

DOI 10.31558/2307-2318.2022.2.17

УДК 331.101.262:61

JEL: H51, I14, I15, J11, J24

Засоріна Г.В.,здобувач ступеня доктора філософії,
Донецький національний університет імені Василя Стуса

ORCID: 0000-0001-6066-9302

e-mail: hannazasorina@gmail.com

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я В КОНТЕКСТІ РОЗВИТКУ ЛЮДСЬКОГО КАПІТАЛУ

Перехід країн до постіндустріальної економіки та пандемія COVID-19 демонструють важливість людського капіталу для розвитку економіки та підтримки її функціонування під час кризи. Одними з визначальних чинників формування, накопичення та розвитку людського капіталу є ефективна медична система та міцне здоров'я населення. Стаття присвячена аналізу стану охорони здоров'я в Україні. Проаналізовано загальний стан здоров'я населення в порівнянні з європейськими країнами, рівень доступності медичних послуг для населення, суб'єктивні оцінки власного здоров'я українцями. Визначено можливість індивідуальних інвестицій у здоров'я. Розглянуто державні інвестиції в охорону здоров'я, забезпеченість населення лікарнями та медичним персоналом, основні медичні реформи, спрямовані на розвиток людського капіталу, та визначено їхню ефективність. Встановлено основні причини низької середньої тривалості життя, неспроможності частини населення здійснювати індивідуальні інвестиції в охорону здоров'я.

Ключові слова: людський капітал, охорона здоров'я, інвестиції в людський капітал, інвестиції в охорону здоров'я, стан здоров'я населення.

Рис. – 5. Табл. – 2. Літ. – 24.

Zasorina H.,

PhD student,

Vasyl' Stus Donetsk National University

ORCID: 0000-0001-6066-9302

e-mail: hannazasorina@gmail.com

HEALTH CARE IN THE CONTEXT OF HUMAN CAPITAL DEVELOPMENT

The transition to a post-industrial economy and the COVID-19 pandemic demonstrate the importance of human capital for economic development and support during the crisis. One of the determining factors in the formation, accumulation and development of human capital is an effective medical system and good public health. The article is devoted to the analysis of the state of health care in Ukraine. The general state of health of the population in comparison with European countries, the level of availability of medical services for the population, subjective assessments of their own health by Ukrainians are analysed. The possibility of individual investment in health has been identified. The state investments in health care, provision of the population with hospitals and medical staff, the main medical reforms aimed at the development of human capital are considered, and their efficiency is

determined. The main reasons for the low life expectancy and the inability of part of the population to make individual investments in health care have been identified.

Keywords: *human capital, health care, investment in human capital, investment in health care, state of health of the population.*

Fig. – 5. Tab. – 2. Ref. – 24.

Постановка проблеми. Людський капітал є головним чинником стабільного розвитку держави, підвищення її конкурентоспроможності у світі та головним компонентом у національному багатстві. Сьогодні український уряд поступово впроваджує законодавчі реформи, спрямовані на відновлення та розвиток людського капіталу. Та одним із головних чинників розвитку людського капіталу залишається охорона здоров'я. Стан здоров'я людського капіталу тісно корелює із продуктивністю людей, кількістю людського капіталу та його якістю. Тобто, стан здоров'я населення впливає на економічний ефект від людського капіталу, тому що людина в економічно активному віці може конвертувати запас здоров'я у продуктивність та ВВП.

За даними Світового банку (індекс людського капіталу), дитина, народжена сьогодні в Україні, може розраховувати в дорослому віці лише на 63% продуктивності при повноцінній освіті та оптимальному стані здоров'я. Найбільша проблема полягає в тому, що в Україні не спостерігається покращення рівня індексу людського капіталу [1]. Так, індекс людського капіталу у 2020 р., як і в 2010 р., становить 0,63 бали, передусім, через низькі показники охорони здоров'я, що свідчить про недостатність інвестицій в охорону здоров'я та впровадження неефективних реформ. Ще більше проблем додає повномасштабне вторгнення Російської Федерації на територію України. Нажаль через це населення, яке знаходиться на окупованих територіях не може в повній мірі скористуватися послугами медичної сфери. Цим і обумовлена актуальність досліджуваної теми.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Дослідження людського капіталу мають досить давню історію. Активний розвиток теорії людського капіталу розпочався у кінці XIX – на початку XX століття, а її основоположниками визнано нобелівських лауреатів Т. Шульца та Г. Беккера. Т. Шульц писав про важливість інвестицій в людський капітал та акцентував на доцільності дослідження видів діяльності щодо покращення людських можливостей, зокрема закладів та послуг охорони здоров'я, які в широкому розумінні включають усі витрати, що впливають на тривалість життя, а також на життєву силу людей. Також він зазначав, що заходи охорони здоров'я, додаткове харчування, кращий притулок також підвищують якість людських ресурсів [2, с. 9].

