

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

**ШУШПАНОВ ДМИТРО ГЕОРГІЙОВИЧ**



**УДК 314.14 : 316.4.066**

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

Спеціальність 08.00.07 – демографія, економіка праці,  
соціальна економіка і політика

**АВТОРЕФЕРАТ**  
дисертації на здобуття наукового ступеня  
доктора економічних наук

Київ – 2019

Дисертацією є рукопис.

Роботу виконано в Тернопільському національному економічному університеті Міністерства освіти і науки України.

**Науковий консультант:** доктор економічних наук, професор,  
академік Національної академії наук України  
**Лібанова Елла Марленівна,**  
Інститут демографії та соціальних досліджень  
імені М. В. Птухи НАН України, директор.

**Офіційні опоненти:** доктор економічних наук, професор  
**Грішнова Олена Антонівна,**  
Київський національний університет  
імені Тараса Шевченка Міністерства освіти і науки  
України, професор кафедри економіки підприємства;

доктор економічних наук, професор  
**Лопушняк Галина Степанівна,**  
Київський національний економічний університет  
імені Вадима Гетьмана Міністерства освіти і науки  
України, професор кафедри управління персоналом  
та економіки праці;

доктор економічних наук, професор  
**Шевчук Любов Теодорівна,**  
Приватний вищий навчальний заклад  
«Львівський університет бізнесу та права»,  
проректор з наукової роботи.

Захист відбудеться «22» травня 2019 р. о 12<sup>00</sup> годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.247.01 Інституту демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України за адресою: 01032 м. Київ, бульвар Т. Шевченка, 60.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Інституту демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України за адресою: 01032 м. Київ, бульвар Т. Шевченка, 60.

Автореферат розісланий «19» квітня 2019 р.

Учений секретар  
спеціалізованої вченої ради,  
кандидат економічних наук,  
старший науковий співробітник



С. В. Полякова

## 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 ризику 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 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; «Трансформація соціальної інфраструктури в контексті забезпечення гуманітарного розвитку» (ІДСД, номер державної реєстрації 0111U008928), де дисертантом визначено ступінь доступності та якості 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;
- сформулювати 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 груп 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/невиникнення 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 обґрунтувати 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 міжсекторного 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 організаційних засад формування системи громадського здоров'я в Україні (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 6.06.2017 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 XXI 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: Сучасне становище і перспективи» (м. Варна, Болгарія, 2013 р.); «Здоров'я – основа людського потенціалу: проблеми і шляхи рішення» (м. Санкт-Петербург, Росія, 2013 р., 2015 р.); «Управління персоналом у XXI 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, домінанти 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 XXI 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 р.); «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 р.).

**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.

## ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

У першому розділі «**Теоретико-методологічні засади дослідження соціально-економічних детермінант здоров'я населення**» узагальнено закономірності еволюції наукових поглядів на здоров'я та СЕД, які його зумовлюють, визначено сутність трактування понять «здоров'я», «громадське здоров'я» та «здоров'я населення» в контексті їхнього соціально-економічного пізнання, вироблено концептуальні положення дослідження СЕД та запропоновано авторське бачення механізму їхнього впливу на нерівність у здоров'ї населення.

У процесі еволюції наукових поглядів на здоров'я населення та його детермінанти акценти змінювались залежно від суспільного розвитку, соціально-трудових відносин і державного устрою. Саме ці умови визначали важливість дослідження здоров'я населення та формували ставлення суспільства (населення, громад і влади) до необхідності його збереження та зміцнення. Таким чином, встановлено, що дослідження здоров'я пройшли шлях, з одного боку, від вивчення здоров'я на індивідуальному рівні до суспільного, а з іншого – від медичної моделі здоров'я в напрямі її соціалізації.

Сучасні дослідження здоров'я населення пов'язані з концепцією «здоров'я населення» – підходом, згідно з яким здоров'я дедалі менше пов'язується із медициною, натомість розширюється соціально-економічний аспект його дослідження. Прихильники концепції «здоров'я населення» розглядають її як щось вагомніше, ніж традиційне «громадське здоров'я», пов'язуючи її з необхідністю всебічного вивчення детермінант здоров'я.

У процесі формування цієї концепції виокремлено три етапи. На першому етапі – до 1970-х рр. досліджувались здебільшого умови, які можуть підтримувати високий рівень здоров'я. Другий етап – 1970–1980-ті рр. – передбачав вивчення залежності стану здоров'я людей від способу життя (харчування, шкідливих звичок тощо). На третьому етапі – 1990-ті рр. – більшу роль у формуванні здоров'я населення відводиться соціальному середовищу, соціальним мережам та умовам праці. Встановлено, що саме на сучасному історичному етапі набуває значущості розуміння того, що соціально-економічна нерівність є однією з найбільш вагомих передумов нерівності у здоров'ї. Відповідно збереження та зміцнення здоров'я населення можливі лише за умови зміни його соціальної структури, зменшення частки бідних і зростання прошарку середнього класу. Тому в сучасних концепціях і стратегіях охорони здоров'я дедалі більшу увагу звертають на необхідність реалізації напрямів покращення детермінант здоров'я населення, особливо соціально-економічних.

З огляду на це здоров'я населення трактується в роботі як здоров'я демографічних, соціально-економічних і територіальних груп населення, яке визначається певними детермінантами, що змінюються в часі. На відміну від інших тлумачень, увагу акцентовано, по-перше, на необхідності дослідження здоров'я окремих груп населення, а по-друге, на змінному характері впливу детермінант на стан здоров'я.

Підґрунтям для концептуальної основи дослідження СЕД здоров'я населення насамперед є міжнародні та вітчизняні програми і розробки у цій сфері. Серед них виокремлено щорічні доповіді ПРООН «Про стан людського розвитку», що ґрунтуються на концепції людського розвитку (КЛР) та Цілях сталого розвитку (ЦСР) (2015 р.), завдання яких певним чином пов'язані з покращенням СЕД.

У дисертації обґрунтовано п'ять основних напрямів, у яких емпіричне дослідження СЕД здоров'я може мати цінність для його зміцнення, профілактики захворювань і запобігання передчасній смертності.

По-перше, участь громади має важливе значення для підтримки здоров'я серед тих осіб і груп населення, чиє здоров'я перебуває під загрозою. Відповідно емпіричне дослідження здоров'я допоможе пояснити природу виникнення проблем,

з якими досі стикаються фахівці, намагаючись покращити детермінанти здоров'я населення.

По-друге, з'ясування визначальних для здоров'я детермінант дасть змогу освітнім і медичним установам більш ефективно поширювати таку інформацію серед населення та регулювати політику у сфері охорони здоров'я.

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 може бути соціальний капітал чи умови РПЖ.

По-четверте, вплив детермінант на здоров'я змінний. Науково-технічний прогрес, зміни в суспільних відносинах, соціальному середовищі щораз впливають на детермінанти здоров'я. Це означає, що ступінь впливу детермінант на здоров'я із часом змінюється. Те, що визначало здоров'я населення в минулому, може відігравати незначну роль сьогодні чи в майбутньому. 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 їхнього впливу.

