html>. (дата звернення: 29.05.2017).

113. Assessment of the Integration of the Ecological Approach in Health Promotion Programs / L. Richard etc. *American journal of health promotion*. 1996. Vol 10. Number 4. P. 318–328.

114. Whitehead M., Dahlgren G. Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Copenhagen: WHO. URL: Retrieved from http://www.who.int/social_determinants/resources/leveling_up_part1.pdf. (Last accessed: 24.05.2017).

115. Solar O. A., Irwin A. Conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion: Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO. 2010. URL: http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf. (Last accessed: 24.05.2017).

116. Chan M. Globalization and health / WHO. URL: <https://www.who.int/dg/speeches/2008/20081024/en/>. (Last accessed: 24.05.2017).

117. Державна служба статистики України. Офіційний веб сайт. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua>. (дата звернення: 02.04.2018).

118. Household consumption expenditure on food. [Electronic resource] – URL: http://www.destatis.de/EN/FactsFigures/CountriesRegions/InternationalStatistics/Topic/Tables/BasicData_HouseholdExpFood.html. Huynen M.M.T.E The health impacts of

globalisation: a conceptual framework / M. M. T. E Huynen, P. Martens; H. B. M. Hilderink // *Globalization and health*. 2005. Vol. 1. Issue 1. P. 14–26.

119. Huynen M., Martens P., Hilderink H. B. M. The health impacts of globalisation: a conceptual framework. *Globalization and health*. 2005. Vol. 1, Is. 1. P. 14–26.

120. Outcome of the World Conference on Social Determinants of Health. Rio de Janeiro, Brazil, October 2011. URL: http://www.who.int/sdhconference/background/news/B130_R11-en.pdf. (Last accessed: 24.05.2017).

121. Доклад о человеческом развитии 2016. Человеческое развитие для всех и каждого: резюме. URL: http://hdr.undp.org/sites/default/files/HDR2016_RU_Overview_Web.pdf. (Last accessed: 24.05.2017).

122. Bollen K. A., Paxton P. Subjective measures of liberal democracy. *Comparative Political Studies*. 2000. Vol. 33. P. 58–86.

123. Carolyn J. T. Accidental logics: The dynamics of change in the health care arena in the United States, Britain, and Canada. New York; Oxford, 1999. URL: <http://qjmed.oxfordjournals.org/content/98/4/299.long#ref-21>. (Last accessed: 29.05.2017).

124. Lauth H.-J. Kombiniertes Index der Demokratie (KID). Universität Würzburg? 2017. URL: http://www.politikwissenschaft.uni-wuerzburg.de/lehrbereiche/vergleichende/forschung/neuer_index_der_demokratie_nid. (Last accessed: 29.05.2017).

125. Global Corruption Report 2006. URL: http://files.transparency.org/content/download/473/1950/file/2006_GCR_HealthSector_EN.pdf. (Last accessed: 29.05.2017).

126. Moszynski P. Corruption in health care «kills en masse». *BMJ: British Medical Journal*. 2006. T. 332. № 7536. P. 257.

127. Eaton L. Global fund toughens stance against corruption. *British Medical Journal*. 2005. Vol. 331 (7519). URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1239969/pdf/bmj33100718.pdf>. (Last accessed: 29.05.2017).

128. Хто заробляє на епідеміях ВІЛ/СНІДу та туберкульозу в Україні; аналітичний звіт. Київ. 2013. URL: http://issuu.com/halynayanchenko/docs/zvit_corrected7_ukr__1_. (дата звернення: 29.05.2017).

129. Improving health in the United States: the role of health impact assessment // Committee on Health Impact Assessment. National Research Council (U.S.). Committee on Health Impact Assessment. Washington, D.C., 2011. URL: <http://www.iom.edu/~media/Files/Activity%20Files/Environment/EnvironmentalHealthRT/2011-Nov-RT/132291.pdf>. (Last accessed: 29.05.2017).

130. 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.

131. County Health Rankings 2010: Miami-Dade County [Electronic resource] /University of Wisconsin Population Health Institute. URL: https://www.miamidade.gov/greenprint/planning/library/milestone_one/2010_health_rankings.pdf. (Last accessed: 29.05.2017).

132. 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/wp-content/uploads/Healthy-Places_FINAL.pdf. (Last accessed: 29.05.2017).

133. 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.

134. Australia's health 2014: 14th biennial health report of the Australian Institute of Health and Welfare. URL: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/d2946c3e-9b94-413c-898c-aa5219903b8c/16507.pdf.aspx?inline=true>. (Last accessed: 29.05.2017).

135. Public Health in Minnesota. URL: <http://www.health.state.mn.us/divs/opi/gov/chsadmin/intro.html>. (Last accessed: 29.05.2017).

136. McKeown T. The modern rise of population. London, 1976. 168 p.

137. Лібанова Е. М. Нерівність в українському суспільстві: витoki та сучасність. *Економіка України : наук. журн.* 2014. № 3. С. 4–19.

138. Нерівність в Україні: масштаби та можливості впливу / за ред. Е. М. Лібанової. Київ, 2012. 404 с.

139. Adler N. E. MacArthur Research Network on Socioeconomic Status and Health. URL: <http://www.macses.ucsf.edu/about/default.php>. (Last accessed: 29.05.2017).

140. Blane D., Smith G. D., Bartley M. Social selection: what does it contribute to social class differences in health? *Sociology of Health and Illness*. 1993. № 15. P. 1–15.

141. Evans T., Peters F. Ethical dimensions of health equity. *Challenging inequities in health: from ethics to action* / Evans T. et al. New York, 2001. P. 24–34.

142. Немченко А. С., Косяченко К. Л., Назаркіна В. М. Обґрунтування першочергових заходів та пріоритетних напрямків цінової політики підвищення доступності лікарських засобів. *Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи*: матеріали наук. симпозиуму у рамках VIII Нац. з'їзду фармацевтів України, м. Харків, 15–16 верес. 2016. Харків, 2016. С. 24–29.

143. В Україні на 15–20% можуть подорожчати ліки. URL: <http://news.dks.com.ua/index.php/turizm/9689-v-ukrajini-na-15-20-mozhut-podorozhchati-liky>. (дата звернення: 29.05.2017).

144. Шушпанов Д. Г. Соціально-економічні детермінанти здоров'я населення: концептуальні основи дослідження. *Науковий вісник Полтавського університету економіки і торгівлі*. 2015. № 3 (71). С. 28–37.

145. Schulz A., Northridge M. E. Social determinants of health: implications for environmental health promotion. *Health Education & Behavior*. 2004. Т. 31. №. 4. P. 455–471.

146. Braveman P., Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public health reports*. 2014. Т. 129. №. 1_suppl 2. С. 19–31.

147. International Standard Classification of Education ISCED 2011. Montreal: UNESCO/ 2012. URL: <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/international-standard-classification-of-education-isced-2011-en.pdf>. (Last accessed: 29.05.2017).

148. Модельний освітній кодекс для держав-учасниць Співдружності Незалежних Держав (загальна частина). URL: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/997_g22. (Last accessed: 29.05.2017).

149. Social Determinants of Health: How Social and Economic Factors Affect Health. URL: http://publichealth.lacounty.gov/epi/docs/SocialD_Final_Web.pdf. (Last accessed: 29.05.2017).

150. The Health of People and Communities A Way Forward: Public policy and the economic determinants of health. Wellington, 2004. 67 p.

151. Leisinger M. A. Effects of the British Columbia public health officer's health determinants on the Health Utility Index and the Richardson-Zumbo Health Profile. Ottawa. URL: <http://www.nlc-bnc.ca/obj/s4/f2/dsk3/ftp05/MQ62482.pdf>. (Last accessed: 02.06.2017).

152. Стратегія розвитку державної статистики на період до 2017 року. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/telefon/ukr/strateg2012.htm>. (Last accessed: 02.06.2017).

153. Шушпанов Д. Г. Демографічні та соціально-економічні індикатори здоров'я населення: ідентифікація та використання для політики в Україні. *Український журнал прикладної економіки*. 2017. Том 2. Випуск 1. С. 153–165.

154. Targets and indicators for Health 2020. Version 3 / WHO: Regional Office for Europe. 2016. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/317936/Targets-indicators-Health-2020-version3.pdf?ua=1. (Last accessed: 02.06.2017).

155. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я: підручник / за ред. Ю. В. Вороненка. Тернопіль, 2002. 332 с.

156. Шевчук Л. Т. Медико-соціальні аспекти використання трудового потенціалу: регіональний аналіз і прогноз. Львів, 2003. 489 с.

157. Вітковська К. В. Методологічні аспекти побудови регіональних таблиць смертності за причинами: автореф. дис. ... канд. екон. наук: 08.00.10. Київ, 2011. 20 с.

158. Бедный М. С. Демографические процессы и здоровье населения. *Общественные науки здравоохранения*. М., 1987. С. 163–171.

159. Allin S., Gring M. Examining the Role of Amenable Mortality as an Indicator of Health System Effectiveness. *Healthcare Policy*. 2014. № 9 (3). URL: https://www.researchgate.net/profile/Sara_Allin/publication/261607457_Examining_the

[_Role_of_Amenable_Mortality_as_an_Indicator_of_Health_System_Effectiveness/links/53d992100cf2631430c7d51b.pdf](#). (Last accessed: 02.06.2017).

160. Демографія: учебник для ВУЗов / под ред. Н. А. Волгина, Л. Л. Рыбаковского. Москва, 2003. 384 с.

161. Методологічні пояснення з організації державного статистичного спостереження «Доходи населення» / ДССУ. URL: https://ukrstat.org/uk/operativ/operativ2005/gdn/Metod_gdn.htm. (дата звернення: 02.06.2017).

162. Методологічні коментарі для користувачів щодо програми та системи показників вибіркового обстеження умов життя домогосподарств / ДССУ. URL: https://ukrstat.org/uk/metod_polog/metod_doc/koment/koment_dom_gosp.htm. (дата звернення: 02.06.2017).

163. Методологічні положення з організації державного статистичного спостереження «Умови праці на підприємствах» / ДССУ. URL: https://ukrstat.org/uk/metod_polog/metod_doc/2013/340/met_polog.zip. (дата звернення: 02.06.2017).

164. Соціально-демографічні характеристики домогосподарств України / ДССУ. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2016/zb/07/zb_sdhdg_2016pdf.zip. (дата звернення: 02.06.2017).

165. Social capital as a health resource in later life: the relevance of context / editors F. Nyqvist, A. K. Forsman. Dordrecht, 2015. 267 p.

166. The economics of social capital and health: a conceptual and empirical roadmap / Edited by S. Folland. New Jersey, 2014. 220 p.

167. Левчук Н. М. Соціальний капітал та здоров'я населення в Україні. *Демографія та соціальна економіка*. 2011. № 1. С. 47–56.

168. Democracies in flux: the evolution of social capital in contemporary society / edited by R. D. Putnam. Oxford, 2002. 516 p.

169. Шушпанов Д. Г. Социальная поддержка как составляющая часть социального капитала и её влияние на здоровье населения. *Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности*: материалы III Международной научно-практической конференции. Улан-Удэ. 2015. С. 379–380.

170. European Social Survey: ESS7–2014 Data Download. URL: <http://www.europeansocialsurvey.org/data>. (Last accessed: 15.03.2018).
171. Macintyre S., Ellaway A., Cummins S. Place effects on health: how can we conceptualize, operationalize and measure them? *Social Science & Medicine*. 2002. № 55. P. 125–39.
172. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. WHO, 2009. 62 p.
173. Guagliardo M. F. Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. *International Journal of Health Geographics*. 2004. URL: <https://ij-healthgeographics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1476-072X-3-3>. (Last accessed: 02.06.2017).
174. Москаленко В. Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст: монографія. Київ, 2008. 320 с.
175. Evans D. B., Hsu J., Voerma T. Universal health coverage and universal access / WHO. Geneva. URL: <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/8/13-125450/en>. (Last accessed: 02.06.2017).
176. Худоба О. В. Оцінка кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України. URL: <http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/tpdu/2010-4/doc/4/06.pdf>. (дата звернення: 02.06.2017).
177. Калініченко О.О., Кадрове забезпечення системи охорони здоров'я на сучасному етапі. *Вісник Житомирського державного технічного університету. Серія: Економічні науки*. 2013. № 1 (63). С. 248-250.
178. Стан корупції в Україні: Порівняльний аналіз загальнонаціональних досліджень: 2007, 2009, 2011 та 2015 / Київський міжнародний інститут соціології. Київ, 2015. 68 с.
179. Епідеміологія: базовий підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / Андрейчин М. А. та ін.; за ред. І. П. Колеснікової. Вінниця, 2012. 576 с.
180. Klevmarken N. A., Behavioral Modeling in Micro Simulation Models A Survey. *Working Paper*. Uppsala University, 1997. 54 p.

181. Сариогло В. Г. Модернізація інформаційного забезпечення соціальної політики на основі мікроімітаційного моделювання. *Демографія та соціальна економіка*. 2011. №. 2. С. 128–135.

182. Who will pay for long-term care in the UK? / R. Hancock, A. Comas-Herrera, R. Wittenberg, R. Pickard. *Institute for Fiscal Studies*. 2003. Volume 24. Number 4. P. 387–426.

183. Falkingham J., Harding A. Poverty Alleviation Versus Social Insurance Systems: A Comparison of Lifetime Redistribution. Canberra, 1996. 46 p.

184. Spielauer M., Microsimulation of Life Course Interactions between Education, Work, Partnership Forms and Children in Five European Countries. *IIASA Interim Report IR-00-032. International Institute for Applied Systems Analysis, Laxenburg; Austria, 2000*. 47 p.

185. Galler H.P. Discrete-Time and Continuous-Time Approaches to Dynamic Microsimulation Reconsidered. *Technical Paper 13. National Centre for Social and Economic Modeling (NATSEM)*. Canberra. 1997. 47 p.

186. Elder, G. H, Elder G. H. Jr. Methods of Life Course Research: Qualitative and Quantitative Approaches. *SAGE Publications*. 1998. 344 p.

187. Cain L.D. Life course and social structure. *Handbook of Modern Sociology*. Chicago. 1964. P. 272–309.

188. Age differentiation and life course. *Annual Review of Sociology*, 1975. P. 165–190.

189. Imhoff E. V., Post W. Microsimulation Methods for Population Projection. *New Methodological in the Social Sciences*. 1998. P. 97–138.

190. Population Dynamics and Projection Methods. *Understanding population Trends and Processes* (Vol. 4). /Edited by J. Stillwell, M. Clark. Springer Science & Business Media. 2011. 226 p.

191. Cai L., Creedy J., Kalb G. Accounting for Population Ageing in Tax Microsimulation Modelling by Survey Reweighting. *Australian Economic Papers*. 2006. Vol. 45 (1), P.18–37.

192. Шушпанов Д. Г., Саріогло В. Г. Оцінювання впливу соціально-економічних детермінант на стан здоров'я населення на засадах мікроімітаційного моделювання. *Економічний аналіз*. 2017. Том 27. № 2. С. 79–90.

193. Шушпанов Д. Г. Оцінювання соціально-економічної нерівності у здоров'ї населення методом мікроімітаційного моделювання. *Механізми, стратегії, моделі та технології управління економічними системами за умов інтеграційних процесів: теорія, методологія, практика*: Матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції. Хмельницький. 2017. С. 107–109.

194. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 рік /МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 2018. 458 с.

195. Age-standardised rates. Office for National Statistics: Crown Copyright, 2014. URL: <http://www.ons.gov.uk/ons/guide-method/user-guidance/health-and-life-events/age-standardised-mortality-rate-calculation-template-using-the-2013-esp.xls>. (Last accessed: 15.03.2018).

196. European Health Information Gateway / WHO: Europe. May 2018. URL: https://gateway.euro.who.int/ru/hfa-explorer/http://data.euro.who.int/hfaddb/shell_en.html. (Last accessed: 15.03.2018).

197. Українська база медико-статистичної інформації / ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України». URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/news.html>. (дата звернення: 02.04.2018).

198. Трагедія, якої можна уникнути: Подолання в Україні кризи здоров'я людини. Досвід Європи / підгот.: Р. Менон та ін. Київ, 2009. 72 с.

199. Чепелевська Л. А., Рудницький О. П., Крапівіна А. А. Сучасні тенденції смертності населення України. *Україна. Здоров'я нації*. 2014. № 1. С. 33–39.

200. Шушпанов Д. Г. Причини та детермінанти надсмертності в Україні: порівняльний соціально-демографічний аналіз з країнами Європейського союзу. *Економічний аналіз*. 2016. Том 23. № 1. С. 111–122.

201. Brenner H., Rothenbacher D., Arndt V. Epidemiology of stomach cancer. *Cancer Epidemiology*. Humana Press, 2009. С. 467–477.

202. Женунтій В. І. Шестопалова Л. М. Причини самогубства в Україні. *Науковий вісник Юридичної академії Міністерства внутрішніх справ*. 2003. №2 (11). С. 256–268.

203. Socio-economic inequalities in suicide: a European comparative study / V. Lorant and ect. *The British Journal of Psychiatry*. 2005. № 187 (1). P. 49–54.

204. Про посилення державного контролю за виробництвом і обігом спирту, алкогольних напоїв та тютюнових виробів, забезпечення захисту життя і здоров'я громадян: Указ Президента України /Законодавство України. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/266/2004>. (дата звернення: 02.06.2017).

205. Про внесення змін до деяких законів України щодо впорядкування обігу спирту, алкогольних напоїв і тютюнових виробів: Закон України. *Законодавство України*: веб-сайт. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2189-15>. (дата звернення: 02.06.2017).

206. Левчук Н. М. Демографічні наслідки зловживання алкоголем в Україні. *Демографія та соціальна економіка*. 2005. № 1. С. 46–56.

207. Loring B. Alcohol and inequities Guidance for addressing inequities in alcohol-related harm. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/247629/Alcohol-and-Inequities.pdf. (Last accessed: 02.06.2017).

208. Статистика аварійності в Україні. *Управління безпеки дорожнього руху*: веб-сайт. URL: <http://www.sai.gov.ua/ua//ua/static/21.htm>. (дата звернення: 20.02.2018).

209. Гладун О. М. Демографічні втрати України від ДТП. *Містобудування та територіальне планування*. 2015. №. 56. С. 9–11.

210. Процюк Р. Г. Сучасні проблеми епідемії туберкульозу в Україні: причини та шляхи її подолання. *Здоров'я України*. 2008. Т. 16. URL: <http://health-ua.com/article/2977.html>. (дата звернення: 02.06.2017).

211. Tuberculosis is a disease of poverty: 10 Facts on health inequities and their causes / WHO. URL: http://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/facts/en/index3.html. (Last accessed: 02.06.2017).

212. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2013-2017 роки / ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України.<http://medstat.gov.ua/ukr/statdov.html>. (дата звернення: 02.04.2018).

213. Why do People Avoid Medical Care? A Qualitative Study Using National Data / J.-M. Taber, B. Leyva, B. A Persoskie and A. Persoskie. *J Gen Intern Med*. 2015. № 30(3). P. 290–297.

214. Шушпанов Д. Г. Соціально-економічні детермінанти соціально небезпечних хвороб в Україні. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України*. 2016. Вип. 21. С. 137–145.

215. Інформація про якість питної води в Україні / МОЗ України. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20110602_5.html. (дата звернення: 02.06.2017).

216. Corbett E.L. HIV-1/AIDS and the control of other infectious diseases in Africa. *The lancet*. 2002. P. 2177–2187.

217. Центр моніторингу та контролю за захворюваністю МОЗ України: Офіційний сайт . URL: <http://cses.gov.ua>. (дата звернення: 20.02.2018).

218. Врятувати рядового захисника: оприлюднені результати першого всеукраїнського тестування учасників АТО на гепатит С / МОЗ України. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20151013_c.html.

219. UNAIDS: Official site. URL: <http://www.unaids.org>. (Last accessed: 20.02.2018).

220. СНІД в Україні: статистика на 01.01.2016. URL: http://www.antiaids.org/ukr/news/aids_stat/spid-v-ukraine-statistika-na-01112017-11214.html. (дата звернення: 02.06.2017).

221. Показники та соціальний контекст формування здоров'я підлітків: монографія /наук. ред. О. М. Балакірєва. Київ, 2014. 156 с.

222. Борисов А. А., Борисова Л. П. Основные вопросы инвалидности в современном мире. *Молодой ученый*. 2014. № 3. С. 752–754.

223. Международная классификация функционирования, ограниченный жизнедеятельности и здоровья (МКФ). URL: <http://who-fic.ru/icf>. (дата звернення: 02.06.2017).

224. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні: Закон України № 2961. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/2961-15>.

225. Disability and health: Fact sheet / WHO. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en>. (Last accessed: 20.02.2018).

226. Національна доповідь про вжиті заходи, спрямовані на здійснення Україною зобов'язань у рамках виконання Конвенції про права інвалідів / Міністерство соціальної політики України. 2015. URL: http://www.mlsp.gov.ua/labour/control/uk/publish/category?cat_id=167313. (дата звернення: 02.06.2017).

227. Національна Асамблея осіб з інвалідністю України. Всеукраїнське громадське об'єднання: Офіційний сайт . URL: <http://naiu.org.ua>. (дата звернення: 02.06.2017).

228. Мойса Б. Права людей з інвалідністю / Українська Гельсінська спілка з прав людини. URL: <https://helsinki.org.ua/wp-content/uploads/2016/02/Prava-lyudej-z-invalidnistyu-Mojsa.doc>. (дата звернення: 02.06.2017).

229. Міністерство соціальної політики України: Офіційний сайт. URL: <http://www.mlsp.gov.ua>. (дата звернення: 15.03.2018).

230. Воронович З. *Країна інвалідів*. Високий замок. 2013. 11 квітня. URL: <http://wz.lviv.ua/economics/122670>. (дата звернення: 02.06.2017).

231. Права людини в Україні: перше півріччя 2015. Наукове видання / За ред. А. Б. Благої, О. А. Мартиненка / Українська Гельсінська спілка з прав людини. Київ, 2015. URL: <http://helsinki.org.ua/files/docs/1442348382.pdf>. (дата звернення: 02.06.2017).

232. Disability statistics – prevalence and demographics. European statistics. Statistics Explained. URL: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Disability_statistics_-_prevalence_and_demographics. (Last accessed: 15.03.2018).

233. Disability statistics – labour market access . European statistics. Statistics Explained. URL: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Disability_statistics_-_labour_market_access. (Last accessed: 15.03.2018).

234. Аптечный рынок Украины по итогам 2016 г.: Helicopter View. *Аптека*. 2.01.2017. № 2 (1073). URL: <http://www.apteka.ua/article/398728>. <http://www.irf.ua>

about/news_new/pratsevashtuvannya_invalidiv_na_paperi (дата звернення: 02.06.2017).

235. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2015 рік: Аналітико-інформаційний довідник //за ред. С. І. Черняка. Дніпропетровськ, 2016. 162 с.

236. Комиссарова Е.Н. Родичкин П. В., Сазонова Л. А. Морфологические критерии возрастной гигиены: учеб. пособие. Санкт-Петербург, 2014. 64 с.

237. Эриксон Э. Г. Детство и общество / пер. [с англ.] и науч. ред. А. А. Алексеев, Санкт-Петербург, 2000. 416 с.

238. Barker D. JP. Maternal Nutrition, Fetal Nutrition, and Disease in Later Life . *Nutrition*, 1997. Vol 13(9). P. 807–813.

239. Early-life environmental risk factors for asthma: findings from the children's health study. *Environ* / M. T. Salam, Yu-F. Li, B. Langholz, F. D. Gilliland. *Health Perspect*. 2004. Vol. 112. P. 760–765.

240. Payne V. G., Isaacs L. D. Human motor development: a lifespan approach. Calif, 2012. 608 p.

241. Maternal, newborn, child and adolescent health: Adolescent development. URL: – http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en. (Last accessed: 02.06.2017).

242. Kail R. V. Children and their development. Boston, 2016. 586 p.

243. Heckman J. J. Invest in early childhood development: Reduce deficits, strengthen the economy. *The Heckman Equation*. 2012. URL: https://heckmanequation.org/assets/2013/07/F_HeckmanDeficitPieceCUSTOM-Generic_052714-3.pdf. (Last accessed: 12.06.2017).

244. European strategy for child and adolescent health and development. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/81831/E91655.pdf. (Last accessed: 02.06.2017).

245. Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/253729/64wd12e_InvestCAHstrategy_140440.pdf?ua=1. (Last accessed: 02.06.2017).

246. Палій О.М., Рингач Н. О. Резерви зниження смертності немовлят в Україні. *Демографія та соціальна економіка*. 2011. № 2. С. 84-94. .
247. Голяченко О. М., Романюк Л. М., Левченко О. В. Статистичні таємниці. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2014. № 1. С. 22–24.
248. Левчук Н. Смертність немовлят в Україні: ілюзії та реальність. Демографічні дослідження. Київ. 2002. С. 63–65.
249. Kim D., Saada A. The Social Determinants of Infant Mortality and Birth Outcomes in Western Developed Nations: A Cross-Country Systematic. *Public Health*. 2013. 10 (6). URL: <http://www.mdpi.com/1660-4601/10/6/2296/pdf>. (Last accessed: 08.06.2017).
250. Hajizadeh M., Nandi A., Heymann J. Social inequality in infant mortality: What explains variation across low and middle income countries? *Social Science & Medicine*. Vol. 101. 2014. P. 36-46
251. Україна. Мультиіндикаторне кластерне обстеження домогосподарств, 2012 / Державна служба статистики України [та ін.]. Київ, 2013. 432 с.
252. Витрати і ресурси домогосподарств України: Статистичний збірник 2009-2017 рр. / ДССУ. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/Arhiv_u/17/Arch_vrd_zb.htm. (Last accessed: 02.04.2018).
253. Quality of life indicators . European statistics. Statistics Explained. URL: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Quality_of_life_indicators. (Last accessed: 02.06.2017).
254. Данило О., Скалецький М. Причини та мотиви суїцидальної поведінки в умовах економічної кризи. 2010. URL: <http://ena.lp.edu.ua:8080/bitstream/ntb/6411/1/14.pdf>. (дата звернення: 02.06.2017).
255. Шевченко О. М. Соціологічна характеристика сучасних проблем української молоді. 2014. URL: http://ir.znau.edu.ua/bitstream/123456789/2003/1/Nauk_chut_2014_3_115-119.pdf. (дата звернення: 02.06.2017).

256. Шурыгина И. Смертность российских детей от внешних причин. *Демоскоп*. 1–20.01.2013. № 537–538. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2013/0537/тема01.php>. (дата звернення: 02.06.2017).

257. О профилактике детского травматизма в Европе: доклад ВОЗ. 2009. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98744/E92049R.pdf. (дата звернення: 02.06.2017).

258. Elder G. H., Johnson M. K., Crosnoe R. The emergence and development of life course theory // *Handbook of the life course*. Springer, Boston, MA, 2003. С. 3–19.

259. Mirolla M. The cost of chronic disease in Canada for Chronic Disease Prevention Alliance of Canada. 2004. URL: <http://www.gpiatlantic.org/pdf/health/chroniccanada.pdf>. (Last accessed: 02.06.2017).

260. Kuh D. Ben-Shlomo Y. *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology*. Oxford, 2004. 473 p.

261. Children and Young Adults / National Longitudinal Surveys. URL: <http://www.bls.gov/nls/y79chyasum.htm>. (Last accessed: 02.06.2017).

262. Reconstructing the life course: health during early old age in a follow-up study based on the Boyd Orr cohort / D. Blane and ect. *Public Health*. 1999. 113 (3). P. 117–124.

263. Raphael D., Anstice S., Raine K. The social determinants of the incidence and management of Type 2 diabetes mellitus: are we prepared to rethink our questions and redirect our research activities. *Leadership in Health Services*. 2003. Vol. 16. P10–20.

264. Rethinking MCH: The Life Course Model as an Organizing Framework: Version 1.1 / Concept Paper U.S. Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration Maternal and Child Health Bureau. 2010. URL: [http://www.hrsa.gov/ourstories/mchb75th /images/rethinkingmch.pdf](http://www.hrsa.gov/ourstories/mchb75th/images/rethinkingmch.pdf). (Last accessed: 08.06.2017).

265. Methods for the development of NICE public health guidance (second edition) / National Institute for Health and Clinical Evidence. London; Nice. 2009. URL: [www.nice.org.uk/media/2FB/53/ PHMethodsManual110509.pdf](http://www.nice.org.uk/media/2FB/53/PHMethodsManual110509.pdf). (Last accessed: 08.06.2017).

266. Who-Coice Programme / WHO. URL: www.who.int/choice/en. (Last accessed: 08.06.2017).

267. European Commission. Study on the Use of Cost-effectiveness Analysis in EC's Evaluations. Brussels: European Commission (DG BUDGET). 2006. URL: http://ec.europa.eu/budget/library/documents/evaluation/studies/cea_finalreport_en.pdf. (Last accessed: 08.06.2017).

268. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion. Paper 2. Geneva: WHO. 2010. URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852_eng.pdf. (Last accessed: 08.06.2017).

269. Smith D. G. Health inequalities – Lifecourse approaches. *Population*. Vol. 60 (3), 2005. P. 387–390.

270. Social determinants of health: Canadian perspectives / edited by Dennis Raphael. Toronto, 2009. 478 p.

271. Halfon N., Hochstein M. Life Course Health Development: An Integrated Framework for Developing Health, Policy, and Research. *The Milbank Quarterly*. 2002. T. 80. №. 3. P. 433–479.

272. Bernard P. Capturing the lifecourse: The contribution of a Panel Study of Lifecourse Dynamics (PSLD) to public policy analysis in Canada. URL: http://www.ciqss.umontreal.ca/longit/session7_paper3.html. (Last accessed: 08.06.2017).

273. Шушпанов Д. Г. Детермінанти здоров'я населення крізь призму теорії життєвого курсу. *Український журнал прикладної економіки*. 2016. Том 1. № 4. С. 166–176.

274. Антонюк В. П. Проблема бідності та соціальні ризики для розвитку України. *Вісник економічної науки України*. 2016. № 1 (30). С. 6–14.

275. Статівка Н. В., Надточій А. О. Причини та наслідки зниження рівня життя населення в Україні. *Актуальні проблеми державного управління*. 2016. № 1. С. 203–211.

276. Черенько Л.М. Нові форми бідності в Україні: основні прояви та оцінка масштабів явища. *Демографія та соціальна економіка*. 2015. № 1. С. 11–21.

277. Домище-Медяник А. М. Дитяче оздоровлення в Україні як тренд: діагностика та стратегічні аспекти. *Науковий вісник Ужгородського університету: Серія економіка*. 2016. Випуск 1(47). Т.2. С. 193–201.