Г. Беккер розглядав людський капітал як запас знань, здібностей та мотивації кожної людини. На його думку, інвестиції в людський капітал складаються з навчання у школі, навчання на робочому місці, медичного піклування, вживання вітамінів та придбання інформації щодо економічної системи [3, с. 9]. Ще одним із видів інвестування в людський капітал Г. Беккер вважав покращення емоційного та фізичного здоров'я [3, с. 27]. Г. Шасті та Д. Вайл писали про важливість турботи про здоров'я, через яку доходи країн можуть збільшуватися на третину [4]. Роль інвестицій у формуванні та розвитку людського капіталу також вивчали О. Гізело [5, с. 13], Д. Терещенко [6], А. Жуковська [7]. Не менш важливими є соціологічні дослідження, проведені Державною службою статистики України, а також розвідки О. Грішної, О. Дороша та С. Шурпи [8].

Формулювання цілей статті. Метою статті є дослідження стану здоров'я населення, рівня індивідуального та державного фінансування охорони здоров'я як

головних чинників, що впливають на розвиток людського капіталу.

Виклад основного матеріалу. Перехід країн до постіндустріальної економіки та швидке формування постіндустріального суспільства призводить до соціально-економічних змін, зокрема щодо ролі людини в суспільстві. На перше місце виходить розуміння важливості формування, накопичення та розвитку людського капіталу. Світовий Банк наголошує, що людський капітал може бути збільшений лише за рахунок вкладень в освіту, охорону здоров'я та професійну підготовку. Особливо важливу роль у цьому процесі відіграє ефективна медична система та її доступність для населення, що і продемонструвала пандемія COVID-19 та повномасштабне вторгнення Російської Федерації на територію України. Розвинені країни все більше акцентують свою увагу на тому, що необхідно збільшувати інвестиції та покращувати ефективність функціонування системи охорони здоров'я та освіти. Оскільки саме ці інвестиції зараз мають найбільше соціально-економічне значення: від них залежить формування, накопичення та розвиток людського капіталу, підвищення якості людського капіталу, розширення економічних можливостей населення та підвищення їхньої якості життя.

Усвідомлення важливості людського капіталу в сучасній економіці призвело до необхідності його оцінки та моніторингу для подальшого створення стратегій розвитку людського капіталу. Наразі існують такі міжнародні індекси, що висвітлюють розвиток людського капіталу у різних аспектах: індекс людського капіталу та індекс людського розвитку (оцінка людського капіталу), індекс глобальної конкурентоспроможності (оцінка ефективності функціонування систем), індекс глобальної конкурентоспроможності талантів (оцінка конкурентоспроможності робочої сили та можливість її реалізації на міжнародному ринку праці) тощо. Останні результати за цими рейтингами показують значні проблеми із розвитком людського капіталу в Україні, особливо щодо сфери охорони здоров'я.

Найбільш стабільною є методологія індексу людського розвитку. Починаючи з 2010 року, Україна демонструє повільний, але стабільний прогрес людського розвитку. Незначне зниження показників відбулося у 2015 році, що ми пов'язуємо з воєнними діями у східній частині країни. Загалом, Україна належить до країн із високим людським розвитком, але значно відстає за середніми показниками від країн ЄС (рис. 1).

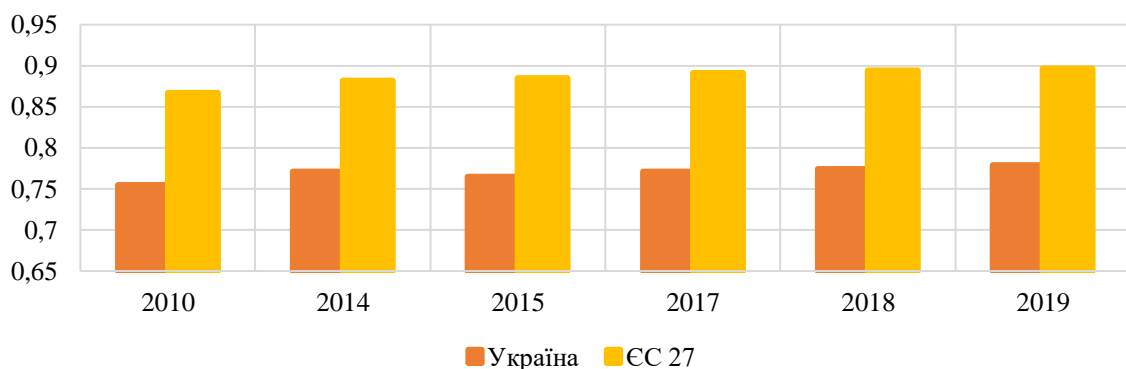


Рисунок 1 - Оцінки за індексом людського розвитку в Україні та ЄС [9]

