



Міжнародна економіка

Олена БУЛАТОВА,  
Ольга ГРИБІНЕНКО

**ВПЛИВ СИСТЕМИ ОСВІТИ  
ТА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
НА РІВЕНЬ СОЦІАЛЬНОЇ БЕЗПЕКИ КРАЇН  
У КОНТЕКСТІ ГЛОБАЛЬНИХ ЦІЛЕЙ  
СТАЛОГО РОЗВИТКУ**

**Резюме**

Вивчено вплив систем охорони здоров'я та освіти на рівень соціальної спрямованості економічного розвитку. Виявлено, що низький рівень соціальної орієнтації країн вказує на наявні загрози національній безпеці як в економічній, так і в соціальній сфері, що потребує розробки ефективної економічної політики з урахуванням цілей національного сталого розвитку. Соціальні фактори покласифіковано на такі групи: демографічні фактори; показники розвитку системи освіти; показники кон'юнктури ринку праці; показники розвитку системи охорони здоров'я; показники системи розподілу приватного доходу та соціально-економічної нерівності. З точки зору цілей сталого розвитку і факторів безпеки визначено два основних компоненти соціального забезпечення: розвиток системи освіти та розвиток системи охорони здоров'я, які характеризуються відповідними групами показників. Систематизовано показники з урахуванням динаміки їх граничних значень і потенційних

© Олена Булатова, Ольга Грибіненко, 2020.

Булатова Олена, докт. екон. наук, професор, Маріупольський державний університет, м. Маріуполь. ORCID: 0000-0001-7938-7874.

Грибіненко Ольга, канд. екон. наук, доцент, НТУ «Дніпровська політехніка», м. Дніпро. ORCID ID: 0000-0001-6320-2775.

тенденцій змін. Використано показники як критерії для виявлення можливих критичних загроз або ризиків для безпеки. Зазначено, що вони також дають змогу своєчасно розглянути та підтримати стійкість і безпеку соціального розвитку. За результатами інтегральної оцінки визначено певні країни, які належать до групи з оптимально високим рівнем безпеки або до тієї групи, яка має найнижчі позиції. Констатовано, що результати досліджень доводять важливість сфер охорони здоров'я та освіти у контексті досягнення цілей сталого розвитку і забезпечення високого рівня соціального забезпечення.

### **Ключові слова**

Безпека, соціальна безпека, сталий розвиток, освіта, охорона здоров'я.

Класифікація за JEL: I15, I25, H55, Q01.

### **Безпека і сталий розвиток**

Сьогодні перед кожною країною світу постає проблема узгодження питань забезпечення реалізації соціальних цілей розвитку та пошуку ресурсних і фінансових можливостей для їх досягнення. Соціальна спрямованість розвитку різних країн світу обмежується наявністю економічних ресурсів, а також сформованими у державі пріоритетами щодо їх використання. Однак вагомість соціальної складової у забезпеченні сталого розвитку, активізації економічної активності, зростанні рівня життя та добробуту населення, формуванні високого рівня людського капіталу постійно зростає, особливо в умовах нестабільності економічного розвитку і загострення кризових явищ у розвитку економічних процесів.

Наукові пошуки й емпіричні дослідження щодо формування та забезпечення економічної безпеки здійснюються протягом тривалого періоду. Як слушно зазначає Б. МакСвіні [8, с. 18], безпека – це людська цінність, що перетинається з категоріями свободи, порядку і солідарності, забезпечення яких має здійснювати саме держава. Наукові розробки щодо вимірювання й оцінювання безпеки пов'язані з дослідженнями, присвяченими аналізу розподілу ресурсів та використання економічної влади (М. Реннер [10], П. Акройд і С. Марсден [1]), впливу соціальних конфліктів (Х. Маул [7]), за-

безпечення демократичних засад розвитку суспільства, гарантування та реалізації прав людини (Б. Меллер [9]), нетрадиційної безпеки (Л. Джонс і С. Хампрі [4], Т. Майер-Кнапп [6], М. Кабаллеро-Ентоні [3]) та взаємозалежності між рівнем розвитку людського капіталу і системою соціального забезпечення (М. Жанг, Х. Зоу та Л. Ша [18]).

Сучасні загрози розвитку національних економічних систем пов'язані не тільки з військовими конфліктами. До конфлікту між країнами можуть призвести також нетрадиційні загрози, тому держава і громадяни, тобто всі відповідають за забезпечення безпеки. Загрози невійськового характеру, що мають транснаціональний масштаб, потребують проведення невійськових заходів [3, с. 13–15]. В умовах посилення загроз для національної безпеки сучасні держави активно ведуть політику економічного націоналізму [11] для забезпечення економічної безпеки, захисту власних інтересів та інтересів своїх громадян.

Соціальну безпеку розуміють як таку сукупність умов розвитку, за яких досягається високий рівень захищеності соціальних інтересів кожної окремої людини і суспільства загалом та забезпечується спроможність держави запобігати соціальним викликам, ризикам, небезпекам і загрозам [19, с. 17]. При цьому варто наголосити, що соціальна безпека як вагомий складник економічної безпеки перебуває під впливом всіх інших сфер національної безпеки, ризики та загрози яких відповідно зумовлюють і змінюють параметри системи забезпечення соціальної безпеки.

Країни світу характеризуються різним рівнем соціальної орієнтації економічного розвитку, зокрема встановлено, що цей рівень прямо корелює з досягнутим рівнем економічного розвитку та його стабільністю. Низький рівень соціальної орієнтації країн свідчить про наявність загроз національній безпеці в економічній і соціальній сферах, а отже, виникає необхідність розробки більш зваженої ефективної економічної політики, особливо з урахуванням цілей сталого розвитку [14].

### **Розвиток системи освіти як індикатор соціальної безпеки**

У межах дослідження з метою врахування та оцінки впливу соціальної складової на забезпечення міжнародної економічної безпеки країн запропоновано систематизувати соціальні фактори за такими групами: демографічні фактори; індикатори розвитку системи освіти; індикатори стану ринку праці; індикатори розвитку системи охорони здоров'я; індикатори системи розподілу доходів населення і соціально-економічної нерівності.