278. Інформація про хід проведення оздоровлення та відпочинку дітей у 2016 році / Міністерство соціальної політики України. URL: <http://www.msp.gov.ua/news/11106.html?PrintVersion>. (дата звернення: 15.03.2018).

279. Миздренко О. М. Раціональне харчування як один з важливих компонентів гармонійного фізичного розвитку підлітків. *Young*. 2016. Т. 33. № 6. С. 184–187.

280. Gender, equity and human rights. URL: <http://www.who.int/gender-equity-rights/under> Соціальні детермінанти здоров'я та благополуччя молодих людей [standing/gender-definition/en](http://www.who.int/gender-equity-rights/standing/gender-definition/en). (Last accessed: 08.06.2017).

281. WHO gender policy: Integrating gender perspectives in the work of WHO. URL: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/a78322.pdf?ua=1>. (Last accessed: 08.06.2017).

282. Соціальні детермінанти здоров'я та благополуччя молодих людей. URL: <http://www.uisr.org.ua/img/upload/files/Stok/Key%20Findings%20Ukrainian.pdf>. (дата звернення: 08.06.2017).

283. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World Health Organization 2016 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206498/1/9789241565264_eng.pdf?ua=1. (Last accessed: 15.03.2018).

284. Лібанова Е. М. Низька тривалість життя населення – основний прояв тотальної демографічної кризи в Україні. *Журнал АМН України*. 2007. Т. 13, № 3. С. 411–447.

285. Wisser O., Vaupel J. W. The sex differential in mortality: A historical comparison of the adult-age pattern of the ratio and the difference. Rostock, 2014. 18 p.

286. Рингач Н.О. Проблема надсмертності чоловіків в Україні: гендерний аналіз у державному управлінні охороною громадського здоров'я. *Стратегічні пріоритети*. № 3(8). 2008. С. 142–148.

287. Case A., Paxson C. Sex differences in morbidity and mortality. *Demography*. № 42(2). 2005. P.189–214.
288. Gender Differences in the association between morbidity and mortality among middle-aged men and women / A. Singh-Manoux and ect. *Am J Public Health*. № 98(12). 2008. P. 2251–2257.
289. Шушпанов Д. Г. Нерівність у стані здоров'я населення України: гендерні особливості. *Вісник Кременчуцького національного університету імені Михайла Остроградського*. 2016. Випуск 3 (98). Частина 1. С. 76–85.
290. Панова Л. В. Модель социальных детерминант как основа многоуровневой методологии изучения здоров'я. *Петербургская социология сегодня*. 2013. Т. 1. С. 221–252.
291. Шушпанов Д. Г. Соціально-економічний градієнт здоров'я населення України. *Scientific letters of international academic society of Michal Baludansky*. 2015. № 4. P. 111–117.
292. Римашевская Н. М., Кислицина О. А. Неравенство доходов и здоровье. *Народонаселение*. 2004. №. 2. С. 5–17.
293. Гулина М. А. Словарь-справочник по социальной работе. Санкт-Петербург, 2008. 400 с.
294. A Dictionary of Public Health /Edited by J. M. Last. Oxford University Press, 2007. URL: <http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780195160901.001.0001/acref-9780195160901-e-4231>. (Last accessed: 08.06.2017).
295. Blane D. Social determinants of health socioeconomic status, social class, and ethnicity. *American Journal of Public Health*. 1995. Т. 85. №. 7. С. 903–905.
296. Black D. Inequalities in Health: A Report of a Research Working Group. London, 1980. 417 p.
297. Epstein H. Life and Death on the Social ladder. *The New York Review of Books*. 1998. Vol. XLV. URL: <https://www.nybooks.com/articles/1998/07/16/life-death-on-the-social-ladder>. (Last accessed: 08.06.2017).
298. Mackenbach J.P. The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Soc Sci Med*. 2012. № 75. P. 761–769.

299. Косова Л. Б. Третий возраст: социальное самочувствие. *Демоскоп Weekly*. 2015. №. 667-668. С. 1–6.
300. Левчук Н. М. Нерівність доступу до освіти в Україні: соціальні детермінанти та наслідки. *Демографія та соціальна економіка*. 2005. № 2. С. 148–158.
301. Никифорова В. Г., Табанова А. І. Гендерна рівність в Україні: проблеми та шляхи удосконалення. *Вісник соціально-економічних досліджень*. 2014. № 2 (53). 218–225.
302. Шестаковський О. Гендерна нерівність на ринку праці України: структурні передумови і тривкі стереотипи. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Соціологія*. 2013. №. 1. С. 49–53.
303. Возьний К. Гендерні аспекти зайнятості: українські реалії і світовий досвід / К. Возьний // *Вісник ТНЕУ*. 2009. № 1. С. 69–80.
304. Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health / J. P. Mackenbach et al. *Reducing Inequalities in Health*. Routledge, 2002. P. 25–49.
305. Балакірева О. М., Білоус Є. В. Тіньові доходи та інші позаправові практики населення: масштаби та динаміка. *Український соціум*. 2015. №. 3. С. 146–157.
306. Юрчик Г. М., Н. М. Самолюк. Оцінювання диференціації доходів населення України з урахуванням їх тіньової компоненти. *Демографія та соціальна економіка*. 2016. №. 3. С. 133–144.
307. Самооцінка домогосподарствами України рівня своїх доходів (за даними вибіркового опитування домогосподарств). Статистичний збірник; архів 2008–2017 рр. / Державна служба статистики України. URL: <http://ukrstat.gov.ua>. (дата звернення: 02.04.2018).
308. Бідність та нерівні можливості дітей в Україні / Черенько Л. М та ін.; за ред. Е. М. Лібанової. Київ, 2009. 288 с.
309. Лібанова Е. М. Нерівність за доходами в сучасній Україні. *Соціально-трудова відносина: теорія та практика*. 2014. № 2. С. 26–36.

310. Коваліско Н. В. Стратифікаційні порядки суспільства: методики та емпіричні розвідки в регіональному розрізі. *Український соціум*. 2010. № 3 (34). С. 7–16.
311. Черенько Л. М. Нові форми бідності в Україні: основні прояви та оцінка масштабів явища. *Демографія та соціальна економіка*. 2015. № 1. С. 11–21.
312. Балакірева О. М., Черненко С. М. Нерівномірність доходів населення України як соціально-економічна проблема. *Український соціум*. 2009. № 3. С. 49–64.
313. Шушпанов Д. Г. Теоретичні підходи до оцінки впливу доходу на здоров'я населення. *Економічний аналіз*. 2015. Том. 19. № 2. С. 171–178.
314. Шушпанов Д. Г. Доход как фундаментальная детерминанта здоровья населения Украины. *Human health as a problem of medical sciences and humanities*. 2015. С. 15–21.
315. Доходи та витрати населення за регіонами України: Статистичний збірник; архів 2009–2017 рр. / Державна служба статистики України. URL: https://ukrstat.org/uk/druk/publicat/Arhiv_u/03/ Arch_dv.htm. (дата звернення: 02.04.2018).
316. Шушпанов Д. Г. Дослідження доходів крізь призму здоров'я населення. Сучасні тенденції розвитку економічних систем: монографія / за заг. ред. В. І. Гринчуцького. Тернопіль, 2015. С. 67–85.
317. Brenner M. H. Mortality and economic instability: detailed analyses for Britain and comparative analyses for selected industrialized countries. *International Journal of Health Services*. 1983. Т. 13. № 4. URL: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.2190/6XA5-4W36-M8HR-NX1X>. (Last accessed: 08.06.2017).
318. Lehtinen V. Unemployment and mental disturbance. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. URL: http://www.sjweh.fi/download.php?abstract_id=2293&file_nro=1. (Last accessed: 12.06.2017).
319. Milner A., Page A., LaMontagne A. D. Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. *PloSone*. 2013. Т. 8. № 1. P. e51333.
320. Lu J. L. C., Wong W., Bajekal M. Mortality improvement by socio-economic

circumstances in England (1982 to 2006). *British Actuarial Journal*. 2014. Т. 19. №. 1. Р. 1–35.

321. Шушпанов Д. Г. Нерівність у стані здоров'я та зайнятості населення: вектори взаємозв'язків. *Імперативи та інноваційні механізми забезпечення гідної праці в умовах становлення нової економіки*: зб. тез доповідей учасників Міжнар. наук.-практ. конф. Київ, 2017. С. 108-111.

322. The education effect on population health: a reassessment / D. P. Baker and ect. *Population and development review*. 2011. Т. 37. №. 2. Р. 307–332.

323. Шушпанов Д. Освіта як соціально-економічна детермінанта здоров'я населення. *Вісник приазовського державного технічного університету*. Маріуполь, 2015. № 30. С. 228–235.

324. Socioeconomic status and health: how education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease / M. A. Winkleby and ect. *American journal of public health*. 1992. Т. 82. №. 6. Р. 816–820.

325. 7th Global Conference on Health Promotion: track themes / WHO. URL: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en>. (Last accessed: 08.06.2017).

326. Грішнова О. А., Думанська В. П. Підвищення доступності та якості освіти як один із шляхів пом'якшення демографічної кризи в Україні. *Демографія та соціальна економіка*. 2007. № 2. С. 80–92.

327. Wadsworth M. E. J., Marmot M. G. Changing social factors and their long-term implication for health. *British medical bulletin*. Vol. 53. № 1, 1997. Р. 198–209.

328. Nickoloff B. Health Canada. Towards a Common Understanding: Clarifying the Core Concepts of Population Health: A Discussion Paper. Ottawa, 1996. URL: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/docs/common/index.html>. (Last accessed: 08.06.2017).

329. Показники та соціальний контекст формування здоров'я підлітків: монографія / наук. ред. О. М. Балакірева. Київ, 2014. 156 с.

330. How education makes you healthier: Staying in learning for just one extra year led to 16% increase in people rating their wellbeing as good rather than mediocre.

URL: <http://www.dailymail.co.uk/health/article-3254236/How-education-makes-healthier.html>. (Last accessed: 08.06.2017).

331. Coleman J. S. Social Capital in the Creation of Human Capital. *American Journal of Sociology*. 1988. Vol. 94. P. 95–120.

332. Кислицына О. А. Неравенство в распределении доходов и здоровья в современной России. Москва, 2005. 374 с.

333. From social integration to health: Durkheim in the new millennium / L. F. Berkman et al. *Social science & medicine*. 2000. Т. 51. №. 6. P. 843–857.

334. Sugisawa H., Liang J., Liu X. Social networks, social support, and mortality among older people in Japan. *Journal of Gerontology*. 1994. Т. 49. №. 1. P. 3–13.

335. Vveinhardt J., Andriukaitiene R., Cunha L. M. Social Capital as a Cause and Consequence of Corporate Social Responsibility. *Transformations in Business & Economics*. 2014. Т. 13. №. 2A. P. 161–184.

336. Baumeister R. F., Leary M. R. The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological bulletin*. 1995. Т. 117. №. 3. С. 497–529.

337. Thoits P. A. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of health and social behavior*. 2011. Т. 52. №. 2. С. 145–161.

338. Heaney C. A. Social networks and social support. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. 2008. Т. 4. P. 189–210.

339. Thoits P. A. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of health and social behavior*. 2011. Т. 52. №. 2. P. 145–161.

340. The effects of types of social networks, perceived social support, and loneliness on the health of older people: Accounting for the social context / C. Stephens et al. *Journal of aging and health*. 2011. Т. 23. №. 6. P. 887–911.

341. Левчук Н. М. Асоціальні явища як наслідок дефіциту соціального капіталу в Україні. *Український соціум*. 2011. №. 1. С. 135–147.

342. Генеральна прокуратура України: Офіційний сайт. URL: <https://www.gp.gov.ua/ua/statinfo.html>. (дата звернення: 12.06.2017).

343. Glanz K., Rimer B. K., Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice. *Wiley & Sons*, 2008. URL: <http://www.med.upenn.edu/hbhe4/part3-ch9-key-constructs-social-support.shtml>. (Last accessed: 12.06.2017).
344. Wikler D. Personal and social responsibility for health. *Ethics & International Affairs*. 2002. T. 16. №. 2. P. 47–55.
345. Spain D., Bianchi S. Balancing act: Motherhood, marriage, and employment among American women. Russell Sage Foundation, 1996. 240 p.
346. McPherson M., Smith-Lovin L., Brashears M. Social Isolation in America: Changes in Core Discussion Networks over Two Decades. *American Sociological Review*. 2006. № 71. P. 353–75.
347. Watkins F., Jacoby A. Is the rural idyll bad for your health? Stigma and exclusion in the English countryside. *Health Place*. 2007. №13. P. 851–864.
348. Ellaway A., Anderson A., Macintyre S. Does area of residence affect body size and shape? *International journal of obesity*. 1997. T. 21. №. 4. URL: https://www.researchgate.net/profile/Anne_Ellaway/publication/14088369_Does_Area_of_Residence_Affect_Body_Size_and_Shape/links/546dc1800cf26e95bc3cefa9/Does-Area-of-Residence-Affect-Body-Size-and-Shape.pdf. (Last accessed: 12.06.2017).
349. Macintyre S. What are spatial effects and how can we measure them? *Exploiting national survey data: the role of locality and spatial effects*. Manchester, 1997. P. 1–17.
350. Barik D. Thorat A. Issues of unequal access to public health in India. *Frontiers in public health*. 2015. T. 3. C. 245.
351. Dowell J., Norbury M., Steven K., Guthrie B. Widening access to medicine may improve general practitioner recruitment in deprived and rural communities: survey of GP origins and current place of work. *BMC medical education*. 2015. T. 15. №. 1. P. 165.
352. На развитие диабета влияет место жительства. URL: <http://www.aif.ru/health/249006>. (Last accessed: 12.06.2017).

353. Шушпанов Д. Г. Регіональний профіль здоров'я населення України: стан, тенденції, детермінанти. *Соціально-економічні проблеми сучасного періоду України*. 2015. Вип. 5 (115). С. 77–82.

354. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2017 р.: Статистичний збірник (за даними вибіркового опитування домогосподарств) / ДССУ. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2018/gdvdg/Arh_snsz_u.htm. (дата звернення: 02.04.2018).

355. Шушпанов Д. Г. Значення соціального середовища для здоров'я населення. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України*. 2012. Вип. 17. С. 92–97.

356. Different perspectives for assigning weights to determinants of health / B. Booske et al. URL: <https://uwphi.pophealth.wisc.edu/publications/other/different-perspectives-for-assigning-weights-to-determinants-of-health.pdf>. (Last accessed: 12.06.2017).

357. Health Equity and the Social Determinants of Health: A Role for the Medical Profession. URL: <https://www.cma.ca/assets/assets-library/document/en/advocacy/pd13-03-e.pdf>. (Last accessed: 12.06.2017).

358. Prüss-Üstün A., Corvalán C. Towards an estimate of the environmental burden of disease / WHO. 2006. URL: http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventingdisease.pdf. (Last accessed: 12.06.2017).

359. Шушпанов Д. Г. Навколишнє середовище та нерівність у здоров'ї населення України: соціально-економічний та демографічний розріз. *Сталий розвиток економіки*. 2017. № 7. С. 97–106.

360. Environmental burden of disease associated with inadequate housing A method guide to the quantification of health effects of selected housing risks in the WHO European Region: Summary report / Edited by M. Braubach, D. E. Jacobs, D. Ormandy / WHO, 2011. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/142077/e95004.pdf. (Last accessed: 12.06.2017).

361. Макарова О. В. Житлові умови як ключовий аспект якості життя в Україні. *Вісник Національної академії наук України*. 2015. № 6. С. 28–33.

362. Crowding as a risk factor of meningococcal disease in Danish preschool children: a nationwide population-based case-control study / S. Deutch et. al. *Scand. J. Infect. Dis.* 2004. № 36. P. 20–23.

363. Effects of housing density on weight gain, immune function, behavior, and plasma corticosterone concentrations in BALB/c and C57BL/6 mice / Laber K. et. al. *J Am Assoc Lab Anim Sci.* 2008. № 47(2). P. 16–23.

364. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України № 2801-XII від 19.11.1992 /ВРУ. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2801-12/page>. (дата звернення: 12.06.2017).

365. Про екстрену медичну допомогу: Закон України № 5081-VI від 05.07.2012 /ВРУ. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/5081-17>. (дата звернення: 12.06.2017).

366. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: Проект Закону України / ВРУ. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=62554. (дата звернення: 12.06.2017).

367. United Nations human rights: Official site. URL: <http://www.ohchr.org/EN/AboutUs/Pages/WhoWeAre.aspx>. (Last accessed: 12.06.2017).

368. Бондарева Л. В. Доступність медичної допомоги населенню: теоретичний аспект. *Актуальні проблеми державного управління.* 2011. Вип. 3. С. 11–14.

369. Gender, equity and human rights: accessibility / WHO. URL: <https://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/accessibility-definition/en>. (Last accessed: 12.06.2017).

370. Заяць Г. С. Кадрове забезпечення охорони здоров'я України: аспекти модернізації. URL: <http://ecj.oa.edu.ua/articles/2013/n23/7.pdf>. (дата звернення: 12.06.2017).

371. Брич В. Я., Ліштаба Л. В., Микитюк П. П. Компетентність менеджерів в системі охорони здоров'я: моногр. Тернопіль, 2018. 192 с.

372. Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні: Проекту Закону України. ВРУ. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=59862. (дата звернення: 12.06.2017).

373. Bickel G. W., Price C., Hamilton W. L., Ma H. Household Food Security in the United States. Guide to Implementing the Core Food Security Module. 1997. URL: <http://www.abtassociates.com/reports/D19971303.pdf>. (Last accessed: 12.06.2017).

374. Положение дел в области продовольствия и сельского хозяйства. Социальная защита и сельское хозяйство: разорвать порочный круг нищеты в сельских районах // Продовольственная та сільськогосподарська організація ООН. URL: <http://www.fao.org/3/a-i4910r.pdf>. (дата звернення: 12.06.2017).

375. European Food Safety Authority. URL: <http://www.efsa.europa.eu/en/datexfoodcdb/datexfoodbdb.htm>. (Last accessed: 20.02.2018).

376. Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies / X. Wang et al. 2006. URL: <http://www.bmj.com/content/349/bmj.g4490>. (Last accessed: 12.06.2017).

377. Dauchet L. Fruit and Vegetable Consumption and Risk of Coronary Heart Disease: A Meta-Analysis of Cohort Studies Dallongeville. 2006. URL: <http://jn.nutrition.org/content/136/10/2588.full>. (Last accessed: 12.06.2017).

378. Global Health Risks Summary / WHO. – URL: http://www.who.int/entity/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf?ua=1&ua=1. (Last accessed: 12.06.2017).

379. Carbs, Protein or Fat – How much? When? Why? /New Zealand Institute of Health and Fitness URL: <http://www.nzihf.co.nz/media-resources-1/articles/personal-training-nutrition-carbohydrates-protein-fat>. (Last accessed: 12.06.2017).

380. Шушпанов Д. Г. Соціально-економічні особливості споживання продуктів харчування та їх вплив на стан здоров'я населення України. *Актуальні проблеми економіки*. 2016. №7 (181). С. 344–356.

381. Екотрофологія. Основи екологічно безпечного харчування: Навч. посіб. / Т. М. Димань та ін. Київ, 2006. 304 с.

382. National Coalition on Health Care Facts on the costs of health care / WHO. URL: <http://www.nchc.org/facts/cost.shtml>. (Last accessed: 12.06.2017).
383. Centers for Disease Control and Prevention. URL: <http://www.cdc.gov>. (Last accessed: 14.06.2017).
384. Wikler D. Personal and social responsibility for health. *Ethics & International Affairs*. 2002. Т. 16. №. 2. Р. 47–55.
385. Шушпанов Д. Г., Шушпанова Н. В. Особиста відповідальність населення за стан власного здоров'я: соціально-економічні та демографічні особливості. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. № 3 (44). С. 298–302.
386. Шушпанов Д. Г. Смертність населення через призму соціальної стратифікації. *Формування ринкової економіки*. Т. 1. 2006. С. 332–338.
387. Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація: Національна стратегія з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/42/2016>. (дата звернення: 15.03.2018).
388. Паньків В. І. Ожиріння як медико-соціальна проблема. *Практична психологія*. 2006. Т.4. № 5. С. 23–31.
389. Doll R., Peto R., Boreham J., Sutherland, I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *Bmj*. 2004. Т. 328. №. 7455. Р. 1519.
390. Контроль над тютюном в Україні. Другий Національний звіт. Київ, 2014. 128 с.
391. Досягнення та проблеми України у сфері контролю над тютюном: матеріали круглого столу / ВРУ. URL: <http://www.rada.gov.ua/news/Novyny/138405.html>. (дата звернення: 20.02.2018).
392. WHO report on the global tobacco epidemic 2015 / WHO. – URL: http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/report/en. (Last accessed: 14.06.2017).
393. Красовський К. С. Тенденції поширеності куріння серед різних груп населення України у 2008–2015 роках. *Україна. Здоров'я нації*. 2016. №. 4. С. 47–54.
394. Григоренко А. А., Красовський К. С. Методичні рекомендації для медичних працівників закладів охорони здоров'я з надання лікувально-

профілактичної допомоги особам, які бажають позбутися залежності від тютюну. Київ, 2012. 27 с.

395. Global status report on alcohol and health 2014 / WHO. URL: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en. (Last accessed: 20.02.2018).

396. Shield K. D. Global alcohol exposure estimates by country, territory and region for 2005—a contribution to the Comparative Risk Assessment for the 2010 Global Burden of Disease Study / K. D. Shield et al. *Addiction*. 2013. Т. 108. №. 5. URL: https://www.researchgate.net/profile/Kevin_Shield/publication/235369557_Global_alcohol_exposure_estimates_by_country_territory_and_region_for_2005-A_contribution_to_the_Comparative_Risk_Assessment_for_the_2010_Global_Burden_of_Disease_Study/links/56e952a008ae47bc651c6b49.pdf. (Last accessed: 14.06.2017).

397. Бондар Т. С. Здоров'я школярів: практичні матеріали для повсякденної роботи педагога. Харків, Ранок. 2009. 192 с.

398. Левчук Н. М. Демографічні наслідки зловживання алкоголем в Україні. *Демографія та соціальна економіка*. 2005. №1. С. 46–56.

399. Корсак В. І. Причини і регіональні особливості надмірного споживання алкоголю населенням та соціальна функція бізнесу як вагомий фактор протидії. *Вісник Запорізького національного університету*. №4(16). 2012. С. 159–167.

400. Шушпанов Д. Г. Моделювання впливу соціально-економічних детермінант на стан здоров'я населення України. *Вісник Кременчуцького національного університету імені Михайло Остроградського*. 2017. Випуск 4 (101). Частина 1. С. 142–147.

401. The Ottawa Charter for Health Promotion. URL: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en>. (Last accessed: 14.06.2017).

402. Алма-Атинская декларация. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/113875/E93944R.pdf. (дата звернення: 12.06.2017).

403. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. URL: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf?ua=1. (Last accessed: 14.06.2017).

404. Управління інтегрованих соціальних послуг Міністерства соціальної політики <https://www.msp.gov.ua/content/struktura-centralnogo-aparatu-ministerstva.html>. (дата звернення: 12.06.2017).

405. Давидюк О. Бездомність в Україні: причини та тенденції. *Політичний менеджмент*. 2013. №. 1–2. С. 90–101.

406. Про Основні засади (стратегію) державної екологічної політики України на період до 2020 року: Законі України. URL: http://kga.gov.ua/dp.kga.gov.ua/images/files/11_ZU_pro_strategiu_escopolityky.pdf. (дата звернення: 15.03.2018).

407. Гриненко А. М. Соціальна справедливість як ключовий принцип у реалізації соціальної політики держави. *Наукові праці [Чорноморського державного університету імені Петра Могили комплексу Києво-Могилянська академія]*. Сер.: Педагогіка. 2009. №. 112, Вип. 99. С. 104–107.

408. Тичина А. К. Соціальна справедливість—запорука стабільності і розвитку. *Науковий вісник Ізмаїльського державного гуманітарного університету*. 2008. №. 24. С. 17–20.

409. Intersectoral Governance for Health in All Policies Structures, actions and experiences / Edited by D. V. McQueen and ect. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171707/Intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.pdf?ua=1. (Last accessed: 14.06.2017).

410. Про Стратегію національної безпеки України: Указ Президента України Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 6 травня 2015 року. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/287/2015/paran7#n7>. (дата звернення: 15.03.2018).

411. Національна стратегія реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017-2026 роки: розпорядженням Кабінету Міністрів України

від 9 серпня 2017 р. № 526-р. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/526-2017-%D1%80>. (дата звернення: 15.03.2018).

412. Про засади державної антикорупційної політики в Україні (Антикорупційна стратегія) на 2014-2017 роки: Закон України. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1699-18/page>. (дата звернення: 15.03.2018).

413. Про Антикорупційну стратегію на 2018-2020 роки: Проект Закону України. URL: [https://nazk.gov.ua/sites/default/files/docs/2017/AK%20стратегія%20на%20сайт%20для%20громадського%20обговорення%20\(1\).pdf](https://nazk.gov.ua/sites/default/files/docs/2017/AK%20стратегія%20на%20сайт%20для%20громадського%20обговорення%20(1).pdf). (дата звернення: 15.03.2018).

414. Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020»: Указ Президента України. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/5/2015>. (дата звернення: 15.03.2018).

415. Про Стратегію розвитку державної молодіжної політики на період до 2020 року: Указ Президента України. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/532/2013>. (дата звернення: 15.03.2018).

416. Про Національну стратегію розвитку освіти в Україні на період до 2021 року: Указ Президента України. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/344/2013>. (дата звернення: 15.03.2018).

417. Про Основні засади (стратегію) державної екологічної політики України на період до 2020 року: Закон України. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2818-17>. (дата звернення: 15.03.2018).

418. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npras/249618799>. (дата звернення: 15.03.2018).

419. Брич В., Миколюк С. Теоретичні та практичні аспекти соціального захисту. *Економічний аналіз*. 2014. Т. 16(1). С. 34–38.

420. Kickbusch I., Gleicher D. Governance for health in the 21st century / WHO. 2012. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf?ua=1. (Last accessed: 14.06.2017).

421. Community involvement in tuberculosis care and prevention: towards partnerships for health: guiding principles and recommendations based on a WHO review //World Health Organization et al. 2008. 83 p.

422. Права людини в сфері охорони здоров'я: практ. посібник / за наук. ред. І. Сенюти. Львів, 2012. 552 с.

423. Шушпанов Д. Г. Доцільність запровадження обов'язкового соціального медичного страхування в Україні. *Фінансово-банківські та адміністративні послуги: проблеми управління та перспективи розвитку*: збірник тез доповідей Міжнародної науково-практичної конференції. Тернопіль. 2015. С. 156–159.

424. Конституція України. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 30. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>. (дата звернення: 12.06.2017).

425. Тенденції тіньової економіки в Україні. 2016 рік / Міністерство економічного розвитку і торгівлі України. URL: <http://www.me.gov.ua/Documents/Download?id=03bb37c9-4771-43ab-b2a9-821009f0f407>. (дата звернення: 15.03.2018).

426. Звіт про виконання бюджету Пенсійного фонду України за 2016 рік. *Пенсійний фонд України*. URL: <http://www.pfu.gov.ua/informatsiya/byudzheth/arhiv-zvitnist-byudzheth/2016/zvit-pro-vykonannya-byudzhetu-pensijnogo-fondu-ukrayiny-za-2016-rik>. (дата звернення: 14.06.2017).

427. Frank M. M., Python A. M., Rage L. A. It takes two: marriage and cessation of smoking in the middle years. *J aging health*. 2002. № 14. P. 336–354.

428. The decline of substance use in young adulthood: Changes in social activities, roles, and beliefs / Bachman J. G. et al. New York, 2014. 328 p.

429. Health Resources Availability Monitoring System (HeRAMS). URL: <http://www.who.int/hac/herams/en>. (Last accessed: 14.06.2017).

430. Лехан В. М., Слабкий Г. О. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. *Новости медицины и фармации*. 2011. №. Psix1. С. 6–18.

431. Projects on mobile health (mHealth) for tobacco control /WHO. URL: <http://www.who.int/tobacco/mhealth/projects/en>. (Last accessed: 14.06.2017).

432. Про оздоровлення та відпочинок дітей: Закон України. *Відомості Верховної Ради України*. 2008. № 45. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/375-17>. (дата звернення: 15.03.2018).

433. Food and Nutrition Action Plan 2015-2020 / WHO. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/253727/64wd14e_FoodNutAP_140426.pdf. (Last accessed: 14.06.2017).

434. Концепція державної політики в галузі харчування населення України http://www.culip.com.ua/m/m_hlthprtct_harch_u.html. (дата звернення: 15.03.2018).

435. What role can social marketing play in tackling the social determinants of health inequalities. URL: http://www.thensmc.com/sites/default/files/NSMC_SDH_web.pdf. (Last accessed: 14.06.2017).

436. Шушпанов Д. Г. Соціальний маркетинг як ефективний інструмент регулювання здоров'я населення. *Інноваційний маркетинг підприємств: монографія* / за ред. М. Я. Матвіїва. Тернопіль: Економічна думка, 2014. 495 с.

437. Wechsler H. Wernick S. M. A social marketing campaign to promote low-fat milk consumption in an inner-city Latino community. *Public Health Reports*. 1992. 107(2), С. 202–207.

438. Ховрак І. В. Доходи населення України: економічний зміст і дискусійні питання. *Вісник Кременчуцького національного університету імені Михайла Остроградського*. 2013. №. 1. С. 160–165.

439. Минакова И. В., Сухорукова Л. Н., Чертова О. Ю. Некоторые аспекты государственного регулирования доходов населения. *Современные исследования социальных проблем*. 2010. №. 2. С. 43–45.

440. Лібанова Е. М. Україна: глибина нерівності. *Дзеркало тижня*. 2016. № 35 (281). URL: <http://www.pressreader.com/ukraine/dzerkalo-tizhnya/20161001>. (дата звернення: 14.06.2017).

441. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region / World Health Organization et al. 2013. URL: https://qmplus.qmul.ac.uk/pluginfile.php/158355/mod_book/chapter/3300/Marmot%20Lancet%20Sept%202012%20health%20inequities%20Europe.pdf. (Last accessed: 14.06.2017).

442. Конев А. А. Социальный капитал как фактор экономического роста в современной экономике. *Известия Иркутской государственной экономической академии*. 2006. №. 6. С. 8–10.

443. Грішнова О., Полив'яна Н. Соціальний капітал: сутність, значення, взаємозв'язок з іншими формами капіталу. *Україна: аспекти праці*. 2009. №. 3. С. 19–24.

