

## **Тема. Нерівність у сфері охорони здоров'я.**

План.

1. Нерівності у сфері охорони здоров'я.
2. Класові відмінності.
3. Гендерно обумовлені відмінності.
4. Расові відмінності.

### **1. Нерівності у сфері охорони здоров'я.**

Соціальна нерівність в охороні здоров'я в соціології розглядається як відмінності у стані здоров'я і доступі до медичних послуг, що пов'язані із соціальними детермінантами: соціально-економічним статусом, доходом, освітою, професією, житловими умовами, місцем проживання, гендером, віком тощо. Низький соціально-економічний статус часто асоціюється із вищими рівнями захворюваності і смертності, а також зі складнішим доступом до якісної медичної допомоги. Соціальна нерівність у здоров'ї визнається несправедливою, і справедливість в охороні здоров'я полягає в тому, щоб кожна людина могла реалізувати свій повний потенціал здоров'я, пропорційно отримуючи допомогу залежно від потреб.

Основні теоретичні підходи до дослідження цієї нерівності включають матеріалістичний (зосереджений на доході), психосоціальний (соціальні нерівності як джерело стресу), культурно-поведінковий (поведінкові фактори здоров'я), і інтерсекційний (аналіз нерівностей на перетині багатьох ідентичностей).

Основні фактори соціальної нерівності у сфері здоров'я включають:

1. Соціально-економічний статус: рівень доходів, освіти, професії, зайнятості. Низький статус пов'язаний із гіршим здоров'ям і більшим ризиком захворювань.
2. Умови життя: житлові умови, екологія, доступ до чистої води, харчування, безпека на робочому місці.
3. Соціальні умови раннього дитинства, які впливають на подальше здоров'я людини.
4. Соціальна дискримінація, відчуження, маргіналізація, що створюють стрес і психологічне навантаження.
5. Поведінкові фактори: спосіб життя, харчові звички, фізична активність, шкідливі звички (куріння, вживання алкоголю).
6. Доступність і якість медичних послуг.
7. Стать, вік, етнічна приналежність як додаткові детермінанти нерівності у здоров'ї.

За результатами останніх раундів Європейського соціологічного опитування (European Social Survey, ESS), зокрема раундів 7 (2014/15) та 11 (2023/24), соціальні нерівності у сфері здоров'я залишаються суттєвими, проте спостерігаються як покращення, так і погіршення стану здоров'я в різних країнах Європи. Опитування показало, що основні чинники соціальної нерівності у здоров'ї включають соціально-економічний статус, освіту, умови праці, психосоціальний стрес та доступ до медичних послуг.

Невирішені проблеми у доступі до медичних послуг, зокрема через довгі черги.

1. Зниження поширеності куріння та вживання алкоголю, проте зменшення споживання фруктів і овочів.
2. Незначне збільшення фізичної активності у центральній і східній Європі.
3. Погіршення житлових умов у більшості регіонів.
4. Зростання кількості неінфекційних хронічних захворювань у північній Європі, натомість стабілізація або покращення у західних країнах.
5. Виявлені гендерні відмінності: чоловіки частіше повідомляють про погіршення стану здоров'я та зростання хронічних хвороб, у той час як жінки демонструють певні покращення.

Пандемія COVID-19 значно загострила соціальну нерівність у сфері здоров'я, особливо вразивши найбідніші та найуразливіші верстви населення. Найбільш постраждали від COVID-19 мають нижчий соціально-економічний статус, що проявляється у вищому ризику передчасної смерті, більшому обсязі хронічних хвороб та гіршому доступі до медичних та соціальних послуг. Соціальні фактори, як бідність, переповнене житло, нестабільність зайнятості, впливали на загострення нерівностей у здоров'ї під час пандемії.

Крім безпосереднього впливу вірусу, карантинні обмеження погіршили умови життя та психічне здоров'я, особливо у вразливих соціальних групах. Емпіричні дослідження в Україні також відзначають посилення нерівності у доступі до медичної допомоги, симптомах тривоги і депресії, і загальному погіршенні соціально-економічного становища.

Найбільше від COVID-19 в Україні постраждали такі соціальні групи:

1. Люди віком від 50 років та старші, особливо ті, хто має хронічні хвороби. Саме у цій віковій категорії зареєстровано найбільшу частку важких випадків та летальних випадків.
2. Жінки склали близько 60% серед захворілих, водночас чоловіки мали більший ризик важкого перебігу хвороби.
3. Люди середнього віку 30-49 років склали близько 37% випадків інфікування, а 18-29 років — близько 11%.
4. Уразливими були також мешканці регіонів з високою інтенсивністю поширення вірусу, а також внутрішньо переміщені особи та люди з низьким соціально-економічним статусом.

