

не лише нерівність у доходах, а й абсолютна рівність. Вже саме по собі майнове розшарування суспільства є важливим стимулом для активізації зусиль тих членів суспільства, які прагнуть досягти високого рівня добробуту. У протилежному випадку знижується мотивація до інтенсивної трудової діяльності і зайнятості взагалі, що, в свою чергу, призводить до збільшення невиправданих витрат суспільства, тиску на бюджет і провокує загострення суто економічних проблем.

Сьогодні перед українським суспільством стоїть надзвичайно складне завдання: подолати соціально-економічну нерівність, створити належні умови (політико-правові, економічні, соціокультурні й психологічні) для швидкого становлення якнайширшого середньозабезпеченого прошарку людей, стимулювання людського розвитку. Формування середніх верств означатиме поступове витіснення з громадського життя чинників, які розколюють суспільство на протилежні класи.

На мою думку, для цього необхідно впроваджувати такі механізми державної політики:

- ✓ забезпечення економічної безпеки держави;
- ✓ інноваційно-інвестиційну модель розвитку економіки;
- ✓ реформування системи державного соціального страхування та пенсійної системи;
- ✓ змінити політику та ставки оподаткування;
- ✓ соціальний захист середнього класу та вразливих верств населення;
- ✓ програма зайнятості населення;

- ✓ стратегія подолання бідності;
- ✓ державна програма розвитку села;
- ✓ механізми сприяння малому та середньому бізнесу;
- ✓ професійно-кваліфікаційний розвиток трудових ресурсів;

Слід зазначити, що в разі забезпечення рівного доступу до соціальних, економічних, культурних, освітніх, технологічних можливостей для всіх людей їм надається потенційна можливість домогтися однакового соціально-економічного становища. Й уже від їхньої волі, від їхніх зусиль залежить, триватиме фактична нерівність чи її буде ліквідовано.

1. Близнюк В. В. Людський капітал як фактор економічного розвитку // Економіка і прогнозування. – 2005. – № 2. – С. 64-74.

2. Лібанова Е. М. Ринок праці та соціальний захист / Лібанова Е., Палій О. – К., 2004. – 491 с.

3. Лібанова Е. Подолання бідності: погляд науковця. <http://www.kmu.gov.ua>

4. Рівень життя населення України / НАН України. І-т демографії та соц. дослідж., Держ. ком. Статистики України; За ред. Л. М. Черенко. – К.: ТОВ «Видавництво «Консультант», 2006. – 428с.

5. Рівень життя населення України та проблеми реформування механізмів його регулювання / За ред. Мандибури В. О. – К.: Парламентське в-во, 2006р. – 256 с.

6. <http://www.radiosvoboda.org/archive/economics/latest/986/986.html>

The article is devoted the analysis of basic indicators of labour-market Ukraine in the context of gender equality. Certainly basic problems and directions of providing of gender equality are during realization of labour rights for workers in the field of employment, заробітної pay, education and professional preparation, in-plant, pension providing and terms of labour training.

Банах О. І.

МЕДИКО-ДЕМОГРАФІЧНА СИТУАЦІЯ РЕГІОНУ В КОНТЕКСТІ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОГО РОЗВИТКУ (НА ПРИКЛАДІ В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ)

У статті проаналізовано сучасний стан медико-демографічної ситуації в регіоні. За допомогою методу кластерного аналізу розподілено адміністративно-територіальні одиниці області на групи за характером медико-демографічної ситуації. Проаналізовано вплив соціально-економічних чинників на медико-демографічну ситуацію в Івано-Франківській області в період 2009 – 2010 рр.

Ключові слова: демографічна криза, медико-демографічна ситуація, соціально-економічне становище.

І. Вступ. Загострення економічної кризи в Україні призвело до подальшого ускладнення демографічної ситуації. Драматичне погіршення рівня життя населення, зростання безробіття, брак суспільної безпеки – побічні наслідки, що супроводжують період соціально-економіч-

них трансформацій, – деструкційно вплинуло на медико-демографічну ситуацію в Україні.