444. Проект Закону України «Про Концепцію державної політики запобігання шкідливому вживанню алкоголю населенням України на період 2011–2020 рр.». URL: <https://www.umj.com.ua/article/16266/proekt-zakonu-ukraini-pro-koncepciyu-derzhavnoi-politiki-zapobigannya-shkidlivomu-vzhivannyu-alkogolyu-naselennyam-ukraini-na-period-2011-2020-rr>. (дата звернення: 15.03.2018).

ДОДАТКИ

Додаток А

Таблиця А. 1

Підходи до трактування поняття «здоров'я»

Характеристика здоров'я	Визначення здоров'я (здоров'я це:)	Автор	Період
Стан	стан повного фізичного, духовного і соціального добробуту, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів	ВООЗ [63]	1946
	природний стан організму, що є вираженням його досконалої саморегуляції, гармонійної взаємодії всіх органів і систем і динамічного врівноваження з довкіллям	С. Павленко [67, с. 648]	1973
	біологічне – стан, за яким кожна клітина і кожен орган функціонують на повну потужність і перебувають в ідеальній гармонії з усім тілом, б) психологічне – стан, в якому індивідуум відчуває себе у повному добробуті та господарем у довкіллі; в) соціальне – стан, за якого можливості індивідуума для участі в соціальній системі оптимальні	П. Ахмед, А. Колкер, Г. Коелхо [68, с. 12]	1979
Динамічна рівновага	біологічна рівновага організму людини	С. Томілін [13, с. 63]	1931
	динамічна рівновага всіх внутрішніх органів та їхнє адекватне реагування на вплив умов довкілля	А. Тхакер [69].	1973
	це динамічна рівновага з оточуючою природою та соціальним середовищем	М. Бедний [70, с. 29].	1986
Процес	процес гармонійної взаємодії соціального і біологічного в людині, що забезпечує їй стійкість у стосунках із зовнішнім середовищем	Л. Матрос [71, с. 42]	1992
	процес життєвого циклу, вітальної достатності (життєдіяльності) з адекватною природі людини реалізацією фізіологічних, психічних, біологічних потреб особистості в оптимальній соціально-трудова активності, репродуктивності, максимальної тривалості життя	В. Казначеев [72, с. 43]	1993
Здатність	здатність, відповідно до віку, стійкість в умовах різких змін якісних і кількісних параметрів триєдиного потоку сенсорної, вербальної і структурної інформації	І. Брехман [73, с. 34].	1988
	здатність життя зберігати і розвивати себе та середовище свого перебування.	В. Ліщук, О. Мосткова [74, с. 69]	1994
Ресурс	ресурс, завдяки якому людина або група осіб може зрозуміти прагнення і задовольнити потреби та змінити і впоратися з умовами довкілля	Т.-К. Янг [15, с. 15]	1998
	ресурс для повсякденного життя, а не мета життя	ВООЗ [63]	1984
Цінність	це універсальна цінність людства. Покращення стану здоров'я населення є головною турботою суспільства, яке прагне до благополуччя та сталого розвитку.	О. Макарова [76]	2017
Авторське визначення	життєздатність організму, можливість зберігати фізіологічну і психологічну рівновагу, реалізувати свій потенціал у просторі та часі.	Д. Шушпанов [87, с.60]	2016

Джерело: узагальнено автором за [15; 63; 67–74; 76; 87]

Підходи до трактування поняття «громадське здоров'я»

Автор	Визначення	Період
С. Уінслоу [88]	наука та мистецтво профілактики захворювань, продовження життя і охорони здоров'я за допомогою організованих зусиль і свідомого вибору суспільства, організацій державних та приватних, громад та окремих осіб	1919
Б. Прохоров [89, с. 44]	основна ознака, властивість людської спільності, її природний стан, що відображає індивідуальні реакції пристосування кожного члена спільності людей і здатність всієї спільності в конкретних умовах найбільш ефективно здійснювати свої соціальні та біологічні функції»	2007
Ю. Лісцин [65, с. 35]	стан, якість суспільства, що забезпечує умови для способу життя людей, не обтяжених захворюваннями, фізичними і психічними розладами, тобто такий стан, коли забезпечується формування здорового способу життя»	2002
В. Москаленко, Т. Грузева [91].	вивчає закономірності формування здоров'я населення, організації і діяльності системи охорони здоров'я для розробки методів забезпечення високого потенціалу здоров'я населення як вирішального чинника розвитку суспільства	2010
І. Жалінська [92, с. 6].	складне соціально-економічне поняття, що одночасно характеризує сукупний результат різноманітних заходів та визначає потенціал розвитку суспільства, тобто стає чинником конкурентоспроможності регіону, країни	2011
КМУ [93]	комплекс інструментів, процедур та заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, збільшення тривалості активного та працездатного віку і заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства.	2016

Джерело: узагальнено автором за [65; 88; 89; 91–93]



Рис. А.1. Джерела даних про соціально-економічні детермінанти здоров'я населення України

Джерело: власна розробка автора

Додаток Б

Анкета

для проведення опитування населення України на тему;
«Самооцінка населенням стану здоров'я та соціально-економічних детермінант, які визначають його нерівність»

1. НОМЕР ІНТЕРВ'Ю	2. КОД ІНТЕРВ'ЮСРА	3. ДАТА ІНТЕРВ'Ю		4. ОБЛАСТЬ:
		ЧИСЛО	МІСЯЦЬ	
ПРИЗВИЩЕ, ІНІЦІАЛИ: _____ ПІДПИС ІНТЕРВ'ЮСРА: _____				5. РОЗМІР МІСТА: ПОНАД 100 тис.....1 50-99 тис.....2 МЕНШЕ 50 тис.....3 6. ТИП ПОСЕЛЕННЯ: ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР.....1 ІНШЕ МІСТО.....2 СМТ.....3 СЕЛО.....4

Доброго ранку/дня/вечора. Мене звати (ІМ'Я, ПРИЗВИЩЕ). Я проводжу опитування за дорученням **Українського центру вивчення громадської думки "СОЦІОІНФОРМ"**. Ми проводимо опитування покликане виявити основні чинники, які впливають на стан здоров'я громадян. До початку інтерв'ю я хочу наголосити на тому, що не існує правильних або неправильних відповідей на жодне запитання анкети. Ви можете бути цілком впевнені, що Ваші відповіді не розголошуватимуться і будуть використані лише в узагальненому вигляді. Дякую Вам за участь у дослідженні.

1. Визначте не більше 2-х чинників які, на Вашу думку, найбільше впливають на стан здоров'я:

КАРТКА1

1. Довкілля (навколишнє середовище)
2. Соціальне становище (статус)
3. Матеріальний добробут (достаток)
4. Спадковість
5. Спосіб життя (напр. заняття спортом, здорове харчування, паління)
6. Медичне обслуговування
7. Ваш варіант _____
8. Важко відповісти

2. Хто на Вашу думку є найбільш відповідальним за стан Вашого здоров'я, вкажіть не більше 3-х відповідей? КАРТКА2

1. Держава
2. Медичні працівники
3. Обставини
4. Особисто я
5. Роботодавець
6. Члени сім'ї
7. Ніхто
8. Інше
9. Важко відповісти

3. Якими хронічними захворюваннями Ви хворісте (хвороби, які турбують Вас тривалий час)?

4. Назвіть, які саме хронічні хвороби Вас турбують? (відзначте по пунктах обраних у пит. 3)

3. Тип хвороби <u>КАРТКА3</u>		4. Назва хвороби
1	Хвороби системи кровообігу (напр. гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, тощо)	
2	Хвороби органів дихання	
3	Хвороби органів травлення	
4	Хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин.	
5	Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини Вкажіть якою саме хворобою	
6	Хвороби сечостатевої системи. Вкажіть якою саме хворобою	
7	Хвороби нервової системи. Вкажіть якою саме хворобою	
8	Розлади психіки та поведінки. Вкажіть якою саме хворобою	
9	Новоутворення	
10	Інші	
11	Не знаю, які у мене захворювання	
12	Жодними	

5. Якими нехронічними захворюваннями Ви хворіли протягом останніх 12 місяців (недовготривалі хвороби) ?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. Жодними/ не хворів

6. У нашому суспільстві є люди, які займають високе положення з огляду на їх економічне благополуччя, а є такі, що займають дуже низьке положення. Уявіть собі драбину з 10-ти сходинок, яка відображує положення людини у суспільстві та відмітьте на ній положення, яке займає Ви: КАРТКА6

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10 _____

7. У випадку хвороби, як часто Ви звертаєтесь по допомогу до медичних працівників?

1. Завжди, не практикую самолікування -> до пит.9
2. Переважно звертаюсь, ігнорую лише в дуже легких випадках -> до пит.9
3. Як коли, залежить від обставин
4. Переважно не звертаюсь
5. Ніколи

8. Чому Ви не звертаєтесь до медичних працівників в окремих випадках? (Відзначте всі необхідні пункти) КАРТКА8

1. Немає потреби у лікарняному листі (на роботі його не оплачують)
2. Маю сумніви у кваліфікації медичного персоналу
3. Надаю перевагу «народним засобам», народній медицині
4. Медичний заклад знаходиться далеко від дому
5. Через нестачу часу, необхідність вистоювати черги
6. Через скрутне матеріальне становище, брак коштів на лікування
7. Добре знаю як себе лікувати
8. Інше
9. Важко відповісти

9. З яких джерел Ви найчастіше отримуйте інформацію щодо збереження Вашого здоров'я, оберіть не більше 3-х варіантів КАРТКА9

1. Лікарі
2. Фармацевти в аптеках
3. Газети і журнали
4. Друзі/ родичі (без медичної освіти)ЗМІ (радіо, ТБ)
5. Інтернет
6. Науково-популярні книги
7. Медичні довідники
8. Інше (що саме?) _____
9. Не отримую інформації.

10. Як багато часу на день Ви приділяєте ознайомленню з суспільно-політичними питаннями у пресі, Інтернеті, по радіо або телебаченню?

1. Зовсім не приділяю
2. До 15 хвилин
3. 16-30 хвилин
4. 31-60 хвилин
5. Більше 1 години
6. Важко відповісти

11. Наскільки часто Ви спілкуєтесь на особисті теми із сусідами, друзями, знайомими? КАРТКА11

1. Майже кожного дня
2. 2-3 рази на тиждень
3. Раз на тиждень
4. 2-3 рази на місяць
5. Раз на місяць і рідше
6. Не спілкуюсь зовсім
7. Важко відповісти

12. Як часто Ви відвідували за останні 12 місяців театри, кінотеатри, цирк та інші заклади культури?

1. Не відвідував
2. 1-2 рази
3. 3-4 рази
4. 5 і більше
5. Важко відповісти

13. Ви палите?

1. Так
2. Лише інколи
3. Ні

14. Як часто Вам трапляється вживати такі види напоїв у кількості понад вказану? КАРТКА14

	Види і кількість напоїв	Щодня	Кілька раз на тиждень	Раз на тиждень	Кілька раз на місяць	Раз на місяць і рідше	Ніколи
1	Пиво (більше 0,5 літра)	1	2	3	4	5	6
2	Некріплене вино (більше 200 мл)	1	2	3	4	5	6
3	Кріплене вино (більше 100 мл)	1	2	3	4	5	6
4	Міцні спиртні напої (більше 50 мл)	1	2	3	4	5	6

15. Чи маєте Ви досвід вживання наркотичних речовин не в медичних цілях у формі...?

	Види і кількість напоїв	Так	Ні	Важко відповісти	Відмова від відповіді
1	Паління	1	2	3	4
2	Таблетки	1	2	3	4
3	Ін'єкції	1	2	3	4

16. Чи живете Ви статевим життям?

1. Так
2. Ні -> до 18

17. Скажіть, чи користуєтесь Ви (Ваш партнер) презервативами?

1. Так, регулярно
2. Так, інколи
3. Ні

18. Як Ви оцінюєте своє харчування? КАРТКА18

1. Дуже добре / раціональне (збалансоване, різноманітне, з дотриманням режиму харчування 3-4 рази на добу).
2. Добре (недостатньо різноманітне, однак регулярно споживаю овочі, фрукти, рибу, м'ясо, режиму харчування дотримуюсь не завжди).
3. Задовільне (одноманітне, недостатньо споживаю овочі, фрукти, рибу, м'ясо, режиму харчування не дотримуюсь).
4. Погане (лише інколи споживаю овочі, фрукти, рибу, м'ясо, надаючи перевагу дешевим продуктам ненатурального походження).
5. Дуже погане (недоїдаю)
6. Важко відповісти

19. Наскільки добрі житлові умови в яких Ви проживаєте?

1. Дуже добрі
2. Добрі
3. Задовільні
4. Погані
5. Дуже погані
6. Важко відповісти

20. Скільки зазвичай годин Ви проводите сидячи?

1. 8 год. і більше
2. 7-8 год. і більше
3. 6-7 год. і більше
4. 5-6 год. і більше
5. 4-5 год. і більше
6. 3-4 год. і більше
7. 3-1 год. і більше
8. менше 1 год.

21. Чи можете Ви сказати, що район де Ви мешкаєте має:

		Так	Ні	Важко відповісти
1.	Чисте повітря	1	2	3
2.	Чисту та доглянуту територію	1	2	3
3.	Хороше транспортне сполучення	1	2	3
4.	Достатню інфраструктуру (магазин та заклади сфери послуг та ін.)	1	2	3

22. Вкажіть, чи пережили Ви або Ваша сім'я щось із нижченаведеного протягом останніх 12 місяців? КАРТКА22

1. Дорогі медичні витрати
2. Втрата роботи або бізнес-банкрутство
3. Невпевненість
4. Травма пов'язана із АТО
5. Виробнича травма
6. Стали жертвою злочину
7. Втрата інвестицій

23. Як би Ви оцінили стан власного здоров'я у період до 18 років? КАРТКА23

1. Відмінне
2. Добре (час від часу хворів(ла) на простуду)
3. Задовільне (часто хворів(ла) на простуду, мав (ла) хронічне захворювання без частих загострень)
4. Погане (мав(ла) хронічне захворювання (одне чи кілька) з частими загостреннями)
5. Дуже погане (я інвалід з дитинства)
6. Важко відповісти

24. Як би Ви оцінили рівень добробуту сім'ї в якій Ви виховувались? КАРТКА24

1. Дуже низький
2. Низький
3. Нижчий від середнього
4. Середній
5. Вищий від середнього
6. Високий
7. Дуже високий
8. Важко відповісти
9. Виховувався у дитячому будинку

25. Як би Ви оцінили стосунки у сім'ї в якій ви виховувались?

1. Дружні
2. Звичайні
3. Напружені
4. Кожен сам по собі
5. Важко відповісти

26. Наскільки повну інформацію стосовно ризиків для здоров'я, на Вашу думку, Ви отримали до 18 років (школа, сім'я)?

1. Не отримав(ла) зовсім
2. Отримав(ла) недостатньо інформації
3. Отримав(ла) багато, але не у повній мірі
4. Отримав(ла) доволі повну інформацію
5. Важко відповісти

27. Чи регулярно у віці до 18 років Ви відвідували спортивні секції, гуртки тощо?

1. Постійно
2. Інколи
3. Не відвідував (ла) зовсім

28. Скільки раз у віці до 18 років Ви перебували у санаторії, таборі відпочинку тощо?

1. Жодного разу
2. 1 раз
3. 2-3 рази
4. 3-4 рази
5. Щороку
6. Важко відповісти

29. Чи палив хтось із батьків/опікунів у сім'ї в якій ви виховувались?

1. Так, постійно.
2. Так, рідко
3. Ні, не палив жоден з батьків/опікунів

30. Як би Ви оцінили своє харчування у період до 18 років? КАРТКА30

1. Дуже добре / раціональне (збалансоване, різноманітне, з дотриманням режиму харчування 3-4 рази на добу)
2. Добре (недостатньо різноманітне, однак регулярно споживав (ла) овочі, фрукти, рибу, м'ясо, режиму харчування дотримувався (лась) не завжди)
3. Задовільне (харчування одноманітне, недостатньо споживав (ла) овочі, фрукти, рибу, м'ясо, режиму харчування не дотримувався (лась))
4. Погане (лише інколи споживав (ла) овочі, фрукти, рибу, м'ясо, харчуючись переважно дешевим продуктам ненатурального походження)
5. Дуже погане (недоїдав (ла))
6. Важко відповісти

31. Скільки дітей було у сім'ї де Ви виховувались?

1. Одна
2. Двоє
3. Троє
4. Четверо та більше

ПРО СЕБЕ**32. Ваша стать:**

1. Чоловіча
2. Жіноча

33. Скільки Вам повних років _____**34. Ваш сімейний стан:**

1. Ніколи не був(ла) у шлюбі
2. Перебуваю у зареєстрованому шлюбі
3. Перебуваю у фактичному, незареєстрованому шлюбі
4. Розлучений(на) офіційно
5. Розлучився(лась), без офіційного оформлення
6. Вдівець/ вдова

35. Скільки у Вас дітей віком до 18 років ?

1. Одна
2. Двоє
3. Троє
4. Четверо та більше
5. Не має дітей до 18 років

36. Ваша освіта:

1. Початкова
2. Неповна середня
3. Середня
4. Середня спеціальна
5. Неповна вища (бакалавр)
6. Вища
7. Науковий ступінь

37. До якої конфесії, Ви належите?

1. Православний Київського Патріархату
2. Православний Московського Патріархату
3. Православний Української автокефальної конфесії
4. Греко-католицької церкви
5. Римо-католицької церкви
6. Інше _____
7. Конфесійно не визначився
8. Атеїст.
9. Важко відповісти

38. Ваша національність:

1. Українець (українка)
2. Росіянин
3. Інша (напишіть) _____
4. Важко відповісти

39. На даний час Ви....

1. Зайнятий (маю постійну або тимчасову роботу).
2. Пенсіонер
3. Інвалід
4. Домогосподарка
5. В декретній відпустці
6. Студент, учень
7. Безробітний
8. Інше (запишіть)_____

40. Який на даний час дохід на 1 члена Вашої сім'ї (у середньому за місяць):

1. До 1 тис. грн.
2. 1-2 тис. грн.
3. 2-3 тис. грн.
4. 3-5 тис. грн..
5. 5-10 тис. грн.
6. Понад 10 тис. грн.

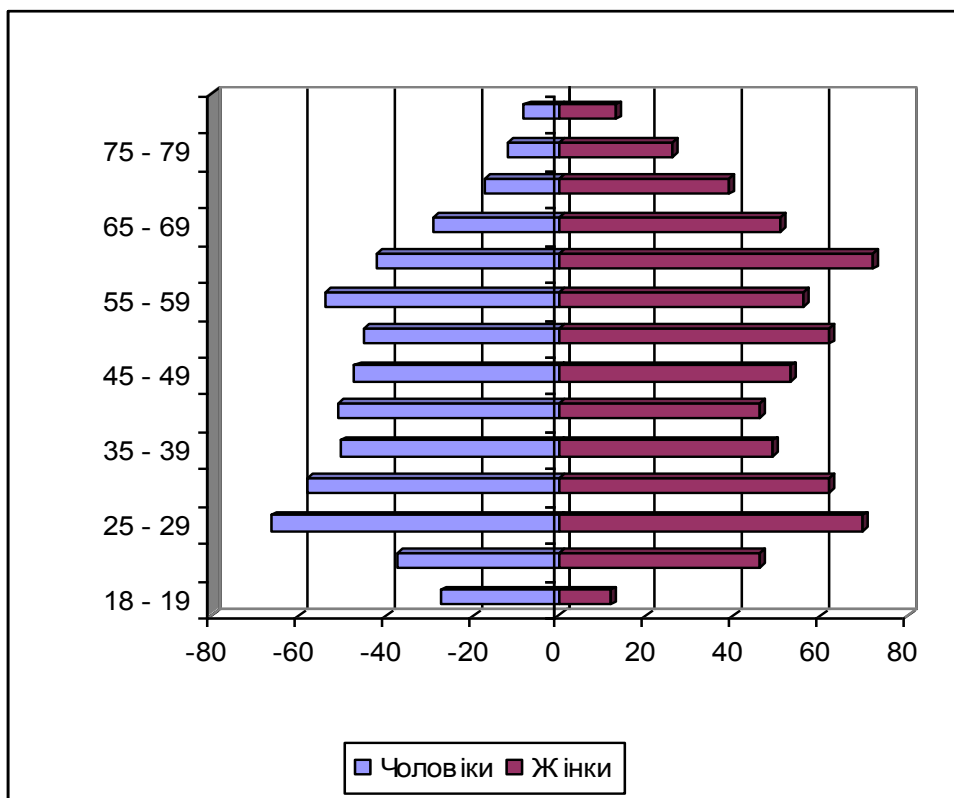


Рис. Б. 1. Статеві-вікова структура респондентів

Джерело: побудовано за результатами авторського соціологічного опитування

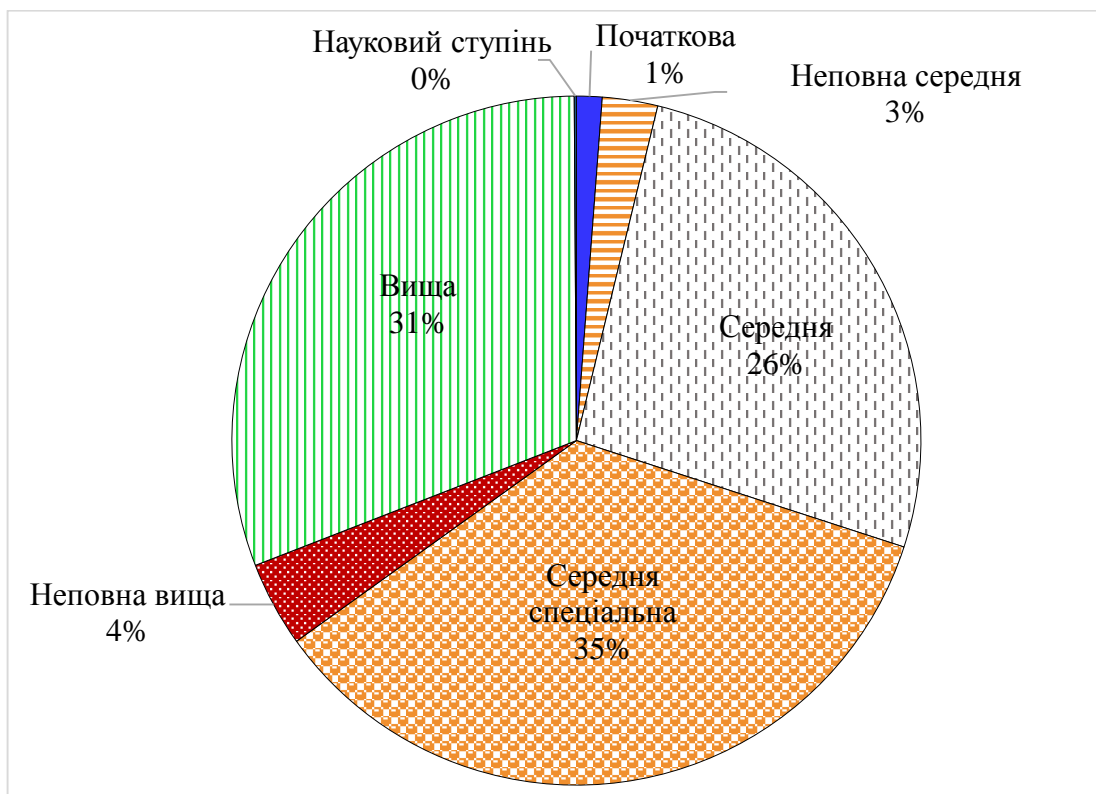


Рис. Б. 2. Розподіл респондентів за рівнем освіти

Джерело: побудовано за результатами авторського соціологічного опитування

Порівняння обстежень самооцінки стану здоров'я населення України

	Авторське соціологічне опитування	Самооцінка стану здоров'я населенням (ДССУ) ¹	Європейське соціальне дослідження	Мультиіндикаторне кластерне обстеження домогосподарств ¹	Самооцінка стану здоров'я населенням (КМІС)
Вибірка за:					
- віком	18 років і старші	усі вікові групи	15 років і старші	усі вікові групи	18 років і старші
- статтю	+	+	+	+	+
- типом поселення	+	+	+	+	-
- регіоном	+	+	+	+	-
Оцінювання стану здоров'я					
- загальне суб'єктивне (добре, погане)	-	+	+	-	+
- наявність / відсутність хронічних хвороб ²	+	+	-	-	-
- захворюваність за останні 12 місяців	+	+	-	-	-
- здоров'я дітей	-	+	-	+	-
- репродуктивне здоров'я	-	-	-	+	-
- смертність дитячого населення	-	-	-	+	-
Оцінювання детермінант здоров'я					
- соціально-економічний статус	+	-	-	-	-
- дохід	+	+	+	-	+
- статус зайнятості	+	-	+	-	-
- освіта	+	-	+	-	-
- соціальний капітал	+	-	+	-	-
- умови раннього періоду життя	+(0-17 років)	-	-	+(0-5 років)	-
- житлові умови	+	-	-	+	-
- екологічні умови проживання	+	-	-	-	-
- доступність та якість медичної допомоги	+	+	-	+	-
- доступність та якість харчування	+	-	+	-	-
- індивідуальна поведінка щодо здоров'я, у т.ч.:					
▪ вживання алкоголю	+	-	-	+	-
▪ тютюнопаління	+	+	-	+	-
▪ фізична активність	+	-	+	-	-
▪ сексуальна поведінка	+	-	-	+	-

Примітка: «+» – враховано у обстеженні; «-» – не враховано у обстеженні

Джерело: власна розробка автора

¹ Обстеження домогосподарств України

² Із зазначенням назви хвороби

Додаток В

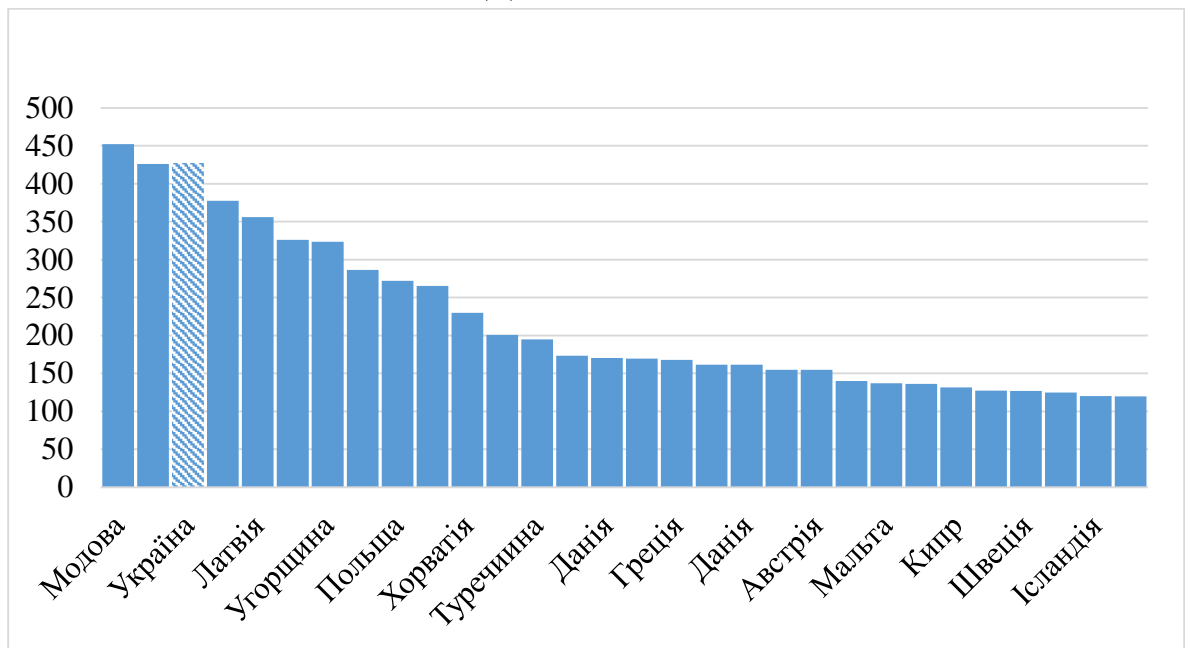


Рис. В. 1. Стандартизований коефіцієнт смертності населення 0-64 роки від усіх причин смерті країн Європи (за європейським стандартом), 2015 р. (на 100 000 осіб)

Джерело: побудовано автором за [196].

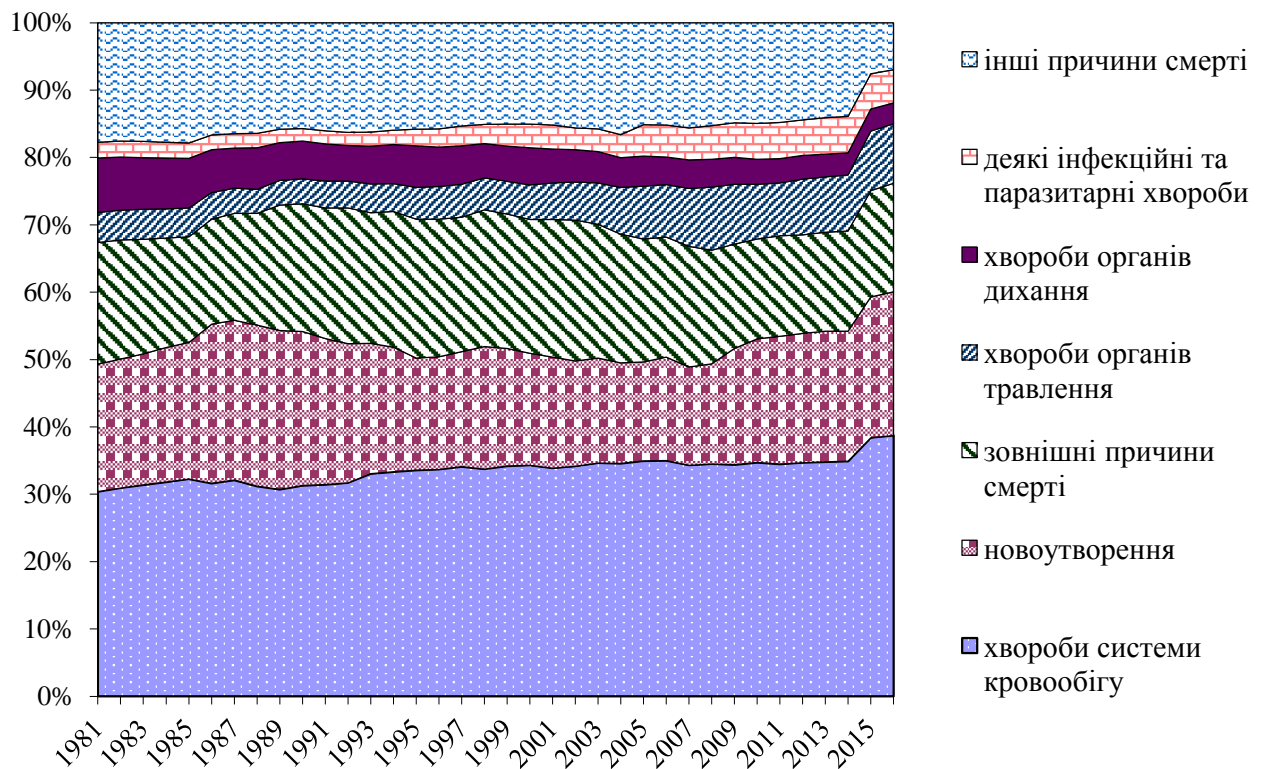


Рис. В. 2. Структура смертності населення України віком 0-64 роки за причинами смерті у 1981-2016 рр.

