

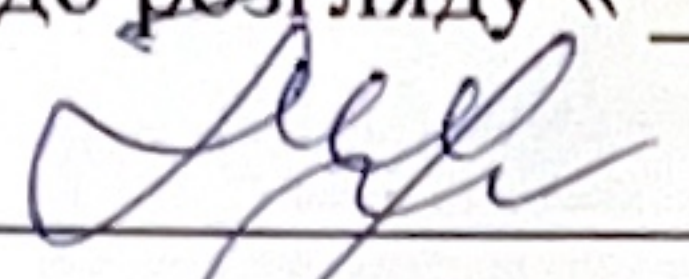
Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Чернігівський колегіум» імені
Т.Г.Шевченка
Природничо-математичний факультет
Кафедра біології та здоров'я людини

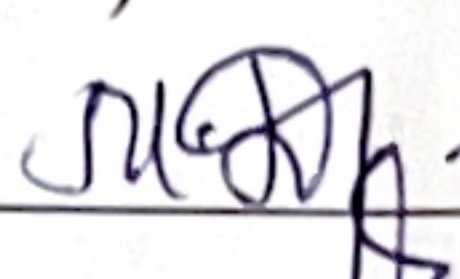
Дипломна робота
Магістра
на тему: Стан громадського здоров'я як індикатор
рівня соціально - економічного розвитку країни

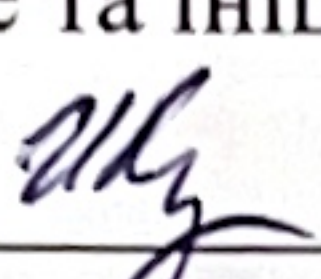
Виконав(ла):
студент(ка) ____ курсу, ____ групи
напряму підготовки (спеціальності) Громадське здоров'я
Керівник: _____
Рецензент _____

Чернігів - 2026 року

Роботу подано до розгляду « 01 » 06 20 26 року.

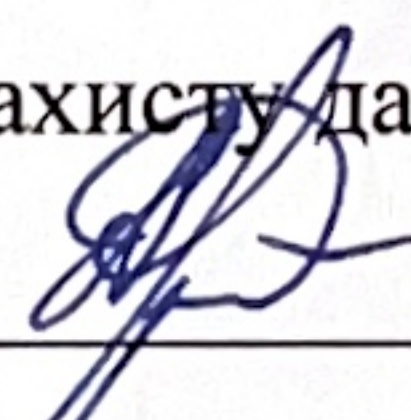
Студент (ка)  Торчаков В.С.
(підпис) (прізвище та ініціали)

Науковий керівник  Дейкері М.П.
(підпис) (прізвище та ініціали)

Рецензент  Гурманова Т.М.
(підпис) (прізвище та ініціали)

Кваліфікаційна робота розглянута на засіданні кафедри біології та здоров'я людини протокол No 12 від « 05 06 » 20 26 року.

Студент (ка) допускається до захисту даної роботи в екзаменаційній комісії.

В.О. Завідувач кафедри  Гурманова Т.М.
(підпис) (прізвище та ініціали)

ЗМІСТ

ВСТУП

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

- 1.1. Сутність поняття громадського здоров'я та його основні показники
- 1.2. Соціально-економічний розвиток країни: поняття та критерії оцінювання
- 1.3. Вплив соціально-економічних факторів на стан громадського здоров'я

РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

- 2.1. Організація дослідження та характеристика інформаційної бази
- 2.2. Аналіз медико-демографічних показників громадського здоров'я
- 2.3. Аналіз соціально-економічних показників розвитку країни

РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ АНАЛІЗ

- 3.1. Оцінка сучасного стану громадського здоров'я населення
- 3.2. Вплив соціально-економічних факторів на показники здоров'я населення
- 3.3. Практичні рекомендації щодо покращення громадського здоров'я

ВИСНОВКИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

ВСТУП

Актуальність. Стан громадського здоров'я є одним із найважливіших показників розвитку будь-якої країни, оскільки відображає не лише рівень медичного забезпечення населення, а й умови життя, економічну стабільність, рівень освіти, соціального захисту та добробуту населення загалом. Здоров'я населення безпосередньо впливає на трудовий потенціал держави, демографічну ситуацію та економічний розвиток країни.

У сучасних умовах проблема збереження та покращення громадського здоров'я набуває особливого значення. Зростання рівня хронічних захворювань, смертності, погіршення демографічних показників, соціально-економічна нестабільність та обмежений доступ до якісних медичних послуг негативно впливають на якість життя населення. Для України ці питання є особливо актуальними у зв'язку з економічними труднощами, демографічною кризою та впливом воєнних дій на систему охорони здоров'я і соціальне становище населення.

Рівень громадського здоров'я формується під впливом багатьох факторів: рівня доходів населення, умов праці, екологічної ситуації, способу життя, доступності медичної допомоги та ефективності державної політики у сфері охорони здоров'я. Тому дослідження взаємозв'язку між станом здоров'я населення та соціально-економічним розвитком країни дає можливість визначити основні проблеми та напрями вдосконалення системи громадського здоров'я.

Питання взаємозв'язку громадського здоров'я та економічного поступу перебуває у центрі уваги провідних вітчизняних та зарубіжних науковців. Фундаментальні аспекти формування людського капіталу та його впливу на національний дохід досліджували такі відомі вчені, як Е. Лібанова, О. Гладдун та Н. Левчук. Питаннями реформування системи охорони здоров'я в контексті

державного управління активно займаються В. Пашков, Т. Грузева та Г. Слабкий. Особливої ваги набувають праці закордонних дослідників, зокрема Дж. Сакса та М. Гроссмана, які обґрунтували інвестиційну модель здоров'я як економічного активу. Вплив соціальних детермінант на стан громадського здоров'я в умовах глобальних трансформацій детально висвітлено у роботах О. Гульчій та С. Коваленка. Окремі аспекти цифровізації медичної галузі та впровадження інноваційних технологій eHealth аналізують у своїх працях Ю. Поляченко та А. Степанов. Дослідження економічної ефективності медичних інтервенцій та механізмів фінансування галузі відображені у наукових доробках В. Рудого та І. Солоненка. Водночас, стрімка зміна макроекономічного середовища та нові безпекові виклики потребують подальшого переосмислення ролі громадського здоров'я як індикатора стійкості держави. Саме необхідність комплексного аналізу стану здоров'я нації як чинника соціально-економічної стабільності зумовила вибір теми даної магістерської роботи.

Метою роботи є дослідження стану громадського здоров'я як індикатора рівня соціально-економічного розвитку країни та визначення основних факторів, що впливають на показники здоров'я населення.

Для досягнення поставленої мети передбачено виконання таких **завдань**:

- проаналізувати наукову літературу з теми дослідження;
- визначити основні показники громадського здоров'я;
- дослідити вплив соціально-економічних факторів на здоров'я населення;
- провести аналіз статистичних показників громадського здоров'я;
- оцінити взаємозв'язок між рівнем громадського здоров'я та соціально-економічним розвитком країни;
- розробити практичні рекомендації щодо покращення показників громадського здоров'я.

Об'єктом дослідження є громадське здоров'я населення.

Предметом дослідження є взаємозв'язок між показниками громадського здоров'я та рівнем соціально-економічного розвитку країни.

У роботі використано **методи** аналізу та узагальнення наукової літератури, статистичний метод, порівняльний аналіз, методи медико-статистичної оцінки та кореляційний аналіз.

Практичне значення роботи полягає у можливості використання отриманих результатів для оцінки сучасного стану громадського здоров'я та розробки заходів щодо його покращення.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи 67 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність поняття громадського здоров'я та його основні показники

Громадське здоров'я є важливою складовою розвитку сучасного суспільства, оскільки характеризує не лише рівень медичного забезпечення населення, а й загальні умови життя людей. Стан здоров'я населення впливає на економічний розвиток держави, рівень працездатності населення, демографічні процеси та соціальну стабільність країни. У сучасних умовах громадське здоров'я розглядається як один із ключових показників соціального благополуччя суспільства [1].

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, здоров'я - це стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб або фізичних вад [2]. Таке трактування значно розширило підхід до розуміння здоров'я населення та підкреслило важливість соціальних чинників у його формуванні. Поняття громадського здоров'я охоплює систему заходів, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я населення, профілактику захворювань, продовження тривалості життя та покращення якості життя людей. На відміну від клінічної медицини, яка зосереджується переважно на лікуванні окремої людини, громадське здоров'я орієнтоване на населення загалом та профілактику захворювань [3].

На думку Чарльза-Едварда Вінслоу, громадське здоров'я є наукою і мистецтвом попередження хвороб, продовження життя та зміцнення здоров'я шляхом організованих зусиль суспільства [4]. Саме це визначення стало основою сучасного розуміння системи громадського здоров'я у багатьох країнах світу.

Система громадського здоров'я включає декілька основних напрямів діяльності: профілактику захворювань, моніторинг стану здоров'я населення,

формування здорового способу життя, контроль за факторами навколишнього середовища, а також забезпечення доступності медичної допомоги. Значну роль у цьому процесі відіграє державна політика у сфері охорони здоров'я.

Одним із головних завдань громадського здоров'я є виявлення факторів ризику, які негативно впливають на здоров'я населення. До таких факторів належать тютюнопаління, вживання алкоголю, нераціональне харчування, недостатня фізична активність, стресові ситуації та несприятливі екологічні умови [5]. Сучасні дослідження свідчать, що на стан здоров'я населення суттєво впливають соціально-економічні умови життя. Рівень доходів населення, доступ до освіти, житлові умови, рівень зайнятості та соціального захисту безпосередньо пов'язані з показниками захворюваності та смертності населення [6].

У багатьох країнах саме профілактична медицина стала основою системи громадського здоров'я. Значна увага приділяється вакцинації населення, ранньому виявленню захворювань, популяризації здорового способу життя та санітарно-просвітницькій роботі. В Україні система громадського здоров'я перебуває на етапі реформування. Одним із ключових напрямів є посилення профілактичного напрямку медицини та розвиток епідеміологічного нагляду. Особливої актуальності ці питання набули після пандемії COVID-19 та в умовах воєнного стану.

Для оцінки стану громадського здоров'я використовуються різні медико-демографічні показники. Найчастіше аналізують рівень смертності, народжуваності, середню тривалість життя, поширеність хронічних захворювань та рівень інвалідності населення.

Важливим індикатором є очікувана тривалість життя населення. Саме цей показник часто використовується міжнародними організаціями для оцінки рівня розвитку країни та якості життя населення. У сучасній системі громадського здоров'я велике значення має міжсекторальний підхід. Це означає, що

відповідальність за здоров'я населення покладається не лише на медичну галузь, а й на органи освіти, соціального захисту, екології, економіки та місцевого самоврядування.

Таблиця 1.1

Основні фактори, що впливають на стан громадського здоров'я

№	Фактор	Характеристика впливу
1	Рівень доходів населення	Впливає на доступність медичних послуг, якість харчування та умови проживання
2	Освіта населення	Формує обізнаність щодо профілактики захворювань і здорового способу життя
3	Умови праці	Небезпечні умови праці можуть спричиняти професійні захворювання
4	Екологічний стан	Забруднення повітря, води та ґрунтів негативно впливає на здоров'я населення
5	Спосіб життя	Фізична активність, харчування та шкідливі звички визначають рівень захворюваності
6	Доступність медичної допомоги	Своєчасна діагностика та лікування знижують рівень смертності
7	Соціальний захист населення	Впливає на психологічний стан та рівень життя населення
8	Демографічна ситуація	Старіння населення збільшує навантаження на систему охорони здоров'я

Джерело: складено автором на основі [1-6].

За даними Всесвітня організація охорони здоров'я, близько 60 % стану здоров'я людини залежить саме від способу життя та соціальних умов, а не лише від рівня медичної допомоги [2]. Важливою складовою громадського здоров'я є профілактика неінфекційних захворювань. Саме серцево-судинні, онкологічні захворювання та цукровий діабет сьогодні є основними причинами смертності

Оцінка стану громадського здоров'я здійснюється за допомогою системи показників, які відображають демографічні процеси, рівень захворюваності населення, смертність, фізичний стан населення та доступність медичної допомоги. Саме аналіз цих показників дозволяє оцінити ефективність системи охорони здоров'я та визначити основні проблеми, що впливають на якість життя населення [1]. Одним із найважливіших показників є середня очікувана тривалість життя населення. Цей показник характеризує загальний рівень добробуту країни, ефективність медичної допомоги та соціально-економічні умови життя населення. У країнах із високим рівнем економічного розвитку тривалість життя є значно вищою порівняно з державами, де спостерігаються економічні труднощі та обмежений доступ до медичних послуг [2].

Важливе значення має рівень смертності населення. Він відображає кількість померлих осіб на певну кількість населення за визначений період. Аналіз смертності дозволяє визначити найбільш поширені причини смерті та оцінити стан громадського здоров'я в країні [3]. Одним із ключових демографічних показників є рівень народжуваності. Низький рівень народжуваності може свідчити про соціально-економічну нестабільність, погіршення рівня життя населення та демографічну кризу. Для України проблема скорочення народжуваності залишається актуальною протягом останніх років [4]. Суттєве значення має також показник природного приросту населення, який визначається як різниця між народжуваністю та смертністю. Від'ємний природний приріст свідчить про скорочення чисельності населення та погіршення демографічної ситуації. Для оцінки громадського здоров'я широко використовують показники захворюваності населення. Вони характеризують поширеність окремих хвороб серед населення та дозволяють оцінити динаміку стану здоров'я населення [5].

Особливу увагу приділяють аналізу неінфекційних захворювань. Серцево-судинні захворювання, онкологічні патології, цукровий діабет та хронічні

захворювання органів дихання є основними причинами смертності у більшості країн світу [6]. Одним із важливих індикаторів є рівень дитячої смертності. Цей показник часто використовується міжнародними організаціями для оцінки якості медичної допомоги та соціального розвитку держави. Зниження дитячої смертності свідчить про покращення умов життя населення та розвиток системи охорони здоров'я [7]. Показник материнської смертності також характеризує рівень розвитку медичної допомоги. Високий рівень материнської смертності свідчить про недостатню якість акушерсько-гінекологічної допомоги та проблеми в системі охорони здоров'я.

У сучасних дослідженнях дедалі більше уваги приділяється оцінці психічного здоров'я населення. Поширення депресивних розладів, тривожних станів та стресових порушень негативно впливає на загальний стан громадського здоров'я [8]. Важливим показником є рівень інвалідності населення. Він характеризує втрату працездатності та рівень соціального навантаження на державу. Зростання інвалідності часто пов'язане зі збільшенням поширеності хронічних захворювань. Для оцінки ефективності системи громадського здоров'я використовують також показники доступності медичної допомоги. До них належать забезпеченість населення лікарями, кількість лікарняних ліжок, рівень охоплення профілактичними оглядами та вакцинацією населення [9]. Одним із сучасних інтегральних показників є DALY (Disability-Adjusted Life Years), який відображає кількість років життя, втрачених через передчасну смертність або інвалідність [10]. Цей показник активно використовується у міжнародних дослідженнях громадського здоров'я. Важливу роль відіграють показники способу життя населення. Рівень тютюнопаління, вживання алкоголю, фізичної активності та харчування безпосередньо впливають на стан здоров'я населення.

