

Дмитро Георгійович ШУШПАНОВ

кандидат економічних наук, доцент,
докторант кафедри управління персоналом і регіональної економіки,
Тернопільський національний економічний університет
E-mail: shdg@rambler.ru

ДЕМОГРАФІЧНІ ТА СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ІНДИКАТОРИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ: ІДЕНТИФІКАЦІЯ ТА ВИКОРИСТАННЯ ДЛЯ ПОЛІТИКИ В УКРАЇНІ

Шушпанов, Д. Г. Демографічні та соціально-економічні індикатори здоров'я населення: ідентифікація та використання для політики в Україні [Текст] / Дмитро Георгійович Шушпанов // Український журнал прикладної економіки. – 2017. – Том 2. – Випуск 1. – С. 153-165. – ISSN 2415-8453.

Анотація

У статті досліджена проблема ідентифікації індикаторів здоров'я населення. З'ясовано, що від вибору індикаторів залежать не тільки масштаб та об'єктивність оцінювання стану здоров'я населення, але й детермінанти, які зумовлюють його нерівність серед різних соціально-економічних та демографічних груп населення.

Визначено критерії та принципи відбору індикаторів, які найбільш повно відображають стан здоров'я населення та соціально-економічних детермінант, які його визначають. Доведено, що запропоновані індикатори повинні, з одного боку, бути автентичними, тобто відповідати специфіці вітчизняної статистики, сучасній системи охорони здоров'я, соціально-економічній ситуації, рівню соціальної стратифікації, ментальності та способу життя населення тощо. З іншого боку, розроблені індикатори мають враховувати пропозиції експертів ВООЗ.

Виокремлено індикатори, які мають найбільший вплив на нерівність у здоров'ї населення. Усі індикатори поділено на дві групи: індикатори стану здоров'я та індикатори соціально-економічних детермінант, які обумовлюють його нерівність серед населення.

Індикатори стану здоров'я містять п'ять підгруп: смертності, захворюваності та інвалідності населення, інтегральних індикаторів, розрахованих за таблицями смертності (очікувана тривалість життя при народженні та очікувана тривалість здорового життя), самооцінки стану здоров'я населенням.

Інша група індикаторів об'єднує 4 підгрупи: детермінант контекстуального рівня (суспільно-політичні), детермінант структурного (дохід, зайнятість, умови праці, освіта, соціальний капітал, умови та місце проживання, доступність та якість медичних товарів та послуг, доступність та якість харчування), детермінант проксимального рівня (відповідальність та індивідуальна поведінка стосовно власного здоров'я), а також умови раннього періоду життя.

Доведено значення ідентифікації індикаторів здоров'я населення для розробки напрямків державної соціально-економічної політики України та політики в галузі охорони здоров'я населення зокрема.

Ключові слова: індикатори здоров'я; здоров'я населення; соціально-економічні детермінанти; нерівність у здоров'ї; соціальна політика.

© Дмитро Георгійович Шушпанов, 2017

Dmytro Georgiovych SHUSHPANOV
PhD in Economics,
Associate Professor,
Doctoral Student (for DSc),
Department of Human Resources and Regional Economics,
Ternopil National Economic University
E-mail: shdg@rambler.ru

DEMOGRAPHIC AND SOCIAL AND ECONOMIC INDICATORS OF POPULATION HEALTH: IDENTIFICATION AND USE FOR POLITICS IN UKRAINE

Abstract

The article examines the problem of identification of health indicators of the population. It is established that the choice of indicators depends not only on the scale and objectivity of the assessment of the health status of the population, but also on the determinant that determines its inequality among various socioeconomic and demographic groups of the population.

The criteria and principles for the selection of indicators, which fully reflect the state of health of the population and the socio-economic determinants that determine it, are determined. It is proved that the proposed indicators should, on the one hand, be authentic, that is, they correspond to the specifics of domestic statistics, the current healthcare system, the social and economic situation, the level of social stratification, the mentality and lifestyle of the population, and the like. On the other hand, developed indicators should take into account the proposals of WHO experts.

We have identified the indicators that have the greatest impact on inequality in the health of the population. All indicators are divided into two groups: health indicators and indicators of socio-economic determinants, which cause its inequality among the population.

Health indicators include five subgroups: mortality, morbidity and disability, as well as a subset of integrated indicators calculated from mortality tables (life expectancy at birth and life expectancy), self-assessment of the health status of the population.

Another group of indicators includes 4 subgroups: the determinant of the contextual level (socio-political), the determinant of the structural (income, employment, working conditions, education, social capital, conditions and place of residence, accessibility and quality of medical goods and services, accessibility of quality of nutrition), determinant Proximal level (responsibility and individual behavior in relation to one's own health). As well as the conditions of the early period of life.

The importance of identification of public health indicators for the development of directions of the state social and economic policy of Ukraine and policy in the field of public health in particular is proved.

Keywords: *health indicators; population health; social and economic determinants; inequality health; social policy.*

JEL classification: I14, I18

Розробка та реалізація сучасної концепції охорони здоров'я населення в Україні має виходити за межі суто медичних напрямків та заходів, тобто тих підходів, які існували досі. Така концепція має ґрунтуватись на комплексному дослідженні стану здоров'я, яке поряд з класичним оцінюванням стану здоров'я за показниками захворюваності та смертності, враховуватиме індикатори соціально-економічних детермінант (СЕД) здоров'я, які власне і є однією з основних причин, які викликають

ISSN 2415-8453. Український журнал прикладної економіки. 2017 рік. Том 2. Випуск 1.