Високі показники індексу в Україні досягаються за рахунок освіти, а саме кількості освічених людей та кількості років, витрачених на здобуття освіти. Найбільш провальним показником є тривалість життя, що вказує на наявність проблем у медичній сфері та соціально-економічному забезпеченні населення. Варто зазначити, що середні показники у країнах ЄС 27 за останні 10 років зростають набагато швидше, ніж в

Україні, що опосередковано вказує на неефективність впроваджених у нашій країні реформ, або відсутність будь-якого поліпшення у сферах, дотичних до людського капіталу.

Серед європейських країн середня очікувана тривалість життя в Україні є однією із найнижчих і сягає майже 72 роки. Довше ніж на три роки живуть у Болгарії (75,2 роки), Латвії (75,5 роки) та Румунії (75,7) [10, с. 182–183]. Не дивлячись на те, що середня очікувана тривалість життя збільшується, за останні 10 років вона зросла лише на 1,6 роки і, за нашими прогнозами, у найближчі 5 років залишиться майже незмінною (рис. 2). Прогнозуємо також, що тривалість життя для обох статей буде на рівні 71, 98 років у 2027 році, і на це вплине підвищена смертність від пандемії Covid-19 та повномасштабного вторгнення на територію України. Разом із тим, буде продовжуватись розрив у середній тривалості життя між жінками та чоловіками. Чоловіки і далі житимуть на 10 років менше за жінок. І варто зазначити, що тривалість життя українських чоловіків буде нижчою за європейських більше ніж на 5-15 років, а жінок – на 2-10 років.

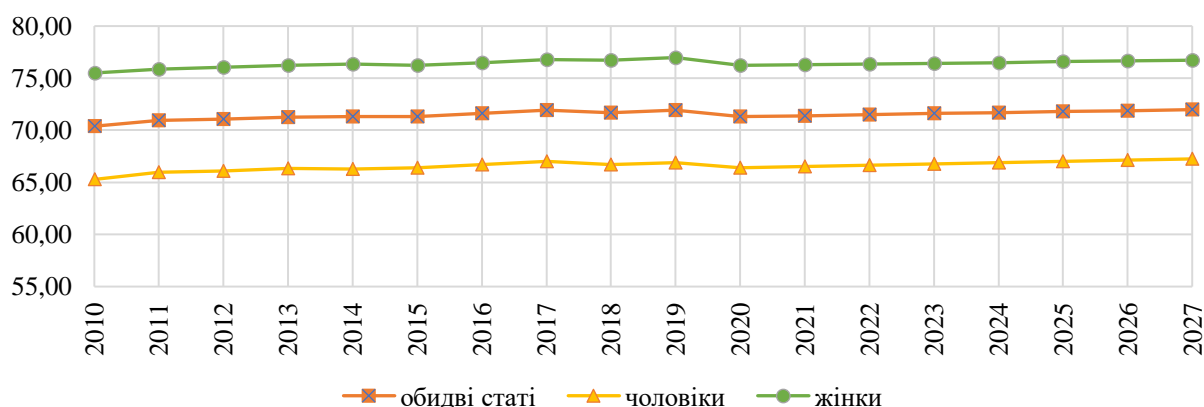


Рисунок 2 - Середня очікувана тривалість життя при народженні в Україні [11]

Низьку середню тривалість життя українців можна пов'язати із дочасною смертністю у молодому та середньому віці через набуті хвороби та хвороби, які можна було попередити, якістю життя (ставлення до свого здоров'я, якість харчування, баланс між роботою та відпочинком, стан екології в регіонах), низькою доступністю до отримання медичної допомоги та низьким рівнем профілактичного медичного обстеження. У той час, як в європейських країнах високі показники тривалості життя досягаються за рахунок значних інвестицій в охорону здоров'я та створення потужної медичної системи (медичне страхування населення, надання якісних послуг, баланс між роботою та відпочинком, ведення здорового способу життя). Також, не менш важливий вплив на скорочення тривалості життя накладає повномасштабне вторгнення Російської Федерації на територію України, яке забрало тисячі життів дітей та дорослих.