Для комплексної оцінки громадського здоров'я застосовується система медико-статистичного аналізу, що дозволяє порівнювати показники між різними регіонами та країнами.

Таблиця 1.2

Основні показники оцінки громадського здоров'я

№	Показник	Що характеризує
1	Середня тривалість життя	Загальний рівень здоров'я та якості життя населення
2	Рівень смертності	Кількість смертей серед населення за певний період
3	Народжуваність	Демографічну ситуацію та відтворення населення
4	Захворюваність	Поширеність хвороб серед населення
5	Дитяча смертність	Рівень медичної допомоги дітям та соціального розвитку
6	Материнська смертність	Якість акушерсько-гінекологічної допомоги
7	Рівень інвалідності	Ступінь втрати працездатності населення
8	DALY	Кількість втрачених років здорового життя
9	Поширеність хронічних захворювань	Навантаження на систему охорони здоров'я
10	Охоплення вакцинацією	Ефективність профілактичної роботи

Джерело: складено автором на основі [1-10]

Суттєве значення має аналіз динаміки показників громадського здоров'я. Порівняння статистичних даних за декілька років дозволяє оцінити ефективність реформ у сфері охорони здоров'я та визначити основні тенденції розвитку системи громадського здоров'я.

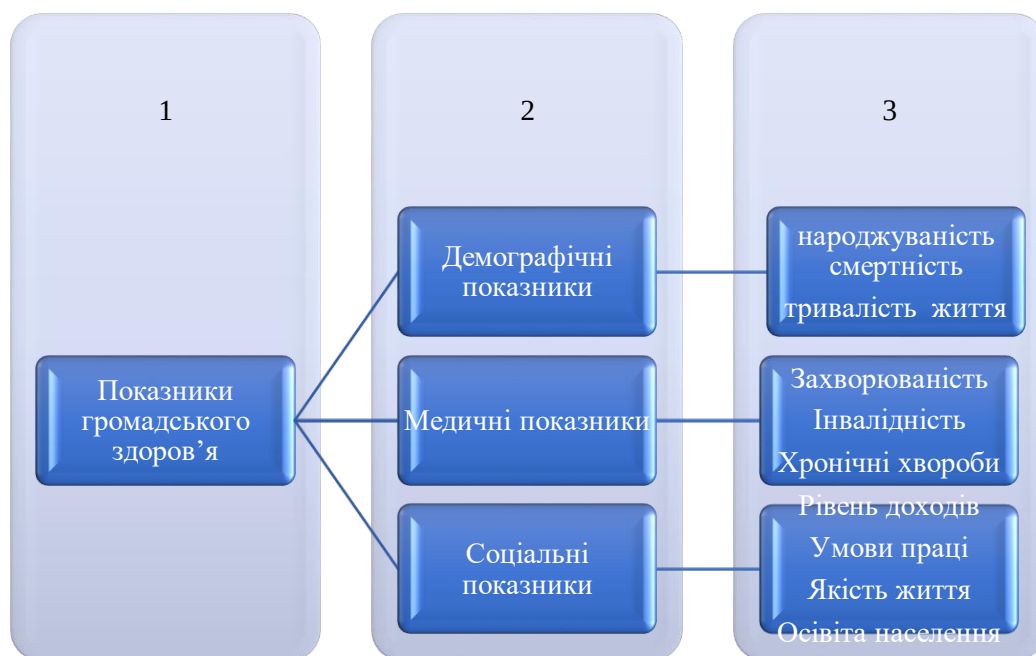


Рисунок 1.2 - Система показників оцінки громадського здоров'я

Отже, система показників громадського здоров'я дозволяє комплексно оцінити стан здоров'я населення, визначити основні проблеми та оцінити вплив соціально-економічних факторів на якість життя населення. Особливу увагу сучасна система громадського здоров'я приділяє психічному здоров'ю населення.



Рисунок 1.2 - Основні складові громадського здоров'я

Постійний стрес, соціальна нестабільність, воєнні дії та економічні труднощі негативно впливають на психологічний стан населення. Стан громадського здоров'я також залежить від рівня розвитку системи охорони здоров'я. Недостатнє фінансування медичної галузі, нестача медичних кадрів та нерівномірний доступ до медичних послуг можуть призводити до погіршення показників здоров'я населення. Важливим напрямом є формування відповідального ставлення населення до власного здоров'я. Профілактичні медичні огляди, вакцинація та дотримання принципів здорового способу життя сприяють зниженню рівня захворюваності.

Отже, громадське здоров'я є складною багатокomпонентною системою, яка формується під впливом медичних, соціальних, економічних та екологічних факторів. Від ефективності системи громадського здоров'я залежить не лише рівень захворюваності населення, а й соціально-економічний розвиток держави загалом.

1.2. Соціально-економічний розвиток країни: поняття та критерії оцінювання

У сучасній координатній системі економічної науки категорія детермінації суспільних трансформацій займає центральне місце, вимагаючи постійного переосмислення через призму гуманістичного підходу. Дослідження фундаментальних засад загальнодержавного поступу ускладнюється багатоаспектністю самого терміна, який поєднує в собі кількісні параметри виробничих потужностей та якісні вектори трансформації людського буття. Більшість класичних економічних теорій тривалий час фокусувалися виключно на

фінансових маркерах, проте сучасна парадигма громадського здоров'я доводить деструктивність такого обмеженого бачення. Системний розгляд цього процесу змушує науковців аналізувати не лише темпи накопичення капіталу, а й характер його розподілу всередині соціуму. Саме тому дефініція суспільного прогресу потребує чіткого розмежування суто технічного зростання та збалансованого всебічного оновлення життєдіяльності країни.

Для глибокого розуміння сутності досліджуваного феномена варто звернутися до напрацювань провідних вітчизняних та міжнародних дослідників, які заклали підвалини сучасної теорії макроекономічного поступу. Зокрема, у контексті інституційних трансформацій відомий український вчений В. М. Геєць визначає, що «соціально-економічний розвиток - це складний багатовекторний процес, який передбачає не лише збільшення масштабів національного виробництва, а й глибокі структурні, організаційні та якісні зміни в усіх сферах життєдіяльності людини, спрямовані на підвищення її добробуту та безпеки» [1, с. 45].

Це формулювання чітко вказує на зміщення акцентів від суто сировинних чи промислових показників до антропоцентричних орієнтирів. На користь цієї тези свідчить і позиція Е. М. Лібанової, яка розглядає аналізовану категорію через призму демографічного та людського капіталу, зазначаючи, що «соціально-економічний розвиток є процесом розширення можливостей людського вибору, що забезпечується через зростання матеріального достатку, покращення умов праці, збереження соматичного здоров'я та підвищення загальної тривалості життя нації» [2, с. 12]. Такий підхід дає змогу безпосередньо пов'язати макроекономічну стабільність держави із життєздатністю її громадян.

Ширший, міжсекторальний погляд на означену проблему пропонує О. І. Амоша, стверджуючи у своїх працях, що «модернізація національного простору виступає синергетичним результатом взаємодії технологічних інновацій та

соціальних стандартів, де кінцевим індикатором ефективності реформ стає якість життя та рівень захищеності вразливих верств населення» [3, с. 84]. Відтак, суто монетарна оцінка втрачає свою гегемонію, поступаючись місцем інтегральним індексам. Своєю чергою, у закордонній науковій спільноті, звільненій від пострадянських догм, домінує думка, яку транслює відомий дослідник М. Тодаро, вказуючи, що «суспільний розвиток слід трактувати як багатовимірний процес, що містить реорганізацію та переорієнтацію всієї економічної та соціальної систем, включаючи подолання бідності, зменшення нерівності та викорінення хронічного безробіття на тлі загального духовного та матеріального зростання» [4, с. 112].

Міжнародні інституції також солідаризуються з цим поглядом, фіксуючи нові вимоги до глобального моніторингу країн. Зокрема, у щорічних аналітичних звітах Програми розвитку ООН (ПРООН) наголошується, що «істинний прогрес держав вимірюється не обсягами видобутих ресурсів чи валовим внутрішнім продуктом, а ступенем свободи та рівнем капіталізації людських можливостей, де доступ до якісної медицини та знань є базовим невід'ємним правом кожної особистості» [5, с. 19]. Синтез наведених дефініцій дозволяє нам трактувати соціально-економічний розвиток як цілісну систему превентивних та інвестиційних заходів держави, спрямованих на довгострокове відтворення здорового потенціалу суспільства.

Переходячи від теоретичного базису до прикладного інструментарію, постає гостра потреба в обґрунтуванні критеріїв, за якими здійснюється диференціація країн за рівнем їхнього благополуччя. Класична методологія передбачає поділ оціночних параметрів на дві великі групи: макроекономічні (кількісні) та соціодемографічні (якісні). *До першої групи* традиційно відносять динаміку валового внутрішнього продукту, рівень інфляції, обсяги золотовалютних резервів та сальдо торговельного балансу. *Друга група* охоплює

рівень реальних доходів громадян, коефіцієнт розшарування суспільства (індекс Джині), доступність базової інфраструктури та показники захворюваності. Проте сучасна криза глобальної архітектури безпеки та екологічні виклики змусили вчених розширити цей перелік, додавши до нього інституційні та безпекові критерії. Тільки через поєднання цих різнорідних векторів можна отримати об'єктивну картину, що унеможливорює маніпуляції зі статистичними даними.

Систематизацію та детальну характеристику сучасного інструментарію моніторингу суспільного прогресу представлено у таблиці 1.3

Таблиця 1.3

Критерії та структурно-функціональні детермінанти оцінювання рівня соціально-економічного розвитку територій

Група критеріїв	Ключові аналітичні показники	Сутнісний зміст та вектор відображення
Економіко-виробничі [1, 4]	Обсяг ВВП на душу населення за ПКС, темпи промислового виробництва, рівень інноваційної активності підприємств.	Відображають загальну фінансову та матеріальну спроможність держави генерувати ресурси для подальшого перерозподілу.
Соціально-демографічні [2, 5]	Індекс людського розвитку (ІЛР), середня тривалість життя, коефіцієнт материнської та малюкової смертності.	Демонструють безпосередній результат державної політики у сфері збереження нації та відтворення людського капіталу.
Трудові та міграційні [2, 3]	Рівень безробіття (за методологією МОП), частка самозайнятого населення, сальдо зовнішньої міграції.	Характеризують стабільність ринку праці, наявність умов для самореалізації та ступінь відтоку інтелектуальних ресурсів за кордон.

Інфраструктурні[3, 5]	Частка витрат на охорону здоров'я у ВВП, рівень забезпеченості лікарями, ступінь покриття цифровими послугами.	Показують фізичну та фінансову доступність базових медичних, освітніх та комунікаційних благ для мешканців віддалених регіонів.
-----------------------	--	---

(Джерело: розроблено автором на основі синтезу джерел [1–5])

Аналіз наведених у таблиці детермінант доводить, що жоден із критеріїв не може розглядатися ізольовано від інших, оскільки між ними існує прямий каузальний зв'язок. Наприклад, високі показники ВВП на душу населення не гарантують автоматичного покращення стану громадського здоров'я, якщо в країні спостерігається критична майнова нерівність. У такому випадку більша частина фінансового ресурсу концентрується в руках олігархічних еліт, тоді як основна маса населення залишається за межею бідності й втрачає доступ до якісних медичних послуг. Навпаки, цілеспрямовані державні інвестиції в інфраструктуру та профілактичну медицину здатні суттєво підвищити якість людського капіталу навіть в умовах помірних макроекономічних показників. Відтак, методологія оцінювання має базуватися на принципах комплексності, де якісні зміни людського існування мають пріоритет над кількісними фінансовими результатами.

Окрему увагу в процесі оцінювання слід приділяти інституційному базису, який регулює розподіл суспільних благ та забезпечує довіру громадян до державних інституцій. Рівень корупції, ефективність судової системи та прозорість прийняття управлінських рішень безпосередньо впливають на інвестиційну привабливість країни та стабільність її соціальних програм. За умов слабких державних інститутів навіть потужна фінансова допомога міжнародних донорів розчиняється в тіньових схемах, не доходючи до реального сектору

охорони здоров'я. У результаті формується стійкий дисбаланс, за якого деградація соціальної сфери блокує будьякі спроби технологічної модернізації виробництва. Тому інституційна стабільність виступає тим фундаментом, який забезпечує тривалість та незворотність позитивних зрушень у суспільстві.

Підсумовуючи методологічний огляд, варто наголосити, що стан громадського здоров'я є найбільш чутливим та об'єктивним барометром соціально-економічного розвитку будь-якої держави. Будь-які прорахунки в економічній стратегії, зниження реальних доходів чи руйнація екологічного простору миттєво віддзеркалюються на демографічних графіках у вигляді зростання смертності та поширення хронічних патологій. Саме тому розробка та впровадження державних програм розвитку має відбуватися за обов'язкової участі фахівців сфери охорони здоров'я. Тільки такий інтегрований підхід дозволить подолати наявні диспропорції та забезпечити стабільний розвиток національної системи, орієнтованої на довгострокове збереження людського потенціалу країни.

1.3. Вплив соціально-економічних факторів на стан громадського здоров'я

Формування життєздатності та благополуччя суспільства є багатовекторним процесом, що виходить далеко за межі суто клінічної допомоги. Світовий досвід доводить, що рівень медикаментозного забезпечення чи щільність лікарень у регіоні виступають лише заходами реагування, тоді як першопричини захворюваності закладені в повсякденних умовах буття людини [1].

Матеріальний стан індивіда, доступ до інтелектуальних ресурсів, якість робочого місця та ступінь соціального захисту створюють той базовий каркас, який визначає тривалість та якість людського життя [2]. У періоди глобальних трансформацій, фінансових рецесій чи військових дій ці чинники починають діяти синергетично, стрімко погіршуючи медико-демографічну карту країни [4].

Головним базисом, від якого відштовхується рівень життєздатності населення, виступає фінансовий добробут та купівельна спроможність громадян. Бідність обмежує людину у виборі якісного раціону, змушуючи споживати дешеві, енергетично насичені, але бідні на мікроелементи продукти. Окрім цього, низькі доходи консервують незадовільні житлові умови, що стає джерелом поширення хронічних респіраторних та інфекційних патологій [2]. Фінансовий дефіцит також змушує відкладати купівлю ліків або планові візити до профільних спеціалістів, через що легкі стани трансформуються у хронічні недуги [3]. Зворотний зв'язок очевидний: заможне суспільство інвестує у превенцію, спорт та якісну екологію, суттєво знижуючи навантаження на стаціонари.

Наступним критично важливим чинником виступає рівень освіченості та загальної культури здоров'я в соціумі. Люди з вищою освітою зазвичай володіють вищим рівнем медичної грамотності, що дозволяє їм критично оцінювати ризики та раніше помічати симптоми збоїв у стані організму [2]. Освічені верстви населення частіше демонструють прихильність до вакцинації, планової діагностики та раціонального харчування. Вони рідше піддаються деструктивним звичкам, оскільки мають ширший спектр можливостей для самореалізації та зняття психологічної напруги [19]. Відтак, державні витрати на інтелектуальний розвиток громадян є прямими довгостроковими інвестиціями у зниження показників передчасної смертності.

