

Результати: В ході дослідження встановлено, що на рівні спеціалізованої медичної допомоги штатні посади, які повністю укомплектовані фізичними особами, введені в 3034 (21,1%) адміністративних територій. 50,0% лікарів-гематологів є особами пенсійного, а 25,0% - передпенсійного віку. При цьому спеціалізовані гематологічні ліжка в 303 спеціалізованої медичної допомоги не функціонують. Хворі госпіталізуються для отримання стаціонарної допомоги на госпітальні ліжка загального профілю.

Із загальної кількості амбулаторних хворих 84,2% обстежуються відповідно до стандарту, а 76,8% отримують лікувальні заходи в повному обсязі. Із загальної кількості вперше захворівши на хвороби крові та кровотворних органів протягом року оглянуто лікарями-гематологами штатними 32,7%, а лікарями-гематологами позаштатними 38,5%. Опитані хворі на хвороби крові та кровотворних органів у 64,5% випадках оцінили спеціалізовану амбулаторно-поліклінічну гематологічну допомогу як недоступну або малодоступну територіально, 34,5% - економічно, а 48,0% вказали на низьку її якість.

Із загальної кількості госпіталізованих до спеціалізованих 303 хворих на хвороби крові та кровотворних органів 21,8% обстежуються не відповідно до стандарту, а 31,6% отримують лікувальну допомогу не в повному обсязі. Опитані пацієнти стаціонарних відділень 303 спеціалізованої медичної допомоги на хвороби крові та кровотворних органів у 24,5% випадках оцінили спеціалізовану стаціонарну допомогу як недоступну або малодоступну територіально, 29,5% - економічно, а 35,0% вказали на низьку її якість.

Висновки: за результатами дослідження встановлено проблеми надання спеціалізованої гематологічної допомоги на рівні сільськогосподарської області які носять управлінський, організаційний та економічний характер. В умовах реформування системи охорони здоров'я та запровадження гарантованого обсягу безоплатної медичної допомоги їх аналіз дозволяє прийняти на рівні області та її адміністративних територій управлінські рішення з їх максимального усунення.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: сільськогосподарська область, хворі, хвороби крові та кровотворних органів, спеціалізована допомога, проблеми.

KEY WORDS: rural area, patients, diseases of blood and blood-forming organs, specialty care, difficulties (problems).

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ЧИННИКИ ДИНАМІКИ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ РИНКУ ПРАЦІ УКРАЇНИ

MEDICAL AND SOCIAL FACTORS OF UKRAINIAN LABOR MARKET DYNAMICS AND EFFICIENCY

Iryna V. Teron¹, Viktor P. Zvonar¹, Nataliya M. Hlevatskaya², Daria S. Nasypaiko²

¹ІНСТИТУТ ДЕМОГРАФІЇ ТА СОЦІАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ НАУК УКРАЇНИ, КИЇВ, УКРАЇНА

²ЦЕНТРАЛЬНА УКРАЇНЬКА НАЦІОНАЛЬНА ТЕХНІЧНА УНІВЕРСИТЕТ, КРОПІВНИЙСЬКИЙ, УКРАЇНА

Вступ: Інклюзивне економічне зростання як євроінтеграційний імператив передбачає забезпечення високої якості медичного обслуговування та покращення стану здоров'я робочої сили, сталої позитивної динаміки і продуктивності ринку праці. Важливим чинником цих процесів є соціальна відповідальність на усіх інституційних рівнях.

Мета: визначити взаємозв'язок процесів захворюваності працездатного населення, динаміки ринку праці та настанов соціальної відповідальності.

Матеріали і методи: Матеріал дослідження статистична база Державної служби статистики України за 2010-2019 роки. Методи: системний підхід та системний аналіз, бібліосемантичний, медико-статистичний аналіз, математичне моделювання, структурно-логічний аналіз.

Результати: На основі аналізу експертних і соціологічних даних виявлено недостатню соціальну відповідальність щодо громадського здоров'я в Україні на кожному з інституційних рівнів. Зокрема, на рівні домогосподарств встановлено низьку ефективність запобігання розвитку багатьох деструктивних індивідуальних звичок, які вливають на працездатність населення. На рівні господарської практики організації виявлено невисоку зацікавленість українських підприємств у збереженні здоров'я працівників та в здійсненні інвестицій в розвиток інфраструктури медико-соціального призначення. На рівні управління медичною галуззю зафіксовано погіршення якості медичних послуг, зокрема, в стаціонарах. Зазначене об'єктивно сприяє захворюваності працездатного населення.

Виявлено суттєвий статистично значущий безпосередній зв'язок обсягу та рівня захворюваності за усіма класами хвороб МКХ10 із кількістю та продуктивністю робочої сили, заявленої на ринку праці України, а також із якістю життя населення. Попри невелику питому вагу захворювань, безпосередньо сполучених з больовим синдромом, їх кореляційний зв'язок з показниками забезпеченості закладами інфраструктури охорони здоров'я, конкурентоспроможності робочої сили, а також споживчих витрат на охорону здоров'я найвищий серед усіх класів хвороб МКХ-10. Доведено, що динаміка поширеності та хронізації захворюваності безпосередньо корелює з динамікою усіх ключових індикаторів безпеки ринку праці України, посилюючи його нестабільність та поточну депресивність. Показано, що подальшими викликами для ринку праці є його системна дестабілізація та посилення з певним лагом трудової міграції у країни ЄС, що загострює проблему трудоворесурсної забезпеченості економіки країни.

Висновки: З огляду на хвилюву динаміку демографічних зрушень у віковій структурі населення України, а також лагову природу формування хронічного типу хвороб та біопсихосоціокультурну модель захворюваності, можна прогнозувати у найближчий часовий період в Україні сплеск захворюваності працездатного населення. Виходячи з цього, обґрунтовано напрями соціального інвестування бізнесу, які безпосередньо впливають на якість медичного обслуговування працівників, підвищують конкурентоспроможність робочої сили та скорочують втрати робочого часу через хвороби.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: соціальна відповідальність, захворюваність, ринок праці, робоча сила

KEY WORDS: social responsibility, morbidity, labor market, labor force