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

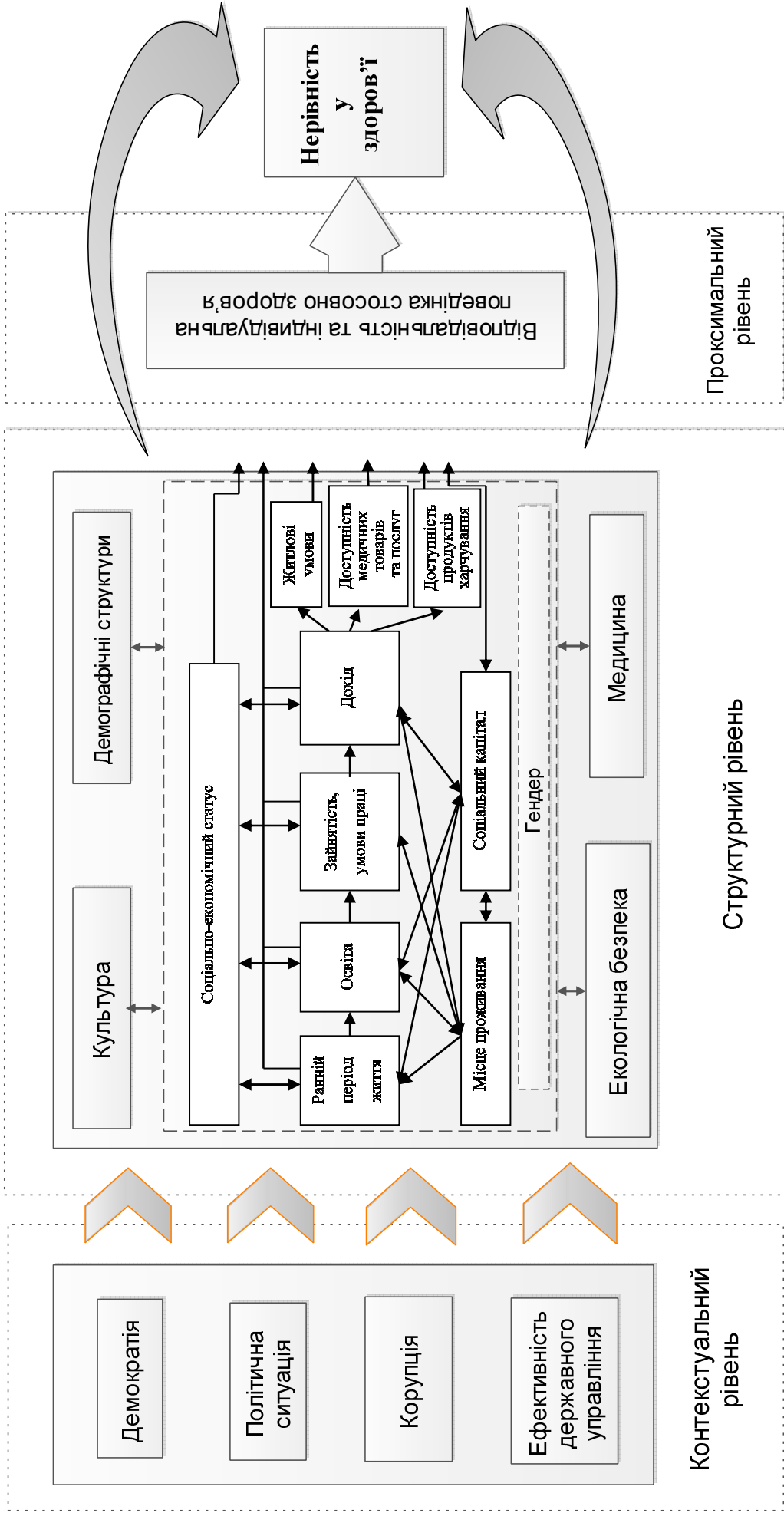
Визначено, що вплив СЕД на стан здоров'я та нерівність у здоров'ї населення відбувається на трьох рівнях:

- 1) контекстуальному, на якому створюються передумови для формування детермінант структурного рівня;
- 2) структурному, що пов'язаний з нерівністю серед різних груп населення: територіальних, демографічних, соціально-економічних тощо;
- 3) проксимальному, що характеризується індивідуальними особливостями кожної людини, її відповідальністю та поведінкою щодо здоров'я. Детермінанти цього рівня певним чином залежать від детермінант інших рівнів.

Відповідно запропоновано схему взаємозв'язків між СЕД та нерівністю у здоров'ї населення (рис. 1).

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. Зазначені детермінанти перебувають у взаємозв'язку із культурними та екологічними детермінантами, розвитком медицини та статеві-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 рівень відповідальності та індивідуальну поведінку населення стосовно здоров'я, що у підсумку визначає нерівність у здоров'ї населення.



**Рис. 1. Взаємозв'язки між соціально-економічними детермінантами та нерівністю у здоров'ї населення**

Джерело: складено автором

У другому розділі **«Інформаційний та методичний інструментарій оцінювання впливу соціально-економічних детермінант на нерівність у здоров'ї населення»** визначено інформаційну базу дослідження СЕД нерівності у здоров'ї населення, сформовано систему індикаторів здоров'я населення та СЕД, вироблено методологічні засади оцінювання впливу соціально-економічних детермінант на нерівність у здоров'ї населення.

Установлено наявність в Україні низки проблем, пов'язаних із інформаційним забезпеченням дослідження СЕД здоров'я населення. З одного боку, це стосується статистичного обліку смертності, захворюваності та інвалідності, а з іншого – обліку соціально-економічних показників (дохід, зайнятість, освіта тощо), особливо на тимчасово окупованих територіях АР Крим, м. Севастополя, Донецької та Луганської областей. Окремим недоліком обліку захворюваності є відсутність єдиної бази даних, яка містила би повну інформацію про всіх пацієнтів країни.

Відсутність необхідної інформації з офіційних джерел доцільно доповнити соціологічними дослідженнями. Інформація, отримана за результатами авторського соціологічного опитування, дала змогу уточнити дані про стан здоров'я населення України та СЕД, які його визначають, і на підставі цього посилити заходи з його збереження та зміцнення, виокремити пріоритетні напрями соціально-економічної політики з урахуванням особливостей дії детермінант на стан здоров'я населення.

Методом особистого формалізованого інтерв'ю опитано 1200 респондентів за вибіркою, що репрезентує доросле населення України (за винятком окупованих територій АР Крим та м. Севастополя, а також прифронтової зони Донецької та Луганської областей) віком від 18 років за такими параметрами, як стать, вік, тип поселення та регіон. Статистична похибка вибірки не перевищує 3%.

Важливим етапом дослідження був вибір індикаторів здоров'я та СЕД, оскільки від цього загалом залежить об'єктивність оцінювання впливу СЕД на нерівність у здоров'ї населення та розробка моделі розвитку системи охорони здоров'я на основі покращення СЕД. Ураховуючи те, що здоров'я є інтегрованим показником стану людини, з метою діагностики стану здоров'я населення та його СЕД визнано за доцільне застосовувати комплексний підхід із використанням двох груп індикаторів: стану здоров'я населення (смертності, захворюваності, інвалідності, самооцінки та інтегральні індикатори) та СЕД, які зумовлюють його нерівність серед населення (суспільно-політичні, доходу та його розподілу, зайнятості, умов праці, житлових умов, освіти, умов РПЖ, соціального капіталу, місця проживання, доступності та якості харчування, індивідуальної поведінки та відповідальності за своє здоров'я, доступності та якості медичних товарів і послуг). Рекомендовані індикатори є найбільш інформативними й актуальними з позиції адаптації Європейської політики «Здоров'я – 2020» в Україні та активної участі нашої країни в її реалізації.

У дисертації розроблено алгоритм і методи оцінювання впливу СЕД 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 макрорівня, зокрема таблиць смертності та оцінок щодо захворюваності населення. Такий підхід дає змогу виявляти залежності між детермінантами та станом