нерівність у здоров'ї. Лише з'ясування глибинних причин, які обумовлюють поганий стан здоров'я населення України, особливо у працездатному віці, який проявляється у високих показниках захворюваності за окремими причинами, особливо хворобами системи кровообігу та інфекційними захворюваннями, надвисокими показниками смертності, особливо чоловіків, та відносно низькими показниками середньої очікуваної тривалості життя, може дозволити виробити необхідні заходи щодо його покращення. Для цього необхідно виробити систему індикаторів, яка б дозволила оцінити стан здоров'я населення України, та детермінанти, які визначають його нерівність.

Власне, такий інноваційний комплексний підхід до оцінювання стану здоров'я через широкий спектр індексів демонструє сучасна світова теорія і практика. Насамперед це стосується розробок експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) [1] та її Європейського регіонального бюро [2], а також зарубіжні науковці [3].

В Україні напрацювань такого роду недостатньо. Більшість з них стосуються переважно досліджень медико-демографічних показників стану здоров'я. Однак варто відзначити праці І. Жолінської [4], в якій поряд з показниками громадського здоров'я виокремлено показники умов функціонування системи охорони здоров'я та суспільні зобов'язання, а також дослідження Р. Молікевича, який розглядає показники здоров'я населення як складову дослідження якості життя [5].

Мета статті – розробити систему демографічних та соціально-економічних індикаторів здоров'я населення для виявлення причинно-наслідкових зв'язків між станом здоров'я та детермінантами, які його визначають, та, на цій основі, обґрунтувати напрямки підвищення ефективності державної політики охорони здоров'я.

Важливим аспектом формування державної політики охорони здоров'я в Україні має стати дослідження СЕД, які зумовлюють стан здоров'я населення та його нерівність. Це дозволить з'ясувати першопричини незадовільного стану здоров'я населення і виробити напрямки покращення детермінантів, які є найбільш визначальними для певних демографічних та соціально-економічних груп населення. Для цього необхідно розробити систему індикаторів здоров'я, за допомогою яких визначатиметься не тільки стан здоров'я, але й взаємозв'язки між рівнем здоров'я населення та детермінантами, які його зумовлюють.

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

Водночас, враховуючи, що здоров'я є інтегрованим показником, з метою діагностики стану здоров'я населення та його СЕД доцільно використовувати комплексний підхід з широким спектром індикаторів. Ці індикатори можуть бути об'єктивними (офіційні результати статистичного обліку) та суб'єктивними (самооцінка). Дослідження взаємозв'язків між об'єктивними і суб'єктивними індикаторами здоров'я показує, що, залежно від характеру симптомів і діагнозу, люди

можуть бути добре обізнані про свій стан здоров'я і можуть достовірно охарактеризувати симптоми і діагноз відповідно до клінічної інформації [6]. Тому для повноти охоплення поняття «стан здоров'я» його оцінка повинна ґрунтуватися на клінічній інформації і даних самооцінки і підкріплюватися індикаторами власного сприйняття якості життя [7, с. 10].

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

Відповідно до завдань дослідження, які пов'язані із визначенням детермінант здоров'я, що зумовлюють стан здоров'я населення певного віку, статі, регіону тощо, моніторинг СЕД здоров'я населення доцільно здійснювати в межах конкретної соціально-економічної системи: держави, регіону, поселення, соціальної групи. Важливим атрибутом такого моніторингу є не тільки традиційні індикатори його стану та динаміки (рівень смертності, захворюваності та інвалідності), а також і ті, які пов'язані з соціально-економічною зумовленістю здоров'я населення (рівень доходів, зайнятості, освіти, соціально-економічний статус, умови та місце проживання, доступність і якість медичного обслуговування тощо), індивідуальною відповідальністю за власне здоров'я (спосіб життя). Крім того, індикатори важливо розглядати за демографічними ознаками: вік, стать, шлюбний стан тощо.

Регіональним бюро ВООЗ затверджена нова європейська політика «Здоров'я – 2020», спрямована на поліпшення стану здоров'я, підвищення рівня добробуту населення, скорочення нерівності у здоров'ї і розвиток системи охорони здоров'я, орієнтованої на людину. У межах цієї політики експертами Регіонального бюро було розроблено індикатори, за якими будуть оцінюватись цільові орієнтири політики. Ці індикатори були об'єднані у три області [2]:

- тягар хвороб і чинники ризику, містить стандартизований коефіцієнт смертності (СКС) (віком 30-70 років), стандартизована за віком поширеність вживання тютюну, загальне споживання алкоголю на душу населення, стандартизована за віком поширеність надлишкової маси тіла та ожиріння, відсоток дітей, які вакциновані проти кору, поліомієліту і краснухи;
- здорові люди, добробут і детермінанти передбачає урахування таких індикаторів: очікувана тривалість життя при народженні (СОТЖ); малюкова смертність; частка дітей у віці, який офіційно встановлений для проходження початкового шкільного навчання, які не відвідують школу; рівень безробіття; коефіцієнт Джині; задоволеність життям; можливість отримання соціальної підтримки; відсоток населення, що проживає у помешканнях із поліпшеними санітарними умовами; витрати домогосподарств на пряму оплату послуг як частка загальних витрат на охорону здоров'я; загальні витрати на охорону здоров'я (як відсоток від ВВП);
- процеси, стратегічне керівництво та системи охорони здоров'я, наявність розробленої та задокументованої національної та / або субнаціональної політики щодо скорочення нерівності у здоров'ї.