Згідно із статтею 49 Конституції України, населення має право на безоплатну медичну допомогу у державних і комунальних закладах охорони здоров'я [12]. Та фактично більшість медичних послуг потребують значного фінансового вкладення з боку громадян: оплати необхідного медичного обстеження, купівлі ліків та необхідного медичного приладдя. За даними Державної статистичної служби у 2020 році 98,5% усіх

опитаних домогосподарств зверталися за медичною допомогою, із них 19,2 % не змогли фінансово задовольнити потреби (рис. 3) [13]. У 2019 році 24,4 % населення не змогли отримати медичну допомогу, а у 2017 році – рекордні 29,7% населення. Як бачимо, неспроможність людей отримати медичну допомогу в повному обсязі коливається із року в рік та залишається на відносно високому рівні. На нашу думку, повномасштабне вторгнення тільки поглибить цю проблему, оскільки деякі постраждали тривалого дороговартісного лікування, купівлю медичного обладнання (візки, протези, тощо).



Рисунок 3 - Розподіл домогосподарств за рівнем доступності медичної допомоги, можливості придбання ліків та медичного приладдя в Україні [14]

У середньому, за останні 10 років близько 22,2% тих, хто потребував медичної допомоги, не змогли її отримати. Як зазначали респонденти, основною складністю отримання медичної послуги є не довгі черги та очікування, а занадто висока вартість самих медичних послуг і лікування загалом, а з початком повномасштабного вторгнення ситуація лише загострилася [15, с. 23]. Так, населення на окупованих територіях не мають вільного доступу до ліків через відсутність безпечних логістичних сполучень та коридорів, а інша частина населення позбавлена цієї можливості через зростання цін та втрату доходів.

За результатами загальнонаціонального дослідження «Індекс здоров'я. Україна» [16], щороку зменшується частка осіб, які здавали аналізи та проходили діагностику, а кількість осіб, що сплачують за лабораторно-діагностичні послуги, залишається майже незмінною. Водночас, значно збільшилися розміри сплати за ці послуги. Так, за лабораторні послуги у 2016 році українці в середньому сплатили від 182,53 грн до 471,52 грн у 2019 році, за діагностичні послуги в середньому сплатили від 273,85 грн у 2016 році до 620,29 грн у 2019 році [17, с. 38]. Середній розмір витрат при госпіталізації становив: за аналізи від 350 грн у 2017 році до 559 грн у 2019 році, середній платіж за діагностику – від 420 грн у 2017 році до 827 грн у 2019 році [17, с. 59]. За нашими підрахунками, витрати на лікування сягають близько 10-20% середнього бюджету домогосподарств, що є значним фінансовим навантаженням, тому

у 2019 році 44,0% платників вимушені були позичати гроші на амбулаторне лікування, а 59,6% платників – на госпіталізацію [17, с. 34]. Низький рівень можливості людей інвестувати у своє здоров'я можна пов'язати із збіднінням населення, адже більша частка українців, що не змогли отримати медичні послуги, має доходи не вище 6000 грн на місяць. Відповідно, в подальшому це призведе до погіршення здоров'я населення, скорочення життя, зниження рівня людського капіталу.

Не дивлячись на високий відсоток тих, хто не може отримати медичну допомогу, 43,1% українців все ж таки оцінили свій стан здоров'я як дуже добрий та добрий, 45,1% – як задовільний і 11,8% – як поганий, тоді як середні показники по країнах ЄС 27 становлять 69,4%, 22,1% та 6,8% відповідно (табл. 1). Варто зазначити, що загалом в європейських країнах спостерігається тенденція до збільшення частки населення, що оцінює власне здоров'я як дуже добре та добре за рахунок зменшення частки осіб, які вважають власне здоров'я задовільним та поганим. Натомість, в Україні ситуація залишається майже незмінною. Разом із тим, 45% населення України віком від 16 років і старше, повідомили, що мають хронічні захворювання або проблеми зі здоров'ям, у той час як середні показники країн ЄС сягають 35,2% (табл. 1). Такі низькі суб'єктивні оцінки власного здоров'я українцями підтверджують відставання від європейських країн за наступними параметрами: ефективність та якість медичної реформи, поширеність захворюваності та смертності, особливо від хвороб, які можна було попередити. Також, самооцінка власного здоров'я тісно корелює із загальним доходом домогосподарств.

Таблиця 1

Частка осіб у віці 16 років і старше, які оцінили стан свого здоров'я та повідомили, що мають хронічні захворювання або проблеми зі здоров'ям в Україні та країнах ЄС 27, % [14], [18]

Країни	Стан здоров'я	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
ЄС 27	Дуже добре або добре	67,2	66,7	67,4	68,9	68,5	68,5	69,4
	Задовільне	22,9	23,6	23,8	22,6	23	22,9	22,1
	Погане	8	7,9	7,2	6,9	6,9	7	6,8
	Частка осіб, які повідомили про хронічні захворювання або проблеми зі здоров'ям	33,3	35,5	35,3	36,5	36,1	35,8	35,2
Україна	Дуже добре або добре	43,9	43,3	42,4	42,7	42,1	42,9	43,1
	Задовільне	44,7	45	45,1	45,3	45,8	44,8	45,1
	Погане	11,4	11,7	12,5	12	12,1	12,3	11,8
	Частка осіб, які повідомили про хронічні захворювання або проблеми зі здоров'ям	40	41,8	43,5	43,8	45,2	44,3	45,4