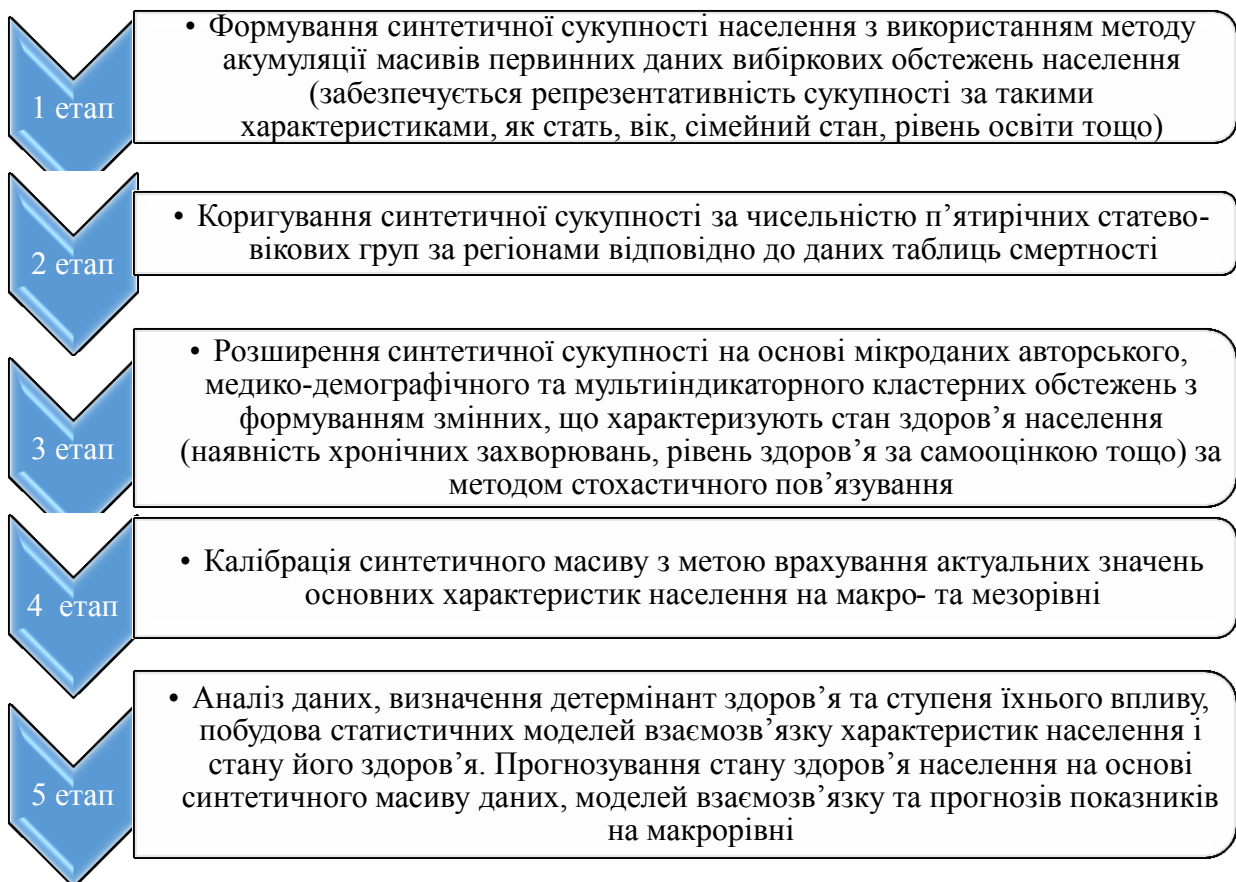


здоров'я за різними демографічними та соціально-економічними групами населення з доволі високою точністю навіть за обмеженості первинної інформаційної бази даних.

Використання нетрадиційних, інноваційних методів для оцінювання впливу СЕД на стан здоров'я та нерівність у здоров'ї населення зумовлено насамперед тим, що традиційні методи оцінювання й аналізу не завжди дають змогу отримати інформацію, необхідну для прийняття адекватних політичних рішень, і відстежити їхню дієвість та ефективність.

Для формування інформаційного забезпечення використано елементи статистичного та динамічного мікроімітаційного моделювання, а також частково агентське моделювання та концепцію життєвого курсу. Для оцінювання потенційних результатів застосування розглянутих підходів до дослідження актуальних проблем здоров'я запропоновано комплексне використання методу синтетичних сукупностей населення та макроекономічних моделей, зокрема таблиць смертності, для визначення детермінант, що впливають на стан здоров'я населення (емпіричні ймовірності бути здоровими).

Методологія мікроімітаційного моделювання застосовується в роботі також для визначення характеристик нерівності груп населення за рівнем здоров'я та моделювання впливу СЕД на стан здоров'я населення. Узагальнену схему авторського методологічного підходу до мікроімітаційного моделювання для визначення впливу основних СЕД на стан здоров'я населення України представлено на рис. 2.



**Рис. 2. Схема методології мікроімітаційного моделювання впливу соціально-економічних детермінант на стан здоров'я населення України**

Джерело: складено автором

Як засвідчили результати здійснених досліджень, використання даних макрорівня у формуванні репрезентативної синтетичної сукупності населення дає змогу доволі точно відобразити процеси смертності та захворюваності за певними групами населення. На основі показників синтетичної сукупності населення, сформованої з урахуванням даних таблиць смертності за типами поселень і статтю, а також його захворюваності за цими групами, можна отримати результати оцінювання впливу окремих СЕД на стан здоров'я населення.

У третьому розділі «Соціально-демографічні детермінанти здоров'я населення України» для обґрунтування ролі СЕД у здоров'ї населення України:

1) визначено тенденції та оцінено стан здоров'я населення України з урахуванням індикаторів, визначених у другому розділі;

2) здійснено порівняльний аналіз показників здоров'я населення України та країн ЄС для визначення масштабу проблем зі здоров'ям;

3) досліджено соціально-економічні умови РПЖ як детермінанти, що визначають нерівність у стані здоров'я населення в майбутньому;

4) виявлено особливості гендерної нерівності у здоров'ї.

Оцінювання засвідчило незадовільний стан здоров'я населення України. Констатовано, що проблеми зі здоров'ям населення мають системний характер та ускладнені ситуацією через події на сході країни.

Порівняння стандартизованих коефіцієнтів смертності (СКС) населення України як загалом, так і за окремими причинами з аналогічними в країнах ЄС, зокрема з відповідними показниками Польщі та Швеції, доводить, що рівень смертності серед певних демографічних груп і з окремих причин є надвисоким. Так, якщо СКС від усіх причин смертності в Україні загалом перевищує аналог країн ЄС у 1,4 разу, то показник серед населення віком 0–64 роки – відповідно в 1,9 разу.

У всіх вікових групах до 80 років в Україні рівень смертності вищий, ніж у Швеції майже у двічі. Це свідчить про системні проблеми у сфері охорони здоров'я населення. Однак найбільш проблемною є ситуація зі станом здоров'я населення у віковому інтервалі від 30 до 49 років. Коефіцієнти смертності населення у цій віковій групі перевищують шведські аналоги у 4,5–6,1 разу. Відповідно основні зусилля держави, науковців і практиків мають бути спрямовані на зменшення рівня смертності населення віком 30–49 років насамперед від зовнішніх причин, хвороб системи кровообігу, інфекційних та паразитарних хвороб і злоякісних новоутворень. Важливим напрямом при цьому визначено покращення СЕД.

Підтверджено, що високий рівень захворюваності в Україні пов'язаний з її хронічним перебігом. Значну поширеність хвороб серед населення в нашій країні спричинено несвоєчасним лікуванням або недостатньою його якістю. Зниження показників первинної захворюваності, яке фіксується в останній період, не обов'язково є безпосереднім результатом реального зменшення рівня захворюваності. Це може бути наслідком зменшення кількості звернень населення за медичною допомогою. Зокрема, під час авторського соціологічного опитування 5% респондентів відповіли, що вони ніколи не звертаються за медичною допомогою, 22% – переважно не звертаються за медичною допомогою в разі хвороби.

Згідно з теорією життєвого курсу доведено, що здоров'я населення є результатом впливу не тільки фізичного, духовного та емоційного стану людини в

певний період життя, залежить не тільки від його детермінант на конкретний момент, а й від того, що відчувала особа та які детермінанти діяли на неї протягом попереднього життя.

З'ясовано, що формування каркасу здоров'я на все життя відбувається на ранньому етапі розвитку людини. Довічна траєкторія здоров'я розпочинається з періоду вагітності та продовжується протягом дитячого і підліткового віку (до 18 років). Умови РПЖ розглядаються як початковий етап курсу до здоров'я (нездоров'я) дорослих, але з непрямым ефектом через соціальні траєкторії – такі, як обмеження можливостей для отримання медичної допомоги чи здобуття освіти. РПЖ значною мірою визначає СЕД у подальшому житті, відповідно впливаючи на стан здоров'я людини в майбутньому.

Під час дослідження з'ясовано характерні риси впливу умов РПЖ для різних статевих, вікових, соціальних груп, їхні особливості серед міського та сільського населення. Оскільки поганий стан здоров'я у РПЖ часто спричиняє проблеми зі здоров'ям у майбутньому, вирішення цього питання є надважливим завданням. Розрахунок шансів мати хронічне захворювання в дорослому житті за умови «доброго» / «поганого» стану здоров'я у РПЖ підтвердив, що ймовірність не мати хронічних захворювань у дорослому житті у 2,5 разу вища у тих, хто мав «відмінний» та «добрий» стан здоров'я до 18 років.

Установлено, що наявність/відсутність хронічних захворювань у дорослому житті певним чином пов'язана з рівнем добробуту у РПЖ. Так, респонденти, які відчували матеріальні труднощі в дитинстві, мали високий ризик виникнення в дорослому віці хвороб системи кровообігу (OR = 3,35), кістково-м'язової системи та сполучної тканини (OR = 3,30). Високий рівень добробуту у РПЖ більш, ніж удвічі підвищує шанси не мати хронічних захворювань у майбутньому (OR = 2,66). З'ясовано, що рівень добробуту у РПЖ більшою мірою впливає на здоров'я жінок, ніж чоловіків. Також визначено, що шанси не мати хронічних захворювань суттєво вищі у тих, хто отримав якісне харчування до 18 років, був фізично активним, а також зростав у сім'ї з високим рівнем добробуту, отримав більше інформації про ризики щодо здоров'я, регулярно відвідував санаторії, табори відпочинку та інші заклади оздоровлення, виховувався в родині з меншою кількістю дітей. Не підтвердилась гіпотеза щодо впливу на здоров'я в дорослому житті елементів соціального капіталу (стосунки в сім'ї) та шкідливих звичок батьків (тютюнопаління).