Джерело: побудовано автором за [197].

Таблиця В.1

**Стандартизований коефіцієнт смертності за основними причинами
в Україні та Європейському Союзі (вибірково) у 2013 р.**

Причина смерті	Вікові групи	СКС (на 100 000 осіб)				Різниця між СКС України та країнами ЄС (разів)		
		Україна	Польща	Швеція	ЄС	Польща	Швеція	ЄС
Усі причини	все населення	1179	786,0	561,4	560,1	1,5	2,1	2,1
	0–64	475	296,9	131,9	163,8	1,6	3,6	2,9
<i>Хвороби системи кровообігу</i>	все населення	676,3	322,0	173,4	157,3	2,1	3,9	4,3
	0–64	167,3	79,7	25,3	26,6	2,1	6,6	6,3
Ішемічна хвороба серця	все населення	458	84,8	73,9	58,0	5,4	6,2	7,9
	0–64	100	24,4	12,7	13,2	4,1	7,9	7,6
Цереброваскулярні хвороби	все населення	139,2	60,5	34,2	54,5	2,3	4	4
	0–64	35,9	15,0	4,2	5,1	2,4	8,5	7
<i>Новоутворення</i>	все населення	153	191,3	127,5	152,6	0,8	1,2	1
	0–64	96,1	87,4	45,8	64,1	1,1	2,1	1,5
Злоякісні новоутворення трахеї, бронхів та легенів	все населення	29,7	49,5	27,0	37,1	0,6	1,1	0,8
	0–64	15,7	22,4	7,9	15,4	0,7	2	1
Злоякісне новоутворення шлунка	все населення	53	29,4	4,1	10,6	1,8	13	5
	0–64	32,6	17,2	1,7	4,7	1,9	19	7
Злоякісне новоутворення молочної залози	все населення	24	20,0	18,5	21,8	1,2	1,3	1,1
	0–64	16,7	11,9	10,4	11,9	1,4	1,6	1,4
<i>Зовнішні причини смертності</i>	все населення	85	53,1	35,4	30,4	1,6	2,4	2,8
	0–64	79,1	46,5	25,5	21,4	1,7	3,1	3,7
Навмисне самоушкодження	все населення	18,5	15,4	11,6	9,7	1,2	1,6	1,9
	0–64	16,7	15,2	10,4	8,4	1,1	1,6	2
Травми, пов'язані з ДТП	все населення	11,2	10,2	3,2	5,1	1,1	3,5	2,2
	0–64	10,5	7,5	2,7	4,4	1,4	3,9	2,4
<i>Хвороби органів травлення</i>	все населення	50	33,3	16,1	23,8	1,5	3,1	2,1
	0–64	42,6	20,3	6,1	9,7	2,1	7	4,4
<i>Деякі інфекційні та паразитарні хвороби</i>	все населення	24,0	5,3	11,4	9,2	4,5	2,1	2,6
	0–64	30,7	3,1	2,2	3,1	9,9	14	9,9
Туберкульоз	все населення	12,0	1,3	0,2	0,3	9,3	76,9	35,3
	0–64	10,8	0,8	0,1	0,2	13,5	135	45
Хвороба, зумовлена вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)	все населення	11,3	0,3	0,1	0,2	33,2	94,2	51,4
	0–64	11,2	0,3	0,1	0,2	36,1	93,3	58,9
<i>Хвороби органів дихання</i>	все населення	26	32,5	28,9	37,1	0,8	0,9	0,7
	0–64	15,6	9,8	4,0	6,5	1,6	3,9	2,4

Джерело: побудовано автором за [196; 197].

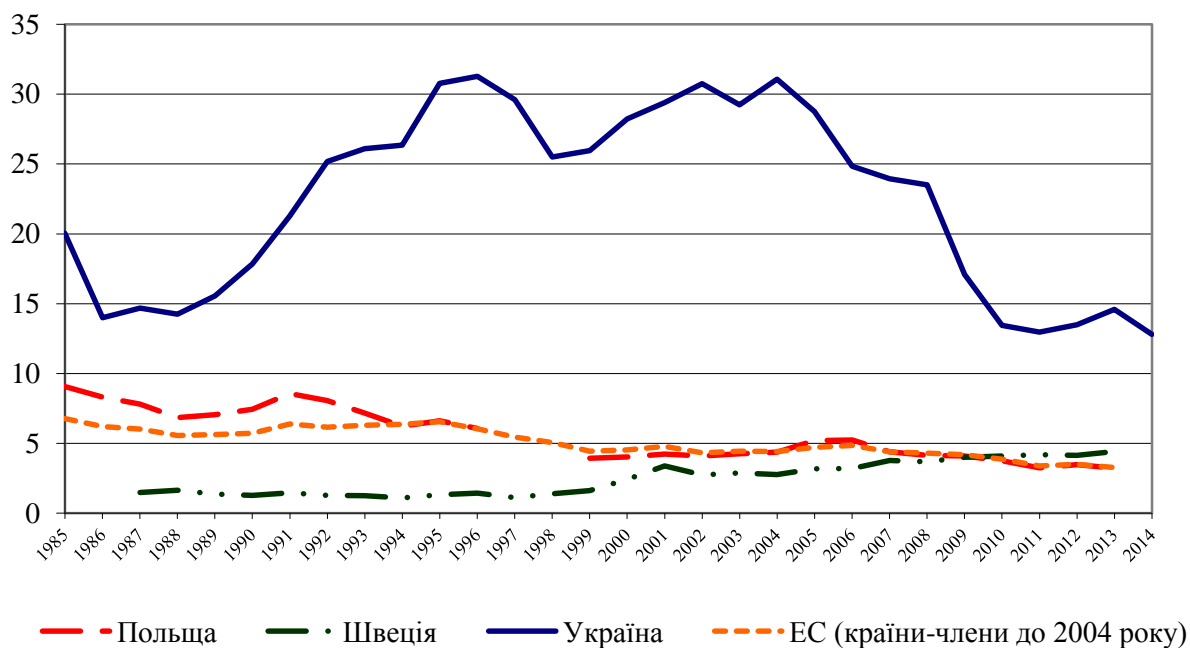
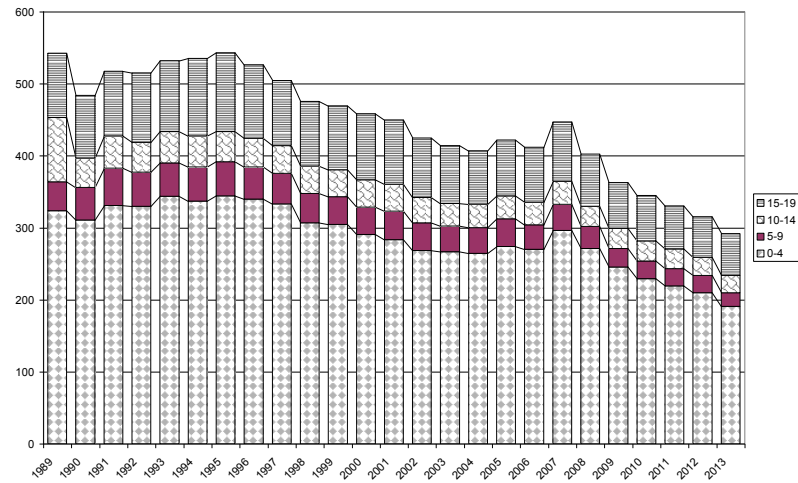
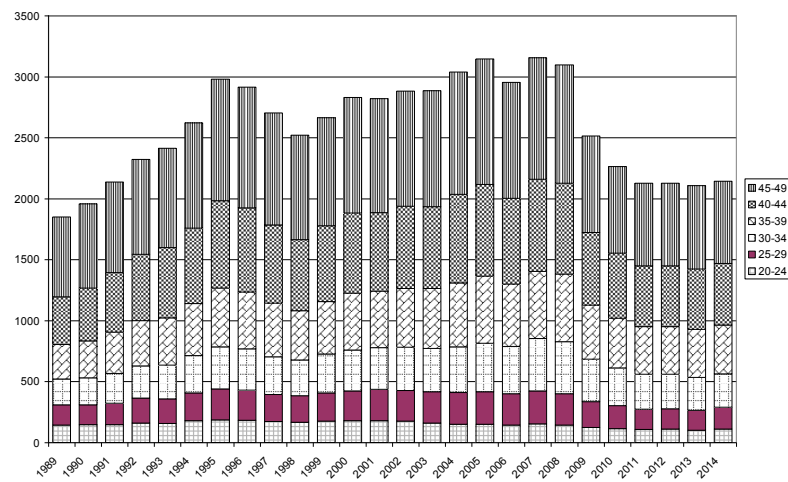


Рис. В. 3. Стандартизований коефіцієнт смертності від випадкових отруєнь, спричинених отруйними речовинами в Україні та окремих країнах ЄС у 1985–2015 рр. (на 100 000 осіб)

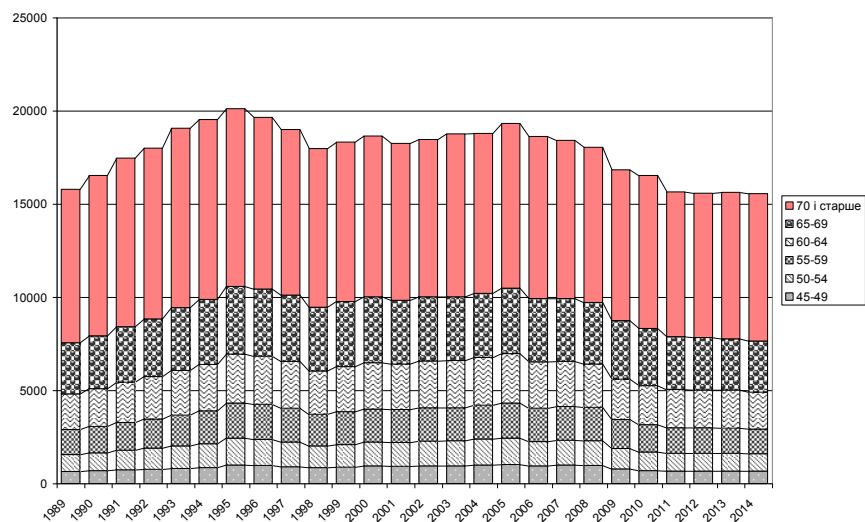
Джерело: побудовано автором за [196].



0–24 роки



25–44 роки



45 років і старших

Рис. В.4. Вікові коефіцієнти смертності населення в Україні у 1989–2014 рр. (на 100000 осіб відповідної вікової групи)

Джерело: побудовано автором за [117; 197].

Додаток Д

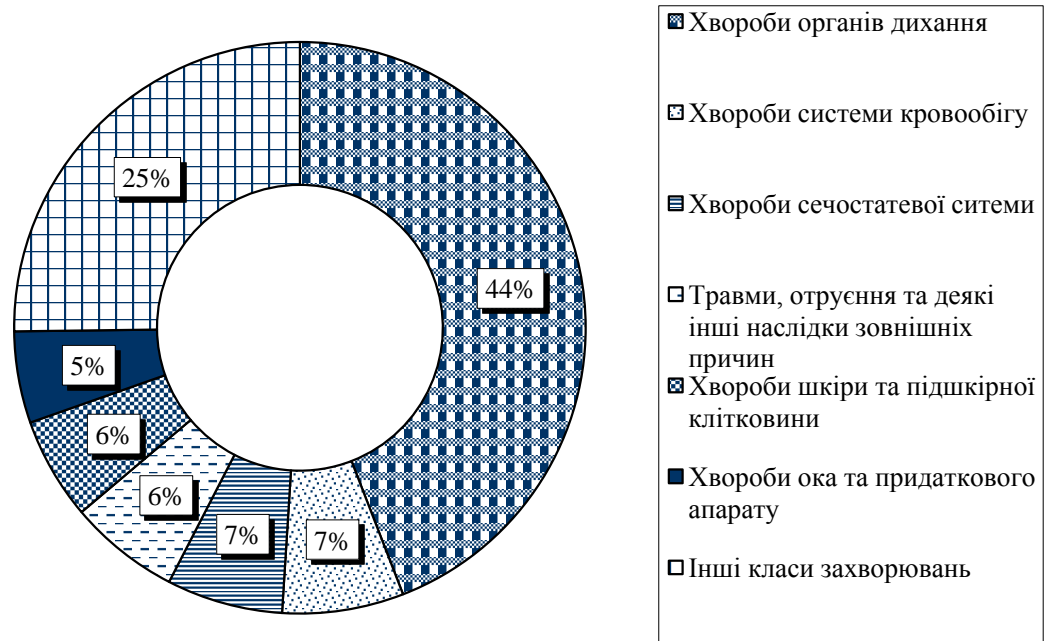


Рис. Д.1. Структура захворюваності за класами хвороб серед населення України у 2016 р., %

Джерело: побудовано автором за [212].

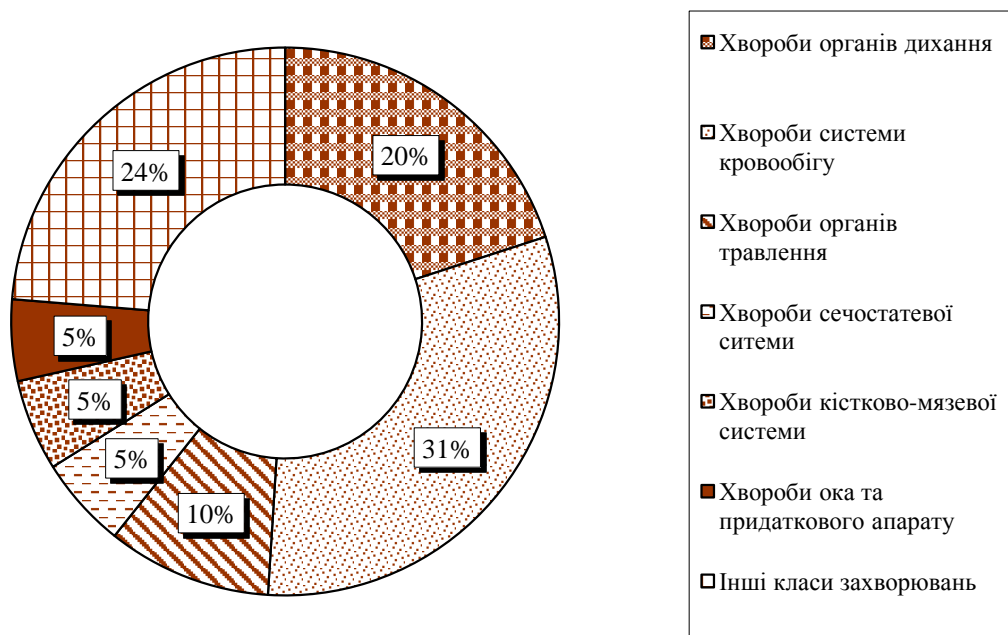


Рис. Д.2. Структура поширеності захворювань за класами хвороб серед населення України у 2016 р., %

Джерело: побудовано автором за [212].

Таблиця Д.1.

**Вікові коефіцієнти поширеності захворюваності за основними класами
хвороб (на 10000 опитаних)**

Роки	Хвороби системи кровообігу	Хвороби органів дихання	Хвороби органів травлення	Хвороби ендокринної системи	Хвороби кістково-м'язової системи	Хвороби сечо-статевої системи
до 25	32,8	98,4	57,4	8,2	6,9	24,6
25–29	22,1	73,5	88,2	29,4	7,4	0,0
30–34	41,7	50,0	83,3	58,3	58,3	50,0
35–39	58,6	101,0	70,7	60,6	20,2	70,7
40–44	113,4	82,5	144,3	41,2	72,2	41,2
45–49	140,0	120,0	200,0	80,0	90,0	40,0
50–54	243,0	56,1	112,1	59,4	158,9	74,8
55–59	309,1	90,9	163,6	127,3	218,2	72,7
60–64	421,1	122,8	219,3	87,7	193,0	87,7
65–69	500,0	100,0	225,0	112,5	200,0	75,0
70–74	535,7	91,4	160,7	125,0	178,6	71,4
75–79	657,9	105,3	236,8	105,3	184,2	135,9
80 і старші	619,0	95,2	238,1	238,1	285,7	142,9
Разом	219,2	84,2	137,5	65,8	110,8	48,3

Джерело: авторське соціологічне опитування.

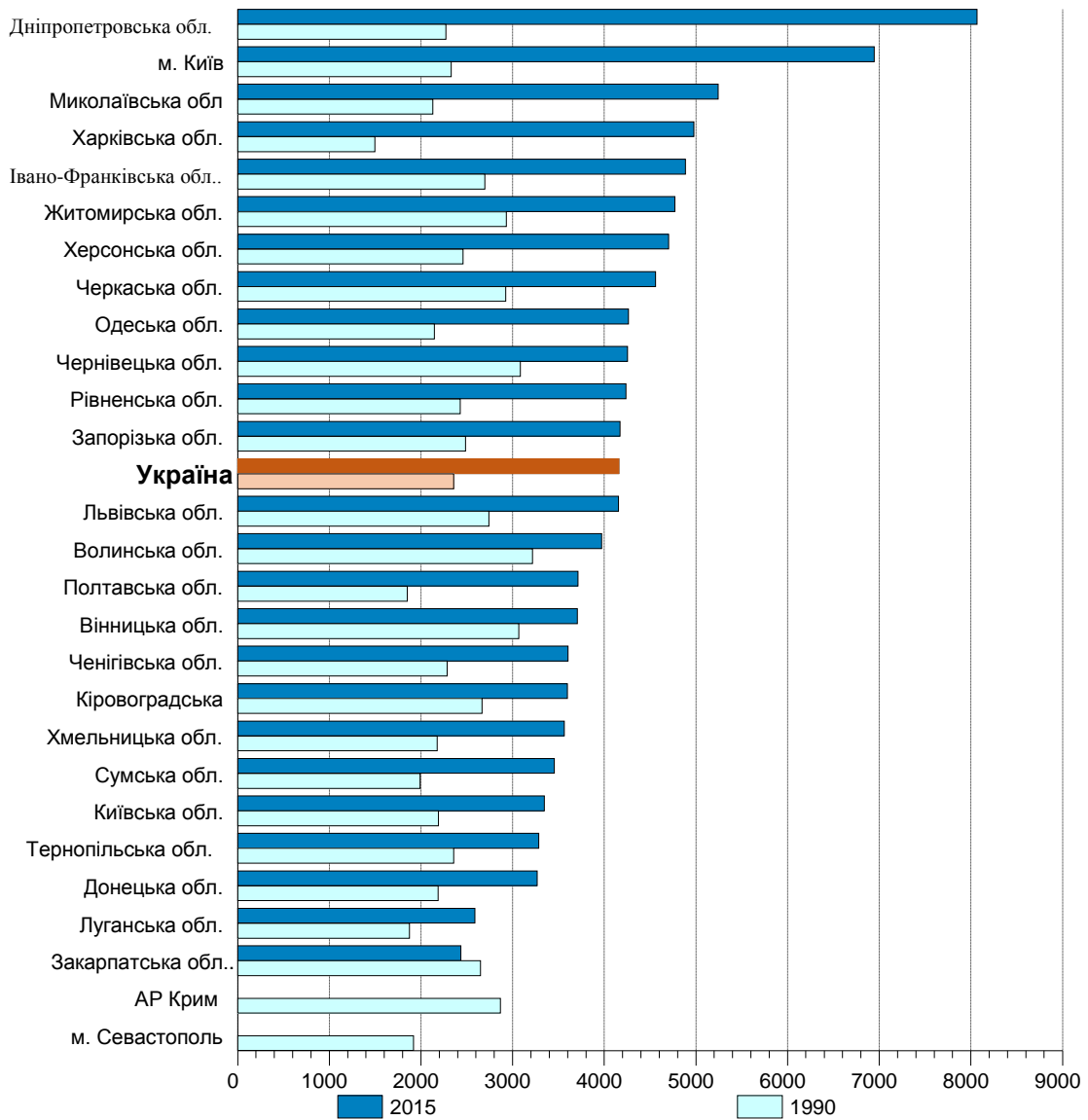


Рис. Д.3. Захворюваність на хвороби сечостатевої системи в Україні у 1990 та 2015 рр. (за регіонами)

Джерело: побудовано автором за [212].

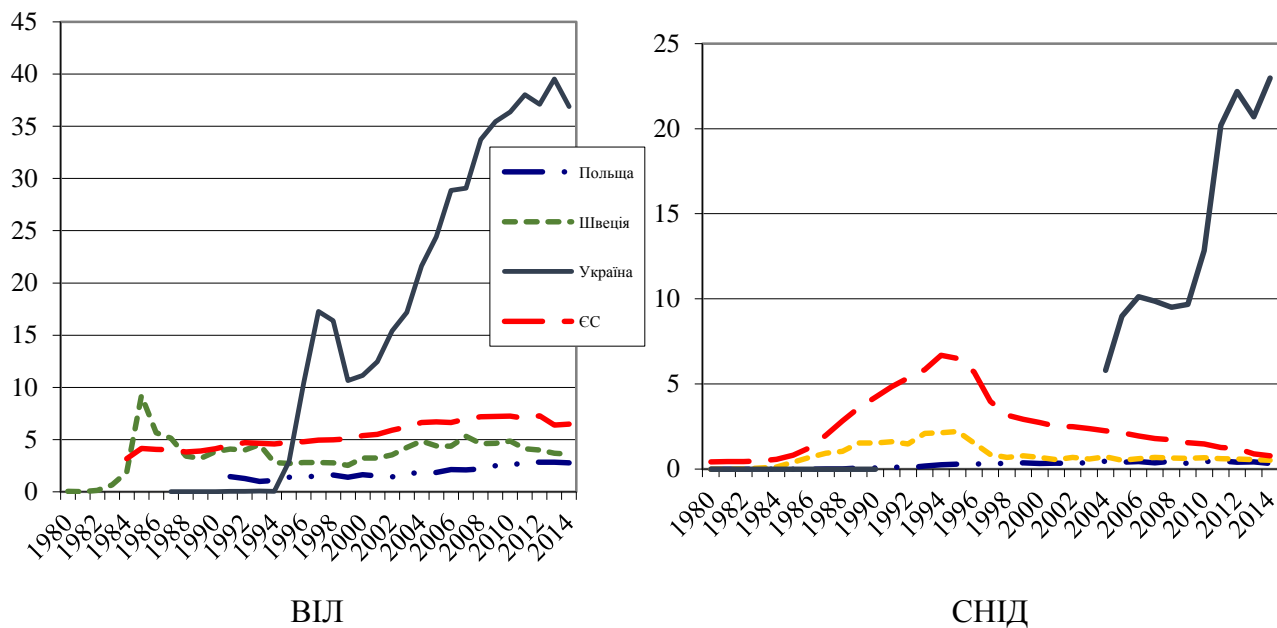


Рис. Д.4. Захворюваність на ВІЛ/СНІД в Україні та окремих країнах ЄС у 1980–2014 рр. (кількість нових випадків на 100 тис. населення)

Джерело: побудовано автором за [196, 197].

Додаток Е



Рис. Е.1. Динаміка кількості осіб з обмеженими можливостями в Україні у 2006–2016 рр.

Джерело: побудовано автором за [117; 235].

Таблиця Е.1.

Основні детермінанти інвалідності населення

		Шанси мати інвалідність у дорослому житті		
		OR	CI	p
РАННІЙ ПЕРІОД ЖИТТЯ				
Як би Ви оцінили стан власного здоров'я у період до 18 років?	Відмінне та добре	1,000		
	Погане та дуже погане	5,316	1,173–20,642	$p \leq 0,05$
Як би Ви оцінили рівень добробуту сім'ї, в якій Ви виховувались?	Високий та дуже високий	1,000		
	Низький та дуже низький	7,168	0,905–154,033	$p \leq 0,05$
Наскільки повну інформацію щодо ризиків для здоров'я, на Вашу думку, Ви отримали до 18 років (школа, сім'я)?	Доволі повну	1,000		
	Не отримав зовсім	3,202	1,410–7,407	$p \leq 0,01$
Чи регулярно у віці до 18 років Ви відвідували спортивні секції, гуртки тощо?	Постійно	1,000		
	Не відвідував зовсім	3,234	0,974–11,843	$p \leq 0,05$
Скільки разів до 18 років Ви перебували у санаторії, таборі відпочинку тощо?	Щороку	1,000		
	Жодного разу або один раз	3,365	0,908–14,732	$p \leq 0,05$
Чи палив хтось із батьків/опікунів у сім'ї, в якій Ви виховувались?	Ні	1,000		
	Так	0,620	0,242–1,585	ns
Як би Ви оцінили своє харчування у період до 18 років?	Добре та дуже добре	1,000		
	Погане та дуже погане	0,879	0,299–2,462	ns
МІСЦЕ ПРОЖИВАННЯ	Міські поселення	1,000		
	Сільська місцевість	1,212	0,456–3,155	ns
СТАТЬ	Жінки	1,000		
	Чоловіки	1,338	0,524–3,426	ns
ВІК	18–49	1,000		
	50–60	2,605	0,977–7,716	$p \leq 0,05$
ОСВІТА	Вища	1,000		
	Початкова та середня	0,547	0,155–1,741	ns
ДОХІД	5–6 дохідна група			
	1–2 дохідна група	4,489	1,107–30,598	$p \leq 0,05$
ХАРЧУВАННЯ	Добре та дуже добре			
	Погане та дуже погане	12,445	1,195–50,853	$p \leq 0,001$

Джерело: розраховано за даними авторського соціологічного опитування.

Додаток Ж

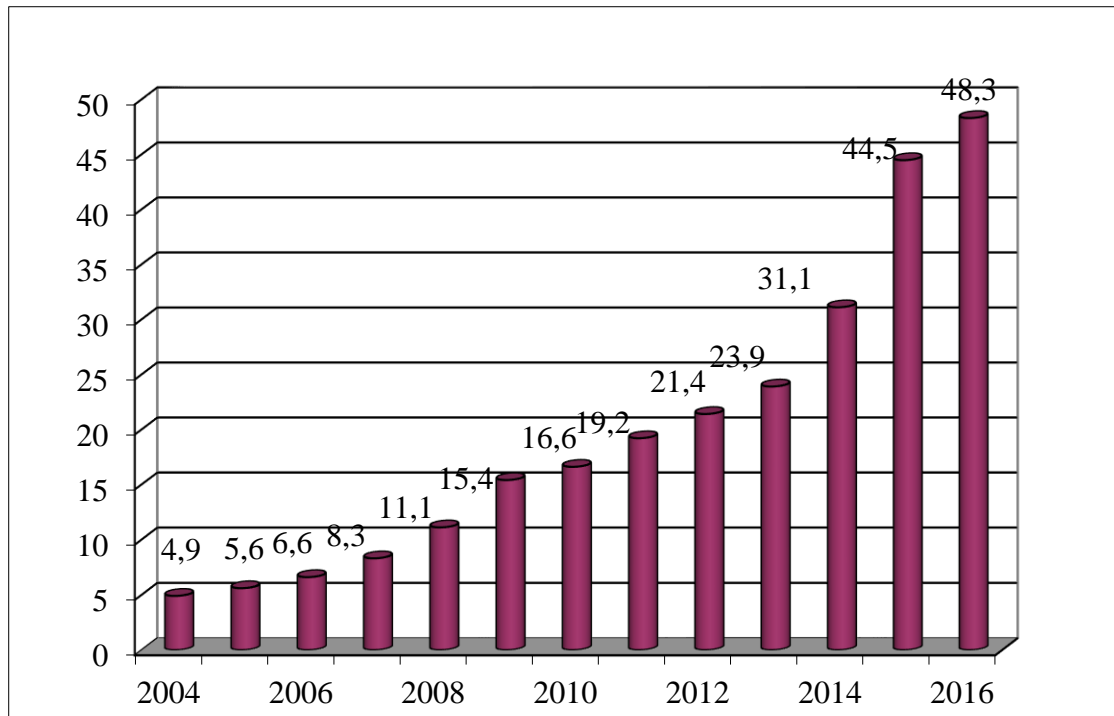


Рис. Ж.1. Середньозважена вартість однієї проданої упаковки лікарських засобів в Україні у 2004–2016 рр.

Джерело: [234].