II. Постановка завдання. Питання організації охорони здоров'я як складової соціально-економічної системи країни, у тому числі – на регіональному рівні, розглядалось у наукових роботах багатьох вчених-економістів і практиків. Зокрема, проблемам управління, фінансування системи охорони здоров'я та її реформування присвячені праці З. С. Гладуна, В. В. Завгороднього, В. І. Куценко, Г. І. Трілленберг, Я. Ф. Радиша, І. М. Шермана. Вагомий внесок у розробку методологічних підходів до формування державної та регіональної економічної політики здійснили О. І. Амоша, В. М. Гець, Б. М. Данилишин, М. І. Долішній, Е. М. Лібанова, В. К. Мамутов, В. І. Пила, Д. М. Стеченко та інші.

III. Результати дослідження. Важливе значення як для теорії, так і для практики має активізація досліджень, спрямованих на визначення територіальних особливостей функціонування систем охорони здоров'я, обґрунтування наукових підходів до формування регіональних стратегій розвитку галузі та оцінки економічної ефективності їх реалізації.

Тому проведемо аналіз сучасного стану медико-демографічної ситуації в Івано-Франківській області за період 2009-2010 рр. з врахуванням соціально-економічних та медично-організаційних аспектів. Для цього скористаємось низкою параметрів, що відображають стан суспільного здоров'я населення, а також його соціально-економічні, медико-організаційні й демографічні чинники.

До головних детермінант медико-демографічної ситуації належить розмір ВВП на душу населення згідно з паритетом купівельної спроможності, а також похідна цього елемента – розмір доходів домогосподарств в Івано-Франківській області. Номінальні доходи населення області у III кварталі 2010р. порівняно з відповідним періодом 2009р. зросли на 20,6% і склали 7054 млн.грн.[2] (по Україні цей показник зріс на 19,6%)[2]. Наявний доход, який може бути використаний населенням на придбання товарів та послуг, збільшився на 19,7%, а реальний наявний доход, визначений з урахуванням цінового фактору, – на 11,1%[2].

Наявний доход у розрахунку на одну особу по області за III квартал 2010р. становив 4118,8 грн., що на 19,8% більше, ніж у відповідному періоді 2009 р. (по Україні – на 20,8%) [2].

Наявний доход у розрахунку на одну особу по Україні становив 4807,7 грн. [2]. В ряді областей вищезазначений показник перевищує рівень по Україні, зокрема, це у м. Києві – 8577,6 грн., Донецькій – 5436,0 грн., Запорізькій – 5119,2 грн., Дніпропетровській – 5085,4 грн., Полтавській – 4851,5 грн., Київській – 4831,7 грн. областях[2].

Серед областей Карпатського економічного регіону наявний доход у розрахунку на одну особу по Івано-Франківській області нижчий, ніж у Львівській (4329,8 грн.), але вищий, ніж у Чернівецькій (3752,8 грн.) та Закарпатській (3565,3 грн.) областях [2].

Витрати населення за III квартал 2010 р. порівняно з аналогічним періодом 2009 р. збільшились на 22,4% – до 5772 млн. грн [2].

Разом з цим спостерігається стрімкий ріст індексу споживчих цін на окремі групи товарів та послуг. Якщо в січні 2010 р. він становив 101,9%, то в грудні 2010р. вже 108,3% [2]. Сукупні ресурси в середньому за місяць у розрахунку на одне домогосподарство на фоні глобальної економічної кризи зменшуються: 3104,9 грн. в 2009 р. проти 3119,3 грн. в 2008 р. [2].

В області продовжує зростати бідність населення, причому структуральна, тобто незалежна від самої людини, її здібностей, бажань та мотивацій, джерелом якої є зовнішня державна і регіональна економічна ситуація (розмір доходів і цін, рівень безробіття), а також соціальна політика органів державного управління.

Малосприятливим для медико-демографічної ситуації є рівень і структура видатків домогосподарств на продукти харчування, медичні й культурно-рекреаційні потреби. Частка видатків на продукти харчування в загальних відсотках домогосподарств набагато вища за частку видатків на медичні, культурні й рекреаційні потреби.