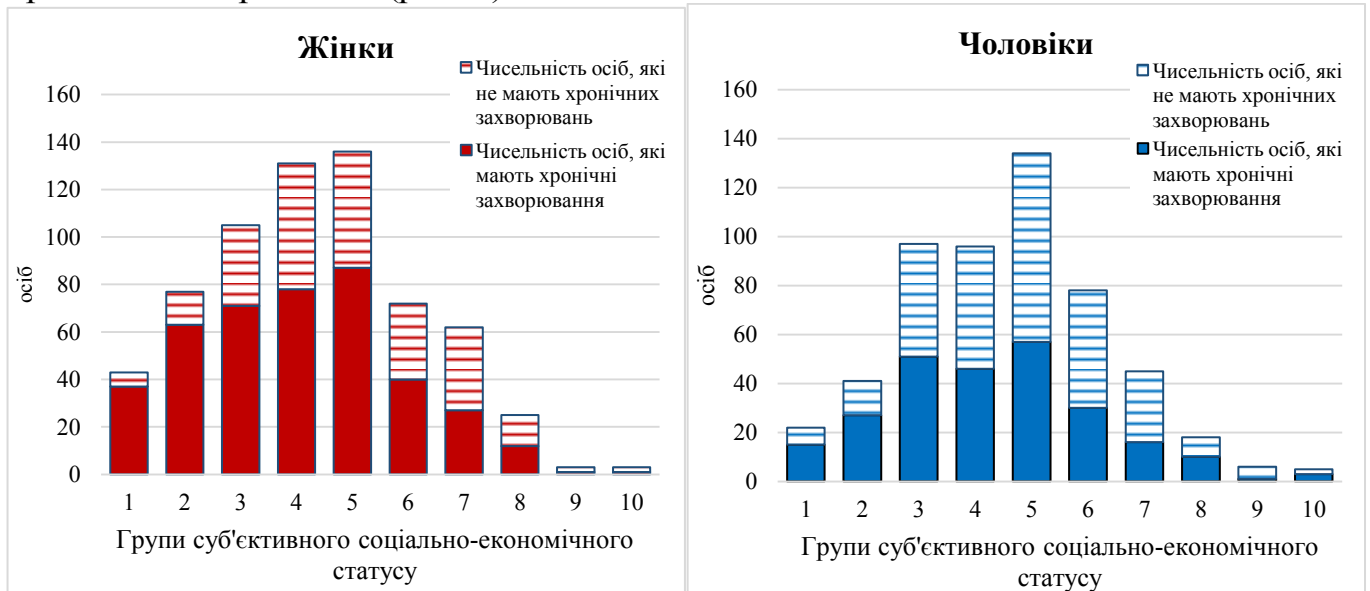
У четвертому розділі **«Нерівність у доходах, зайнятості та освіті: масштаби впливу на стан здоров'я населення України»** оцінено роль соціального градієнта у формуванні здоров'я населення, визначено вплив на стан здоров'я та нерівність у здоров'ї таких СЕД, як дохід, зайнятість, освіта та соціальний капітал.

Одним із головних аспектів вивчення нерівності у здоров'ї населення є її відмінності за соціально-економічними групами – різні групи населення мають нерівні можливості доступу до матеріальних, культурних та інших цінностей, що призводить до нерівності у здоров'ї.

Водночас, за даними авторського соціологічного опитування, більшість опитаних зараховують себе до осіб, які мають дуже низьке (15,5% обрали 1–2 щаблі) та низьке (36,1% – 3–4 щаблі) становище в суспільстві. При цьому лише чверть зараховує себе до осіб найвищого (9–10) та високого щаблів. Такі дані свідчать про

доволі низький рівень самооцінки населенням свого СЕС та достатньо високий рівень соціальної стратифікації.

Також встановлено, що значна кількість індикаторів здоров'я населення взаємопов'язана з СЕС. Насамперед підвищення СЕС збільшує шанси бути абсолютно здоровим, тобто не мати хронічних захворювань ( $OR=2,51$ ), причому ці шанси вищі у жінок ( $OR=2,95$ ), аніж у чоловіків ( $OR=1,72$ ). Жінки, які відносять себе до перших шести шаблів соціально-економічної ієрархії, переважно мають хронічні захворювання (рис. 3).



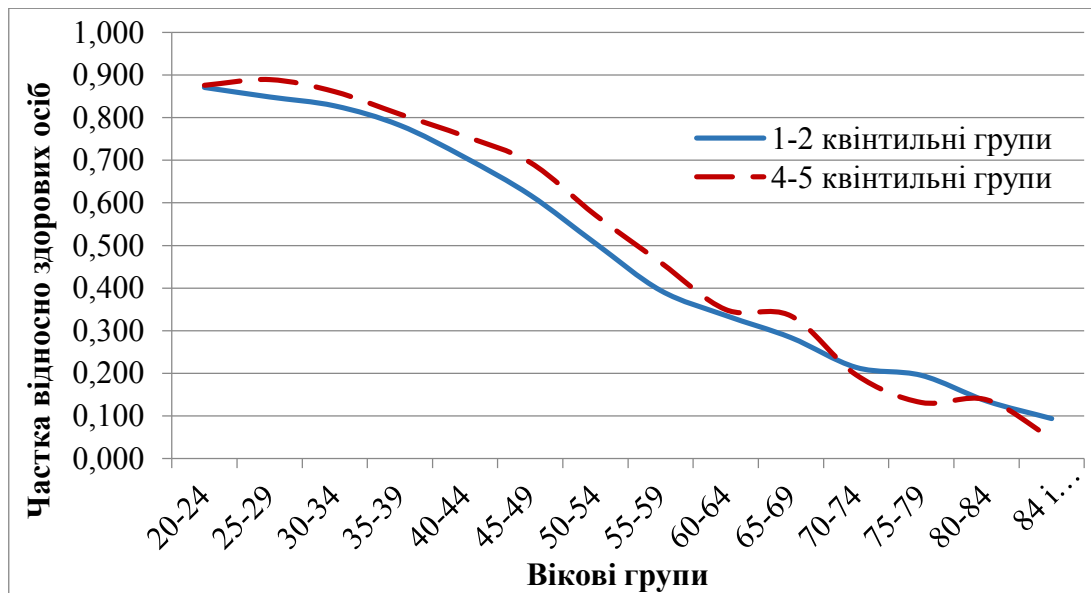
**Рис. 3. Поширеність захворюваності серед чоловіків та жінок залежно від соціально-економічного статусу (за самооцінюванням)**

Джерело: складено автором

У такий спосіб доведено, що СЕС як окремої людини, так і груп населення – це одна з основних детермінант, яка впливає на стан здоров'я та зумовлює масштаби нерівності у здоров'ї. Спрямованість соціально-економічного градієнта відображає параметри здоров'я населення. Низький СЕС населення є передумовою поганого стану його здоров'я. З іншого боку, погіршення здоров'я призводить до зниження СЕС. В Україні більшість населення має низький СЕС, що певним чином зумовлює високі показники смертності та захворюваності населення.

Визначено, що найбільш вагомим показником добробуту населення та його СЕС є розмір доходів. Дохід також є важливою детермінантою здоров'я населення, а нерівність у доходах зумовлює нерівність у здоров'ї. Крім цього, результати обчислень засвідчили наявність взаємозв'язку між доходами та іншими СЕД, які можуть визначати стан здоров'я населення: зайнятістю, освітою, житловими умовами та якістю харчування. Насамперед це стосується освіти. Виявлено чітку залежність між рівнем доходів і рівнем освіти респондентів. Так, у першій доходній групі вищу освіту мають 15,8% респондентів, тоді як у групі з найвищими доходами цей показник складає 71,4%.

Застосовуючи методику мікроімітаційного моделювання, у дисертації побудовано модель розподілу частки відносно здорових осіб за віковими та квінтільними (за доходами) групами (рис. 4).



**Рис. 4. Розподіл частки відносно здорових осіб за квінтільними (за доходами) та віковими групами**

Джерело: оцінено автором за змодельованими даними мікрорівня

Отримані дані, по-перше, засвідчили доволі суттєве погіршення стану здоров'я. По-друге, вони виявили 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 на діаметрально протилежну. 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.

