

УДК 991.3

**ЕКОНОМІКО-ГЕОГРАФІЧНІ АСПЕКТИ СУСПІЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я  
НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ І ПОЛЬЩІ: ПРОСТОРОВО-ЧАСОВИЙ АНАЛІЗ****В. Пантелей**

*Університет Марії Кюрі-Склодовської,  
ал. Красьніцка 2 cd, м. Люблін, 20-718 Польща  
pantyley@yahoo.com*

Досліджено вплив соціально-економічних трансформацій на стан суспільного здоров'я населення України та Польщі в 1990–2002 рр. Запропоновано власну класифікацію чинників формування суспільного здоров'я населення, а також проаналізовано вплив соціально-економічних, медико-організаційних і демографічних чинників на стан здоров'я населення України і Польщі в 1990–2002 рр. За допомогою статистичних методів підтверджено існування сильного зв'язку між змінними стану суспільного здоров'я населення і змінними соціально-економічними чинників, що впливають на цей стан. Доведено, що соціально-економічні реформи початку 90-х років спричинили в Україні значне погіршення якості життя населення і медико-демографічної ситуації, тоді як у Польщі простежено поліпшення головних показників стану здоров'я населення і соціально-економічної ситуації.

*Ключові слова:* суспільне здоров'я населення, чинники формування суспільного здоров'я населення, соціально-економічні трансформації, смертність, захворюваність, Україна, Польща.

Драматичне погіршення рівня життя населення, особливо в Україні, значне зростання безробіття, брак суспільної безпеки, щораз більший психосоціальний стрес – побічні наслідки, що супроводжують період інтенсивних соціально-економічних трансформацій, – деструкційно вплинуло на медико-демографічну ситуацію в Україні та Польщі. Є тісний прямий і зворотній зв'язок між категоріями здоров'я–хвороба і соціально-економічним середовищем життя людини [11]: з одного боку, стан здоров'я населення є визначником цього середовища, а з іншого, – соціально-економічна сфера визначає потенціальні можливості збереження доброго стану суспільного здоров'я. Головною метою дослідження була верифікація дослідницької гіпотези, згідно з якою суспільне здоров'я населення значно детерміноване соціально-економічною ситуацією аналізованих країн, їхніх макро- і мікрорегіонів. Головне завдання дослідження полягало в пошуку відповіді на запитання, як і в якому напрямі зміни соціально-економічної ситуації в Україні і Польщі, зумовлені інтенсивним реформуванням різних сфер суспільного життя, вплинули на стан суспільного здоров'я населення цих двох країн.

Вибір об'єкта дослідження – стан суспільного здоров'я населення України і Польщі – не був випадковим. Передумови цього вибору такі:

- ✓ Україна і Польща до початку 1990 р. мали подібну медико-демографічну ситуацію;
- ✓ в аналізованих країнах проведено низку радикальних соціально-економічних реформ у різних сферах суспільного життя. Хоча мета реформ подібна, та спосіб і темп їхньої реалізації були значно відмінні, що відображено в різній ефективності проведених

реформ, і, як наслідок, спричинило виникнення геопросторових відмінностей у стані суспільного здоров'я населення і чинників, що формують цей стан;

✓ прийняття Польщі до Євросоюзу супроводжується прагненням до підвищення стандартів у системі охорони здоров'я, які характеризують західноєвропейські країни. Набутий досвід Польщі в цьому напрямі може бути помічним у виборі векторів подальших соціальних реформ в Україні.

Предмет дослідження – різноманітні аспекти залежностей, які є між станом суспільного здоров'я населення і його соціально-економічними чинниками в Україні та Польщі за період 1990–2002 рр.

Під час дослідження використано статистичні дані, зібрані в різних установах і організаціях України й Польщі, зокрема таких, як Державний комітет статистики України, Міністерство охорони здоров'я України, Інститут суспільного здоров'я, Центр медичної статистики, Центр радіоактивної медицини, Львівське обласне управління статистики, Державна санітарно-епідеміологічна служба України, Державне управління екологічної безпеки Львівської області, Головне статистичне управління Польщі (GUS), Міністерство здоров'я і соціальної опіки Польщі, Центр організації й економіки охорони здоров'я (Польща), Центр інформаційних систем (Польща), Державний інститут гігієни (Польща, PZH), Інститут трудової медицини ім. Є. Нофера в Лодзі (Польща), Інститут суспільного здоров'я в Кракові (Польща), Інститут медицини села ім. В. Ходзькі в Любліні (Польща), Любельський центр суспільного здоров'я (Польща), Центр соціально-економічних аналізів (Польща). Дослідження ґрунтуються на застосуванні різноманітних методів дослідження: аналізу джерел вітчизняної і зарубіжної літератури, ресурсів Інтернету, компаративного аналізу статистичних матеріалів, методу експертних оцінок, картографічних, математично-статистичних методів (лінійної кореляції Пірсона, багатовимірної регресії, таксономії Хельвіга, типології адміністративно-територіальних одиниць за допомогою методики k-середніх).