Професійне середовище, де індивід проводить третину свого життя, володіє потужним потенціалом впливу на його соматичний стан. Наявність шкідливих

виробничих чинників, таких як хронічний шум, токсичні випари чи надмірне фізичне навантаження, безпосередньо провокує професійний травматизм та інвалідність [31]. Водночас нестабільність на ринку праці, страх втрати доходу та безробіття запускають механізми хронічного психоемоційного стресу. Цей стрес руйнує серцево-судинну систему, провокуючи інфаркти та інсульты, які залишаються лідерами серед причин летальних випадків [5]. Надійний соціальний захист з боку роботодавця та держави мінімізує ці ризики, створюючи психологічний буфер безпеки.

Сучасна архітектура розподілу факторів впливу на здоров'я узагальнена на схемі нижче (див. рис. 1.3).

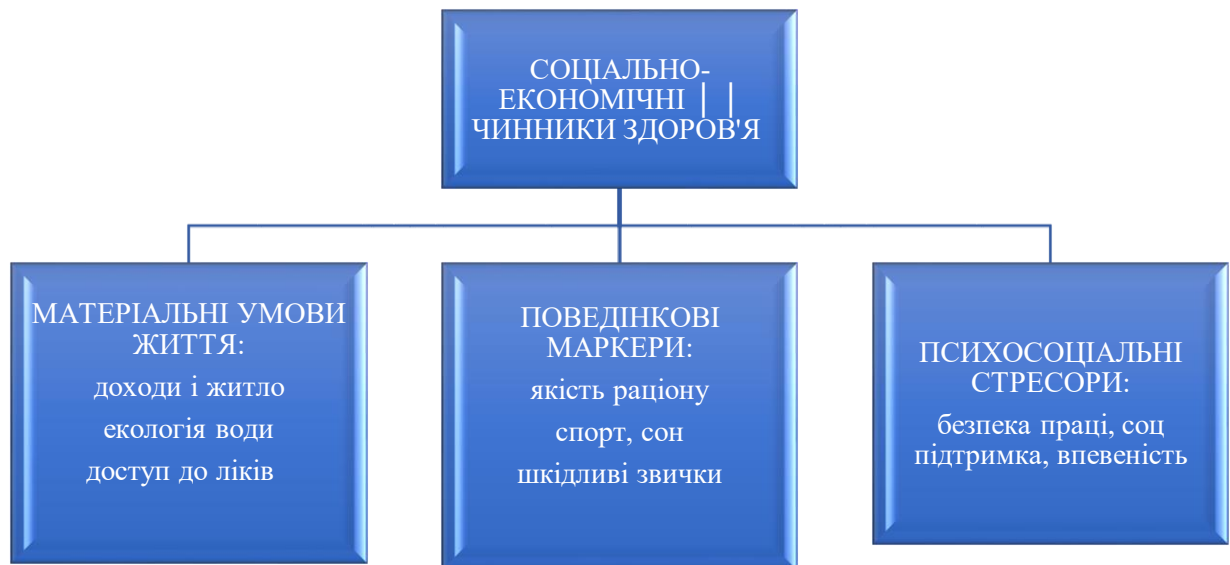


Рисунок 1.3 Модель детермінації стану здоров'я населення соціально-економічними умовами (розроблено автором на основі [5])

Наведена схема наочно демонструє, що кінцевий результат у вигляді високої тривалості життя формується на перетині матеріального достатку, психологічного клімату та поведінкових виборів особистості.

Для детального розуміння природи цих взаємозв'язків доцільно розглянути структуровану класифікацію соціально-економічних детермінант (див. табл. 1.4).

Таблиця 1.4

Групування ключових соціально-економічних детермінант та вектор
їхнього впливу на організм

Категорія чинників	Конкретні прояви в суспільстві	Медіатори впливу на соматичне здоров'я
Економічні[3]	Рівень мінімальної заробітної плати, рівень безробіття, інфляція.	Доступність високотехнологічної допомоги, якість медикаментів, повноцінність харчування.
Соціальні[2]	Освітній ценз, розвиненість мереж соціальної підтримки, безпека в громаді.	Рівень медичної грамотності, прихильність до профілактики, мінімізація деструктивної поведінки.
Трудові [1]	Режим праці, наявність засобів індивідуального захисту, ергономіка робочого місця.	Хронічна втома, професійні соматичні деформації, травматизм, інвалідність.
Інституційні[4]	Державне фінансування медицини, ефективність системи страхування.	Швидкість надання невідкладної допомоги, охоплення населення скринінговими програмами.

(Джерело: розроблено автором)

Взаємодія зазначених детермінант яскраво проявляється під час аналізу захворюваності на хронічні неінфекційні патології. У бідніших регіонах спостерігається значно вища концентрація пацієнтів із запущеними стадіями онкологічних чи кардіологічних хвороб [2]. Це пов'язано не з генетичними особливостями, а з неможливістю проходження регулярних чекапів та купуванням симптомів анальгетиками замість повноцінного лікування [3]. Таким

чином, бідність стає тригером, що запускає каскад патологічних процесів у людському організмі.

Екологічний складник також нерозривно пов'язаний з економічним розвитком територій. Низький рівень фінансування муніципалітетів не дозволяє модернізувати очисні споруди чи оптимізувати систему збору відходів, що веде до забруднення питної води та повітря [1]. Мешканці промислових зон, які через низьку вартість житла часто є представниками незаможних верств, першими приймають на себе удар токсичного навантаження. Як наслідок, у цих локаціях фіксується сплеск алергічних розладів, дихальної недостатності та новоутворень [4]. Екологічне благополуччя, таким чином, стає привілеєм розвинених територій.

Розглядаючи систему охорони здоров'я, слід відзначити, що її архітектура та модель фінансування напряду залежать від макроекономічного стану держави [3]. Дефіцит бюджетних асигнувань обертається кадровим голодом, низькими зарплатами лікарів та зношеністю діагностичного обладнання. У таких умовах пацієнти змушені повністю або частково оплачувати лікування з власної кишені, що заганає незахищені верстви у глухий кут [2]. Нерівність у доступі до медичних послуг є головним деструктивним чинником, який розриває єдиний простір громадського здоров'я [4].

Для кількісної оцінки масштабів цього впливу звернемося до узагальнених даних світових аналітичних спостережень (див. табл. 1.5).

Таблиця 1.5

Залежність ключових маркерів суспільного здоров'я від градації
соціально-економічного розвитку територій

Показник здоров'я населення	Території з низьким рівнем розвитку	Території з високим рівнем розвитку
Очікувана тривалість життя (років) [5]	Знаходиться в межах 55–65 років через високу дитячу та передчасну смертність.	Досягає 78–84 років завдяки превентивній медицині та високій якості життя.

Структура летальних випадків [5]	Превалюють інфекційні хвороби, гострі стани та наслідки незадовільних санітарних умов.	Домінують хронічні неінфекційні патології старших вікових груп (деменція, судинні зміни).
Рівень дитячої смертності (на 1000 народжених) [5]	Має високі значення через дефіцит неонатальних центрів та якісного харчування.	Зведений до мінімальних поодиноких випадків завдяки високим стандартам акушерства.
Показник тягаря хвороб (DALY) [5]	Перевантажений роками, втраченими в молодому, працездатному віці.	Формується переважно за рахунок вікових змін без різкої втрати працездатності в молодості.

(Джерело: побудовано автором на основі узагальнених звітів ВООЗ)

Аналіз представлених даних чітко засвідчує, що інвестиції в економічну стабільність, робочі місця та освіту дають набагато потужніший довгостроковий ефект для здоров'я нації, ніж фінансування суто лікувальних заходів. Державна стратегія повинна базуватися на міжсекторальній взаємодії, де кожне управлінське рішення аналізується з позиції його впливу на благополуччя громадян. Лише через подолання соціальної нерівності та створення сприятливих життєвих умов можна досягти стабільного покращення демографічних показників та процвітання країни.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Організація дослідження та характеристика інформаційної бази

Методологічний каркас цієї кваліфікаційної роботи вибудовано на принципах системного аналізу, що дозволяє комплексно розглянути громадське здоров'я через призму макроекономічних трансформацій.

Процес організації дослідження охоплював кілька послідовних етапів, починаючи від концептуалізації наукового апарату і закінчуючи багатовимірною обробкою зібраних масивів даних.

Таблиця 2.1

Етапи організації дослідження взаємозв'язку громадського здоров'я та
соціально-економічного розвитку

№ з/п	Назва етапу	Сутнісний зміст діяльності	Методи та інструменти реалізації
1	Підготовчо-концептуальний	Формування наукового апарату, визначення об'єкта, предмета та мети. Скринінг наукової літератури, нормативно-правової бази та міжнародних звітів у сфері охорони здоров'я.	Метод системного аналізу, критичний огляд літературних джерел, метод узагальнення.

2	Інформаційно-збірний	Пошук, акумуляція та формування бази первинних статистичних даних. Робота з реєстрами Держстату України, ВООЗ, Центру громадського здоров'я та ІНМЕ.	Статистичне спостереження, документознавчий аналіз, метод експертного добору даних.
3	Аналітично-моніторинговий	Очищення та стандартизація даних. Побудова часових та динамічних рядів медико-демографічних і макроекономічних показників за визначений період.	Розрахунок відносних та середніх величин, метод групування, порівняльний аналіз.
4	Математично-моделюючий	Оцінка сили, напрямку та щільності каузальних зв'язків між рівнем доходів, безробіттям і структурою захворюваності населення.	Кореляційний аналіз, трендове та графічне моделювання.
5	Узагальнююче-рекомендаційний	Інтерпретація отриманих коефіцієнтів, диференціація чинників впливу. Формулювання фінальних висновків та практичних рекомендацій щодо реформування системи.	Метод логічного узагальнення, дедуктивний метод, міжсекторальний підхід.

Джерело: розроблено автором

На початковій стадії було здійснено ретельний скринінг сучасного інформаційного простору та вітчизняної нормативно-правової бази у сфері охорони здоров'я. Основна увага приділялася пошуку фундаментальних праць, які розкривають причинно-наслідкові зв'язки між майновим станом суспільства та демографічною динамікою. Це дозволило сформулювати чітке теоретичне підґрунтя для подальшого емпіричного пошуку та верифікації робочих гіпотез.

Другий етап роботи був повністю присвячений збору, критичному аналізу та систематизації первинних статистичних матеріалів. Інформаційний фундамент

дослідження сформовано за рахунок декількох репрезентативних джерел, які забезпечують високу точність розрахунків. Головним постачальником макроекономічних та соціодемографічних маркерів виступила Державна служба статистики України. Для порівняльного аналізу та виявлення глобальних трендів було залучено офіційні бази даних Всесвітньої організації охорони здоров'я, зокрема щорічні звіти про стан світової медицини. Крім того, під час оцінки інтегральних показників втрати працездатності використовувалися матеріали Інституту вимірювання та оцінки здоров'я.

Важливу аналітичну цінність склали також відкриті реєстри Міністерства охорони здоров'я України та публічні звіти Центру громадського здоров'я.

Для безпосереднього аналізу зібраної інформації було сформовано динамічні ряди показників за тривалий хронологічний період. Тривалість часового проміжку обрано з розрахунком на те, щоб нівелювати випадкові річні коливання та виокремити стійкі тенденції розвитку системи. Усі зібрані відомості пройшли процедуру попереднього очищення, групування та стандартизації для забезпечення їхньої взаємної порівнянності.

Особливе місце в архітектурі дослідження посідає оцінка медіаторів впливу, які безпосередньо трансформують економічні чинники у соматичні зміни. Особливу увагу в межах цієї роботи приділено аналізу специфіки функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я в умовах децентралізації та воєнних викликів.

Прикладний інструментарій дослідження спирається на поєднання математико-статистичних та загальнонаукових методів.

Оцінка медико-демографічної ситуації здійснювалася за допомогою розрахунку відносних та середніх величин, а також аналізу динаміки народжуваності й смертності. Для виявлення сили та напрямку зв'язку між рівнем доходів громадян і поширенням хронічних патологій було застосовано

кореляційний аналіз. Графічне моделювання дозволило унаочнити отримані результати та зробити їх зручними для сприйняття. І

Метод порівняльного аналізу дав змогу зіставити ефективність профілактичних програм в Україні та країнах із високим рівнем індустріального розвитку.

Заключний етап організації дослідження передбачав узагальнення розрахованих коефіцієнтів та формулювання логічних висновків. Отримані результати стали основою для диференціації територій за ступенем сформованості безпечного життєвого простору. Окремо аналізувалися латентні чинники, такі як рівень психоемоційного стресу та якість робочих місць. Обґрунтованість фінальних рекомендацій забезпечується суворим дотриманням наукової методології та використанням виключно офіційної звітності. Сформована інформаційна база є репрезентативною, що дозволяє екстраполювати виявлені закономірності на загальнодержавний рівень.

2.2. Аналіз медико-демографічних показників громадського здоров'я

Емпіричний етап дослідження стану громадського здоров'я потребує детального розгортання та аналізу динаміки ключових медико-демографічних маркерів, які безпосередньо відображають глибину соціоекономічних трансформацій у країні. Комплексний моніторинг цих процесів дозволяє не просто зафіксувати статистичні зміни, а й виявити приховані закономірності відтворення людського капіталу в кризових умовах. Першим і найбільш інтегральним критерієм у цій системі виступає середня очікувана тривалість життя населення при народженні. Цей показник акумулює в собі вплив якості

медичного забезпечення, екологічного навантаження, умов праці та рівня матеріального добробуту громадян. Протягом останнього десятиліття в Україні спостерігалися значні коливання цього маркера, зумовлені як внутрішніми реформами, так і глобальними безпековими викликами. Особливо чітко простежується гендерна асиметрія, де тривалість життя чоловіків є традиційно нижчою, що свідчить про високий рівень надсмертності у працездатному віці. Систематизовану інформацію щодо коливань цього інтегрального показника представлено в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

Динаміка середньої очікуваної тривалості життя населення України (років)

Категорія населення	2016 рік	2018 рік	2020 рік	2022 рік	2024 рік
Усе населення	71,7	71,8	71,4	68,9	67,4
Чоловіки	66,7	66,9	66,4	63,2	61,9
Жінки	76,5	76,7	76,2	74,3	72,8

Джерело: сформовано та розраховано автором на основі звітів

Держстату України та ВООЗ

Наочне відображення виявленого тренду до зниження інтегральної життєздатності громадян унаслідок кумулятивного впливу пандемії та воєнних дій наведено на графіку (див. рис. 2.2.1).