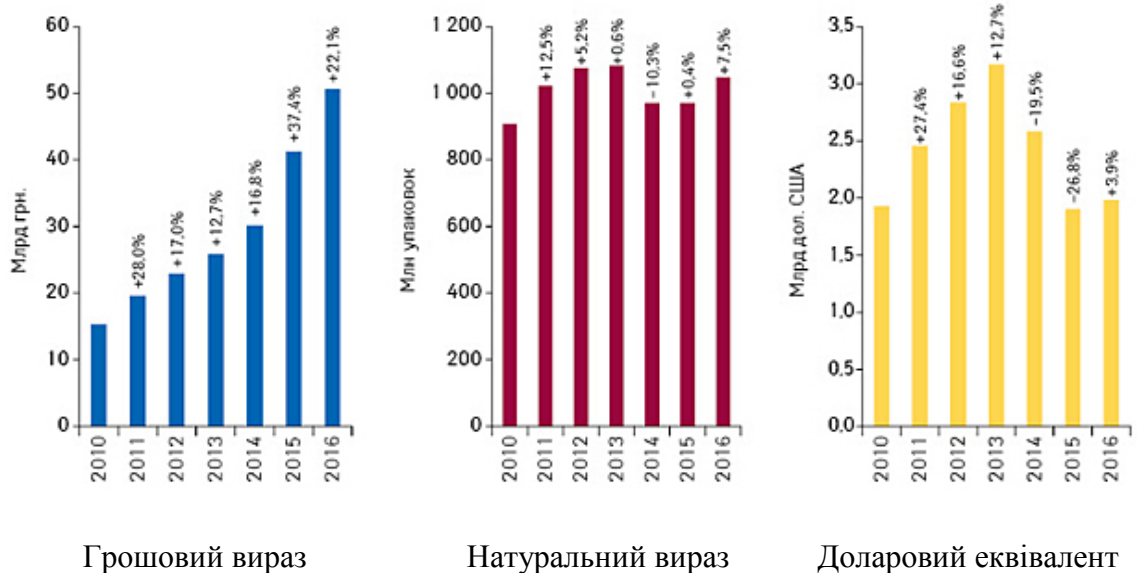
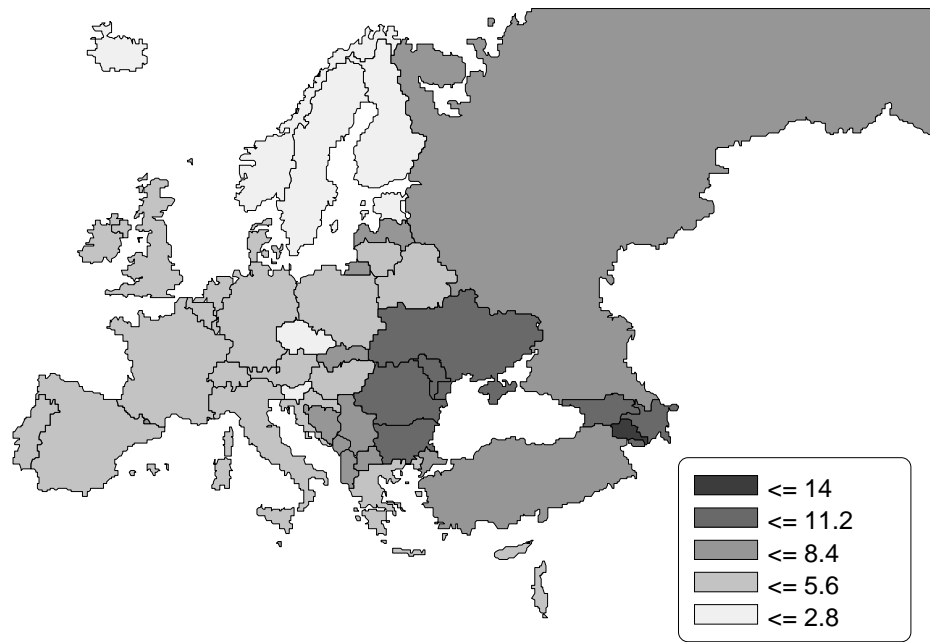


Рис. Ж.2. Обсяг роздрібної реалізації лікарських засобів у грошовому, натуральному виразах та доларовому еквіваленті, за 2010–2016 рр. із зазначенням темпів приросту / скорочення порівняно з попереднім роком

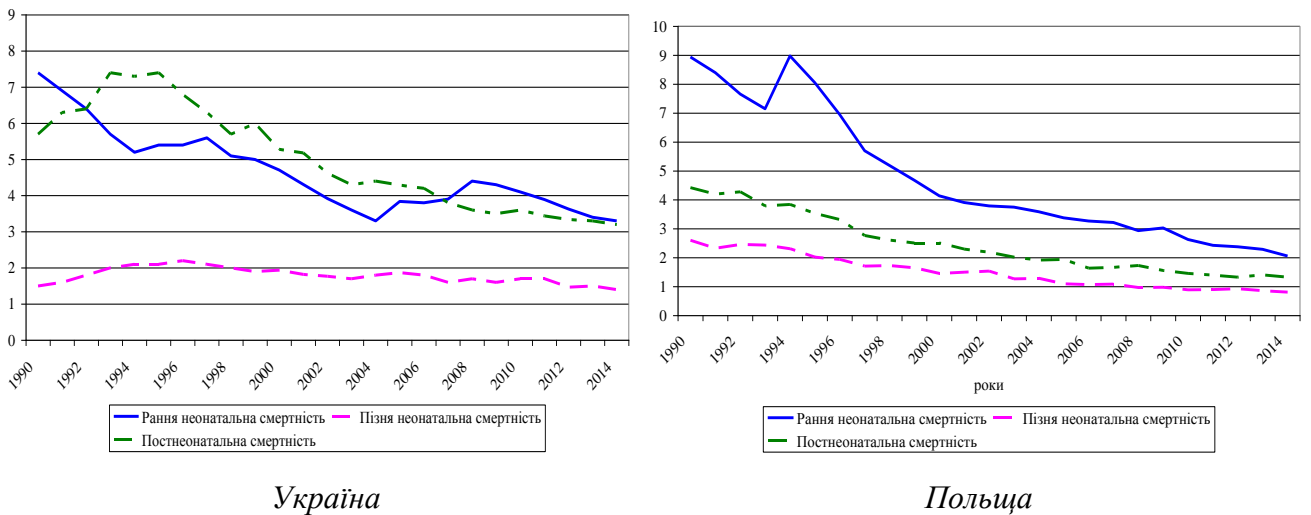
Джерело: [234].

Додаток 3



**Рис. 3.1. Смертність немовлят у країнах європейського регіону, 2013 р.
(на 1 000 живонароджених)**

Джерело: [196].



**Рис. 3.2. Динаміка структурних показників смертності немовлят
в Україні та Польщі**

Джерело: побудовано автором за [117; 196; 197].

Таблиця 3.1.

Смертність немовлят в Україні за причинами, місцем проживання та статтю, на 100 000 живонароджених, 2015 р.

	Причини смерті	Міські поселення		Сільська місцевість	
		Хлопчики	Дівчатка	Хлопчики	Дівчатка
1	Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	350,5	306,7	492,1	345,3
2	Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	187,2	169,8	221,6	195,0
3	Зовнішні причини смерті	35,9	31,0	71,3	32,9
4	Хвороби органів дихання	25,5	12,4	35,6	20,0
5	Хвороби нервової системи	29,0	23,5	34,5	27,0
6	Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	16,2	14,9	36,7	31,7
7	Новоутворення	6,4	8,7	10,0	8,2
8	Хвороби системи кровообігу	14,5	9,9	21,2	14,1
	Усі причини	838,6	674,8	959,8	742,3
	Разом	853,9		759,4	

Джерело: побудовано автором за [117].

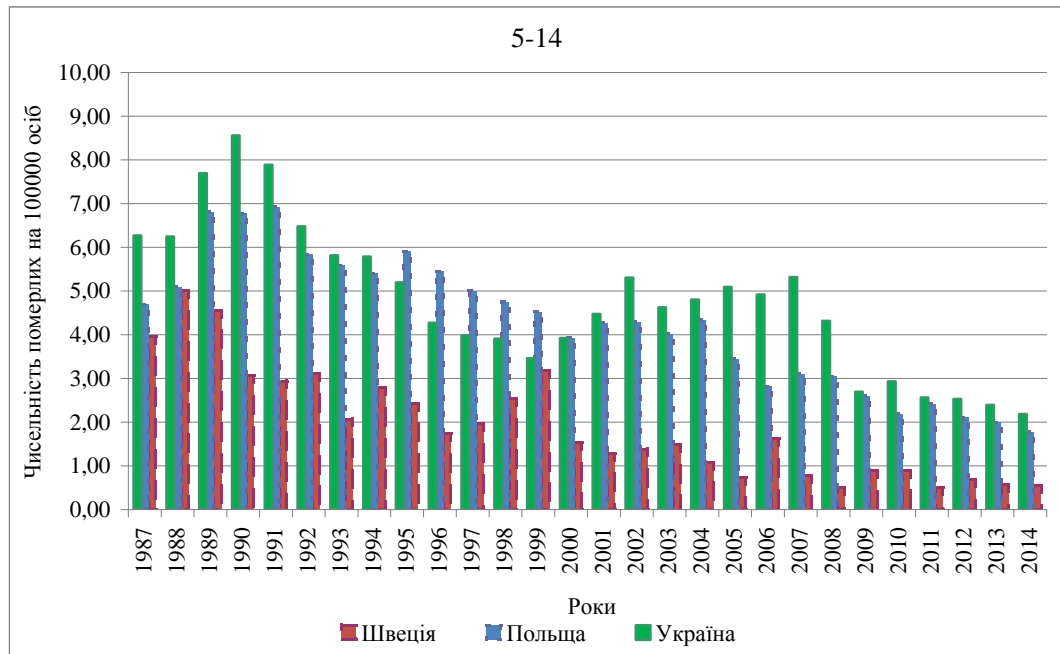


Рис. 3.3. Смертність від нещасних випадків, пов'язаних з транспортом, серед населення віком 5–14 років в Україні та окремих країнах ЄС, 1987–2014

Джерело: побудовано автором за [196; 197].

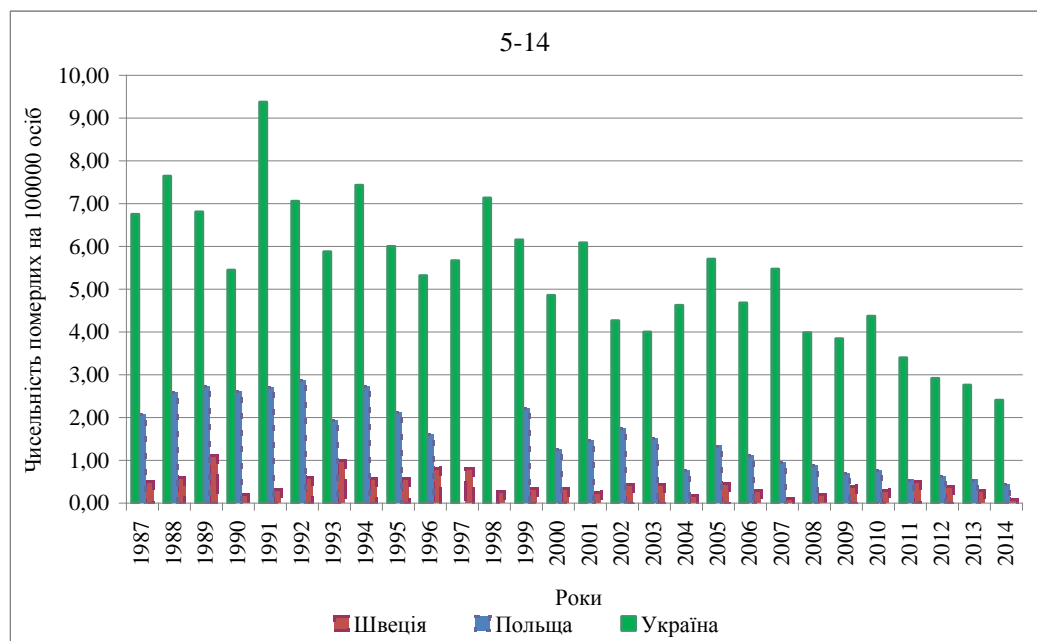


Рис. 3.4. Смертність від випадкових утоплень та занурень у воду серед населення віком 5–14 років в Україні та окремих країнах ЄС, 1987–2014

Джерело: побудовано автором за [196; 197].

Додаток К

Таблиця К.1

**Результати оцінювання умов раннього періоду життя респондентами
різних вікових груп, %**

	Умови РПЖ	Оцінка (позитивна/ негативна)	Вікові групи				
			Разом	18– 24	25– 49	50– 59	60 та старші
1	Стан власного здоров'я	+	81,8	84,7	84,1	81,6	76,6
		–	17,7	15,3	15,7	18,0	21,9
2	Добробут	+	18,7	34,7	22,1	12,0	9,7
		–	21,4	8,7	13,0	22,6	40,1
3.	Соціальний капітал (стосунки у сім'ї)	+	52,8	59,3	52,5	51,2	51,8
		–	5,7	6,6	6,5	2,7	6,1
4	Санітарна грамотність	+	26,3	40,0	29,0	23,0	18,3
		–	37,2	24,6	29,2	41,0	54,4
5	Фізична активність	+	34,4	40,7	36,6	36,4	26,5
		–	35,3	24,0	27,0	38,2	53,4
6	Профілактика хвороб та оздоровлення	+	15,3	17,3	19,3	14,3	7,4
		–	41,8	27,3	33,9	42,9	61,8
7	Індивідуальна відповідальність батьків (тютюнопаління)	+	34,8	30,0	31,7	35,5	41,7
		–	50,9	54,0	52,7	50,2	46,6
8	Харчування	+	66,7	79,3	74,4	71,4	43,6
		–	32,9	20,7	25,0	27,6	56,0

Джерело: авторське соціологічне опитування.

Таблиця К.2.

**Вплив стану здоров'я у ранньому періоді життя на шанси
мати / не мати хронічне захворювання у дорослому житті,
за статтю та місцем проживання (за самооцінкою)**

Наявність (відсутність) хронічного захворюванн я у дорослому житті	Добре (1) / погане (2) здоров' я у РПЖ		Разом (N=1200)	Чоловіки (N=543)	Жінки (N=657)	Міські поселення (N=795)	Сільська місцевість (N=405)
1. Хвороби системи кровообігу	1	OR	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	2	OR	1,666	1,288	1,640	1,783	1,410
		p	p ≤ 0,05	ns	p ≤ 0,05	p ≤ 0,05	ns
		CI	1,084- 2,555	0,635- 1,776	0,983- 2,742	1,039- 3,044	0,815- 3,011
2. Хвороби органів дихання	1	OR	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	2	OR	2,521	3,142	2,118	4,134	4,653
		p	p ≤ 0,001	p ≤ 0,05	p ≤ 0,05	p ≤ 0,001	p ≤ 0,001
		CI	1,445- 4,365	1,235- 7,769	4,287	1,838- 9,152	1,863- 9,478
3. Хвороби органів травлення	1	OR	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	2	OR	1,964	3,087	1,823	1,869	2,540
		p	p ≤ 0,01	p ≤ 0,01	p ≤ 0,05	p ≤ 0,05	p ≤ 0,05
		CI	1,211- 3,171	1,411- 6,662	1,008- 3,274	1,031- 3,362	1,076- 5,886
4. Хвороби сечостатевої системи	1	OR	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	2	OR	2,574	9,143	0,677	2,621	1,344
		p	p ≤ 0,05	p ≤ 0,05	ns	p ≤ 0,05	ns
		CI	1,214- 5,347	1,190- 55,535	0,232- 1,210	1,059- 6,279	0,717- 2,013
5. Хвороби нервової системи	1	OR	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	2	OR	3,030	4,830	2,884	2,990	4,287
		p	p ≤ 0,001	p ≤ 0,01	p ≤ 0,01	p ≤ 0,01	p ≤ 0,01
		CI	1,555- 6,061	1,573- 9,259	1,245- 6,549	1,259- 6,923	1,347- 9,204
6. Жодними	2	OR	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	1	OR	2,555	2,121	2,789	2,951	1,974
		p	p ≤ 0,001	p ≤ 0,05	p ≤ 0,001	p ≤ 0,001	p ≤ 0,05
		CI	1,832- 4,468	1,079- 4,203	1,505- 5,241	1,663- 5,288	0,981- 4,036

Примітка: «ns» відображає статистично не значущі показники.

Джерело: розраховано за результатами авторського соціологічного опитування.

Додаток Л

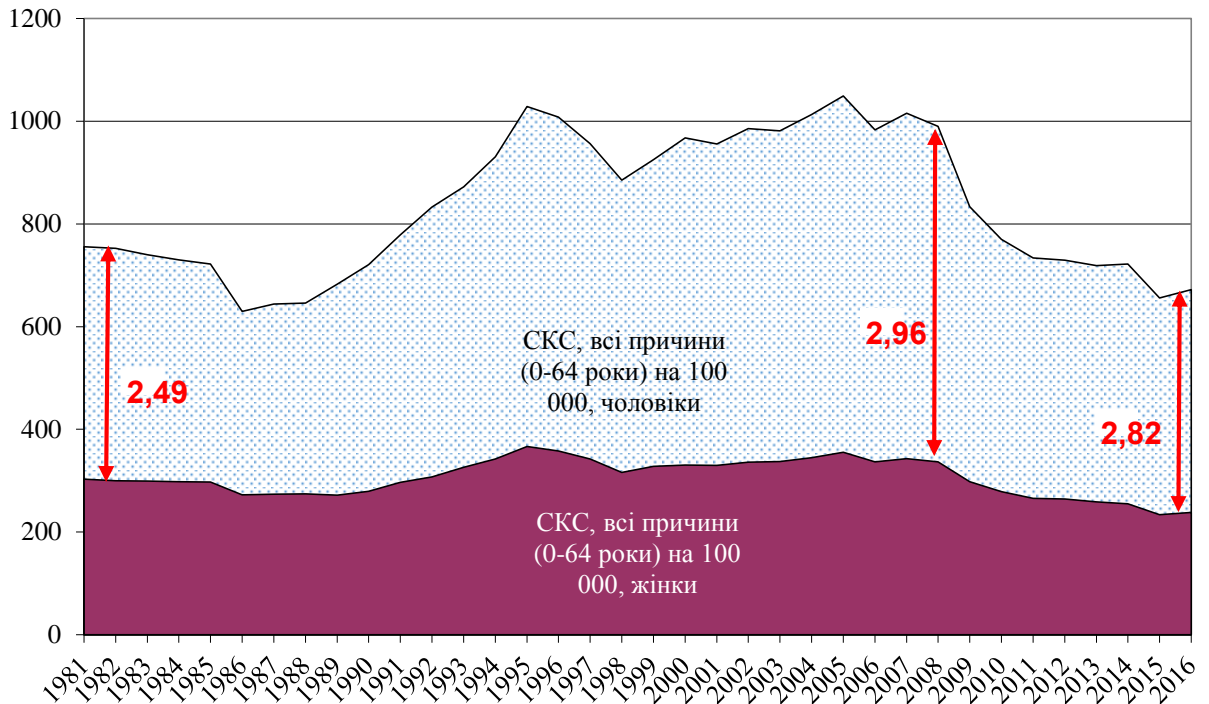


Рис. Л.1. Динаміка стандартизованого коефіцієнта в Україні від усіх причин серед населення віком 0–64 роки (на 100 000 осіб) та співвідношення між ними (разів), 1981–2016 рр.

Джерела: побудовано автором за [196; 197].

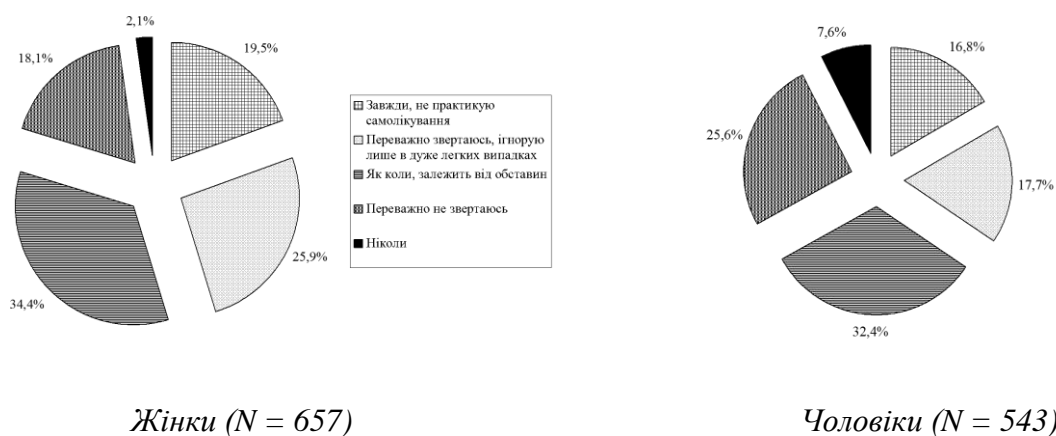


Рис. Л.2. Частота звернень за медичною допомогою у випадку захворювання (за самооцінкою)

Джерело: побудовано за результатами авторського соціологічного опитування.

Таблиця Л.1.

Захворюваність чоловіків та жінок в Україні, 2017 р.,
кількість хворих на 1000000 населення відповідної статі

Назва класів хвороб відповідно до МКХ - 10	Усьог о	з них		Відноше ння
		чоловік и	жінки	
Усі захворювання	62895	58854	66382	1,12
у тому числі				
хвороби органів дихання	28445	28688	28235	0,98
окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	13271	13676	12840	0,93
хвороби системи кровообігу	4208	3787	4571	1,20
хвороби сечостатевої системи	4074	1532	6267	4,09
травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	4010	4941	3207	0,64
хвороби шкіри та підшкірної клітковини	3697	3651	3737	1,02
вагітність, пологи та післяпологовий період	3796	х	3796	
хвороби ока та придаткового апарату	3227	2985	3435	1,15
хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	2878	2743	2994	1,09
хвороби органів травлення	2569	2471	2654	1,07
хвороби вуха та соскоподібного відростка	2365	2317	2407	1,03
деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2222	2039	2379	1,16
хвороби нервової системи	1504	1369	1620	1,18
новоутворення	865	656	1046	1,59

Джерело: побудовано автором за [197].

Додаток М

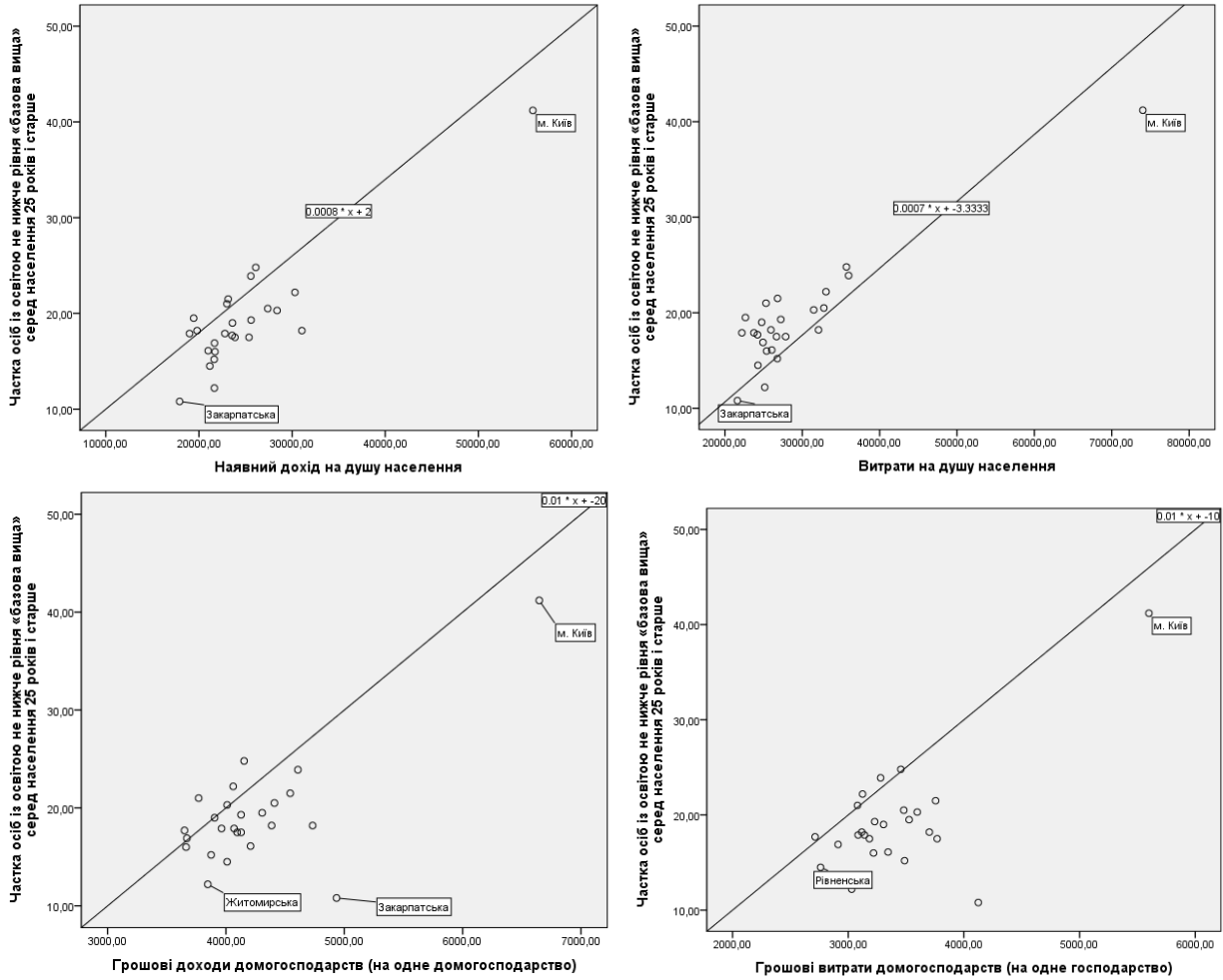


Рис. М. 1. Показники взаємозв'язку рівня доходів (витрат) та рівня освіти населення України

Джерело: розраховано автором за [252; 307; 315].

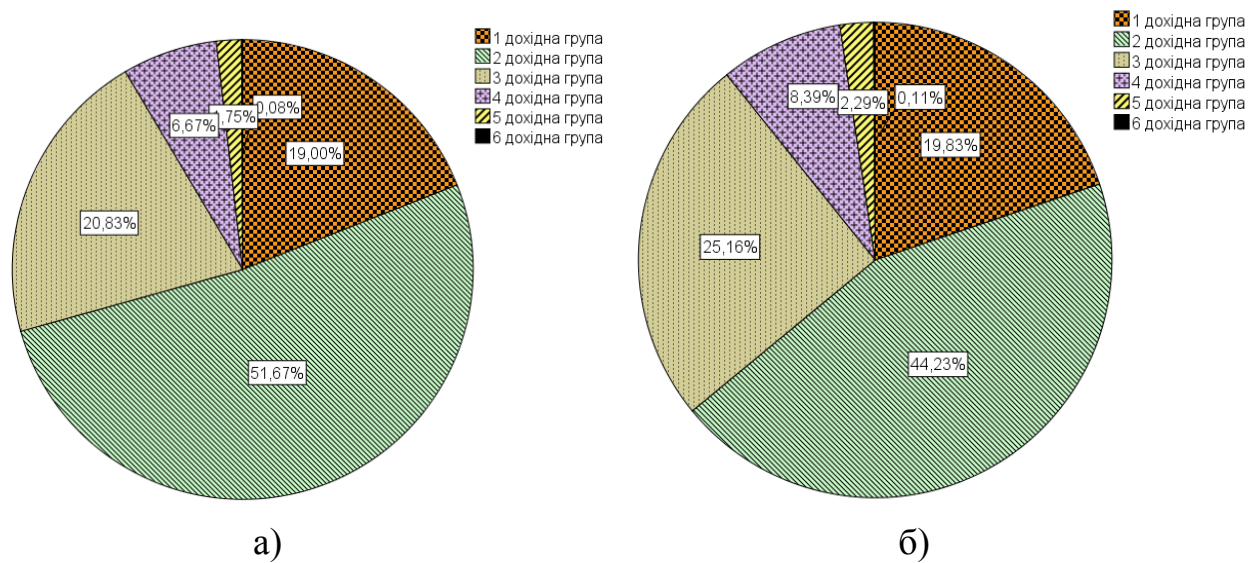


Рис. М.2. Структура респондентів за дохідними та віковими групами
 (а – населення віком 18 років і старші; б – населення віком від 18 до 60 років)

Джерело: розраховано за результатами авторського соціологічного опитування.

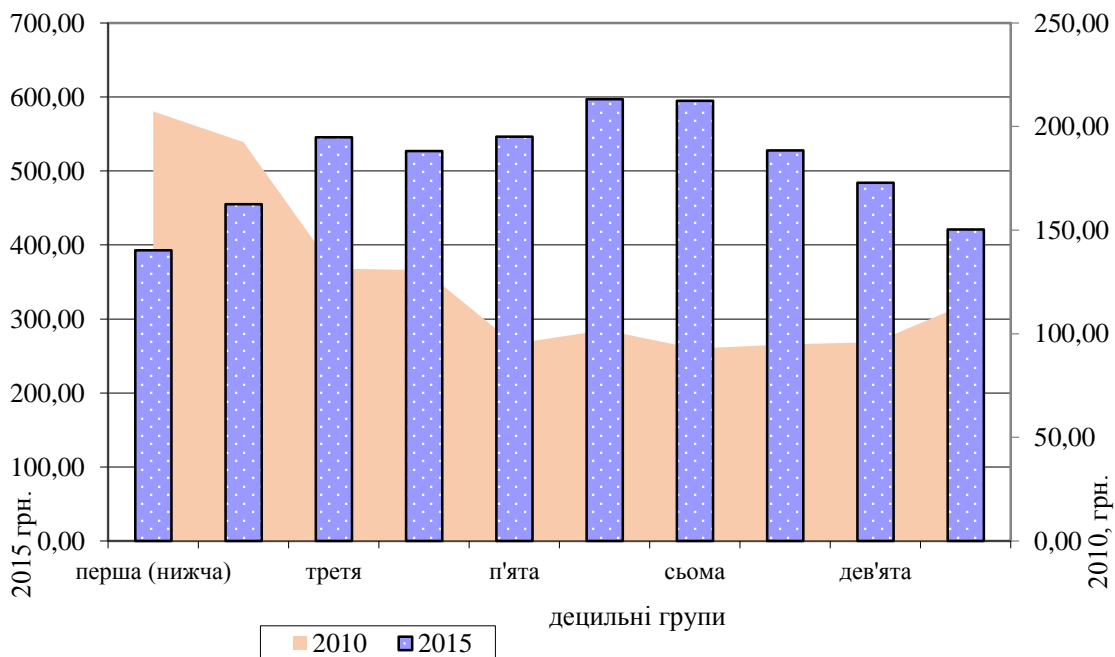


Рис. М. 3. Розподіл допомог, пільг, субсидій та компенсаційних виплат у різних формах у середньому за місяць у розрахунку на одне домогосподарство у 2010 та 2015 р., грн.

Джерело: побудовано автором за [117].

Додаток Н

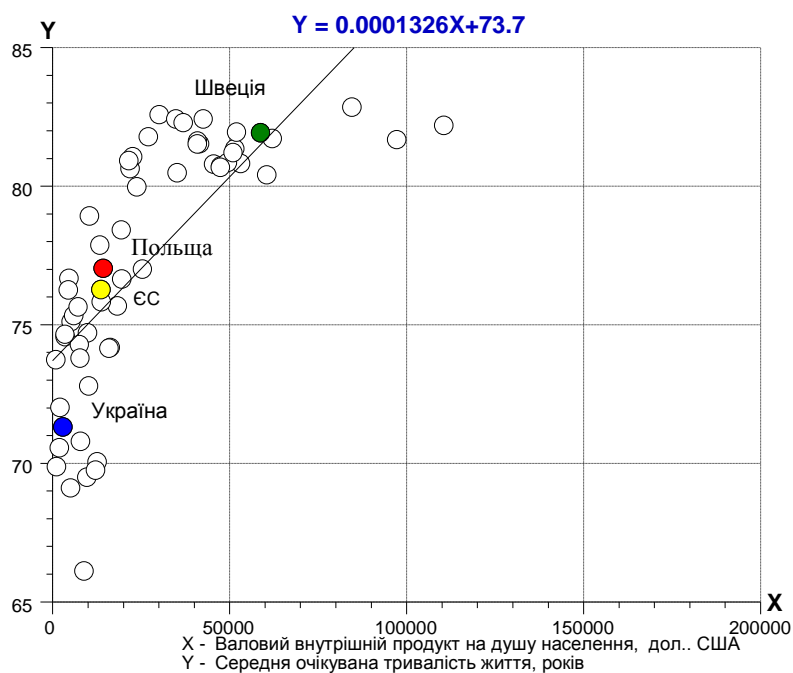


Рис. Н.1. Взаємозв'язок середньої очікуваної тривалості життя при народженні та ВВП на душу населення Європейського регіону в 2015 р.
Джерело: побудовано автором за [196].