Також варто звернути увагу на різницю в стані здоров'я між міським та сільським населенням в Україні, оскільки між ними наявна певна відмінність у поглядах на власне здоров'я. Значно гірше оцінюють стан здоров'я жителі сільської місцевості: 47,5% – добре, 41,3% – задовільне, 11,2% погане, у той час, як жителі міст – 51,9%, 38,9%, 9,2% [13, с. 16]. Це і не дивно, оскільки сільські мешканці постійно зіштовхуються зі складністю отримання медичних послуг: через погані дороги медична допомога приїжджає із запізненням, або взагалі не має змоги добратися; не має можливості отримання першої медичної допомоги та провести базове медичне дослідження; відсутність або рідкість маршрутного транспорту, яким можна дібратися до найближчої лікарні; значне розшарування міського та сільського населення за доходами (сільські мешканці мають нижчі доходи, тому менше інвестують у своє здоров'я).

Отже, через несприятливе соціально-економічне становище населення та наявність плати за такі базові медичні послуги, як аналізи та діагностика, ми спостерігаємо часткову неспроможність населення здійснювати індивідуальні інвестиції у власне здоров'я та, за потреби, сплатити за лікування при госпіталізації. Через високу плату за первинні дослідження населення України не займається попередженням хвороб. Соціологічні дослідження, проведені Державною службою статистики та у рамках дослідження «Індекс здоров'я. Україна», засвідчують часткове порушення Закону «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії». В подальшому низька спроможність населення в отриманні базових медичних послуг може призвести до ще більшого зростання кількості хворого населення, або збільшення частки населення із хронічними захворюваннями, що приведе до зниження якості людського капіталу.

Окрім індивідуальних інвестицій у власне здоров'я, також важливе державне фінансування охорони здоров'я. Згідно із Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», обсяг державного бюджету України, що спрямований на реалізацію медичних гарантій, повинен сягати не менше 5% ВВП [19], а за рекомендаціями Всесвітньої організації здоров'я – менше 7% від ВВП. Видатки країни на охорону здоров'я з кожним роком поступово зростають, але відсоток видатків від ВВП так і залишається низьким у порівнянні з іншими європейськими країнами. В середньому країни ЄС інвестують в охорону здоров'я близько 8,0% ВВП [20, с. 33], у той час як Україна інвестує лише 4,7%. Більшість цих видатків спрямована на виплату заробітних плат медичним працівникам і зовсім мала частина видатків – на задоволення потреб даної сфери [21]. Загалом, щоб українська охорона здоров'я змогла ефективно функціонувати, нарощувати свій потенціал та хоч якось наблизитись до європейської якості, необхідно інвестувати як мінімум 8% ВВП. Це допоможе оновити та забезпечити лікарні необхідним технічним обладнанням, покрити витрати на гарантовані державою базові медичні послуги.



Рисунок 4 - Видатки зведеного бюджету України на охорону здоров'я

Важливим також є забезпечення людського капіталу якісними медичними працівниками та необхідною кількістю закладів охорони здоров'я. За останні 10 років ми спостерігаємо стрімке зниження кількості лікарняних закладів. Це цілком логічно, оскільки зі зменшенням кількості населення зменшується й кількість лікарняних закладів. Водночас скорочується кількість медичного персоналу (табл. 2), що призводить до посилення нестачі лікарів та збільшення навантаження на них. Особливо

це відчувається під час війни, оскільки медичні працівники повинні працювати в надскладних умовах та з великою кількістю як фізично, так і психологічно постраждалих осіб. Сучасний стан кадрового забезпечення охорони здоров'я можна охарактеризувати наступним чином: зменшення кількості лікарів, неконтрольовані процеси міграції медичного персоналу до інших країн, дисбаланс кадрів між містом та селом, зниження престижності даної професії, зменшення кількості вступників на медичні спеціальності тощо [22, с. 21].

