

ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕХНІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ЗАЮКОВ Іван Вікторович

УДК 331.522.4:314.18 (043.5)

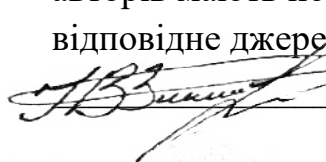
ДИСЕРТАЦІЯ

**ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЗАЙНЯТОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ
В СИСТЕМІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛЮДСЬКОГО РОЗВИТКУ**

08.00.07 - демографія, економіка праці,
соціальна економіка і політика

Подається на здобуття наукового ступеня доктора економічних наук

Дисертація містить результати
власних досліджень. Використання
ідей, результатів і текстів інших
авторів мають посилання на
відповідне джерело

 І.В. Заюков

*Дисертація є ідентичною іншим
примірникам дисертації*

*Вчений секретар спеціалізованої
вченої ради ДІ І.051.03*

к.е.н.



Н.С.Якимова

Науковий консультант:
Кобилянський Олександр
Володимирович, доктор
педагогічних наук, професор

АНОТАЦІЯ

Заюков І. В. Збереження здоров'я зайнятого населення України в системі забезпечення людського розвитку. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора економічних наук за спеціальністю 08.00.07 – Демографія, економіка праці, соціальна економіка і політика. – Донецький національний університет імені Василя Стуса, Вінниця, 2021.

Дисертація присвячена розробці концептуальних, теоретико-методологічних, методичних і практичних засад побудови механізму збереження здоров'я зайнятого населення України на макро-, мікро- та особистісному рівнях в системі забезпечення людського розвитку.

Узагальнено еволюцію наукових поглядів зарубіжних і вітчизняних вчених на те, що здоров'я людини є фундаментом людського розвитку. Обґрунтовано гіпотезу, що перспективним напрямом підвищення індексу людського розвитку, зменшення «втрат» в людському розвитку є формування механізму збереження здоров'я зайнятого населення України. Визначено та систематизовано фактори, які впливають на здоров'я зайнятого населення України (демографічні, соціально-економічні, поведінкові) та запропоновано модель їх впливу на здоров'я зайнятого населення України.

Узагальнено світовий досвід державної політики збереження здоров'я на основі реалізації принципів поведінкової економіки, зокрема лібертаріанського патерналізму («прямих заборон, які обмежують можливості індивідуального вибору», «запровадження податків на «гріхи», «охолодження», «надання повної інформації про товар та його ризику», «впливу на підсвідомість», «заборони використання окремих фінансових інструментів», «ментального бюджетування», «м'якого підштовхування», «стимулювання заходів, які регулюють і контролюють поточну поведінку») з метою мотивації зайнятого населення до збереження здоров'я в системі забезпечення людського розвитку.

Запропоновано змінити чинну концепцію в системі збереження здоров'я зайнятого населення України з «патерналістської» на «лібертаріанський патерналізм», що дасть можливість зайнятому населенню самостійно приймати раціональні рішення щодо своєї долі, нести відповідальність за збереження власного здоров'я, за умови унеможливлення надання будь-яких переваг окремим членам суспільства, зокрема за ознаками віку, статі, місця проживання, матеріального статусу, освіти, способу життя тощо.

Визначено роль і місце категорії здоров'я в системі формування поведінки, направленої на збереження здоров'я зайнятого населення України. Систематизовано методологічні підходи щодо змістовного наповнення вихідних базових понять категорії здоров'я, що дало змогу сформулювати низку дефініцій дослідження, зокрема визначено поняття «збереження здоров'я зайнятого населення», під яким розуміється сукупність заходів впливу на макро-, мікро-, особистісному рівнях (організаційні, економічні, соціальні, санітарно-гігієнічні, лікувально-профілактичні та ін.) на формування мотивації у зайнятого населення та роботодавців до збереження здоров'я (в побуті, на виробництві, під час відпочинку) на основі дотримання принципів здорового способу життя, профілактики захворюваності, гідної праці й справедливості, асертивності та неконформізму, спрямованих на досягнення високого рівня економічної активності, працездатності, продуктивності і трудового довголіття.

Поглиблено сутність категорії здоров'я з позиції введення економічної його складової з урахуванням економічного добробуту людини, який характеризується її здатністю до економічної діяльності, до забезпечення достатнього рівня економічної активності, продуктивності праці й формування передумов високої якості життя, зокрема трудового.

Сформовано блок-схему формування цінності збереження життя і здоров'я на основі рефлексивного управління в системі забезпечення людського розвитку, в основі якої лежить принцип управління парадигмою «суб'єкт – суб'єкт», що передбачає прагнення до стимулювання рефлексивної активності суб'єктів управління, тобто «рефлексивного виходу» за межі існуючих

стереотипів прийняття рішень в проблемних ситуаціях, зокрема тих, з якими стикається зайняте населення на ринку праці, та відповідних наслідків для їхнього здоров'я.

Розглянуто теорії поведінки, установ, дій, навичок, активностей, які дозволяють сформувати систему знань у зайнятого населення щодо збереження власного здоров'я як основи забезпечення людського розвитку. На цій основі розроблено теоретико-методологічну модель збереження здоров'я зайнятого населення України, яка складається з трьох блоків: поведінка зайнятих громадян, направлена на самозбереження здоров'я; заходи роботодавців, спрямовані на створення передумов збереження здоров'я; заходи держави, направлені на створення передумов для збереження здоров'я зайнятого населення України.

Проаналізовано світовий та вітчизняний досвід правового забезпечення формування моделі збереження здоров'я зайнятого населення України, який дозволив зробити висновок, що значну частину тягаря захворювань зайнятого населення детермінують поведінкові фактори та умови праці. Побудовано блок-схему багаторівневої системи профілактики збереження здоров'я зайнятого населення України з урахуванням принципів сучасної концепції гідної праці «Decent work», зокрема реалізації корпоративних програм здоров'я.

Акцентовано увагу на тому, що суспільні та економічні трансформації в Україні з часу набуття незалежності супроводжувались низкою факторів, які негативно вплинули на здоров'я зайнятого населення. Обґрунтовано, що поєднання несприятливих факторів в різних комбінаціях посилює негативний вплив на здоров'я зайнятого населення, обертаючись зростанням захворюваності та передчасної смертності, що, в свою чергу, відбивається на соціально-економічному розвитку, зменшуючи пропозицію на ринку праці України та гальмуючи процеси, пов'язані з людським розвитком.

Досліджено характеристики шоків здоров'я та запропоновано модель їх впливу на пропозицію ринку праці. Здійснено аналіз захворюваності, зокрема професійної, населення України, виробничого травматизму, показників, які

характеризують сучасний стан ринку праці. Розраховано потенційні втрати робочого часу та потенційні втрати для економіки України від передчасної смертності у віковому інтервалі 15–64 роки. З'ясовано, що найбільші потенційні втрати від передчасної смертності у віковому інтервалі 15–64 роки стались через хвороби системи кровообігу; екзогенні причини; злоякісні новоутворення.

Запропоновано модель впливу трансформаційних процесів сучасного ринку праці на здоров'я зайнятого населення з дезагрегацією за трьома групами (осіб, які мають роботу і стабільний дохід; осіб, які працюють в умовах прекаріату; та осіб, які опинились у стані безробіття), що дає можливість систематизовано оцінити як негативний, так і позитивний впливи на стан здоров'я за певним комплексом суб'єктивних і об'єктивних факторів сучасних умов праці з урахуванням соматичного, психологічного, соціального та економічного аспектів погіршення здоров'я.

Теоретично та емпірично обґрунтовано та систематизовано групи демографічних, соціально-економічних і поведінкових факторів, які впливають на здоров'я зайнятого населення. На основі систематизації цих груп факторів було побудовано математичну регресивно-лінійну багатофакторну модель. Це дозволило акцентувати увагу на важливості врахування поведінкових факторів при розробці соціально-економічної політики збереження здоров'я населення України, зокрема зайнятого.

Здійснено емпіричне дослідження відмінностей самооцінки здоров'я залежно від демографічних, соціально-економічних і поведінкових факторів на основі даних опитувань у репрезентативній вибірці зайнятого населення віком 18+ у Вінницькій області та в Україні, що дозволило сформулювати стратегії збереження здоров'я зайнятого населення України.

Розроблено механізм збереження здоров'я зайнятого населення України, який складається з таких структурних частин: принципи, суб'єкти, рівні взаємодії суб'єктів, політика, концепції, інструменти, результати дії механізму

збереження здоров'я зайнятого населення України в системі забезпечення людського розвитку.

Аргументовано необхідність застосування методу математичного моделювання з метою створення моделювальної системи для багатофакторного аналізу збереження здоров'я зайнятого населення на макрорівні з використанням математичного апарату, що базується на теорії нечітких множин, яка має суттєві переваги («Fuzzy-систем») порівняно з іншими. Це дає можливість підвищити ефективність системи прийняття державних управлінських рішень в напрямку розробки концепцій, стратегій, програм збереження здоров'я зайнятого населення України.

Сформовано стратегічні пріоритети в напрямку збереження здоров'я зайнятого населення України в системі людського розвитку, що передбачає дієві інструменти державної політики в напрямку забезпечення можливостей для зайнятого населення прожити довге та здорове життя, зокрема трудове; набуті, розширювати й оновлювати знання в системі професійної освіти й мати доступ до гідних умов і гідної оплати праці.

Проведено оцінювання соціально-економічних ефектів від зниження рівня захворюваності та передчасної смертності з екзогенних причин і резервів зростання рівня зайнятості за рахунок зміни поведінки, направленої на збереження здоров'я зайнятого населення України.

Ключові слова: зайняте населення, ринок праці, здоров'я, самозбереження здоров'я, збереження здоров'я, гідна праця, мотивація, якість життя, людський розвиток, шоки здоров'я, моделювання, оцінка, ефект, механізм збереження здоров'я зайнятого населення, стратегії.

SUMMARY

Zayukov I. V. Health protection of the employed population of Ukraine in the system of human development provision. – Qualification research work as a manuscript.

Dissertation on the receipt of the scientific degree of doctor of economic sciences on speciality 08.00.07 – Demography, labor economics, social economics and policy. – Vasyl' Stus Donetsk National University, Vinnytsia, 2021.

The dissertation is devoted to the development of conceptual, theoretical-methodological, methodical and practical bases for construction of the mechanism, intended for health protection of the employed population of Ukraine at macro-, micro- and personal levels in the system of human development provision.

The evolution of scientific views of foreign and domestic scientists that human health is the foundation of human development is generalized. The hypothesis is substantiated that a promising direction of increasing the human development index, reducing «losses» in human development is the formation of a mechanism of the health maintenance of the employed population of Ukraine. The factors affecting the health of the employed population of Ukraine (demographic, socio-economic, behavioral) are identified and systematized and a model of their impact on the health of the employed population of Ukraine is proposed.

The world experience of the state policy, aimed at health protection on the basis of realization of principles of behavioral economy, in particular libertarian paternalism («direct prohibitions limiting possibilities of an individual choice», «introduction of taxes on sins», «cooling», «providing the complete information about the goods and connected risks», «subconscious effects», «prohibition of the use of certain financial tools», «mental budgeting», «soft pushing», «stimulation of schemes that regulate and control current behavior») in order to motivate the employed population to save health in the system of human development provision .

It is proposed to change the existing concept in the system of health protection of the employed population of Ukraine from the «paternalistic» to «libertarian

paternalism», which will allow the employed population to make rational decisions about their fate, be responsible, in particular for maintaining their own health, making impossible to provide any benefits to individual members of society, in particular on the grounds of age, sex, place of residence, financial status, education, lifestyle, etc.

The role and place of the category of health in the system of the behavior formation directed on health protection of the employed population of Ukraine is defined. Methodological approaches to the content of the basic concepts of health category have been systematized, which allowed to formulate a number of definitions used in the study, in particular, the concept of «maintaining the health of the employed population», which means a set of measures at the macro and micro levels (organizational, economic, social, sanitary-hygienic, health-promoting, etc.) aimed at the formation of motivation of employers and employees to protect health (at home, in the work place, during leisure) on the basis of the principles of a healthy lifestyle, disease prevention, decent work and justice, assertiveness and nonconformism, aimed at achieving a high level of economic activity, efficiency, productivity and longevity.

The essence of the health category is deepened from the standpoint of the introduction of its economic component, taking into account the economic well-being of man, which is characterized by the ability to business activity, to ensure a sufficient level of economic activity, productivity and preconditions for high quality of life.

A block diagram of the formation of the value of life and health safety on the basis of reflective management in the system of human development provision , which is based on the principle of management paradigm «subject – subject», which provides a desire to stimulate reflective activity, i.e. «reflexive exit» beyond the existing stereotypes of decision-making in problematic situations, in particular those, the employed population faces in the labor market and the corresponding consequences for their health.

Theories of behavior, organization, actions, skills, activities, which allow to form a system of knowledge of the employed population regarding the protection of their own health as a basis for human development, are considered. On this basis, a

theoretical and methodological model of health protection of the employed population of Ukraine has been developed, which consists of three blocks: the behavior of employed citizens, aimed at self-preservation of health; measures of employers, aimed at creating the preconditions for health protection; state measures, aimed at creating preconditions for health protection of the employed population of Ukraine.

The world and domestic experience of legal support of the formation of a model for health protection of the employed population of Ukraine, which allowed to make conclusion that a significant part of the burden of diseases of the employed population is determined by behavioral factors and working conditions. A block diagram of a multi-level system of health protection of the employed population of Ukraine was built, taking into account the principles of the existing concept of decent work «Decent work», in particular the implementation of corporate health programs.

It is emphasized that social and economic transformations in Ukraine since obtaining the Independence have been accompanied by a number of factors that have negatively affected the health of the employed population. It is substantiated that the combination of unfavorable factors in various combinations increases the negative impact on the health of the employed population, resulting in increased morbidity and premature mortality, which, in turn, affects socio-economic development, reducing supply in the labor market of Ukraine and slowing down the processes related to human development.

The characteristics of health shocks are studied and a model of their impact on the labor market supply is proposed. The analysis of the morbidity of the population of Ukraine, in particular professional, occupational injuries, indicators that characterize the current state of the labor market is carried out. Potential losses of working time and potential losses for the economy of Ukraine from premature mortality in the age range of 15–64 years are calculated. It was found that the causes of the greatest potential losses due to premature mortality in the age range of 15–64 years were diseases of the blood circulation system, external causes, tumors.

A model of the impact of transformational processes of the modern labor market on the health of the employed population with disaggregation into three groups (persons who have jobs and stable income; persons working in the conditions of the precariat; and unemployed persons) is proposed, which provides an opportunity to assess systematically both negative and positive impact on the health state by a certain set of subjective and objective factors of modern working conditions, taking into account the somatic, psychological, social and economic aspects of health deterioration.

Groups of demographic, socio-economic and behavioral factors that affect the health of the employed population are theoretically and empirically substantiated and systematized. Based on the systematization of these groups of factors, a mathematical regression-linear multifactor model was built. This enabled to strengthen the emphasis on the importance of the behavioral factors in the development of socio-economic policy to preserve the health of the population of Ukraine, in particular the employed population.

An empirical study of differences in health self-esteem depending on demographic, socio-economic and behavioral factors based on surveys in a representative sample of the employed population aged 18+ in Vinnytsia region and in Ukraine was performed, which allowed to form strategies for protecting the health of employed people in Ukraine.

The mechanism of health protection of the employed population of Ukraine is developed, it consists of such structural parts : principles, subjects, levels of interaction of subjects, policy, concepts, tools, results of action of the mechanism of health protection of the employed population of Ukraine in the system of human development provision .

The need to use the method of mathematical modeling to create a modeling system for multifactor analysis of the health protection of the employed population at the macro level using a mathematical tooling, based on fuzzy set theory, which has significant advantages («Fuzzy-systems») over others is substantiated. This provides an opportunity to increase the efficiency of the system of public administration

decisions-making in the direction of developing concepts, strategies, programs the health protection of the employed population of Ukraine.

Strategic priorities have been formed, aimed at health protection of the employed population of Ukraine in the human development system, which provides the usage of the effective tools of the state policy to provide the possibilities for the employed population to live a long and healthy life and work, acquire, expand and update knowledge in vocational education and have access to decent conditions of work and decent pay.

The assessment of socio-economic effects as a results of reducing the burden of disease and premature mortality due to exogenous reasons and reserves of employment growth due to changes in behavior, aimed at health protection of the employed population of Ukraine is performed.

Key words: employed population, labor market, health, self-preservation health, protection health, decent work, motivation, quality of life, human development, health shocks, modeling, evaluation, effect, mechanism of the health protection of the employed population, strategies.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Монографії

1. Заюков І. В. Самозбереження здоров'я зайнятого населення України: теоретико-методологічні та прикладні аспекти забезпечення. Вінниця: ПП ТД «Едельвейс і К», 2019. 388 с. (22,55 д. а.). (Рецензію д. е. н., проф. С.В. Коляденко на монографію І.В. Заюкова надруковано: *Економіка: реалії часу*. 2020. № 1. URL: <https://economics.opu.ua/files/archive/2020/No1/r1.pdf>).

Колективні монографії

2. Заюков І. В. Стратегічні напрями реалізації державної соціальної політики щодо самозбереження здоров'я населення України. *Управління соціально-економічними системами* / Бердянський університет менеджменту і бізнесу; наук. ред. Л. І. Антошкіна, А. Л. Баланда, В. А. Вісящев. Донецьк: Юго-Восток, 2013. 379 с. (15,8 д. а. / 0,4 д. а.). *Особистий внесок здобувача полягає у розробці стратегічних пріоритетів формування соціальних передумов збереження здоров'я населення України, зокрема його зайнятої частини.*

3. Заюков І. В. Зростання інвестицій в людський капітал (здоров'я) як фактор розвитку національної економіки. *Фінансове забезпечення інноваційного розвитку національної економіки* / Макіївський економіко-гуманітарний інститут; наук. ред. О. М. Ніколаєва. Донецьк: Дмитренко Л., 2014. 276 с. (11,5 д. а. / 0,4 д. а.). *Особистий внесок здобувача полягає в обґрунтуванні важливості інвестування коштів в людський капітал (здоров'я) зайнятого населення як важливого чинника соціально-економічного зростання України.*

4. Заюков І. В., Небава Н. И. Изменение менталитета в свете задач устойчивого развития. *Управление устойчивым развитием в условиях переходной экономики* / Национальный горный университет – Бранденбургский технический университет; науч. ред. М. Шмидт, Б. Хансман, Д. Палехов: Днепропетровск – Коттбус-Зенфтенберг (Германия), 2015. 430 с.

(17,92 д. а. / 0,48 д. а.). *Особистий внесок здобувача полягає в обґрунтуванні ідеї зміни менталітету населення України в аспекті формування соціального капіталу як важливої детермінанти збереження здоров'я.*

5. Заюков І. В. Медичне соціальне страхування як елемент механізму самозбереження здоров'я зайнятого населення України. *Фінансовий механізм забезпечення сталого розвитку соціально-економічних систем* / Бердянський університет менеджменту і бізнесу; наук. ред. Л. І. Антошкіна, С. А. Навроцький. Бердянськ: Ткачук О.В., 2016. 283 с. (11,8 д. а. / 0,4 д. а.). *Особистий внесок здобувача полягає в обґрунтуванні необхідності якнайшвидшого запровадження механізму медичного соціального страхування, зокрема в аспекті механізму мотивації зайнятих громад до збереження здоров'я.*

6. Заюков І. В. Реалізація корпоративних програм «Здоров'я на робочому місці» як складової економічної безпеки: світовий досвід. *Інноваційна діяльність та економічна безпека підприємств* / Національна металургійна академія України; наук. ред. Л. М. Савчук. Дніпро : Пороги, 2017. 480 с. (20,0 д. а. / 0,42 д. а.). *Особистий внесок здобувача полягає у реалізації корпоративних програм «Здоров'я на робочому місці» як складової організаційно-економічного механізму збереження здоров'я зайнятого населення України.*

7. Заюков І. В. Дослідження мотивів зайнятості працівників на роботах, які знецінюють людський капітал здоров'я. *Теорія і практика діяльності підприємств* / Національна металургійна академія України; наук. ред. Л. М. Савчук. Дніпро: Пороги, 2017. 456 с. (19,0 д. а. / 0,42 д. а.). *Особистий внесок здобувача полягає у систематизації мотивів, які знецінюють людський капітал здоров'я.*

8. Заюков І. В. Оцінка рівня доступності для зайнятого населення послуг охорони здоров'я. *Сучасні тенденції розвитку регіонів, підприємств та їх об'єднань* / Національна металургійна академія України; наук. ред. Л. М. Савчук. Дніпро: Пороги, 2018. 364 с. (15,17 д. а. / 0,4 д. а.). *Особистий*

внесок здобувача полягає у дослідженні доступності зайнятих громадян до послуг системи охорони здоров'я як елемента організаційно-економічного механізму збереження здоров'я зайнятого населення України.