Оцінку показників *розвитку системи освіти* як індикаторів соціальної безпеки з визначенням можливих загроз за ризиків їх зміни на рівень безпеки подано у табл. 1. Освіта загалом є одним із драйверів розвитку, одним із найбільш дієвих інструментів зменшення рівня бідності та покращення здоров'я, гендерної рівності, миру й стабільності. Освіта забезпечує велику, послідовну віддачу з точки зору доходу і стає фактором забезпечення рівності можливостей. Для окремого індивіда освіта сприяє працевлаштуванню, отриманню високого доходу, покращенню якості життя, для суспільства – довгостроковому економічному зростанню, активізації інновацій, зміцненню інститутів та соціальному згуртуванню. У світовому вимірі кожен додатковий рік навчання забезпечує 9% збільшення погодинного заробітку [15]. Загалом ефективні інвестиції в освіту мають вирішальне значення для розвитку людського капіталу і боротьби з бідністю. Країни, що розвиваються, досягли значного прогресу в розвитку освіти, але при цьому близько 260 млн. дітей у світі не мають змоги відвідувати початкову та середню школу, 53% всіх дітей у країнах з низьким і середнім рівнями доходу не вміють читати та не здатні розуміти прочитане.

За даними ООН [13], незважаючи на значний прогрес у доступі до освіти за останні роки, у 2017 р. 262 млн. дітей і молоді віком від 6 до 17 років не навчалися, а більше, ніж половина дітей та підлітків, не мають мінімальних навичок з читання і математики. Близько 750 млн. дорослих (дві третини – жінки) залишилися неграмотними у 2016 р. Половина неграмотного населення у світі живе в Південній Азії, а чверть – в Африці, на південь від Сахари. У багатьох країнах, що розвиваються, все ще бракує базової інфраструктури та засобів для забезпечення ефективного навчального середовища (доступ до електроенергії, Інтернету, комп'ютерів і базової питної води й ін.).

Відповідно до динаміки індикаторів розвитку освіти за період 2000–2018 рр. та варіації за вибіркою країн, що аналізуються, розраховано їх граничні значення як індикатори безпеки (табл. 2).

Отже, за аналізований період обсяги державних витрат на освіту в структурі ВВП у світі зростали протягом 2000–2012 рр. (приріст на 8,9% за період і 0,7% середньорічного зростання) та, навпаки, характеризувалися скороченням у 2012–2018 рр. Нижня критична межа показника становить 1,49% у 2018 р. (1,44% у 2000 р.), верхня критична межа – 8,45% у 2018 р. (7,79% у 2000 р.). Загалом суттєвих динамічних змін за аналізований період не відбулося. Слід також зазначити, що серед аналізованих країн найвищий рівень витрат на освіту мають країни європейського регіону, зокрема: Норвегія (7,98%), Швеція (7,67%), Данія (7,63%), а найнижчий рівень – Бахрейн (2,5%), Філіппіни (2,65%) і Сінгапур (2,9%).

Таблиця 1

## Індикатори рівня розвитку освіти в системі соціальної безпеки

Індикатор / характер впливу	Характеристика з позиції визначення рівня небезпеки	Узгодженість із цілями сталого розвитку
Державні витрати на систему освіти, % до ВВП / стимулятор ( $Exp_{ed}$ )	Індикатор характеризує рівень та інтенсивність фінансування системи освіти за рахунок державних коштів. Він виражає ступінь пріоритетності розвитку освіти на всіх рівнях у державній політиці, який зростає за умови збільшення індикатора.	SDG 4. Забезпечення всеохопної та якісної освіти і сприяння можливості навчання протягом життя. 4.1. До 2030 р. забезпечити доступ до безкоштовної, рівноправної й якісної початкової та середньої освіти. 4.4. До 2030 р. збільшити число молодих і дорослих людей, які мають професійні знання та навички, необхідні на ринку праці, для отримання гідної роботи і заробітної плати.
Частка зарахованих до вищих закладів освіти, % до загального числа School enrollment, tertiary (% gross) / стимулятор ( $Enr_t$ )	Індикатор виражає відношення загальної кількості вступників у ЗВО незалежно від віку до населення вікової групи, яке офіційно відповідає рівню освіти. Він є одним з можливих індикаторів рівня розвитку системи освіти і рівня освіченості населення країни.	4.6. До 2030 р. забезпечити умови для підвищення грамотності населення у будь-якому віці.
Індекс освіти / Education Index (як складова індексу розвитку людського потенціалу (Human development index) / Стимулятор (EI)	Інтегральний показник враховує середню тривалість (років) навчання у школі (для дорослих) та очікувану тривалість (років) навчання у школі (для дітей). Чим вище значення індикатора, тим більш високим є рівень освіченості населення і доступності освітніх послуг.	

Щодо показника, який характеризує частку зарахованих осіб до вищих закладів освіти відносно чисельності населення, котре може бути вступниками, то середньосвітове значення індикатора дорівнює 38,04% у 2018 р., що майже вдвічі вище від рівня 2000 р. (19,08%) та характеризується зростаючим трендом загалом. Потрібно також вказати на суттєву варіацію рівня показника у країнах вибірки, що зумовило відсутність нижніх граничних значень (з урахуванням високого стандартного відхилення вони набули від'ємних значень). Верхня критична межа показника становить 88,69% у 2018 р. (62,66% у 2000 р., приріст 41,53%). Серед аналізованих країн найвищий рівень частки зарахованих до вищих закладів освіти осіб мають Австралія (113,14%), Південна Корея (94,35%) і Туреччина (96%), а найнижчий рівень – Ангола (9,34%), Нігерія (10,17%) й Ємен (10,15%).

Таблиця 2

**Динаміка граничних значень індикаторів розвитку освіти у системі безпеки країн світу за період 2000–2018 рр.**

Індикатор	Граничні значення*	Роки						Відносна зміна 2018 р./ 2000 р., %
		2000	2004	2008	2012	2016	2018	
Державні витрати на систему освіти, %	СП	4,61	4,65	4,63	5,02	4,98	4,97	7,75
	НК	1,44	1,44	1,10	1,56	1,55	1,49	3,82
	НП	3,03	3,05	2,87	3,30	3,27	3,24	6,82
	ВП	6,20	6,26	6,39	6,74	6,69	6,70	8,20
	ВК	7,79	7,87	8,17	8,48	8,41	8,45	8,47
Частка зарахованих осіб до вищих закладів освіти, %	СП	19,08	23,68	27,06	32,72	37,39	38,04	99,39
	НК	0	0	0	0	0	0	–
	НП	0	0	0,53	7,74	11,72	12,80	–
	ВП	40,80	47,89	53,59	57,70	63,07	63,28	55,10
	ВК	62,66	72,26	80,30	82,85	88,92	88,69	41,53
Індекс освіти	СП	0,52	0,55	0,58	0,61	0,63	0,63	22,67
	НК	0,19	0,23	0,27	0,31	0,35	0,36	89,89
	НП	0,35	0,39	0,43	0,46	0,49	0,50	40,54
	ВП	0,68	0,70	0,73	0,75	0,77	0,77	13,40
	ВК	0,84	0,86	0,89	0,90	0,91	0,91	7,69

Що стосується індексу освіти, який є складовою індексу розвитку людського потенціалу ООН [5], то можна простежити тенденцію до зростання рівня освіти у світі, зокрема середньосвітове значення індексу збільшилося на 22,67% з 0,52 у 2000 р. до 0,63 у 2018 р. Нижня критична межа показника дорівнює 0,36 у 2018 р. (0,19 у 2000 р.), а верхня критична межа – 0,91 у 2018 р. (0,84 у 2000 р.). Серед аналізованих країн найвище значення індексу мають Німеччина (0,946), Великобританія (0,916) та Норвегія (0,919), а найнижчий рівень – Ємен (0,347), Нігерія (0,486) й Ангола (0,498).