Додаток П

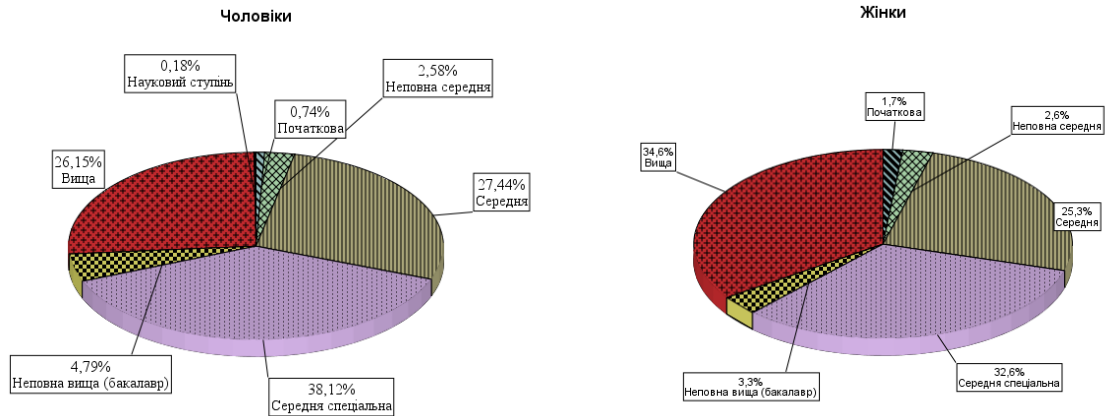


Рис. П.1. Розподіл респондентів за рівнем освіти та статтю

Джерело: побудовано за результатами авторського соціологічного опитування.

Таблиця П.1

Взаємозв'язок між соціально-економічним статусом, освітою та станом здоров'я населення (наявністю хронічного захворювання), %

Наявність хронічного захворювання	Освіта	Групи суб'єктивного СЕС										Разом (освіта)
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Так	Початкова	15,4	38,5	7,7	15,4	15,4	0,0	7,7	0,0	0,0	0,0	1,9
	Неповна середня	23,8	28,6	4,8	9,5	19,0	0,0	4,8	4,8	0,0	4,8	3,1
	Середня	9,6	19,1	19,7	17,0	17,0	12,2	4,3	1,1	0,0	0,0	27,9
	Середня спеціальна	8,6	11,4	20,8	16,7	24,9	10,6	4,5	2,4	0,0	0,0	36,3
	Неповна вища	0,0	4,5	0,0	18,2	31,8	13,6	18,2	4,5	0,0	9,1	3,3
	Вища	3,2	7,6	17,3	23,2	20,5	9,7	9,7	6,5	0,5	1,6	27,4
	Разом (СЕС)	7,7	13,3	18,1	18,4	21,3	10,4	6,4	3,3	0,3	0,9	100,0
Ні	Початкова	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,4
	Неповна середня	0,0	40,0	30,0	20,0	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9
	Середня	0,8	5,5	20,5	23,6	26,8	12,6	6,3	3,1	0,8	0,0	24,2
	Середня спеціальна	5,1	6,8	16,5	18,8	19,9	15,9	11,9	4,0	1,1	0,0	33,5
	Неповна вища	0,0	3,8	11,5	15,4	26,9	19,2	15,4	3,8	3,8	0,0	5,0
	Вища	1,6	2,2	10,3	18,5	26,1	16,8	16,3	4,9	1,6	1,6	35,0
	Разом (СЕС)	2,5	5,3	15,2	19,6	24,0	15,2	12,2	4,0	1,3	0,6	100,0

Джерело: авторське соціологічне опитування.

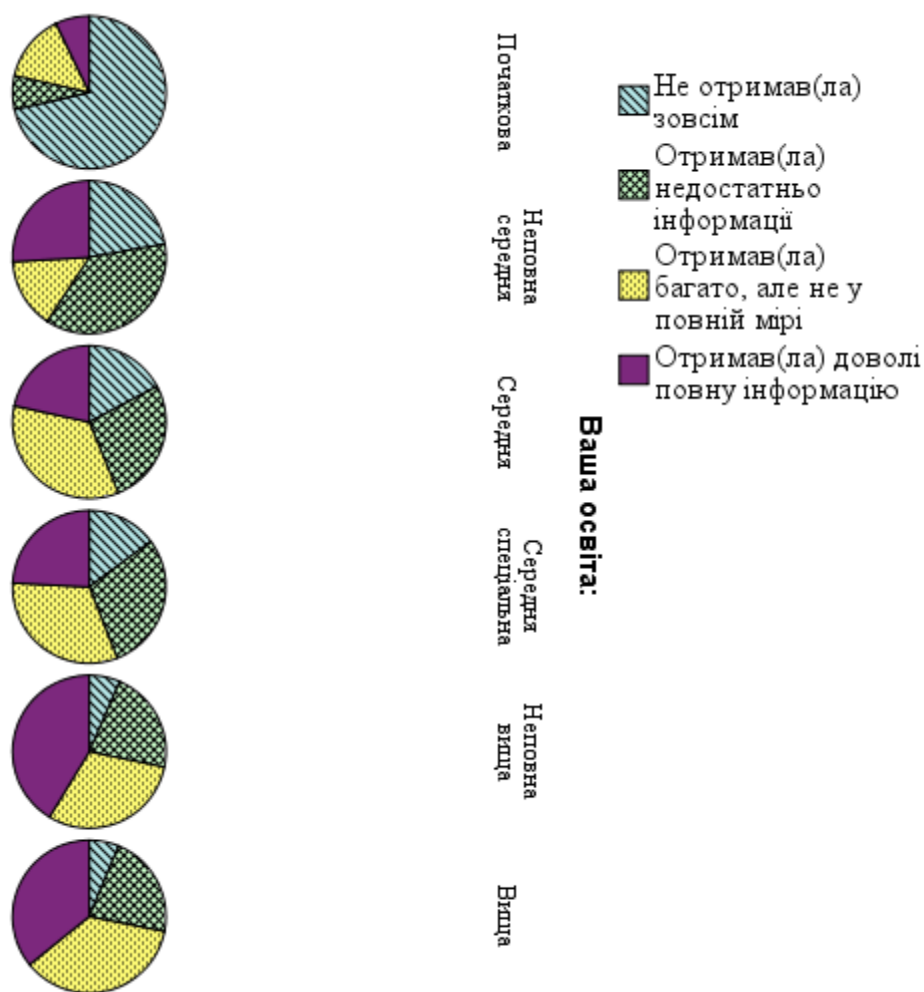


Рис. П. 2. Розподіл респондентів за освітою та повнотою інформації щодо ризиків для здоров'я, яку вони отримали у ранньому періоді життя.

Джерело: побудовано за результатами авторського соціологічного опитування.

**Вплив рівня освіти на шанси мати / не мати хронічне захворювання
за статтю та місцем проживання (за самооцінкою)**

	Рівень освіти		Загалом населення	Чоловіки	Жінки	Міські поселення	Сільська місцевість
1. Хвороби системи кровообігу	Вища	OR	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	Середня	OR	1,491	3,519	6,480	4,281	3,316
		CI	(1,096–2,031)	(1,013–9,607)	(1,886–12,690)	(1,855–9,392)	(1,470–7,769)
		p	p≤0,01	p≤0,05	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001
	Початкова та незакінчена середня	OR	1,491	3,519	6,480	4,281	3,316
		CI	(1,096–2,031)	(1,013–9,607)	(1,886–12,690)	(1,855–9,392)	(1,470–7,769)
p		p≤0,001	p≤0,05	p≤0,05	p≤0,05	p≤0,05	
2. Хвороби кістково-м'язевої системи	Вища	OR	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	Середня	OR	1,674	3,519	6,480	4,281	3,316
		CI	(1,084–2,594)	(1,013–9,607)	(1,886–12,690)	(1,855–9,392)	(1,470–7,769)
		p	p≤0,05	p≤0,05	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001
	Початкова та незакінчена середня	OR	1,491	3,519	6,480	4,281	3,316
		CI	(1,096–2,031)	(1,013–9,607)	(1,886–12,690)	(1,855–9,392)	(1,470–7,769)
p		p≤0,001	p≤0,05	p≤0,05	p≤0,05	p≤0,05	
3. Хронічні хвороби відсутні	Початкова та незакінчена середня	OR	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
		CI	1,288	3,519	6,480	1,644	1,472
	Середня	CI	0,874–1,899	(1,013–9,607)	(1,886–12,690)	0,970–2,790	1,074–2,019
		p	ns	p≤0,05	p≤0,05	p≤0,05	p≤0,05
		Вища	OR	2,319	3,519	6,480	2,749
	CI		1,136–4,702	(1,013–9,607)	(1,886–12,690)	1,115–6,627	1,355–5,959
p	p≤0,001		p≤0,05	p≤0,05	p≤0,05	p≤0,01	

Примітка: позначка «ns» означає статистично незначимий показник відношення шансів.

Джерело: розраховано за результатами авторського соціологічного опитування.

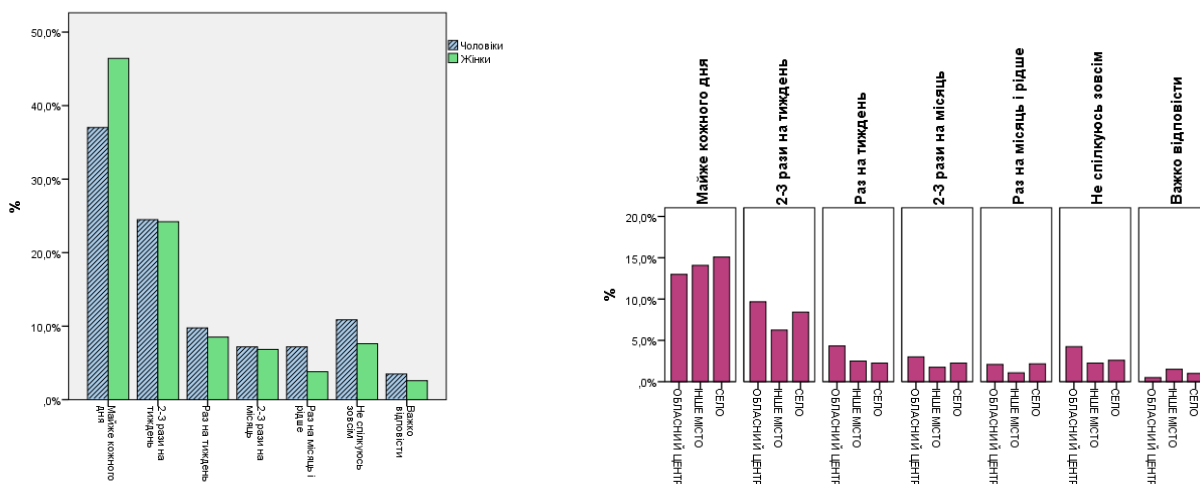


Рис. Р.2. Частота спілкування респондентами на особисті теми із сусідами, друзями, знайомими залежно від статі та місця проживання

Джерело: побудовано за результатами авторського соціологічного опитування.

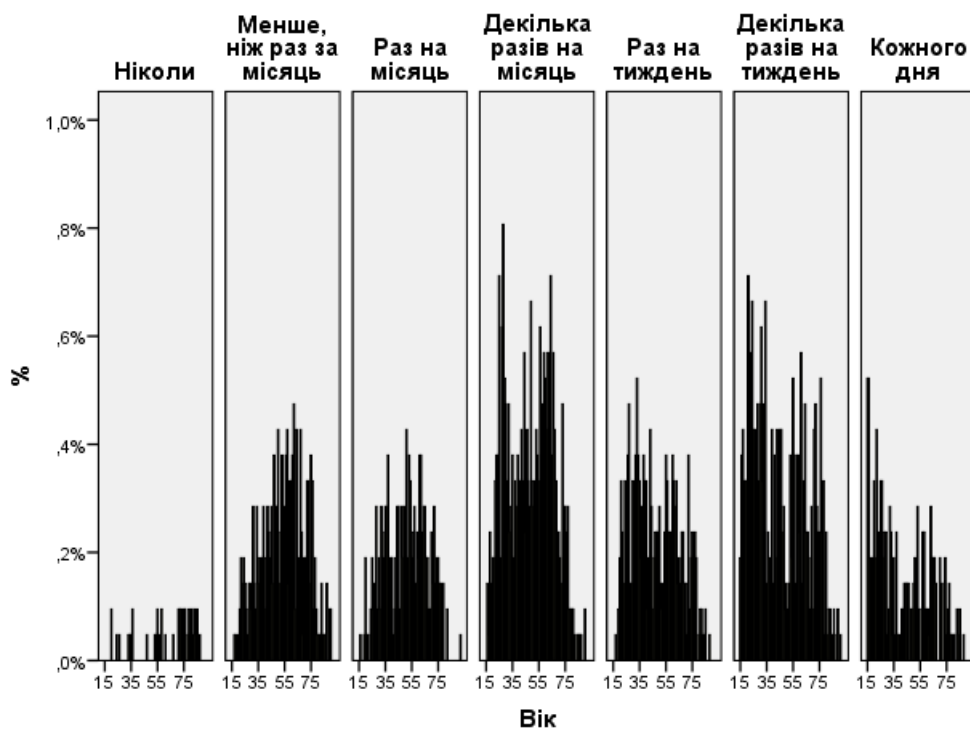


Рис. Р.3. Частота зустрічей респондентами не по справах із сусідами, друзями, знайомими

Джерело: побудовано автором за [170].

Таблиця Р.2.

**Частота відвідування респондентами закладів культури впродовж
останніх 12 місяців (за самооцінкою)**

Тип поселення	Відповідь	Стать		Разом
		Чоловіки	Жінки	
Міські поселення (обласний центр)	Не відвідував	53,3	52,7	52,9
	1–2 рази	22,1	23,0	22,6
	3–4 рази	11,6	9,9	10,6
	5 і більше	10,6	11,1	10,9
	Важко відповісти	2,5	3,3	2,9
	Разом	100,0	100,0	100,0
Міські поселення (не обласні центри)	Не відвідував	62,5	57,0	59,5
	1–2 рази	22,5	26,9	24,9
	3–4 рази	6,9	5,7	6,2
	5 і більше	6,9	8,8	7,9
	Важко відповісти	1,3	1,6	1,4
	Разом	100,0	100,0	100,0
Сільська місцевість	Не відвідував	71,7	73,8	72,8
	1–2 рази	13,0	16,3	14,8
	3–4 рази	8,2	5,9	6,9
	5 і більше	6,0	3,6	4,7
	Важко відповісти	1,1	,5	,7
	Разом	100,0	100,0	100,0
Разом	Не відвідував	62,2	61,0	61,6
	1–2 рази	19,2	21,9	20,7
	3–4 рази	9,0	7,3	8,1
	5 і більше	7,9	7,9	7,9
	Важко відповісти	1,7	1,8	1,8
	Разом	100,0	100,0	100,0

Джерело: авторське соціологічне опитування.

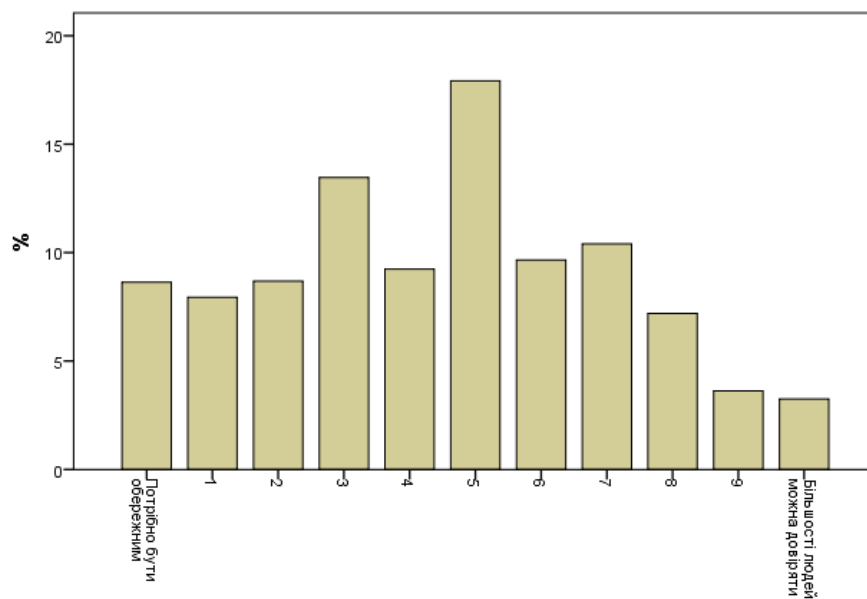


Рис. Р.4. Міжособистісна довіра: розподіл респондентів за рівнем довіри до людей в Україні у 2014 р.

Джерело: побудовано автором за [170].

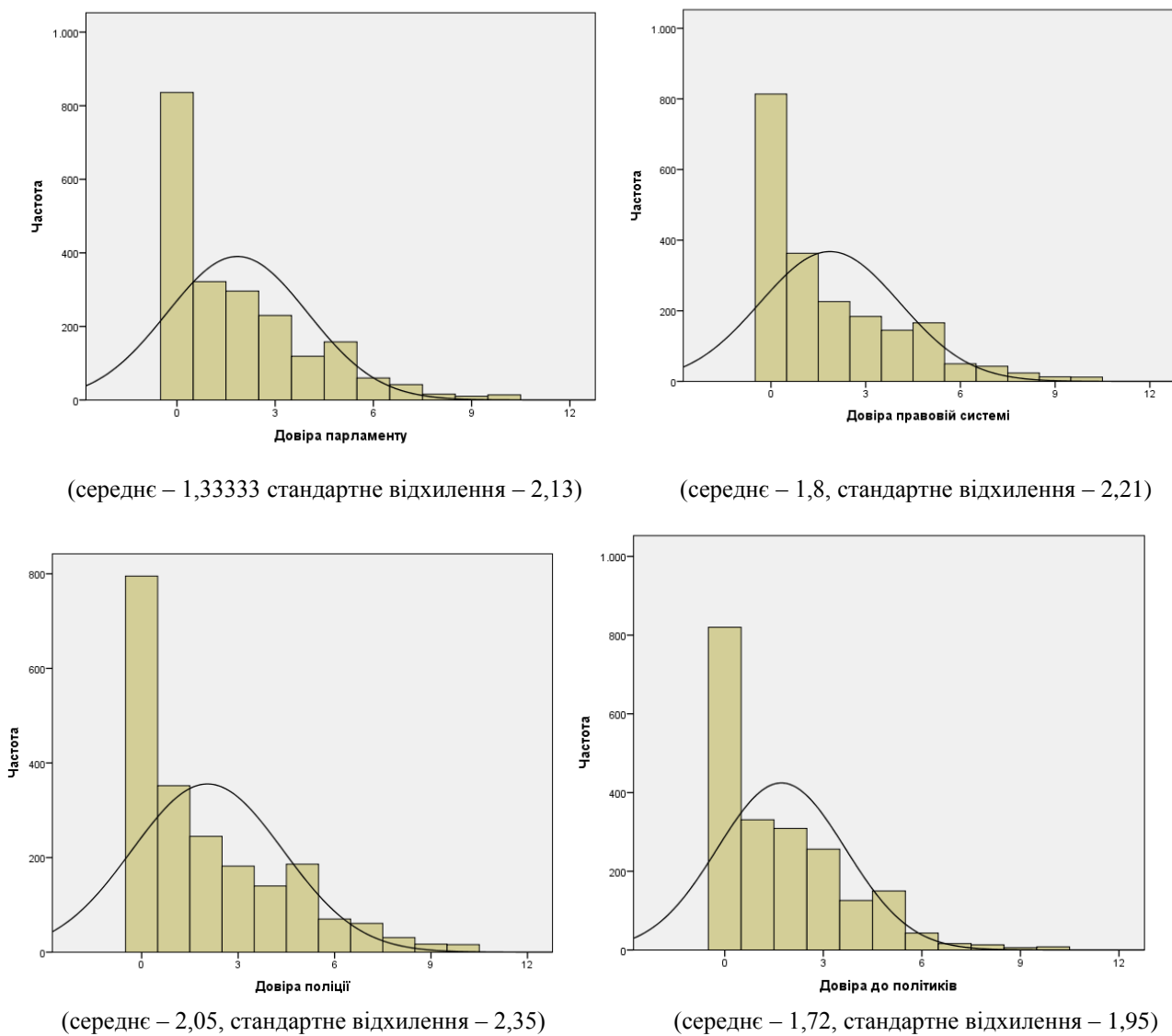


Рис. Р.5. Довіра населення до окремих суспільних інститутів в Україні, 2014 .

Джерело: побудовано автором за [170].

Таблиця Р.3.

Вплив основних характеристик індивідуального соціального капіталу на шанси мати гарне здоров'я (за статтю та місцем проживання)

Характеристики соціального капіталу	Відношення шансів, OR				
	чоловіки	жінки	місто	село	
<i>Соціальні зв'язки, громадська та культурна активність:</i>					
<i>Як часто Ви зустрічаєтесь з друзями, родичами та колегами просто так, не у справах:</i>					
– ніколи або менше одного разу на місяць	OR	1,000	1,000	1,000	1,000
– кілька разів на місяць	OR	3,205***	3,075***	3,239***	3,602***
	CI	1,529-6,758	1,786-5,306	1,894-5,580	1,760-7,413
– кілька разів на тиждень	OR	5,179***	3,948***	4,299***	3,654***
	CI	2,329-11,654	2,334-6,969	2,539-7,299	1,764-7,615
– щодня	OR	5,996***	3,453***	3,360***	6,212***
	CI	2,212-16,867	1,791-6,690	1,791-6,338	2,280-17,636
<i>Наскільки часто Ви спілкуєтесь на особисті теми із сусідами, друзями, знайомими?</i>					
Не спілкуюсь зовсім	OR	1,000	1,000	1,000	1,000
2-3 рази на місяць	OR	2,265*	0,856	1,880*	1,644
	CI	1,008-5,875	0,101-6,860	1,010-3,505	0,588-5,002
2-3 рази на тиждень	OR	2,435**	1,815*	1,974*	1,849*
	CI	1,175-5,075	0,989-3,368	1,084-3,600	1,000-3,425
Майже кожного дня	OR	2,000*	1,949*	2,138**	1,877*
	CI	1,001-4,023	1,042-3,653	1,184-3,869	1,055-3,605
<i>Як багато часу на день Ви приділяєте ознайомленню з суспільно-політичними питаннями у пресі, Інтернеті, по радіо або телебаченню?</i>					
Зовсім не приділяю	OR	1,000	1,000	1,000	1,000
16-30 хвилин	OR	0,953	1,194	0,859	0,923
	CI	0,478-1,908	0,680-2,096	0,419-1,788	0,459-1,820
31-60 хвилин	OR	1,978*	1,366	0,880	1,429*
	CI	0,987-3,978	0,750-2,491	0,450-1,812	1,001-2,022
Більше 1 години	OR	1,294	1,786*	0,830	0,952
	CI	0,657-2,557	1,010-3,303	0,373-1,722	0,465-1,945
<i>Як часто Ви відвідували за останні 12 місяців театри, кінотеатри, цирк та інші заклади культури?</i>					
Не відвідував	OR	1,000	1,000	1,000	1,000
1-2 рази	OR	2,899***	2,893***	1,505*	2,999***
	CI	1,775-4,747	1,910-4,385	1,067-2,124	1,631-5,536
3-4 рази	OR	4,154***	3,419***	1,761*	5,592***
	CI	2,004-8,756	1,782-6,576	1,027-3,029	2,162-15,027
5 і більше	OR	2,791***	5,957***	2,055***	6,990***
	CI	1,361-5,786	3,076-11,629	1,216-3,485	2,100-25,653

Закінчення табл. Р.3

Ступень довіри					
<i>Більшості людей можна довіряти чи варто бути обережним, маючи справу з людьми?¹:</i>					
– потрібно бути обережним	OR	1,000	1,000	1,000	1,000
– середній ступінь довіри (5 балів)	OR	1,981	1,615	1,390	2,657*
	CI	0,659- 6,199	0,865- 3,022	0,830- 2,330	1,132- 6,289
– більшості людей можна довіряти	OR	1,345	1,322	1,086	1,853
	CI	0,264- 7,540	0,670- 2,611	0,503- 2,355	0,713- 4,764
<i>Чи довіряєте Ви особисто Верховній Раді України?²</i>					
– зовсім не довіряю	OR	1,000	1,000	1,000	1,000
– середній ступінь довіри (5 балів)	OR	1,497	1,395	1,736	0,798
	CI	0,504- 4,755	0,738- 2,639	0,361- 8,377	0,181- 3,984
– повністю довіряю	OR	1,562	1,343	2,193	1,185
	CI	0,612- 3,999	0,702- 2,576	0,895- 5,174	0,534- 2,635
Взаємодопомога					
<i>Чи отримуєте Ви підтримку та допомогу від близьких Вам людей, коли Ви цього потребуєте?³</i>					
– ніколи не отримую	OR	1,000	1,000	1,000	1,000
– середній рівень допомоги (3 бали)	OR	1,708	4,125	3,051	3,538
	CI	0,178- 14,471	0,742- 29,974	0,649- 16,074	0,435- 32,958
– завжди отримую	OR	6,489**	9,552***	6,897**	3,811*
	CI	2,242- 8,856	1,803- 16,202	1,566- 14,444	1,120- 13,611

Примітка: *** відповідає довірчій імовірності $p < 0,001$, ** – $p < 0,01$, * – $p < 0,05$.

Джерело: розраховано за [170] та результатами авторського соціологічного опитування.

¹ За шкалою від 0 до 10 балів, де 0 балів означає, що «Потрібно бути обережним», а 10 – що «більшості людей можна довіряти»

² За шкалою, де 0 балів означає "зовсім не довіряю", а 10 балів означає "повністю довіряю"

³ За шкалою від 0 до 6 балів, де 0 балів означає «ніколи не отримую», а 6 – «завжди отримую».

Додаток С

Таблиця С.1

Стан житлових умов населення України (за самооцінкою)

	Разом		Міські поселення		Сільська місцевість	
	Частота	%	Частота	%	Частота	%
Дуже добрі	78	6,5	53	6,7	25	6,2
Добрі	609	50,8	405	50,9	204	50,4
Задовільні	445	37,1	292	36,7	153	37,8
Погані	59	4,9	39	4,9	20	4,9
Дуже погані	5	0,4	4	0,5	1	0,2
Важко відповісти	4	0,3	2	0,3	2	0,5
Разом	1200	100,0	795	100,0	405	100,0

Джерело: авторське соціологічне опитування.

Додаток Т

Таблиця Т.1

**Частота звернень за допомогою до медичних працівників у разі
хвороби, % (за самооцінкою)**

	Всі респонденти	Чоловіки	Жінки	Міські поселення	Сільська місцевість
Завжди, не практикую самолікування	18,3	16,8	19,5	20,4	14,1
Переважаю звертаюся, ігнорую лише в дуже легких випадках	22,2	17,7	25,9	24,0	18,5
Залежить від обставин	33,5	32,4	34,4	31,2	38,0
Переважаю не звертаюся	21,5	25,6	18,1	19,6	25,2
Ніколи	4,6	7,6	2,1	4,8	4,2
Разом	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Закінчення табл. Т.1

	Всі респонденти	Вікові групи			
		18–25	26–49	50–59	60 і старші
Завжди, не практикую самолікування	18,3	16,7	15,6	18,0	23,3
Переважаю звертаюся, ігнорую лише в дуже легких випадках	22,2	20,0	22,3	21,7	23,0
Залежить від обставин	33,5	34,0	35,3	31,8	32,0
Переважаю не звертаюся	21,5	24,0	21,9	24,0	18,4
Ніколи	4,6	5,3	4,9	4,6	3,2
Разом	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Джерело: авторське соціологічне опитування.

Таблиця Т.2

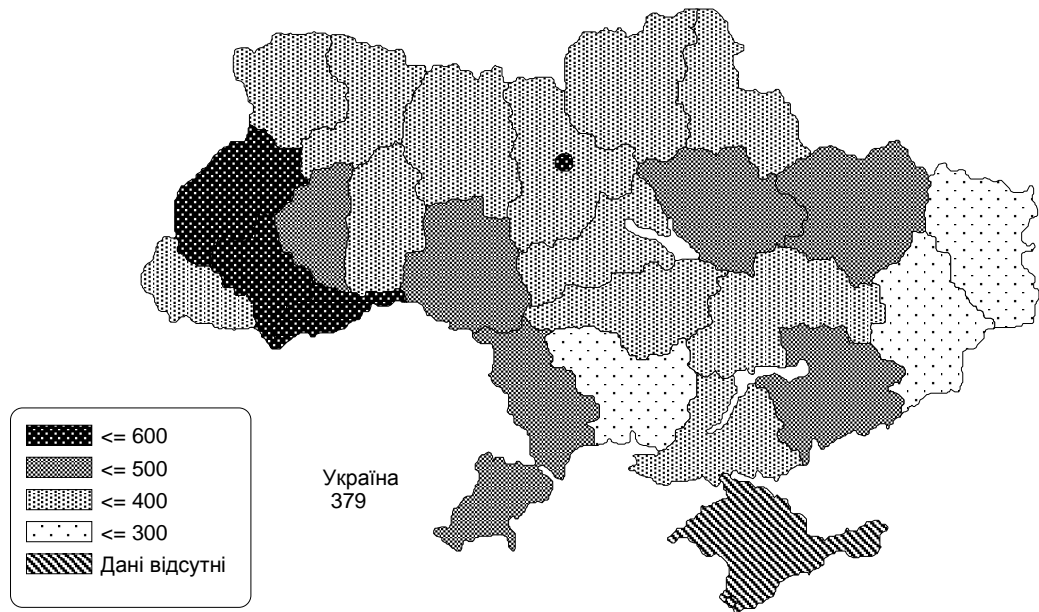
**Причини незвернень за допомогою до медичних працівників у разі хвороби, %
(за самооцінкою)**

	Всі респонденти		Чоловіки		Жінки		Міські поселення		Сільська місцевість	
	% респондентів	% спостережень	% респондентів	% спостережень	% респондентів	% спостережень	% респондентів	% спостережень	% респондентів	% спостережень
Немає потреби у лікарняному листі	11,5	19,4	13,7	22,5	9,4	16,4	12,9	21,7	9,2	15,8
Маю сумніви у кваліфікації медичного персоналу	13,4	22,7	13,7	22,5	13,0	22,8	15,6	26,2	9,9	16,8
Надаю перевагу народним засобам, народній медицині	12,1	20,6	12,0	19,7	12,2	21,4	11,4	19,2	13,3	22,7
Медичний заклад знаходиться далеко від дому	4,9	8,3	4,1	6,7	5,6	9,7	1,9	3,2	9,6	16,5
Через нестачу часу, необхідність вистоювати у чергах	16,8	28,5	16,3	26,7	17,3	30,4	16,0	26,9	18,2	31,1
Через скрутне матеріальне становище, нестачу коштів на лікування	21,6	36,5	18,0	29,5	24,8	43,5	22,0	37,1	20,8	35,5
Знаю, як себе лікувати	14,0	23,8	15,6	25,6	12,6	22,0	14,1	23,8	13,9	23,8
Інше	2,8	4,8	3,1	5,1	2,5	4,5	3,1	5,2	2,4	4,0
Важко відповісти	2,9	4,9	3,3	5,3	2,5	4,5	3,0	5,0	2,8	4,8
Разом	100,0	169,4	100,0	163,5	100,0	175,2	100,0	168,3	100,0	171,1

Закінчення табл. Т.2.