Початковим у нашому дослідженні було твердження, що стан суспільного здоров'я населення слугує надійним індикатором соціально-економічної ситуації на міждержавному, загальнодержавному, регіональному і локальному рівнях. Для перевірки робочої гіпотези вибрано низку параметрів, що відображають стан суспільного здоров'я населення, а також його соціально-економічні, екологічні, медико-організаційні й демографічні чинники (рис. 1). Головну увагу зосереджено на характеристиці стану здоров'я населення та його соціально-економічних і медико-організаційних чинників.

До головних детермінант медико-демографічної ситуації належить розмір ВВП на душу населення згідно з паритетом купівельної спроможності, а також похідна цього елемента – розмір доходів домогосподарств. В Україні рівень ВВП згідно з паритетом купівельної спроможності на душу населення, 2001 р. становив 4 350 умовн. од., що було у 2 рази менше, ніж у Польщі й у 1,2 раза нижче, ніж прийнята ООН межа бідності, яка становить 5 120 умовн. од. на особу (табл. 1).

Важливою проблемою у двох досліджуваних країнах є геопросторові відмінності вартості показника ВВП згідно з паритетом купівельної спроможності. В найліпшій ситуації перебувають столичні регіони України й Польщі, а в найгіршій – регіони українсько-польського прикордоння, причому різниця вартості ВВП досягає навіть 10 разів (рис. 2).

На території України й Польщі великого масштабу набула бідність населення, причому структуральна, тобто незалежна від самої людини, її здібностей, бажань та мотивації, джерелом якої є зовнішня державна і регіональна економічна ситуація (розмір