Результати оцінки знаходження країн у різних зонах безпеки за індикаторами розвитку освіти у період ретроспективного аналізу (2000 р. і 2018 р.) наведено у табл. 3.

Таблиця 3

## Оцінка ризиків та загроз безпеці країн за індикаторами розвитку освіти

Індикатори	2000 р.		2018 р.	
	зона відносної небезпеки (ризика) ВП-ВК, НК-НП	зона критичної небезпеки (<НК, >ВК)	зона відносної небезпеки (ризика) ВП-ВК, НК-НП	зона критичної небезпеки (<НК, >ВК)
Державні витрати на систему освіти, % (GExp <sub>ed</sub> )	6 країн (11,3%) НК-НП: Росія, Китай, Індонезія, Туреччина, Бахрейн, Ангола	1 країна (1,9%) <НК: ОАЕ	5 країн (9,4%) НК-НП: Сінгапур, Катар, Філіппіни, ОАЕ, Бахрейн	–
Частка зареєстрованих осіб до вищих закладів освіти, % (SE <sub>tert</sub> )	–	–	3 країни (5,7%) НК-НП: Ангола, Ємен, Нігерія	–
Індекс освіти (EI)	3 країни (5,7%) НК-НП: Ангола, Ємен, Марокко	–	2 країни (3,8%) НК-НП: Ангола, Нігерія	1 країна (1,9%) <НК: Ємен

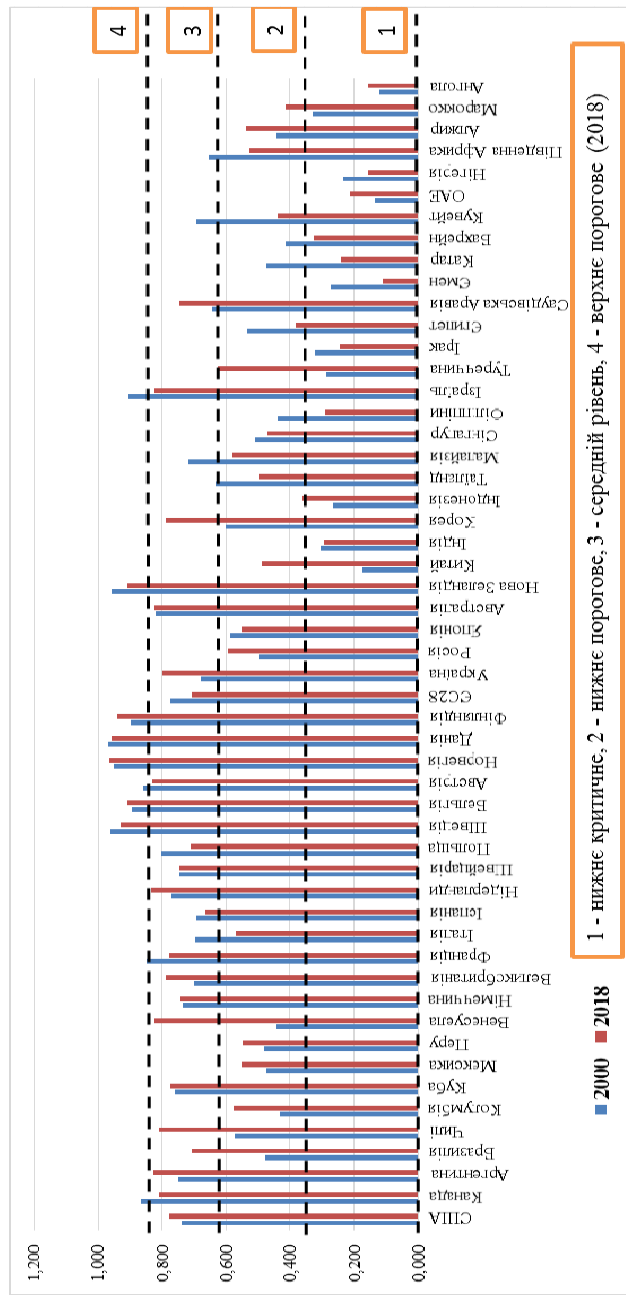
Отже, за аналізованими освітніми індикаторами у критичні зони небезпеки потрапило лише по одній країні: ОАЕ у 2000 р. за часткою витрат на освіту та Ємен з індексом освіти у 2018 р. В зоні ризику, або відносної небезпеки, також перебуває невелика кількість країн (за станом на 2018 р. до 9,4% з усієї сукупності). Це переважно найменш розвинені країни африканського регіону (Ємен, Ангола й Нігерія) і деякі країни азійського регіону (Філіппіни та Сінгапур у 2018 р.).

Результати розрахунку освітньої субскладової соціальної безпеки за аналізованою вибіркою країн у період 2000–2018 рр. подано на рис. 1.

Отже, найбільш високі інтегральні оцінки за рівнем розвитку освіти у структурі соціальної безпеки отримано для таких країн, як: Норвегія (0,966), Данія (0,958), Фінляндія (0,94), Швеція (0,93), Бельгія (0,91), Нова Зеландія (0,91), тобто для високорозвинених країн переважно європейського регіону, за винятком Нової Зеландії. Значення індексів безпеки цих країн перебувають за межами верхнього порогового значення (0,853 у 2018 р.), що дає змогу їх зарахувати до групи з оптимально високим рівнем безпеки за освітніми індикаторами.

Рисунок 1

Розподіл країн світу за інтегральним рівнем освітньої складової соціальної безпеки





Найменші інтегральні оцінки безпеки в цій складовій у таких країн, як: Індонезія (0,362), Бахрейн (0,324), Індія (0,297), Філіппіни (0,292), Ірак (0,245), Катар (0,240), ОАЕ (0,214), Нігерія (0,158), Ангола (0,157) й Ємен (0,111), тобто у країн, що розвиваються, і переважно країн африканського регіону. Значення індексів безпеки цих країн перебувають за межами нижнього порогового значення (0,381 у 2018 р.), що дає змогу зарахувати їх до групи відносної небезпеки.