Таблиця 2

Мережа і кадри закладів охорони здоров'я в Україні [23]

	2010	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Всього лікарняних закладів	2763	1793	1775	1743	1714	1671	1640	1578
Усього лікарів	224876	185945	186234	186776	186178	185675	184713	179602
Забезпеченість на 10 тис. населення	49,3	43,5	43,7	44,0	44,1	44,2	44,3	43,4
Кількість середнього медичного персоналу (всього)	466816	378880	371736	366756	360416	345364	330322	308758
Забезпеченість на 10 тис. населення	102,4	88,6	87,3	86,5	85,4	82,3	79,2	74,5

Для виправлення катастрофічної ситуації в сфері охорони здоров'я, Урядом країни була проголошена нова медична реформа, яка була спрямована на збільшення доступності медицини для населення і мала впроваджуватися у декілька етапів. У 2019 році Урядом також було запроваджено реформу розвитку людського капіталу, у рамках якої передбачається й реформування медичної сфери [3]. Мета медичної реформи полягає у забезпеченні рівного доступу до якісних медичних послуг через створення пацієнт-орієнтованої системи. Її основні напрямки зосереджені на формуванні ефективної медичної системи, яка б відповідала потребам населення, покращенню громадського здоров'я та оптимізації системи соціальної підтримки населення (впровадження системи доступних ліків та якісних медичних засобів). Реформою передбачено реформування фінансового забезпечення охорони здоров'я, ефективне функціонування та рівний доступ до гарантованого державою пакету медичної допомоги, забезпечення оновлення матеріально-технічної бази, впровадження інноваційних технологій у щоденну медичну практику [24].

За цей час вже є певні позитивні зрушення в сфері охорони здоров'я. Так, з 2017 року ми спостерігаємо постійне збільшення заробітної плати медичних працівників, яка поступово наближується до середньої заробітної плати за усіма видами економічної діяльності. Загалом, це допоможе частково зменшити еміграцію медичного персоналу, поступово підвищить престижність даної професії та задоволеність заробітною платою.

Окрім таких відчутних позитивних моментів, як поступове збільшення заробітної плати працівників закладів охорони здоров'я та збільшення видатків на охорону здоров'я, не менш важливим залишається задоволеність населення цією реформою. Згідно результатів загальнонаціонального дослідження «Індекс здоров'я Україна» за 2019 рік, ми спостерігаємо поступові покращення якості медичної допомоги, яка надається сімейним лікарем або дільничним терапевтом чи педіатром.



Рисунок 5 - Середньомісячна заробітна плата у сфері охорони здоров'я у 2010-2021 роках, грн.

Так, у 2019 році 14,3% опитаних зазначили, що відбулись покращення проти 7,4% у 2017 році, 16% зазначили про погіршення проти 20,5% у 2017 році і 69,7% у 2019 році зазначили про відсутність змін до 72,2% у 2017 році [17, с. 94]. До основних покращень можна віднести покращення ставлення до пацієнтів (73,3%), умови, в яких надається медична допомога (27,3%) та ефективність лікування; разом із тим, досить висока частка населення вказує на погіршення ефективності лікування (55,7%), професіоналізм лікарів (46,8%) та ставлення до пацієнтів (35,1%) [17, с. 94].

Це дослідження показує поступове покращення в медичній сфері. Переважно населення задоволено всіма складовими системи охорони здоров'я. Проте це покращення відбувається дуже повільно, тож з боку держави необхідно залучати більше інвестицій у медичну сферу, постійно моніторити ефективність та результати запроваджених реформ для своєчасного внесення змін і корегування.

Висновки. Стан здоров'я населення відіграє одну із визначальних ролей у розвитку людського капіталу та підтримки його продуктивності. Охорона здоров'я є однією із важливих сфер для формування, накопичення та розвитку людського капіталу. Зараз українська система охорони здоров'я знаходиться у критичному стані, що підтверджують результати міжнародних індексів (індекс людського капіталу, індекс людського розвитку, індекс конкурентоспроможності), низька середня очікувана тривалість життя, високий відсоток населення, що не може отримати медичну допомогу у повному обсязі, та низька самооцінка власного здоров'я. Передусім від слабкої медичної системи потерпають домогосподарства із низьким рівнем доходу, який не перевищує 6000 грн. Як показують проведені соціологічні дослідження, для України є характерним наявність великої частки осіб, які за потреби не можуть отримати медичну допомогу та вимушені позичати кошти на лікування.

Повномасштабне вторгнення Російської Федерації на територію України тільки погіршило цю ситуацію. Більшість людей, які знаходяться на окупованих територіях не можуть отримати належну медичну допомогу, не мають вільного доступу до ліків. Зруйновані лікарні стануть додатковим фінансовим навантаженням на державний та місцевий бюджети, а населенню прийде шукати нові заклади з метою отримання медичної допомоги. Усі ці фактори негативно впливають на розвиток людського капіталу, доступність до медичної системи та стан здоров'я населення загалом. Тому населення потребує впровадження ефективної медичної реформи, яка би покривала витрати на забезпечення державних гарантій та створення доступного медичного страхування.