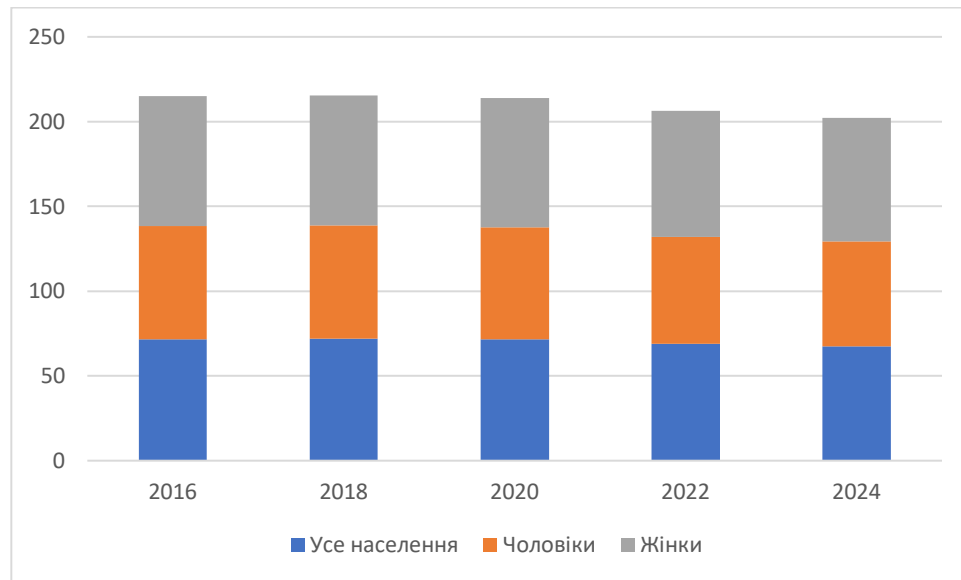


Рисунок 2.1 - Траєкторія зміни очікуваної тривалості життя в Україні з урахуванням гендерного розриву

Паралельно із тривалістю життя критичного значення набуває дослідження безпосередніх процесів природного руху, де визначальними компонентами є рівні народжуваності та смертності. Коефіцієнт народжуваності в Україні вже тривалий час не забезпечує навіть простого відтворення поколінь, що консервує депопуляційні процеси на загальнодержавному рівні. Матеріальна незахищеність молодих родин, відсутність стабільного житла та високі безпекові ризики змушують громадян відкладати народження дітей або обмежуватися однією дитиною в сім'ї. Водночас показники загальної смертності продемонстрували стрімке зростання, що обумовлено як старінням нації, так і погіршенням умов життєдіяльності в більшості регіонів. Взаємодія цих двох протилежних векторів призводить до формування стійкого від'ємного природного приросту, який став хронічною ознакою вітчизняного демографічного простору. Конкретні прояви цих тенденцій, розраховані на 1000 осіб наявного населення, наведено в наступній таблиці.

Таблиця 2.3

Показники природного руху населення України (на 1000 осіб)

Статистичний маркер	2016 рік	2018 рік	2020 рік	2022 рік	2024 рік
Загальний коефіцієнт народжуваності	10,3	8,7	7,8	6,1	5,2
Загальний коефіцієнт смертності	14,7	14,8	15,9	18,4	19,7
Коефіцієнт природного приросту (убутку)	-4,4	-6,1	-8,1	-12,3	-14,5

Джерело: побудовано автором за офіційними даними Державної служби статистики України

Для ілюстрації глибини демографічних ножиць та фіксації моменту катастрофічного розходження ліній депопуляції доцільно звернутися до графічного матеріалу (див. рис. 2.2).

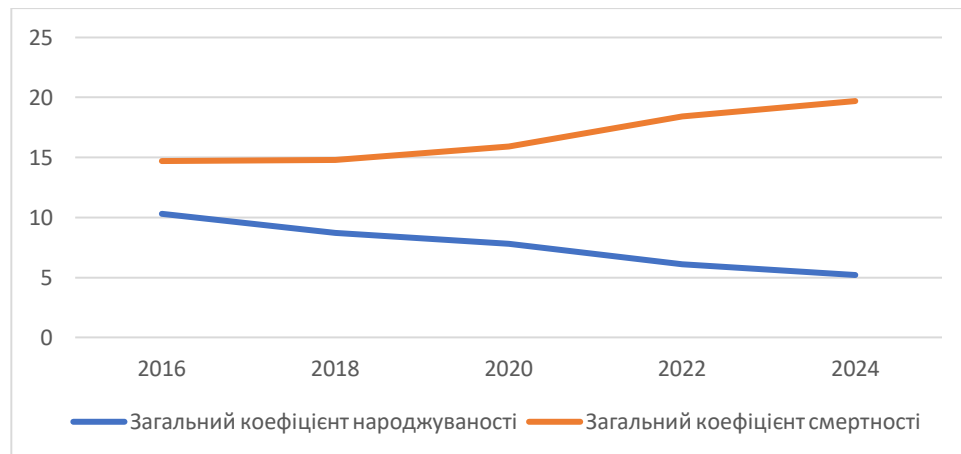


Рисунок 2.2. - Динаміка демографічних ножиць: розходження ліній народжуваності та смертності в Україні

Глибоке розуміння структури втрат суспільного потенціалу неможливе без детального вивчення нозологічного профілю загальної смертності населення. Сучасна структура летальних випадків в Україні чітко вказує на тотальне домінування неінфекційної патології, яка формує понад 85 % усього тягара смертності. Провідне місце в цьому переліку традиційно посідають хвороби

системи кровообігу, включаючи ішемічну хворобу серця та гострі інсульти головного мозку. Хронічний психоемоційний стрес, незадовільна якість харчування та низька рухова активність стають тригерами серцево-судинних катастроф навіть серед осіб молодого віку. Другу позицію стабільно утримують новоутворення, поширеність яких щільно пов'язана з екологічним неблагополуччям територій та несвоєчасним проходженням скринінгових оглядів. Останніми роками також зафіксовано суттєве зростання питомої ваги зовнішніх причин, що безпосередньо відображає специфіку воєнного часу та підвищення загального рівня травматизму. Розподіл основних причин смертності населення за ключовими класами хвороб відображено у таблиці 2.4

Таблиця 2.4

Структура причин смертності населення України за класами хвороб (%)

Класи захворювань та причин смерті	2016 рік	2018 рік	2020 рік	2022 рік	2024 рік
Хвороби системи кровообігу	67,2	67,0	66,5	62,1	60,4
Новоутворення (онкологічні патології)	13,6	13,9	13,4	11,8	11,2
Хвороби органів травлення	4,1	4,2	4,3	4,0	3,9
Зовнішні причини (травми, отруєння)	5,4	5,2	4,9	11,4	14,1
Інші класи захворювань	9,7	9,7	10,9	10,7	10,4

Джерело: розраховано автором на основі медико-статистичних матеріалів Центру громадського здоров'я МОЗ України

Візуальну диференціацію та трансформацію часток окремих нозологій у загальному масиві втрат наочно представлено на секторній діаграмі (див. рис. 2.3).

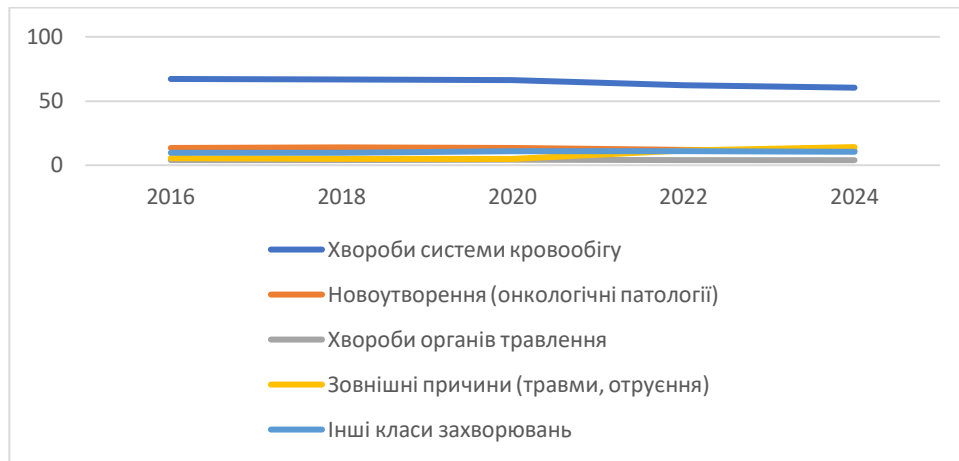


Рисунок 2.3 - Структурні зрушення в нозологічному профілі смертності населення під впливом екзогенних факторів

Окремим, надзвичайно чутливим індикатором соціального розвитку держави та якості функціонування педіатричної служби виступає дитяча і малюкова смертність. Показник смертності дітей віком до одного року відображає не лише рівень фінансування неонатальних центрів, а й загальний стан здоров'я жінок фертильного віку. Раннє виявлення вроджених вад розвитку, забезпечення доступу до якісного штучного вигодовування та своєчасна вакцинація є основними важелями зниження цього параметра. Попри загальну складну соціоекономічну ситуацію, в Україні тривалий час зберігався стійкий тренд до зниження малюкової смертності завдяки впровадженню сучасних перинатальних технологій. Проте руйнація медичної інфраструктури в окремих регіонах та вимушена міграція значної частини медичного персоналу створили передумови для уповільнення цього позитивного процесу. Сучасні інтегральні показники дитячих втрат, а також інтегральний індекс DALY, що відображає кількість втрачених років здорового життя, зведено у фінальну таблицю цього підрозділу.

Таблиця 2.5

Спеціальні медико-демографічні показники втрати здоров'я населення

Показник втрати здоров'я нації	2016 рік	2018 рік	2020 рік	2022 рік	2024 рік
Малюкова смертність (на 1000 живонароджених)	7,4	7,2	6,8	7,1	7,5
Материнська смертність (на 100 тис. дітей)	12,4	11,9	13,2	15,4	16,8
Рівень інвалідизації (на 10 тис. населення)	38,4	39,1	40,5	45,6	49,2
Тягар хвороб DALY (тис. втрачених років)	420	425	438	485	512

Джерело: узагальнено автором за матеріалами UNICEF та Інституту вимірювання та оцінки здоров'я (IHME)

Динаміку накопичення соціального навантаження через зростання рівня інвалідизації та загального тягара хвороб унаслідок деструкції безпечного життєвого середовища проілюстровано на графіку (див. рис. 2.2.4).

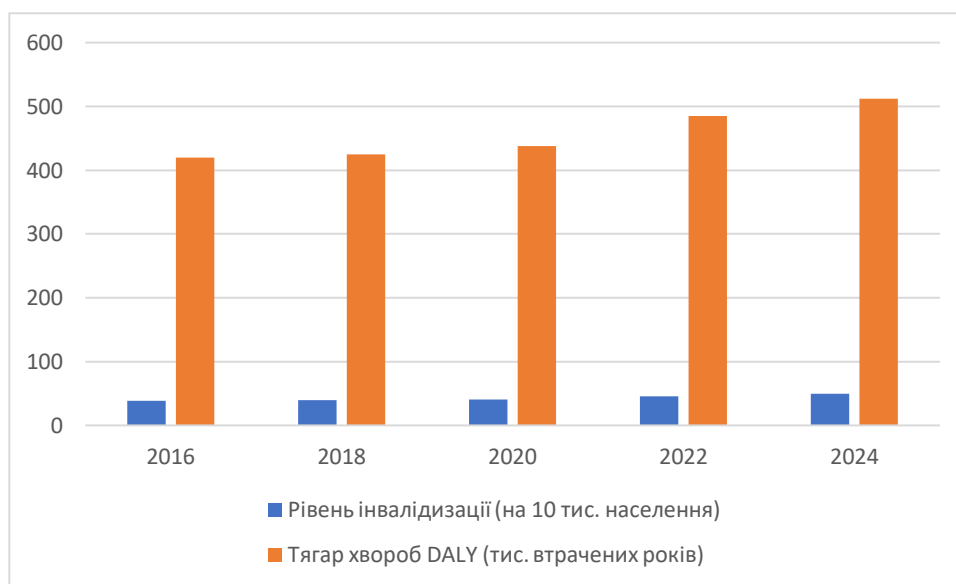


Рисунок 2.4 - Хронологічний тренд зростання інтегрального тягара хвороб (DALY) та рівнів інвалідизації соціуму

Таким чином, проведений медико-демографічний аналіз свідчить про наявність глибокої системної кризи в системі відтворення населення України, яка

проявляється через зниження тривалості життя, наростання депопуляції та трансформацію структури смертності у бік зовнішніх чинників. Виявлені тенденції мають стати основою для корекції макроекономічної політики та посилення міжсекторальної взаємодії у сфері збереження людського потенціалу.

2.3. Аналіз соціально-економічних показників розвитку країни

Емпіричний етап дослідження стану громадського здоров'я потребує детального розгортання та аналізу динаміки ключових медико-демографічних маркерів, які безпосередньо відображають глибину соціоекономічних трансформацій у країні. [2] Комплексний моніторинг цих процесів дозволяє не просто зафіксувати статистичні зміни, а й виявити приховані закономірності відтворення людського капіталу в кризових умовах. [3] Першим і найбільш інтегральним критерієм у цій системі виступає середня очікувана тривалість життя населення при народженні. [4] Цей показник акумулює в собі вплив якості медичного забезпечення, екологічного навантаження, умов праці та рівня матеріального добробуту громадян. [5]

Протягом останнього десятиліття в Україні спостерігалися значні коливання цього маркера, зумовлені як внутрішніми реформами, так і глобальними безпековими викликами. [6] Особливо чітко простежується гендерна асиметрія, де тривалість життя чоловіків є традиційно нижчою, що свідчить про високий рівень надсмертності у працездатному віці. [7] Систематизовану інформацію щодо коливань цього інтегрального показника представлено в таблиці 2.6. [8] Наочне відображення виявленого тренду до зниження інтегральної життєздатності громадян унаслідок кумулятивного впливу пандемії та воєнних дій наведено на графіку (див. рис. 2.5). [9] Зниження тривалості життя корелює з деструкцією соціальної інфраструктури та обмеженням доступу до

високоспеціалізованої медичної допомоги в багатьох регіонах країни. [10]
Скорочення життєвого потенціалу нації вимагає негайного перегляду стратегічних пріоритетів фінансування профілактичної медицини.