9. Заюков І. В. Формування організаційно-економічного механізму самозбереження здоров'я зайнятого населення України: макроекономічний аспект. *Управління соціально-економічним розвитком країни, регіону, підприємства в умовах кризи (фінансова, аграрна галузі та невиробнича сфера)* / Національна металургійна академія України; наук. ред. Л. М. Савчук. Дніпро: Біла К. О., 2019. 440 с. (18,33 д. а. / 0,46 д. а.). *Особистий внесок здобувача полягає у розробці організаційно-економічного механізму самозбереження здоров'я зайнятого населення України на макрорівні.*

***Статті у періодичних наукових виданнях інших держав, які входять до
Організації економічного співробітництва та розвитку та / або
Європейського Союзу***

10. Zayukov I., Overchuk V., Burdiak V., Velykyi Y., Butyrska I., Butenko V. Statistical Data Analysis of Socio-Economic and Demographic Losses of Labor Resources in Ukraine. *Montenegrin Journal of Economics*. 2020. Vol. 16. № 2. P. 179–192. DOI: 10.14254/1800-5845/2020.16-2.14 (*Scopus*) (1,08 д. а. / 0,18 д. а.). *Особистий внесок автора полягає у розрахунку втрат для економіки через смертність від раку.*

11. Nebava I., Savina N., Zayukov I., Vasazhenko N., Lesko Y., Smolarz A., Ormanbekova A. Model of electronic public health management on the example of the territorial community of Vinnytsia region. *Photonics Applications in Astronomy, Communications, Industry, and High-Energy Physics Experiments*. 2019. Vol. 11176. (6 November 2019). DOI: 10.1117/12.2537421. URL: <https://spie.org/Publications/Proceedings/Paper/10.1117/12.2537421?SSO=1> (*Scopus*) (0,42 д. а. / 0,12 д. а.). *Особистий внесок автора полягає у побудові електронної моделі громадського здоров'я на прикладі Вінницького регіону.*

*Статті у наукових виданнях, включених до переліку
наукових фахових видань України*

12. Заюков І. В. Компоненти сучасної демографічної кризи в Україні та їх вплив на трудовий потенціал. *Україна: аспекти праці*. 2008. № 4. С. 41–46 (0,4 д. а.).

13. Заюков І. В. Безпека праці – умова збереження та розвитку трудового потенціалу України. *Економіка промисловості*. 2008. № 4. С. 189–196 (0,4 д. а.).

14. Заюков І. В. Оцінювання прямих втрат трудового потенціалу України в умовах демографічної кризи. *Бізнес Інформ*. 2009. С. 53–56 (0,4 д. а.).

15. Заюков І. В. Забезпечення взаємозв'язку між рівнем освіти та розміром доходів громадян – вагоме джерело розвитку трудового потенціалу. *Вісник Сумського державного університету. Серія Економіка*. 2009. № 2. С. 152–158 (0,5 д. а.).

16. Заюков І. В. Можливості реалізації в Україні трудового потенціалу літніх осіб. *Вісник Дніпропетровської фінансової академії. Економічні науки*. 2009. № 2. С. 5–10 (0,43 д. а.).

17. Заюков І. В. Підвищення якості освіти в умовах ринкових трансформацій – шлях до розвитку трудового потенціалу. *Науковий вісник Чернівецького університету. Економіка*. 2009. Вип. 49. С. 46–50 (0,43 д. а.).

18. Заюков І. В. Трудовий потенціал України як важлива складова людського розвитку. *Зайнятість та ринок праці*. 2009. № 21–22. С. 139–148 (0,4 д. а.).

19. Заюков І. В. Вирішення проблеми фінансування медицини як перспективний шлях людського розвитку України. *Актуальні проблеми розвитку економіки регіону*; за ред. І. Г. Ткачук. Прикар. нац. ун-т ім. В. Стефаника. 2010. Вип. 6. Т. 2. С. 116–121 (0,43 д. а.).

20. Заюков І. В. Удосконалення системи фінансування охорони здоров'я як важливий чинник розвитку трудового потенціалу України. *Вісник*

Хмельницького національного університету. Серія Економіка. 2010. № 6. С. 46–51 (0,4 д. а.).

21. Заюков І. В. Демографічний аспект розвитку конкурентоспроможності робочої сили України. *Регіональна бізнес-економіка та управління. 2011. № 1. С. 141–148 (0,5 д. а.).*

22. Заюков І. В. Оцінка втрат трудового потенціалу України через передчасну смертність внаслідок зовнішніх причин. *Україна: аспекти праці. 2011. № 4. С. 19–23 (0,4 д. а.).*

23. Заюков І. В. Формування концепції здорового способу життя – важлива складова капіталізації людського капіталу. *Вісник Донецького університету економіки та права. 2011. № 2. С. 51–55 (0,43 д. а.).*

24. Заюков І. В., Гучок І. С. Проблема фінансування витрат на створення безпечних умов праці зайнятого населення України. *Бізнес Інформ. 2012. № 5. С. 165–169 (0,43 д. а. / 0,22 д. а.). Особистий внесок автора полягає у формуванні економічної мотивації зайнятих громадян до збереження здоров'я на виробництві.*

25. Заюков І. В. Аналіз неформальної зайнятості молоді в Україні. *Часопис економічних реформ. 2014. № 4. С. 86–92 (0,43 д. а.).*

26. Заюков І. В. Проблеми та перспективи зайнятості молоді в Україні. *Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу. 2014. № 4. С. 107–112 (0,4 д. а.).*

27. Заюков І. В., Стахов О. І. Проблеми та перспективи зайнятості інвалідів в Україні. *Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу. 2015. № 1. С. 127–132 (0,4 д. а. / 0,2 д. а.). Особистий внесок автора полягає у розробці рекомендацій щодо залученості осіб з інвалідності до активної зайнятості з урахуванням їх людського капіталу здоров'я.*

28. Заюков І. В. Територіальні особливості самооцінки здоров'я населення України. *Стратегічні пріоритети. 2016. № 1. С. 55–62 (0,4 д. а.).*

29. Заюков І. В. Тенденції сучасного ринку праці та його вплив на стан здоров'я зайнятого населення України. *Економіка: реалії часу. 2016. № 4.*

С. 40–49. URL: <https://economics.opu.ua/files/archive/2016/No4/40.pdf> (*Index Copernicus та інші*) (0,71 д. а.).

30. Zayukov I. V. Behavioral aspects of self-preservation of health of human resources in Ukraine. *Економіка і організація управління*. 2016. № 3. С. 172–180 (0,57 д. а.).

31. Заюков І. В. Дослідження передумов впливу шоків здоров'я на пропозицію ринку праці України. *Наукові праці Кіровоградського національного технічного університету. Економічні науки*. 2016. Вип. 30. С. 139–146 (0,5 д.а.).

32. Заюков І. В. Неформальне професійне навчання як інструмент підвищення гнучкості ринку праці. *Україна: аспекти праці*. 2017. № 2. С. 14–20 (0,43 д. а.).

33. Заюков І. В. Оцінка соціально-демографічних факторів впливу на здоров'я зайнятого населення України. *Економіка: реалії часу. Науковий журнал*. 2017. № 4. С. 44–52. URL: <https://economics.opu.ua/files/archive/2017/No4/44.pdf> (*Index Copernicus та інші*) (0,57 д. а.).

34. Заюков І.В. Дослідження мотивів звернень зайнятого населення за медичною допомогою: самозберігаючий аспект. *Економіка: реалії часу*. 2017. № 6. С. 70–78. URL: <https://economics.opu.ua/files/archive/2017/No6/70.pdf> (*Index Copernicus та інші*) (0,64 д. а.).

35. Заюков І.В. Оцінка соціально-економічних ефектів в аспекті самозбереження здоров'я населення. *Східна Європа: Економіка, бізнес та управління*. 2018. Вип. 1. С. 273–277. URL: <http://srd.pgasa.dp.ua:8080/xmlui/handle/123456789/1909?locale-attribute=en> (0,4 д. а.).

36. Заюков І. В. Теоретико-методологічні основи мотивації працездатного населення до самозбереження здоров'я. *Східна Європа: Економіка, бізнес та управління*. 2018. Вип. 3. С. 276–276 URL: <http://srd.pgasa.dp.ua:8080/xmlui/handle/123456789/1834> (0,46 д. а.).

37. Заюков І. В. Вплив професійного стресу на умови праці та здоров'я зайнятого населення України. *Україна: аспекти праці*. 2018. № 3. С. 44–51 (0,4 д. а.).

38. Заюков І.В. Вплив поведінкових факторів на стан здоров'я і самозбереження здоров'я зайнятого населення України. *Східна Європа: Економіка, бізнес та управління*. 2018. Вип. 6. С. 492–496. URL: <https://economics.opu.ua/files/archive/2017/No4/44.pdf> (0,4 д. а.).

39. Заюков І.В. Вплив тривалості робочого часу на здоров'я зайнятого населення України. *Приазовський економічний вісник. Електронний науковий журнал*. 2018. № 6. С. 385–392. URL: http://www.nas.gov.ua/text/pdfNews/Zaiiukov_life_expectancy_conference_IDS_D_november2017.pdf (0,5 д. а.).

Публікації за матеріалами конференцій

40. Заюков І. В., Кобилянський О. В. Здоров'я громадян як чинник соціально-економічного розвитку України. *Техногенно-екологічна безпека України: стан та перспективи розвитку*: матеріали V Всеукраїнської науково-практичної Інтернет-конференції студентів, аспірантів та молодих вчених. 10–20 листопада 2015 р., м. Ірпінь. Ірпінь : НУДПСУ, 2015. С. 36–39 (0,21 д. а. / 0,11 д. а.). *Особистий внесок автора полягає у обґрунтуванні пріоритетів покращення здоров'я громадян України.*

41. Заюков І. В., Кобилянський О. В. Соціально-економічні аспекти впливу освіти на здоров'я працездатних громадян. *Здоров'я і суспільні виміри в академічному просторі та поза ним*: матеріали Міжнародної конференції. 6 жовтня 2017 р., м. Вінниця. Вінниця: ВНМУ ім. М.І. Пирогова, 2017. С. 75–77. URL: <http://sph.ukma.edu.ua/events/tezy-konferentsiji-zdorovya-ta-suspilni-vumiry/> (0,14 д. а. / 0,07 д. а.). *Особистий внесок автора полягає у систематизації факторів впливу на здоров'я людини, зокрема працездатної.*

42. Заюков І. В., Ткачук О. В. Посилення ролі капіталу здоров'я в аспекті формування соціально-орієнтованого бізнес-середовища. *Фінансове*

регулювання зрушень в економіці України: збірник тез доповідей Міжнародної науково-практичної Інтернет-конференції. 21–22 березня 2017 р., м. Мукачево. Мукачево : Мукачівський державний університет, 2017. С. 445–447 (0,25 д. а. / 0,12 д. а.). Особистий внесок автора полягає в узагальненні корпоративних програм «Здоров'я на робочому місці» в розвинених країнах світу.

43. Заюков І. В., Кобилянський О. В. Соціальні умови покращення громадського здоров'я в Україні. *Здоров'я людини: теорія і практика: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої 25-річчю Медичного інституту Сумського державного університету. 17–19 жовтня 2017 р., м. Суми. Суми: Сумський державний університет, 2017. С. 26–27 (0,09 д. а. / 0,042 д. а.). Особистий внесок автора полягає у розробці стратегії покращення громадського здоров'я.*

44. Заюков І. В. Фінансування системи охорони здоров'я в умовах трансформаційних процесів України. *Розвиток соціально-економічних систем у трансформаційних умовах: матеріали VI Міжнародної наук.-прак. конференції. 1–2 лютого 2017 р., м. Бердянськ. Бердянськ : Ткачук О. В., 2017. С. 113–115 (0,13 д. а.).*

45. Заюков І. В. Профілактика та самозбереження здоров'я зайнятого населення як фактор розвитку соціально-економічних систем України. *Актуальні проблеми соціально-економічних систем в умовах трансформаційної економіки: матеріали Всеукраїнської наук.-прак. конференції. 12–13 квітня 2016 р., м. Дніпропетровськ. Дніпропетровськ, 2016. С. 197–206 (0,34 д. а.).*

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ.....	22
ВСТУП	23
Розділ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ЗБЕРЕЖЕННЯ	
ЗДОРОВ'Я ЗАЙНЯТОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ЯК	
ФАКТОРУ ЛЮДСЬКОГО РОЗВИТКУ	37
1.1 Еволюція наукових підходів до обґрунтування здоров'я як фактора економічного і людського розвитку.	37
1.2 Визначення сутності процесу, факторів та умов збереження здоров'я зайнятого населення в системі людського розвитку України.....	71
1.3 Концептуальні засади мотивації зайнятого населення до збереження здоров'я.....	91
<i>Висновки до першого розділу.</i>	<i>108</i>
Розділ 2 НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ МОДЕЛІ	
ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЗАЙНЯТОГО НАСЕЛЕННЯ	
В СИСТЕМІ ЛЮДСЬКОГО РОЗВИТКУ	111
2.1 Методологічні основи формування моделі збереження здоров'я зайнятого населення України в розрізі політики людського розвитку.	111
2.2 Зарубіжний досвід та правове забезпечення формування моделі збереження здоров'я зайнятого населення України.	125
2.3 Інструментарій забезпечення збереження здоров'я зайнятого населення на робочому місці в системі людського розвитку.....	137
<i>Висновки до другого розділу.....</i>	<i>157</i>
Розділ 3 ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЗАЙНЯТОГО НАСЕЛЕННЯ В СИСТЕМІ	
ТРАНСФОРМАЦІЙНИХ ЗМІН НА РИНКУ ПРАЦІ УКРАЇНИ.	160
3.1 Збереження здоров'я зайнятого населення в період трансформацій суспільства України.	160
3.2 Шоки здоров'я: стан, динаміка та їх вплив на пропозицію ринку праці України.	170

3.3 Підгрунття для розробки моделі впливу трансформаційних процесів ринку праці на здоров'я зайнятого населення та його збереження.	211
<i>Висновки до третього розділу.</i>	230
Розділ 4 ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВІДМІННОСТЕЙ В СТАНІ ЗДОРОВ'Я ЗАЙНЯТОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ В СИСТЕМІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛЮДСЬКОГО РОЗВИТКУ.	236
4.1 Науково-методичне обґрунтування підходів до оцінювання здоров'я зайнятого населення України та його збереження в розрізі складових людського розвитку.	236
4.2 Оцінювання соціально-економічних факторів впливу на здоров'я зайнятого населення та його збереження.	255
4.3 Професійні стрес-фактори впливу на здоров'я зайнятого населення та його збереження.	286
<i>Висновки до четвертого розділу.</i>	314
Розділ 5 КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ РОЗРОБКИ МЕХАНІЗМУ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЗАЙНЯТОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ В СИСТЕМІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛЮДСЬКОГО РОЗВИТКУ.	318
5.1 Формування механізму збереження здоров'я зайнятого населення України в системі забезпечення людського розвитку.	318
5.2 Моделювання збереження здоров'я зайнятого населення України.	333
5.3 Стратегії збереження здоров'я зайнятого населення в системі забезпечення людського розвитку.	348
5.4 Оцінювання резервів зростання рівня зайнятості за рахунок зміни поведінки, направленої на збереження здоров'я.	363
<i>Висновки до п'ятого розділу.</i>	369
ВИСНОВКИ.	374
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.	382
ДОДАТКИ.	437

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

БН	– Безробітне населення
ВБ	– Всесвітній Банк
ВВП	– Валовий внутрішній продукт
ВООЗ	– Всесвітня Організація Охорони Здоров'я
ЄС	– Європейський Союз
ЗН	– Зайняте населення
ЗЗЗНУ	– Збереження здоров'я зайнятого населення України
ЗСЖ	– Здоровий спосіб життя
ЛК	– Людський капітал
ЛП	– Людський потенціал
ЛР	– Людський розвиток
ІЛР	– Індекс людського розвитку
МОП	– Міжнародна Організація Праці
ОЗ	– Охорона здоров'я
ООН	– Організація Об'єднаних Націй
ОЕСР	– Організація Економічного Співробітництва та Розвитку
ТП	– Трудовий потенціал

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Трансформація українського суспільства, кризові процеси практично в усіх сферах життєдіяльності, зокрема на ринку праці (поширення тіньової, неформальної зайнятості, її нестабільність), високий рівень захворюваності та передчасної смертності зайнятого населення, порівняно з країнами ЄС, низька його мотивація до збереження здоров'я негативно впливають на людський розвиток. Актуальність посилюється поширенням в світі COVID-19, що вимагає формування відповідних знань у населення.

Розробки закордонних і вітчизняних вчених доводять, що перспективним напрямом забезпечення людського розвитку є формування поведінки зі збереження здоров'я населення України, зокрема зайнятого. Підхід до вивчення питань здоров'я зайнятого населення, що обґрунтований в дисертації, базується на таких положеннях: пропонується вирішувати зазначену проблему комплексно, з урахуванням системної взаємодії трьох рівнів (макрорівень (держава) – мікрорівень (підприємство, робоче місце) – особистісний рівень (зайняте населення) та наголосити на демографічних, соціально-економічних і поведінкових факторах збереження здоров'я зайнятого населення в системі забезпечення людського розвитку (створення умов довгого і здорового життя, забезпечення якісної безперервної освіти, зокрема щодо формування знань збереження життя і здоров'я, забезпечення гідного рівня життя зайнятого населення), що є глобальною метою всього людства.

Фундаментальний внесок у дослідження проблем збереження здоров'я населення, зокрема зайнятого, та факторів відповідного впливу зроблено багатьма закордонними вченими. Так, питанням вивчення проблем людського розвитку, інвестування у людський капітал, зокрема здоров'я, обґрунтування необхідності створення гідних умов праці присвячували свої праці Г. Беккер (G. Bekker), Дж. Вільсон (W. Wilson), Л. Вакуант (L. Wacquant), К. Маркс (K. Marx), А. Маршалл (A. Marshall), Р. Натан (R. Nathan), В. Петті (W. Petty),

Д. Рікардо (D. Ricardo), Дж. Роулз (J. Rawls), А. Сміт (A. Smith), Д. Фенштейн (D. Feinstein), Дж. Фрідман (G. Friedman), Б. Чизвік (B. Chysvyk), Т. Шульц (T. Shul'ts) та багато інших; питанням мотивації зайнятого населення до збереження здоров'я приділяли увагу Д. Адамс (J. Adams), М. Бєдний (M. Bedniy), В. Врум (V. Vroom), Л. Дартау (L. Dartau), К. Еріксон (K. Erikson), В. Казначєєв (V. Kaznacheev), А. Коєн (A. Cohen), Е. Лоулер (E. Lawler), А. Маслоу (A. Maslow), І. Назарова (I. Nazarova), Л. Портер (L. Porter), Н. Римашевська (N. Rimashevskaya), Е. Сазерленд (E. Sutherland), А. Солтер (A. Salter), Г. Тард (G. Tarde) та багато інших дослідників.

Значний внесок у дослідження проблеми прекаризації та її впливу на стан здоров'я зайнятого населення зробили зарубіжні науковці, зокрема М. Бренер (M. Brenner), Р. Лазарус (R. Lazarus), Д. Такер (D. Tucker), С. Фолкман (S. Folkman) та інші. Широкий спектр аналізу проблем впливу передумов раптового та гострого погіршення здоров'я зайнятого населення (*шоків здоров'я*) на пропозицію ринку праці розглядали іноземні дослідники, наприклад, К. Андерсон (K. Anderson), Дж. Баунд (J. Bound), Р. Буркхаузер (R. Burkhauser), М. Гроссман (M. Grossmann), Дж. Куїн (J. Quinn), К. Коїл (K. Coile), Дж. Раст (J. Rust), К. Фелан (K. Phelan) та інші.

Проблеми дослідження формування людського розвитку й капіталу, ринку праці, необхідності мотивації зайнятого населення до збереження здоров'я, ґрунтовно досліджені в працях провідних вітчизняних науковців, зокрема В. Антонюк, М. Амосова, Г. Апанасенка, К. Безгіна, В. Гейця, І. Гнибіденка, С. Гринкевич, О. Грішньої, О. Дороніної, О. Кобилянського, Ю. Кундієва, І. Курило, Н. Левчук, Е. Лібанової, О. Макарової, І. Новак, В. Онікієнка, О. Палій, С. Пирожкова, Н. Рингач, В. Семікіної, В. Стешенко, О. Черенько, Л. Шаульської, Д. Шушпанова, Н. Якимової та багатьох інших.