	Всі респонденти		Вікові групи							
			18–25		26–49		50–59		60 і старші	
	% респондентів	% спостережень	% респондентів	% спостережень	% респондентів	% спостережень	% респондентів	% спостережень	% респондентів	% спостережень
Немає потреби у лікарняному листі	11,5	19,4	13,2	21,1	12,0	19,5	10,4	18,3	10,9	19,9
Маю сумніви у кваліфікації медичного персоналу	13,4	22,7	18,5	29,5	13,3	21,6	13,0	22,9	10,6	19,3
Надаю перевагу народним засобам, народній медицині	12,1	20,6	10,6	16,8	12,9	21,0	9,1	16,0	13,9	25,3
Медичний заклад знаходиться далеко від дому	4,9	8,3	4,0	6,3	3,8	6,1	6,1	10,7	6,6	12,0
Через нестачу часу, необхідність вистоювати у чергах	16,8	28,5	21,2	33,7	21,0	34,1	16,0	28,2	8,9	16,3
Через скрутне матеріальне становище, нестачу коштів на лікування	21,6	36,5	10,6	16,8	16,8	27,4	27,3	48,1	30,8	56,0
Знаю, як себе лікувати	14,0	23,8	15,9	25,3	14,3	23,3	12,6	22,1	13,6	24,7
Інше	2,8	4,8	2,6	4,2	2,9	4,7	1,7	3,1	3,3	6,0
Важко відповісти	2,9	4,9	3,3	5,3	3,0	5,0	3,9	6,9	1,3	2,4
Разом	100,0	169,4	100,0	158,9	100,0	162,7	100,0	176,3	100,0	181,9

Джерело: авторське соціологічне опитування.



**Рис. Т.1. Кількість лікарів, фізичних осіб за регіонами України, 2016 р.
на 100000 населення**

Джерело: побудовано автором за [197].

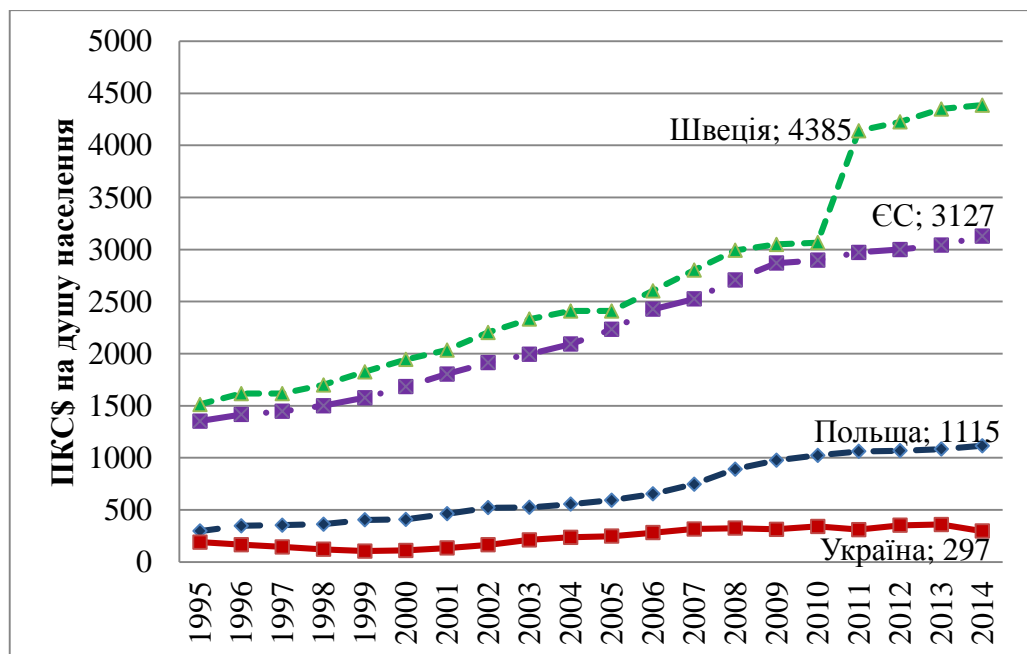


Рис. Т.2. Державні витрати на охорону здоров'я в Україні та окремих країнах ЄС, 1995–2014 рр., паритет купівельної спроможності, у дол. США на особу, оцінка ВООЗ

Джерело: побудовано автором за [196; 197].

Додаток У

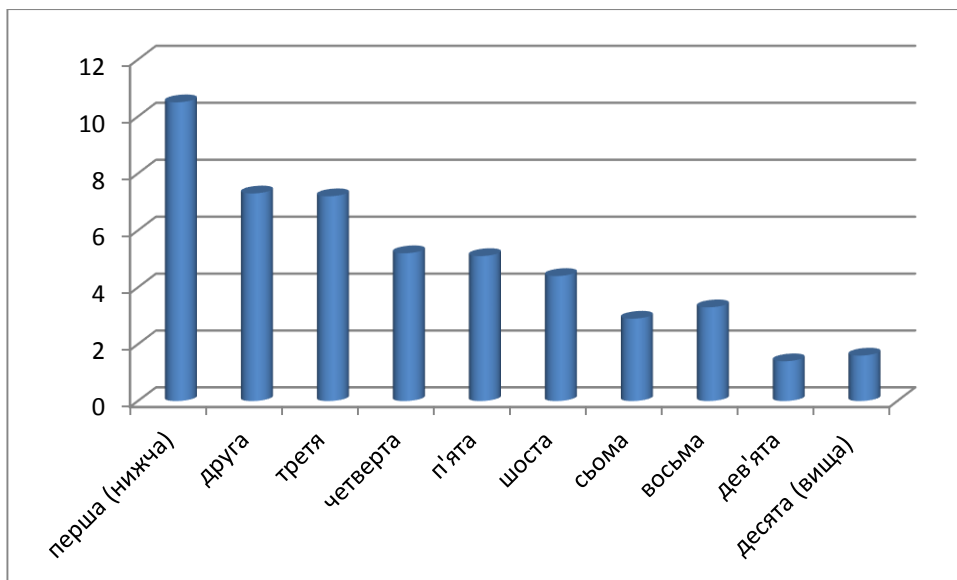


Рис. У.1. Частка домогосподарств України, яким не вдалося забезпечити достатнє харчування, за самооцінкою рівня їхніх доходів, за децильними групами залежно від розміру середньодушових еквівалентних грошових доходів (у % у грудні 2015 р.)

Джерело: побудовано автором за [307].

Таблиця У.1.

**Взаємозв'язок споживання продуктів харчування та доходом населення
України**

Як Ви оцінюєте своє харчування?		Який на даний час дохід на члена Вашої сім'ї (у середньому за місяць), тис. грн.:						Разом
		до 1	1–2	2–3	3–5	5–10	понад 10	
«Дуже добре» (збалансоване, різноманітне, з дотриманням режиму харчування 3–4 рази на добу)	осіб	9	21	18	3	9	0	60
	%	15,0%	35,0%	30,0%	5,0%	15,0%	0,0%	100,0%
«Добре» (недостатньо різноманітне, однак регулярно споживаю овочі, фрукти, рибу, м'ясо)	осіб	79	264	145	55	10	1	554
	%	14,3%	47,7%	26,2%	9,9%	1,8%	0,2%	100,0%
«Задовільне» (одноманітне, недостатньо споживаю овочів, фруктів, риби, м'яса, режиму харчування не дотримуюсь)	осіб	99	260	74	21	2	0	456
	%	21,7%	57,0%	16,2%	4,6%	0,4%	0,0%	100,0%
«Погане» (лише інколи споживаю овочі, фрукти, рибу, м'ясо, надаючи перевагу дешевим продуктам)	осіб	34	63	9	1	0	0	107
	%	31,8%	58,9%	8,4%	0,9%	0,0%	0,0%	100,0%
«Дуже погане» (недоїдаю)	осіб	5	0	0	0	0	0	5
	%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Важко відповісти	осіб	3	11	4	0	0	0	18
	%	16,7%	61,1%	22,2%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Разом	осіб	229	619	250	80	21	1	1200
	%	19,1%	51,6%	20,8%	6,7%	1,7%	0,1%	100,0%

Джерело: розраховано за результатами авторського соціологічного опитування.

Таблиця У.2

Споживання продуктів харчування в домогосподарствах першої та десятої децильних груп за рівнем середньодушових еквівалентних загальних доходів в Україні (у середньому на місяць у розрахунку на одну особу)

	За децильними (10%-ми) групами (2017 р.)		Співвідношення між десятою та першою децильними групами, %	Раціональна норма споживання	Індекс достатності споживання продуктів за децильними групами до раціональної норми, %		Споживання в ЄС (2014 р.)	Індекс достатності споживання продуктів за децильними групами в Україні до споживання в ЄС, %	
	Перша	Десята			Перша	Десята		Перша	Десята
М'ясо і м'ясопродукти, кг	2,8	6,0	2,14	6,7	0,42	0,90	8,1	0,35	0,74
Молоко і молочні продукти, кг	9,1	17,2	1,89	31,7	0,29	0,54	21,0	0,43	0,82
Яйця, шт.	17	22	1,29	24,2	0,70	0,91	18,0	0,94	1,22
Риба і рибопродукти, кг	1,0	1,7	1,70	1,7	0,59	1,00	2,1	0,48	0,81
Цукор (у т. ч. цукор, використаний на кондитерські вироби), мед, кг	2,3	3,2	1,39	3,2	0,72	1,00	3,3	0,70	0,97
Олія і жири, кг	2,0	2,3	1,15	1,1	2,00	2,09	1,6	1,25	1,41
Овочі та баштанні культури, кг	6,5	10,4	1,60	13,4	0,48	0,78	10,1	0,64	1,03
Фрукти, ягоди, виноград, кг	2,3	5,6	2,43	7,5	0,31	0,75	9,8	0,23	0,57
Хліб і хлібні продукти, кг	7,8	8,5	1,09	8,4	0,93	1,01	7,3	1,06	1,16

Джерела: побудовано автором за: [197; 375]

**Розподіл респондентів за часом перебування сидячи,
за віком та статтю, %**

Скільки годин на день Ви проводите сидячи?	Чоловіки				Жінки			
	18–24	25–49	50–59	60 і старші	18–24	25–49	50–59	60 і старші
8 год. і більше	8,8	16,9	16,2	21,3	11,4	12,1	13,6	17,4
Приблизно 7 год.	1,3	3,7	5,1	3,7	4,3	6,4	4,2	5,0
Приблизно 6 год.	8,8	5,1	7,1	7,4	7,1	12,1	7,6	9,5
Приблизно 5 год.	11,3	17,3	11,1	11,1	20,0	14,3	19,5	16,4
Приблизно 4 год.	22,5	12,9	14,1	20,4	21,4	15,0	18,6	18,9
Приблизно 3 год.	22,5	21,3	18,2	12	14,3	14,3	17,8	16,9
Приблизно 2 год.	15	14,7	14,1	14,8	11,4	18,2	12,7	10,4
1 година і менше	10	8,1	14,1	9,3	10,0	7,5	5,9	5,5
Середня кількість годин, год.	5,15	4,68	4,83	4,47	4,74	4,66	4,52	4,34

Джерело: авторське соціологічне опитування

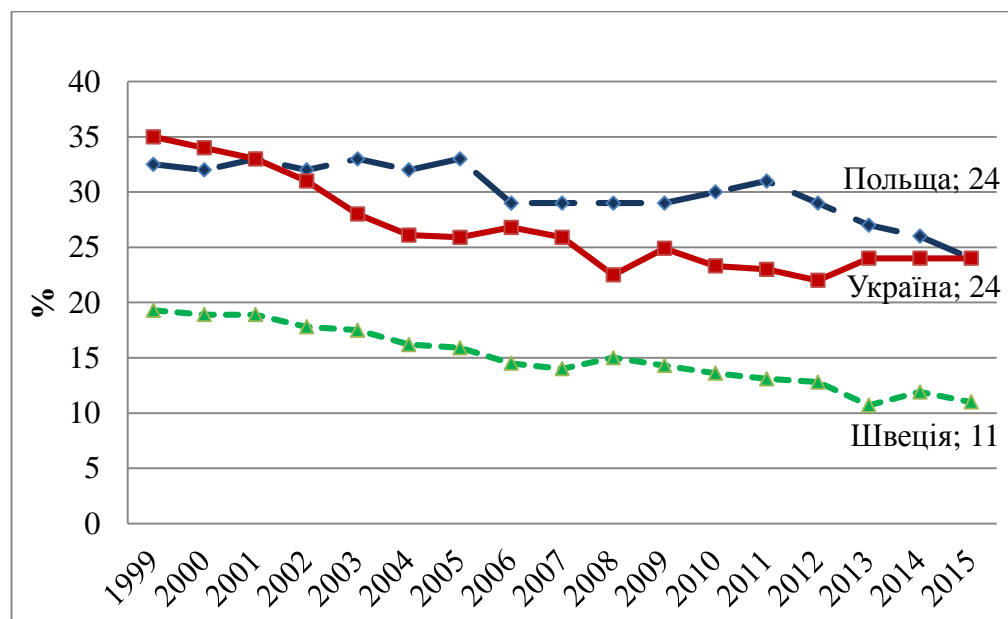


Рис. У.2. Частка осіб, віком 15 років і старших які палять щоденно в Україні та окремих країнах ЄС, 1999–2015%

Джерело: побудовано автором за [196].

Таблиця У.4.

**Розподіл членів домогосподарств віком 12 років і старших, які палять,
за віком та статтю (за самооцінкою)**

Вік	Паління	Всі респонденти	у т. ч.	
			чоловіки	жінки
18–24	так	33	48,8	15,7
	інколи	10,7	5	17,1
	ні	56,3	46,2	67,2
25–49	так	37,0	55,9	18,6
	інколи	6,2	7,0	5,4
	ні	56,8	37,1	76,0
50–59	так	27,2	49,5	8,5
	інколи	3,7	6,1	1,7
	ні	69,1	44,4	89,8
60 і старші	так	11,0	25,9	3,0
	інколи	3,6	9,3	0,5
	ні	85,4	64,8	96,5
Разом	так	28,1	47,7	11,9
	інколи	5,4	7,0	4,1
	ні	66,5	45,3	84,0

Джерело: авторське соціологічне опитування.

Таблиця У.5.

Частота вживання населенням міцних алкогольних напоїв залежно від статі та місця проживання (за самооцінкою)

Стать	Частота вживання міцних алкогольних напоїв	Тип поселення			Разом
		Місто (обласний центр)	Інше місто	Сільська місцевість	
Чоловіча	Щодня	1,0%	1,3%	1,1%	1,1%
	Кілька разів на тиждень	3,0%	2,5%	8,2%	4,6%
	Раз на тиждень	11,6%	10,6%	12,5%	11,6%
	Кілька разів на місяць	20,6%	26,9%	21,7%	22,8%
	Раз на місяць і рідше	32,7%	32,5%	28,8%	31,3%
	Ніколи	31,2%	26,3%	27,7%	28,5%
Жіноча	Щодня	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%
	Кілька разів на тиждень	0,4%	2,1%	0,0%	0,8%
	Раз на тиждень	1,6%	1,0%	1,4%	1,4%
	Кілька разів на місяць	5,3%	3,6%	3,6%	4,3%
	Раз на місяць і рідше	28,8%	24,4%	30,3%	28,0%
	Ніколи	63,8%	68,9%	64,7%	65,6%
Разом	Щодня	0,5%	0,6%	0,5%	0,5%
	Кілька разів на тиждень	1,6%	2,3%	3,7%	2,5%
	Раз на тиждень	6,1%	5,4%	6,4%	6,0%
	Кілька разів на місяць	12,2%	14,2%	11,9%	12,7%
	Раз на місяць і рідше	30,5%	28,0%	29,6%	29,5%
	Ніколи	49,1%	49,6%	47,9%	48,8%

Джерело: авторське соціологічне опитування.

Додаток Ф

Таблиця Ф.1

Показники індексів здоров'я населення за різними знаками

		ІЗ	ІТЖ	ІСЗ	
1	2	3	4	5	
Стать респондента	Чоловіки	0,6113	0,1614	0,3863	
	Жінки	0,5457	0,4206	0,4831	
	Всього	0,5754	0,3031	0,4392	
Тип місцевості	Велике місто	0,5717	0,3108	0,4412	
	Мале місто	0,5841	0,2945	0,4393	
	Сільська місцевість	0,5710	0,3033	0,4372	
Економіко-географічні регіони	Північний регіон	0,5554	0,2980	0,4267	
	Центральний регіон	0,5845	0,2991	0,4418	
	Східний регіон	0,5622	0,2821	0,4221	
	Південний регіон	0,5886	0,3102	0,4494	
	Західний регіон	0,5960	0,3181	0,4570	
Економіко-географічні регіони	Північний регіон	Чоловіки	0,5830	0,1646	0,3738
		Жінки	0,5299	0,4213	0,4756
	Центральний регіон	Чоловіки	0,6125	0,1651	0,3888
		Жінки	0,5601	0,4161	0,4881
	Східний регіон	Чоловіки	0,6145	0,1562	0,3853
		Жінки	0,5266	0,4164	0,4715
	Південний регіон	Чоловіки	0,6220	0,1630	0,3925
		Жінки	0,5637	0,4200	0,4919
	Західний регіон	Чоловіки	0,6201	0,1619	0,3910
		Жінки	0,5703	0,4242	0,4972
Самооцінка достатності доходу	Живу комфортно на цей дохід	0,6044	0,3429	0,4737	
	Можна жити на цей дохід	0,6193	0,2668	0,4430	
	При такому доході відчуваю певні складнощі	0,5776	0,3070	0,4423	
	При такому доході відчуваю серйозні матеріальні труднощі	0,5203	0,2461	0,3832	
Головне джерело доходу домогосподарства	Заробіток або заробітна плата	0,6212	0,2558	0,4385	
	Дохід від самозайнятості (робота на себе, дрібна власність)	0,6111	0,2631	0,4371	
	Дохід від сільського /присадибного господарства	0,4192	0,3203	0,3698	
	Пенсія	0,5180	0,2065	0,3622	
	Допомога по безробіттю/ вихідна допомога (внаслідок скорочення персоналу)	0,5417	0,2906	0,4162	
	Будь-які інші види соціальної допомоги чи дотації (субсидії), стипендії	0,4774	0,2704	0,3739	
	Дохід від інвестицій, заощаджень, страхування або власності	0,6669	0,2608	0,4638	

Закінчення табл. Ф.1

1	2	3	4	5
Як задоволені життям в цілому	Дуже незадоволений	0,4668	0,3137	0,3902
	1	0,4851	0,3224	0,4038
	2	0,4860	0,3181	0,4020
	3	0,5129	0,3307	0,4218
	4	0,5459	0,3207	0,4333
	5	0,5735	0,3034	0,4384
	6	0,6029	0,2955	0,4492
	7	0,6079	0,2952	0,4516
	8	0,6540	0,2907	0,4723
	9	0,6569	0,3170	0,4870
	Дуже задоволений	0,7160	0,3212	0,5186
Чи відчуваєте труднощі або обмеження через хронічну хворобу, інвалідність, фізичні вади, фізичну слабкість або ж проблеми із психікою	Так, багато	0,2963	0,4181	0,3572
	Так, певною мірою	0,4523	0,3810	0,4167
	Ні	0,6608	0,3575	0,5091
Сімейний стан	Офіційно зареєстрований шлюб	0,5468	0,3450	0,4459
	Проживаєте разом, але без офіційної реєстрації шлюбу	0,5482	0,3245	0,4364
	Офіційно розлучені (овдовілі)	0,4260	0,5016	0,4638
	Ніщо з цього	0,6886	0,1695	0,4291

Джерело: власна розробка автора

Таблиця Ф.2.

Порівняльний аналіз індикаторів здоров'я населення України та країн ЄС

№	Назва	Індикатори, значення яких в Україні та ЄС суттєво не відрізняються	Індикатори, значення яких гірші в Україні порівняно в ЄС
1	2	3	4
I. Індикатори стану здоров'я населення			
1	Смертність	1. Смертність жінок (за винятком віку 35–49 років) 2. Неонатальна смертність 3. Мертвонародження 4. Смертність від хвороб органів дихання, сечостатевої системи, новоутворень (крім онкозахворювання шлунка). 5. Смертність на виробництві	1. Смертність чоловіків, особливо віком 25–49 років 2. Постнеонатальна смертність 3. Смертність дітей віком 15–17 років 4. Смертність від хвороб системи кровообігу, травлення, інфекційних захворювань, зовнішніх причин (особливо в наслідок ДТП). 5. Смертність у сільській місцевості
2	СОТЖ	–	2. СОТЖ (особливо чоловіків)
4	Захворюваність	1. Хвороби органів травлення, кістково-м'язевої системи, онкологічні захворювання, цукровий діабет 2. Захворюваність дітей віком 0–17 років неінфекційними хворобами	1. Хвороби кровоносної системи, органів дихання, інфекційні захворювання
5	Самооцінка стану здоров'я населенням	–	1. Загальне оцінювання 2. Труднощі або обмеження у повсякденному житті через хронічне захворювання, інвалідність, фізичні вади тощо
6	Інвалідність	–	1. Первинна інвалідність
II. Індикатори соціально-економічних детермінант здоров'я населення			
7	Соціальний градієнт	–	1. Нерівність у соціально-економічному статусі 2. Нерівність у доходах
8	Дохід	–	1. Мінімальна та середня заробітна плата 2. Грошові доходи домогосподарств
9.	Зайнятість	1. Безробіття	–
10.	Освіта	1. Загальна грамотність Населення 2. Частка осіб із вищою освітою	1. Санітарна грамотність
11	Соціальний капітал	1. Спілкування із близькими людьми, друзями, колегами тощо	1. Довіра населення до представників державної влади різних рівнів, друзів та знайомих

Закінчення табл. Ф.2

1	2	3	4
12	Довкілля	1. Забезпеченість житлових приміщень природним газом	1. Смертність, пов'язана з НС. 2. Забезпеченість житлових приміщень якісною питною водою та каналізацією 3. Перенаселеність житлових приміщень. 4. Забруднення атмосферного повітря
13	Якість медичних товарів та послуг	1. Частка витрат на систему охорони здоров'я у Державному бюджеті 2. Частка лікарів, які працюють у стаціонарі. 3. Кваліфікація медперсоналу 4. Забезпеченість лікарями-терапевтами 5. Забезпеченість лікарняними ліжками (кількісно)	1. Управління сферою охорони здоров'я 2. Державні витрати на охорону здоров'я на душу населення. 3. Розподіл фінансування 4. Оплата праці медперсоналу 5. Медичне страхування 6. Електронна база даних про хворих, лікарів та інших медпрацівників 7. Забезпеченість лікарями загальної практики 8. Інфраструктура 9. Технічне оснащення 10. Доступність ліків
14	Харчування	1. Енергія, яка отримується з білків 2. Ожиріння серед чоловіків	1. Споживання їжі із насиченими жирами та трансжирами 2. Ожиріння серед жінок 3. Доступність фруктів 4. Доступність м'яса та м'ясних виробів
15	Індивідуальна відповідальність за власне здоров'я	1. Рухова активність	1. Тютюнопаління та смертність із цим пов'язана. 2. Вживання міцних спиртних напоїв. Смертність від отруень алкоголем 3. Відповідальність учасників дорожнього руху
16	Суспільно-політичні детермінанти	–	1. Військовий конфлікт 2. Корупція, у т. ч. у сфері охорони здоров'я 3. Злочинність

Джерело: власна розробка автора

Додаток X

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Монографії, розділи у колективних монографіях

5. Шушпанов Д. Г. Соціально-економічні детермінанти здоров'я населення: монографія. Тернопіль, 2017. 878 с. (28,8 друк. арк.).

6. Сталий розвиток аграрно-індустріального регіону: передумови, загрози і перспективи досягнення: монографія / за наук. ред. Крисоватого А. І.; Десятнюк О. М. Тернопіль, 2016. 440 с. (25,5 друк. арк., з яких здобувачу належить 0,8 друк. арк. Розділ «Здоров'я населення регіону: тенденції та ризики». С. 311–330).

7. Сучасні тенденції розвитку економічних систем: монографія / за заг. ред. В. І. Гринчуцького. Тернопіль, 2015. 418 с. (24,3 друк. арк., з яких здобувачу належить 0,8 друк. арк. Розділ «Дослідження доходів крізь призму здоров'я населення». С. 67–85).

8. Інноваційний маркетинг підприємств: кол. монографія /ред. М. Я. Матвійв. Тернопіль, 2014. 432 с. (25,1 друк. арк., з яких здобувачу належить 0,7 друк. арк. Розділ «Соціальний маркетинг як ефективний інструмент регулювання здоров'я населення» С. 401–416. – 0,7 друк. арк.).

Статті в наукових фахових виданнях

1. Шушпанов Д. Г. Детермінанти здоров'я населення України: екологічний вимір. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України*. 2017. Вип. 22. С. 132–142 (0,8 друк. арк.).

2. Шушпанов Д. Г. Соціально-економічні детермінанти соціально небезпечних хвороб в Україні. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України*. 2016. Вип. 21. С. 137–145 (0,8 друк. арк.).

3. Шушпанов Д. Г. Соціально-економічні детермінанти здоров'я населення: концептуальні основи дослідження. *Науковий вісник Полтавського університету економіки і торгівлі*. 2015. № 3 (71). С. 28–37. (1,4 друк. арк.).

4. Шушпанов Д. Г. Здоров'я населення Тернопільської області: детермінанти та чинники ризику. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України*. 2014. Вип. 19. С. 141–151 (1,1 друк. арк.).
5. Шушпанов Д. Г. Трагування здоров'я населення: соціально-економічний контекст. *Українська наука: минуле, сучасне, майбутнє*. 2014. № 19 (1). С. 189–197. (0,9 друк. арк.).
6. Шушпанов Д. Г. Соціально-економічні детермінанти здоров'я населення через призму соціального маркетингу. *Соціально-трудова відносина: теорія і практика*. 2014. № 2(8). С. 325–332 (0,8 друк. арк.).
7. Шушпанов Д. Г. Гендерна складова соціально-економічних детермінант здоров'я населення. *Науковий вісник Полтавського університету економіки і торгівлі. Серія «Економічні науки»*. 2013. № 2 (58). С. 130–135 (0,4 друк. арк.).
8. Шушпанов Д. Г. Суспільне здоров'я як чинник реалізації людського потенціалу України. *Вісник Хмельницького національного економічного університету*. 2013. № 5. Т. 1. С. 25–30 (0,6 друк. арк.).
9. Шушпанов Д. Г. Здоров'я населення регіону в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України*. 2013. Вип. 18. С. 146–155 (0,7 друк. арк.).
10. Шушпанов Д. Г. Інвестування в здоров'я: сучасні пріоритети для України. *Формування ринкової економіки*. 2012. Т. 2. – С. 653–661 (0,6 друк. арк.).
11. Шушпанов Д. Г. Значення соціального середовища для здоров'я населення. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України*. 2012. Вип. 17. С. 92–97 (0,5 друк. арк.).
12. Шушпанов Д. Г., Кузів О. Є. Здоров'я населення регіону: соціально-демографічний аспект. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України*. 2011. Вип. 16. С. 108–115 (0,5 друк. арк., з яких здобувачу належить 0,4 друк. арк. Визначено причини нерівності у здоров'ї соціальних і демографічних груп населення регіону).

13. Шушпанов Д. Г. Здоров'я населення як складова компонента розвитку трудового потенціалу. *Вісник Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. 2011. Вип. 17. С. 202–206 (0,3 друк. арк.).

14. Шушпанов Д. Г. Народжуваність та чинники формування репродуктивних установок населення України. *Вісник соціально-економічних досліджень*. 2008. Вип. 32. С. 430–436 (0,4 друк. арк.).

15. Шушпанов Д. Г. Людський розвиток: підходи до визначення та аналізу. *Регіональні аспекти розвитку і розміщення продуктивних сил України*. 2006. Вип. 11. С. 105–110 (0,5 друк. арк.).

16. Шушпанов Д. Г., Слівінська Н. М. Пенсіонери в системі соціально-демографічної стратифікації. *Управління розвитком*, 2006. № 1. С. 107–110 (0,3 друк. арк., з яких здобувачу належить 0,2 друк. арк. Досліджено причини соціально-демографічної стратифікації та її наслідки для осіб старшого віку).

17. Шушпанов Д. Г., Слівінська Н. М. Диференціація добробуту населення України. *Социально-экономические аспекты промышленной политики*. (Управление человеческими ресурсами: государство, регион, предприятие). 2006. Т. 1. С. 216–222. (0,4 друк. арк., з яких здобувачу належить 0,2 друк. арк. Виокремлені критерії та показники диференціації добробуту населення).

18. Шушпанов Д. Г. Смертність населення через призму соціальної стратифікації. *Формування ринкової економіки*. Т. 1. 2006. С. 332–338. (0,3 друк. арк.).

19. Шушпанов Д. Г. Суть та причини економічної стратифікації: світовий досвід. *Регіональні аспекти розвитку і розміщення продуктивних сил України*. 2005. Вип. 10. С. 104–110 (0,4 друк. арк.).

20. Шушпанов Д. Г. Соціальна стратифікація українського суспільства. *Регіональні аспекти розвитку і розміщення продуктивних сил України*. 2004. Вип. 9. С. 91–94 (0,3 друк. арк.).

21. Шушпанов Д. Г. Управління людськими ресурсами: демографічний аспект. *Проблеми формування ринкової економіки*. 2001. С. 144–151 (0,4 друк. арк.).