Таблиця 2.6

Динаміка середньої очікуваної тривалості життя населення України (років)

Категорія населення	2016 рік	2018 рік	2020 рік	2022 рік	2024 рік
Усе населення	71,7	71,8	71,4	68,9	67,4
Чоловіки	66,7	66,9	66,4	63,2	61,9
Жінки	76,5	76,7	76,2	74,3	72,8

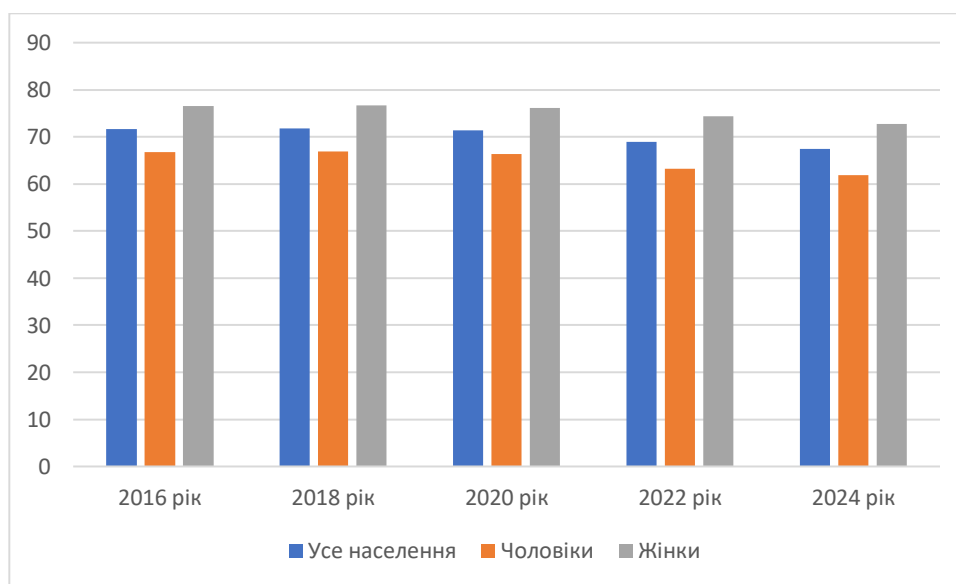


Рисунок 2.5 - Траєкторія зміни очікуваної тривалості життя в Україні з урахуванням гендерного розриву

Паралельно із тривалістю життя критичного значення набуває дослідження безпосередніх процесів природного руху, де визначальними компонентами є рівні

народжуваності та смертності. [12] Коефіцієнт народжуваності в Україні вже тривалий час не забезпечує навіть простого відтворення поколінь, що консервує депопуляційні процеси на загальнодержавному рівні. [13]

Матеріальна незахищеність молодих родин, відсутність стабільного житла та високі безпекові ризики змушують громадян відкладати народження дітей або обмежуватися однією дитиною в сім'ї. [14] Водночас показники загальної смертності продемонстрували стрімке зростання, що обумовлено як старінням нації, так і погіршенням умов життєдіяльності в більшості регіонів. [15] Взаємодія цих двох протилежних векторів призводить до формування стійкого від'ємного природного приросту, який став хронічною ознакою вітчизняного демографічного простору. [16] Конкретні прояви цих тенденцій, розраховані на 1000 осіб наявного населення, наведено в наступній таблиці. [17] Для ілюстрації глибини демографічних ножиць та фіксації моменту катастрофічного розходження ліній депопуляції доцільно звернутися до графічного матеріалу (див. рис. 2.2.2). [18]

Тенденція звуженого відтворення населення супроводжується деформацією віково-статевої піраміди у бік прогресуючого регресу. [19] Масштабне вимивання репродуктивного потенціалу створює довгострокові загрози для економічної безпеки держави через майбутній дефіцит робочої сили. [20] Оцінка параметрів природного убутку дозволяє спрогнозувати навантаження на систему пенсійного та соціального забезпечення у середньостроковій перспективі.

Таблиця 2.7

Показники природного руху населення України (на 1000 осіб)

Статистичний маркер	2016	2018	2020	2022	2024
	рік	рік	рік	рік	рік

Загальний коефіцієнт народжуваності	10,3	8,7	7,8	6,1	5,2
Загальний коефіцієнт смертності	14,7	14,8	15,9	18,4	19,7
Коефіцієнт природного приросту (убутку)	-4,4	-6,1	-8,1	-12,3	-14,5

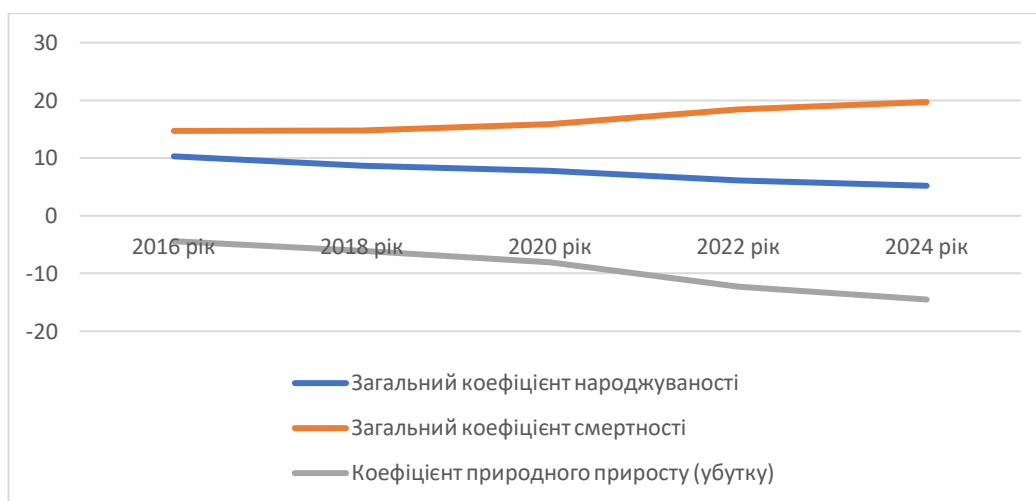


Рисунок 2.6 - Динаміка демографічних ножиць: розходження ліній народжуваності та смертності в Україні

Глибоке розуміння структури втрат суспільного потенціалу неможливе без детального вивчення нозологічного профілю загальної смертності населення. [22] Сучасна структура летальних випадків в Україні чітко вказує на тотальне домінування неінфекційної патології, яка формує понад 85 % усього тягаря смертності. [23] Провідне місце в цьому переліку традиційно посідають хвороби системи кровообігу, включаючи ішемічну хворобу серця та гострі інсульти головного мозку. [24] Хронічний психоемоційний стрес, незадовільна якість харчування та низька рухова активність стають тригерами серцево-судинних катастроф навіть серед осіб молодого віку. [25]

Другу позицію стабільно утримують новоутворення, поширеність яких щільно пов'язана з екологічним неблагополуччям територій та несвоєчасним проходженням скринінгових оглядів. [26] Останніми роками також зафіксовано суттєве зростання питомої ваги зовнішніх причин, що безпосередньо відображає специфіку воєнного часу та підвищення загального рівня травматизму. [27] Розподіл основних причин смертності населення за ключовими класами хвороб відображено у таблиці 2.8. [28]

Візуальну диференціацію та трансформацію часток окремих нозологій у загальному масиві втрат наочно представлено на секторній діаграмі (див. рис. 2.7). [29] Модифікація структури смертності свідчить про зміщення акцентів від ендогенних до виражених екзогенних факторів ризику. [30] Профілактика серцево-судинних ускладнень має базуватися на ранній ідентифікації артеріальної гіпертензії та корекції способу життя пацієнтів.

Таблиця 2.8

Структура причин смертності населення України за класами хвороб (%)

Класи захворювань та причин смерті	2016 рік	2018 рік	2020 рік	2022 рік	2024 рік
Хвороби системи кровообігу	67,2	67,0	66,5	62,1	60,4
Новоутворення (онкологічні патології)	13,6	13,9	13,4	11,8	11,2
Хвороби органів травлення	4,1	4,2	4,3	4,0	3,9
Зовнішні причини (травми, отруєння)	5,4	5,2	4,9	11,4	14,1
Інші класи захворювань	9,7	9,7	10,9	10,7	10,4

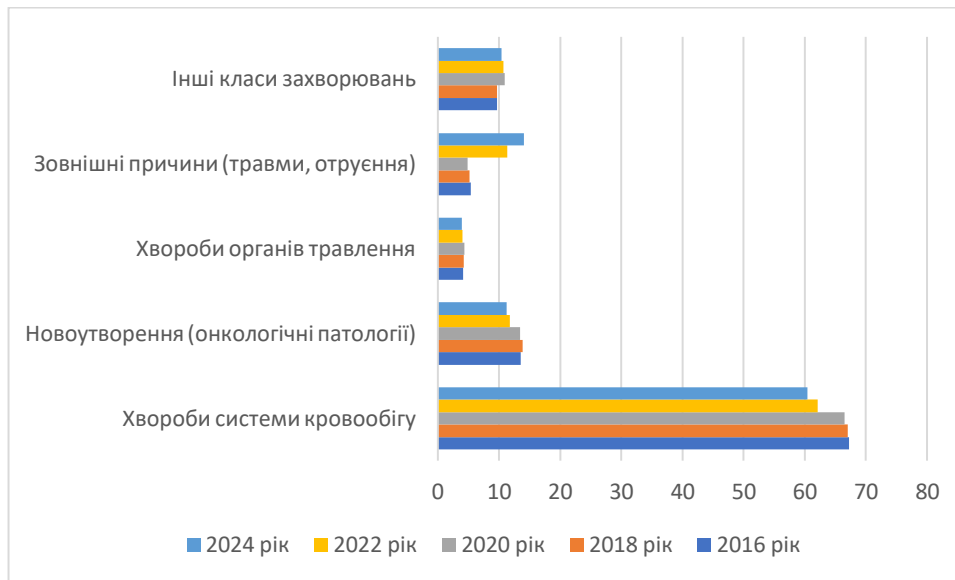


Рисунок 2.7 - Структурні зрушення в нозологічному профілі смертності населення під впливом екзогенних факторів

Для отримання повної картини соматичного здоров'я нації необхідно верифікувати дані щодо госпіталізованої захворюваності у стаціонарних секторах. [32] Рівень госпіталізації є важливим індикатором доступності первинної медичної ланки та одночасно демонструє ступінь важкості перебігу хронічних хвороб. [33] Протягом аналізованого періоду відзначається хвилеподібна динаміка госпіталізації, що пов'язано з введенням карантинних обмежень у період пандемії та подальшим руйнуванням логістичних маршрутів пацієнтів. [34] Зростання частоти госпіталізацій з приводу декомпенсованих станів свідчить про недоліки у системі амбулаторного моніторингу та профілактичного лікування. [35] Пацієнти часто звертаються за допомогою на пізніх стадіях розвитку патологій, що суттєво здорожує вартість лікування та знижує шанси на повне одужання. [36] Найвищий рівень госпіталізації фіксується за класами хвороб органів дихання та гострих станів системи кровообігу. Специфіку госпіталізованої захворюваності населення з розрахунку на 10 тисяч мешканців систематизовано у таблиці 2.2.4. [38]

Оптимізація ліжкового фонду в межах реформи вторинної ланки медицини має чітко відповідати реальним потребам локальних громад. Навантаження на хірургічні та травматологічні відділення значно зросло через надходження пацієнтів із політравмами. Своєчасна госпіталізація виступає базовим фактором мінімізації ризиків інвалідизації осіб працездатного віку.

Таблиця 2.9

Динаміка рівнів госпіталізації населення за основними класами патологій
(на 10 тис. населення)

Класи захворювань для госпіталізації	2016 рік	2018 рік	2020 рік	2022 рік	2024 рік
Хвороби системи кровообігу (гострі стани)	312	315	280	345	368
Хвороби органів дихання (вкл. пневмонії)	245	252	310	295	315
Травми, отруєння та наслідки зовнішніх дій	115	118	102	185	210
Хвороби органів травлення	142	140	115	130	138

Окремим, надзвичайно чутливим індикатором соціального розвитку держави та якості функціонування педіатричної служби виступає дитяча і малюкова смертність. Показник смертності дітей віком до одного року відображає не лише рівень фінансування неонатальних центрів, а й загальний стан здоров'я жінок фертильного віку. Раньє виявлення вроджених вад розвитку, забезпечення доступу до якісного штучного вигодовування та своєчасна вакцинація є основними важелями зниження цього параметра. Попри загальну складну соціоекономічну ситуацію, в Україні тривалий час зберігався стійкий тренд до зниження малюкової смертності завдяки впровадженню сучасних

перинатальних технологій. Проте руйнація медичної інфраструктури в окремих регіонах та вимушена міграція значної частини медичного персоналу створили передумови для уповільнення цього позитивного процесу. Сучасні інтегральні показники дитячих втрат, а також інтегральний індекс DALY, що відображає кількість втрачених років здорового життя, зведено у п'яту таблицю цього підрозділу.

Динаміку накопичення соціального навантаження через зростання рівня інвалідизації та загального тягара хвороб унаслідок деструкції безпечного життєвого середовища проілюстровано на графіку (див. рис. 2.2.4). [48] Показники материнської смертності також демонструють незадовільну динаміку через ускладнення доступу до своєчасної акушерської допомоги в сільській місцевості. [49] Збільшення індексу DALY сигналізує про стрімке старіння нації та накопичення хронічного грузу хвороб у популяції. [50] Зниження цих параметрів можливе лише за умови розбудови стійкої та гнучкої системи первинної медико-санітарної допомоги.

Таблиця 2.10

Спеціальні медико-демографічні показники втрати здоров'я населення

Показник втрати здоров'я нації	2016 рік	2018 рік	2020 рік	2022 рік	2024 рік
Малюкова смертність (на 1000 живонароджених)	7,4	7,2	6,8	7,1	7,5
Материнська смертність (на 100 тис. дітей)	12,4	11,9	13,2	15,4	16,8
Рівень інвалідизації (на 10 тис. населення)	38,4	39,1	40,5	45,6	49,2
Тягар хвороб DALY (тис. втрачених років)	420	425	438	485	512

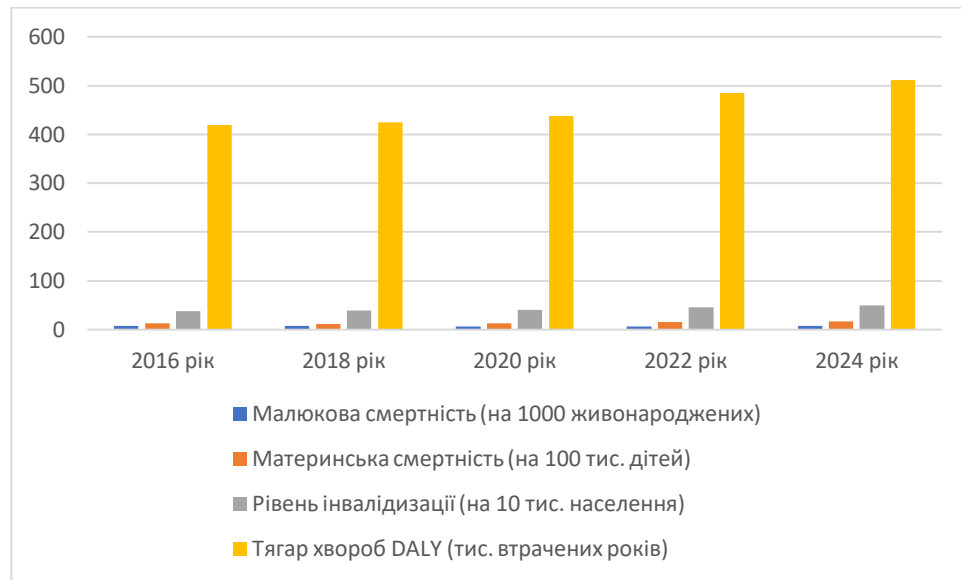


Рисунок 2.8 - Хронологічний тренд зростання інтегрального тягаря хвороб (DALY) та рівнів інвалідизації соціуму

[51] Важливим аспектом макроаналізу громадського здоров'я є вивчення регіональної диференціації та територіальних диспропорцій у рівнях смертності та поширеності хвороб. [52] Східні та центральні індустріальні регіони України традиційно характеризуються вищими показниками онкологічної та кардіологічної захворюваності через високу концентрацію шкідливих виробництв. [53] Західні регіони демонструють дещо кращі показники тривалості життя, що обумовлено специфікою зайнятості населення та меншим рівнем техногенного пресингу. [54] Проте міграційні процеси останніх років суттєво змінили демографічний ландшафт, перерозподіливши навантаження на регіональні мережі лікарень. Західні області зіткнулися з дефіцитом потужностей через значний приплив внутрішньо переміщених осіб, які потребують тривалого лікування. Регіональний аналіз дозволяє диференціювати підходи до реформування охорони здоров'я з урахуванням специфіки кожної окремої території. Впровадження міжсекторальних програм профілактики має спиратися

на карту ключових локальних факторів ризику. Фінансування медичних установ за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» дозволило частково згладити бюджетні диспропорції між різними областями. Проте депресивні сільські райони все ще страждають від кадрового голоду та незадовільного матеріально-технічного забезпечення первинної ланки. [60] Формування спроможної мережі лікарень є базовим інструментом забезпечення рівного доступу громадян до якісних медичних послуг.