## **2. Класові відмінності.**

Класові відмінності значно впливають на доступ до охорони здоров'я в Україні. Люди з нижчим соціальним статусом та меншими матеріальними ресурсами частіше стикаються з бар'єрами у доступі до кваліфікованої медичної допомоги, зокрема через вартість послуг, відсутність страхування чи проживання у сільській місцевості з обмеженою інфраструктурою. Соціально вразливі верстви населення, такі як малозабезпечені, внутрішньо переміщені особи, люди з інвалідністю або хронічними захворюваннями,

мають складнощі з реалізацією права на охорону здоров'я через недостатню систему соціального захисту.

Право на медичну допомогу часто залишається декларативним через нерівність у розподілі ресурсів і нерівномірність якості послуг. Соціальна нерівність проявляється у нерівному доступі до життєво необхідних лікарських засобів, діагностики, профілактики і лікування. Класова нерівність також подовжує час очікування на медичне обслуговування та збільшує ризики несприятливих результатів лікування.

Аналіз впливу класових відмінностей на доступ до первинної медичної допомоги в Україні показує, що соціально-економічний статус значно визначає якість та доступність таких послуг. Дослідження свідчать про наявність трьох ключових аспектів доступності: якість медичних послуг, фінансова доступність та територіальна (часова) доступність.

Особи з нижчим класовим статусом часто стикаються з фінансовими бар'єрами, які ускладнюють придбання ліків і оплату додаткових медичних послуг. Територіальна доступність також є проблемою, особливо для мешканців сільської місцевості, де мережа первинної медичної допомоги скорочується, що змушує пацієнтів долати великі відстані або довго чекати на прийом.

Соціально-психологічні чинники, як ставлення до пацієнтів та налагодження взаємодії "лікар – пацієнт", також впливають на сприйняття якості допомоги. Позитивною практикою є програма "Доступні ліки", яка покращує фінансову доступність медичних препаратів для вразливих верств населення.

Методи вимірювання класових відмінностей у доступі до первинної медичної допомоги (ПМД) включають кілька основних підходів:

1. Статистичний аналіз соціально-демографічних даних (рівень доходу, освіти, професії, місце проживання) для виявлення нерівностей у доступі до послуг ПМД.
2. Індикатори якості та доступності медичної допомоги (час очікування, фінансові витрати, частота відвідувань, співвідношення пацієнтів на лікаря).
3. Моделювання для формалізації понять і розробки стандартів оцінки.
4. Опитування пацієнтів щодо задоволеності послугами, бар'єрів у доступі, ставлення медичного персоналу.
5. Географічний аналіз доступності (територіальна близькість медичних закладів).

Приклади статистичних моделей для вимірювання нерівності в доступі до первинної медичної допомоги (ПМД) включають такі підходи:

Мікроімітаційне моделювання: алгоритмічна модель, яка імітує поведінку індивідуумів у різних соціально-економічних групах, дозволяє оцінити вплив змін у політиках чи економічних умовах на рівень доступу до

медичних послуг. Цей метод застосовувався для оцінки впливу пандемії COVID-19 на нерівність у доступі до ПМД в Україні.

Регресійний аналіз (лінійний, логістичний): застосовується для виявлення залежності доступу до медичних послуг від соціально-економічних характеристик, таких як клас, дохід, освіта, місце проживання.

Індексні методи: індекси, що вимірюють рівень нерівності, як-от коефіцієнт Джині, індекс Тейла, які адаптуються для оцінки розподілу медичних послуг і їх доступності в різних соціальних групах.

Кластерний аналіз і факторний аналіз: для групування населення за схожими рисами у доступі до допомоги і виявлення ключових факторів, що визначають нерівності.

Просторовий аналіз (географічне моделювання): аналізує територіальну доступність послуг, корелюючи з соціальними характеристиками населення.

### **3. Гендерно обумовлені відмінності.**

Гендерні відмінності у доступі до медичної допомоги в Україні характеризуються низкою специфічних особливостей.

Жінки мають потреби, пов'язані з репродуктивним здоров'ям, що потребує більш цільового медичного обслуговування. Водночас вони часто стикаються з обмеженим доступом до фінансових ресурсів, що ускладнює отримання якісної допомоги.

Чоловіки менш схильні звертатися за медичною допомогою, часто через соціальні стереотипи про маскуліність та недооцінку симптомів, що погіршує їхні здоров'я та тривалість життя.

Статистично жінки складають більшість медичного персоналу, але при цьому отримують нижчу заробітну плату, працюють у складніших умовах і виконують основну частину неоплачуваного догляду за хворими в родинах.

Гендерні стереотипи впливають на діагностику і лікування: в українській медицині фіксується недооцінка симптомів серцево-судинних та інших «чоловічих» хвороб у жінок, а також неадекватний підхід до психічного здоров'я.

Існують суттєві проблеми з гендерною чутливістю послуг, що ускладнює якісний доступ до лікування і профілактики як для чоловіків, так і жінок.

Для порівняння доступу до медичної допомоги між чоловіками і жінками використовуються такі статистичні методи:

1. Гендерно дезагреговані дані: збір і аналіз статистики з розподілом за статтю, що дозволяє порівнювати показники окремо для чоловіків і жінок, виявляти гендерні прогалини у доступі до послуг.