Разом з тим, незважаючи на значущість і цінність проведених у зарубіжній і вітчизняній науці досліджень, потрібно відзначити невирішеність багатьох теоретико-методологічних та практичних проблем, пов'язаних з розробленням теоретичних, методологічних і практичних засад збереження здоров'я

зайнятого населення в системі забезпечення людського розвитку. Насамперед це стосується поглиблення поняття «здоров'я зайнятого населення» з урахуванням формування його економічного благополуччя та введення в науковий обіг поняття «збереження здоров'я зайнятого населення», розробки концептуальних засад формування механізму збереження здоров'я зайнятого населення України. Недостатньо вивченими залишаються й проблеми визначення демографічних, соціально-економічних і поведінкових факторів, які впливають на збереження здоров'я зайнятого населення та його моделювання.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження, результати яких подано в дисертаційній роботі, проводились здобувачем протягом 2011–2019 років відповідно до планів науково-дослідних робіт у:

Вінницькому національному технічному університеті за темами «Розробка рекомендацій із детінізації та стимулювання соціально-економічного розвитку (на прикладі підприємств і організацій Вінницької області)» (номер державної реєстрації 0112U008503), в рамках якої автором обґрунтовано рекомендації щодо фінансового стимулювання державою (надання грантів, пільг, субсидій) роботодавців, які реалізують корпоративні програми, пов'язані зі збереженням здоров'я працівників на робочих місцях; «Створення інформаційних діагностичних технологій для оцінювання стану і визначення індексу здоров'я людини» (номер державної реєстрації № 0108U000656), в межах якої автором обґрунтовано рекомендації щодо формування факторів визначення стану та відмінностей здоров'я зайнятого населення України; «Теоретичні та методичні засади формування компетентності майбутніх фахівців у закладах вищої освіти» (№ 20–К8), в процесі виконання яких визначено теоретико-методичні засади формування у майбутніх фахівців знань в напрямку збереження здоров'я;

Бердянському університеті менеджменту і бізнесу – «Економічний потенціал України та шляхи його ефективного використання» (номер державної реєстрації № 0109U007631), у межах якої автором визначені стратегічні

напрями реалізації державної соціальної політики щодо збереження здоров'я зайнятого населення України; «Фінансовий механізм забезпечення сталого розвитку соціально-економічних систем» (номер державної реєстрації № 0111U004341), у рамках якої запропонована концепція збереження здоров'я зайнятого населення України, зокрема реалізації такого її елемента як медичне страхування;

Макіївському економіко-гуманітарному інституті – «Фінансово-кредитний механізм в соціально-економічному розвитку країни» (номер державної реєстрації № 0109U005225), у межах якої автором досліджено проблему формування концептуальних підходів щодо пошуку джерел інвестицій в людський капітал (здоров'я) як фактору людського розвитку і зростання економіки України;

Національній металургійній академії України в межах теми дослідження «Методологія управління підприємствами різних організаційно-правових форм та форм власності (номер державної реєстрації № 0107U001146), у рамках якої автором систематизовано корпоративні програми, що направлені на збереження здоров'я зайнятого населення в межах реалізації сучасної європейської концепції «Здоров'я на робочому місці»; «Моделювання економічної поведінки та стратегії розвитку суб'єктів господарювання» (номер державної реєстрації № 0116U008360), у межах якої автором проведено оцінювання рівня доступності для зайнятого населення послуг охорони здоров'я; «Методологія соціально-економічного, інформаційного та науково-технічного розвитку регіонів, галузей виробництва, підприємств та їх об'єднань» (номер державної реєстрації № 0116U006782), у межах якої автором сформовано механізм збереження здоров'я зайнятого населення України.

Мета і завдання дослідження. Метою роботи є розробка теоретичних, методологічних і практичних засад збереження здоров'я зайнятого населення в системі забезпечення людського розвитку.

Відповідно до мети в роботі поставлено й розв'язано такі завдання:

– розвинути понятійно-термінологічний апарат дослідження збереження здоров'я зайнятого населення;

- запропонувати теоретико-методичні засади формування мотивації, направленої на збереження здоров'я зайнятого населення України в системі забезпечення людського розвитку;
- розробити концепцію збереження здоров'я зайнятого населення України;
- оцінити особливості трансформаційних тенденцій на ринку праці в розрізі категорій зайнятого населення;
- узагальнити світовий та вітчизняний досвід реалізації стратегій збереження здоров'я зайнятого населення в системі забезпечення людського розвитку України;
- запропонувати теоретико-методичні засади побудови моделі впливу *шоків здоров'я* (раптове та гостре погіршення здоров'я) на пропозицію ринку праці та оцінити втрати для економіки від них;
- сформулювати методологічні засади оцінювання впливу факторів на здоров'я зайнятого населення;
- виробити методичний та практичний інструментарій проведення опитування зайнятого населення для виявлення відмінностей самооцінки здоров'я;
- здійснити моделювання збереження здоров'я зайнятого населення;
- розробити механізм збереження здоров'я зайнятого населення України в системі забезпечення людського розвитку;
- визначити стратегії збереження здоров'я зайнятого населення України в системі забезпечення людського розвитку.

Об'єктом дослідження є процеси збереження здоров'я зайнятого населення України в системі забезпечення людського розвитку.

Предметом дослідження є сукупність теоретико-методологічних, методичних і практичних засад збереження здоров'я зайнятого населення України в системі забезпечення людського розвитку.

Методи дослідження. Теоретико-методологічною основою роботи є фундаментальні положення економічної теорії, медицини праці, соціології, які

відображають зміст суспільних відносин, зокрема у сфері праці, та їхнього впливу на формування людського капіталу і його збереження. У процесі дослідження застосовано загальнонаукові та спеціальні методи, використано комплекс методів теоретичного дослідження й методів дослідження емпіричних даних. Так, *абстрактно-логічний метод* використано при поглибленні змісту поняття «здоров'я» та при формулюванні визначення «збереження здоров'я зайнятого населення»; *методи історичного та логічного аналізу* – в процесі вивчення еволюції поглядів на проблему мотивації зайнятого населення до збереження його здоров'я; *методи аналізу та синтезу* – при дослідженні факторів впливу ринку праці на рівень збереження здоров'я зайнятого населення; *методи класифікації та типології* – при визначенні факторів впливу на збереження здоров'я зайнятого населення України; *метод соціологічних опитувань* – в процесі узагальнення демографічних, соціально-економічних і поведінкових факторів впливу на здоров'я зайнятого населення за самооцінкою; *економіко-статистичний метод* – для проведення ґрунтовного аналізу стану зайнятості, динаміки захворюваності, смертності, виробничого травматизму тощо; *порівняльно-економічний метод* – в ході проведення аналізу соціально-економічних процесів, визначення взаємозв'язків і тенденцій, а також аргументації зв'язку між процесами у сфері збереження здоров'я зайнятого населення та перспективами людського розвитку; *метод системного аналізу* – при обґрунтуванні важливості збереження здоров'я зайнятого населення України в системі забезпечення людського розвитку.

Крім того, застосовувались: *методи моделювання* – для розробки теоретико-методологічних засад моделювання збереження здоров'я зайнятого населення (на основі використання «теорії нечіткої логіки»); при визначенні залежності між рівнем здоров'я зайнятого населення та демографічними, соціально-економічними й поведінковими факторами (на основі використання *кореляційно-регресійного аналізу*) із застосуванням програмного пакета «СКМ Maple 15»; *метод потенційної демографії* – для визначення економічних втрат через високий рівень передчасної смертності населення, зокрема зайнятого.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в розробці концептуальних, теоретико-методологічних, методичних і практичних засад побудови механізму збереження здоров'я зайнятого населення України на макро-, мікро- та особистісному рівнях в системі забезпечення людського розвитку. Наукова новизна роботи полягає у тому, що:

вперше:

- сформовано новий напрям наукових досліджень в системі забезпечення людського розвитку, в основу якого покладено збереження здоров'я зайнятого населення (ЗЗЗН) та запропоновано визначення нового поняття «ЗЗЗН», під яким розуміється сукупність заходів впливу на макро-, мікро-, особистісному рівнях (організаційні, економічні, соціальні, санітарно-гігієнічні, лікувально-профілактичні та ін.) на формування мотивації у зайнятого населення та роботодавців до збереження здоров'я (в побуті, на виробництві, під час відпочинку) на основі дотримання принципів здорового способу життя, профілактики захворюваності, гідної праці й справедливості, асертивності та нонконформізму, спрямованих на досягнення високого рівня економічної активності, працездатності, продуктивності і трудового довголіття;

- розроблено концепцію збереження здоров'я зайнятого населення України, яка полягає в переході від принципів патерналізму до «лібертаріанського патерналізму» на основі формування сучасних знань і вмінь щодо управління власним здоров'ям та застосування стратегії «рефлексивного управління», що дозволить підвищити рівень мотивації зайнятого населення за рахунок забезпечення «суб'єкт – суб'єктних» відносин задля досягнення максимальної соціально-економічної вигоди для держави, роботодавця та зайнятого населення;

- сформовано оригінальний методичний підхід до дослідження демографічних, соціально-економічних і поведінкових відмінностей в стані здоров'я зайнятого населення України в системі забезпечення людського розвитку завдяки розробці авторського інструментарію опитування, який дозволяє визначити особливості стану здоров'я зайнятого населення за такими

ознаками, як: вік, стать, місце проживання, зайнятість, дохід, тривалість робочого тижня/зміни, безробіття, освіта, професійні стресові ситуації, вживання алкоголю, тютюну, наркотиків, задоволеність життям, зокрема трудовим. Це дало можливість запропонувати систему заходів збереження здоров'я зайнятого населення України (на макро- і мікрорівні), що сприятиме підвищенню продуктивності праці на підприємствах (установах, організаціях);

удосконалено та уточнено:

- механізм збереження здоров'я зайнятого населення України в системі забезпечення людського розвитку, який охоплює такі елементи: *принципи* (відповідальності, комплексності, індивідуальності, раціональності, постійності, валеологічності, соціального захисту, мотиваційності, профілактичності, ефективності); *рівні взаємодії* (макрорівень, мікрорівень, особистісний рівень); *політику збереження здоров'я зайнятого населення в системі забезпечення людського розвитку* (створення умов здорового життя; забезпечення можливостей здобуття якісної освіти, доступу до засобів існування, що формують гідний рівень життя і здоров'я); *концепції збереження здоров'я зайнятого населення в системі забезпечення людського розвитку* (реалізація ідеології концепції гідної праці, стратегій поведінкової економіки (макрорівень), реалізація концепції збереження здоров'я на робочому місці (мікрорівень); реалізація концепції самозбереження здоров'я зайнятого населення (особистісний рівень)); *інструменти* (фінансові, податкові, соціально-економічні, адміністративні, організаційні); *результати дії механізму* (ефекти на макро-, мікро- і особистісному рівнях, що дозволить в цілому забезпечити ключові можливості людського розвитку, зокрема здорового життя);

- визначено, обґрунтовано та систематизовано основні фактори впливу на здоров'я зайнятого населення й доведено існування тісного зв'язку між демографічними, соціально-економічними та поведінковими факторами і здоров'ям зайнятого населення (за самооцінкою); виокремлено матеріальну нерівність (коефіцієнт Джині) та недотримання здорового способу життя як

фактори найбільш негативного впливу на здоров'я, а збільшення сукупних витрат на охорону здоров'я на душу населення за паритетом купівельної спроможності та зростання рівня освіти – найбільш позитивного; що стало основою для рекомендацій щодо збереження здоров'я зайнятого населення в системі людського розвитку;

- модель впливу трансформаційних процесів на ринку праці на стан здоров'я зайнятого населення України з дезагрегацією за такими суб'єктами, як зайняте населення зі стабільним доходом; зайняте населення, яке працює в умовах нестабільності, та безробітні; модель, на відміну від існуючих, дає можливість систематизовано оцінити особливості впливу сучасних умов праці на стан здоров'я зайнятого населення для розробки ефективних заходів зі збереження здоров'я зайнятого населення на різних рівнях;

- теоретико-методичні засади побудови моделі впливу шоків здоров'я на пропозицію на ринку праці, яка враховує фактори на макро-, мікро- та особистісному рівнях, зокрема: стан здоров'я зайнятого населення, рівень людського і соціального капіталів, стан соціально-трудоових відносин, тенденції розвитку економіки та фактори впливу на особистісному рівні, що дозволило проілюструвати більшу імовірність залишатись на ринку праці, у разі кращого здоров'я, та зниження пропозиції на ринку праці й економічні втрати (зокрема через передчасну смертність) при виникненні гострих погіршень стану здоров'я (шоків здоров'я), а також можливості мінімізації впливу шоків здоров'я на людський розвиток в Україні;

- теоретико-методологічний підхід до оцінювання збереження здоров'я зайнятого населення України, який дозволяє комплексно, з урахуванням системи нечітких термів, оцінити демографічні, соціально-економічні, поведінкові фактори впливу на здоров'я зайнятого населення України на основі використання теорії нечітких множин, що, в свою чергу, підвищить ефективність системи прийняття управлінських державних рішень у напрямі збереження здоров'я зайнятого населення України в системі забезпечення людського розвитку;

- стратегії збереження здоров'я зайнятого населення України, зокрема «м'якого патерналізму» (сприяє розвитку добровільного медичного страхування), «перерозподілу нерівності за доходами» (забезпечує економічний добробут), «диспансеризації» (реалізує його профілактичну складову); «пільгового оподаткування» (сприяє запровадженню корпоративних програм), «позитивної дискримінації» (передбачає повернення дискримінованих громадян на ринок праці та компенсацію втрачених можливостей), «Парето-ефективності» (обґрунтовує принцип справедливості в оплаті праці), «комунітаризму» (передбачає синергію суб'єктів соціальної відповідальності); «балансу соціальної відповідальності» (забезпечує функціонування публічно-приватного партнерства), «фінансування» (обґрунтовує мінімальні обсяги витрат на охорону праці та промислову безпеку), «безперервної освіти» (формує ефективну систему знань з вимог безпеки на робочому місці та поза ним), «рефлексивного управління» (сприяє формуванню здатності бути мотивованим берегти здоров'я);

дістали подальшого розвитку:

- зміст поняття «здоров'я», який, на відміну від існуючого, містить економічний добробут громадян, що дає можливість розширити та актуалізувати фундаментальні питання щодо забезпечення гідного рівня життя, підвищення рівня продуктивності праці, людського розвитку. Здоров'я як складова, що формує економічний добробут громадян, розглядається в сучасних трансформаційних умовах розвитку економіки як важливий ресурс праці; механізм, який взаємодіє зі всіма соціально-економічними процесами (формує рівень і якість життя громадян), залежить від них і впливає на них; є основою формування людського капіталу та сприяє зростанню інших видів капіталів;

- концептуальні засади формування мотивації до збереження здоров'я зайнятого населення України в системі забезпечення людського розвитку, що базується на таких засадах: *мотиваційних принципів* (організованості, впевненості у високій імовірності задоволення потреб (фізіологічних, безпеки,

соціальних, самоповаги, самовираження), справедливості, відповідальності, ціннісних орієнтацій, рефлексивності); *мотивах*: отримання доходу і прибутку; створення безпечних і здорових умов праці; досягнення високої якості життя; розвитку потенційних можливостей (престиж, кар'єрне зростання); *системи цінностей* (соціально-економічних, політичних, правових, моральних, естетичних); спільної відповідальності держави, роботодавців і працівників за збереження здоров'я;

- багаторівнева система профілактики збереження здоров'я зайнятого населення України в системі забезпечення людського розвитку, яка складається з: *профілактики захворюваності на рівні держави* (первинна, вторинна, третинна) та проведення обов'язкових медичних оглядів (попередні, періодичні, цільові) на підприємствах (установах, організаціях); *вітчизняних і міжнародних структур*, які на законодавчому, науково-методологічному та практичному рівнях забезпечують концептуальні й стратегічні основи збереження здоров'я на робочому місці; *реалізації на прикладі міжнародного перспективного досвіду інноваційних корпоративних програм збереження здоров'я зайнятого населення на робочому місці*.

Практичне значення одержаних результатів. Сформульовані й обґрунтовані в дисертації наукові положення та висновки збагачують економічну науку щодо державної соціально-економічної політики та політики в сфері збереження здоров'я зайнятого населення через покращення демографічних, соціально-демографічних і поведінкових факторів. Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає в тому, що теоретико-методологічні положення, висновки та рекомендації, використані в практичній діяльності на мікрорівні, можуть бути основою для розробки заходів соціально-економічної політики та політики збереження здоров'я в Україні.

Основні результати дослідження впроваджено на регіональному рівні та на рівні підприємств (додаток А):

на регіональному рівні: у діяльності Управління Держпраці у Вінницькій області (довідка № 1-37/20 від 21.01.2020 р.) – рекомендації щодо

впровадження системного підходу у формуванні концептуальної основи профілактичних заходів спрямованих на збереження життя і здоров'я зайнятого населення України, який базується на перспективній європейській стратегії – «Збереження здоров'я на робочому місці», зокрема реалізації відповідних корпоративних програм; Вінницької обласної організації профспілки працівників освіти і науки України (довідка № 86 від 12.03.2020 р.) – пропозиції щодо формування концептуальних засад розвитку механізму збереження здоров'я зайнятого населення України, що сприятиме створенню на вітчизняних підприємствах (установах, організаціях) гідних умов праці;

на рівні підприємства: у діяльності Комунального некомерційного підприємства «Вінницький обласний центр післядипломної освіти медичних працівників Вінницької обласної ради» (довідка № 30/1 від 19.11.2019 р.) – пропозиції щодо формування концепції збереження здоров'я зайнятого населення України та відповідної мотиваційної моделі; Відокремленого підрозділу у м. Вінниці Громадської організації «Мольфар» (довідка № 3-137/19 від 21.11.2019 р.) – пропозиції щодо збереження здоров'я зайнятого населення України, зокрема учасників антитерористичної операції й операції об'єднаних сил та членів їхніх родин; структурної одиниці «Вінницькі міські електричні мережі» АТ «Вінницяобленерго» (довідка № 167/19 від 12.12.2019 р.) – пропозиції щодо формування концептуальних засад мотивації зайнятого населення України до збереження здоров'я, зокрема в напрямку забезпечення високого рівня охорони праці та промислової безпеки; ТОВ «Медичний центр «Моє здоров'я» (довідка № 7 від 13.02.2020 р.) – пропозиції щодо формування концептуальних основ профілактики збереження здоров'я зайнятого населення України в системі забезпечення людського розвитку, зокрема в напрямку широкого застосування на підприємствах (установах, організаціях) інноваційних корпоративних програм збереження здоров'я зайнятого населення на робочому місці.

Матеріали дисертаційної роботи використовуються також у Вінницькому національному технічному університеті при розробці науково-методичного

забезпечення та викладанні курсів дисциплін «Основи охорони праці та безпека життєдіяльності», «Цивільний захист та охорона праці в галузі управління та адміністрування» (довідка № 11/15 від 12.02.2020 р.); Вінницькому навчально-науковому інституті економіки Тернопільського національного економічного університету при розробці науково-методичного забезпечення та викладанні курсів дисциплін «Економіка ринків праці», «Менеджмент», «Стратегія підприємства» (довідка № 103 від 28.12.2019 р.).

Особистий внесок здобувача. Усі наукові результати, викладені у дисертації, отримані автором особисто. З наукових праць, опублікованих у співавторстві (додаток Б), у дисертації використано лише ті ідеї, які є індивідуальним здобутком автора.