Щодо закономірностей динаміки інтегрального субіндексу рівня розвитку освіти, то вкажемо таке: *перша група країн*, що характеризуються тенденцією до падіння рівня субіндексу безпеки (зниження індексу в 2018 р. порівняно з 2000 р.), – це 20 країн з вибірки (37,7%), серед яких найбільшими темпами зменшилась величина індексу в країн, що розвиваються: Ємен (–59,4%), Катар (–49,6%) та Кувейт (–36,3%); у групі розвинених країн – Італія (–18,1%), Польща (11,7%) і Канада (–6,3%); *друга група країн*, що характеризуються тенденцією до зростання рівня безпеки, – це 33 країни з вибірки (62,3%), серед яких найбільшими темпами збільшилася величина індексу в Китаю (у 2,8 разу), в Туреччині (у 2,2 разу) та у Венесуелі (на 86,8%). Результати класифікації країн вибірки за рівнем розвитку освіти як складової соціальної безпеки з урахуванням розрахованих граничних значень наведено у табл. 4.

Таким чином, 52,8% країн є відносно безпечними (3-тя і 4-та групи), решта країн перебуває в зоні ризику, що негативно впливає на рівень соціальної безпеки.

Таблиця 4

**Групи країн за інтегральним рівнем розвитку освіти як складової соціальної безпеки**

Діапазон варіації індексів безпеки	Рівень безпеки	Значення (оцінки 2018 р.)	Країни
НК-НП (діапазон значень між нижнім критичним і нижнім пороговим значенням)	Небезпечний рівень	< 0,381	<i>10 країн (18,9%):</i> Індонезія, Бахрейн, Індія, Філіппіни, Ірак, Катар, ОАЕ, Нігерія, Ангола, Ємен <i>Середній 0,240</i>
НП-СП (діапазон значень між нижнім пороговим значенням та середньо-світовим рівнем)	Незадовільний рівень	0,381–0,617	<i>15 країн (28,3%):</i> Росія, Малайзія, Колумбія, Італія, Японія, Мексика, Перу, Алжир, ПАР, Таїланд, Китай, Сінгапур, Кувейт, Марокко, Єгипет <i>Середній 0,506</i>

Діапазон варіації індексів безпеки	Рівень безпеки	Значення (оцінки 2018 р.)	Країни
СП-ВП (діапазон значень між середньосвітовим рівнем і верхнім пороговим значенням)	Задовільний рівень	0,617–0,853	22 країни (41,5%): Нідерланди, Австрія, Аргентина, Венесуела, Ізраїль, Австралія, Канада, Чилі, Україна, Південна Корея, Великобританія, США, Франція, Куба, Саудівська Аравія, Швейцарія, Німеччина, Польща, Бразилія, ЄС-28, Іспанія, Туреччина <i>Середній 0,770</i>
ВП-ВК (діапазон значень між верхнім пороговим та верхнім критичним значенням)	Безпечний рівень	> 0,853	6 країн (11,3%): Норвегія, Данія, Фінляндія, Швеція, Бельгія, Нова Зеландія <i>Середній 0,936</i>

### Індикатори розвитку охорони здоров'я у системі соціальної безпеки

Ще однією складовою соціальної безпеки є група індикаторів, що характеризують *розвиток системи охорони здоров'я*. Їх характеристику з позиції цілей сталого розвитку та факторів безпеки подано у табл. 5.

Таблиця 5

#### Індикатори розвитку охорони здоров'я в системі соціальної безпеки

Індикатор / характер впливу	Характеристика з позиції визначення рівня небезпеки	Узгодженість із цілями сталого розвитку
Державні витрати на систему охорони здоров'я, % до ВВП / стимулятор (GExp <sub>h</sub> )	Індикатор характеризує рівень та інтенсивність фінансування державою системи охорони здоров'я. Він виражає ступінь пріоритетності розвитку цієї сфери у	SDG 3. Забезпечення здорового способу життя і добробуту в будь-якому віці. 3.8. Забезпечити загальне охоплення послугами охорони здоров'я, у тому чис-

Індикатор / характер впливу	Характеристика з позиції визначення рівня небезпеки	Узгодженість із цілями сталого розвитку
	державній політиці й рівень орієнтації на забезпечення здоров'я нації. За умови збільшення індикатора з'являються можливості щодо зростання рівня розвитку системи охорони здоров'я, що відповідно позитивно впливає на рівень соціальної безпеки.	лі захист від фінансових ризиків, доступ до якісних основних медико-санітарних послуг та доступ до безпечних, ефективних, якісних і недорогих основних лікарських засобів та вакцин для всіх. Зс. Істотно збільшити фінансування охорони здоров'я і набір працівників та покращити розвиток, професійну підготовку й утримання медичних кадрів у країнах, що розвиваються, особливо в найменш розвинених країнах.
Число лікарів, на 1000 осіб населення / стимулятор (Ph)	Індикатор є індикатором рівня розвитку системи охорони здоров'я. Зменшення показника або несуттєве його значення можна оцінювати як загрозу соціальній безпеці.	
Рівень захворюваності на туберкульоз (zareєстрованих захворювань на 100000 осіб населення) / дестимулятор (Inc <sub>tub</sub> )	Індикатори відображають рівень захворюваності населення за найбільш небезпечними категоріями захворювань, що мають інфекційний характер і стоять на порядку денному в забезпеченні сталого розвитку (goal 3). Зменшення значень індикатора є свідченням зростання рівня ефективності системи охорони здоров'я, ефективності заходів профілактики та лікування, що веде до покращення загального рівня благополуччя нації й ідентифікує зростання рівня безпеки.	3.3. До 2030 р. зупинити епідемії СНІДу, туберкульозу, малярії та тропічних хвороб, яким не приділяється належна увага, і забезпечити боротьбу з гепатитом, захворюваннями, що передаються через воду, та іншими інфекційними захворюваннями. 3d. Нарощувати потенціал всіх країн, особливо країн, що розвиваються, для раннього попередження, зниження ризиків і регулювання національних та глобальних ризиків для здоров'я.
Рівень захворюваності на ВІЛ (zareєстрованих захворювань на 1000 осіб населення у віці 15–49 років) / дестимулятор (Inc <sub>hiv</sub> )		
Рівень захворюваності на малярію (zareєстрованих захворювань на 1000 осіб населення в зоні ризику) / дестимулятор (Inc <sub>mal</sub> )		

На основі аналізу результатів досліджень ООН з питань забезпечення досягнення SDG 3 [12] і звітів Міжнародної організації охорони здоров'я [16] виокремлено певні особливості розвитку сфери охорони здоров'я у світі. Ча-