Ситуація ускладнюється тим, що поряд з депопуляцією відбувається погіршення якісних характеристик населення, зокрема його здоров'я. Надзвичайно скрутні умови відтворення переважної більшості населення призвели до того, що в останні роки спостерігається зниження показника середньої тривалості життя, за яким в цілому Україна перебуває в 5-му десятку серед країн світу [4]. Погіршується демографічний і загально соціальний потенціал сімейної структури населення, зни-

жується показник шлюбності. Позитивною тенденцією в області є зменшення рівня розлученості.

Головне управління статистики в Івано-Франківській області інформує: чисельність населення області, за оцінкою на 1 грудня 2010 року становила 1380,0 тис. осіб, у тому числі в міських поселеннях проживало 597,3 тис., а в сільській місцевості – 782,7 тис. осіб [2]. За одинадцять місяців 2010 року кількість жителів зменшилась на 659 осіб, що відбулося за рахунок природного скорочення на 847 осіб [2].

За січень-листопад 2010 року на Івано-Франківщині народилося 15075 дітей проти 15986 за відповідний період минулого року. У віці до 1 року померло 157 дітей проти 146 за відповідний період 2009 року [2]. В умовах зниження народжуваності в регіоні збереження життя новонароджених є першочерговою задачею. Основні причини смертності немовлят – це інфекційні та паразитарні хвороби, хвороби органів дихання, нервової системи та органів чуття, природжені аномалії, стани, що виникають у перинатальний період, зовнішні причини. Серед причин смертності немовлят за 2010 р. 58,0% складають стани, що виникли в перинатальному періоді, 24,8% – вроджені вади розвитку [2].

Дослідження коефіцієнтів смертності населення у різних вікових групах показало, що високою залишається смертність серед дітей віком від 1 до 4 років і підлітків 15-19 років. Високим є рівень смертності дітей та молоді від отруень.

В області є проблема раннього залучення дітей до вживання наркотиків. З усіх зареєстрованих споживачів наркотиків, 80% становить молодь [2]. Якщо в кінці 90-х років ХХ ст. наркотики вживали переважно діти та підлітки великих міст, то сьогодні наркотики знайшли розповсюдження і серед сільської молоді, причому темпи їх розповсюдження в сільських поселеннях удвічі вищі, ніж у міських. Україні потрібна структурована виважена політика держави щодо вживання алкоголю, наркотиків і психотропних речовин. Відсутність таких законодавчих актів веде до поширення цих явищ серед дітей та молоді, а, отже, до трагедії суспільства.

За січень-листопад 2010 року на Івано-Франківщині померло 15922 осіб проти 16760 за відповідний період минулого року [2]. Основними причинами смерті населення залишають-

ся: хвороби системи кровообігу (68,7% від усіх померлих проти 64,3% у січні-листопаді 2009 року), новоутворення (12,5% проти 12,3%) та зовнішні причини захворюваності та смертності (4,8% проти 5,1%) [2].

За останні роки в регіоні збільшився показник смертності населення від раку (1983 особи за період січень-листопад 2010 року проти 1975 осіб за відповідний період 2009 року) [2].

У порівнянні аналогічних періодів 2009 та 2010 рр. простежується деяка тенденція до зниження показників смертності від зовнішніх причин (764 особи в 2010 році проти 821 особи за відповідний період 2009 року) [2].

Однією з особливостей ситуації зі смертністю в області стало зростання смертності від інфекційних та паразитарних хвороб (217 осіб в 2010 році проти 217 в 2009 році) [2], причому на фоні певної позитивної динаміки у захворюваності та смертності від туберкульозу, особливо загрозливою виглядає ситуація ВІЛ/СНІДу (частка померлих в 2010 році становила 17,1% проти 10% за аналогічний період 2009 року) [2].

Негативною тенденцією в регіоні є зростання смертності у групах працездатного населення, особливо чоловіків. Їх смертність утричі вища, ніж жінок аналогічної групи.