Апробація результатів дисертації. Основні теоретичні й практичні положення та результати дисертаційного дослідження доповідалися на 30 наукових і науково-практичних конференціях, серед яких основні:

– *міжнародні науково-практичні конференції*: «Розвиток України в ХХІ столітті: економічні, соціальні, екологічні, гуманітарні та правові проблеми» (м. Тернопіль, 2009 р.), «Актуальні проблеми розвитку соціально-економічних систем» (м. Бердянськ, 2011 р.), «Простір і час сучасної науки» (Київ, 2011 р.), «Ключові питання сучасної науки» (м. Софія, Болгарія, 2011 р.), «Наука і інновації – 2012» (м. Перемишль, Польща, 2012 р.), «Розвиток України в ХХІ ст.: економічні, соціальні, екологічні, гуманітарні та правові проблеми» (м. Тернопіль, 2013 р.), «Дослідження майбутнього» (м. Софія, Болгарія, 2014 р.), «Економічний і соціальний розвиток України в ХХІ ст.: національна візія та виклики глобалізації» (м. Тернопіль, 2014 р.), «Поведінкові засади розвитку підприємств в контексті менеджменту: генезис і перспективи» (м. Вінниця, 2014 р.), «Формування системи охорони здоров'я в умовах трансформаційних процесів України» (м. Бердянськ, 2017 р.), «Фінансове регулювання зрушень у економіці України» (м. Мукачеве, 2017 р.), «Педагогіка здоров'я» (м. Чернігів, 2017 р.), «Інформаційні технології, системний аналіз і моделювання соціоекологічних систем» (м. Київ, 2018 р.), «Проблеми розвитку

потенціалу підприємств в глобальних економічних умовах» (м. Київ, 2018 р.), «Сучасний стан та перспективи розвитку економіки, менеджменту, фінансів та права» (м. Полтава, 2019 р.);

– *всеукраїнські наукові та науково-практичні конференції*: «Особливості реформування економіки України в умовах глобальної економічної кризи» (м. Вінниця, 2009 р.), «Соціально-економічні та демографічні проблеми забезпечення і розвитку трудового потенціалу регіонів» (м. Тернопіль, 2009 р.), «Актуальні проблеми використання економічного потенціалу: держава, регіон, підприємство» (м. Бердянськ, 2012 р.), «Актуальні проблеми соціально-економічних систем в умовах трансформаційної економіки» (м. Дніпропетровськ, 2016 р.), «Проблеми та перспективи розвитку охорони праці» (м. Львів, 2016 р.).

Публікації. Основні положення та найбільш важливі результати дисертаційної роботи опубліковані у 45 наукових працях загальним обсягом 167,43 д. а., з них 39,33 д. а. належать автору особисто, зокрема: одна одноосібна монографія, підрозділи у 8 колективних монографіях, 27 статей у наукових фахових виданнях України (з них 2 – у співавторстві); 2 статті у співавторстві, які внесені до міжнародної наукометричної бази Scopus, 6 публікацій за матеріалами науково-практичних конференцій (із них 4 – у співавторстві).

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається зі вступу, п'яти розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Загальний обсяг дисертаційної роботи становить 498 сторінок. Робота містить 46 таблиць, з них 3 таблиці займають 5 повних сторінок, 85 рисунків, з них 8 рисунків займають 8 повних сторінок, 8 додатків на 62 сторінках, список використаних джерел із 540 найменувань на 55 сторінках. Обсяг основного тексту дисертації становить 368 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЗАЙНЯТОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ЯК ФАКТОРУ ЛЮДСЬКОГО РОЗВИТКУ

1.1 Еволюція наукових підходів до обґрунтування здоров'я як фактора економічного і людського розвитку

*В народному житті народне здоров'я – це
величезний фундамент його існування, його сили,
його фізичного і духовного розвитку, його
політичного і державного майбутнього.*

О. В. Корчак-Чепурківський

Формування теоретико-методологічних основ людського розвитку в світі розпочалось з проголошенням розробленою фахівцями Міжнародної Організації Праці (МОП) «концепції базових потреб» та «концепції розширення можливостей вибору людини» А. Сена [1, с. 38–40]. Сам термін «людський розвиток» введено в 1990 році в широке застосування міжнародною організацією United Nations Development Programs – Програма розвитку ООН (ПРООН). Під *метою розвитку* розуміли створення таких обставин, які дозволяють людям насолоджуватись довголіттям, вести здорове та творче життя. Важливу роль людини у суспільному прогресі, формуванні суспільного багатства, людського розвитку в своїх працях підкреслювали класики економічної теорії, зокрема Дж. Б. Кларк [2], К. Маркс [3], Дж. С. Мілль [4], В. Петті [5], А. Сміт [6] та багато інших вчених.

Розвиток людини являє собою процес розширення можливостей вибору для людини. Варто підкреслити, що відповідно до концепції ПРООН, кількість таких варіантів вибору є нескінченною. При цьому наголосимо, що найбільш

вагомими варіантами вибору людини є забезпечення можливостей щодо здорового життя; здобути, розширити, оновити знання, зокрема в напрямку збереження здоров'я та гідного рівня життя [7]. Це основні варіанти вибору людини, без яких неможливо реалізувати будь-які інші. Варто зазначити, що концепція ЛР визначає:

- активізацію ролі кожного громадянина в суспільстві, розширення його можливостей власною волею вирішувати свою долю, тобто приймати рішення і нести за нього відповідальність *(в цьому яскраво відображається необхідність і доцільність реалізації концепції збереження здоров'я)*;
- забезпечення кожній людині права на соціальну справедливість, зокрема у формуванні доходів і їх розподілі; в доступі до освіти, послуг охорони здоров'я, гідної зайнятості, матеріальних благ;
- досягнення повної продуктивної зайнятості, яка, на відміну від сучасного стану, забезпечувала б не тільки соціальний статус, а й добробут зайнятого населення, стимулювала б легальну ефективну діяльність, а не орієнтувалась на тіньову економіку та на екологічну безпеку.

Таким чином, розглянувши концепцію людського розвитку, стає зрозумілим, що нинішня соціально-економічна політика України має бути направлена на зміщення акцентів до таких найважливіших аспектів, як збереження здоров'я, особливо в умовах протікання пандемії COVID-19; дотримання в усіх сферах соціальної справедливості, зокрема в сфері перерозподілу національного багатства України, що стане передумовою вирішення проблеми бідності; забезпечення гідних умов праці та зайнятості.

Здоров'я населення вважається інтегральним показником людського розвитку, якості життя населення та, в цілому, всіх економічних процесів. Крім того, здоров'я визначається як індивідуальна і суспільна цінності, які є умовою людського розвитку, а також характеристикою можливостей його досягнення. Так, відомі вчені України О. Амоша, В. Антонюк, О. Новікова в монографії [8] справедливо стверджують, що проблема здоров'я є запорукою розвитку людської цивілізації, що на сучасному етапі розвитку соціально-економічних,

демографічних, політичних процесів надзвичайно актуалізується, адже від цього залежить збереження, відтворення та розвиток українського суспільства.

Проблематику розвитку здоров'я в аспекті людського розвитку в Україні досліджувало багато вітчизняних науковців, зокрема В. Антонюк, О. Грішнова, Л. Григор'єва, Т. Камінська, Е. Лібанова, Н. Рингач, Д. Шушпанов та багато інших. Так, відомий вчений України В. Антонюк розглядає соціально-економічну категорію здоров'я в системі забезпечення зайнятості [9, с. 105–114; 10, с. 110–115; 11, с. 4–10]; цілей сталого розвитку, зокрема людського [12, с. 4–9]; факторів формування трудового потенціалу України [13]. *Погоджуюсь з вченою, що здоров'я є важливим фактором: людського і трудового потенціалу, соціально-економічного розвитку країни. При цьому важливо акцентувати увагу на необхідності створення передумов відповідальнішого ставлення зайнятого населення до нього, розробки системи його мотивації на макро-, мікро- і особистісного рівнях до збереження здоров'я.*

Так, відома вітчизняна вчена О. Грішнова в монографії [14] здоров'я характеризує як свободу (чи обмеженість) вибору людиною бажаного способу життя за її фізіологічними та психічними даними, які не заважають їй робити бажаний вибір і вести спосіб життя, який вона вважає кращим. Крім того, вчена розглядає здоров'я з позиції збільшення людського капіталу і його збереження [15]. *Тут варто наголосити на важливості для держави і роботодавців проводити політику щодо корегування поведінки в напрямку збереження власного здоров'я, адже не завжди вибір на користь збереження здоров'я залежить від самої людини. Наприклад, робота в умовах, що не відповідають встановленим санітарно-гігієнічним нормативам, виконання робіт в умовах підвищеної небезпеки тощо.*

Відомий вітчизняний науковець Н. Рингач в своїх наукових дослідженнях обґрунтовує важливість збереження здоров'я як фактора забезпечення національної безпеки України, зокрема соціально-економічної її складової [16]; складової людського капіталу та запорукою людського розвитку [17,

с. 252–256]. *Отже, збереження здоров'я має бути надзвичайно важливим та пріоритетним напрямом діяльності держави, зокрема Ради національної безпеки і оборони України, від цього залежить існування нашої держави в майбутньому. Це вимагає прийняття державних рішень щодо покращення соціально-економічної ситуації в Україні в цілому, зокрема збільшення інвестицій в систему охорони здоров'я, освіти, культуру, що в цілому має підвищити рівень людського капіталу та людського розвитку України.*

Відома вітчизняна дослідниця Н. Левчук в своїх наукових напрацюваннях робить наголос на проблемах збереження здоров'я з позиції асоціальних явищ, зокрема високого рівня вживання алкоголю, наркотичних речовин, тютюнопаління тощо [18, с. 15–25]. Вона вважає, що в основі формування здоров'я лежить його соціальна природа. При цьому важливими аспектами в збереженні здоров'я населення, зокрема зайнятого, є освіта і соціальний капітал.

Основною причиною асоціальних явищ є низький рівень матеріального забезпечення окремих категорій населення, зокрема зайнятого, та соціального і людського капіталу, нерівномірність розподілу національного багатства країни тощо, що спонукає зайняте населення до саморуйнівної поведінки. Тому ці та багато інших асоціальних явищ негативно впливають на здоров'я населення України, особливо його зайнятої частини, призводять до нехтування ним головним багатством – здоров'ям та гальмують людський розвиток.

Проблемам збереження здоров'я населення України, зокрема зайнятого, приділяли увагу такі відомі вчені України, як: І. Курило (вважає, що збереження здоров'я розглядається як фактор збільшення тривалості життя, зокрема літнього населення України [19, с. 104–112]); Л. Шевчук (обґрунтовує важливість здорового способу життя в системі формування і збереження індивідуального і суспільного здоров'я [20, с. 97–100]); Г. Лопушняк (досліджує соціально-економічні фактори впливу на здоров'я, зокрема при цьому більш ґрунтовно аналізує фінансові їх аспекти [21, с. 220–227]); Т. Грузєва (досліджувала соціально-економічні детермінанти впливу на стан

здоров'я і його збереження та вважає, що матеріальний добробут і соціально-економічний статус громадян відіграють ключову роль в збереженні здоров'я громадян [22, с. 62–64]). Проблема нерівності у здоров'ї населення, зокрема зайнятого розглядалась в працях вченої О. Кісліциної, яка вважає, що основним фактором, що формує соціально-економічну нерівність в здоров'ї населення є низький рівень доходу та нерівномірність його розподілу [23].

Вітчизняний вчений Д. Шушпанов досліджуючи проблематику соціально-економічних детермінант нерівностей у здоров'ї населення стверджує, що найважливіша роль у збереженні та формуванні здоров'я населення України належить соціально-економічним детермінантам [24–27], які визначають нерівність у здоров'ї населення України, зокрема це стосується проблем забезпечення гідної зайнятості на ринку праці України, доступу соціально-незахищених верств населення до освіти і послуг охорони здоров'я, якісного житла тощо.

Цілком погоджуюсь з твердженням згаданих вище вчених щодо того, що найважливішими факторами впливу на здоров'я населення в сучасних трансформаційних умовах розвитку України є соціально-економічні, які призводять до нерівності у здоров'ї громадян України. Першоосновою для зниження відповідної нерівності є підвищення рівня матеріального добробуту зайнятого населення, що неможливо зробити без забезпечення гідної зайнятості. Це є запорукою зростання інвестицій в людський капітал і людський розвиток України.

У системі цінностей (економічних, політичних, моральних, естетичних тощо) здоров'я займає найважливіше місце, оскільки є передумовою людського розвитку, гідного рівня життя, гідної зайнятості. Що стосується ринку праці, то здоров'я формує основні характеристики зайнятого населення, яке дає їм можливість реалізувати в повній мірі свій потенціал, зокрема трудовий, брати участь у суспільній діяльності. За своєю структурою здоров'я як цінність містить такі два аспекти [8, с. 160–161]. Перший – *об'єктивний компонент*, який відображає певну сукупність можливостей, які можуть бути реалізовані

людиною за умов наявності повноцінного здоров'я, наприклад, статусна роль у суспільстві, професія, рід занять, продовження життя тощо. Другий – *суб'єктивний компонент* здоров'я, який відображає ставлення людини до свого здоров'я, зокрема при врахуванні системи цінностей, мотиваційних факторів. *Отже, ці два компоненти взаємодіють між собою, адже від суб'єктивного компонента залежить ставлення зайнятого населення до збереження здоров'я, враховуючи ступінь розуміння населенням його цінності. Позитивне ставлення до зазначеної цінності дозволить зайнятому населенню досягнути високого рівня матеріального, професійного, життєвого успіху.*

Основною категорією концепції людського розвитку (КЛР) є *людський потенціал* (ЛП), під яким відомі науковці Інституту економіки промисловості НАН України, зокрема О. Амоша, В. Антонюк, О. Новікова та інші розуміють якісні характеристики людини, які дозволяють їй забезпечити можливість прожити гідне та тривале життя [8, с. 16]. При цьому КЛР охоплює такі важливі аспекти: формує ЛП (здоров'я, знання, навички, соціальний статус тощо); використовує ЛП (у виробничій, культурній, соціальній, політичній діяльності, у процесі відпочинку). До ЛП здоров'я відносять тривалість життя, рівень захворюваності, інвалідності, умовний показник здоров'я населення. *Варто відмітити, що людський розвиток вимагає всебічного підходу до забезпечення населенню, зокрема зайнятому, хоча б мінімального рівня безпеки в усіх сферах життєдіяльності. Складові ЛП визначають ступінь людського розвитку з урахуванням демографічних, соціально-економічних, ментально-етичних, інформаційних, політичних та поведінкових складових. Тому нині постає надзвичайно важливе завдання – знайти оптимальну стратегію для забезпечення цього рівня, в основі якої має лежати економічна поведінка, зокрема поведінка, направлена на збереження здоров'я.*

З метою оцінення рівня людського розвитку в міжнародній практиці використовують показник – «*Індекс людського розвитку*» (ІЛР), який є підсумковим показником і дозволяє оцінити ефективність політики держави в сфері забезпечення здорового життя і довголіття; можливостей доступу

громадян до якісної освіти; передумов гідного рівня життя [1, 7, 14]. ІЛР складається з трьох індексів – індекс тривалості життя, який визначається показником середньої очікуваної тривалості життя при народженні; індекс рівня освіченості, який складається з двох підіндексів – індексу грамотності дорослого населення та індексу охоплення навчанням, що визначаються показниками рівня грамотності дорослого населення та рівня охоплення навчанням населення у віковій групі 5–24 роки); індексу реального ВВП на душу населення, що визначається показником, скоригованим за ПКС реального ВВП на душу населення. Для актуалізації проблеми збереження здоров'я в системі забезпечення людського розвитку проаналізуємо ІЛР на глобальному рівні, для цього візьмемо перші десять країн світу, які мають найвищий ІЛР та порівняємо значення ІЛР в Україні з ними (рис. 1.1).

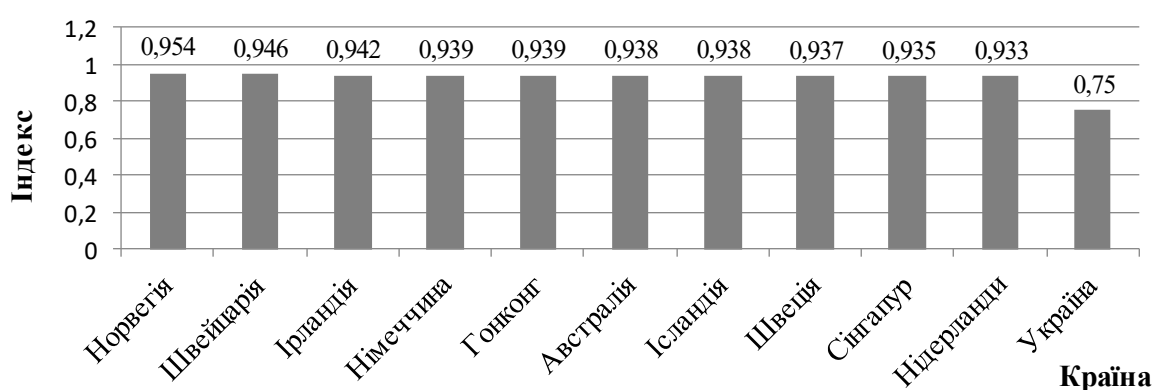


Рис. 1.1. Значення індексу людського розвитку (станом на 1 січня 2019 р.)

Джерело: складено автором за [28].

Наведені на рис. 1.1 розвинені країни займають в світі перші місця в десятці за величиною ІЛР. Україна, порівняно з наведеними країнами світу, займає лише 88 сходинку в ІЛР із значенням 0,750; тоді як Норвегія знаходиться на першому місці – 0,954, Швейцарія – на другому місці (0,946), Ірландія – на третьому місці (0,942), а посідають десяте місце в рейтингу Нідерланди (0,933). Далі проаналізуємо тенденції ІЛР в Україні протягом 1991–2018 років за основними його складниками (таблиця 1.1, станом на 1 січня 2018 р.).

Таблиця 1.1

Тенденції ІЛР України (станом на 1 січня)

Роки	Очікувана тривалість життя при народженні	Очікувана кількість років навчання	Середня кількість років навчання	ВНД на душу населення (ПКС 2011 року в дол. США)	Значення ІЛР
1991	69,8	12,4	9,1	10 748	0,705
1996	67,9	12,2	10,0	4984	0,664
2001	67,3	13,0	10,7	4659	0,671
2006	67,4	14,6	11,2	7173	0,715
2011	69,5	14,8	11,3	7715	0,733
2016	71,8	15,0	11,3	7375	0,743
2017	72,0	15,0	11,3	7593	0,746
2018	72,1	15,0	11,3	8130	0,751
Відносне відхилення 2018–1991 р., %	+ 3,30	+ 20,98	+ 24,18	– 24,36	+ 6,52

Джерело: складено автором за [29].

Отже, за останні двадцять сім років ІЛР суттєво зріс із значення 0,705 на 1 січня 1991 року до 0,751 на 1 січня 2018 року, цьому сприяло, як видно з таблиці 1.1, зростання середньої тривалості життя за відповідний період на 2,3 року (або на 3,3 %), очікувана кількість років навчання зросла на 2,6 року (або на 20,98 %), середня кількість років навчання збільшилась на 2,2 року (або на 24,18 %). Але при цьому знизився показник ВНД на душу населення (за ПКС) за відповідний період на 24,36 %, або на 2618 дол. США.

ІЛР використовується з метою оцінювання результативності державної політики в сфері людського розвитку. Варто наголосити на проблемі наявності в ІЛР нерівності за основними його показниками в розподілі людського розвитку, зокрема у тривалості життя при народженні, освіті та доходах. Тому ІЛР корегується на нерівність і називається *індексом людського розвитку за нерівністю* (ІЛРН). ІЛРН показує реальне значення ІЛР з урахуванням нерівностей та відображає «втрати» у відсотках від значень складових ІЛР. Тому проаналізуємо ІЛРН в Україні та порівняємо його значення з відповідним значенням в таких країнах, як Казахстан, Російська Федерація (таблиця 1.2).

Таблиця 1.2

ІЛРН України відносно окремих країн (на 1 січня 2018 р.)

Країна	Значення ІЛРН	Загальна втрата (%)	Коефіцієнт людського розвитку з урахуванням нерівностей (%)	Нерівність у тривалості життя при народженні (%)	Нерівність в освіті (%)	Нерівність у доході (%)
Україна	0,701	6,6	6,5	7,5	3,6	8,5
Казахстан	0,737	7,9	7,9	10,1	3,2	10,3
Російська Федерація	0,738	9,5	9,3	8,0	2,2	17,7

Джерело: складено автором за [29].

Отже, якщо взяти показник ІЛРН для України, то, як видно з таблиці 1.2, загальна його втрата (на 1 січня 2018 року – 0,701) становить 6,6% від ІЛР – 0,751; що зумовлено нерівномірністю розподілу, зокрема за нерівністю у тривалості життя при народженні – 7,5 %, нерівністю в освіті – 3,6 %, нерівністю у доході – 8,5 %. В Російській Федерації ІЛРН станом на 1 січня 2018 року має загальні втрати ІЛР – 9,5 %, а найбільші втрати зумовлені нерівністю за доходами – 17,7 %. Казахстан має відповідні втрати на рівні 7,9 %, а найбільша нерівність ІЛР зафіксована також за доходами – 10,3 %.