стка загальних державних витрат, спрямованих на охорону здоров'я, становить 10,6% (2016 р.), коливаючись у межах 2–20% залежно від рівня розвитку країни. У країнах з низьким рівнем доходу вона в середньому дорівнює 6,6%, у країнах з високим рівнем доходу – понад 14%. Індикатором рівня розвитку системи охорони здоров'я є забезпеченість кваліфікованими медичними кадрами. Його рівень також тісно корелює з рівнем доходів країн. За останніми даними (2013–2018 рр.), встановлено, що майже 40% країн світу мають менше, ніж 10 лікарів на 10000 осіб, причому 90% країн з низьким рівнем та лише 5% країн з високим рівнем доходу відчувають дефіцит лікарів. Загалом середньосвітовий рівень забезпеченості населення висококваліфікованими медичними кадрами (лікарями) становить 15 осіб на 10 тис. населення. За оцінками ВООЗ, глобальний рівень дефіциту медичних працівників до 2030 р. дорівнюватиме 18 млн. осіб (передусім у країнах з низьким і середнім рівнями доходу) [17, с. 49]. Офіційна допомога розвитку сектору охорони здоров'я від усіх донорів зросла на 61% (10,7 млрд. дол. США у 2017 р.), зокрема на боротьбу з малярією витрачено 2,0 млрд. дол., з туберкульозом – 1,0 млрд. дол. та з іншими інфекційними захворюваннями – 2,3 млрд. дол. [12].

Ще один індикатор розвитку системи охорони здоров'я – це рівень доступності до необхідних лікарських засобів високої якості у будь-якій час і у відповідній лікарській формі. В межах проведеного дослідження ВООЗ (16 країн різних регіонів) визначено, що лише 15,5% опитаних об'єктів забезпечені необхідними лікарськими засобами (цей рівень вищий у державних установах). Розвиток системи охорони здоров'я залежить від впровадження результатів досліджень та розробки нових ліків і методів лікування. За даними ОЕСР, лише 18 зі 139 країн (13%), що отримують зовнішнє фінансування для проведення медичних досліджень, досягають заявлених результатів у розвитку медицини. До основних індикаторів, за якими ООН оцінює досягнення цілей сталого розвитку у сфері охорони здоров'я, належать: тривалість життя (що, як було зазначено раніше, у світі має глобальний тренд до зростання), показники репродуктивного здоров'я жінки, здоров'я новонароджених, матері та дитини, показники рівня інфекційних і неінфекційних захворювань, показники стану системи охорони здоров'я й рівень її фінансування.

Що стосується тривалості життя, то у країнах з низьким рівнем доходу (62,7 року) вона на 18,1 року нижча, ніж у країнах з високим рівнем доходу (80,8 року), з наявністю глобальної різниці між чоловіками та жінками у 4,4 року. Серед основних умов, що сприяють найбільшому скороченню тривалості життя у країнах з низьким рівнем доходу, ВООЗ виділяє: респіраторні інфекції, розлади кишкового тракту, інсульт, ВІЛ / СНІД, туберкульоз, ішемічну хворобу серця, малярію, дорожньо-транспортні травми, вроджену асфіксію і пологову травму, а також білково-енергетичне недоїдання. У країнах з високим рівнем доходу передчасна смерть часто пов'язана з факторами навколишнього середовища або неправильним способом життя.

Щодо групи індикаторів репродуктивного здоров'я жінки, здоров'я новонароджених, матері та дитини, то спостерігається значне покращення показників у групі країн з низьким рівнем доходів, а саме: зменшення смертності жі-

нок під час пологів (1 жінка на кожні 500 пологів у 2015 р.), проведення пологів кваліфікованим персоналом (81% у 2018 р.), зниження рівня смертності дітей до 5 років (39 дітей на 1000 осіб у 2017 р.), зменшення неонатальної смертності (18 людей на 1000 осіб у 2017 р.), активна імунізація населення, зростання рівня охоплення вакцинами (85% у 2017 р.), розширення доступу до сучасних засобів контрацепції (76% жінок у репродуктивному віці в 2018 р.).

Характеризуючи рівень захворюваності населення у світі, можемо зауважити, що рівень захворюваності на ВІЛ серед дорослих віком 15–49 років знизився на 43,7% за 2000–2017 рр. і становив у світі 0,4 випадку на 1000 осіб. Зберігається високий рівень захворюваності на туберкульоз: 134 випадки на 100 тис. осіб у 2017 р., але він має тенденцію до скорочення (на 22% за 2000–2017 рр.). Високий рівень захворювань на малярію простежується у країнах африканського регіону (90% випадків від загальної кількості у світі). Так, у 2017 р. зареєстровано 219 млн. випадків, що призвело до 435 тис. смертей. Відповідно до динаміки індикаторів розвитку системи охорони здоров'я за період 2000–2018 рр. та варіації за вибіркою аналізованих країн розраховано їх граничні значення як індикатори безпеки (табл. 6).

Отже, за аналізований період частка державних витрат на охорону здоров'я у ВВП світу збільшилася на 17,1% і дорівнювала 10,02% (2016 р.). Нижня критична межа оцінена у 3,53%, а нижнє порогове значення – у 6,79%. Верхнє критичне значення, за даними 2018 р., становить 16,51%, що на 23,2% більше від рівня 2000 р. (13,41%). Найвищий показник частки витрат на охорону здоров'я, за даними 2016 р., мають: США (17,07%), Швейцарія (12,25%), Куба (12,19%), Бразилія (11,71%), Франція (11,54%) й Німеччина (11,17%), у більшості країн ЄС цей показник вищий від середньосвітового рівня. Найменший показник частки витрат на охорону здоров'я мають: Ангола (2,88%), Катар (3,08%), Індонезія (3,12%) та Ірак (3,31%). Рівень забезпеченості населення лікарями у світі дорівнює 1,59 людини на 1000 осіб у 2018 р., що на 22,6% вище від рівня 2000 р. Нижнє порогове значення, яке ідентифікуватиме небезпеку, оцінено у 0,02.

Показники рівня захворюваності на основні інфекційні хвороби, що є дестимулятором, діагностують критичну небезпеку за межами верхніх критичних значень. Так, у 2018 р. захворюваність на туберкульоз у світі становила 132 випадки на 100 тис. осіб, що на 23,3% менше від рівня 2000 р., причому верхнє критичне значення оцінено у 373 випадки, що на 14,1% менше від рівня 2000 р. (434 випадки). Захворюваність на ВІЛ у світі дорівнювала 0,39 випадків на 1000 осіб, що на 45,1% менше від рівня 2000 р., причому верхнє критичне значення оцінено у 2,8 випадку, що на 60% менше від рівня 2000 р. (7 випадків). Захворюваність на малярію у світі становила 59,12 випадку на 1000 осіб, що на 25% менше від рівня 2000 р., причому верхнє критичне значення оцінено у 147,7 випадку, що на 25,6% менше від рівня 2000 р. (198,51 випадку). Результати оцінки знаходження країн вибірки в різних зонах безпеки за індикаторами розвитку системи охорони здоров'я у період ретроспективного аналізу (2000 р. і 2018 р.) наведено у табл. 7.