Особливу роль в динаміці смертності населення, зокрема сільського, відіграє процес старіння.

На фоні негативної демографічної ситуації надзвичайну значущість набувають питання здоров'я жінок репродуктивного віку. Стан репродуктивного здоров'я жінок визначається рівнем їх загального здоров'я. В області на 100 тис. жінок працездатного віку реєструється щорічно близько 130 тис. різних хвороб [2]. Провідне місце займають хвороби органів дихання (21,4%), кровообігу (15,3%), сечостатевої системи (11,8%) [2]. Великою проблемою мешканок Івано-Франківщини є безплідність, яка стосується 6,8% сімей [2].

Окремої уваги суспільства заслуговує питання абортів. Щорічно офіційна статистика реєструє в Україні 200 тис. абортів. За даними громадських організацій, які займаються даною проблематикою, ця цифра як мінімум в 5 разів більша, а на одного новонародженого в Україні припадає більше, ніж одне переривання вагітності. Згідно офіційних статистичних даних в 2009 році в Івано-Франківській області було зроблено 2781 аборт, з них в м. Коломия –

626 випадків, в м.Івано-Франківську – 565 [6]. Як бачимо, така ситуація є не просто загрозливою, а катастрофічною, такою, яка потребує негайного втручання державних та морально-етичних інститутів країни.

Для адекватного оцінювання структурних та територіальних особливостей організації сфери суспільного здоров'я в цілому існує методика комплексної діагностики медико-демографічної ситуації з використанням методу кластерного аналізу Д. А. Арзянцевої[1]. Така методика дозволяє розподілити адміністративно-територіальні одиниці певного регіону (області) на групи за характером медико-демографічної ситуації з одночасним врахуванням декількох ознак.

Для аналізу поточного стану системи охорони здоров'я регіону з метою виявлення специфіки її організації у розрізі територій пропонується використовувати показники народжуваності, загальної смертності, смертності новонароджених, захворюваності серед населення, фінансування видатків на охорону здоров'я з місцевих бюджетів на 1 жителя, а також забезпеченості лікарняними ліжками та лікарями.

Таким чином за допомогою відповідних показників обчислюється комплексний ко-

ефіцієнт діяльності закладів охорони здоров'я і коефіцієнт рівня демографічної ситуації. Застосування названих комплексних показників сприяє більш точному виявленню та структуруванню проблем певних типів територій, дозволяє виділити чотири типи груп районів (рис. 1).

Розробка та обґрунтування стратегій розвитку регіональних систем охорони здоров'я передбачає оцінку можливих змін у разі здійснення тих чи інших заходів: зниження рівня смертності, підвищення народжуваності, подовження тривалості життя тощо.

Така методика була застосована на матеріалах Івано-Франківської області. У результаті проведеного аналізу медико-демографічної ситуації виділено три групи районів з різним рівнем розвитку даної ситуації. Це дозволяє більш точно оцінити поточний рівень та особливості територіальної організації системи охорони здоров'я, відтак – сформувати чітку стратегію розвитку на середньострокову перспективу.

На основі аналізу особливостей та специфічних рис кожної з виділених груп районів нами здійснена структуризація регіональних проблем, побудована система заходів розвитку та вдосконалення охорони здоров'я цієї групи (табл.1).

Рівень демографічної ситуації (D_g)	високий	<p>Стратегія інтенсивного розвитку системи охорони здоров'я</p> <p>1- нарощування мережі закладів охорони здоров'я; 2- збереження позитивної динаміки демографічної ситуації.</p> <p>II тип районів</p>	<p>Стратегія інноваційного розвитку</p> <p>1- збереження наявного рівноважного стану системи охорони здоров'я; 2- стратегія інноваційного розвитку.</p> <p>I тип районів</p>	
	низький	<p>Стратегія виходу з кризи</p> <p>1- інтенсивне нарощування мережі закладів охорони здоров'я; 2- покращення демографічних показників.</p> <p>IV тип районів</p>	<p>Стратегія покращення демографічної ситуації</p> <p>1- покращення демографічних показників; 2- збереження наявних показників діяльності закладів охорони здоров'я.</p> <p>III тип районів</p>	
		низький		високий
		Рівень розвитку мережі установ охорони здоров'я (M_g)		