Серед індикаторів, які розглядались експертами попередньо, варто виокремити рівень злочинності та якість повітря. Однак ці індикатори не були вибрані, адже не вдалося виявити жодного джерела даних для достатньої кількості держав-членів.

Наведений перелік індикаторів, з одного боку, є підґрунтям для оцінки стану здоров'я населення та його СЕД, а з іншого – для розробки цільових орієнтирів національних і регіональних програм охорони здоров'я та оцінки ефективності їхньої

реалізації. Звернення до цих індикаторів у дослідженні є необхідним та обґрунтованим з позиції розробки автором індикаторів, які дають змогу здійснити моніторинг стану здоров'я населення України та СЕД і визначити його нерівність на сьогодні та у майбутньому. Запропоновані індикатори мають, з одного боку, бути автентичними, тобто відповідати специфіці вітчизняної статистики, сучасній системи охорони здоров'я, соціально-економічній ситуації, рівню стратифікації населення, ментальності та способу життя населення тощо. З іншого боку, з огляду на європейський вектор розвитку українського суспільства, розроблені індикатори мають враховувати пропозиції експертів ВООЗ, пов'язані з виокремленням системи індикаторів, за якими можна здійснювати моніторинг здоров'я населення європейського регіону.

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

1. Відповідність індикаторів меті та завданню дослідження.
2. Урахування систематичної доступності відповідних даних та їх непридатність для щорічних розрахунків.
3. Надійність першоджерел інформації.
4. Достатність статичної та динамічної варіації.
5. Обмеження у кількості обраних індикаторів з метою покращення розрахунків та отримання надійних фактичних результатів.
6. Використання індикаторів СЕД здоров'я населення крізь призму основних демографічних показників, у т. ч. статеві-вікової структури населення.
7. Стандартизація за віком усіх значень індикаторів смертності населення.
8. Розбивка індикаторів стану здоров'я населення за віком, статтю, типом місцевості, а також за соціально-економічними групами (якщо можливо).
9. Виокремлення у кожній підгрупі індикаторів, де їхній перелік становить більш ніж один, основних і додаткових. У разі наявності лише одного індикатора в групі вважати його основним. Основні індикатори є базовим мінімумом для проведення оцінювання на регіональному рівні, а додаткові – на національному, а також для можливого використання у майбутньому.

Також необхідно зауважити, що в остаточному переліку індикаторів, який формується після проведення розрахунків, пов'язаних з оцінюванням впливу тих чи інших СЕД на стан здоров'я та нерівності стосовно здоров'я, їх кількість має бути мінімальною. В остаточний перелік мають увійти ті індикатори, детермінанти яких визначають здоров'я найбільше (мають найвищі значення кореляції чи оцінки шансів).

Оцінка СЕД нерівності у здоров'ї населення містить дві групи індикаторів: індикатори стану здоров'я та індикатори СЕД, – які обумовлюють його нерівність серед демографічних та соціально-економічних груп населення (рис. 1).

Індикатори стану здоров'я об'єднують п'ять підгруп: індикатори смертності (11), захворюваності (2) та інвалідності (3) населення, а також підгрупу інтегральних індикаторів (4) та самооцінку стану здоров'я населенням (5).

Група індикаторів СЕД значно ширша попередньої та нараховує 4 підгрупи, зокрема: контекстуального рівня (суспільно-політичні, 6); структурного рівня (доходу та його розподілу (7), зайнятості (8), умов праці (9), освіти (10), соціального капіталу (11), умов проживання (12), місця (території) проживання (13), доступності та якості медичних товарів та послуг (14), доступності харчування (15)); проксимального рівня (якості харчування (15) відповідальності та індивідуальної поведінки стосовно власного здоров'я 16), умов раннього періоду життя (17).