Проведена урядом медична реформа поступово дає позитивні результати, про що свідчать зростання кількості населення, задоволеного медичною реформою, збільшення

видатків на охорону здоров'я, поступове зростання заробітної плати медичних працівників. Однак, сфера охорони здоров'я все ще потерпає від недостатньої кількості інвестицій, які майже в два рази менші від середніх видатків європейських країн, а доступ до медичної допомоги залишається все ще нерівним.

Подальші дослідження у цьому напрямку будуть спрямовані на поглиблене вивчення видатків та інвестицій (державних, місцевих та іноземних) в охорону здоров'я. Також набуло актуальності питання функціонування медичної системи та її впливу на розвиток людського капіталу у воєнні часи.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. The World Bank. Проект развития человеческого капитала. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/30498/33324RU.pdf?sequence=13&isAllowed=y>.
2. Schultz, T. W. (1961). Investment in Human Capital. *The American Economic Review*, 51(1), 1–17. <http://www.jstor.org/stable/1818907?origin=JSTOR-pdf>.
3. Becker, G. S. (1962). Investment in Human Capital: A Theoretical Analysis. *Journal of Political Economy*, 70(5), 9–49. <http://www.jstor.org/stable/1829103>.
4. Shastry, G. K., & Weil, D. N. (2003). How Much of Cross-Country Income Variation is Explained by Health? *Journal of the European Economic Association*, 1(2–3), 387–396. <https://doi.org/10.1162/154247603322391026>.
5. Гізело, О. І. (2015). Інвестиції в людський капітал як умова соціального розвитку України. *Ринок праці та зайнятість населення*, 1, 11–14.
6. Терещенко, Д. А. (2019). Підходи до оцінки рівня розвитку людського капіталу в Україні. *States and Regions. Series: Public Administration*, 3(67), 127–134. <https://doi.org/10.32840/1813-3401-2019-3-23>.
7. Жуковська, А. Ю. (2010). Умови формування та розвитку людського капіталу як фактор конкурентоспроможності національних економік. 1(3), 107–117.
8. Грішнова, О. А., Дорош, О. В., & Шурпа, С. Я. (2015). *Інвестування в людський капітал у системі чинників за - безпечення гідної праці* (О. А. Грішнова (ed)). КНЕУ. <https://core.ac.uk/download/pdf/79159891.pdf>.
9. United Nations Development Programme. (2020). *Human development index database*. <https://hdr.undp.org/en/content/download-data>.
10. Державна служба статистики України. (2021a). *Населення України 2020*.
11. Державна служба статистики України. (n.d.-a). *Народжуваність, смертність та середня очікувана тривалість життя*. http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2020/m&w/arh_nsotj_nas.htm.
12. Верховна Рада України. (n.d.-b). *Конституція України*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр#Text>.
13. Державна служба статистики України. (2021b). *Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2020 році*. http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2021/zb/03/zb_snsz_20.pdf.
14. Державна служба статистики України. (n.d.-b). *Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги*. http://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/Arhiv_u/17/Arch_snsz_zb.htm.
15. Zasorina, H. (2022). Threats to human capital development during the full-scale invasion of the Russian Federation on the territory of Ukraine. *Праці XXII Всеукраїнської наукової конференції студентів, аспірантів та молодих вчених «Проблеми розвитку соціально-економічних систем в національній та глобальній економіці»*, 2, 21–23.

16. *Індекс здоров'я. Україна.* (n.d.). <http://health-index.com.ua/>.
17. *Індекс здоров'я. Україна – 2019: Результати загальнонаціонального дослідження.* (2020)
18. Eurostat. (n.d.). *Share of people with good or very good perceived health.* <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/data/database>.
19. Верховна Рада України. (n.d.-a). *Закон України Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення.* <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19?lang=uk#Text>.
20. European External Action Service. (n.d.). *Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я: уроки для України.* https://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf.
21. Карпенко, А. В. (2011). Інвестиції у людський капітал в Україні. *Збірник наукових праць Таврійського державного агротехнологічного університету (економічні науки)*, 3(15), 72–80.
22. Волосовець, О. П., Заболотько, В. М., & Волосовець, А. О. (2020). Кадрове забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні та світі: сучасні виклики. *Українські медичні вісті*, 1(84), 20–26. <https://doi.org/10.32471/umv.2709-6432.84.57>.
23. Центр медичної статистики МОЗ України. (n.d.). *Статистичні дані.* <http://medstat.gov.ua/ukr/statdan.html>.
24. Офіційний сайт Кабінету Міністрів України. (n.d.). *Розвиток людського капіталу.* <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu>.