Рис. 1. Групування територій за показниками медико-демографічної ситуації та економічна оцінка стратегій розвитку регіональних систем охорони здоров'я [1]

Розрахунок стану медико-демографічної ситуації в Івано-Франківській області (2010 рік)

Групи адміністративно-територіальних одиниць (районів, міст, міськрад) за рівнем стану медико-демографічної ситуації	Адміністративно-територіальні одиниці (райони, міста, міськради)
I	Верховинський, м. Яремче (міськрада), Надвірнянський, м. Івано-Франківськ (міськрада)
II	Богородчанський, м. Калуш, м. Коломия, Долинський, Рожнятівський, Косівський
III	Тисменицький, м. Болахів (міськрада), Коломийський, Снятинський, Галицький, Калуський, Городенківський, Глумацький, Рогатинський

Так, для адміністративно-територіальних одиниць першої групи рекомендовано застосувати стратегію інноваційного розвитку, яка забезпечить рівноважний стан регіональної системи охорони здоров'я та позитивну динаміку медико-демографічних показників при непогіршанні наявних пропорцій. Визначено, що пріоритетними напрямками економічного розвитку регіональної системи охорони здоров'я є інтенсивний розвиток приватної лікарської практики у сільській місцевості; запровадження багатоканальності фінансування витрат на медичну допомогу населенню, у тому числі через організацію лікарняних кас; впровадження в діяльність лікувально-профілактичних закладів сучасних прогресивних медичних технологій тощо.

Аналіз динаміки зростання доходів населення, обсягів позабюджетних надходжень до системи охорони здоров'я, мережі приватних медичних закладів свідчить про перспективність та доцільність реалізації зазначених заходів.

Стратегія другої групи спрямована на інтенсивний розвиток системи охорони здоров'я, тобто підтримку існуючого стану демографічної ситуації з одночасним нарощуванням рівня оказників діяльності лікувально-профілактичних установ.

Враховуючи особливості медико-демографічної ситуації та необхідність підвищення якості медичної допомоги населення, визначено такі ключові напрями розвитку: зменшення наявних територіальних диспропорцій на ос-

нові подолання існуючого розриву між фактичною і нормативною ресурсною забезпеченістю установ охорони здоров'я, збільшення кількості лікарів загальної практики.

Для адміністративно-територіальних одиниць, що належать до третьої групи, доцільно розробити стратегію покращення демографічної ситуації, при цьому підтримувати та нарощувати рівень розвитку установ охорони здоров'я. Детальний аналіз основних медико-демографічних показників свідчить, що адміністративно-територіальні одиниці групи характеризуються найвищими показниками дитячої захворюваності та смертності новонароджених. Тому пріоритетними напрямками вирішення проблем групи визначено: забезпечення родопомічних закладів необхідним обладнанням; створення та оснащення спеціалізованих виїзних бригад для надання невідкладної акушерської допомоги сільському населенню; підвищення доступності медичної допомоги дітям та підліткам через оптимізацію мережі відповідних закладів.

Впровадження названих стратегій дозволяє на практиці враховувати територіальні диспропорції при формуванні комплексних програм регіонального розвитку, сприятиме попередженню структурних деформацій, а також оптимальному розподілу бюджетних коштів, їх цільовому використанню, спрямованості на вирішення першочергових проблем територій. Зрозуміло, що, окрім соціального ефекту (зниження смертності, захворюваності), поліпшен-

ня здоров'я населення і зниження смертності в працездатному віці буде супроводжуватись економічним ефектом, а саме – приростом ВДВ.