у тому числі внесених до міжнародних наукометричних баз:

35. Шушпанов Д. Г. Навколишнє середовище та нерівність у здоров'ї населення України: соціально-економічний та демографічний розріз. *Сталий розвиток економіки*. 2017. № 7. С. 97–106. (Index Copernicus). (0,90 друк. арк.).

36. Шушпанов Д. Г. Моделювання впливу соціально-економічних детермінант на стан здоров'я населення України. *Вісник Кременчуцького національного університету імені Михайло Остроградського*. 2017. Випуск 4 (101). Частина 1. С. 142–147 (*Ulrich's Web Global Serials Directory, eLIBRARY, Index Copernicus та ін.*). (0,6 друк. арк.).

37. Шушпанов Д. Г., Саріогло В. Г. Оцінювання впливу соціально-економічних детермінант на стан здоров'я населення на засадах мікроімітаційного моделювання. *Економічний аналіз*. 2017. Том 27. № 2. С. 79–90. (*Index Copernicus, Scientific Indexing Services, Google Scholar та ін.*). (1,05 друк. арк., з яких здобувачу належить 0,8 друк. арк. Адаптовано прийоми мікроімітаційного моделювання для оцінювання впливу соціально-економічних детермінант на стан здоров'я населення та на цій основі побудовано низку моделей).

38. Шушпанов Д. Г. Демографічні та соціально-економічні індикатори здоров'я населення: ідентифікація та використання для політики в Україні. *Український журнал прикладної економіки*. 2017. Том 2. Випуск 1. С. 153–165. (*Index Copernicus, WorldCat, Google Scholar*). (1,0 друк. арк.).

39. Шушпанов Д. Г. Детермінанти здоров'я населення кризь призму теорії життєвого курсу. *Український журнал прикладної економіки*. 2016. Том 1. № 4. С. 166–176. (*Index Copernicus, WorldCat, Google Scholar*). (1,1 друк. арк.).

40. Шушпанов Д. Г. Соціально-економічні особливості споживання продуктів харчування та їх вплив на стан здоров'я населення України. *Актуальні проблеми економіки*. 2016. №7 (181). С. 344–356. (*Scopus, EBSCOhost, EconLit та ін.*). (1,4 друк. арк.).

41. Шушпанов Д. Г. Причини та детермінанти надсмертності в Україні: порівняльний соціально-демографічний аналіз з країнами Європейського союзу.

Економічний аналіз. 2016. Том 23. № 1. С. 111–122. (*Index Copernicus, Scientific Indexing Services, Google Scholar та ін.*). (1,7 друк. арк.).

42. Шушпанов Д. Г. Нерівність у стані здоров'я населення України: гендерні особливості. *Вісник Кременчуцького національного університету імені Михайла Остроградського*. 2016. Випуск 3 (98). Частина 1. С. 76–85. (*Ulrich's Web Global Serials Directory, eLIBRARY, Index Copernicus та ін.*). (1,8 друк. арк.).

43. Шушпанов Д. Г. Регіональний профіль здоров'я населення України: стан, тенденції, детермінанти. *Соціально-економічні проблеми сучасного періоду України*. 2015. Вип. 5 (115). С. 77–82. (*Index Copernicus*). (1,1 друк. арк.).

44. Шушпанов Д. Г. Освіта як соціально-економічна детермінанта здоров'я населення. *Вісник приазовського державного технічного університету*. 2015. № 30. С. 228-235. (*Index Copernicus Scientific Indexing Services, Cosmos Impact Factor*). (1,1 друк. арк.).

45. Шушпанов Д. Г. Детермінанти здоров'я населення: суть та особливості систематизації. *Демографія та соціальна економіка*. 2015. № 2 (24). С. 141–152. (*Ulrich's Periodicals Directory; Index Copernicus та ін.*). (1,5 друк. арк.).

46. Шушпанов Д. Г. Теоретичні підходи до оцінки впливу доходу на здоров'я населення. *Економічний аналіз*. 2015. Том. 19. № 2. С. 171–178. (*Index Copernicus, Scientific Indexing Services, Google Scholar та ін.*). (1,1 друк. арк.).

47. Шушпанов Д. Г. Синкретичність трактування здоров'я в контексті його соціально-економічного пізнання. *Економічний аналіз*. 2014. Том. 15. № 4. С. 147–157. (*Index Copernicus, Scientific Indexing Services, Google Scholar та ін.*). (0,9 друк. арк.).

Статті в зарубіжних наукових виданнях

3. Шушпанов Д. Г. Доход как фундаментальная детерминанта здоровья населения Украины. *Human health as a problem of medical sciences and humanities*. 2015. С. 15–21. (0,4 друк. арк.).

4. Шушпанов Д. Г. Соціально-економічний градієнт здоров'я населення України. *Scientific letters of international academic society of Michal Baludansky*. 2015. № 4. Р. 111–117. (1,0 друк. арк.).

Опубліковані праці в інших виданнях

19. Шушпанов Д. Г. Оцінювання соціально-економічної нерівності у здоров'ї населення методом мікроімітаційного моделювання. *Механізми, стратегії, моделі та технології управління економічними системами за умов інтеграційних процесів: теорія, методологія, практика*: Матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції. Хмельницький. 2017. С. 107–109. (0,1 друк. арк.).

20. Шушпанов Д. Г., Шушпанова Н. В. Особиста відповідальність населення за стан власного здоров'я: соціально-економічні та демографічні особливості. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. № 3 (44). С. 298–302. (Google Scholar). (0,45 друк. арк., з яких здобувачу належить 0,3 друк. арк. За результатами авторського соціологічного опитування визначено відповідальності населення за стан свого здоров'я).

21. Шушпанов Д. Г. Нерівність у стані здоров'я та зайнятості населення: вектори взаємозв'язків. *Імперативи та інноваційні механізми забезпечення гідної праці в умовах становлення нової економіки*: зб. тез доповідей учасників Міжнар. наук.-практ. конф. Київ. 2017. С. 108-111. (0,2 друк. арк.).

22. Шушпанов Д. Г. Життєвий шлях, соціально-економічні детермінанти та здоров'я населення. *Здоров'я людини: теоретичні, практичні та методичні аспекти*. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. Полтава. 2016. С. 170–172. (0,25 друк. арк.).

23. Шушпанов Д. Г. Навколишнє середовище як детермінанта здоров'я населення України. *Збірник матеріалів науково-практичної конференції «Довкілля і здоров'я», присвяченої 30-річчю Чорнобильської катастрофи*. Тернопіль. 2016. С. 28–29. (0,2 друк. арк.).

24. Шушпанов Д. Г. Нерівність у здоров'ї населення як демографічна та соціально-економічна проблема в Україні. *Стратегія економічного розвитку*

України: теоретичні засади та механізми реалізації: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції. Ніжин. 2016. Ч. 3. С. 243–245 (0,2 друк. арк.).

25. Шушпанов Д. Г. Социальная поддержка как составляющая часть социального капитала и её влияние на здоровье населения. *Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности*: материалы III Международной научно-практической конференции. Улан-Удэ. 2015. С. 379–380. (0,2 друк. арк.).

26. Шушпанов Д. Г. Доцільність запровадження обов'язкового соціального медичного страхування в Україні. *Фінансово-банківські та адміністративні послуги: проблеми управління та перспективи розвитку*: збірник тез доповідей Міжнародної науково-практичної конференції. Тернопіль. 2015. С. 156–159. (0,4 друк. арк.).

27. Шушпанов Д. Г. Покращення детермінант здоров'я як пріоритетний напрямок збереження здоров'я населення України. *Пріоритетні питання діяльності закладів охорони здоров'я та сучасні підходи до їх вирішення*: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю. Київ. 2015. С. 60–62. (0,25 друк. арк.).

28. Шушпанов Д. Г. Збереження здоров'я населення через призму сталого розвитку. *Перспективні напрямки наукових досліджень*: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції. Братіслава. 2015. Т. 1. С. 130–132. (0,15 друк. арк.).

29. Шушпанов Д. Г. Детермінанти здоров'я населення як інноваційний напрямок політики збереження здоров'я населення України. *Трансформаційні процеси економічної системи в умовах сучасних викликів*: збірник тез доповідей II Міжнародної науково-практичної конференції. Тернопіль. 2015. С. 150–151. (0,1 друк. арк.).

30. Шушпанов Д. Г. Общественное здоровье в Украине: приоритеты развития в контексте европейской интеграции Украина. *България – Европейски Съюз: Съвременно състояние и перспективи*: сборник с доклади от международна научна конференция. Варна. 2013. С. 244–250. (0,3 друк. арк.).

31. Шушпанов Д. Г. Моделі організації охорони здоров'я в світі: пріоритети

для України. *Таврійський економічний журнал*. 2012. № 7. С. 146–149. (0,3 друк. арк.).

32. Качан Є., Дяків О., Файфура В., Шушпанов Д. Розвиток трудового потенціалу Тернопілля в умовах подолання демографічної та економічної кризи. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України*. 2012. Вип. 17. С. 108–115. (0,5 друк. арк., особисто автору – 0,1 друк. арк. Здійснено оцінювання потенціалу здоров'я населення Тернопілля як основи розвитку його трудового потенціалу).

33. Шушпанов Д. Г. Смертність населення та її вплив на трудовий потенціал України. *Соціально-економічні та демографічні проблеми збереження і розвитку трудового потенціалу регіонів*: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. Тернопіль. 2009. С. 117–118 (0,1 друк. арк.).

34. Шушпанов Д. Г. Проблеми економічного зростання і соціального добробуту в сучасному світі. *Економіка євразійського та африканського континентів і Україна*: збірник тез доповідей Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених. Тернопіль. 2007. С. 133–136. (0,1 друк. арк.).

35. Шушпанов Д. Г. Україна в контексті глобалізаційних тенденцій здоров'я населення. *Економічний і соціальний розвиток України в XXI столітті: національна ідентичність та тенденції глобалізації*: збірник матеріалів IV Міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених. Ч. 1. Тернопіль. 2007. – С. 378–380. (0,1 друк. арк.).

36. Шушпанов Д. Г. Про тенденції соціальної стратифікації суспільства в Україні. *Економічний і соціальний розвиток України в XXI столітті: національна ідентичність та тенденції глобалізації*: збірник матеріалів II Міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених. Ч. 1. Тернопіль, 2005. С. 330–332. (0,1 друк. арк.).

Додаток Ц

Відомості про апробацію результатів дисертації

1. Управління людськими ресурсами: проблеми теорії та практики (м. Київ, 2001 р.);
2. Регіональні проблеми зайнятості і ринку праці (м. Тернопіль, 2004 р.);
3. Економічний і соціальний розвиток України в ХХІ столітті: національна ідентичність та тенденції глобалізації (м. Тернопіль, 2005 р.);
4. Економічний і соціальний розвиток України в ХХІ столітті: національна ідентичність та тенденції глобалізації (м. Тернопіль, 2007 р.);
5. Економіка євразійського та африканського континентів і Україна (м. Тернопіль, 2007 р.);
6. Соціально-економічні та демографічні проблеми збереження і розвитку трудового потенціалу регіонів (м. Тернопіль, 2009 р.);
7. Формування та розвиток трудового потенціалу України: проблеми і перспективи (м. Євпаторія, 2011 р.);
8. Праця в ХХІ столітті: новітні тенденції, соціальний вимір, інноваційний розвиток (м. Київ, 2012 р.);
9. Охорона здоров'я: державна політика та розвиток ринку медичних та фармацевтичних послуг (м. Сімферополь, 2012 р.);
10. Оцінювання ефективності соціальної політики: методологія та практика (м. Київ, 2012 р.);
11. Україна – Бґларія – Європейски Сґюз: Сґвременно сґстояние и перспективи (м. Варна, Болгарія, 2013 р.);
12. Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути решения (м. Санкт-Петербург, Росія, 2013 р., 2015 р.);
13. Управління персоналом у ХХІ столітті: розвиток, формування конкурентоспроможності, оплата праці (м. Натанія, Ізраїль, 2014 р.);

- 14.Формування ефективних механізмів підвищення конкурентного потенціалу економічних систем за умов розвитку інтеграційних процесів (м. Яремча, 2014 р.);
- 15.Соціально-трудова сфера: сучасні виклики, новітні тенденції, доміанти інноваційного розвитку (м. Київ, 2014 р.);
- 16.Нові виклики бідності в Україні (м. Київ, 2014 р.);
- 17.Здоров'я людини як проблема медичних та гуманітарних наук (м. Прага, Чехія, 2015 р.);
- 18.Управління персоналом у ХХІ столітті: розвиток, формування конкурентоспроможності, оплата праці (м. Стамбул, Туреччина, 2015 р.);
- 19.Економіка сталого розвитку: теоретичні підходи та практичні рекомендації (м. Кошице, Словаччина, 2015 р.);
- 20.Організація та управління охороною здоров'я (м. Київ, 2015);
- 21.Пріоритетні питання діяльності закладів охорони здоров'я та сучасні підходи до їх вирішення (м. Київ, 2015 р.);
- 22.Перспективні напрями наукових досліджень (м. Братислава, Словаччина, 2015 р.);
- 23.Трансформаційні процеси економічної системи в умовах сучасних викликів (м. Тернопіль, 2015 р.);
- 24.Фінансово-банківські та адміністративні послуги: проблеми управління та перспективи розвитку (м. Тернопіль, 2015 р.)
- 25.Територіальні соціально-демографічні особливості України (м. Київ, 2015 р.);
- 26.Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности (м. Улан-Уде, Росія, 2015 р.);
- 27.Стратегія економічного розвитку України: теоретичні засади та механізми реалізації (м. Ніжин, 2016 р.);
- 28.Довкілля і здоров'я (м. Тернопіль, 2016 р.);
- 29.Соціально-трудові відносини: наслідки трансформаційних реформ і стратегії розвитку (м. Дубровник, Хорватія 2016);

30.Здоров'я людини: теоретичні, практичні та методичні аспекти (м. Полтава, 2016 р.);

31.Актуальні соціально-економічні проблеми держави і регіонів: антикризова стратегія і сталий розвиток (м. Вінниця, 2016 р.);

32.Імперативи та інноваційні механізми забезпечення гідної праці в умовах становлення нової економіки (м. Київ, 2017 р.);

33.Актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні (м. Ужгород, 2017 р.);

34.Механізми, стратегії, моделі та технології управління економічними системами за умов інтеграційних процесів: теорія, методологія, практика (м. Хмельницький, 2017 р.);

35.Еволюція тривалості життя (м. Київ, 2017 р.);

36.Ukraina i jej aspiracje do członkostwa w Unii Europejskiej (м. Варшава, Польща, 2017).



НАРОДНИЙ ДЕПУТАТ УКРАЇНИ ГОЛОВКО МИХАЙЛО ЙОСИФОВИЧ

01008, м. Київ, вул. Грушевського,5, тел.(044) 255-43-59, e-mail: Holovko.Mikhailo@rada.gov.ua

Голові Спеціалізованої вченої
ради Д 26.247.01 Інституту
демографії та соціальних
досліджень ім. М. В. Птухи
НАН України
д.е.н., академіку НАН України
Лібановій Е.М.

Довідка про впровадження
результатів дисертаційної роботи на здобуття наукового ступеня доктора
економічних наук к.е.н., доцента Тернопільського національного економічного
університету Шушпанова Дмитра Георгійовича

Засвідчуємо, що результати дисертації Шушпанова Д. Г. пов'язані із розробкою напрямків державної політики у сфері охорони здоров'я на засадах оцінювання соціально-економічних детермінант здоров'я населення використано Комітетом з питань податкової та митної політики Верховної Ради України при здійсненні законопроектної діяльності, зокрема для законодавчого регулювання ринку спирту, алкоголю і тютюну під час підготовки:


1. Проекту Закону України про внесення змін до деяких законів України щодо охорони здоров'я населення від шкідливого впливу тютюну (№2820 від 13.05.2015), а саме у:

- обґрунтуванні специфіки реалізації тютюнових виробів з урахуванням їх шкоди для здоров'я різних груп населення (статті 13 та 20 Проекту).

2. Проекту Закону України про внесення змін до деяких Законів України (щодо захисту молоді від алкогольної та тютюнової залежності) (№ 2155а-1 від 09.07.2015), а саме у:

- визначенні економічних заходів щодо зменшення ризику тютюнопаління та споживання алкоголю для молоді.

**Народний депутат України,
член комітету Верховної Ради
України з питань податкової
та митної політики**


М.Й. ГОЛОВКО



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
(МОЗ України)

вул. М. Грушевського, 7, м. Київ, 01601, тел. (044) 253-61-94, E-mail: moz@moz.gov.ua,
web: <http://www.moz.gov.ua>, код ЄДРПОУ 00012925

11.10.2007 № 051-12/26940

На № _____ від _____

**Інститут
демографії та соціальних
досліджень ім. М. В. Птухи
НАН України**

**Голові Спеціалізованої вченої
ради Д 26.247.01**

Лібановій Е.М.

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
к.е.н., доцента Шушпанова Дмитра Георгійовича

Повідомляємо, що підготовлені Шушпановим Д. Г. матеріали дисертації на здобуття наукового ступеня доктора економічних наук в частині розробки та апробації методики оцінювання соціально-економічних детермінант здоров'я населення можуть бути використані Міністерством охорони здоров'я України при подальшій розробці організаційних засад формування системи громадського здоров'я.

**В.о. начальника
Управління громадського здоров'я**

І. Руденко



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕПАРТАМЕНТ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Проспект Перемоги, 10, м. Київ, 01135, тел. (044) 481-47-73, факс (044) 481-32-63, 221@mon.gov.ua

Від 2208-17 № 4.3-17-2217-17

На № _____ від _____

Голові Спеціалізованої вченої
ради Д 26.247.01 Інституту
демографії та соціальних
досліджень ім. М. В. Птухи
НАН України
д.е.н., академіку НАН України
Лібановій Е.М.

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
к.е.н., доцента Шушпанова Дмитра Георгійовича

Доводимо до Вашого відома інформацію про те, що подані Д. Г. Шушпановим матеріали дисертації на здобуття наукового ступеня доктора економічних наук, в частині дослідження впливу рівня освіти на стан здоров'я населення України використано Міністерством освіти та науки України під час підготовки та реалізації програмних документів, які спрямовані на підвищення санітарної грамотності серед учнів та студентів, посилення їх відповідальності за власне здоров'я, розвиток фізичного виховання молоді тощо. Зокрема пропозиції автора враховані при розробці проектів Закону України «Про освіту» (статті 42, 63 та ін.), реалізації Національної стратегії з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація».

Директор департаменту




О. І. Шаров

А.В. Рибалко
481-32-36



УКРАЇНА

ТЕРНОПІЛЬСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

46021, м. Тернопіль, вул. М.Грушевського, 8, тел. 52-10-71, тел./факс 52-25-83, E-mail: uozodater@gmail.com, код ЄДРПОУ 02013171

15.06.2014 № 2075/3-02

На № _____

Спеціалізованій вченій
раді Д 26.247.01 Інституту
демографії та соціальних
досліджень ім. М. В. Птухи
НАН України

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Шушпанова Дмитра Георгійовича

Результати наукового дослідження, отримані кандидатом економічних наук, доцентом Д. Г. Шушпановим за підсумками написання дисертаційної роботи на здобуття наукового ступеня доктора економічних наук, які присвячені актуальним проблемам соціально-економічної детермінованості здоров'я населення, є такими, що використані Управлінням охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації при підготовці програмних документів з питань збереження та зміцнення здоров'я населення.

Серед іншого, практичного застосування набули рекомендації автора, які відповідають спрямованості та завданням НДР «Еколого-ресурсні, соціально-економічні та демографічні основи сталого розвитку регіону» (номер державної реєстрації 0110U001135), у межах якої автором здійснено оцінювання соціально-економічних детермінант здоров'я населення Тернопільської області та розроблено стратегічні орієнтири соціально-демографічного розвитку регіону, що знайшло відображення у забезпеченні реалізації на території Тернопільської області державної політики у сфері охорони здоров'я та здійсненні заходів, спрямованих на покращення здоров'я населення регіону.

Начальник управління
охорони здоров'я облдержадміністрації



В.Г.БОГАЙЧУК



УПРАВЛІННЯ СТРАТЕГІЧНОГО РОЗВИТКУ МІСТА

Україна, 46001 м. Тернопіль, вул. Листопадова, 5
тел. +380352253780 тел./факс: +380352525980
код ЄДРПОУ 37710766
ел. адреса: usrm.mr@gmail.com

CITY STRATEGIC DEVELOPMENT DEPARTMENT

5, Lystopadova St., Ternopil, 46001, Ukraine
tel.+380352253780 tel./fax: +380352525980
Code 37710766
e-mail: usrm.mr@gmail.com

Від « 26 » 06 201 7 р.
№ 263.1/2

Спеціалізованій вченій
раді Д 26.247.01 Інституту
демографії та соціальних
досліджень ім. М. В. Птухи
НАН України

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Шушпанова Дмитра Георгійовича

Управлінням стратегічного розвитку міста Тернопільської міської ради розглянуті та взяті до використання пропозиції кандидата економічних наук, доцента, докторанта кафедри управління персоналом і регіональної економіки Тернопільського національного економічного університету Д. Г. Шушпанова, розроблені у рамках виконання дисертації на здобуття наукового ступеня доктора економічних наук, які стосуються покращення стану здоров'я населення на основі регулювання його соціально-економічних детермінант.

В процесі корегування оперативних цілей та розробки інструментів реалізації Плану стратегічного розвитку м. Тернополя до 2025 року в частині покращення стану здоров'я населення та досягнення європейського рівня надання медичної допомоги, управлінням використані рекомендації здобувача щодо:

методики оцінки впливу соціально-економічних детермінант на стан здоров'я та нерівність у здоров'ї між різними соціальними та демографічними групами населення;

забезпечення інформаційної та роз'яснювальної діяльності задля здорового способу життя та необхідності активної участі кожного громадянина в забезпеченні зростання рівня здоров'я.

Начальник управління



Ю. П. Дейнека



Міністерство соціальної політики України
Державна служба зайнятості
(Центральний апарат)

Тернопільський обласний центр зайнятості

вул. Текстильна, 1, „б” м. Тернопіль, 46010;
тел /факс.: (0352) 23-49-77, (0352) 23-51-95, (0352) 52-42-33
E-mail: ocz_tr@dcz.gov.ua Код ЄДРПОУ 05392691

№ 028.08/2069/0/14.08.18 На № _____ від 06.06.2018

Спеціалізованій вченій
раді Д 26.247.01 Інституту
демографії та соціальних
досліджень ім. М. В. Птухи
НАН України

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційної роботи
Шушпанова Дмитра Георгійовича

Зайнятість підвищує соціальний статус і самооцінку людини, сприяє розширенню соціальних контактів, надає можливість участі в суспільному житті та інші можливості, які сприяють підвищенню здоров'я і добробуту. Безробіття, навпаки, завдає шкоди як фізичному, так і психічному здоров'ю, збільшує ризик розвитку нездорових звичок тощо. Оцінювання масштабів взаємовпливу зайнятості та здоров'я населення має важливе значення для вирішення одного з основних завдань політики зайнятості – соціальний захист безробітних, підтримка їх фізичного та психологічного стану.

Власне у цьому контексті здійснено наукове дослідження Д. Г. Шушпанова, в якому зайнятість представлена як одна з соціально-економічних детермінант здоров'я населення. Результати даного дослідження використовуються Тернопільським обласним центром зайнятості в процесі вирішення питань реалізації регіональної політики у сфері зайнятості населення, підвищення соціального захисту безробітних Тернопільської області (підготовка інформаційно-консультаційних заходів щодо підтримки здоров'я безробітних, особливо для тих, які мають статус внутрішньо переміщених осіб).

Директор
Тернопільського обласного
центру зайнятості



В. Я. Олещук



ВАСИЛЬКОВЕЦЬКА СІЛЬСЬКА РАДА
Гусятинський район Тернопільська область
48257, Тернопільська обл., Гусятинський р-н, с. Васильківці
Тел: 03557 63132 E-Mail: haydasch@ukr.net

№ 356/4

«26» 05 2017 р.

Голові Спеціалізованої вченої
ради Д 26.247.01 Інституту
демографії та соціальних
досліджень ім. М. В. Птухи
НАН України
д.е.н., академіку НАН України
Лібановій Е.М.

Довідка про впровадження

результатів дисертаційного дослідження докторанта Тернопільського
національного економічного університету Шушпанова Дмитра Георгійовича

Керуючись Законом України «Про добровільне об'єднання територіальних громад» від 05.02.2015 № 157-VIII 4 вересня 2015 року у Тернопільській області була утворена Васильковецька об'єднана територіальна громада. Формування і розвиток, забезпечення фінансової спроможності новоствореної громади, потребує інноваційних підходів та рішень щодо її соціально-економічного розвитку, які мають мати наукове підґрунття. Зокрема це стосується системи охорони здоров'я, яка до цього часу знаходилась на неналежному рівні у сільських радах і що яскраво ілюструють показники стану здоров'я населення.

Результати докторської дисертації Шушпанова Д.Г., пов'язані з оцінюванням демографічного потенціалу громади, розвитку соціальної інфраструктури та детермінуючих чинників, які визначають стан здоров'я населення були використані під час розробки Стратегії розвитку Васильковецької сільської об'єднаної територіальної громади на 2016-2020 роки. У Стратегії також знайшли своє відображення запропоновані Шушпановим Д.Г. заходи щодо оптимізації надання медичних послуг, проведення заходів із санітарної грамотності населення Громади.



Сільський голова

А. В. Гайдаш

ТОВ «МИКУЛИНЕЦЬКИЙ БРОВАР»
вул. Набережна, 33,
смт. Микулинці,
48120, Україна
тел./факс (03551) 218 81, 514 42
E-mail : vatbrovar@ukr.net



LLC "MYKULYNETSKIY BROVAR"
33, Naberezhna Str.,
t. Mykulyntsi,
48120, Ukraine
tel./fax (03551) 218 81, 514 42
E-mail : vatbrovar@ukr.net

п/р 260030001771 в Укресімбанк м.Тернопіль, МФО 338879, ЄДРПОУ 00382912

Вих № 423/22
« 24 » 05 2017р.

У Спеціалізовану вчену
раду Д 26.247.01 Інституту
демографії та соціальних
досліджень ім. М. В. Птухи
НАН України

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертації к.е.н.,
доцента Шушпанова Дмитра Георгійовича

Дослідження провідних міжнародних компаній показують, що управління здоров'ям персоналу є одним з найважливіших завдань управління людськими ресурсами та необхідним інструментом успішної кадрової політики. Ефективність роботи персоналу залежить не тільки від правильно побудованої системи мотивації, але і від фізичних можливостей працівника, зокрема, рівня його здоров'я.

Результати дисертації Шушпанова Д. Г. на здобуття наукового ступеня доктора економічних наук, які пов'язані з оцінюванням впливу зайнятості та умов праці на стан здоров'я працівників знайшли своє відображення у Стратегії управління персоналом ТОВ «Микулинецький Бровар» до 2019 р. Необхідно зазначити, що на практиці використані пропозиції автора, які відповідають спрямованості та завданням НДР «Аналітичне забезпечення стратегії управління персоналом підприємства» (номер державної реєстрації 0114U005049), де автором запропоновані напрямки зниження ризиків для здоров'я персоналу, розроблено проект запровадження стандарту OHSAS 180012007 в систему управління охороною праці та визначено напрямки профілактичної роботи щодо збереження здоров'я персоналу Товариства.

Директор
ТОВ «Микулинецький Бровар»



С.М. Троян



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

**ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**

вул. Львівська, 11, м. Тернопіль, 46020; тел./факс +380 (352) 475051;
www.tneu.edu.ua; rektor@tneu.edu.ua; код ЄДРПОУ 33680120

№ 126-34/1259

« 27 » 06 2017 р.

На № _____

Голові Спеціалізованої вченої
ради Д 26.247.01 Інституту
демографії та соціальних
досліджень ім. М. В. Птухи
НАН України
д.е.н., академіку НАН України
Лібановій Е.М.

Довідка про впровадження
результатів дисертаційного дослідження Шушпанова Дмитра Георгійовича
в навчальний процес

Засвідчую, що наукові результати кандидата економічних наук, доцента, докторанта Д. Г. Шушпанова, які викладені у дисертаційній роботі на здобуття доктора економічних та які стосуються теоретико-методологічних й практичних проблем соціально-економічної детермінованості здоров'я населення впроваджено у навчальний процес Тернопільського національного економічного університету.

Безпосереднє використання результатів дисертації полягає у їх включенні до навчального процесу при викладанні таких навчальних дисциплін: «Демографія», «Економіка праці та соціально-трудова відносина», «Управління трудовим потенціалом», «Управління соціальним розвитком», «Соціальна відповідальність», «Державне управління», «Муніципальне управління», «Менеджмент закладів охорони здоров'я», «Управління медичним бізнесом» та «Управління якістю медичної допомоги», що відображено у робочих програмах та методичних вказівках із зазначених дисциплін. Основні теоретико-методологічні, методичні та прикладні результати і положення дисертаційного дослідження застосовуються при курсовому

та дипломному проектуванні для студентів, що здобувають освітні ступені «бакалавр» та «магістр» з економічних та управлінських спеціальностей.

Основні результати дисертаційного дослідження доведені до студентів через видання, які використовуються у навчальному процесі та знаходяться у бібліотеці Тернопільського національного економічного університету, зокрема *навчальний підручник*:

– Регіональна економіка: підручник / за ред. Є. П. Качана. – К. : Знання, 2011. – 670 с. (Рекомендовано Міністерством освіти і науки України як навчальний підручник для вищих навчальних закладів (лист №14/18-Г-1932 від 21.07.2011 р.));

та *навчальні посібники*:

– Качан Є. П. Управління трудовими ресурсами: навч. посіб. /Є. П. Качан, Д. Г. Шушпанов. – К.: Юридична книга, 2003. – 258 с. (Рекомендовано Міністерством освіти і науки України як навчальний посібник для вищих навчальних закладів (лист №14/18.2-1754 від 03.12.2001));

– Демографія: навч. посіб. / уклад. Г. П. Баб'як, Д. Г. Шушпанов; відп. за вип. Є. П. Качан. – Тернопіль: ТНЕУ, 2015. – 169 с.

Загалом, висновки, пропозиції та рекомендації, які сформовані Шушпановим Д. Г. за результатами дисертаційного дослідження та впроваджені у діяльність Тернопільського національного економічного університету, сприяли підвищенню рівня освітньо-професійної підготовки студентів, дали змогу наблизити якість вітчизняної освіти до європейських стандартів.

Ректор Тернопільського
національного економічного
університету, д.е.н., професор



[Handwritten signature]
А. І. Крисоватий