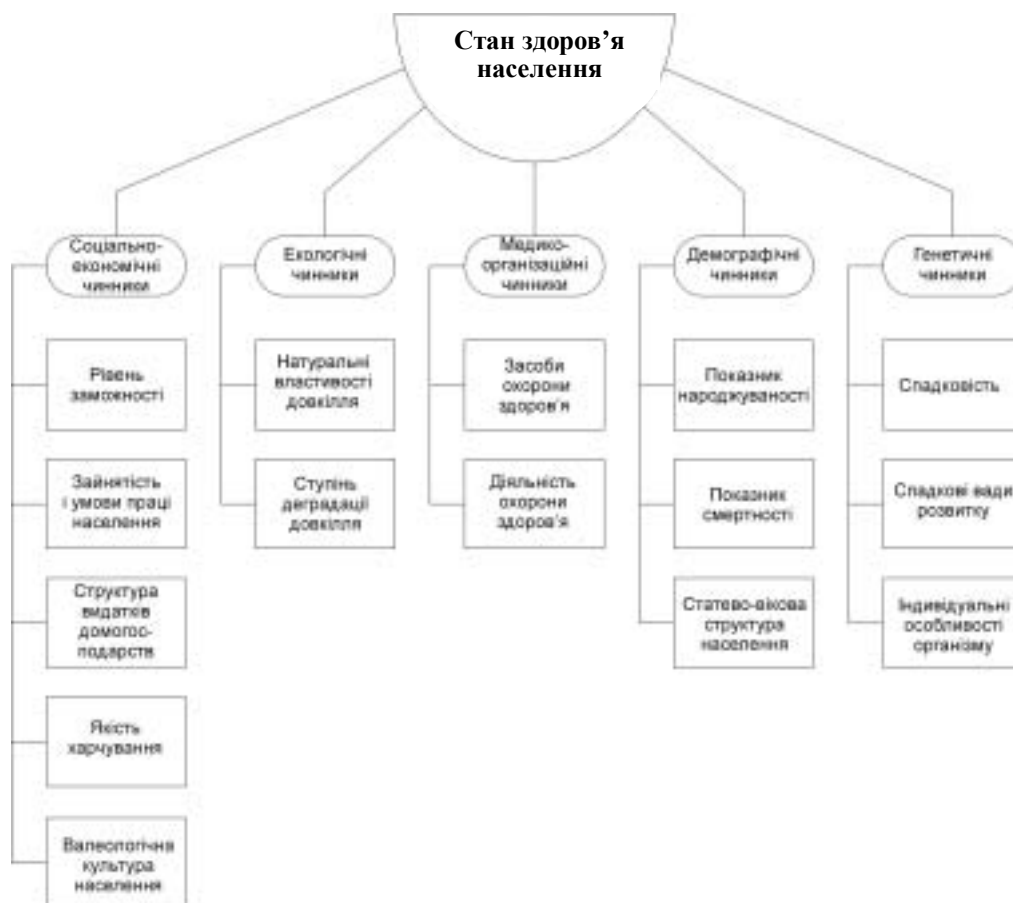


Рис. 1. Класифікація чинників формування стану суспільного здоров'я населення.

доходів і цін, рівень безробіття), а також соціальна політика органів державного управління. В Україні за станом на 2001 р. бідне населення (нижче прожиткового мінімуму) становило 27,8%, тоді як у Польщі – 17,0%. У найгіршій ситуації перебувають найменш захищені соціально верстви населення: безробітні, багатодітні сім'ї, діти й особи похилого віку [1, 18]. З рівнем убогості безпосередньо пов'язані бездомність і жебрацтво. За даними Міністерства внутрішніх справ України 2002 р. на території держави зареєстровано 23,1 тис. бездомних, серед яких 9,7 тис. (близько 37%) – це молодь. У 1999 р. в Україні затримано 31,3 тис. бездомних дітей, які займалися жебрацтвом, причому їхня кількість значно зросла у 2005 р. Як в Україні, так і в Польщі після падіння комуністичного режиму неодноразово проводили реформи в сфері зайнятості населення, які супроводжувалися зростанням безробіття. Хоча, згідно з офіційними даними, рівень безробіття в Польщі є вищий, ніж в Україні, проте Україна вирізняється високим рівнем так званого прихованого безробіття (йдеється про осіб, які перебувають в адміністративних відпустках або працюють неповний час), що практично не зафіксовано на території Польщі. З погляду наслідків безробіття в аналізованих краї-

нах суттєвим є його довготривалість. Частка довготривалого безробіття в Україні 2002 р. становила 64% і була майже у 2 рази вищою, ніж на території Польщі. Україна, порівняно з Польщею, має гірші умови праці, особливо щодо частки працівників, які працюють у небезпечних для життя і здоров'я умовах, а також щодо смертельних нещасних випадків на виробництві.

Таблиця 1  
Динаміка ВВП на особу згідно з паритетом купівельної спроможності  
у вибраних територіальних угрупованнях, умовн. од.

Роки	Польща	Україна	Країни Європи	Середній показник для країн ЄС*	Середній показник для країн СНД
1990	4 899	5 433	11 144,4	16 195,6	63 55,8
1991	4 500	5 180	11 024,4	16 494,6	57 53,9
1992	4 993	5 010	11 303,7	17 460,3	51 37,4
1993	5 330	3 250	10 994,8	17 524,2	39 83,5
1994	5 840	2 718	11 333,1	18 353,8	36 02,0
1995	7 004	2 400	11 974,6	19 513,3	34 47,8
1996	7 383	...	12 301,5	20 195,7	33 79,4
1997	7 544	2 190	13 022,7	21 481,2	34 84,0
1998	8 472	3 194	14 075,9	22 322,3	48 39,3
1999	8 989	3 458	14 924,3	23 374,1	54 99,7
2000	9 529	3 816	15 968,5	24 747,4	61 33,6
2001	9 450	4 350	15 453,7	24 110,3	56 05,3

\* Стан до 1.05.2004. Джерело:[12, 19].