Опрацьовані рекомендації щодо вибору та обґрунтування оптимальної стратегії покращення медико-демографічної ситуації мають стати дієвим інструментарієм при формуванні регіональної політики в галузі охорони здоров'я, оскільки дозволяють обґрунтувати відповідні пріоритетні напрями у нарощуванні потенціалу цієї сфери, розробляти на основі цих моделей відповідні прогнози та проводити економічну оцінку ефективності здійснених заходів. Їх можна використовувати профільним центральним органам виконавчої влади та місцевим державним адміністраціям у поточній роботі при формуванні комплексних програм соціально-економічного розвитку регіонів.

IV. Висновки. Таким чином, складний стан медико-демографічної ситуації в Івано-Франківській області і в Україні в цілому вимагає перегляду конкретних напрямів демографічної політики. Сформувалась об'єктивна необхідність переорієнтації демографічної політики. Паралельно з стимулюванням народжуваності, яке стає складним для суспільства в сучасних економічних умовах, значну увагу потрібно приділяти проблемі збереження здоров'я. Здоров'я має розглядатись як найважливіший пріоритет нації. Підвищення дитячої смертності, висока повікова смертність, більш висока смертність сільського населення порівняно з міським – це ті найважливіші орієнтири, довкола яких повинна сьогодні формуватися система заходів, спрямованих на оздоровлення економічних умов відтворення населення Івано-Франківської області.

Покращення ситуації, що склалася, вимагає дотримання таких засад у матеріальному забезпеченні відтворення населення:

1. Посилення ролі доходів сім'ї в системі джерел і засобів матеріального забезпечення для покращення медико-демографічної ситуації в Івано-Франківській області.

2. Підхід до соціального захисту населення, як важливого засобу демографічної політики, посилення демографічної спрямованості заходів соціального захисту, підвищення їх адресності та ефективності.

3. Створення принципово нової системи кредитування населення взагалі та молодих сімей.

4. Створення нової ефективної системи охорони материнства і дитинства, яка забезпечить реалізацію пріоритетів сім'ї, дитини.

Достовірно не доказано наявності істотної залежності між величиною витрат на медицину та здоров'ям нації. При високому рівні соціально-економічного розвитку країни вона, як свідчать дослідження, є незначною і становить близько 10-15%, тоді як генетична схильність до тих чи інших захворювань – 15-20%, якість життя, стан навколишнього середовища, повноцінне харчування та загальна культура людини – 60-65%. Однак у країнах із перехідною економікою кореляція є значно вищою, що пояснюється браком фінансових ресурсів для забезпечення мінімально необхідних матеріальних умов і технічних нововведень для розвитку системи охорони здоров'я.

Нашим статистичним аналізом зібраних матеріалів підтверджено високу кореляцію між більшістю змінних суспільного здоров'я населення та соціально-економічними чинниками, серед яких особливе місце посідають доходи домогосподарств та їхні видатки на продукти харчування, відпочинок і охорону здоров'я. Результати дослідження слугують необхідною передумовою до опрацювання концепції напрямів діяльності на обмеження деструкційного впливу соціально-економічних та медично-організаційних чинників на медико-демографічну ситуацію на регіональному рівні.

1. Арзянцева Д. А. Методичні основи визначення територіальних диспропорцій та формування стратегій розвитку у гуманітарній сфері // Формування ринкових відносин в Україні. – Хмельницький, 2006. – С. 116-122.

2. <http://www.if.ukrstat.gov.ua>

3. Многомерный статистический анализ в экономике : Учебное пособие / Л. А. Сошникова, В. Н. Тамашевич, Г. Узбе, М. Шеффер / Под ред. В. Н. Тамашевича. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 1999.

4. <http://www.experts.in.ua/inform/smi/detail.php?ID=51639>

5. <http://www.ukrstat.gov.ua>

6. <http://www.lib.if.ua/publish-2010/1295273248.html>

The article is dedicated to the analysis of the medical-demographical situation in Ivano-Frankivsk region. By means of cluster analysis methods is parted the administrative-territorial units on groups after character medical-demographical situation with the simultaneous account of a few signs. Influence of social-economical and medical-organization factors is analysed of the medical-demographical situation on Ivano-Frankivsk region in a period from 2009 to 2010 years.