Таблиця 6

**Динаміка граничних значень індикаторів розвитку системи охорони здоров'я у системі безпеки країн світу за період 2000–2018 рр.**

Індикатор	Граничні значення*	Роки							Відносна зміна 2018 р./2000 р., %
		2000	2004	2008	2012	2016	2017	2018	
Державні витрати на систему охорони здоров'я, % до ВВП ( $GExp_h$ )	СП	8,56	9,35	9,06	9,46	10,02	10,02	10,02	17,1
	НК	3,71	4,11	3,30	3,13	3,53	3,53	3,53	-4,9
	НП	6,15	6,74	6,19	6,31	6,79	6,79	6,79	10,4
	ВП	10,98	11,96	11,93	12,62	13,26	13,26	13,26	20,8
	ВК	13,41	14,58	14,83	15,79	16,51	16,51	16,51	23,2
Число лікарів, на 1000 осіб населення ( $Ph$ )	СП	1,29	1,18	1,28	1,37	1,56	1,59	1,59	22,6
	НК	0	0	0	0	0	0	0	-
	НП	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,02	100,0
	ВП	2,63	2,53	2,65	2,78	3,11	3,15	3,15	19,7
	ВК	3,98	3,88	4,03	4,20	4,67	4,73	4,73	18,8
Рівень захворюваності на туберкульоз (на 100000 осіб) ( $Inc_{tub}$ )	СП	172	171	162	150	137	134	132	-23,3
	НК	0	0	0	0	0	0	0	-
	НП	41	16	11	14	9	10	12	-70,7
	ВП	303	326	325	304	265	258	252	-16,7
	ВК	434	483	490	460	395	382	373	-14,1
Рівень захворюваності на ВІЛ (на 1000 осіб) ( $Inc_{hiv}$ )	СП	0,71	0,58	0,50	0,46	0,41	0,40	0,39	-45,1
	НК	0	0	0	0	0	0	0	-
	НП	0	0	0	0	0	0	0	-
	ВП	3,84	3,26	2,80	2,28	1,87	1,73	1,59	-58,6
	ВК	7,00	5,96	5,11	4,11	3,33	3,08	2,80	-60,0
Рівень захворюваності на малярію (на 1000) ( $Inc_{mal}$ )	СП	78,87	75,30	75,30	65,89	59,29	59,12	59,12	-25,0
	НК	0	0	0	0	0	0	0	-
	НП	19,25	17,42	19,71	12,78	15,34	14,98	14,98	-22,2
	ВП	138,49	133,18	130,89	119,00	103,25	103,27	103,27	-25,4
	ВК	198,51	191,44	186,85	172,46	147,49	147,70	147,70	-25,6

Таблиця 7

## Оцінка ризиків та загроз безпеці країн за індикаторами розвитку системи охорони здоров'я

Індикатори	2000 р.		2018 р.	
	зона відносної небезпеки (ризик) ВП-ВК, НК-НП	зона критичної небезпеки (<НК, >ВК)	зона відносної небезпеки (ризик) ВП-ВК, НК-НП	зона критичної небезпеки (<НК, >ВК)
Державні витрати на систему охорони здоров'я, % до ВВП ( $GE_{\text{зрн}}$ )	16 країн (30,2%) НК-НП: Ємен, Марокко, Саудівська Аравія, Єгипет, Туреччина, Південна Корея, Індія, Китай, Росія, Україна, Польща, Великобританія, Перу, Мексика, Венесуела, Колумбія	13 країн (24,5%) <НК: Ангола, Алжир, Нігерія, ОАЕ, Кувейт, Бахрейн, Катар, Ірак, Філіппіни, Сінгапур, Малайзія, Індонезія, Таїланд	20 країн (37,7%) ВП-ВК: Ємен, Кувейт, Алжир, Бахрейн, Марокко, Саудівська Аравія, Китай, Єгипет, Туреччина, Індія, Росія, Україна, Польща, Перу, Мексика, Колумбія, Філіппіни, Сінгапур, Малайзія, Таїланд	6 країн (11,3%) <НК: Ангола, ОАЕ, Катар, Ірак, Індонезія, Венесуела
Число лікарів, на 1000 осіб (Ph)	–	–	–	–
Рівень захворюваності на туберкульоз (на 100000 осіб) ( $Inc_{\text{tub}}$ )	5 країн (9,4%) ВП-ВК: Індонезія; >СП: Нігерія, Таїланд, Індія, Перу	2 країни (3,8%) >ВК: Філіппіни, ПАР	5 країн (9,4%) ВП-ВК: Ангола, Індонезія; >СП: Нігерія, Таїланд, Індія	2 країни (3,8%) >ВК: Філіппіни, ПАР
Рівень захворюваності на ВІЛ (на 1000 осіб) ( $Inc_{\text{hiv}}$ )	3 країни (5,7%) ВП-ВК, >СП: Алжир, Таїланд, Україна	1 країна (1,9%) >ВК: ПАР	7 країн (13,2%) ВП-ВК: Ангола; >СП: Алжир, Нігерія, Росія, Україна, Бразилія, Чилі	1 країна (1,9%) >ВК: ПАР
Рівень захворюваності на малярію (на 1000 осіб) ( $Inc_{\text{mal}}$ )	–	2 країни (3,8%) >ВК: Ангола, Нігерія	–	2 країни (3,8%) >ВК: Ангола, Нігерія

За аналізованими індикаторами розвитку сфери охорони здоров'я у критичні зони небезпеки потрапило 11,3% у 2018 р. та 24,5% у 2000 р. країн за рівнем фінансування охорони здоров'я (це країни Африки й Азії, тобто країни, що розвиваються), причому ще 37,7% країн у 2018 р. і 30,2% країн у 2000 р. перебували у зоні ризику (серед них, зокрема, Польща та Великобританія, тобто розвинені країни, у 2000 р.).

Що стосується забезпеченості лікарями, то жодна країна не потрапила у критичні зони. Щодо захворюваності, то у критичних зонах невелика кількість країн (до 3,8%), зокрема це: Філіппіни і ПАР – за випадками туберкульозу, ПАР – за випадками ВІЛ, Ангола й Нігерія – за випадками малярії. За показниками захворюваності в зоні відносної небезпеки входять також ті країни, в яких рівень захворюваності перевищував середньосвітовий показник. У результаті 9,4% країн у 2018 р. перебувають у зоні відносної небезпеки – за випадками туберкульозу, 13,2% – за випадками ВІЛ.