ІЛР в Україні можна суттєво покращити і забезпечити передумови людського розвитку. Для цього варто підвищити рівень життя громадян України, знизити рівень їх економічного розшарування, що дозволить забезпечити доступ до соціальних благ, зокрема до якісної системи охорони здоров'я [30, с. 8]. В цьому випадку населення України, зокрема зайняте, буде мотивованішим в збереженні власного здоров'я, адже буде в змозі реалізувати своє право на безпеку і здоров'я. Крім того, варто відмітити, що погіршення здоров'я зайнятого населення України нині розглядається як соціальний ризик в трудовій сфері та призводить до структурних змін у складі населення, зокрема до скорочення його працездатної, продуктивної частини [31, с. 419–420; 32; 33, с. 62–64; 34]. Варто акцентувати увагу на тому, що Україна до тих пір не буде процвітаючою країною, доки реально не будуть забезпечуватись умови для

високого рівня та якості життя, а в основу має бути покладено високий рівень здоров'я зайнятого населення.

Як свідчать результати досліджень багатьох закордонних та вітчизняних науковців, експертів, спеціалістів [35, р. 14–16; 36, р. 483–485; 37, р. 147–148; 38; 39], саме інвестиції в людський капітал громадян, зокрема в здоров'я (є фундаментом соціально-економічного і людського розвитку); є фактором зростання людського капіталу та конкурентоспроможності економіки та національного багатства в цілому. Важливість людського капіталу в розвитку економіки підтверджується даними ВБ, де в складі національного багатства США людський капітал становить 80 % [34, с. 142].

Класична та неокласична економічна теорії проголошують, що головним багатством країни є людина (людський капітал), яка має живі дієві сили, навички та здібності, а здоров'я є одним із головних факторів, зокрема виробничим, які ці сили підтримують [40, с. 35; 41, с. 241–245; 42, с. 5–6; 43, с. 103–115; 44, с. 115–121]. Цінність соціально-економічної складової здоров'я проявляється в різних аспектах. Так, без достатнього капіталу здоров'я і рівня мотивації зайнятого населення до його збереження не можна досягнути підвищення рівня продуктивності праці [38, с. 8], розвитку нації [39, с. 8; 45, с. 111], ЛР [46; 47, с. 408; 48; 49, с. 323; 50, с. 53; 51], трудового потенціалу [52, с. 41–42; 53; 54, с. 3–16; 55; 56, с. 20; 57, с. 38–41], ЛК [58, с. 156; 59; 60, р. 12–16; 61, р. 71–72; 62; 18; 63, с. 128; 64–65], тривалості життя [19, с. 102], зростання економіки і добробуту населення [66, с. 5]. *Таким чином, огляд наукової літератури, думок вітчизняних і закордонних вчених дозволив розглядати здоров'я в дисертації як фактор формування людського капіталу, людського розвитку, підвищення тривалості здорового життя та економічного процвітання нації.*

Розглянемо фактори, які впливають на здоров'я населення, зокрема зайнятого, на підставі аналізу джерел [67–73]:

- «соціально-економічні» (характеристики і умови зайнятості, рівень доходів, джерела формування доходів, робочий час, розмір допомоги по

безробіттю, рівень безробіття, матеріальне стимулювання, соціальні пакети та корпоративні програми, освіта, якість і рівень життя тощо);

- «демографічні» (стать, середня тривалість життя, вік, міграція);
- «соціально-психологічні» (ставлення працівника до трудової діяльності, до здобутої професії, спеціальності та задоволеність ними, адаптація до професії, трудового колективу тощо);
- «нормативно-правові» (законодавчі та нормативно-правові акти в сфері праці та контроль за їх виконанням);
- «природні» (геологічні, особливості місцевості, де проходить робота, кліматичні тощо);
- «технічні і організаційні» (предмети праці, засоби праці, організація виробництва, технологічні процеси);
- «екологічні» (чистота, зокрема води, продуктів харчування, повітря, рівень шуму, вібрації, електромагнітних випромінювань тощо);
- «побутові фактори» (одяг, харчування, житло та наявність зручностей, розвиненість інфраструктури, ставлення до релігії, відпочинок, сімейні відносини тощо).

Фактори впливу на стан здоров'я населення, зокрема зайнятого, аналізувались в багатьох наукових працях. Здоров'я залежить від взаємодії факторів різного структурного рівня (макрорівень – мікрорівень – особистісний рівень) і за даними [74, с. 21; 75, с. 150] їх можна згрупувати в три групи: *демографічні, соціально-економічні і поведінкові*.

Узагальнюючи результати наведених вище досліджень було з'ясовано, що саме *поведінка* розглядається ключовим фактором впливу й передумовою здоров'я населення, зокрема зайнятого, що підтверджують дослідження [76–77; 78, с. 110], в яких наголошується, що поведінковий фактор має найвищу питому вагу (49–53 %) в структурі факторів впливу на здоров'я населення (за даними досліджень експертів ВООЗ, вона становить 50 % та більше).

Щодо «демографічного фактора» впливу на здоров'я, то він через «вік» визначально впливає на конкурентоспроможність зайнятого населення і в цілому на ринок праці та корелює з його здоров'ям. Зрозуміло, що зі збільшенням віку зайнятого населення набувають поширення хронічні захворювання, зокрема ті, які зумовлюються трудовою діяльністю. При цьому суттєво знижується опір організму до дії зовнішніх шкідливих (небезпечних) факторів та працездатність. Наприклад, за даними [79, с. 14–19], у осіб старше 30 років темп зниження працездатності зростає орієнтовано з 0,5 до 2 % щорічно. Зниження інтегральних показників працездатності може бути значно призупинено за рахунок освітнього фактора – постійного професійного навчання, перенавчання й підвищення кваліфікації з максимальним накопиченням професійного досвіду, навичок. Досвід показує парадоксальність, яка отримала назву «*ефекту здорового працівника*», це виражається в кращому здоров'ї зайнятого населення 55–60 років і старше порівняно з зайнятим населенням більш молодших вікових груп. Ефект здорового працівника можна пояснити «*фактором самоселекції*», суть якого полягає в тому, що трудова активність забезпечується у зайнятого населення, яке краще самооцінює свій стан здоров'я (фізичного й душевного) [80].

Що стосується гендерних особливостей впливу на здоров'я, то рівень здоров'я (за самооцінкою) у чоловіків вищий, ніж у жінок. При цьому спостерігається така відмінність: тривалість майбутнього життя у жінок вища, ніж у чоловіків [81, с. 142]. Оцінюючи «*фактор сімейного становища*» вважаємо, що існує стійкий зв'язок між родинним статусом і психічним здоров'ям [82]. «*Фактор соціально-економічного статусу людини*» (професійно-статусна позиція, освіта і дохід) показує, що чим вищий соціальний клас, тим краще здоров'я [83], на це вказує «*теорія соціальної причинності*» [84–85], яка пояснює, що у зайнятого населення нижчих соціальних класів умови життя і здоров'я є гіршими. Воно змушено працювати в умовах більших фізичних навантажень, шкідливих і небезпечних та підпадати під дію стресових ситуацій, пов'язаних із нестабільністю для них на ринку

праці. Таке зайняте населення, відповідно, отримує нижчий рівень доходу, а це призводить до обмеженості доступу до ресурсів, гідних умов життя, зокрема житлових, здобуття якісної освіти і отримання якісної медичної допомоги. Це призводить до погіршення фізичного, душевного, соціального та економічного благополуччя й гальмує людський розвиток країни в цілому. Тому завданням державної соціально-економічної політики є максимально усувати відповідний дисбаланс та створювати можливості переходу до вищих соціальних класів. Цьому сприятиме розробка і запровадження механізму ЗЗЗНУ в системі забезпечення людського розвитку.

Відомо, що, з одного боку, *«фактор бідності»* впливає на здоров'я різними шляхами: незадовільними житловими умовами, незабезпеченістю ресурсами, обмеженим доступом до якісної медицини, продуктів харчування та освіти, екологією тощо. З іншого боку, наслідком бідності є соціальна ізоляція, дефіцит соціальної підтримки та соціального капіталу, відчуття безсилля, зростання смертності і захворювання та в цілому зниження тривалості життя і людського розвитку [18, с. 15].

Важливим фактором впливу на здоров'я населення, зокрема зайнятого, є *«освітній фактор»*. Так, освіта пов'язана з можливістю більшого заробітку, підвищенням самооцінки і впевненості в собі [18, с. 18], зі збільшенням тривалості життя, зниженням смертності [86]; з раціоналізацією своєї поведінки (люди з вищим рівнем освіти слідкують за здоров'ям та дотримуються здорового способу життя, не палять); обмеженістю споживання алкогольних напоїв, дотриманням нормативної ваги тіла, своєчасним зверненням до закладів охорони здоров'я при появі перших ознак погіршення здоров'я, раціональним керуванням своєю поведінкою та емоціями, що продовжує життя [87]; зі здатністю людини визначати цінності, зокрема цінність здоров'я [88, с. 23]; зі зменшенням питомої ваги осіб, які мають інвалідність [89, с. 229; 90] (хворі з середньою і вищою освітою втрачають професійну працездатність рідше, ніж хворі, які мали нижчий рівень освіти); з підвищенням рівня кваліфікації

(здоров'я у зайнятого населення більш краще, ніж у тих, які не займались своїм професійним розвитком).

Отже, поведінковий фактор має бути покладений в механізм ЗЗЗНУ в системі забезпечення людського розвитку. При цьому освіта має виступати ключовим фактором у формуванні цієї поведінки, забезпечуючи також основу для набуття соціально-економічного статусу. Далі розглянемо інші фактори впливу на здоров'я населення, зокрема зайнятого. Наприклад, оцінюючи «*Фактор харчування*», вважаємо, що існує пряма залежність між рівнем здоров'я та якістю харчування, яке найбільшою мірою корелює з соціальним статусом родини [91, с. 21–24]; «*Фактор забезпечення житлом*» – чим оптимальніші житлово-побутові умови у зайнятого населення, тим кращим буде рівень їх здоров'я [92]; чим житлові умови проживання гірші, тим імовірність виникнення та поширення захворювань є вищою, що є причиною прискореного знецінювання людського капіталу і веде до передчасної смерті [93, с. 274].

В поведінковому аспекті виділяють зв'язок між здоров'ям і релігією (те населення, зокрема зайняте, яке вірить в Бога, швидше відновлює свої сили і виліковується [94–95]); між регулярними фізичними вправами і здоров'ям (фізична активність зміцнює здоров'я, зменшує небезпеку депресії та покращує емоційний стан людини, підвищує самооцінку і знижує стрес і тривогу [96; 97, с. 82–84; 98, р. 28–32; 99, р. 403–408; 100, р. 15–17]); між наявністю шкідливих звичок і здоров'ям (наявність шкідливих звичок, зокрема зловживання алкогольними напоями, неминуче веде до знецінення людського капіталу [101–105]). Крім того, цілком зрозумілим і закономірним є твердження, що стан здоров'я обумовлюється демографічними, соціально-економічними та поведінковими особливостями розвитку суспільства й впливає на них.

Наприклад, за інших рівних умов, ризик передчасної смерті істотно підвищується серед безробітних та членів їх родини порівняно з зайнятими; чим вищий рівень соціального капіталу, тим здоров'я краще [106]; чим нижчий

рівень довіри в суспільстві, тим вищі показники смертності, зокрема передчасної [107]; чим вища якість трудового життя, тим здоров'я краще.

Сукупність «*факторів навколишнього середовища*» показує, що в регіонах з гіршими екологічними умовами тривалість життя менша, ніж на територіях з більш чистим екологічним середовищем [108]. При цьому здоров'я можна зберегти і покращити, якщо змінити середовище проживання, яке характеризується екологічними ризиками, або покращити соціально-побутові умови проживання, зокрема за рахунок якісного медичного обслуговування, відпочинку на курортах, повноцінного харчування, комфортного житла тощо.

Отже, в цілому результати дослідження засвідчили, що збереження здоров'я зайнятого населення та забезпечення людського розвитку в цілому можливе за умови усунення «*нерівностей*» в доступі до ресурсів, якісної освіти і медичного обслуговування, при цьому поведінковий фактор має бути ключовим. Таким чином, на основі проведеного вище аналізу впливу факторів на здоров'я населення побудуємо модель впливу факторів на здоров'я зайнятого населення (рис. 1.2 [109]), де головними елементами є: «Умови праці і життя», «Соціальне оточення», «Спосіб життя», «Індивідуальні особливості зайнятого населення».

Відмітимо, що сутність здоров'я визначити досить складно, оскільки це поняття є багатофункціональним, різностороннім, глибоким, має взаємозв'язок з такими галузями науки, як медицина, психологія, біологія, економіка, соціологія, культура та ін. До середини двадцятого сторіччя світова медична думка наголошувала на сутності здоров'я через призму відсутності у індивіда хвороб чи фізичних дефектів (біологічний аспект здоров'я). Пізніше стали звертати увагу на соціальний аспект здоров'я. Відповідно до означення, запропонованого ВООЗ (1958 р.), під «*здоров'ям*» розуміють «стан повного фізичного, душевного та соціального добробуту, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів» [110], це означення було внесено в Основи законодавства України про охорону здоров'я (1992 р. [111]).

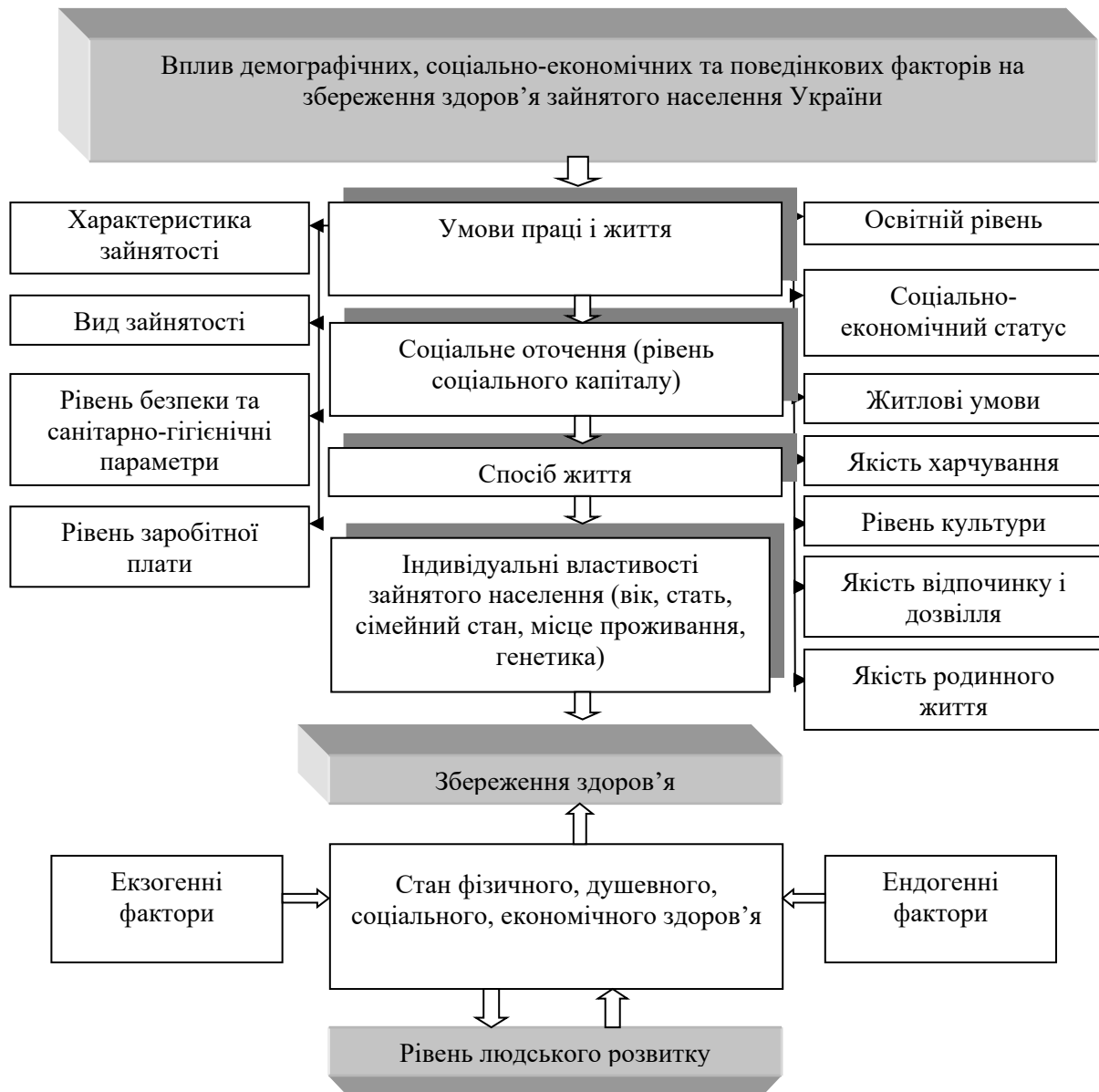


Рис. 1.2. Модель впливу факторів на здоров'я зайнятого населення
Джерело: узагальнено автором за [109].

Так, розглянутий теоретичний вплив на зайняте населення факторів об'єктивного і суб'єктивного характеру дозволив зробити головний висновок, що поведінковий фактор відіграє в збереженні здоров'я населення, зокрема зайнятого, вирішальну роль. Тому цей фактор розглядається як важливий елемент формування концепції механізму збереження здоров'я зайнятого населення України.

Варто зробити наголос на його основних складових. Так, під біологічними ознаками здоров'я розуміємо фізіологічно нормальний стан і функціонування

організму на всіх його рівнях. В сфері трудової діяльності для зайнятого населення важливі такі критерії, які оцінюють біологічне здоров'я (індивідуальні особливості анатомічної будови тіла, фізіологічні функції в різних умовах – спокої, навантаженні, інтелектуального та емоційного напруження). Важливим елементом фізіологічного здоров'я, що є основою здійснення соціальної функції – праці, є «енергетичні резерви» (Г. Апанасенко) [112], а фізичний стан здоров'я можна оцінити кількісно через фізичну працездатність людини, адже саме вона найбільшою мірою характеризує «кількість здоров'я» (М. Амосов) [113], й, відповідно, можливість зайнятого населення брати участь в трудовому процесі.

Психічне здоров'я передбачає нахили, установки та бажання зайнятого населення, які в сукупності з його фізичним здоров'ям ведуть до повноцінного життя, виступають важливим фактором попередження хвороб і передчасної смерті, а також підтримують фізичну його дієздатність відповідно до його потреб. До *психічного здоров'я* належать особливості психічних властивостей і процесів зайнятого населення, зокрема: емоційність, збудливість, чутливість, які дають змогу реалізувати його здатність до трудової діяльності [114, с. 127; 115]. *Отже, фізичний (біологічний) і психічний аспекти здоров'я є необхідними умовами для активної трудової діяльності, соціальних і психологічних взаємозв'язків з іншими людьми та передумовами раціональної поведінки, направленої на збереження здоров'я зайнятого населення країни.*

Відома вчена України В. Куценко обґрунтовує важливість *культури як цінності*, що впливає на здоров'я, для зростання людського капіталу і інтелектуального потенціалу суспільства [116, с. 269]. Варто зазначити, що культура є складовою соціально-економічної системи, розвиток якої визначається функціонування таких структур, як: матеріально-уречевленої (споруди, обладнання, приміщення) й особистої (зайняте населення). Важливим висновком впливу культури на економіку та на формування цінності здоров'я є її кінцевий результат, який проявляється в поєднанні процесів в сфері культури зі сферою виробництва, що дає можливість підвищити якість продукції, обсягів

виробництва та рівень продуктивності праці в цілому. *Це дає можливість зробити висновок, що сферу культури доцільно розглядати як передумову формування головної продуктивної сили та людського розвитку.*

Склад сфери культури, її роль у розвитку ринкової економіки визначається її функціями, зокрема забезпечення умов для відпочинку зайнятого населення, підвищення його культурного рівня, створення сприятливого соціального клімату та сприяння його морального виховання завдяки забезпеченню високого рівня обслуговування з боку всіх ланок сфери культури тощо, що сприяє збереженню здоров'я зайнятого населення. Саме ці та інші функції культури обумовлюють економічні й соціальні закономірності розвитку не лише соціальної сфери, а й економічної в цілому.

Культура певною мірою формує моральну свідомість. В умовах трансформаційних змін в сфері економіки України, зокрема в соціально-трудових відносинах відбулись негативні зміни щодо деградації моральності, що негативно вплинуло на стан здоров'я зайнятого населення. Тому завданням держави є розвивати сферу культури, яка, з економічної точки зору, сприяє зростанню продуктивності праці, різноманітних можливостей, що мають стати джерелом забезпечення людського розвитку.