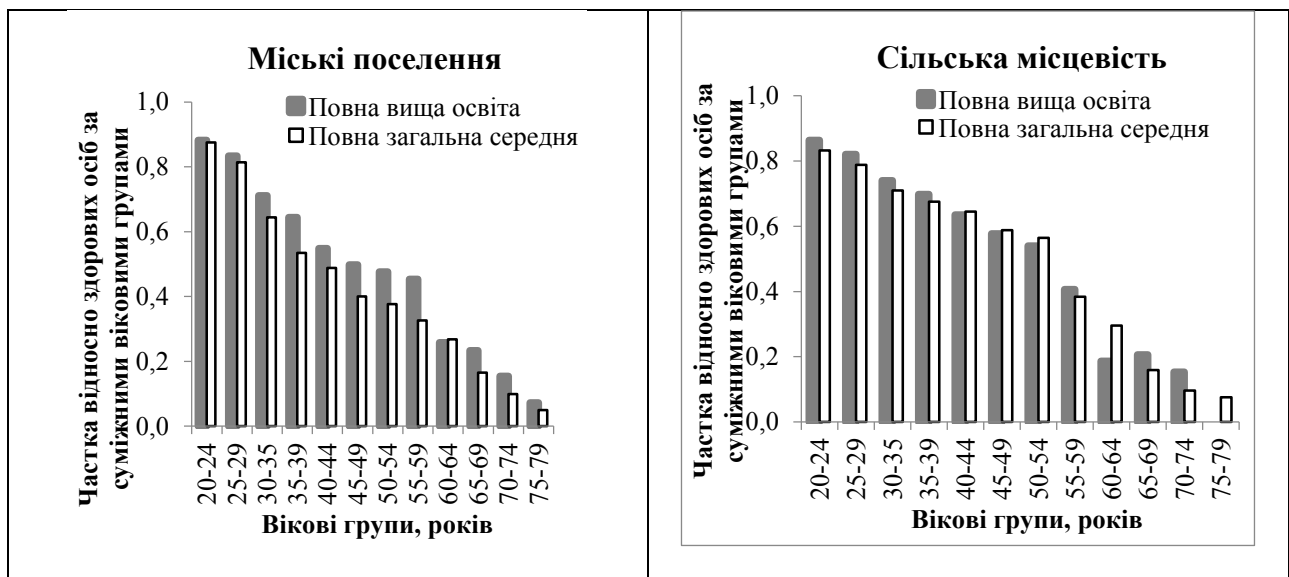
Таким чином, отримані дані підтвердили гіпотезу про те, що дохід є важливою детермінантою здоров'я населення. При цьому не тільки дохід визначає стан здоров'я населення, а й добре здоров'я допомагає забезпечити достатній рівень доходу.

У роботі окреслено такі особливості освіти, як СЕД здоров'я: освіта значною мірою визначає місце людини в суспільстві, її СЕС і, відповідно, стан здоров'я; освіта, дохід і зайнятість взаємопов'язані між собою та є одними з провідних СЕД здоров'я; освіта впливає на самовизначення людиною детермінант свого здоров'я та рівень відповідальності за його стан; рівень освіти пов'язаний з розмірами соціального капіталу; рівень отриманої освіти та санітарної грамотності частково зумовлює місце (регіон) проживання людини; освіта загалом і санітарна грамотність у РПЖ є підґрунтям для збереження здоров'я протягом подальшого життя людини тощо.

За даними авторського соціологічного опитування, особи з вищою освітою мають у 2,4 рази вищі шанси не мати хронічних захворювань, нижчі шанси мати хвороби системи кровообігу та кістково-м'язевої системи порівняно з тими, хто має інший рівень освіти (початкову та середню).

Результати оцінювання залежності здоров'я населення від рівня освіти за типами поселення за методологією мікроімітаційного моделювання свідчать про те, що:

- суттєвіша диференціація за станом здоров'я населення спостерігається в міських поселеннях, особливо це стосується вікової групи 45–59 років;
- на відміну від мешканців міст, у сільській місцевості населення з повною загальною освітою подекуди має краще здоров'я, ніж ті, хто має повну вищу освіту.
- серед осіб з повною вищою освітою частка відносно здорових осіб починає помітно зменшуватися після 60 років незалежно від місця проживання. Для осіб з повною загальною середньою освітою відповідна частка помітно зменшується після 55 років (рис. 5).



**Рис. 5. Зміна частки відносно здорових осіб за суміжними віковими групами зі зростанням віку залежно від типу поселень та освітнього рівня**

Джерело: оцінено автором за змодельованими даними макрорівня

Отже, освіта і санітарна грамотність є одними з основних СЕД здоров'я населення. Вони визначають здоров'я населення не тільки безпосередньо, а й опосередковано через інші детермінанти: дохід, зайнятість, соціальний капітал тощо. Крім цього, освіта та санітарна грамотність дають змогу населенню краще зрозуміти дію інших детермінант на здоров'я, змінити підходи і посилити відповідальність населення за своє здоров'я.

У роботі визначено роль соціального капіталу у формуванні здоров'я, зокрема таких його складників, як соціальні зв'язки, довіра і солідарність та соціальна підтримка. З'ясовано, що люди, які завжди отримують підтримку та допомогу від близьких, коли цього потребують, у 6–9 разів мають вищі шанси мати добре здоров'я. Насамперед це стосується жінок і містян.

Відвідування культурних заходів сприяє розширенню соціальних зв'язків і позитивно впливає на стан здоров'я шляхом зняття напруги чи стресу. Отримані результати свідчать, що ті, хто часто відвідує заклади культури, мають більше шансів не мати хронічних захворювань, порівняно з тими, хто їх не відвідує зовсім. Особливо це стосується жінок (різниця становить майже 6 разів) та населення сільської місцевості (майже 7 разів).

Таким чином, більшість складників соціального капіталу, за винятком міжособистісної довіри та довіри до громадських інститутів, певним чином обумовлюють стан здоров'я населення країни. По суті, соціальний капітал постає потенційним ресурсом, який може бути використаний для збереження та зміцнення здоров'я населення. Першочерговим заходом при цьому визначено зниження соціальної ізоляції населення шляхом покращення освітніх програм, вироблення соціально-емоційних навичок, залучення до громадської діяльності, сприяння стабільним шлюбом тощо.

У п'ятому розділі дисертації «Довкілля та спосіб життя як детермінанти здоров'я населення України» виявлено регіональні особливості детермінації здоров'я, оцінено значення для здоров'я соціально-економічних та екологічних умов проживання, рівень доступності та якості медичних товарів і послуг, якість харчування та його вплив на здоров'я, особливості індивідуальної поведінки та відповідальності за власне здоров'я.

Визначено, що сучасний перелік складників довкілля не обмежується лише екологічними умовами (якість атмосферного повітря, ґрунтів, поверхневих та підземних вод, ультрафіолетове та іонізуюче випромінювання, стан екосистем тощо), а охоплює стан антропогенного середовища (безпека громадських місць, рівень шуму, електромагнітні поля тощо), ризики на робочих місцях, житлові умови, якість та безпеку харчових продуктів і питної води тощо.

З'ясовано, що показники смертності, пов'язані з впливом довкілля, в Україні є одними з найвищих в Європі. Зокрема, за даними ВООЗ, в Україні СКС, пов'язаний із впливом довкілля, майже у два рази вищий, ніж у Польщі, та у 4,5 разу – ніж у Швеції. В Україні суттєво вищий рівень смертності, пов'язаної з довкіллям, як від інфекційних хвороб, так і від неінфекційних хвороб і травм. При цьому визначено, що шанси не мати хронічних захворювань у 1,5 разу вищі серед тих, хто проживає у добрих житлових умовах, порівняно з тими, в кого вони задовільні або погані.

Доступ до комплексних та якісних послуг охорони здоров'я має важливе значення для пропаганди і підтримки здоров'я, запобігання та лікування хвороб, зменшення рівня інвалідності й передчасної смерті та забезпечення рівності можливостей збереження здоров'я для населення загалом. Доступність медичних послуг впливає на загальний стан фізичного, соціального і психічного здоров'я та якість життя.

Обґрунтовано, що в Україні як фізична, так і економічна доступність медичних товарів і послуг є низькою, особливо в сільській місцевості. Під час авторського соціологічного дослідження з'ясовано, що лише 18,3% респондентів у разі хвороби завжди звертаються за допомогою до медичних працівників. При цьому 4,6% осіб ніколи не звертаються, 25,6% – переважно не звертаються. З'ясовано, що основною причиною цього є скрутне матеріальне становище, нестача коштів на лікування, тобто низька економічна доступність медичної допомоги. Так, 36,5% респондентів, які завжди чи інколи не звертаються за медичною допомогою, визначили цю причину незвернення як одну з провідних. Крім цього, виявлена суттєва диференціація за доходами серед осіб, які не звертаються за медичною допомогою через скрутне матеріальне становище. Так, у 4–5 доходних групах таких осіб немає, тоді як у першій – 26,4%, в другій – 60,2%.

Таким чином, економічна доступність медичних товарів і послуг суттєво впливає на нерівність у здоров'ї.