¹ Номер на рис. 1

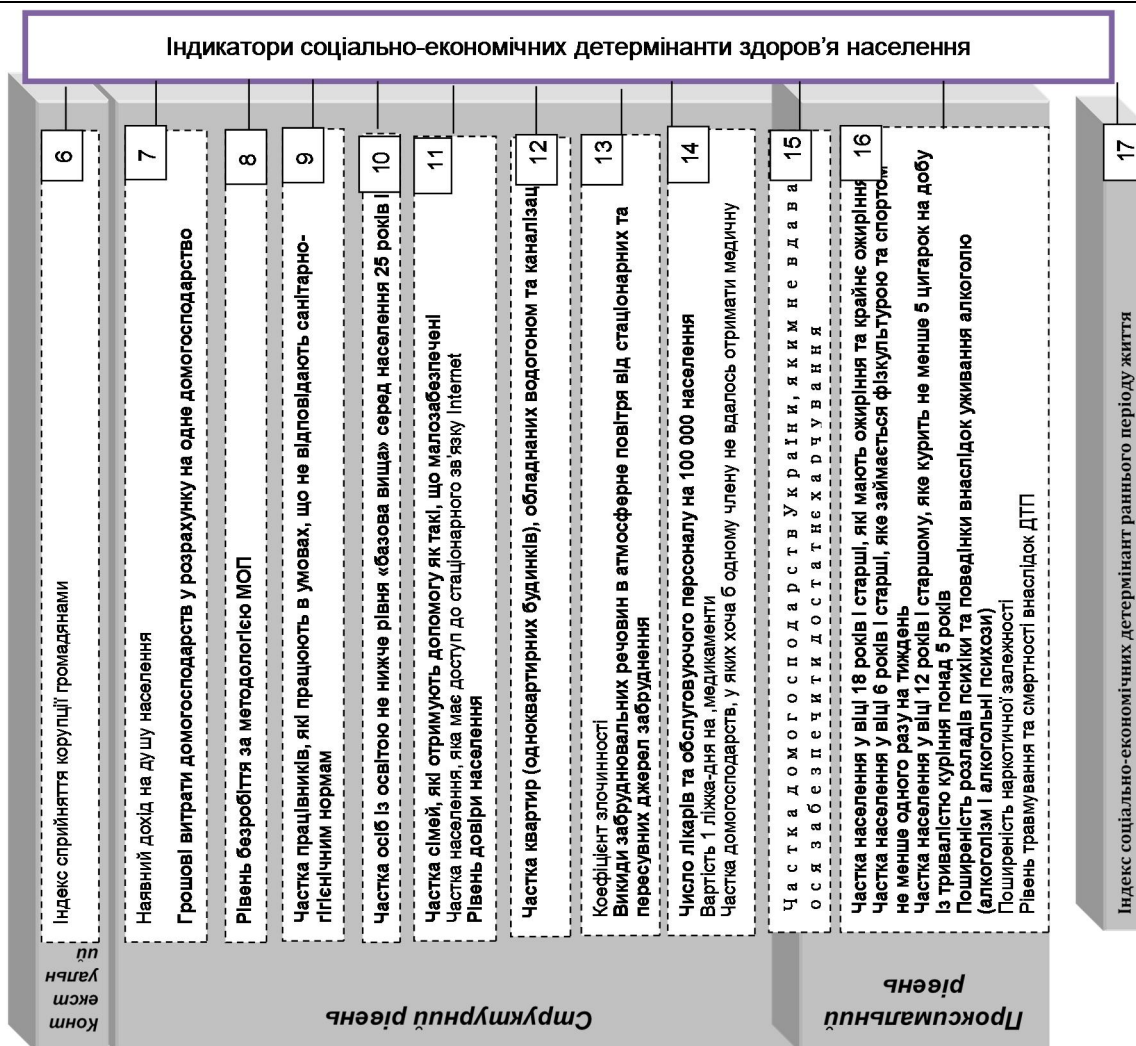
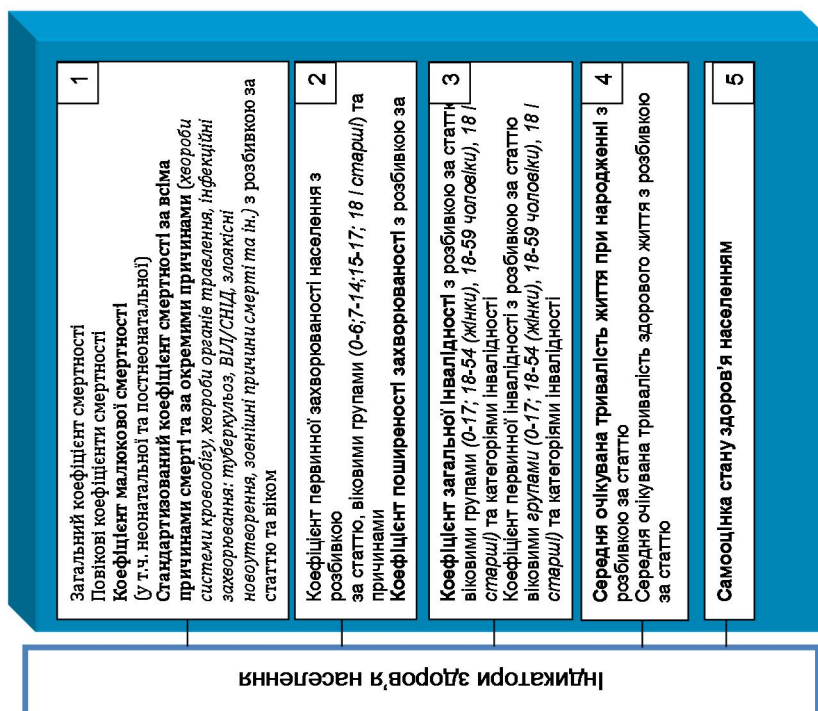


Рис. 1. Система індикаторів соціально-економічних детермінант здоров'я населення України (складено автором)

Індикатори здоров'я населення відображають його динаміку, тренди і стан на час дослідження. Необхідним аспектом, який обумовив вибір індикаторів здоров'я, є поєднання інформації не тільки про захворюваність та інвалідність, як це часто висвітлюється, особливо у медико-соціальних дослідженнях [8; 9], та не тільки інформації про смертність з розрахунком інтегральних індикаторів (середня очікувана тривалість життя при народженні та середня очікувана тривалість здорового життя при народженні¹), як це здійснюється у демографічних дослідженнях [10], а їх поєднання, комплексна оцінка та визначення на цій основі комплексного індикатора стану здоров'я населення. Останній дозволить оцінити регіональну диференціацію стану здоров'я населення, здійснити групування регіонів за цією ознакою та розробити регіональні програми охорони здоров'я з урахуванням СЕД, які є визначальними для здоров'я населення в регіоні на сьогодні. Для цього необхідним атрибутом є наявність інформації та відбір індикаторів для окремих регіонів.