2. Розрахунок показників частоти, середніх значень, відсотків з урахуванням статі для кількісного порівняння.

3. Тестування гіпотез про різницю між двома групами (t-тест, тест Манна-Уїтні) для виявлення статистично значущих відмінностей у доступі та використанні медичних послуг.

4. Логістична регресія для моделювання ймовірності доступу до медичної допомоги залежно від статі з контролем інших факторів (вік, освіта, дохід).
5. Аналіз когорти або часових рядів для відстеження змін у доступі між чоловіками і жінками у часі.
6. Індeksi дисперсії та неравності (наприклад, коефіцієнт Джині) для вимірювання рівня нерівності у доступі між статями.

Приклади інтервенцій для зменшення гендерних бар'єрів у медицині включають:

1. Гендерно-чутливі програми, які визнають різні потреби чоловіків і жінок та адаптують медичні послуги відповідно, наприклад, проведення консультацій у зручних для жінок місцях або просування жіночих презервативів.
2. Гендерно-трансформативні підходи, які спрямовані на зміну соціальних гендерних ролей і стереотипів, що лежать у основі нерівності, створюючи умови для справедливих гендерних відносин.
3. Впровадження гендерно чутливих інструментів оцінки, які допомагають ідентифікувати бар'єри для різних груп (жінок, чоловіків, трансгендерних осіб) і планувати відповідні заходи, прикладом є оцінка гендерних аспектів у програмах лікування туберкульозу.
4. Проведення навчальних курсів і підвищення кваліфікації медичних і соціальних працівників для впровадження якісних гендерно-чутливих практик у роботі з уразливими групами.
5. Розробка політик і нормативних актів, що враховують гендерний вимір у наданні медичної допомоги, забезпечують рівність доступу та покращують якість послуг для всіх гендерних груп.
6. Психосоціальні інтервенції для підтримки жінок і чоловіків у подоланні гендерних стресів, пов'язаних із здоров'ям чи соціальними ролями.

#### **4. Расові відмінності.**

Расова нерівність у медицині проявляється у значних відмінностях у доступі до медичної допомоги, якості лікування та результатах здоров'я між расовими й етнічними групами. За даними досліджень, кольорові громади, зокрема іспаномовні/латиноамериканці, корінні жителі Гавайських островів і тихоокеанських островів, а також чорношкірі, мають вищий рівень захворюваності і госпіталізацій через COVID-19 порівняно з білими. Вплив структурного расизму, нерівного доступу до ресурсів, соціально-економічних бар'єрів і життєвого середовища призводить до погіршення стану здоров'я цих груп.

Ці нерівності не обмежуються пандемією, а є системними, впливаючи на поширеність хронічних хвороб, тривалість життя та доступ до якісної медичної допомоги. Окрім цього, расові та етнічні групи по-різному

звертаються за медичною допомогою, що також впливає на статистику діагнозів і лікування.

Причини расової нерівності в системі охорони здоров'я зумовлені кількома взаємопов'язаними факторами:

1. Структурний расизм і дискримінація, які проявляються у відомих і прихованих формах нерівного ставлення у наданні медичних послуг та доступі до ресурсів.

2. Соціально-економічні бар'єри: расові та етнічні меншини частіше проживають у бідних районах з поганою екологією, обмеженим доступом до якісної їжі та медичної інфраструктури.

3. Нерівність у можливості отримати страхування чи оплатити медичні послуги через низький дохід.

4. Стигматизація і недовіра до медичної системи, яка виникає через історичний негативний досвід дискримінації цих груп.

5. Недостатня культурна компетентність медичних працівників, що призводить до невідповідності медичних послуг потребам расових і етнічних меншин.

6. Погані житлові умови і погані санітарні умови посилюють ризики інфекційних захворювань.

7. Недостатня увага у політиках і плануванні системи охорони здоров'я до специфічних потреб меншин.

Подолання расового профілювання в лікарнях вимагає системних заходів, серед яких:

– впровадження антидискримінаційного законодавства та політик, що забороняють використання расових стереотипів у наданні медичних послуг і забезпечують рівність доступу для всіх груп населення;

– проведення регулярного навчання медичного персоналу щодо впливу расових упереджень, стереотипів та принципів культурної компетентності;

– запровадження механізмів моніторингу та звітності про випадки расового профілювання й дискримінації у медичних закладах;

– залучення представників расових та етнічних меншин до розробки політик і програм охорони здоров'я для врахування їхніх особливих потреб;

– підтримка прозорості у прийнятті рішень і забезпечення відкритих каналів для звернень пацієнтів щодо дискримінації;

– проведення інформаційних кампаній для підвищення обізнаності про расову рівність у медицині та формування толерантного ставлення в суспільстві;

– використання технологій і наукових підходів для виявлення прихованих форм профілювання і розробка інтервенцій на основі даних.