Обґрунтовано, що індивідуальна поведінка та відповідальність населення щодо власного здоров'я значною мірою залежить від СЕД. Адже групи населення з високим СЕС і відповідно достатнім рівнем доходу, вищою освітою, розвиненим соціальним капіталом, як правило, не тільки проживають у кращих житлових та екологічних умовах, але й краще харчуються і, що найбільш важливо, мають менше шкідливих звичок порівняно з особами з низьким СЕС. Так, 90% осіб, які належать до найвищих (5–6) доходних груп, оцінюють своє харчування як «добре» та «дуже добре». Водночас, 54% тих, хто перебуває в найнижчих доходних групах (1–2), оцінює своє харчування як «задовільне», «погане» або «дуже погане». При цьому шанси не мати хронічних захворювань зростають серед тих, хто харчується «дуже добре», проти тих, хто харчується «погано» або «дуже погано» у 2,9 разу (особливо жінок – у 4,9 разу). З'ясовано також, що якість харчування впливає на наявність хронічних захворювань системи кровообігу. Шанси не мати таких хвороб суттєво вищі у тих, хто харчується «дуже добре» (OR = 2,52), порівняно з тими, хто оцінює своє харчування як «погане», або «дуже погане».

У шостому розділі дисертації **«Концептуальні засади політики регулювання соціально-економічних детермінант і скорочення нерівності у здоров'ї населення України»** здійснено моделювання впливу СЕД на стан здоров'я населення, вироблено і апробовано методологію розрахунку композиційного індексу рівня здоров'я та визначення характеристик нерівності груп населення за рівнем здоров'я, сформовано базові принципи політики забезпечення соціальної справедливості у сфері охорони здоров'я та запропоновано напрями покращення СЕД задля збереження та зміцнення здоров'я й скорочення нерівності у здоров'ї населення.

На основі мікроданих авторського обстеження побудовано низку статистичних моделей, що відображають взаємозв'язок індикаторів здоров'я населення з основними детермінантами, які можуть його визначати. Як індикатори здоров'я (залежні змінні в моделі) розглядалися такі: частка умовно здорових осіб, частка відносно здорових осіб, частка абсолютно здорових. За детермінантні (незалежні) змінні приймалися ті, які можуть суттєво визначати стан здоров'я населення. У роботі їх об'єднано в такі блоки: демографічний та соціально-економічний; індивідуальна відповідальність і спосіб життя; якість умов РПЖ.

Визначено, що найбільш адекватними є моделі взаємозв'язку, які будуються для індикатора «частка умовно здорових», в якості залежної змінної. Відповідно до результатів, отриманих за моделями ймовірності бути умовно здоровим, можна зробити такі висновки.

За демографічними та соціально-економічними детермінантами імовірність бути умовно здоровим коливається від 0,11 до 0,89 залежно від комбінації детермінантних змінних. Найвища ймовірність бути умовно здоровим (0,89) притаманна чоловікам віком до 40 років, які мають постійну або тимчасову роботу, харчуються «добре» або «дуже добре», проживають у районі з гарними умовами – із чистим повітрям, чистою та доглянутою територією, зручною транспортною розв'язкою, розвиненою соціальною інфраструктурою.



За характеристиками, які визначають спосіб життя, ймовірність бути умовно здоровим коливається від 0,02 до 0,72. Найвища ймовірність бути умовно здоровим (0,72) характерна для тих, хто не вживає міцні алкогольні напої кожного дня чи кілька разів на тиждень, відвідує культурні заклади, а також проводить сидячи не більше п'яти годин на день.

За характеристиками якості життя у РПЖ ймовірність бути умовно здоровим має меншу амплітуду, ніж попередні ймовірності та коливається від 0,18 до 0,57 (табл. 1).

Найвища ймовірність бути умовно здоровим (0,57) характерна для осіб, які в дитинстві відвідували спортивні секції і гуртки, перебували в санаторіях, таборах відпочинку тощо, харчувалися «добре» або «дуже добре», зростали у сім'ї, де виховувалося не більше двох дітей. Варто також зазначити, що індикатор рівня доходу родини, у якій виховувалась особа, не брався до уваги як детермінантна змінна при побудові моделі через високу кореляцію із більшістю індикаторів цього блоку. Зрештою, це стосується і випадку оцінювання впливу доходу на здоров'я в дорослому житті (демографічний і соціально-економічний блок).

Індекс стану здоров'я (ІСЗ) визначається для кожної особи як композиційний індекс, який складається з індексу індивідуального здоров'я особи (ІЗ) та індексу тривалості життя особи (ІТЖ) за узагальненою формулою:

$$ICZ = \alpha \cdot IZ + (1 - \alpha) \cdot ITZ, \quad (1)$$

де  $\alpha$  – ваговий коефіцієнт.

Таким чином, запропонована методологія побудови ІСЗ об'єднує індивідуальне і загальне: індивідуальні характеристики здоров'я особи та загальні характеристики всієї сукупності осіб з урахуванням їх статі та умов проживання в 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. На основі розподілу індивідуальних значень ІСЗ визначено характеристики нерівності за станом здоров'я. Такими характеристиками обрано індекс Джині (визначений за даними мікрорівня або на основі децильного розподілу ІСЗ), децильний коефіцієнт, квінтільний коефіцієнт, ентропійні індекси тощо.

З'ясовано, що, як для чоловіків, так і для жінок, ІЗ має достатньо високі значення в молодому віці (15–24 роки), але з віком суттєво знижується: у чоловіків до 0,39 у віці 75+, а у жінок до 0,33 (рис. 6). Це пов'язано зі зниженням рівня самооцінки власного здоров'я: як правило, завищеної в молодому віці та заниженої у старшому віці. Особливо занижують самооцінку стану власного здоров'я жінки. Як наслідок, у чоловіків у віці 65–74 роки, а у жінок у віці 55–64 роки ІТЖ та ІЗ, а також ІСЗ мають однакові значення. ІСЗ розраховується як середнє між ІЗ та ІТЖ. Поєднання індикаторів макрорівня (середньої очікуваної тривалості життя) та мікрорівня (індивідуальна самооцінка людиною стану свого здоров'я) дає найбільш повну картину та може слугувати вихідним атрибутом для визначення принципів та напрямів політики щодо збереження та зміцнення здоров'я населення.

**Модель оцінювання ймовірності бути умовно здоровим залежно від якості умов раннього періоду життя:**

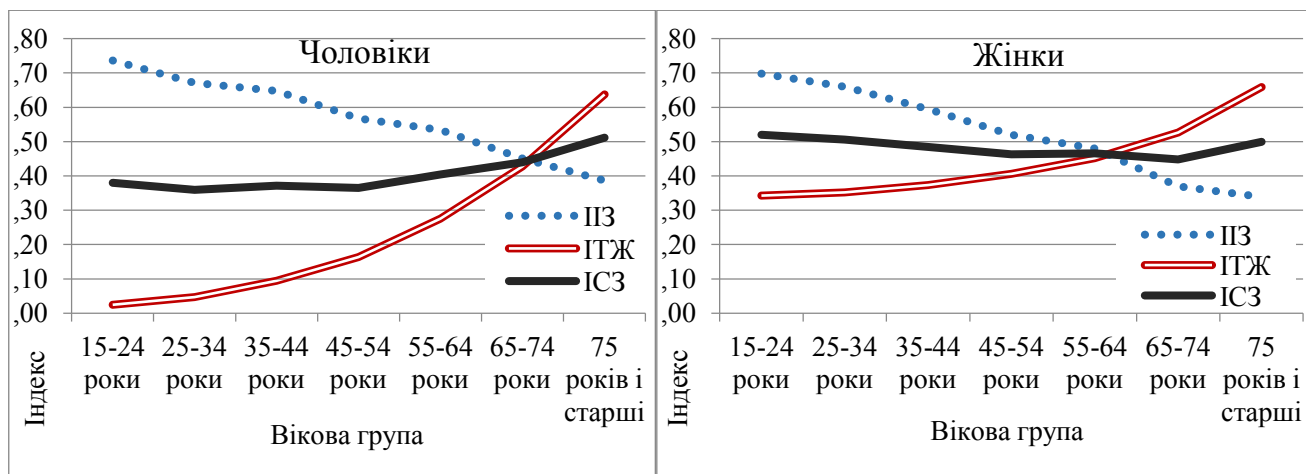
$$H_{qich} = 0,180 + 0,134 \cdot c_1 + 0,077 \cdot c_2 + 0,078 \cdot c_3 + 0,101 \cdot c_4$$

$$R^2 = 0,650 \quad R^2_{крит} = 0,527$$

$$(F = 8,0 \quad F_{крит} = 3,6)$$

Детермінуючі змінні	Значення параметру	Пояснення параметра моделі
(вільний член рівняння)	0,180	Середня ймовірність бути здоровим в осіб, які в дитинстві не відвідували спортивні секції та гуртки, не перебували в 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, у тих, хто відвідував спортивні секції, гуртки тощо, ймовірність бути здоровими збільшується в середньому на 0,134 і складає 0,314
$c_2$ - перебували в санаторії, таборі відпочинку тощо	+0,077	За інших рівних умов ймовірність бути здоровими в тих, хто перебував у санаторіях, таборах відпочинку, відпочивав разом з батьками збільшується в середньому на 0,077 і складає 0,257
$c_3$ - якість харчування: «добре» чи «дуже добре»	+0,078	За інших рівних умов в 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 ймовірність бути здоровими в тих, хто виховувався у сім'ї, де було не більше двох дітей, збільшується в середньому на 0,101 і складає 0,281

Джерело: складено автором



**Рис. 6. Індекси стану здоров'я чоловіків та жінок за віковими групами**  
Джерело: складно автором

Авторські розрахунки доводять існування нерівності у стані здоров'я як всередині гендерних груп, так і в межах окремих регіонів. Зокрема, найвищі показники нерівності зафіксовані у Північному (індекс Джині 0,145) районі.