Крім цього, для більш ґрунтовної та об'єктивної оцінки стану здоров'я населення та встановлення СЕД, які його визначають, необхідно розглядати їх відмінності за статтю (за всіма індикаторами) та вікові розбіжності (за індикаторами смертності, захворюваності та інвалідності²).

Стандартизовані коефіцієнти смертності (СКС) як за всіма, так і за окремими причинами смерті, можуть бути більш інформативними з позиції оцінки здоров'я аніж загальні чи повікові коефіцієнти смертності, адже нівелюють вплив статеві-вікової структури населення на смертність і можуть бути використані для зіставлення рівня смертності між Україною та іншими країнами, а також між регіонами України, мешканцями міських поселень та сільської місцевості, чоловіками та жінками тощо. Крім цього, СКС є одним із найбільш оптимальних для побудови індексу стану здоров'я населення.

Як вже зазначалось, група *індикаторів СЕД* містить 4 підгрупи з 28 індикаторами. У зв'язку із цим та обмеженими рамками дослідження, доцільно здійснити характеристику тільки основних індикаторів з цих підгруп.

Одним із найбільш складних є вибір суспільно-політичних індикаторів, які характеризують макроекономічну ситуацію в країні, тобто є засобом оцінки *детермінант контекстуального рівня*. Більшість детермінант цього рівня, як правило, не мають суттєвої диференціації в середині країни, а переважно характеризують нерівність між країнами. Однак за окремими детермінантами оцінка можлива, наприклад, за рівнем корупції, рівень якої в Україні високий та, за даними Київського міжнародного інституту соціології, має регіональні відмінності як у розмірах корупції, так й у сприйнятті її громадянами. Власне, керуючись цим дослідженням для оцінки впливу СЕД на здоров'я та нерівність щодо здоров'я населення обрано два індикатори, які характеризують корупцію як детермінанту здоров'я контекстуального рівня:

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

Корупція є не тільки українською, але й глобальною проблемою, яка займає особливе місце в системі охорони здоров'я. Для того, щоб бути ефективними, реформи, спрямовані на боротьбу з корупцією, повинні ґрунтуватись на доказах і бути

¹ *Можливе використання й інших інтегральних індикаторів, наприклад середня очікувана тривалість життя при народженні без інвалідності*

² *Захворюваність та інвалідність в розрізі вікових груп відповідно до статистичного обліку.*

адаптовані до контексту. Наведені індикатори можуть служити основою для вирішення цієї проблеми.

Серед індексів СЕД структурного рівня насамперед необхідно відзначити *індикатор доходу та його розподілу*.

Найбільш поширеним індикатором доходу населення в Україні є наявний дохід населення – максимальний обсяг грошових доходів, які призначені для використання домашніми господарствами на придбання споживчих товарів та оплату послуг [11]. Власне, обсяг наявних доходів визначає можливість населення жити у комфортних умовах, забезпечити якісне харчування, придбати медичні товари тощо. Тому показник наявних доходів на душу населення може служити індикатором СЕД нерівності стосовно здоров'я.

Водночас все більшої популярності як серед зарубіжних, так і серед українських науковців у якості оцінки добробуту населення набуває використання показників не доходів, а витрат населення. Тому як індикатор СЕД нерівності у здоров'ї населення варто використати показник грошових витрат домогосподарств у розрахунку на одне домогосподарство, які складаються з суми споживчих та неспоживчих грошових витрат.

Третім індикатором обрано коефіцієнт Джині, який характеризує розподіл доходу, дозволяє отримати більш глибоке уявлення про соціальні нерівності загалом і у випадку охорони здоров'я зокрема. За допомогою коефіцієнта Джині вимірюють ступінь, у якому розподіл доходів (або, в деяких випадках, споживчих витрат) серед окремих осіб або домогосподарств відхиляється від ідеально рівномірного [2]. Коефіцієнт Джині є одним із основних індикаторів нерівності. Тому його доцільно використовувати для виявлення залежності між нерівністю у доходах та нерівністю у здоров'ї населення (наприклад нерівністю у СОТЖ).

Індикатори освіти. Вибір індикатора освіти для України не є простим через те, що облік населення за рівнем освіти здійснюється лише під час перепису населення, який останні раз був проведений в Україні у 2001 році. Зрозуміло, що за цей час структура населення за рівнем освіти суттєво змінилась.