Під *соціальним здоров'ям* розуміють стан соціальної активності, ставлення людини до світу, її здатність встановлювати і підтримувати соціальні зв'язки, можливість забезпечувати гідний рівень життя [117, с. 10–15] і «*соціального ресурсу*» (соціального капіталу) [118, с. 124–130], спроможність до праці та до гармонічного розвитку особистості [119, с. 8; 120, с. 78–80; 121], здатність реалізувати свої зусилля в сфері освіти, професійного навчання тощо [122, с. 425], дотримання принципів ЗСЖ [123, р. 398–401; 124, р. 20–22; 125, р. 98–101; 126, р. 10; 127, р. 735–740].

В розвинених країнах світу значну увагу приділяють поведінці (способу життя) населення, зокрема зайнятого, як соціальній складовій здоров'я [128; 129; 130, р. 210–213; 131; 132, р. 93–96]. В рекомендаціях парламентських слухань на тему: «Про реформу охорони здоров'я в Україні», зокрема

зазначається, що потужним фактором збереження здоров'я є дотримання населенням принципів здорового способу життя [133]; також доведено, що формування відповідальної поведінки щодо збереження здоров'я населення, зокрема зайнятого, є більш ефективним стратегічним напрямом держави, ніж фінансування значних витрат на систему охорону здоров'я, особливо якщо не враховуються достатній обсяг інвестицій на профілактичні заходи [134].

Різноманітні соціологічні дослідження молодого зайнятого населення, яке працює на промислових підприємствах, свідчать, що значна його частина до початку трудової діяльності не приділяє достатньої уваги режиму праці і відпочинку, сну, раціональному харчуванню, постійним заняттям фізкультурою і спортом. Нині доцільно розробити ідеологію, яка допоможе сформувати навички здорового способу життя, наприклад, уміння справлятися зі стресовими ситуаціями, стриманості щодо паління, відмови від самолікування та інших шкідливих звичок. При цьому особливу увагу потрібно приділяти факторам, що визначають соматичну гармонію, зокрема, корисне для здоров'я фізичне навантаження, уміння людей справлятися зі стресовими ситуаціями. Не менш істотним є вживання ліків у розумних межах. Важливо формувати у зайнятого населення концепцію безалкогольного спілкування, а для цього потрібно розробляти спеціальні освітні програми в закладах освіти, які мають в подальшому відображатись в системі безперервного навчання.

Отже, у визначенні сутності здоров'я поведінковий фактор є нині ключовим у формуванні механізму ЗЗЗНУ. Державна політика України щодо збереження здоров'я населення, зокрема зайнятого, ґрунтується на принципах патерналізму, що в умовах ринкової економіки ефективно не може бути реалізована. Вона не може в повному обсязі сформувати систему мотивів, які б дозволили населенню берегти власне здоров'я, раціонально і відповідальніше до нього ставитись. Тому за останні майже тридцять років незалежності в Україні не відбулось суттєвих і вагомих змін у сфері збереження здоров'я. Тут важливо акцентувати увагу на патерналізмі держави, що характеризується «батьківською» опікою, без якої неможливе існування будь-якої цивілізованої

країни. Елементами патерналізму в межах виконання своїх функцій держави є перерозподіл доходів, соціальна підтримка незахищених верств населення, забезпечення безпеки кожного громадянина. В монографії [51, с. 21] наголошується, що існування «нового» патерналізму, характерного для високорозвиненого капіталістичного суспільства, визначається такими ознаками: забезпечення основних можливостей для населення, зокрема зайнятого, відповідно до концепції людського розвитку; реалізація принципів гідної зайнятості, зокрема максимальне врахування внеску зайнятого населення у результати праці, та справедливої винагороди за них; активізація процесу формування у зайнятого населення соціального і людського капіталів, зокрема мотивація до інвестування коштів в збереження здоров'я; забезпечення розвитку системи публічно-приватного партнерства, зокрема в напрямку співфінансування медичного страхування; створення передумов і можливостей для всіх категорій населення максимальної залученості в сферу зайнятості.

Характерними особливостями сучасного українського патерналізму, як відмічається в [51, с. 25–26], є очікування від держави переважної частини населення реалізації політики, яка б дозволила йому реалізувати свої можливості і право на здоров'я, безпеку, достатній рівень матеріального добробуту та освіти. При цьому, за даними багатьох соціологічних досліджень, переважна більшість населення, зокрема зайнятого, не довіряє інститутам держави. Лібералізація суспільних відносин за часи незалежності призвела до змін в сучасній системі державного патерналізму. Ці зміни посилюються останнім часом реформуванням всіх сфер життєдіяльності України, зокрема системи охорони здоров'я, соціального забезпечення, децентралізації тощо. Наприклад, нині державна соціальна політика спрямована переважно на матеріальне забезпеченні осіб, які цього потребують, але не враховує механізми мотивації населення, зокрема зайнятого, шукати самостійно шляхи виходу з проблемної ситуації. Наприклад, в сфері збереження здоров'я зайнятого населення такими ефективними механізмами можуть бути: розвиток добровільного медичного страхування та запровадження обов'язкового

медичного страхування, що спонукатиме зайняте населення більш відповідально ставитись до власного здоров'я, тобто до його самозбереження. Відсутність цих і інших механізмів мотивації зайнятого населення до збереження здоров'я призводить до зниження соціальної та економічної активності українців, поширення серед них утриманських і патерналістських очікувань, зростання захворюваності і передчасної смертності.

В теорії виділяють концепцію Р. Талера *«лібертаріанський патерналізм»*, або *«асиметричний патерналізм»*, *«легкий патерналізм»*, яка ґрунтується на формах державного втручання, які *«за мінімуму державних витрат, а іноді й відсутності таких витрат, приносять значні ефекти раціональним людям»* [135–138]. Метою лібертаріанського патерналізму є *«підвищення якості рішень, які приймаються людьми без обмеження свободи їх вибору»* [139]; структурування державою поля вибору, залишаючи прийняття остаточних рішень на розгляд самих людей [140].

Залежно від глибинного проникнення в економічні процеси патерналізм можна поділити на *«твердий»*, наприклад, він носить заборонний характер – заборона вживання наркотиків, алкоголю, що шкодять здоров'ю; *«м'який»*, який має ледь помітний характер, наприклад, дозвіл на вживання (в спеціально відведених місцях) легких наркотиків, легалізація проституції тощо. В умовах поглиблення негативних тенденцій в соціально-економічній сфері, зокрема існуючої доволі глибокої мережі антисоціальних явищ, *«м'який»*, або лібертаріанський патерналізм може ефективно розпочати долати проблеми корупції, хабарництва, наркоманії, алкоголізму, тютюнокуріння. Адже в умовах ринкової економіки сама економічна система має узгодити всі соціально-економічні процеси. В умовах свободи вибору, мінімального рівня хабарництва, корупції люди будуть діяти *«по-іншому»*.

Справедливо зазначити, що цей принцип почне діяти за умови забезпечення *«відносної рівності»* серед суспільства, адже неможливо в умовах ринкової економіки забезпечити всьому суспільству однаковий рівень доходів. Тут мають враховуватись фактори демографічні, соціально-економічні та

поведінкові. Якщо людина більш молода, активна, діяльна, ризикова, високоосвічена, талановита, веде здоровий спосіб життя, то і рівень доходу в неї буде вищим, але такі характеристики, певною мірою, мають більшість людей, тому і політика лібертаріанського патерналізму не має викликати невдоволення у переважній більшості суспільства. Лібертаріанський патерналізм в сучасних умовах соціально-економічного розвитку, за умови його реалізації, дасть можливість вибору всіх складових, що забезпечують людський розвиток, а саме – довге і здорове життя, гідні умови праці, гідну заробітну плату тощо. Тому розглянемо стратегії держави в межах реалізації лібертаріанського патерналізму з метою мотивації зайнятого населення до збереження здоров'я в системі забезпечення людського розвитку (таблиця 1.3).

Таблиця 1.3

Узагальнення стратегій держави в межах реалізації лібертаріанського патерналізму з метою мотивації зайнятого населення до збереження здоров'я в системі забезпечення людського розвитку

Назва стратегії	Опис
<i>Прямі заборони, які обмежують можливості індивідуального вибору</i>	Застосовується тоді, коли м'які стратегії держави не дозволяють вплинути на раціональну поведінку і відповідний вибір зайнятого населення, зокрема це стосується запровадження заборон на продаж і вживання наркотичних речовин; вживання алкогольних напоїв та тютюнових виробів в громадських місцях, зокрема на робочих місцях; виконувати трудові обов'язки в шкідливих (небезпечних) умовах праці без використання засобів індивідуального захисту (ЗІЗ) тощо. При цьому держава попереджає зайняте населення про негативні наслідки, наприклад, від недотримання здорового способу життя та відповідних фінансових втрат на макро-, мікро- і особистісному рівнях.
<i>Запровадження податків на «гріхи»</i>	Оподаткування за прогресивною шкалою продуктів шкідливих і небезпечних для здоров'я і життя, зокрема це стосується алкогольних напоїв, тютюнових виробів, азартних ігор, нездорових продуктів харчування (солоні, жирної (трансжири), солодкої продукції) тощо. Це має попереджати негативні довгострокові наслідки для здоров'я зайнятого населення, особливо шляхом зміни його поведінки, зокрема в напрямку перерозподілу його витрат на більш здорові продукти харчування.
<i>Охолодження</i>	Реалізується, коли зайняте населення в «гарячому» стані приймає необдумане ірраціональне рішення, що в майбутньому може негативно вплинути на його здоров'я. Наприклад, реєстрація шлюбу, коли молодим дають час до укладання шлюбу подумати, спільно пожити, а потім приймати остаточне рішення. Це дає можливість людям, які прийняли в «гарячому» стані нераціональне рішення «охолонути» та повернутись до початкового стану і відмінити його. Це стосується, наприклад, і права купівлі дороговартісних речей із терміном повернення. Якщо рішення було ірраціональне, то залишається шанс повернути кошти і зберегти душевне здоров'я.

Продовження таблиці 1.3

Назва стратегії	Опис
<i>Надання повної інформації про товар та його ризики</i>	Суб'єкти ринку зобов'язані надавати всю повноту інформації про продукт, зокрема кредити (іпотечні, споживчі); про ризики, наприклад, при купівлі алкогольних напоїв чи тютюнових виробів, зокрема про їх вплив на здоров'я. Крім того, продавці зобов'язані надавати додаткову статистику захворювань і смертей від продуктів, які шкодять здоров'ю. Це стосується і проблеми ігromанії та її наслідків для життя і здоров'я.
<i>Вплив на підсвідомість</i>	Якщо вплинути на раціональний вибір не вдається, застосовують стратегії впливу на підсвідомість шляхом, наприклад, не інформуванням, що «Вживання тютюну вбиває», а зображенням на пачках з цигарками страшних зображень хвороб, яке воно викликає, зокрема рак, туберкульоз тощо. Це дозволяє в умовах високого ризику зробити більш раціональніший вибір.
<i>Заборона використання окремих фінансових інструментів</i>	Мається на увазі тих фінансових інструментів, які несуть високі ризики для людей «гарячих», які необдуманно приймають рішення, наприклад, беруть кредитну карту та не враховують «підводних» умов кредитного договору, що в підсумку веде до величезних боргів, а це може мати катастрофічні наслідки для життя і здоров'я. Тому в окремих випадках держава має обмежувати розміри пені, вимагати більш прозоро складати договори з повною інформаційною підтримкою щодо ризиків.
<i>Ментальне бюджетування</i>	Стратегія використовується, коли держава повертає частину податків, надає субсидії не одним траншем, а частково, щоб вплинути на раціональну поведінку людини не відкладати кошти «під подушку», а витратити на споживання, щоб запрацювала економіка.
<i>М'яке підштовхування</i>	Стратегія підштовхування не змінює співвідношення між вигодами і витратами, а впливає на рівні підсвідомості на відповідну поведінку. Так, нині застосовують таку політику вітчизняні оператори мобільного зв'язку. Вони змінюють тарифні плани і ставлять умови «за замовчуванням», якщо людина пасивна, вчасно не відреагувала, то їй автоматично встановлюється більш дорогий тарифний план. Наприклад, працівник займається самолікуванням, прийшовши в аптеку провізор йому може запропонувати медикаменти, які коштують дорожче, ніж ті, які б були виписані лікарем. Якщо клієнт пасивний, то аптека отримає більші прибутки, а працівник – втрати. Тому держава має попереджати такі маніпуляції і чітко контролювати ці процеси, зокрема боротися із самолікуванням та реалізувати електронні лікарняні листи.
<i>Стимулювання заходів, які регулюють і контролюють поточну поведінку</i>	Наприклад, в законодавстві, яке регулює сферу трудових відносин відображається такий аспект, зокрема в разі звільнення зайнятого громадянина за власним бажанням він автоматично втрачає право на отримання допомоги по безробіттю. Це сприятиме тому, що зайняте населення більш раціонально почне ставитись до прийняття рішень щодо звільнення, а частина зайнятого населення буде залишатись працювати на робочих місцях, зокрема з умовами праці, які можуть шкідливо впливати на здоров'я. Тому зміна відповідної норми може істотно вплинути на його поведінку щодо вибору подальшої зайнятості, зокрема тих умов праці, які відповідають його життєвій філософії.

Джерело: складено автором за [141–146].

Узагальнивши стратегії держави в межах реалізації лібертаріанського патерналізму, зокрема: «прямих заборон, які обмежують можливості індивідуального вибору», «запровадження податків на «гріхи»», «охолодження», «надання повної інформації про товар та його ризики»,

«впливу на підсвідомість», «заборони використання окремих фінансових інструментів», «ментального бюджетування», «м'якого підштовхування», «стимулювання заходів, які регулюють і контролюють поточну поведінку» тощо дозволять зайнятому населенню вийти з замкнутого кола, коли працівник буде більш мотивований до раціоналізації власної поведінки в сфері соціально-трудових відносин, зокрема щодо свого здоров'я, але через окремі негативні фактори впливу з боку макrorівня та мікрорівня це зробити не може.

Тому в умовах розвитку України на сучасному етапі потрібно змінювати концепцію в системі збереження здоров'я зайнятого населення з «патерналістського» на «лібертаріанський патерналізм», що дасть можливість зайнятому населенню самостійно приймати раціональні рішення щодо своєї долі, нести відповідальність за збереження власного здоров'я, за умови унеможливлення надання будь-яких переваг окремим членам суспільства, зокрема за ознаками віку, статі, місця проживання, матеріального статусу, родинних зв'язків, освіти, способу життя тощо.

Поглиблене вивчення поняття «здоров'я» дало можливість його розширити та ввести в нього важливу складову – *«економічний добробут населення»*. Адже не тільки від фізичного, душевного і соціального добробуту залежить стан здоров'я населення, але поступово, при вкладанні інвестицій в нього, воно або зміцнюється, або, навпаки, – погіршується. Тому важливо акцентувати увагу саме на соціально-економічних аспектах дослідження категорії здоров'я. Так, у монографії [86, с. 24] наголошується, що у 1977 році поняття «здоров'я», яке розглядалось в аспектах фізичному та душевному, було доповнено й значно розширене визначенням *«соціальної і економічної продуктивності індивіда»*.

Визначимо основні положення, які пов'яжуть категорію здоров'я з соціально-економічними процесами [147, р. 426–428; 148, р. 286–290; 149]. Так, експерти ВООЗ заклали фундамент визначення здоров'я як соціально-економічної категорії (Оттавська хартія) в таких основних аспектах [150]:

- суспільне здоров'я, як і здоров'я кожного громадянина, являє собою стратегічну мету держави, є умовою його національної безпеки (історія

людства знає багато випадків, коли держави повністю зникали з мапи світу через різке скорочення чисельності населення, також через високий рівень захворюваності та смертності, низьку тривалість життя [151, с. 21–25]);

- здоров'я має розглядатись як необхідна умова для підтримання здорового трудового потенціалу країни, як критерій ефективності державного управління;
- взаємозв'язок суспільного здоров'я з економічним розвитком суспільства (чим розвиненіше суспільство, тим воно має більше можливостей фінансувати кошти на підтримку і зміцнення здоров'я громадян);
- здоров'я – показник рівня, якості і способу життя людей.

Розглянемо здоров'я населення як один із основних економічних ресурсів країни та важливу умову формування людського капіталу [152, с. 74–76; 153–154]. Так, відомо, що результат виробничої діяльності залежить від наявності та взаємодії чотирьох факторів виробництва: землі, праці, капіталу, підприємницької активності. Під «землею» розуміють природні ресурси, а під «капіталом» – матеріальні засоби виробництва або грошовий капітал, інвестований у виробництво. Крім того, К. Маркс під ним розумів самозростаючу вартість, яка охоплює процес праці, виробничі відносини та впливає на устрій суспільства і розвиток суспільно-економічних відносин [155]. В економічній літературі під капіталом розуміють не тільки матеріальні засоби виробництва, землю, гроші, але й людський, культурний, символічний, функціональний, економічний, інтелектуальний, соціальний та інші його види [156, с. 38–42; 157, с. 23–28].

«Здоров'я» є ключовим елементом ЛК, під яким [158; 159, с. 23–24; 160] розуміють витрати та інвестиції для фізичного й інтелектуального формування людини, а саме: на охорону здоров'я, освіту, підвищення кваліфікації тощо. Один із засновників теорії ЛК Т. Шульц в праці [161] розглядав, зокрема, здоров'я індивіда як фактор його продуктивної сили, що сприяє збільшенню обсягів виробництва, накопиченню капіталу, а, отже, й економічному розвитку. Відомий вітчизняний вчений С. Мочерний, визначає здоров'я як важливу інвестицію та умову зростання продуктивних сил [162, с. 18].

Стан здоров'я людини трактується в концепції ЛК як капітал, який складається з двох частин: *успадкований* і *надбаний*. Протягом всього життя людина, якщо виражатись економічним терміном, «амортизує» свій людський капітал, зокрема здоров'я, а смерть розглядається як повне його знецінювання. Тому вкладання інвестицій у власне здоров'я – як важливий фінансовий інструмент реалізації механізму ЗЗЗНУ – стане фактором його зміцнення та розвитку. Отже, категорії «капітал» і «здоров'я» тісно пов'язані (рис. 1.3). Адже саме здоров'я дає можливість людині брати участь в процесі виробництва, займатись трудовою діяльністю, зокрема підприємництвом і самозайнятістю.

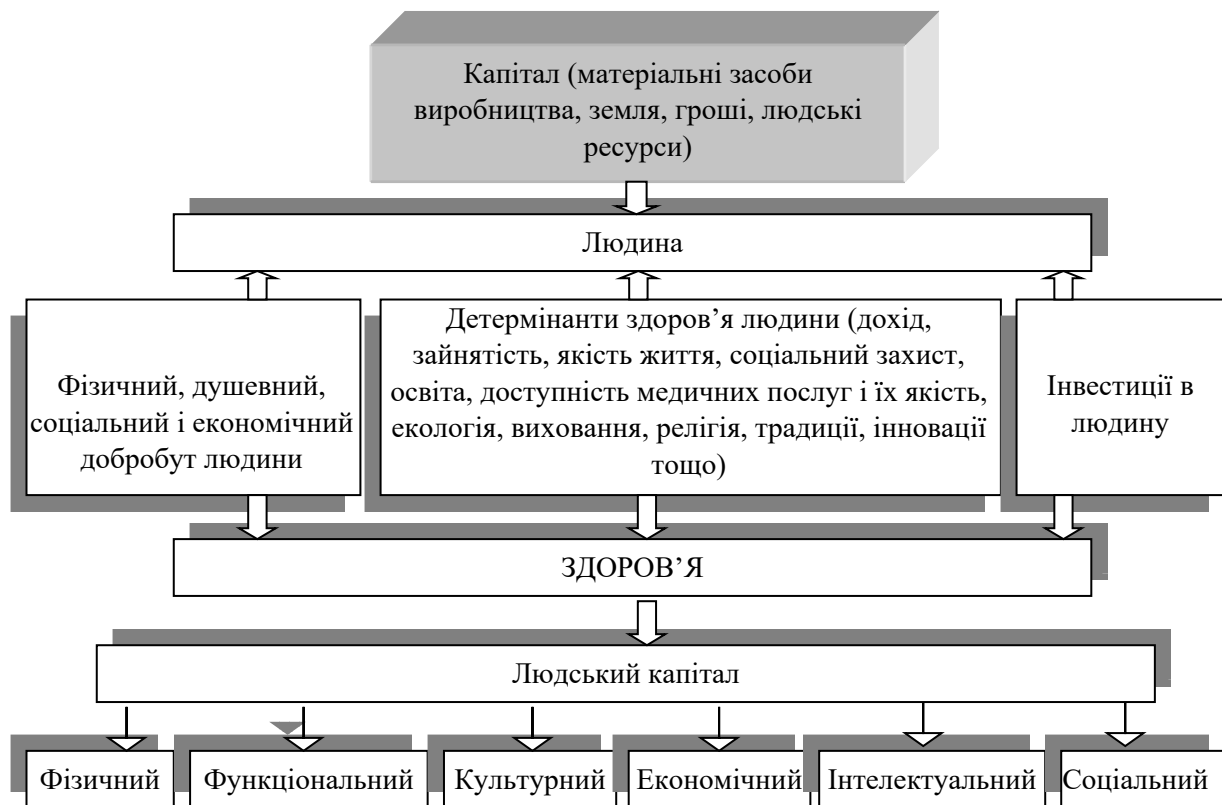


Рис. 1.3. Взаємозв'язок між категоріями капіталу і здоров'я людини
Джерело: розроблено автором за даними [156–157].