Крім гендерних і регіональних відмінностей у значеннях ПЗ, ІТЖ та ІСЗ, у дисертації виявлено диференціацію у їх значеннях і за іншими ознаками (зокрема у показниках індексів здоров'я за типом поселень). Так, найвищий ІСЗ серед населення великих міст, найнижчий – серед населення сільської місцевості.

Виявлено закономірності між рівнем задоволеності доходом і змінами індексів здоров'я. Особливо чітку тенденцію до скорочення зі зниженням самооцінки достатності доходу має ПЗ. ІТЖ за цією ознакою також скорочується. І, як наслідок, ІСЗ серед тих, хто живе комфортно за наявного доходу, складає 0,4737, серед тих, хто за існуючого доходу відчуває серйозні матеріальні труднощі – 0,382. 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 в залежності від рівня задоволеності життям у цілому. Ця задоволеність не завжди залежить від величини доходу, але 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 з різним шлюбним статусом не виявлено.

Таким чином, проведені розрахунки індексів, що характеризують здоров'я населення як на основі індивідуальної самооцінки, так і макропоказника середньої очікуваної тривалості життя, виявили певні закономірності, які допомагають більш ґрунтовно оцінити вплив СЕД на стан здоров'я населення. Зокрема, політика у сфері охорони здоров'я має враховувати:

- гендерні особливості (із 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);

– необхідність збільшення доходів населення, у тому числі шляхом підвищення розміру пенсій та посилення адресності соціальних трансфертів.

У дисертаційній роботі аргументовано, що політика досягнення соціальної справедливості у сфері охорони здоров'я може бути ефективною лише за умови, якщо вона ґрунтуватиметься на певних концептуальних положеннях, які забезпечують її реалізацію на практиці в довготривалій перспективі.

Ураховуючи пріоритети Європейської політики охорони здоров'я «Здоров'я – 2020», у дисертації вироблено базові принципи політики забезпечення соціальної справедливості у сфері охорони здоров'я та запропоновано напрями покращення СЕД. Зокрема обґрунтовано, що основною метою політики у сфері охорони здоров'я має стати поліпшення стану і скорочення нерівності у здоров'ї населення України, його збереження та зміцнення шляхом покращення СЕД, організація національної системи охорони здоров'я і покращення якості медичного обслуговування відповідно до міжнародних стандартів і рекомендацій ВООЗ (рис. 7).

Відповідно до мети основними завданнями згаданої вище політики визначено:

- 1) створення ефективного механізму управління національною системою охорони здоров'я;
- 2) визначення пріоритетних напрямів розвитку сфери охорони здоров'я на національному та регіональному рівнях (з урахуванням специфіки стану здоров'я і СЕД);
- 3) забезпечення умов для поліпшення СЕД здоров'я населення;
- 4) створення єдиної електронної бази даних про стан здоров'я населення, яка б враховувала соціально-економічні характеристики населення;
- 5) формування ефективної, доступної системи медичної допомоги, з обов'язковим державним медичним страхуванням;
- 6) посилення відповідальності й мотивації щодо збереження та зміцнення здоров'я серед населення;
- 7) активізацію процесу обміну знаннями та запровадження інновацій у сферу охорони здоров'я між медиками, науковцями, освітянами, керівниками органів державного управління та громад, а також передачу цих знань усьому населенню.

Виконання цих завдань можливе за умови дотримання низки принципів, якими постають: загальнодержавна відповідальність за охорону здоров'я (міжсекторальний підхід); урахування інтересів здоров'я населення в усіх державних і регіональних стратегіях; залучення населення (громад й окремих громадян) до прийняття рішень у сфері охорони здоров'я; загальнодоступність наявних ресурсів збереження та зміцнення здоров'я для всіх верств населення; охорона здоров'я населення протягом усього життєвого курсу.

Необхідним атрибутом політики охорони здоров'я повинно стати 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 власне здоров'я тощо. Підґрунтям для цього має бути поліпшення детермінант РПЖ.

Реалізація заходів з покращення СЕД дасть змогу не тільки знизити рівень смертності, захворюваності та інвалідності, але й зменшити нерівність у здоров'ї.

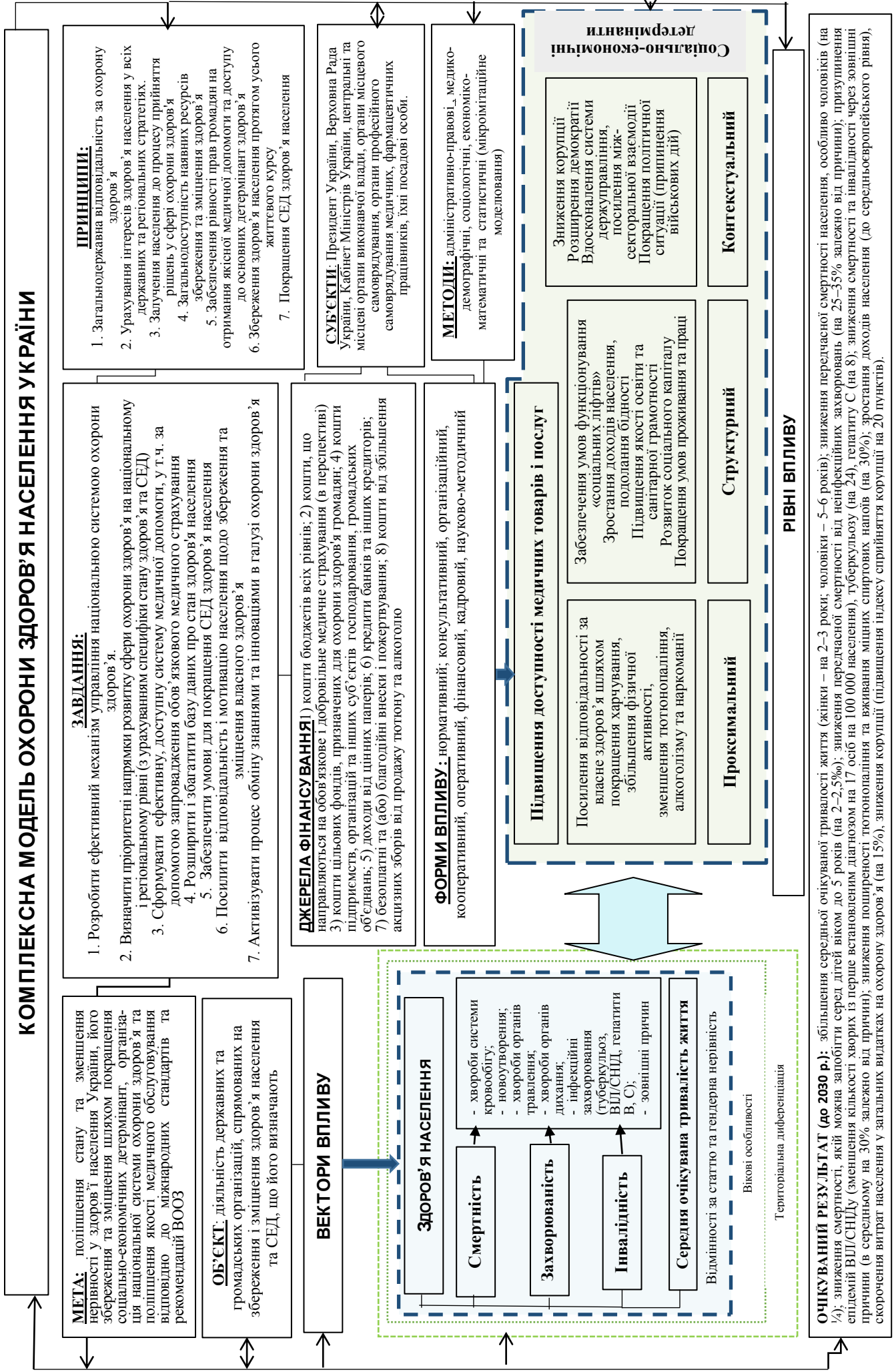


Рис. 7. Комплексна модель охорони здоров'я населення України

Джерело: складено автором

## 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 до 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.

1. 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 та громадського здоров'я, які передбачають збереження і зміцнення здоров'я та якості життєдіяльності через профілактику та запобігання захворюванням, визначено, що концепція «здоров'я населення» поглиблює розуміння детермінант здоров'я і вказує на потребу критичного оцінювання соціальної нерівності та визначає напрями політики, спрямованої на її зменшення. Використання такого поєднання розширює межі застосування соціальної політики в Україні щодо здоров'я, забезпечуючи міжсекторальний характер і спрямованість на скорочення нерівності у здоров'ї.