Чи не єдиною альтернативою обліку рівня освіти, який здійснюється під час перепису, є його оцінка шляхом опитування домогосподарств. Тому для оцінки можливого впливу освіти на стан здоров'я населення як джерело доцільно використати інформацію із щорічника «Соціально-економічна характеристика домогосподарств». Індикатором при цьому пропонується «частка населення із освітою не нижче рівня «базова вища» серед населення 25 років і старше». Для уточнення та доповнення даних щодо рівня освіти населення України у цьому контексті варто також використати дані інших соцдосліджень, зокрема проведеного автором та Європейського соціологічного дослідження.

Індикатори соціально-економічних умов раннього періоду життя. У контексті теорії життєвого шляху необхідним та доцільним є дослідження впливу СЕД раннього періоду життя (РПЖ) на стан здоров'я населення у майбутньому. Це пов'язано з тим, що нерівність у РПЖ призводить до несправедливості у стані здоров'я у дорослому житті. Оцінка такого впливу можлива тільки за допомогою соціологічного методу, адже офіційна статистика не володіє показниками, які б могли охарактеризувати СЕД РПЖ. Отримані результати можуть слугувати індикатором для оцінки взаємозв'язку «СЕД РПЖ – стан здоров'я у дорослому житті».

Індикатори соціального капіталу. Поняття соціального капіталу останні десятиріччя активно використовується дослідниками здоров'я населення, у т.ч як

можливої детермінанти, яка поряд із іншими може визначати здоров'я населення та нерівність у його стані [12–16].

Власне, з огляду на таку позицію, ґрунтувався вибір індикаторів соціального капіталу для оцінки його впливу на здоров'я:

- соціальна підтримка: соціальні допомоги та інші одержані поточні трансферти на душу населення;
- соціальні мережі (зв'язки): частка населення, яка має доступ до стаціонарного зв'язку Internet, та рівень допомоги близьких людей;
- довіра та солідарність: рівень довіри населення громадським інститутам та рівень довіри населення один одному (2 індикатори).

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

Індикатори місця (території) проживання. Вибір індикаторів, які можуть характеризувати місце проживання та обумовлювати нерівність у стані здоров'я населення, є складним завданням. Це пов'язано з тим, що умови, які визначають місце проживання, мають різну природу походження: природну (клімат), антропогенну (забруднення атмосфери, водних ресурсів тощо), соціальну (злочинність), економічну (розвиток інфраструктури) та інші. Індикаторів може бути ще більше, однак, враховуючи задекларовані принципи їх відбору з позиції комплексного дослідження впливу СЕД на здоров'я населення, їх кількість має бути обмежена.

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

Індикатори доступності та якості медичних товарів та послуг (ДЯМТП). Можна виокремити низку аспектів, пов'язаних з впливом ДЯМТП на здоров'я населення, які як безпосередньо пов'язані з СЕД, так і пов'язані з ними опосередковано:

- територіальний: просторове розташування закладів медичної допомоги та розселення населення, які разом визначають зручність отримання медичної допомоги та її своєчасність. Джерел, які можуть бути основою для індикатора, який характеризуватиме цей аспект, фактично немає. Для цього потрібні спеціальні дослідження;
- соціально-економічний: низький рівень доходів населення, який не дозволяє отримати якісні медичні товари (насамперед ліки) та послуги. Одним з індикаторів оцінки цього може бути «частка домогосподарств, у яких хоча б одному члену не вдалось отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя», джерелом якого є щорічне обстеження домогосподарств України, що проводить ДССУ. В умовах сучасної української системи охорони здоров'я, коли частина медичних послуг є платною, а обов'язкове медичне страхування відсутнє, використання цього індикатора є не просто доцільним, а вкрай необхідним;
- організаційно-економічний: форми і методи організації системи охорони здоров'я, особливо її фінансове та технічне забезпечення насамперед визначають якість медичних послуг та, певним чином, їх доступність. В Україні розповсюдженою є практика нерівномірного розподілу коштів на систему охорони здоров'я коштів між регіонами та медичними закладами всередині регіонів. Це породжує нерівність у доступності медичних послуг та може бути однією з причин нерівності у здоров'ї населення. Для виміру цієї нерівності пропонується такий індикатор, як: вартість 1 ліжка-дня на медикаменти у розрахунку на 1 особу у відділеннях стаціонару;

-
- кадровий: забезпечення кваліфікованим персоналом у необхідній кількості та якості залишається серйозною проблемою для багатьох регіонів України, особливо сільських. Ситуацію ускладнює відсутність стратегічного кадрового планування, неефективність інвестиційних механізмів державної підтримки соціогуманітарної сфери [17]. Про існування глибоких проблем кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я в Україні свідчать дослідження багатьох науковців та практиків [18-20]. Індикатором для оцінки кадрового забезпечення СОЗ та його впливу на стан здоров'я населення пропонується «кількість лікарів усіх спеціальностей в розрахунку на душу населення». Як доповнення може бути індикатор «кількість молодшого медичного персоналу в розрахунку на душу населення».

Індикатори доступності та якості харчування.

Як основний індикатор доступності харчування пропонується «частка домогосподарств України, яким не вдавалося забезпечити достатнє харчування». Цей індикатор найбільш чітко може визначити рівень продовольчої безпеки, а відтак і доступність продуктів харчування. Як додатковий індикатор, який певним чином дозволить оцінити якість харчування серед населення, розглядається «енергетична цінність спожитих у домогосподарствах продуктів харчування на душу населення». Для більш конкретного аналізу його варто доповнити оцінкою структури поживних речовин, які споживаються населенням з продуктами харчування (білки, жири та вуглеводи). Причому жири варто ділити на високо- та низькокалорійні, адже, наприклад, надмірне споживання висококалорійних жирів і цукрів призводить до ожиріння та проблем із здоров'ям.