З рис. 1.3 видно, що матеріальні засоби виробництва, гроші і земля є капіталом, але їх розглядаємо як пасивний, оскільки без людини не буде створено нової вартості продукту (тут енергія зайнятого населення втілюється у виробництво доданої вартості). В дисертації акцентуємо увагу на тому, що

одним із найважливіших аспектів економічної складової здоров'я є фактор витрат праці під час виробництва продукції (надання послуг). Так, «*трудова теорія вартості*» наголошує, що «в усьому, що купується і перетворюється на гроші, обов'язково міститься людська праця...» [155; 163, с. 190]. Тобто, тут визначається аспект використання фізичної та інтелектуальної енергії людини, яка має відтворюватись також через дохід. Далі цю теорію розвивали В. Петті, А. Сміт, Д. Рікардо, К. Маркс та інші вчені [164]. Отже, стає зрозумілим, що, за цією теорією, без достатньої кількості та якості здоров'я не може бути праці і те, що саме затрати праці на виробництво товарів визначають їх вартість, є основою відтворення робочої сили.

Під «*робочою силою*» або «*здатністю до праці*» К. Маркс розумів суму духовних і фізичних здібностей, які має людина, яка їх використовує під час створення будь-якої споживчої вартості [155; 163, с. 332], та наголошував, що як і будь-який товар робоча сила має дві властивості:

- «*вартість*» – характеризується робочим часом, який витрачається людиною при створенні чого-небудь та є еквівалентною вартості життєвих засобів, необхідних для того, щоб виробити, розвинути, зберегти й увічнити робочу силу»;
- «*споживчу вартість*» – характеризується процесом створення вартості, і до того ж більшої, ніж коштує вона сама».

В сучасній економічній теорії під споживчою вартістю (цінністю) розуміють корисність або здатність приносити задоволення. Щодо корисності здоров'я для населення сумнівів не існує. Також існує певне підґрунтя вважати, що здоров'я приносить задоволення, особливо якщо виходити з того, що хвороба або недостатність здоров'я сприймається більшістю індивідів як незадоволення. З позицій «*теорії корисності*», здоров'я населення, зокрема зайнятого, правомірно розглядати з позиції «корисності» та цінності, що забезпечують створення відчуття бадьорості, дієздатності та сили.

Здоров'я населення визначимо з позиції «*мінової вартості*», яку розглядав А. Сміт в дослідженні [165]. Вона характеризує можливість обміняти його на

інші цінності, або, іншими словами, визначається ціна здоров'я. В окремих випадках використовується вираз, що ті чи інші блага були отримані ціною власного здоров'я або втрати здоров'я, що, в принципі, є закономірним явищем на сучасному ринку праці, зокрема це характерно для трудової міграції. Так, в доповіді [166, с. 255–262] робиться висновок про неоднозначний вплив міграції (внутрішньої і зовнішньої) на здоров'я зайнятого населення України.

Низька вартість робочої сили українців, що не є еквівалентом вартості тих благ, що створюються ними, веде не тільки до порушення відтворення робочої сили, але й до неможливості утримувати родини, дітей та розвиватись. Зазначена проблема, як акцентується в дослідженні [167, с. 23], має розглядатись через призму розвитку ЛК, що вимагає зміни концепції оплати праці в Україні, здолавши ототожнення вартості робочої сили з ціною праці, привнісши у його структуру таку складову, як «відсоток» на ЛК, який має бути спрямований не тільки на відновлення життєвих сил, зміцнення здоров'я, але й на стимулювання його збереження.

Вищенаведена ситуація свідчить про відсутність реалізації в соціально-економічних, демографічних, медичних процесах економічного закону «відтворення витрат робочої сили». На жаль, в сучасній Україні, дешева робоча сила розглядається як головна детермінанта конкурентоспроможності нашої економіки [168, с. 18], що не може негативно не позначитись на відтворенні робочої сили держави. Тобто, тут спростовується теза, що здоров'я може мати лише споживчу, а не мінову вартість [169]. Тому варто акцентувати увагу на важливі наукові доробки К. Маркса, який поділяв на дві частини витрати робочої сили на її відтворення [155]:

- засоби, необхідні для «відновлення працездатності» саме зайнятого населення (фізична і духовна складова здоров'я), тобто, для відтворення витраченої в процесі праці життєвої енергії – витрати на харчування, придбання одягу, комунальні платежі тощо (що забезпечує збереження здоров'я);

- витрати на «відтворення робочої сили, утримання родини та ті, що йдуть на розвиток самого працівника» (соціальна та економічна складові категорії здоров'я, які забезпечують його зміцнення).

Таким чином, справедливим є твердження, що без реалізації всіх принципів розглянутого закону всі зусилля держави, роботодавців і зайнятого населення щодо збереження свого здоров'я будуть марними.

Дослідники в галузі економіки праці розглядають здоров'я як міру його властивості виконувати роботу [170, с. 7–8]. Тобто, тут робиться акцент на тому, чи може індивід виконувати роботу і наскільки вона буде продуктивною. Продуктивність, як відомо, істотно впливає на дохід працівника. Аналізуючи фактори продуктивності праці, в роботі [171, с. 325–326] стверджується, що найважливішими в економічному плані є природні переваги, також здоров'я та витрачання більшої енергії праці. Під час створення матеріальних цінностей (послуг) зайнятим населенням з використанням фізичної, духовної енергії, впливу відповідних соціально-економічних факторів формується, накопичується, розвивається досвід, знання, вміння, стан здоров'я та, в кінцевому підсумку, реалізується їх людський потенціал і капітал. Важливою складовою людського потенціалу [8; 172, с. 37–38; 173; 174, с. 35–36], є саме здоров'я населення, яке займає одне з ключових місць в ньому.

Людський потенціал є важливою основою сталого розвитку [175]. Отже, розвиток людського потенціалу неможливий без такої важливої соціально-економічної складової, як «здоров'я», саме воно визначає можливості людей бути залученими у виробничий процес, а інвестування ресурсів державою, людиною у власний стан здоров'я, освіти дозволяє підвищувати рівень ЛК.

В концепції стратегічного управління ЛК [176] наголошується, що здоров'я людини виступає ключовим її компонентом та капіталізується за рахунок таких корпоративних програм: регулярних профілактичних медичних оглядів; страхової медицини (як окремого напрямку інвестування населення у свою здоров'язберігальну ментальність, що також є фінансовим елементом формування інвестицій в розвиток людського капіталу); пропаганди ЗСЖ тощо.

Здоров'я населення, як відомо, є не лише ресурсом, але й одним із факторів суспільного виробництва. В економічній системі країни здоров'я населення також виступає як споживач ресурсів в їх матеріально-технічній і грошовій формі (фінансування державних і приватних витрат на систему охорони здоров'я, зокрема на споживання медичних послуг та лікарських засобів, витрат на профілактику, запобігання захворюванням, рекреаційних витрат тощо), що визначає категорію здоров'я як *фінансову*.

Один із проявів взаємозв'язку економіки, соціальної сторони життя і здоров'я населення, зокрема зайнятого, полягає в тому, що рівень здоров'я як медична, фізіологічна категорія є важливою складовою соціально-економічних понять «рівень та якість життя населення». Стан здоров'я населення носить дуальний характер, з одного боку, визначається рівнем життя населення, тобто можливістю населення споживання необхідних благ. З іншого боку, кращий стан здоров'я населення дозволяє забезпечувати йому вищу якість життя. Яскраво це відображає показник очікуваної тривалості життя при народженні, який є, з одного боку показником рівня і якості життя, а з іншого – показником, який характеризує стан здоров'я населення.

Рівень життя є комплексним показником, що характеризується такими складовими [177]: величина грошових доходів людини, сім'ї; кількість і структура благ і послуг, що надаються людям без безпосередньої оплати; грошові і майнові заощадження людей; міра забезпеченості людини, сім'ї житлом та майном; рівень і структура споживання, ступінь задоволення основних потреб порівняно з прожитковим мінімумом та світовими стандартами; комфортність і привабливість умов життя, їх відповідність природі та бажанням людини.

Окремі з перерахованих компонент залежать одна від одної, деякі з них визначаються іншими: від них залежить ступінь мотивації зайнятого населення до збереження власного здоров'я. Так, доходи та заощадження населення визначають обсяг і структуру споживання, ступінь задоволення життєвих потреб. Якщо майнове становище багато в чому визначає психологічний стан

окремої особи, то можливість краще харчуватись, отримувати більш якісне лікування, мати гарний відпочинок безпосередньо впливають на формування здоров'я зайнятого населення.

Таким чином, між здоров'ям населення (його поведінкою, направленою на самозбереження) та рівнем життя існує залежність, тобто, чим вищий рівень життя, тим краще здоров'я населення, нижчий рівень захворюваності та непрацездатності. Як правило, погіршення матеріального добробуту веде до зниження показників здоров'я населення. Світовий досвід свідчить, що в країнах з високим рівнем матеріального добробуту тривалість життя людей на п'ять–десять років вища, ніж в країнах, де домінує бідність [177–180] (Шарль Монтеск'є вказував на зв'язок між бідністю і смертністю, він вважав, що для людини немає страшнішого ворога, аніж хвороба, що саме затяжна хвороба призводить до злиднів). Тобто, така бідність вважається *«медичною бідністю»*, або *«бідністю через захворювання»* [181, с. 16]. Отже, дослідивши генезис та актуальність дослідження сутності здоров'я в аспекті його збереження було виявлено нижчевказане.

1. Зазначена категорія охоплює не тільки фізичний, душевний, соціальний добробут, а й *«економічний»* – створення працівниками національного багатства країни як фактора ЛР, також капіталу, якості і рівня життя.

2. В основі фізичної детермінанти здоров'я лежить можливість людини, з урахуванням своїх фізичних, психічних можливостей, виробляти кінцевий продукт при витратанні відповідної енергії, яка формується через складний механізм соціальної адаптації, що розглядається як важлива складова вчення *«теорії трудової вартості»*.

3. Фізична, душевна, соціально-економічна складові людини формуються, зберігаються, розвиваються, накопичуються за рахунок *«поведінкових»* аспектів, в основу яких має бути покладений принцип ЗЗЗНУ України.

З економічної точки зору здоров'я (в економічному сенсі) має розглядатись через призму таких важливих критеріїв ЛК, як якість і рівень життя, бідність,

зайнятість тощо. Для підтримки, відновлення та покращення здоров'я потрібно витрачати ресурси, виражені в матеріально-речовій та грошовій формах. Така особливість здоров'я населення дозволяє розглядати його у взаємозв'язку з витратами матеріальних і грошових ресурсів, внаслідок чого воно, в опосередкованій формі, перетворюється ще й на «фінансову» категорію.

Зміст соціально-економічної складової здоров'я варто розглядати на різних рівнях [182; 183, с. 146], а саме: «макрорівень» – це рівень держави; «мікрорівень» – це рівень первинної господарської одиниці – підприємства (установи, організації); «особистісний рівень» – це рівень окремої людини, зокрема зайнятої, працівника. Зазначений поділ детермінант на рівні та, відповідно, й визначення соціально-економічного змісту здоров'я дозволяє більш систематизовано і диференційовано підійти до проблеми його збереження. Тому запропонуємо структурну модель впливу здоров'я на соціально-економічні процеси в системі забезпечення людського розвитку (рис. 1.4).



Рис. 1.4. Структурна модель впливу здоров'я на соціально-економічні процеси в системі забезпечення людського розвитку

Джерело: складено автором за [184, с. 44–49].

З рис. 1.4 видно, що здоров'я громадян формується з урахуванням впливу трьох рівнів і відповідних детермінант: макрорівень (вплив економічних, екологічних, політичних, соціальних й інших факторів на рівні держави); мікрорівень (умови праці, розмір заробітної плати, продуктивність праці, обсяги виробництва, взаємовідносини в колективі тощо) особистісний рівень (вибір людиною способу життя, спираючись на наведені вищі рівні). Це дало можливість визначити роль і місце категорії здоров'я в системі формування поведінки, направленої на збереження здоров'я зайнятого населення України (рис. 1.5).

Таким чином, базуючись на дослідженні вищенаведених понять, запропонуємо визначення нового поняття *«збереження здоров'я зайнятого населення»*, під яким розуміється *«сукупність заходів впливу на макро-, мікро-, особистісному рівнях (організаційні, економічні, соціальні, санітарно-гігієнічні, лікувально-профілактичні та ін.) на формування мотивації у зайнятого населення та роботодавців до збереження здоров'я (в побуті, на виробництві, під час відпочинку) на основі дотримання принципів здорового способу життя, профілактики захворюваності, гідної праці й справедливості, асертивності та нонконформізму, спрямованих на досягнення високого рівня економічної активності, працездатності, продуктивності і трудового довголіття»*.

На рис. 1.5 відображено роль і місце категорії здоров'я в соціально-економічних процесах та системі формування поведінки, направленої на ЗЗЗНУ України. Так, здоров'я як фізична складова забезпечує фізичну працездатність організму (впливає на важкість і напруженість праці); як душевна – формує поведінкові реакції людини та визначає можливості щодо протидії захворюваності, реалізацію поведінки, направленої на збереження здоров'я; як соціальна – сприяє формуванню соціального капіталу, забезпеченню гідної праці та гідного рівня життя; як економічна складова сприяє формуванню людського капіталу, підвищенню продуктивності, забезпеченню людського розвитку.

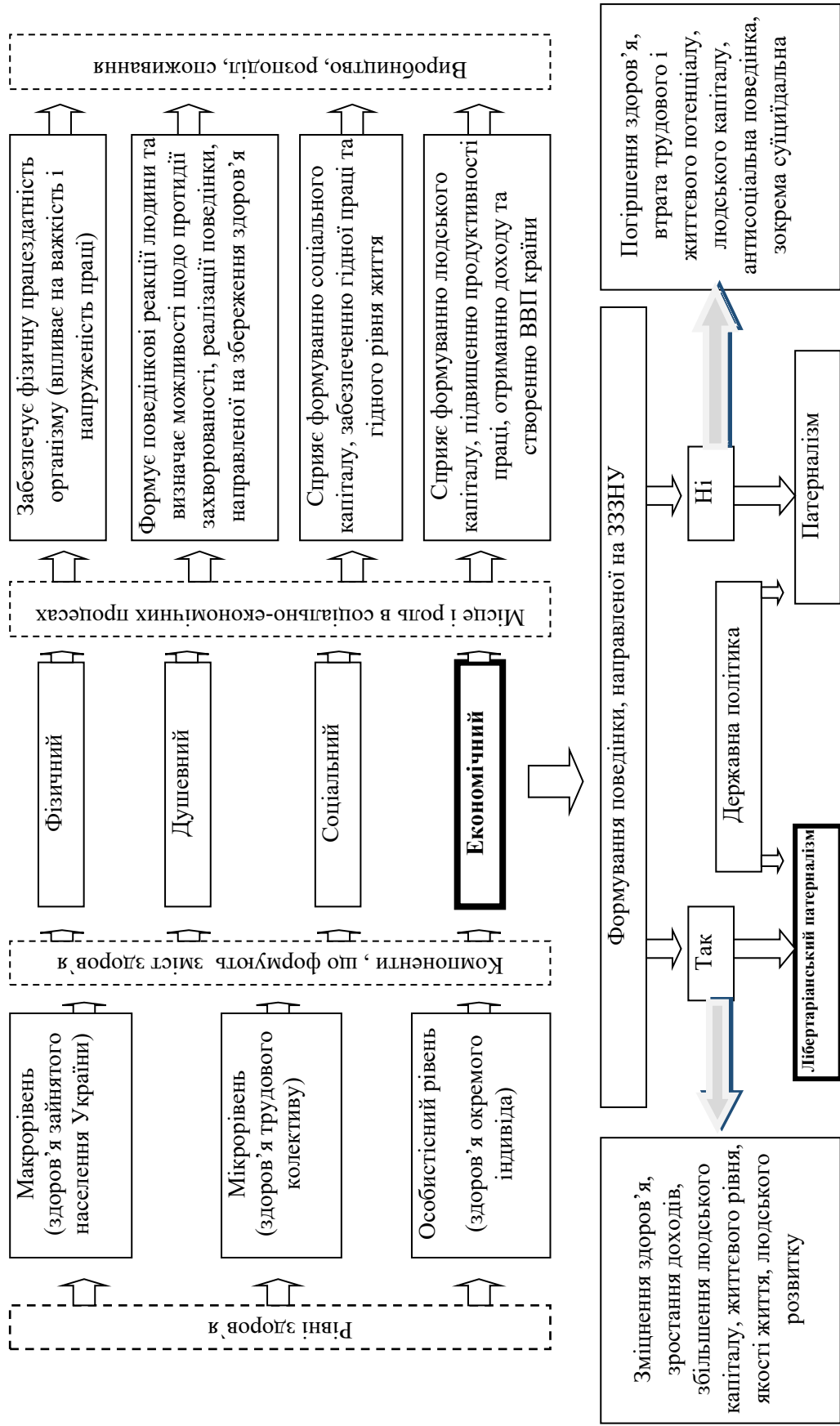


Рис. 1.5. Роль і місце категорії здоров'я в системі формування поведінки, направленої на ЗЗЗНУ України

Джерело: розроблено автором.

Таким чином, враховуючи різні погляди вчених на визначення сутності здоров'я, запропоновано поглибити сутність категорії здоров'я з позиції введення економічної її складової – *це стан економічного добробуту людини, який характеризується її здатністю до економічної діяльності, до забезпечення достатнього рівня економічної активності, продуктивності праці й формування передумов високої якості життя, зокрема трудового.*

1.2 Визначення сутності процесу, факторів та умов збереження здоров'я зайнятого населення в системі людського розвитку України

Сьогодні набуває нового значення в межах людського розвитку *«концепція гідної праці»*, де якість трудового життя розглядається пріоритетним в політиці зайнятості. В ХХІ сторіччі базовими компонентами методології економічної науки виступають *«людський розвиток»* і *«гідна праця»*. Вище було наголошено, що розроблена концепція людського розвитку дозволила сформулювати принципово інноваційний підхід до розуміння сучасних глобалізаційних змін, зокрема суспільного прогресу. В центрі цього підходу розміщена людина з її розширеними можливостями і правом вибору, зокрема щодо створення умов здорового життя.

Існує взаємозв'язок між людським розвитком, зайнятістю і гідною працею. Під *«гідною працею»* розуміємо гідну заробітну плату, ефективну зайнятість, збалансований ринок праці, ефективні системи соціального страхування, соціального захисту та соціальних послуг, соціальний діалог і відповідальність, дотримання трудових прав, повага інтересів зайнятого населення, гендерна рівність, безпечні умови праці, сильні професійні спілки [185].

Так, в процесі зайнятості відбувається використання трудового потенціалу зайнятого населення та формування нових якісних можливостей. Наприклад,

певний дохід, який отримає зайнята людина в процесі зайнятості, задовольняє потреби як сьогодні, так і в майбутньому, що, в свою чергу, є передумовою формування людського капіталу, зокрема капіталу здоров'я.

В колективній монографії [42] наводиться концептуальна схема людського розвитку, в основі якої лежать такі елементи:

- *продуктивність праці* (відображається в збільшенні продуктивності праці, при якому рівень доходів зайнятого населення зростатиме, що дозволяє розширити коло можливостей, зокрема, це стосується підвищення рівня соціального статусу, здоров'я та інших можливостей);
- *рівність* (знаходить відображення у формуванні гендерної рівності на ринку праці, рівності в доступі до робочих місць, економічних сфер діяльності тощо);
- *стійкості і розширення можливостей* (соціальний діалог, соціальний захист, що забезпечує стійкість і розширення можливостей).