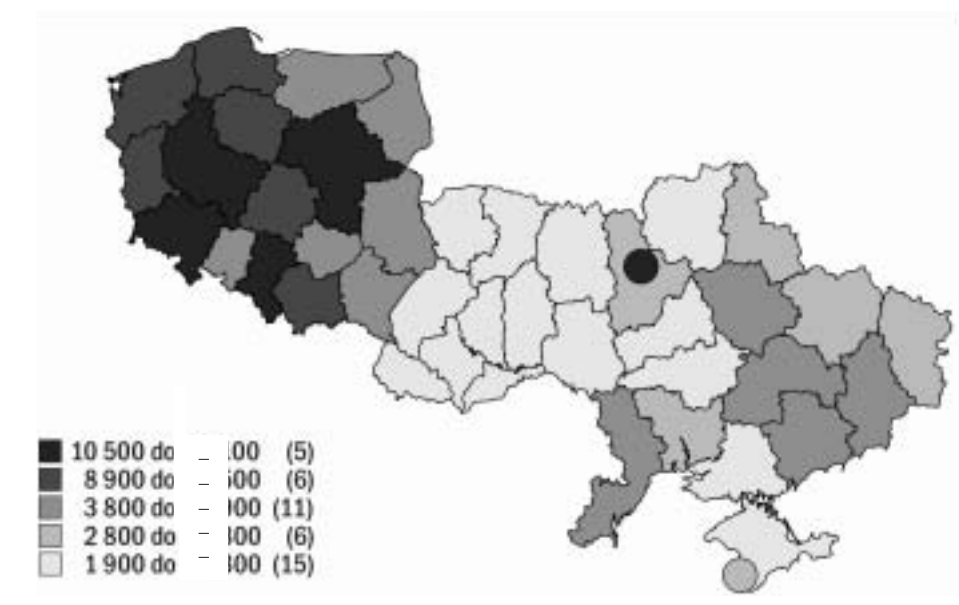


Рис. 2. ВВП на душу населення в Україні та Польщі згідно з паритетом купівельної спроможності 2001 р., умовн. од.

Джерело: [7, 17].

Мало сприятливими для стану здоров'я населення є також рівень і структура видатків домогосподарств на продукти харчування, алкоголь, цигарки, медичні й культурно-рекреаційні потреби. Частка видатків на продукти харчування в загальних видатках домогосподарств, в Україні удвічі вища, ніж у Польщі, тоді як частка видатків на медичні, культурні й рекреаційні потреби значно нижча (відповідно, 1,5 і 3,3 раза).

Далекі від досконалості в аналізованих країнах системи охорони здоров'я. Реформи, які проводили в 1990–2002 рр. не дали, на жаль, очікуваних результатів. З погляду засобів охорони здоров'я ліпша ситуація була в Україні, однак діяльність охорони здоров'я, виражена за допомогою таких показників: кількості хворих, що перебувають у лікарнях у перерахунку на 100 осіб, середнього часу перебування хворого в лікарні (у днях), використання лікарняного ліжка (у днях за рік), а також фінансова доступність медичної допомоги, набагато ефективніша в Польщі. Низька ефективність медичної допомоги в Україні виникає внаслідок спрямованості на лікування, а не на профілактику захворювань. Однією з найважливіших проблем української служби охорони здоров'я є її критично низький рівень фінансування: видатки на охорону здоров'я в Україні в розрахунку на душу населення 2002 р. становили 103 умовн. од. згідно з паритетом купівельної спроможності, тоді як у Польщі відповідний показник був на рівні 449 умовн. од. Зазначимо, в що найгіршій ситуації перебувають власне регіони українсько-польського прикордоння.

Сучасні демографічні проблеми аналізованих країн впливають, безсумнівно, на стан суспільного здоров'я населення, особливо на його генетичний потенціал. Обидві держави належать до країн з низьким рівнем народжуваності, зумовленим особливо в Україні економічними чинниками (табл. 2), однак мають якісно відмінні коефіцієнти смертності. У випадку Польщі коефіцієнти смертності низькі й подібні до усередненого показника для країн ЄС, натомість в Україні ці показники майже у 2 рази вищі, ніж у Польщі (рис. 3).

Таблиця 2

## Причини зволікання з народженням дитини в Україні, 2003 р.

Причини*	%
Відсутність грошей	22
Незадовільні умови проживання	22
Прагнення жити для себе	20
Відсутність загальнодержавної політики щодо допомоги родині	14
Політична й економічна дестабілізація в суспільстві	10
Значні видатки, пов'язані з пологами	10
Відсутність відповідної медичної опіки вагітних жінок	8
Небажання одного з подружжя мати дітей	6
Інші	5

\* Респондент міг вибрати одну чи кілька відповідей. Джерело: [2].