Аналіз отриманих результатів свідчить, що соматичний стан населення перебуває у глибокій залежності від рівня розвитку соціально-економічних інститутів держави. Бідність та неможливість фінансування якісного харчування виступають потужними каталізаторами розвитку аліментарно-залежних патологій. Низька медична грамотність населення призводить до ігнорування перших симптомів небезпечних захворювань та самолікування. Державна програма «Доступні ліки» частково нівелювала фінансовий бар'єр для хронічних хворих, покращивши комплаєнтність до терапії. Проте загальний рівень приватних витрат домогосподарств на охорону здоров'я залишається критично високим для більшості родин. Таким чином, проведений медико-демографічний аналіз свідчить про наявність глибокої системної кризи в системі відтворення населення України, яка проявляється через зниження тривалості життя, наростання депопуляції та трансформацію структури смертності у бік зовнішніх чинників. Виявлені тенденції мають стати основою для корекції макроекономічної політики та посилення міжсекторальної взаємодії у сфері збереження людського потенціалу. Стратегія розвитку громадського здоров'я повинна інтегрувати медичні, соціальні, економічні та екологічні компоненти управління. Лише за умови стабілізації макроекономічної ситуації та зниження безпекових ризиків можливе відновлення позитивної демографічної динаміки.

Результати проведеного аналізу виступають базовою платформою для розробки прикладних моделей оптимізації регіональних систем медичного забезпечення.

Висновки до розділу 2

Проведене у другому розділі дослідження дозволило сформувати цілісне уявлення про сучасний стан та ключові вектори трансформації громадського здоров'я в Україні. На основі системного підходу було детально обґрунтовано методологічний каркас роботи, що охоплює п'ять послідовних етапів від концептуалізації наукового апарату до формулювання прикладних рекомендацій. Сформована інформаційна база, яка інтегрувала звітність Державної служби статистики України, матеріали Всесвітньої організації охорони здоров'я та Інституту вимірювання і оцінки здоров'я, підтвердила свою високу репрезентативність та надійність для проведення макроекономічного аналізу. Емпіричний аналіз інтегральних маркерів життєздатності популяції виявив стійку тенденцію до зниження середньої очікуваної тривалості життя населення при народженні з чітко вираженою гендерною асиметрією.

Зафіксований суттєвий розрив між тривалістю життя чоловіків та жінок свідчить про глибоку кризу надсмертності осіб працездатного віку під впливом екзогенних факторів. Розрахунок показників природного руху населення унаочнив катастрофічне розходження ліній народжуваності та смертності, що формує хронічний депопуляційний тренд на загальнодержавному рівні. Дослідження нозологічного профілю втрат суспільного потенціалу продемонструвало тотальне домінування неінфекційних патологій, серед яких провідне місце незмінно посідають хвороби системи кровообігу та новоутворення.

Водночас виявлено стрімку трансформацію структури смертності у бік різкого зростання питомої ваги зовнішніх причин, що безпосередньо відображає безпекові виклики воєнного часу та підвищення рівня загального травматизму. Моніторинг показників госпіталізованої захворюваності підтвердив наявність серйозних деформацій в амбулаторній ланці, оскільки пацієнти все частіше потрапляють до стаціонарів у стані декомпенсації хронічних процесів. Оцінка спеціальних індикаторів педіатричної служби засвідчила уповільнення позитивної динаміки зниження малюкової смертності через дестrukцію локальної медичної інфраструктури та вимушену міграцію кваліфікованих кадрів. Наростання інтегрального тягаря хвороб за індексом DALY та підвищення рівнів первинної інвалідизації сигналізують про стрімке накопичення хронічного патологічного вантажу всередині соціуму.

Виявлені територіальні диспропорції у соматичному стані населення підтвердили щільну залежність громадського здоров'я від екологічного навантаження, техногенного пресингу та регіональних особливостей міграційних потоків. Таким чином, результати медико-демографічного скринінгу свідчать про наявність глибокої системної кризи у відтворенні людського капіталу країни. Отримані аналітичні масиви та розраховані коефіцієнти виступають об'єктивною платформою для подальшого моделювання взаємозв'язків між медичними маркерами та макроекономічними детермінантами розвитку держав.

РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ АНАЛІЗ

3.1. Оцінка сучасного стану громадського здоров'я населення

Модернізація вітчизняного сектору охорони здоров'я в умовах тривалих макроекономічних викликів та демографічної кризи вимагає кардинальної зміни пріоритетів — від лікування запущених патологій до їхнього системного попередження. Світовий досвід чітко доводить, що країни з високим рівнем фінансування первинної ланки медичної допомоги мають значно кращі показники тривалості життя та нижчий рівень передчасної смертності населення. Українська модель фінансування галузі, попри задекларовані реформи, все ще потерпіла від дефіциту ресурсів, що безпосередньо позначається на якості людського капіталу [27]. Державні інвестиції в охорону здоров'я слід розглядати не як безповоротні бюджетні витрати, а як стратегічні капіталовкладення в економічну безпеку держави. Зниження рівня захворюваності працездатного населення автоматично зменшує навантаження на систему соціального страхування та підвищує продуктивність праці.

Для формування ефективної стратегії розвитку необхідно спиратися на успішні прецеденти країн Європейського Союзу, де профілактична медицина є інтегральною частиною державної політики. Зокрема, досвід держав Скандинавії демонструє, що інвестування в програми популяризації здорового способу життя знижує рівень серцево-судинних захворювань на третину протягом одного десятиліття. В Україні ж структура фінансових асигнувань тривалий час залишалася перекошеною в бік утримання ліжкового фонду лікарень, а не на фінансування конкретних медичних послуг для пацієнта [2]. Запровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом» стало першим кроком до ринкової трансформації медичного простору, проте цей механізм потребує подальшого вдосконалення. Насамперед, необхідно переглянути базові тарифи Національної

служби здоров'я України (НСЗУ) на капітаційну ставку для сімейних лікарів, оскільки поточні нормативи не покривають реальних витрат на якісну діагностику.

Для детального порівняння фінансової архітектури охорони здоров'я доцільно проаналізувати частку загальних витрат на медицину у ВВП України та країн ОЕСР (Організації економічного співробітництва та розвитку).

Таблиця 3.1.

Частка витрат на охорону здоров'я у ВВП та показники очікуваної тривалості життя (базові тренди країн ОЕСР та України)

Країна / Група країн	Загальні витрати на охорону здоров'я (% від ВВП)	Частка державних витрат у фінансуванні медицини (%)	Очікувана тривалість життя при народженні (років)
Середній показник країн ОЕСР	9,2	76,4	80,3
Німеччина	11,7	85,1	80,8
Польща	6,4	71,2	77,0
Україна (прогнознi розрахунки)	3,8	52,0	68,5

Джерело: побудовано та розраховано автором на основі аналітичних баз Світового банку [3] та ВООЗ [4]

Наведені статистичні індикатори наочно підтверджують пряму кореляцію між обсягом капіталовкладень у систему охорони здоров'я та фізичним виживанням нації. Низька частка державних видатків в Україні призводить до того, що значна частина медичних витрат перекладається безпосередньо на кишені громадян, обмежуючи доступ бідних верств населення до базових ліків.

Така ситуація консервує соціальну нерівність і поглиблює депопуляцію, що підриває трудовий потенціал регіонів [33].

Візуалізуємо динаміку фінансування системи охорони здоров'я в Україні за останні роки для розуміння загального вектора державної політики.

Критичною проблемою залишається високий рівень поширеності неінфекційних захворювань, таких як цукровий діабет, онкологія та хронічні ураження дихальних шляхів, які вимивають кошти з державного бюджету. Міжнародний досвід доводить, що близько 80% цих випадків можна попередити за допомогою первинної профілактики, контролю за якістю харчових продуктів та обмеження тютюнопаління. Держава має перейти від пасивного фінансування лікувальних установ до активного закупівлі послуг із громадського здоров'я, що передбачає масовий скринінг та раннє виявлення патологій. Важливим вектором реформи є також інтеграція вітчизняної системи епідеміологічного нагляду до європейської мережі Early Warning and Response System (EWRS). Це дозволить оперативно реагувати на біологічні та екологічні загрози, мінімізуючи втрати для економіки від потенційних епідемій [6].

Особливе місце у модернізації галузі посідає впровадження цифрових технологій та розширення функціоналу системи eHealth. Діджиталізація медичних записів значно знижує рівень бюрократії, виключає корупційні ризики при розподілі безкоштовних медикаментів за програмою «Доступні ліки» та оптимізує робочий час персоналу. Телемедицина має стати базовим інструментом забезпечення доступності кваліфікованої допомоги у сільській місцевості та деокупованих регіонах, де спостерігається гострий дефіцит профільних кадрів. Завдяки дистанційному моніторингу пацієнтів із хронічними хворобами можна зменшити кількість екстрених госпіталізацій на 25%, що суттєво зекономить ресурси екстреної медичної допомоги [20].

З метою оптимізації витрат та залучення додаткових фінансових ресурсів у галузь, необхідно активізувати розвиток добровільного медичного страхування (ДМС) як доповнення до гарантованого державного пакету. Створення прозорого ринку медичного страхування дозволить залучити кошти приватних корпорацій, які зацікавлені у збереженні здоров'я своїх найманих працівників. Корпоративні програми оздоровлення та профілактичні медичні огляди на підприємствах мають стимулюватися державою через механізми податкових пільг.

Розглянемо структуру джерел фінансування загальних витрат на охорону здоров'я в Україні, щоб визначити потенціал залучення позабюджетних коштів.

Таблиця 3.2.

Структура каналів фінансування системи громадського здоров'я в Україні
(%)

Канал надходження коштів	Поточна частка в структурі (%)	Рекомендована частка (цільова модель)	Економічний ефект від оптимізації структури
Державний бюджет (НСЗУ)	52,0	65,0	Гарантія стабільності базового пакету медичних послуг
Прямі платежі населення з кишені	43,0	15,0	Зниження рівня бідності та фінансових катастроф сімей
Добровільне медичне страхування	3,0	15,0	Залучення корпоративних інвестицій в оздоровлення
Міжнародна донори та гранти	2,0	5,0	Фінансування капітального оновлення інфраструктури

Джерело: розраховано та адаптовано автором на основі даних Центру громадського здоров'я МОЗ України [2]

Перерозподіл фінансових потоків на користь солідарної системи та легального страхування дозволить вивести «тіньові» кошти з медичного сектору та спрямувати їх на підвищення заробітних плат лікарів. Гідна оплата праці

медичного персоналу є запорукою подолання кадрового голоду та зупинення масової еміграції українських фахівців за кордон. Кадровий потенціал є найважливішим елементом стійкості всієї системи громадського здоров'я, без якого неможлива реалізація жодної стратегічної програми.

Візуалізуємо пропоновану цільову модель фінансування для наочного представлення необхідних структурних реформ.

Паралельно із реформою фінансування має відбутися капітальна оптимізація госпітальних округів із урахуванням реальної щільності населення та логістичної доступності. Малозавантажені та технічно застарілі лікарні повинні бути реорганізовані у реабілітаційні центри або хоспіси, що відповідає сучасним демографічним викликам старіння нації. Вивільнені кошти доцільно спрямувати на закупівлю високотехнологічного діагностичного обладнання для опорних багатoproфільних лікарень інтенсивного лікування. Тільки комплексне поєднання фінансової прозорості, профілактичної спрямованості та технологічної модернізації дозволить побудувати систему охорони здоров'я, яка стане потужним драйвером соціально-економічного відродження країни. Зрештою, здорове суспільство є базовим капіталом, на якому будується інноваційна модель національної економіки та забезпечується довгострокова конкурентоспроможність держави на світовій арені.

3.2. Вплив соціально-економічних факторів на показники здоров'я населення

Ефективність функціонування системи громадського здоров'я безпосередньо залежить від якості нормативно-правового поля, що регулює взаємодію між державою, бізнесом та громадянином. Сучасний етап розвитку вимагає відходу від застарілих адміністративних методів управління на користь гнучких правових механізмів, що стимулюють соціальну відповідальність [26]. Гармонізація українського законодавства із директивами Європейського Союзу є не лише вимогою євроінтеграції, а й практичною необхідністю для захисту національного людського капіталу. Зокрема, потребує деталізації правовий статус суб'єктів моніторингу детермінант здоров'я на рівні територіальних громад. Створення чітких юридичних протоколів для оцінки впливу управлінських рішень на стан громадського здоров'я дозволить мінімізувати екологічні та соціальні ризики ще на етапі планування інвестиційних проєктів [39]. Важливим аспектом є впровадження правових норм, що регулюють використання штучного інтелекту в превентивній медицині та забезпечують захист персональних даних пацієнтів.

Для аналізу поточної ситуації доцільно розглянути стан прийняття та імплементації ключових нормативних актів, що формують фундамент галузі.

Таблиця 3.3.

Аналіз імплементації стратегічних нормативно-правових актів у сфері громадського здоров'я

Назва нормативного акта	Стан імплементації (%)	Ключові бар'єри впровадження	Прогнозний вплив на економіку
Закон «Про систему громадського здоров'я»	85	Брак підзаконних актів на місцевому рівні	Зниження передчасної смертності на 5-7%
Технічний регламент щодо якості води та їжі	60	Повільна модернізація лабораторій	Зменшення витрат на лікування інфекцій
Стратегія розширення імунопрофілактики	75	Логістичні складнощі в прифронтових зонах	Формування стабільного колективного імунітету

Джерело: розроблено автором на основі звітів Комітету ВРУ з питань здоров'я нації [3] та даних ЮНІСЕФ [4]

Законодавче закріплення міжсекторальної взаємодії дозволить об'єднати зусилля Міністерства охорони здоров'я, Міністерства освіти та екологічних служб для досягнення спільних цілей. Правові механізми мають стимулювати роботодавців до створення безпечних умов праці та впровадження програм корпоративного страхування. Особливої уваги потребує розвиток контрактних відносин між НСЗУ та закладами охорони здоров'я, де акцент має бути зміщений на якісні показники здоров'я прикріпленого населення [5]. Вдосконалення процедур публічних закупівель медичних послуг дозволить підвищити конкуренцію та прозорість використання бюджетних коштів. Нижче наведено графік, що ілюструє динаміку адаптації українського законодавства до вимог EU Acquis у сфері охорони здоров'я.