REFERENCES

1. The World Bank. *Proekt razvytyia chelovecheskoho kapytala.* <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/30498/33324RU.pdf?sequence=13&isAllowed=y>.
2. Schultz, T. W. (1961). Investment in Human Capital. *The American Economic Review*, 51(1), 1–17. <http://www.jstor.org/stable/1818907?origin=JSTOR-pdf>.
3. Becker, G. S. (1962). Investment in Human Capital: A Theoretical Analysis. *Journal of Political Economy*, 70(5), 9–49. <http://www.jstor.org/stable/1829103>.
4. Shastry, G. K., & Weil, D. N. (2003). How Much of Cross-Country Income Variation is Explained by Health? *Journal of the European Economic Association*, 1(2–3), 387–396. <https://doi.org/10.1162/154247603322391026>.
5. Hizelo, O. I. (2015). *Investytsii v liudskyi kapital yak umova sotsialnoho rozvytku Ukrainy.* *Rynok pratsi ta zainiatist naseleennia*, 1, 11–14.
6. Tereshchenko, D. A. (2019). *Pidkhody do otsinky rivnia rozvytku liudskoho kapitalu v Ukraini.* *States and Regions. Series: Public Administration*, 3(67), 127–134. <https://doi.org/10.32840/1813-3401-2019-3-23>.
7. Zhukovska, A. Yu. (2010). *Umovy formuvannia ta rozvytku liudskoho kapitalu yak faktor konkurentospromozhnosti natsionalnykh ekonomik.* 1(3), 107–117.
8. Hrishnova, O. A., Dorosh, O. V., & Shurpa, S. Ya. (2015). *Investuvannia v liudskyi kapital u systemi chynnykiv za - bezpechennia hidnoi pratsi* (O. A. Hrishnova (ed)). KNEU. <https://core.ac.uk/download/pdf/79159891.pdf>.
9. United Nations Development Programme. (2020). *Human development index database.* <https://hdr.undp.org/en/content/download-data>
10. *Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy.* (2021a). *Naseleennia Ukrainy 2020.*
11. *Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy.* (n.d.-a). *Narodzhuvanist, smertnist ta serednia*

- ochikuvana tryvalist zhyttia.
http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2020/m&w/arh_nsotj_nas.htm.
12. Verkhovna Rada Ukrainy. (n.d.-b). Konsytsiia Ukrainy. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вп#Text>.
13. Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy. (2021b). Samootsinka naselenniam stanu zdorovia ta rivnia dostupnosti okremykh vydiv medychnoi dopomohy u 2020 rotsi. http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2021/zb/03/zb_snsz_20.pdf.
14. Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy. (n.d.-b). Samootsinka naselenniam stanu zdorovia ta rivnia dostupnosti okremykh vydiv medychnoi dopomohy. http://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/Arhiv_u/17/Arch_snsz_zb.htm.
15. Zasorina, H. (2022). Threats to human capital development during the full-scale invasion of the Russian Federation on the territory of Ukraine. Pratsi KhXII Vseukrainskoi naukovoï konferentsii studentiv, aspirantiv ta molodykh vchenykh «Problemy rozvytku sotsialno-ekonomichnykh system v natsionalnii ta hlobalnii ekonomitsi», 2, 21–23.
16. Indeks zdorovia. Ukraina. (n.d.). <http://health-index.com.ua/>.
17. Indeks zdorovia. Ukraina – 2019: Rezultaty zahalnonatsionalnogo doslidzhennia. (2020).
18. Eurostat. (n.d.). Share of people with good or very good perceived health. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/data/database>.
19. Verkhovna Rada Ukrainy. (n.d.-a). Zakon Ukrainy Pro derzhavni finansovi harantii medychnoho obsluhovuvannia naselennia. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19?lang=uk#Text>.
20. European External Action Service. (n.d.). Dosvid krain Yevropy u finansuvanni haluzi okhorony zdorovia: uroky dlia Ukrainy. https://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf.
21. Karpenko, A. V. (2011). Investytsii u liudskyi kapital v Ukraini. Zbirnyk naukovykh prats Tavriiskoho derzhavnoho ahrotekhnolohichnoho universytetu (ekonomichni nauky), 3(15), 72–80.
22. Volosovets, O. P., Zabolotko, V. M., & Volosovets, A. O. (2020). Kadrove zabezpechennia haluzi okhorony zdorovia v Ukraini ta sviti: suchasni vyklyky. Ukrainski medychni visti, 1(84), 20–26. <https://doi.org/10.32471/umv.2709-6432.84.57>.
23. Tsentr medychnoi statystyky MOZ Ukrainy. (n.d.). Statystychni dani. <http://medstat.gov.ua/ukr/statdan.html>.
24. Ofitsiyni sait Kabinetu Ministriv Ukrainy. (n.d.). Rozvytok liudskoho kapitalu. <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu>.