На підставі аналізу стану здоров'я населення України й Польщі можна стверджувати про існування глибокої медико-соціальної кризи на території України. В 1990 р. медико-соціальна ситуація в Польщі теж була незадовільною, особливо порівняно з країнами Євросоюзу, проте поліпшення ситуації в Польщі простежено від 1996 р. за подальшого погіршення стану здоров'я населення України, яке тривало до 2002 р. (табл. 3). Аналіз статистичних даних дає підстави стверджувати, що Польща успішно перейшла через епі-

деміологічну трансформацію<sup>1</sup>, тоді як в Україні дійшло до синергетичного ефекту щораз більшого рівня захворюваності на соціальні та цивілізаційні хвороби (за винятком хвороб дихальної системи).

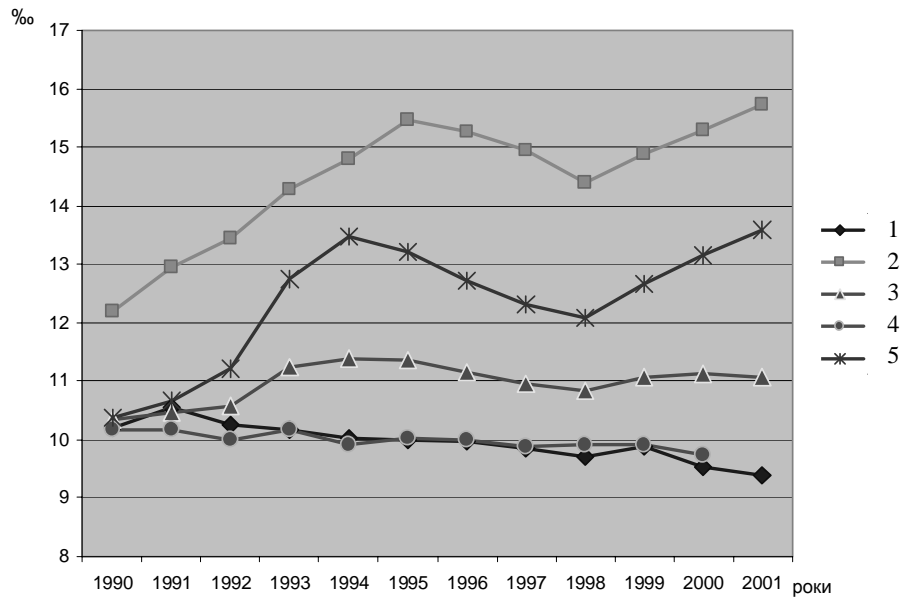


Рис. 3. Динаміка коефіцієнта смертності на 1 000 осіб населення у вибраних територіальних угрупованнях, 1990–2002 рр.: 1 – Польща; 2 – Україна; 3 – країни Європи; 4 – країни ЄС; 5 – країни СНД.

Джерело: [19, 20].

Для оцінки геопросторових відмінностей стану суспільного здоров'я населення України й Польщі використано метод таксономічного аналізу Хельвіга. Зокрема, вибрано 17 показників стану суспільного здоров'я населення. Обчислені за математичним взірцем [10] таксономічні вартості стану здоров'я населення для адміністративно-територіальних одиниць України й Польщі (областей і воєводств) розділено на п'ять класів, яким надано якісне окреслення (наприклад, дуже добрий стан здоров'я населення) (рис. 4).

У геопросторовому аспекті найгірший стан здоров'я в населення східної і центральної частини України головно внаслідок високого рівня захворюваності на злоякісні новоутворення, СНІД і туберкульоз, а також смертності з зовнішніх причин. У Польщі найгірша ситуація зафіксована у Дольношльонському воєводстві з огляду на один з найвищих на території Польщі показник захворюваності на загальні психічні хвороби, психічні хвороби спричинені вживанням алкоголю, а також найвищий показник захворюваності й смертності від злоякісних новоутворень. Порівняно добрий стан здоров'я

<sup>1</sup> Епідеміологічна трансформація – перенесення акценту головних причин смертності, а також захворюваності з інфекційних хвороб на хвороби неінфекційні, хронічні (такі як злоякісні новоутворення, хвороби кровоносної системи) [9].

притаманний населенню Опольського воєводства, а також західних областей України: Закарпатської, Львівської та Івано-Франківської.

Таблиця 3

Вибрані показники медико-соціальної ситуації в Україні та Польщі  
1990–2002 рр.