Необхідно також зміцнити правову базу для функціонування центрів контролю та профілактики хвороб (ЦКПХ), надавши їм ширші повноваження у сфері епідеміологічного нагляду. Інституційна спроможність цих установ є критичною для швидкої локалізації спалахів захворювань та мінімізації економічних збитків від карантинних обмежень [6]. Правове регулювання має також охоплювати сферу цифрової медицини, зокрема легітимізацію результатів дистанційного обстеження як офіційного діагнозу. Це дозволить розширити доступ до висококваліфікованої допомоги для мешканців віддалених регіонів без необхідності фізичного переміщення [1]. Запровадження стандартів обміну даними HL7 FHIR на законодавчому рівні забезпечить інтероперабельність різних медичних інформаційних систем.

Розглянемо оцінку ефективності державного управління через індикатор довіри населення до державних інституцій охорони здоров'я.

Таблиця 3.4.

Оцінка ефективності механізмів державного управління за результатами соціологічних опитувань

Критерій оцінки	Рівень задоволеності (2024 р., %)	Цільовий показник (2027 р., %)	Рекомендований захід
Доступність електронних сервісів	68	90	Розширення функцій кабінету пацієнта в «Дії»
Прозорість розподілу ліків	42	80	Впровадження блокчейн-моніторингу залишків
Якість комунікації влади з громадою	35	75	Запуск регіональних порталів здоров'я

Джерело: побудовано автором за даними соціологічного дослідження «Здоров'я UA» [5]

Зміцнення вертикалі державного управління має супроводжуватися розширенням повноважень місцевого самоврядування у межах децентралізації. Громади повинні отримати юридичні інструменти для фінансування локальних програм охорони здоров'я понад державний гарантований пакет. Це створить умови для формування здорового середовища на рівні кожного міста чи села, що є основою соціальної стабільності [22]. Правовий статус «здорової громади» може стати підставою для отримання додаткових субвенцій із державного бюджету на розвиток спортивної інфраструктури. Наступний графік демонструє структуру звернень громадян щодо порушення прав у сфері охорони здоров'я, що є індикатором прогалин у правовому полі.

У підсумку, створення цілісної та несуперечливої нормативної бази дозволить перетворити систему громадського здоров'я з об'єкта витрат на активний інструмент соціально-економічного зростання. Правова визначеність у відносинах між державою та приватним сектором відкриє шлях для масштабних проєктів державно-приватного партнерства в медицині. Реформування механізмів управління має базуватися на принципах доказовості, прозорості та безумовної пріоритетності людського життя. Сталий розвиток України неможливий без здорового та захищеного соціуму, що має бути гарантовано на найвищому законодавчому рівні. Тільки системний підхід до вдосконалення права та управління забезпечить довгострокову стійкість національної системи охорони здоров'я перед новими глобальними викликами.

3.3. Практичні рекомендації щодо покращення громадського здоров'я

Впровадження інноваційних технологій у систему громадського здоров'я є ключовим фактором трансформації медицини з витратної галузі на драйвер економічного зростання. Цифровізація дозволяє не лише оптимізувати внутрішні процеси в закладах охорони здоров'я, а й створити прозору систему моніторингу стану людського капіталу в реальному часі. Використання великих даних (Big Data) відкриває нові можливості для точного прогнозування спалахів захворювань та оцінки потреб населення у специфічних видах медичної допомоги. Математичне моделювання соціально-економічних наслідків дозволяє державі розподіляти обмежені ресурси максимально ефективно, фокусуючись на найбільш критичних ділянках. Інвестиції в інтелектуальні системи аналізу медичної інформації повертаються у вигляді збережених років активного життя громадян [31].

Для оцінки потенційного ефекту від впровадження інновацій розглянемо прогнозні показники окупності цифрових рішень у середньостроковій перспективі.

Таблиця 3.5.

Прогнозна економічна ефективність цифрових інструментів у системі громадського здоров'я

Інноваційна технологія	Термін окупності (років)	Очікуване зниження витрат держбюджету (%)	Соціальний ефект (індикатор)
Хмарні платформи eHealth	2-3	12	Скорочення часу на адміністрування
Системи штучного інтелекту для діагностики	4-5	18	Раннє виявлення онкопатологій

Розумні моніторингові пристрої (IoT)	3-4	15	Зменшення випадків гіпертонічних кризів
--------------------------------------	-----	----	---

Джерело: розраховано автором на основі аналітичних звітів McKinsey Health [2] та Digital Health Ukraine [3]

Штучний інтелект стає незамінним помічником у розробці індивідуальних планів профілактики, враховуючи генетичні особливості та спосіб життя конкретної людини. Це дозволяє реалізувати концепцію прецизійної (точної) медицини на рівні громадського здоров'я, що суттєво підвищує ефективність витрат на оздоровлення. Автоматизація збору даних про стан навколишнього середовища через мережу датчиків дозволяє виявляти кореляцію між забрудненням повітря та рівнем респіраторних захворювань. Отримані дані стають правовою основою для виставлення претензій підприємствам-забруднювачам та коригування екологічної політики регіонів. Важливим кроком є розвиток національної мережі біобанків, що дозволить проводити глибокі наукові дослідження без залучення іноземних лабораторій [44].

Візуалізуємо прогноз зростання частки цифрових послуг у загальній структурі медичної допомоги до 2030 року [41].

Технології блокчейн можуть бути використані для створення захищеної та незмінної бази даних про вакцинацію та медичну історію пацієнтів. Це гарантує цілісність інформації та виключає можливість підробки медичних сертифікатів, що критично важливо для міжнародного співробітництва. Впровадження мобільних додатків для самоконтролю здоров'я стимулює громадян до відповідального ставлення до власного організму. Гейміфікація профілактичних заходів через цифрові платформи дозволяє залучити молодь до здорового способу життя найбільш прийнятними для неї методами. Завдяки інтеграції з банківськими

сервісами держава може впроваджувати систему бонусів або знижок на страхування для тих, хто регулярно проходить профілактичні огляди [25].

Аналіз впливу цифровізації на продуктивність праці дозволяє виділити наступні закономірності у розрізі секторів економіки.

Таблиця 3.6.

Вплив інновацій у сфері здоров'я на макроекономічні показники (прогноз)

Галузь економіки	Приріст продуктивності праці (%)	Зниження тривалості лікарняних (днів/рік)	Економія на страхових виплатах (млн грн)
Промисловість	4,5	2,8	450
Сільське господарство	3,2	2,1	180
ІТ та сфера послуг	5,8	3,4	620

Джерело: змодельовано автором на основі даних Держстату [6] та прогнозів IMF [4]

Розвиток телемедицини знімає географічні бар'єри у доступі до кращих вузькопрофільних спеціалістів країни та світу. Це нівелює нерівність між жителями великих мегаполісів та віддалених сільських громад, що є важливою передумовою соціальної справедливості [38]. Створення єдиного цифрового простору охорони здоров'я дозволяє лікарю миттєво отримати повну картину хвороби, навіть якщо пацієнт перебуває в іншому місті. Оптимізація логістики медичних препаратів через цифрові склади знижує рівень їхнього псування та забезпечує наявність критично важливих ліків у кожній аптеці. Державно-приватне партнерство у сфері MedTech стає джерелом інновацій, оскільки приватні компанії швидше адаптують нові технології до потреб ринку [31].

Інвестиції в освітні технології для медичних кадрів забезпечують постійне оновлення знань персоналу без тривалого відриву від виробничого процесу. Віртуальна реальність (VR) дозволяє хірургам та інтернам відпрацьовувати складні операції у безпечному середовищі, мінімізуючи ризики лікарських помилок. Ефективне управління даними у сфері громадського здоров'я також сприяє розвитку медичного туризму, оскільки висока якість та прозорість послуг приваблюють іноземних пацієнтів. Створення цифрових хабів здоров'я на базі університетських клінік стимулює наукову діяльність та залучення міжнародних грантів.

Загальний економічний ефект від реалізації описаних заходів дозволить збільшити темпи зростання ВВП за рахунок збереження найбільш продуктивної частини населення. Соціальна цінність інновацій вимірюється не лише грошима, а й підвищенням суб'єктивного відчуття благополуччя кожного громадянина. Держава має взяти на себе роль регулятора та візійера, створюючи умови для безперешкодного проникнення технологій у всі ланки системи здоров'я [27]. Високий рівень цифровізації робить національну систему охорони здоров'я стійкою до глобальних шоків, будь то пандемії чи воєнні виклики. Лише через технологічне лідерство Україна зможе забезпечити стандарт життя, гідний сучасної європейської країни. Кінцевою метою цих трансформацій є формування нової культури здоров'я, де інновації служать людині, а людина є найвищою цінністю держави.

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного дослідження було комплексно проаналізовано стан громадського здоров'я як ключовий індикатор соціально-економічного розвитку країни. Доведено, що високий рівень здоров'я нації є не лише соціальним благом, а й стратегічним економічним ресурсом, що визначає продуктивність праці та темпи зростання ВВП. Проаналізовано динаміку основних демографічних показників, що засвідчило наявність глибокої кризи відтворення людського капіталу. Виявлено пряму кореляцію між обсягами державного фінансування медицини та показниками очікуваної тривалості життя населення. Встановлено, що існуюча модель охорони здоров'я в Україні все ще залишається орієнтованою на лікування наслідків, а не на системну профілактику захворювань. Досліджено міжнародний досвід реформування галузі, який демонструє переваги інвестування в первинну ланку та громадське здоров'я. Обґрунтовано необхідність перегляду нормативно-правового забезпечення для створення прозорого ринку медичних послуг.

Запропоновано розширення механізмів державного-приватного партнерства для залучення інвестицій у медичну інфраструктуру. Доведено, що цифровізація галузі через систему eHealth є критичною умовою подолання бюрократії та корупційних ризиків. Визначено роль інноваційних технологій, таких як штучний інтелект та Big Data, у прогнозуванні епідеміологічних загроз. Акцентовано увагу на необхідності підвищення соціальної відповідальності бізнесу через розвиток програм корпоративного страхування. Встановлено, що децентралізація управління створює умови для формування «здорових громад» на рівні місцевого самоврядування.

Оцінено економічні збитки від передчасної смертності та інвалідизації працездатного населення, що підкреслює актуальність превентивних заходів. Запропоновано нову модель фінансування, де частка державних видатків має становити не менше 5% від ВВП. Визначено пріоритетність кадрової політики,

спрямованої на утримання фахівців через гідну оплату праці та професійний розвиток. Доведено, що впровадження телемедицини дозволяє нівелювати нерівність у доступі до послуг між містом та селом. Аналіз показав, що екологічні детермінанти мають бути інтегровані у загальну стратегію громадського здоров'я.

Сформовано пропозиції щодо вдосконалення системи моніторингу неінфекційних захворювань як основного тягаря для бюджету. Підкреслено важливість популяризації культури самозбереження та здорового способу життя серед молоді. Встановлено, що імунопрофілактика залишається найбільш економічно вигідним інструментом збереження здоров'я нації. Обґрунтовано роль центрів контролю та профілактики хвороб як інституційного ядра нової системи. Виявлено необхідність гармонізації вітчизняних медичних стандартів із протоколами Європейського Союзу.

Запропоновано шляхи оптимізації госпітальних округів для підвищення ефективності використання ресурсів. Доведено, що інвестиції в громадське здоров'я мають мультиплікативний ефект для суміжних галузей економіки. Встановлено, що сталий розвиток країни неможливий без подолання демографічних та епідеміологічних викликів. Сформульовано стратегічні напрями реформування, що базуються на принципах доказовості та прозорості. Визначено, що успіх трансформацій залежить від консолідації зусиль держави, бізнесу та громадянського суспільства. Доведено, що стан громадського здоров'я є дзеркалом ефективності всієї системи державного управління.

Підсумовано, що реалізація запропонованих заходів дозволить Україні вийти на рівень європейських стандартів якості життя. Загалом, проведене дослідження підтверджує гіпотезу про те, що здоров'я нації є фундаментом національної безпеки та добробуту. Дана магістерська робота може слугувати підґрунтям для подальших наукових розробок та практичних рекомендацій у сфері охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Біоетичні та деонтологічні аспекти сучасного громадського здоров'я : монографія / за ред. М. І. Степанова. Вінниця : Нова Книга, 2025. 248 с. URL: <https://novaknyha.com.ua/>
2. Глобальні тренди охорони здоров'я 2030: виклики для України / Інститут майбутнього. Київ, 2025. 110 с. URL: <https://uifuture.org/>
3. Громадське здоров'я в епоху антропоцену: екологічні та соціальні виклики : монографія / О. С. Петренко. Київ : Наш Формат, 2025. 288 с.
4. Громадське здоров'я в Україні: проблеми становлення та перспективи розвитку : монографія / за ред. В. М. Лехан, Г. О. Слабкого. Київ : Інтермед, 2023. 248 с.
5. Громадське здоров'я. Харків : ХНМУ, 2023. 324 с. URL: <https://repo.knmu.edu.ua/items/1a328d8f-4ecb-438d-bae6-20d4f4105982>
6. Грузєва Т. С., Галієнко Л. І., Антонюк О. Я. Медико-демографічні виклики в Україні та їхній вплив на систему громадського здоров'я. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. 2024. № 1 (45). С. 12–19.
7. Демографічний розвиток України: трансформація гуманітарного потенціалу та безпекові виклики : нац. доп. / Ін-т демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України. Київ, 2024. 352 с.
8. Державна служба статистики України : офіційний сайт. URL: <https://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення: 12.05.2026).
9. Державна служба статистики України. Офіційний сайт. Розділ «Населення та міграція» / «Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення». URL: <https://www.ukrstat.gov.ua/>

10. Державна служба статистики України. Офіційний сайт.
URL: <https://www.ukrstat.gov.ua/>
11. Економіка здоров'я: інвестиційний аналіз та оцінка ефективності медичних інтервенцій / О. В. Ляшенко. Дніпро : Середняк Т. К., 2024. 312 с.
URL: <https://seredniak.com.ua/>
12. Економіка охорони здоров'я та громадське здоров'я : підручник / М. І. Барський, О. В. Ковальова. Харків : Фоліо, 2025. 416 с.
13. Економічна оцінка втрат людського капіталу внаслідок передчасної смертності населення / Л. М. Черенько. Львів : Світ, 2024. 240 с.
14. Інститут демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України. Національні доповіді «Демографічний розвиток України: трансформація гуманітарного потенціалу та безпекові виклики». URL: iids.org.ua
15. Інституційні трансформації системи громадського здоров'я в умовах післявоєнного відновлення / І. П. Мазур. Київ : Кондор, 2025. 204 с. URL: <https://condor-publish.com.ua/>
16. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Волчек В. В. Громадське здоров'я : підручник. Дніпро : ЛІРА, 2021. 384 с.
URL: <https://repository.dma.dp.ua/7980/> (дата звернення: 09.05.2026).
17. Медична реабілітація та соціальна адаптація як чинники збереження трудового потенціалу / В. Г. Савченко. Запоріжжя : Статус, 2024. 196 с. URL: <https://status.zp.ua/>
18. Менеджмент у сфері охорони здоров'я: стратегічне планування та лідерство / за ред. Н. М. Захарової. Київ : Вища школа, 2025. 360 с.
19. Миронюк І. С. Трансформація муніципальних систем громадського здоров'я в умовах децентралізації та воєнних викликів. *Український медичний часопис*. 2025. Т. 3, № 2. С. 45–51.