Результати розрахунку інтегрального субіндексу рівня розвитку охорони здоров'я в соціальній безпеці за аналізованою вибіркою країн у період 2000–2018 рр. подано на рис. 2.

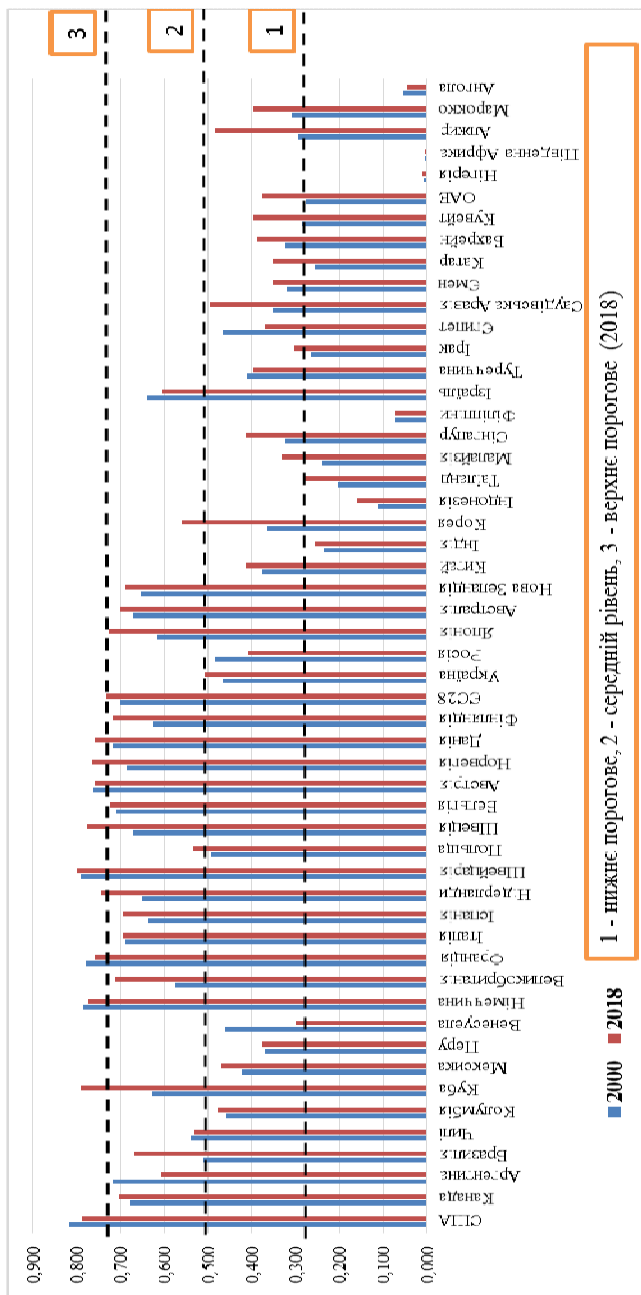
Отже, найбільш високі інтегральні оцінки за розвитком охорони здоров'я отримано для десятки таких країн, як: Швейцарія (0,801), Куба (0,790), США (0,787), Швеція (0,775), Німеччина (0,773), Норвегія (0,764), Франція (0,759), Австрія (0,758), Данія (0,757) та Нідерланди (0,745), тобто, за винятком Куби, всі країни є розвиненими і переважно належать до європейського регіону. Найменші інтегральні оцінки безпеки в цій складовій у таких країн, як: Таїланд (0,280), Індія (0,254), Індонезія (0,160), Філіппіни (0,071), Ангола (0,045), Нігерія (0,01) та країни Південної Африки (0,001), які є країнами, що розвиваються, і належать до азіатського та африканського регіонів.

Щодо закономірностей динаміки інтегрального субіндексу рівня розвитку охорони здоров'я, то вкажемо такі: *перша група країн*, що характеризуються тенденцією до скорочення рівня субіндексу безпеки, – це 13 країн з вибірки (24,5%), серед яких найбільшими темпами зменшилась величина індексу в таких країн, як: Венесуела (34,4%), Єгипет (–21,1%), Аргентина (–15,6%), Росія (–15,6%) й Ангола (–15,8%), ці країни належать до другої половини рейтингу; *друга група країн*, що характеризуються тенденцією до зростання рівня безпеки, – це 40 країн з вибірки (75,5%), серед яких найбільшими темпами зросла величина індексу в країн з низьким рівнем, зокрема це: Алжир (65,1%), Індонезія (41,1%), Саудівська Аравія (40,7%) і Південна Корея (53,7%). Країни з високими значеннями індексу характеризуються помірними темпами змін, що є свідченням їх стабільного розвитку.

Результати класифікації країн вибірки за рівнем розвитку охорони здоров'я як складової соціальної безпеки з урахуванням розрахованих граничних значень наведено у табл. 8.



Рисунок 2  
 Розподіл країн світу за інтегральним рівнем розвитку охорони здоров'я як складової соціальної безпеки



Таблиця 8

**Групи країн за інтегральним рівнем розвитку охорони здоров'я  
як складової соціальної безпеки**

Діапазон варіації індексів безпеки	Рівень безпеки	Значення (оцінки 2018 р.)	Країни
НК-НП (діапазон значень між ниж- нім критичним та нижнім пороговим значенням)	Небезпечний рівень	< 0,288	<i>7 країн (13,2%):</i> Таїланд, Індія, Індонезія, Фі- ліппіни, Ангола, Нігерія, краї- ни Південної Африки <i>Середній 0,117</i>
НП-СП (діапазон значень між ниж- нім пороговим значенням і сере- дньосвітовим рів- нем)	Незадовіль- ний рівень	0,288– 0,512	<i>20 країн (37,7%):</i> Україна, Саудівська Аравія, Алжир, Колумбія, Мексика, Сінгапур, Китай, Росія, Ку- вейт, Марокко, Туреччина, Бахрейн, ОАЕ, Перу, Єгипет, Катар, Ємен, Малайзія, Ірак, Венесуела <i>Середній 0,400</i>
СП-ВП (діапазон значень між сере- дньосвітовим рів- нем та верхнім пороговим зна- ченням)	Задовільний рівень	0,512– 0,735	<i>16 країн (30,2%):</i> ЄС-28, Японія, Бельгія, Фін- ляндія, Великобританія, Ка- нада, Австралія, Італія, Іспа- нія, Нова Зеландія, Бразилія, Аргентина, Ізраїль, Південна Корея, Польща, Чилі <i>Середній 0,662</i>
ВП-ВК (діапазон значень між верх- нім пороговим і верхнім критичним значенням)	Безпечний рівень	> 0,735	<i>6 країн (11,3%):</i> Швейцарія, Куба, США, Шве- ція, Німеччина, Норвегія, Франція, Австрія, Данія, Ні- дерланди <i>Середній 0,771</i>

Таким чином, 41,5% країн є відносно безпечними (3-тя та 4-та групи), решта країн перебуває у зоні ризику, що має негативний вплив на загальний рівень соціальної безпеки.