Індикатори відповідальності та індивідуальної поведінки стосовно власного здоров'я (ІВПЗ). Експерти ВООЗ зазначають, що особисту відповідальність за охорону власного здоров'я необхідно брати до уваги при визначенні напрямків реалізації програм громадської охорони здоров'я, а також в оцінці прогресу країни в галузі поліпшення здоров'я. Тому використання індикаторів відповідальності та індивідуальної поведінки населення стосовно власного здоров'я для оцінки СЕД та розробці напрямків політики у сфері охорони здоров'я є необхідним і важливим атрибутом.

Нижче наведено взірці індивідуальної поведінки, які характеризують низьку відповідальність населення за власне здоров'я та збільшують ймовірність погіршення здоров'я з відповідними індикаторами, які їх найкраще характеризують в Україні:

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

Вибрані індикатори дозволяють виявити напрями протидії негативним для здоров'я взірцям індивідуальної поведінки та посилити відповідальність населення за власне здоров'я.

Висновки та перспективи подальших розвідок

Запропоновані індикатори є найбільш інформативними та здебільшого відповідають тим, які запропоновані експертами Регіонального бюро ВООЗ у політиці «Здоров'я – 2020». ¾ індикаторів, які наведені у програмному документі цієї політики, внесені у перелік тих, які виокремлені для оцінювання СЕД здоров'я населення України. Це важливо з позиції адаптації такої політики в Україні та активної участі нашої країни в її реалізації.

Водночас наведений перелік індикаторів СЕД здоров'я населення є достатньо широким. Під час емпіричного дослідження важливим завданням є виокремлення тих індикаторів, які відповідають СЕД, які визначають стан здоров'я зараз і можуть визначати у майбутньому. Використання зазначеного переліку індикаторів дозволить комплексно і системно оцінити вплив СЕД на нерівність у стані здоров'я населення України та виокремити найбільш значущі з них, що необхідно для формування сучасного механізму охорони здоров'я.

Перспективи подальших розвідок насамперед пов'язані із визначенням ступеня надійності та доступності індикаторів здоров'я населення та розробкою методики застосування зазначених індикаторів для з'ясування взаємозв'язку стану здоров'я населення та СЕД, які обумовлюють його нерівність у різних групах населення.

Список літератури

1. Global Reference List of 100 Core Health Indicators. – World Health Organization, 2015. – 136 p.
2. Целевые ориентиры и индикаторы для политики Здоровье-2020: Версия 3. – ВООЗ. Европейское бюро, 2016. – 114 с.
3. O'Hara, P. Social inclusion health indicators: A framework for addressing the social determinants of health: A policy and practice paper / P. O'Hara. – Edmonton Social Planning Council, 2006. – 28 p.
4. Жалінська, І. В. Громадське здоров'я: методологія оцінювання та обґрунтування політики: автореф. дис. ... канд. екон. наук: 08.00.07 / І. В. Жалінська; НАН України; Ін-т демографії та соц. дослідж. ім. М. В. Птухи. – К., 2011. – 20 с.
5. Молікевич, Р. С. Місце і роль показників здоров'я у дослідженні якості життя населення / Р. С. Молікевич // Наукові записки Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка. Серія: Географія. – 2015. – № 1. – С. 203-213.
6. Stewart A. Measuring function and wellbeing: the medical outcomes study approach / A. Stewart J. Ware. – Durham: Duke University Press, 1992. – 455 p.
7. EUROHIS: Разработка общего инструментария для опросов о состоянии здоровья – М., «Права человека», 2005. – 193 с.
8. Цанько, І. І. Медико-соціальна характеристика хвороб системи кровообігу у державних службовців та членів їх сімей / І. І. Цанько, І. Ю. Лисенко // Проблеми військової охорони здоров'я. – 2011. – № 30. – С. 116-121.
9. Грузєва, Т. С. Фактори ризику в формуванні здоров'я населення / Т. С. Грузєва // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. – № 3. – С. 9-16.
10. Вітковська, К. В. Статистичне оцінювання впливу факторів на рівень смертності / К. В. Вітковська, А. З. Підгорний // Вісник соціально-економічних досліджень: зб.

наук. пр. / голов. ред. М. І. Зверяков; Одеський держ. екон. ун-т. – Одеса, 2009. – Вип. 37. – С. 129-133.