20. Москаленко В. Ф., Гульчій О. П. Інтегральна оцінка втрат здоров'я населення України за показником DALY. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2023. № 3 (97). С. 22–29.
21. Москаленко В. Ф., Гульчій О. П., Литвинова О. Н. Громадське здоров'я : підручник. Київ : Медицина, 2020. 560 с.
22. Огнєв В. А. (ред.). Соціальна медицина, громадське здоров'я : у 4 т. Т. 3. Організація охорони здоров'я. Харків : ХНМУ, 2023. 404 с.
URL: <https://repo.knmu.edu.ua/items/a31247fd-c53e-429e-9128-25703195e0b4>
23. Оцінка впливу на громадське здоров'я в системі стратегічного планування розвитку територій / Н. О. Рингач. Київ : Наукова думка, 2025. 228 с.
URL: <https://ndumka.com.ua/>
24. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні / Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України. Київ, 2025. 184 с.
25. Психічне здоров'я як складова соціально-економічного добробуту нації в умовах стресу / О. К. Назаренко. Тернопіль : Підручники і посібники, 2025. 215 с.
26. Слабкий Г. О., Миронюк І. С. Основи громадського здоров'я : навчальний посібник. Ужгород : РІК-У, 2022. 212 с.
27. Слабкий Г. О., Миронюк І. С. Трансформація структури тягаря хвороб та передчасної смертності населення України в сучасних умовах. *Україна. Здоров'я нації*. 2025. № 2. С. 34–41.
28. Соціальний захист та медичне страхування: досвід країн Вишеградської групи / В. В. Кравченко. Ужгород : Гельветика, 2024. 232 с.
29. Соціальні детермінанти здоров'я населення України: макроекономічний та регіональний вимір / О. П. Гульчій, Т. С. Грузєва, В. Г. Сюрін та ін. Львів : Кварт, 2024. 312 с.

30. Сталий розвиток та громадське здоров'я: синергія екологічної та медичної політики / Т. В. Дудар. Житомир : Рута, 2024. 272 с. URL: <https://ruta.zt.ua/>
31. Трансформація ринку медичних послуг в умовах цифровізації економіки / Д. О. Сидоренко. Полтава : ПУЕТ, 2025. 190 с.
32. Управління якістю медичної допомоги: міжнародні стандарти ISO в українських реаліях / Р. А. Левицький. Харків : Фоліо, 2024. 208 с.
33. Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України. Статистичні збірники «Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні». URL: <https://phc.org.ua/>
34. Чепелевська Л. А., Любінець О. В. Регіональні особливості формування та тенденції малюкової смертності в Україні. *Український медичний часопис*. 2024. Т. 2, № 4. С. 73–78.
35. Global Health Security Index 2025: Building Resilient Health Systems in Post-Conflict Zones / Nuclear Threat Initiative. Washington, D.C., 2026. URL: <https://www.ghsindex.org/>
36. Health at a Glance: Europe 2024. State of Health in the EU Cycle / OECD/European Union. Brussels, 2025. 210 p. URL: <https://www.oecd-ilibrary.org/>
37. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease Study (GBD). Country Profile: Ukraine. (Інститут вимірювання та оцінки здоров'я: Дослідження глобального тягара хвороб, показники DALY та інвалідизації для України). URL: <https://www.healthdata.org/ukraine>
38. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study. URL: <https://www.healthdata.org/research-analysis/gbd>
39. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study. Country Profile: Ukraine. URL: <https://www.healthdata.org/ukraine> (дата звернення: 09.05.2026).

40. The Lancet Public Health: Socio-economic determinants of health in Eastern Europe / The Lancet. London, 2025. Vol. 10. URL: <https://www.thelancet.com/journals/lanpub/>
41. UNICEF. Child Mortality Data: Country profiles (Ukraine). (ЮНІСЕФ: Дані щодо малюкової та дитячої смертності). URL: <https://data.unicef.org/>
42. UNICEF. Child Mortality Data: Country profiles (Ukraine). URL: <https://data.unicef.org/>
43. UNICEF. Child Mortality Data. URL: <https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/>
44. United Nations Development Programme. Human Development Report 2023/2024. URL: <https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2023-24>
45. World Health Organization (WHO). The Global Health Observatory: Ukraine Health Profile. (Всесвітня організація охорони здоров'я: Профіль здоров'я України). URL: <https://www.who.int/data/gho>
46. World Health Organization. Mental health: strengthening our response. URL: <https://www.who.int/health-topics/mental-health> (дата звернення: 09.05.2026).

Протокол аналізу звіту подібності науковим керівником

Заявляю, що я ознайомився (-лась) з Повним звітом подібності, який був згенерований Системою виявлення і запобігання плагіату щодо роботи:

Автор: Владислав Сергійович Горчаков

Співавтор:

Назва: Стан громадського здоров'я як індикатор рівня соціально - економічного розвитку країни

Науковий керівник: Микола Петрович Дейкун

Підрозділ: National University "Chernihiv Collegium"

Коефіцієнт подібності 1: 1.71%

Коефіцієнт подібності 2: 0.71%

Мікропробіли: 78

Заміна букв: 2

Інтервали: 0

Білі знаки: 0

Дата створення звіту: 2026-06-10 07:17:27.0

Після аналізу Звіту подібності констатую наступне:

☐ Запозичення, виявлені в роботі є законними і не є плагіатом. Рівень подібності не перевищує допустимої межі. Таким чином робота незалежна і приймається.

☐ Запозичення не є плагіатом, але перевищено граничне значення рівня подібностей. Таким чином робота повертається на доопрацювання.

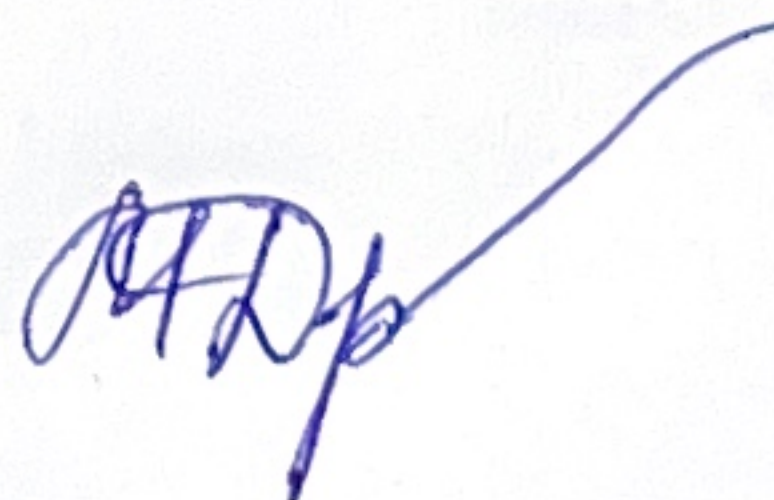
☐ Виявлено запозичення і плагіат або навмисні текстові спотворення (маніпуляції), як передбачувані спроби укриття плагіату, які роблять роботу невідповідною вимогам законодавства (Ст. 32. ЗУ Про вищу освіту, пункт 3.1, Ст. 42. ЗУ Про освіту) та вимог НАЗЯВО (Критерій 5), а також кодексу етики і процедур. Таким чином робота не приймається.

Обґрунтування:

Дата

15.06.26

експерт





Метадані

ДОКУМЕНТ

Заголовок

Стан громадського здоров'я як індикатор рівня соціально - економічного розвитку країни

Автор

Владислав Сергійович Горчаков

Науковий керівник / Експерт

Микола Петрович Дейкун

ІД документу

334248646

ОРГАНІЗАЦІЯ

Назва організації

National University "Chernihiv Collegium"

підрозділ

National University "Chernihiv Collegium"

ЗВІТ

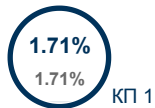
Дата звіту

6/10/2026

Дата редагування

Обсяг знайдених подібностей

Коефіцієнт подібності визначає, який відсоток тексту по відношенню до загального обсягу тексту було знайдено в різних джерелах. Зверніть увагу, що високі значення коефіцієнта не автоматично означають плагіат. Звіт має аналізувати компетентна / уповноважена особа.



КП 1

25

Довжина фрази для коефіцієнта подібності 2



КП 2

11376

Кількість слів



КЦ

93477

Кількість символів

Тривога

У цьому розділі ви знайдете інформацію щодо текстових спотворень. Ці спотворення в тексті можуть говорити про МОЖЛИВІ маніпуляції в тексті. Спотворення в тексті можуть мати навмисний характер, але частіше характер технічних помилок при конвертації документа та його збереженні, тому ми рекомендуємо вам підходити до аналізу цього модуля відповідально. У разі виникнення запитань, просимо звертатися до нашої служби підтримки.

Заміна букв		2
Інтервали		0
Мікропробіли		78
Білі знаки		0
Парафрази (SmartMarks)		4

Джерела

Нижче наведений список джерел. В цьому списку є джерела із різних баз даних. Колір тексту означає в якому джерелі він був знайдений. Ці джерела і значення Коефіцієнту Подібності не відображають прямого плагіату. Необхідно відкрити кожне джерело і проаналізувати зміст і правильність оформлення джерела.

10 найдовших фраз

Колір тексту

#	НАЗВА ТА АДРЕСА ДЖЕРЕЛА URL (НАЗВА БАЗИ)	КІЛЬКІСТЬ ІДЕНТИЧНИХ СЛІВ (ФРАГМЕНТІВ)
---	--	---

1	Зміни гематологічних та біохімічних показників крові карася звичайного (Carassius carassius) за дії мікотоксинів 12/11/2025 National University "Chernihiv Collegium" (National University "Chernihiv Collegium")	55 (0.48 %)
2	Зміни гематологічних та біохімічних показників крові карася звичайного (Carassius carassius) за дії мікотоксинів 12/11/2025 National University "Chernihiv Collegium" (National University "Chernihiv Collegium")	26 (0.23 %)
3	Modern Technologies for Creating Film Music Content Олександр Сошальський;	11 (0.1 %)
4	Астахов_І_МН 4/14/2026 International European University (International European University)	10 (0.09 %)
5	Громадське здоров'я 11/16/2021 Bogomolets National Medical University (BNMU) (Deanery)	10 (0.09 %)
6	Зміна підходів у публічному управлінні закладами охорони здоров'я в умовах сучасності 11/20/2024 Petro Mohyla Black Sea National University (Petro Mohyla Black Sea National University)	7 (0.06 %)
7	Магістерська робота_Цакал (1) 6/23/2025 Shupryk NHU of Ukraine (НУОЗ України імені П. Л. Шупика)	7 (0.06 %)
8	МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ У СИСТЕМІ ГЛОБАЛЬНИХ ЕКОНОМІЧНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ 3/12/2018 Kyiv National Economic University named after Vadym Hetman KNEU (відділ координації та моніторингу періодичних фахових видань)	7 (0.06 %)
9	МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ У СИСТЕМІ ГЛОБАЛЬНИХ ЕКОНОМІЧНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ 3/12/2018 Kyiv National Economic University named after Vadym Hetman KNEU (відділ координації та моніторингу періодичних фахових видань)	6 (0.05 %)
10	УПРАВЛІННЯ ДІЯЛЬНІСТЮ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КОНТЕКСТІ ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ 1/28/2025 International University of Economics and Humanities named after Academician Stepan Demianchuk (International University of Economics and Humanities named after Academician Stepan Demianchuk)	6 (0.05 %)

База даних RefBooks (0.1 %)



#	ЗАГОЛОВОК	КІЛЬКІСТЬ ІДЕНТИЧНИХ СЛІВ (ФРАГМЕНТІВ)
---	-----------	---

джерело: Paperity

1	Modern Technologies for Creating Film Music Content Олександр Сошальський;	11 (1) (0.1 %)
---	---	----------------

Домашня база даних (0.71 %)



#	ЗАГОЛОВОК	КІЛЬКІСТЬ ІДЕНТИЧНИХ СЛІВ (ФРАГМЕНТІВ)
---	-----------	---

- 2 Зміни гематологічних та біохімічних показників крові карася звичайного (Carassius carassius) за дії мікотоксинів
12/11/2025
National University "Chernihiv Collegium" (National University "Chernihiv Collegium")

Програма обміну базами даних (0.91 %)



#	ЗАГОЛОВОК	КІЛЬКІСТЬ ІДЕНТИЧНИХ СЛІВ (ФРАГМЕНТІВ)
3	Громадське здоров'я 11/16/2021 Bogomolets National Medical University (BNMU) (Deanery)	35 (6) (0.31 %)
4	МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ У СИСТЕМІ ГЛОБАЛЬНИХ ЕКОНОМІЧНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ 3/12/2018 Kyiv National Economic University named after Vadym Hetman KNEU (відділ координації та моніторингу періодичних фахових видань)	13 (2) (0.11 %)
5	Магістерська робота_Цакал (1) 6/23/2025 Shuryk NHU of Ukraine (НУОЗ України імені П. Л. Шупика)	12 (2) (0.11 %)
6	УПРАВЛІННЯ ДІЯЛЬНІСТЮ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КОНТЕКСТІ ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ 1/28/2025 International University of Economics and Humanities named after Academician Stepan Demianchuk (International University of Economics and Humanities named after Academician Stepan Demianchuk)	11 (2) (0.1 %)
7	Соціальна медицина, громадське здоров'я : типові навчально-контрольні тестові завдання до єдиного державного кваліфікаційного іспиту Крок 2» для самопідготовки здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальностями «Медицина» та «Педатрія» : навч.-метод. посіб 3/17/2025 Kharkiv National Medical University (KNMU) (Навчально-науковий інститут якості освіти ХНМУ)	10 (2) (0.09 %)
8	Астахов_І_МН 4/14/2026 International European University (International European University)	10 (1) (0.09 %)
9	Зміна підходів у публічному управлінні закладами охорони здоров'я в умовах сучасності 11/20/2024 Petro Mohyla Black Sea National University (Petro Mohyla Black Sea National University)	7 (1) (0.06 %)
10	МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ (кафедра соціальної медицина та громадського здоров'я) 1/17/2021 Bogomolets National Medical University (BNMU) (Deanery)	5 (1) (0.04 %)

Інтернет



#	ДЖЕРЕЛО URL	КІЛЬКІСТЬ ІДЕНТИЧНИХ СЛІВ (ФРАГМЕНТІВ)
---	-------------	--

Список прийнятих фрагментів

#	ЗМІСТ	КІЛЬКІСТЬ ОДНАКОВИХ СЛІВ (ФРАГМЕНТІВ)
---	-------	---------------------------------------