## **Висновки**

Отже, результати проведеного дослідження доводять значущість сфер освіти й охорони здоров'я у контексті як досягнення цілей сталого розвитку, так і забезпечення високого рівня соціальної безпеки. Систематизовані індикатори з урахуванням динаміки їх граничних значень та потенційних напрямків зміни на перспективу можуть бути використані як критерії, що ідентифікують можливі критичні загрози або ризики безпеці, своєчасне врахування яких дає змогу підтримувати стабільність і безпечність соціального розвитку.

За результатами проведених розрахунків встановлено, що 52,8% країн є відносно безпечними за розвитком освіти, 41,5% – за розвитком сфери охорони здоров'я. За окремими індикаторами сфери охорони здоров'я більша кількість аналізованих країн опинилась у зоні критичної або відносної небезпеки, що свідчить про більший ступінь негативного впливу цих факторів на рівень соціальної безпеки та, як наслідок, економічної безпеки.

Країни, які за результатами інтегрального оцінювання зараховано до групи з оптимально високим рівнем безпеки за освітніми індикаторами (Норвегія, Данія, Фінляндія, Швеція, Бельгія, Нова Зеландія), розглядають освіту як базис забезпечення високого рівня розвитку людського потенціалу і драйвер інноваційного розвитку. Країни, які мають найнижчі позиції за інтегральною оцінкою освітньої компоненти у структурі безпеки (Ємен, Ангола, Нігерія, ОАЕ, Катар, Ірак, Філіппіни й ін.), повинні підвищити рівень доступності та забезпеченості населення якісними освітніми послугами, що сприятиме зростанню рівня освіченості й, як наслідок, появи можливості забезпечення високого рівня доходів та їх рівномірного розподілу.

Щодо інтегральної оцінки сфери охорони здоров'я у структурі соціальної безпеки, то країни, які зараховано до групи небезпечних (Таїланд, Індія, Індонезія, Філіппіни, Ангола, Нігерія, країни Південної Африки та ін.), мають робити акцент на досягненні більш високого рівня забезпеченості кваліфікованим медичним персоналом і лікарями та наданні широкого доступу населенню до медичних послуг загалом, що сприятиме зниженню загального рівня захворюваності населення й підвищенню тривалості життя.

## **Список використаної літератури**

1. Ackroyd P. Enhancing security culture – simple, effective approaches to making improvement [Electronic resource] / P. Ackroyd, S. Marsden. – London : Greenstreet Berman, 2006. – Mode of access : [https://www.icheme.org/communities/subject\\_groups/security%20and%20loss%20prevention/resourc](https://www.icheme.org/communities/subject_groups/security%20and%20loss%20prevention/resourc)

- es/hazards%20archive/~media/Documents/Subject%20Groups/Security\_Loss\_Prevention/Hazards%20Archive/XIX/XIX-Paper-32.pdf.
2. Caballero-Anthony M. Introduction to the Non-Traditional Security Studies. A Transnational Approach / M. Caballero-Anthony. – London : Sage Publications, 2016. – P. 3–19.
  3. Caballero-Anthony M. Understanding Non-traditional Security / M. Caballero-Anthony. – Los Angeles : Sage, 2016. – P. 276.
  4. Hameiri S. Governing Borderless Threats. Non-Traditional Security and the Politics of State Transformation / S. Hameiri, L. Jones. – Cambridge : Cambridge University Press, 2015. – P. 286.
  5. Human Development Data [Electronic resource]. – Mode of access : <http://hdr.undp.org/en/data#>.
  6. Maier-Knapp N. The non-traditional security concept and the EU-ASEAN relationship against the backgrop of China's rise / N. Maier-Knapp // *The Pacific Review*. – 2015. – Vol. 29, № 3. – P. 411–430.
  7. Maull H. Raw materials, energy and Western security / H. Maull. – London, 1984. – P. 413.
  8. McSweeney B. Security, Identity and Interest: A Sociology of International Relations / B. McSweeney // Cambridge: Cambridge University Press. – 1999. – P. 239.
  9. Møller B. European security: the role of the Organization for security and cooperation in Europe / Bjørn Møller // *Crisis States Working Papers Series*. – 2008. – No. 2. – P. 29. – Mode of access : <http://www.lse.ac.uk/international-development/Assets/Documents/PDFs/csrc-working-papers-phase-two/wp30.2-european-security-and-the-osce.pdf>.
  10. Renner M. The Anatomy of Resource Wars [Electronic resource] / M. Renner. – Washington, DC : Worldwatch Institute, 2002. – Mode of access : <http://www.worldwatch.org/system/files/WP162.pdf>.
  11. Reznikova N. The Policy of Economic Nationalism: from Origins to New Variations of Economic Patriotism / Nataliia Reznikova, Volodymyr Panchenko, Olena Bulatova // *Baltic Journal of Economic Studies*. – 2018. – Vol. 4. – P. 274–281.
  12. Sustainable development goal 3 [Electronic resource]. – Mode of access : <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3>.
  13. Sustainable development goal 4 [Electronic resource]. – Mode of access : <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg4>.
  14. Sustainable development goals [Electronic resource]. – Mode of access : <https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300>.

15. The World bank [Electronic resource]. – Mode of access : <https://www.worldbank.org/en/topic/education/overview#1>.
16. World Health Organization [Electronic resource]. – Mode of access : <https://www.who.int/publications/en/>.
17. World health statistics: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals [Electronic resource]. – Geneva : World Health Organization, 2019. – Mode of access : [https://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2019/en/](https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2019/en/).
18. Zhang M. Social Security and Sustainable Economic Growth: Based on the Perspective of Human Capital Sustainability [Electronic resource] / M. Zhang, X. Zou, L. Sha. – 2019. – Vol. 11(3). – P. 662. – Mode of access : <https://doi.org/10.3390/su11030662>.
19. Стан та перспективи соціальної безпеки в Україні: експертні оцінки : моногр. [Електронний ресурс] / О. Ф. Новікова, О. Г. Сидорчук, О. В. Панькова [та ін.] ; Львів. регіон. ін-т держ. управл. НАДУ, НАН України, Ін-т екон. промисловості. –К., Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2018. – 184 с. – Режим доступу : [http://www.lvivacademy.com/download\\_2018/stan.pdf](http://www.lvivacademy.com/download_2018/stan.pdf).

Стаття надійшла до редакції 12 лютого 2020 р.