2. Систематизовано та структуровано СЕД 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: демократію, політичну ситуацію, корупцію, ефективність державного управління. Структурний рівень пов'язаний з нерівністю серед різних груп населення: територіальних, демографічних і 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 і відповідальність людини за власне здоров'я.

3. 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.

4. З метою уточнення та доповнення даних про стан здоров'я населення України і СЕД, що 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 цієї методики є те, що вона передбачає оцінювання СЕС респондентів, умов РПЖ, житлових та екологічних умов їхнього проживання, індивідуальної поведінки щодо здоров'я (уживання алкоголю, сексуальної поведінки тощо), що дало змогу визначити взаємозв'язки між цими детермінантами та рівнем захворюваності. Особливу увагу у дослідженні приділено оцінюванню ролі умов РПЖ у формуванні здоров'я населення.

5. 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, ураховує наявне інформаційне забезпечення, базується на використанні елементів статистичного та динамічного мікроімітаційного моделювання, а також частково агентського моделювання та концепції життєвого курсу. Він є базою для оцінювання впливу основних детермінант на здоров'я населення – чисельності здорового населення за статево-віковими групами з урахуванням соціально-економічних характеристик осіб.

6. 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.

7. Під час 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 в майбутньому. Це стосується: доходу (добробуту) родини, у якій виховується дитина (шанси не мати хронічних захворювань в 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 ( $OR = 4,0$ ).

Установлено, що детермінанти РПЖ впливають на стан здоров'я в дорослому житті не тільки безпосередньо, але 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, у якій виховувалась людина. Чим вищий його рівень, тим більша ймовірність у майбутньому мати вищий СЕС, дохід, рівень освіти, кращі житлові умови та також нижча ймовірність тютюнопаління у дорослому житті. Відповідно це збільшує шанси людини бути здоровою.

8. Визначено, 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 хронічних захворювань 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 хронічних захворювань хвороб цього класу суттєво зростають саме з підвищенням СЕС: для представників 8–10 груп соціальної ієрархії шанси вищі у 2,5 разу порівняно з особами у 1–3 груп). 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.

Виявлено, що шанси не мати хронічних захворювань серед осіб з вищою освітою у 2,3 разу вищі, ніж з початковою та незакінченою вищою освітою. З'ясовано, що особи із вищою освітою також рідше страждають від хвороб систем кровообігу та кістково-м'язової системи. Обґрунтовано, що освіта має вирішальне значення у визначенні СЕС людини і, відповідно, стану її здоров'я.

З'ясовано, що відповідальність населення за стан власного здоров'я в Україні залишається низькою. Значна частина населення, особливо особи старшого віку, покладають 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.

9. Моделювання впливу СЕД на стан здоров'я населення засвідчило, що, по-перше, висока ймовірність бути умовно здоровим характерна 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, розвинена інфраструктура. По-друге, ймовірність бути умовно здоровим є високою для тих, хто не вживає міцні спиртні напої кожного дня чи кілька разів на тиждень, відвідує культурні заклади, а також проводить сидячи не більше п'яти 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.

10. 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 залежно від рівня задоволеності життям загалом. Хоча задоволеність життям не завжди залежить від величини доходу, але приблизно з такими самими закономірностями вона впливає на стан здоров'я.

11. Ураховуючи 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 всіх верств населення, орієнтуватись на детермінанти, які визначають стан здоров'я у сучасних умовах. До першочергових завдань слід віднести заходи щодо зменшення нерівності серед населення в 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 в системі охорони здоров'я, а й загалом у спектрі соціального життя.

## 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. Матвійів. 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. Тракткування 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 Михайла 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 прийом 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 крізь 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 Міжнарод. 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. арк.).

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 євроазіатського 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.).

## 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. – Інститут демографії та соціальних досліджень імені 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. У дисертації розроблено концептуальну основу дослідження соціально-економічних детермінант нерівності у здоров'ї населення. Проведено соціологічне опитування, за результатами якого виявлені основні соціально-економічні детермінанти нерівності у здоров'ї населення України. Вироблено методологічні засади оцінювання впливу соціально-економічних детермінант на стан здоров'я та нерівність у здоров'ї населення з використанням мікроімітаційного моделювання.

Крізь призму концепції життєвого курсу визначено ступінь впливу умов раннього періоду життя на стан здоров'я населення в дорослому житті. Оцінено сучасний стан і тенденції змін соціально-економічних детермінант (доходи, зайнятість, освіта, соціальний капітал), а також безпосередньо пов'язаних з ними 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.

Змодельовано вплив соціально-економічних детермінант на стан здоров'я населення. Розроблено й апробовано методологічні підходи до розрахунку композиційного індексу рівня здоров'я та визначення характеристик нерівності груп населення за рівнем здоров'я. 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.

## АННОТАЦІЯ

***Шушпанов Д. Г. Социально-экономические детерминанты неравенства в здоровье населения. – Квалификационный научный труд на правах рукописи.***

Диссертация на соискание ученой степени доктора экономических наук по специальности 08.00.07 – демография, экономика труда, социальная экономика и политика. – Институт демографии и социальных исследований имени М. В. Птухи НАН Украины, г. Киев, 2019.

Исследование посвящено развитию теории и совершенствованию методологии исследования влияния социально-экономических детерминант на неравенство в здоровье населения для научного обоснования принципов и направлений государственной политики сохранения и укрепления здоровья населения. В диссертации разработана концептуальная основа исследования социально-экономических детерминант неравенства в здоровье населения. Проведён социологический опрос, по результатам которого выявлены социально-экономические детерминанты неравенства в здоровье населения Украины. Разработаны методологические основы оценки влияния социально-экономических детерминант на состояние здоровья и неравенство в здоровье населения с использованием микроимитационного моделирования.

Сквозь призму концепции жизненного курса определена степень влияния условий раннего периода жизни на состояние здоровья во взрослой жизни. Проведена оценка современного состояния и тенденций изменения социально-экономических детерминант (доходы, занятость, образование, социальный капитал), а также непосредственно связанных с ними условий окружающей среды, питания, доступности и качества медицинских товаров и услуг, индивидуального поведения и ответственности населения за состояние собственного здоровья и их влияния на неравенство в здоровье населения Украины.

Смоделировано влияние социально-экономических детерминант на состояние здоровья населения. Разработаны и апробированы методологические подходы к расчету композиционного индекса уровня здоровья и определения характеристик неравенства групп населения по уровню здоровья. Предложены концептуальные основы политики, направленной на преодоление негативных тенденций углубления неравенства в состоянии здоровья населения Украины на основе улучшения социально-экономических детерминант.

*Ключевые слова:* здоровье населения, социально-экономические детерминанты, неравенство, смертность, заболеваемость, социально-экономический статус, доход, образование, политика.

## 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. – 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.

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. 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.

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.

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.

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.

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.

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.

Підписано до друку 16.04.2019 р.  
Формат 60x90/16. Гарнітура Times.  
Папір офсетний. Друк на дублікаторі.  
Умов. друк. арк. 1,9. Обл.-вид. арк. 2,0.  
Зам. № А017-19. Тираж 130 прим.

Видавець та виготовлювач  
Тернопільський національний економічний університет  
вул. Львівська, 11, м. Тернопіль 46009

*Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи  
до Державного реєстру видавців ДК № 3467 від 23.04.2009 р.*

Видавничо-поліграфічний центр «Економічна думка ТНЕУ»  
вул. Бережанська, 2, м. Тернопіль 46009  
тел. (0352) 47-58-72  
E-mail: [edition@tneu.edu.ua](mailto:edition@tneu.edu.ua)