Показники	Україна			Польща		
	1990	1996	2002	1990	1996	2002
Середня тривалість життя, роки чоловіки	65,63	61,91	62,64	66,56	68,12	70,42
жінки	74,91	72,95	74,06	75,49	76,57	78,78
Натуральний приріст, ‰	0,6	-6,1	-7,6	4,1	1,1	-0,1
Смертність унаслідок хвороб кровоносної системи на 100 тис. населення	641,5	879,0	965,4	534,2	503,2	443,0
Смертність унаслідок злоякісних новоутворень на 100 тис. населення	195,4	192,4	197,2	193,4	203,7	234,9
Смертність унаслідок зовнішніх причин на 100 тис. населення	107,2	158,0	158,3	78,2	70,5	66,4
Смертність унаслідок хвороб дихальної системи на 100 тис. населення	71,8	86,0	66,0	41,1	37,0	40,7
Смертність немовлят, ‰	12,8	14,3	10,3	19,3	12,2	7,5
Захворюваність на туберкульоз на 100 тис. населення	31,9	45,8	75,6	42,3	39,8	27,4
Захворюваність на СНІД на 100 тис. населення	0,002	0,293	2,790	0,055	0,290	0,337
Захворюваність на сифіліс, на 100 тис. населення	6,0	150,6	63,8	21,6	3,3	2,4
Захворюваність на гонорею на 100 тис. населення	73,2	74,2	46,5	5,4	3,9	1,6
Захворюваність на злоякісні новоутворення на 100 тис. населення	301,2	309,4	322,0	219,0	279,7	286,8 <sup>1</sup>

Джерело: [3–8, 13–17].

За допомогою коефіцієнта лінійної кореляції Пірсона визначено силу і характер залежностей між змінними чинників формування суспільного здоров'я населення (53 змінні) і змінними стану здоров'я населення (17 змінних). Певна частина змінних значно пов'язана з аналізованими чинниками формування суспільного здоров'я населення (соціально-економічними, екологічними, медико-організаційними і демографічними). Особливо це стосується таких показників стану здоров'я населення: природного приросту населення, середньої тривалості життя, смертності немовлят, смертності внаслідок хвороб кровоносної системи, зовнішніх причин, захворюваності на туберкульоз і венеричні хвороби. Для решти змінних залежності є досить слабкі або майже непомітні (йдеться передусім про показник самооцінки стану суспільного здоров'я населення, смертність унаслідок хвороб дихальної системи, захворюваності й смертності на злоякісні новоутворення, захворюваність на СНІД і психічні хвороби). Можна припустити, що

ці змінні детерміновані іншими чинниками (наприклад, генетичними), які перебувають поза об'єктом нашого дослідження з огляду на неможливість їхнього статистичного вираження, а також з приводу браку відповідних статистичних даних. Однак, статистично підтверджено кореляції більшості змінних стану здоров'я населення з соціально-економічними чинниками, вираженими за допомогою таких показників: ВВП в умовних одиницях згідно з паритетом купівельної спроможності, доходами домогосподарств в умовних одиницях згідно з паритетом купівельної спроможності, а також видатками домогосподарств на продукти харчування, відпочинок і охорону здоров'я. Деяка слабша кореляція зареєстрована у випадку екологічних і медико-організаційних чинників.



Рис. 4. Синтетичний показник стану здоров'я населення України й Польщі, 2002 р.

На підставі багатовимірної регресії стверджено, що стан суспільного здоров'я населення України й Польщі в 86% залежить від таких змінних: частки видатків домогосподарств на продукти харчування, відпочинок і рекреацію у загальних видатках домогосподарств, кількості лікарів у перерахунку на 10 тис. населення і видатків держав на охорону здоров'я (виражених в умовних одиницях згідно з паритетом купівельної спроможності на особу). Як впливає з аргументів, наведених вище, змінні ці пов'язані передусім зі станом соціально-економічного розвитку держав.