11. Національні рахунки: Методологічні пояснення: ДССУ [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.od.ukrstat.gov.ua/stat_info/nation/metod_nac_rax.htm
12. Giordano, G. N. Social capital and self-rated health – a study of temporal (causal) relationships / G. N. Giordano, J. Björk, M. Lindström // *Social Science & Medicine*. 2012. – № 75. – Р. 340–348.
13. Social capital as a health resource in later life: the relevance of context / Fredrica Nyqvist, Anna K. Forsman editors. – Dordrecht: Springer, 2015. – 267 p.
14. The economics of social capital and health: a conceptual and empirical roadmap / Edited by Sherman Folland. – New Jersey: World Scientific, 2014. – 220 p.
15. Левчук, Н. М. Соціальний капітал і здоров'я населення в Україні / Н. М. Левчук // *Демографія та соціальна економіка*. – 2011. – №. 1. – С. 46-56.
16. Русинова, Н. Л. Значение социального капитала для здоровья в странах Европы / Н. Л. Русинова, В. В. Сафронов // *Журнал социологии и социальной антропологии*. – 2014. – Т. 17. – №. 3. – С. 112-133.
17. Заяць, Г. С. Кадрове забезпечення охорони здоров'я України: аспекти модернізації / Г. С. Заяць. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://esj.oa.edu.ua/articles/2013/n23/7.pdf>.
18. Худоба, О. В. Оцінка кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України / О. В. Худоба [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/tpdu/2010-4/doc/4/06.pdf>.
19. Ліштаба, Л. Поняття та аналіз кадрового забезпечення в системі управління закладами охорони здоров'я Тернопільської області / Людмила Ліштаба // *Соціально-економічні проблеми і держава*. – 2016. – Вип. 2 (15). – С. 48-54.
20. Калініченко, О. О. Кадрове забезпечення системи охорони здоров'я на сучасному етапі // *Вісник ЖДТУ. СЕРІЯ: Економічні науки*. – 2013. – № 1 (63). – С. 248-250.

References

1. *Global Reference List of 100 Core Health Indicators* (2015). World Health Organization.
2. Tselevyye oriyentiry i indykatory dlya politiki Zdorovye-2020: (2016) VOOZ. *Evropeyskoye byuro*.
3. O'Hara P. (2006). *Social inclusion health indicators: A framework for addressing the social determinants of health: A policy and practice paper*. Edmonton Social Planning Council.
4. Zhalinska I. V. (2011), *Hromadske zdorovia: metodolohiia otsiniuvannia ta obhruntuvannia polityky*, NAN Ukrainy; In-t demohrafii ta sots. doslidzh. im. M. V. Ptukhy.
5. Molikeyvych R. S. (2015). Mistse i rol pokaznykiv zdorov'ia u doslidzhenni yakosti zhyttia naselennia. *Naukovi zapysky Ternopilskoho natsionalnoho pedahohichnoho universytetu imeni Volodymyra Hnatiuka. Serii: Heohrafiia*, 1, 203-213.
6. Stewart A. Ware J. (1992). *Measuring function and wellbeing: the medical outcomes study approach*.
7. *EUROHIS: Razrabotka obshcheho ynstrumentarya dlia oprosov o sostoianyy zdorovia* (2005).
8. Tsanko, I. I. (2011). *Medyko-sotsialna kharakterystyka khvorob systemy krovoobihu u derzhavnykh sluzhbovtiv ta chleniv yikh simei*. 30: 116-121.
9. Hruzieva T. S. (2003). Faktory ryzyku v formuvanni zdorov'ia naselennia. *Visnyk sotsialnoi hihiieny ta orhanizatsii okhorony zdorov'ia Ukrainy*, 3, 9-16.
10. Vitkovska, K. V. (2009). Statystychne otsiniuvannia vplyvu faktoriv na riven smertnosti. *Visnyk sotsialno-ekonomichnykh doslidzhen*, 37, 129-133.

-
11. *Natsionalni rakhunky: Metodolohichni poiasnennia:* DSSU from: http://www.od.ukrstat.gov.ua/stat_info/nation/metod_nac_rax.htm.
 12. Giordano, G. N. (2012). Social capital and self-rated health – a study of temporal (causal) relationships. *Social Science & Medicine*, 75: 340–348.
 13. *Social capital as a health resource in later life: the relevance of context.* (2015). Dordrecht: Springer.
 14. *The economics of social capital and health: a conceptual and empirical roadmap.* (2014). New Jersey: World Scientific.
 15. Levchuk, N. M. (2011). Sotsialnyi kapital i zdorov'ia naselennia v Ukraini. *Demohrafiia ta sotsialna ekonomika*, 1, 46-56.
 16. Rusynova, N. L. (2014). Znachenye sotsyalnoho kapytala dlia zdorovia v stranakh Evropy. *Zhurnal sotsyolohyy i sotsyalnoi antropolohyy*, 3, 112-133.
 17. Zaiats H. S. (2013) *Kadrove zabezpechennia okhorony zdorov'ia Ukrainy: aspekty modernizatsii.* Retrieved from: <http://ecj.oa.edu.ua/articles/2013/n23/7.pdf>.
 18. Khudoba O. V. (2010). *Otsinka kadrovoho potentsialu systemy okhorony zdorov'ia Ukrainy.* Retrieved from: <http://www.kbuapa.kharkov.ua/e-book/tpdu/2010-4/doc/4/06.pdf>.
 19. Lishtaba L. (2016). *Poniattia ta analiz kadrovoho zabezpechennia v systemi upravlinnia zakladamy okhorony zdorov'ia Ternopilskoi oblasti.* 2, 48-54.
 20. Kalinichenko O.O. (2013). Kadrove zabezpechennia systemy okhorony zdorov'ia na suchasnomu etapi. *Visnyk ZhDTU*, 1, 248-250.

Стаття надійшла до редакції 18.02.2017 р.