Отже, завдяки позитивним економічним результатам, отриманим у Польщі внаслідок проведення інтенсивних соціально-економічних реформ, вдалося не тільки загальмувати регрес, а й поліпшити медико-демографічну ситуацію в державі. На жаль, в Україні соціально-економічні реформи (зокрема, спосіб їхньої реалізації) спричинили драматичне погіршення стану здоров'я населення, яке є синергетичним ефектом погіршення якості життя населення, а також закінченням латентного періоду від часу катастрофи на Чорнобильській АЕС. Реформування політичної, суспільної та економічної сфер життя населення України і Польщі привело до поглиблення геопросторових відмінностей дос-



ліджуваної території в стані суспільного здоров'я населення та чинників, що впливають на цей стан. Статистичний аналіз зібраних матеріалів підтвердив високу кореляцію між більшістю змінних суспільного здоров'я населення та соціально-економічними чинниками, серед яких особливе місце посідають доходи домогосподарств та їхні видатки на продукти харчування, відпочинок і охорону здоров'я. Результати дослідження слугують необхідною передумовою до опрацювання концепції напрямів діяльності на обмеження деструкційного впливу соціально-економічних, екологічних, медико-організаційних і демографічних чинників на стан суспільного здоров'я населення на міждержавному, внутрішньодержавному, регіональному і локальному рівнях.

1. Звернення Президента України до Верховної Ради в зв'язку з посланням Президента України до Верховної Ради України "Про внутрішнє і зовнішнє становище України у 2001 році" // Економіст. – № 6. – 2002. – С. 4–49.
2. Молода сім'я в Україні: проблеми становлення та розвитку: Тематична доповідь про становище сімей в Україні за підсумками 2002 року. – К., 2003.
3. Населення України 1993: Демограф. щорічник. – К., 1994.
4. Населення України 2002: Демограф. щорічник. – К., 2003.
5. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2001–2002 роки. – К., 2003.
6. Стан здоров'я населення (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2002 р.): Стат. бюлетень. – К., 2003.
7. Статистичний щорічник України за 2002 рік. – К., 2003.
8. Biuletyn statystyczny Ministerstwa Ochrony Zdrowia 2003. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa, 2003.
9. Globalne obciążenie chorobami. T. I. / Pod red. C. Murray, A. Lopez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa–Kraków: Vesalius, 2000.
10. Hellwig Z. Zastosowanie metody taksonomicznej do typologii podziału krajów ze względu na poziom ich rozwoju, oraz zasoby i strukturę wykwalifikowania kadr // Przegląd Statystyczny. 1968. – T. 15. – Z. 4. – S. 307–327.
11. Kawczyńska-Butrym Z. Zdrowie-choroba jako kategoria opisu położenia społecznego / Piątkowski W., Titkow A. W stronę socjologii zdrowia. – Lublin: W-wo UMCS, 2002.
12. OECD Health Data 2000. OECD, Paris, 2000 – Harvard/Commonwealth Fund/Louis Harris and Associates surveys and Eurobarometer surveys.
13. Rocznik demograficzny 1990. GUS, Warszawa, 1991.
14. Rocznik demograficzny 1997. GUS, Warszawa, 1997.
15. Rocznik demograficzny 2003. GUS, Warszawa, 2003.
16. Rocznik statystyczny ochrony zdrowia 1997. GUS, Warszawa, 1998.
17. Rocznik statystyczny województw 2002. GUS, Warszawa, 2003.
18. Sytuacja gospodarstw domowych w 2002 r. w świetle wyników badań gospodarstw domowych // www.stat.gov.pl; 15-02-2004.
19. WHO/Europe HFA Database January 2004.
20. WHO/Europe HFA Database June 2002.

**ECONOMIC-GEOGRAPHICAL ASPECTS OF PUBLIC HEALTH OF THE POPULATION IN UKRAINE AND IN POLAND: SPACE-TIME ANALYSIS****V. Pantylej**

*Maria Curie-Skłodowska University,  
Kraśnitcka Str., 2 cd , PL – 20718 Lublin, Poland*

The article is dedicated to the analysis of the impact of social-economic transformations on public health status of the population in Ukraine and Poland in 1990-2002. Authors' classification of factors forming the public health status of the population is suggested as well as the impact of social-economic, medical and demographical factors on public health status of the population in Ukraine and Poland was analysed in the period of 1990-2002. Strong correlation between the variables of public health status of the population and variables of social-economic factors of public health formation was confirmed due to the statistical methods. It is proved that social-economic reforms conducted at the beginning of 90's have lead to the considerable deterioration of the life quality of the population and medical-demographical situation in Ukraine, while in Poland one can observe improvement of the main elements of public health status of the population and social-economic situation.

*Key words:* public health, factors of public health formation, social-economic transformations, mortality, morbidity, Ukraine, Poland.

Стаття надійшла до редколегії 09.10.2006

Прийнята до друку 27.10.2006