Важливим аспектом дослідження здоров'я як соціально-економічної категорії є *«якість життя»*, яка дуже тісно пов'язана з категорією середньої тривалості життя. Аналіз поглядів вчених на трактування поняття *«якість життя»* та його компонент дозволяє зробити висновок, що *здоров'я є одним із головних факторів, що його формують*, а, отже, цілком справедливо його розглядаємо з позиції економічної категорії та економічного підходу до пояснення людської поведінки [186; 187, с. 1430; 188, с. 6–10].

На сьогодні існує багато трактувань категорії *«якість життя»*, яка розглядається як об'єктивна характеристика, що визначає матеріальні умови та засоби життєзабезпечення людини (якість харчування, житлові умови, якість навколишнього середовища, система охорони здоров'я, освіта, сфера обслуговування населення); оцінне ставлення людини до життєвих умов і різних матеріальних і культурних благ, наприклад, задоволеність життям, повнота реалізації людиною свого внутрішнього потенціалу; системне поняття, яке відображає єдність всіх компонентів способу життя [189; 190, с. 52–53; 191].

Взаємозв'язок між здоров'ям і способом життя можна простежити на підставі проведення аналізу понять, зокрема: «ЗСЖ», «здоров'язберігальна ментальність»; «збереження здоров'я, зокрема самозбереження». Так, категорія ЗСЖ характеризує свідому можливість населення, зокрема зайнятої його частини, в оптимальних умовах для здоров'я виконувати побутові, суспільні і професійні функції. Наведемо чотири групи підходів до розуміння поняття ЗСЖ [192, с. 68–69; 193], які визначають його через :

- *поведінку, яка спрямована на збереження власного здоров'я (самозбереження) з метою забезпечення можливості займатись трудовою, побутовою і суспільною діяльністю;*
- *діяльність людини, яка проявляється в дотриманні складових «формули здоров'я», зокрема раціонального харчування та відпочинку, фізичної й розумової активності, принципів вчасного звернення за медичною допомогою та нонконформізму стосовно шкідливих звичок тощо;*
- *духовну сферу особистості, гармонію фізичного, духовного і соціального способу життя;*
- *забезпечення фізіологічних потреб людини.*

Враховуючи структурні рівні дослідження проблеми ЗСЖ, в цьому аспекті поділимо їх на дві частини. Перша – це макрорівень та мікрорівень, на яких досліджується здоров'я зайнятого населення з позиції «збереження». На особистісному рівні (на рівні індивіда, зайнятої особи) здоров'я розглядається з позиції «самозбереження». Розглядаючи дефініцію «самозбереження здоров'я» в соціально-економічному контексті звернемо увагу на дослідженнях українських вчених-економістів, демографів, соціологів, де відображено взаємозв'язок між категоріями «ЗСЖ» та «самозбереження здоров'я». Але перед цим наведемо зміст терміна «самозбереження». Так, здоров'я і його збереження виступає вищою цінністю суспільства, а здоров'я і його самозбереження, відповідно, – цінністю для індивіда (працівника). Зрозуміло, що саме найважливіша для людини цінність здоров'я має лежати в основі

мотивації зайнятого населення до його збереження та забезпечення якісного життя.

Самозбереження розуміється як вічна спонукальна сила [194, с. 1087]; турбота про своє здоров'я, задоволення своїх інтересів, найбільше з усіх благ, здатність людини до отримання власної вигоди, першооснова для людини, все те, що є для неї нешкідливим [195, с. 112–118]; забезпечення основних інстинктів, зокрема: фізіологічних [196, с. 11–14]; право людини розпоряджатись своїм життям, зокрема трудовим [197].

Саме тому для України на сучасному етапі розвитку вирішального значення мають набути засоби самозбережувальної поведінки населення, поширення ЗСЖ, що передбачає зміну ціннісних орієнтацій, формування розумного ставлення до власного життя, до здоров'я і життя родини та всього суспільства, зокрема під час виконання своїх трудових обов'язків [198, с. 24].

Під «ЗСЖ», яке наближене до поняття «самозбереження здоров'я», розуміють: складову людських цінностей, засіб формування, зміцнення і збереження здоров'я; мету, за допомогою якої людина може відмовитись від шкідливих звичок, підвищити свою соціальну активність і соціальний статус, реалізувати потреби у самовдосконаленні, досягти високої працездатності тощо [133]; професійну цінність, невід'ємну частину професійної діяльності особистості, спрямовану на зміцнення здоров'я, працездатності, підвищення творчої активності і трудового довголіття [199, с. 34–56].

ВООЗ приділяє особливу увагу питанням інвестицій в здоров'я, а формування ЗСЖ вважається настільки важливим, що була започаткована Веронська ініціатива та розробка програми Європейським офісом ВООЗ «Інвестиції в здоров'я» [200]. Дана програма проголошує здоров'я одним із найважливіших політичних пріоритетів для країн, які входять в ЄС. Крім того, важливим інструментом підвищення рівня самозбереження здоров'я є інституціональна взаємодія між країнами ЄС, ОЕСР та іншими структурними об'єднаннями [201], Європейською обсерваторією з систем та політики в галузі

охорони здоров'я (The European Observatory on Health Systems and Policies) [202], мережею Go4Health [203–204], міжнародним медичним партнерством – УНС2030 [205].

Формування ЗСЖ, зокрема самозбереження здоров'я ґрунтується на таких ідеологічних засадах, як: пріоритет цінності здоров'я в світоглядній системі цінностей людини; сприйняття здоров'я як стану повного добробуту (фізичного, душевного, соціального і економічного) [206, с. 67–84]; відродження України, реформування всіх сфер її життєдіяльності [207; 208, с. 131]; симбіоз макрорівня, мікрорівня і особистісного рівня в напрямку мотивації населення, зокрема зайнятого, до збереження здоров'я в системі забезпечення людського розвитку.

Здоров'я зайнятого населення має бути оцінено як ресурс для забезпечення суспільно-корисної діяльності, воно має бути джерелом життєдіяльності, а не метою виживання, що відбувається в сучасній Україні. Так, раціональний спосіб життя як результат свідомого вибору людини перетворився на ключовий фактор здоров'я і довголіття в усіх розвинених країнах світу. Західноєвропейські країни дедалі більше впроваджують широкомасштабні заходи в сфері здоров'я, які направлені на реалізацію навчальних програм в системі безперервної освіти, зокрема, які формують компетентності забезпечення передумов збереження здоров'я (фізична активність, відпочинок, харчування, зняття стресів тощо). Зазначені заходи дозволили розвинутим країнам світу за останні чотири десятиріччя збільшити середню тривалість життя на 10 років [209, с.119–120].

Про актуальність посилення збережувальної поведінки зайнятого населення свідчить той факт, що з 2016 року в Україні почала діяти економічна частина Зони вільної торгівлі з країнами ЄС, а це покладає додаткові зобов'язання щодо дотримання соціальних принципів ЄС в контексті ЗЗЗНУ, також щодо забезпечення однакових можливостей для підтримки здоров'я, збереження ТП; формування нормативно-правової бази стимулювання ЗСЖ; орієнтації діяльності системи охорони здоров'я на допомогу населенню щодо

збереження здоров'я і формування відповідної культури у громадян України. При цьому освіта [210, с. 74–80] та профілактика захворюваності розглядаються як елемент самозбережувальної поведінки та є важливими напрямками інвестування у здоров'я.

Свободу вибору людиною власного способу життя в умовах, коли можна по-різному використовувати наявні блага і по-різному формувати набір цих благ, характеризує концепція якості життя – *«концепція можливостей»* [211, с. 95]. Отже, виникає закономірний висновок, що саме від людини, працівника залежить його власне життя, а також його здоров'я. Адже відомо, що жодна країна світу не може гарантувати досягнення всіма громадянами такого важливого елемента життя, як високий рівень здоров'я. Тому багато чого залежить від самої людини, її поведінки, також в напрямку збереження здоров'я. *Отже, обґрунтуємо відмінність між самозбереженням і збереженням здоров'я.* Так, під *«самозбереженням здоров'я»* розуміємо дії зайнятого населення (на особистісному рівні) в напрямку збереження власного здоров'я, тобто тут виокремлюється принцип самостійності, добровільності, власної волі. Термін *«збереження здоров'я»* застосовується в дослідженні як система заходів держави (макрорівень), роботодавців (мікрорівень), працівників (особистісний рівень), яка направлена на мотивацію зайнятого населення до збереження здоров'я.

Розглядаючи концепцію якості життя, пов'язану зі здоров'ям, відмітимо, що вона охоплює низку взаємозалежних аспектів: збереження фізичних функцій і ступінь фізичних страждань; психологічний стан (відчуття незалежності і задоволення своїм життям на сьогодні); можливість професійної діяльності; якість соціальних контактів тощо, тобто в цю концепцію системно входять такі параметри функціонування особистості: фізичні, психологічні, соціальні та економічні. Багатофакторність концепції якості життя, пов'язана зі здоров'ям, визначається впливом різних факторів і аспектів індивідуального та соціального життя [212–215]:

- *медичні фактори* (вплив самого захворювання, його симптомів на обмеження функціональних можливостей внаслідок захворювання; також вплив лікування на повсякденне життя зайнятого населення);
- *психологічні фактори* (суб'єктивне ставлення зайнятого населення до свого здоров'я; ступінь їх адаптації до хвороби і можливості виконання ними звичних функцій, які відповідають їх соціальному статусу);
- *соціально-економічні фактори*.

В економічній літературі виділяють додаткові поняття «якість робочої сили» та «якість трудового життя». Під *«якістю робочої сили»* розуміють сукупність властивостей індивідуума, які проявляються в процесі праці та охоплюють кваліфікацію й особистісні характеристики працівника, його фізіологічні і соціально-психологічні особливості (стан здоров'я, розумові здібності, також адаптованість, профорієнтованість і професійну придатність [216]). Під *«якістю трудового життя»* розуміють умови виробничої життєдіяльності, що дозволяє врахувати ступінь реалізації інтересів працівника і використання його можливостей (інтелектуальних, творчих, моральних, організаційних тощо) [217, с. 17–19]. Якість трудового життя знаходить своє відображення у підвищенні почуття задоволеності працею, у прагненні підвищувати кваліфікацію [218], у задоволенні потреб зайнятого населення в професійній реабілітації, творчій та колективній праці, справедливій трудовій винагороді, у дотриманні роботодавцями вимог законодавства про працю, у комфортному соціально-психологічному кліматі [219, с. 70–71]; у створенні механізмів, за допомогою яких співробітник отримує повний доступ до процесу прийняття рішень, які визначають його життя на роботі [220, с. 39; 221, с. 79–82; 222; 223]; у розвитку соціально-побутової сфери, охорони довкілля.

В теорії також виділяють таке поняття, як *«всеохоплююче управління якістю життя»*, яке базується на концепції цілеспрямованої системи методів у всіх сферах життєдіяльності; системному управлінні ресурсами, персоналом, процесами на всіх рівнях управління та в усіх сферах життєдіяльності,

орієнтується на якість життя конкретної людини, групи людей і суспільства в цілому. Важливим елементом управління якістю трудового життя є запровадження механізму ЗСЖНУ. Так, в дисертації [224] наведений механізм, який складається з таких елементів: дотримання ЗСЖ: забезпечення реалізації профілактичних заходів, направлених на своєчасне виявлення і лікування захворювань, зокрема професійно зумовлених; професійна діяльність в гідних умовах праці при забезпеченні вибору робочих місць в напрямку мінімізації негативного впливу шкідливих (небезпечних) факторів виробничого середовища.

З розвитком ринку праці важливою функцією роботодавців стає підвищення якості трудового життя – рівня задоволення особистих потреб робітників через їх діяльність в організації. Таким чином, з метою підвищення якості трудового життя потрібно мати певний базис або концепцію, яка б також була направлена на збереження здоров'я зайнятого населення [225, с. 146]. Тому якість трудового життя можна підвищити, якщо змінити в кращу сторону будь-які параметри, які впливають на життя людей: здоров'я, освіти, професіоналізм, порядність, творчі здібності тощо. Це такі, як: робота має бути цікавою; робота має здійснюватися в безпечних умовах праці [226–229]; праця зайнятого населення має бути оцінена справедливо [230, с. 469–471]; забезпечення можливості використання робітниками соціально-побутової інфраструктури підприємства, також побутового і медичного обслуговування; розвиток дружніх стосунків з колегами [231]; праця в інноваційних формах зайнятості [232–239].

Якість трудового життя характеризується об'єктивними (тривалість робочої зміни, розмір доходу, зокрема заробітної плати, умови праці) і суб'єктивними (справедливість винагороди, цікавість роботи, можливості кар'єрного зростання тощо) факторами. В системі соціально-трудових відносин якість трудового життя залежить від факторів, які впливають на здоров'я зайнятого населення, зокрема це: зацікавленість працівника в своїй роботі, задоволеність професією і посадою; створення можливостей для

професійного розвитку, адже відомо, що чим вищий рівень освіти, тим здоров'я зайнятого населення буде кращим; забезпечення гідної оплати праці, адже, чим вищий рівень добробуту, соціально-економічний статус зайнятої особи, тим здоров'я буде кращим; формування на підприємстві ефективної кадрової, управлінської політики менеджменту, що дозволить працівникам бути впевненими у справедливості управлінських рішень та бути причетними до їх прийняття; створення передумов для гідних умов зайнятості.

Гідні умови зайнятості розглядаються як частина «*гідної праці*», яка, відповідно до «*Концепції гідної праці*» МОП, ґрунтується на таких засадах [173, с. 242–243]:

- забезпечення реальних можливостей знаходження роботи працездатними особами, які мають бажання, зокрема реалізувати їх економічну активність на ринку праці України;
- створення умов вільного вибору найбільш прийнятних форм зайнятості та врахування принципів стабільності, самостійності і добровільності під час їх обрання;
- формування передумов для забезпечення продуктивної роботи на ринку праці, що дає змогу зайнятим громадянам отримувати гідну оплату праці з метою реалізації своїх потреб;
- створення рівних умов для всіх працівників, унеможливлення дискримінації зайнятого населення на ринку праці та забезпечення можливостей поєднання службових обов'язків і особистого життя;
- створення безпечних умов праці;
- передбачення можливості представництва зайнятого населення в професійних об'єднаннях і організаціях;
- забезпечення принципу людської гідності під час виконання трудових обов'язків працівниками, зокрема це враховує аспекти поваги керівництва до

своїх підлеглих; права вільного висловлення поглядів працівниками та брати участь у прийнятті рішень в межах реалізації системи соціального партнерства.

Таким чином, розглянуті основні засади концепції гідної праці актуалізують її реалізацію на сучасному ринку праці України, що має сприятливо вплинути на збереження здоров'я зайнятого населення. Адже повномасштабна реалізація прав громадян України на працю, справедливу заробітну плату, безпечні і здорові умови праці, кар'єрне зростання, відпочинок і соціальне партнерство стане підґрунтям зростання людського розвитку.

Розглядаючи наведений вище базовий принцип людського розвитку відмітимо, що забезпечення здорових і безпечних умов праці для зайнятого населення є одним із важливих завдань державної соціально-економічної політики. Так, аналізуючи Загальнодержавну цільову соціальну програму «Збереження і розвиток трудового потенціалу України на 2008–2017 роки» можна сказати, що збереження життя і здоров'я зайнятого населення є одним із першочергових пріоритетів розвитку трудового потенціалу, особливо це набуває актуальності в сучасних умовах протікання демографічної кризи в Україні.

Вітчизняні вчені У. Лотоцька-Дудик, Н. Крупка в статті [240] наголошують, що попередження виникнення нещасних випадків та професійних захворювань, порівняно з компенсацією матеріальних втрат від них, є більш гуманним і економічно доцільним для соціальної держави, а збереження життя і здоров'я зайнятого населення є ефективним заходом політики, направленої на профілактику захворювання зайнятого населення. Цілком погоджуюсь з наведеними висновками, адже профілактика виникнення захворюваності, збереження життя і здоров'я зайнятого населення нині розглядається як перспективний напрямок побудови ефективної системи громадського здоров'я в Україні в системі людського розвитку.

Механізм забезпечення збереження життя і здоров'я зайнятого населення полягає у створенні ефективної системи управління охороною праці на вітчизняних підприємствах. Головне завдання охорони праці (відповідно до Закону України «Про охорону праці») – це розробка ефективних заходів і засобів (правових, соціально-економічних, організаційно-технічних, лікувально-профілактичних), направлених на збереження життя, здоров'я і працездатності працівника при виконанні ним своїх службових обов'язків.

Зайняте населення під час своєї професійної діяльності відчуває вплив сукупності факторів трудового процесу та виробничого середовища (умов праці), які впливають на збереження його здоров'я і рівень працездатності та продуктивності. Відповідно до рекомендацій МОП виділяють такі групи факторів виробничого середовища і трудового процесу, які впливають на працездатність і здоров'я зайнятого населення, зокрема це [173, с. 347–348]:

- *фізичні зусилля* (піднімання, переміщення, перенесення вантажів);
- *нервова напруга* (висока відповідальність, інтелектуальне навантаження, складність розрахунків, особливі вимоги до якості або точності);
- *темпи роботи* (кількість трудових рухів за одиницю часу);
- *робоче положення* (положення тіла людини щодо засобів виробництва);
- *монотонність роботи* (багаторазовість повторення одноманітних операцій, циклів, дій);
- *температура, вологість, теплове випромінювання в робочій зоні;*
- *забрудненість повітря робочої зони;*
- *виробничий шум;*
- *вібрація, обертання, поштовхи на робочому місці працівника;*
- *освітленість робочої зони зайнятого населення.*

Відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Державних санітарних норм та правил «Гігієнічна класифікація праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу»» (ГКП) [241] під час

виконання зайнятим населенням своїх функціональних обов'язків на них діють такі шкідливі (небезпечні) виробничі фактори (ШНВФ), які згруповані і охарактеризовані в таблиці 1.4.

Таблиця 1.4

**Види шкідливих (небезпечних) виробничих факторів
та їх характеристика**

Види ШНВФ	Характеристика ШНВФ
Фізичні	Мікроклімат (температура, швидкість руху повітря, вологість, інфрачервоне випромінювання).
	Барометричний тиск.
	Неіонізуючі електромагнітні поля та випромінювання: постійні магнітні поля, електростатичні поля, електричні та магнітні поля промислової частоти (50 Гц), електромагнітні випромінювання оптичного діапазону, зокрема лазерне та ультрафіолетове; електромагнітне випромінювання радіочастотного діапазону.
	Іонізуючі випромінювання.
	Виробничий шум, інфразвук, ультразвук.
	Вібрація (локальна, загальна).
	Освітлення: штучне (недостатня освітленість, прямий і відбитий сліпучий відблиск тощо), природне (відсутність або недостатність).
	Іонізація повітря.
Хімічні	Речовини хімічного походження, аерозолі фіброгенної дії (пил); деякі речовини біологічної природи, які отримані хімічним синтезом та/або для контролю яких використовуються методи хімічного аналізу.
Біологічні	Мікроорганізми – продуценти, живі клітини та спори мікроорганізмів, що містяться в бактеріальних препаратах, патогенні мікроорганізми.
Фактори трудового процесу	Характеризується важкістю і напруженістю праці. Так, важкість праці визначається рівнем загальних енергозатрат організму, масою вантажу, що піднімається і переміщується, фізичним динамічним навантаженням, загальною кількістю стереотипних робочих рухів, робочою позою, величиною статичного навантаження, переміщенням у просторі. Напруженість праці відображає навантаження переважно на центральну нервову систему, емоційну сферу працівника, органи чуттів.

Джерело: складено автором за [241].

Отже, на зайняте населення під час трудової діяльності впливають ШНВФ, зокрема фізичні, хімічні, біологічні фактори та фактори трудового процесу, які визначають умови праці. Умови праці, відповідно до наведеної вище ГКП, поділяють на такі чотири класи [241]:

- *оптимальні умови праці* – це такі умови, які забезпечують передумови для підтримання високого рівня працездатності та не впливають шкідливо чи небезпечно на здоров'я зайнятого населення;

- *допустимі умови праці* – такі умови праці, при яких фактичні значення виробничих факторів не перевищують встановлених відповідних гігієнічних нормативів, при цьому можливі зміни функціонального стану організму будуть відновлені за час регламентованого відпочинку, або до початку наступної робочої зміни і не призводять до негативного впливу на здоров'я зайнятого населення та на їх нащадків (в найближчому і віддаленому періодах);

- *шкідливі умови праці* – це такі умови, при яких фактичні значення виробничих факторів перевищують встановлені відповідні гігієнічні нормативи та негативно впливають на здоров'я зайнятого населення та/або його нащадків (шкідливі умови поділяються на чотири ступеня шкідливості, від першого (менша імовірність погіршення здоров'я при впливі виробничих факторів) до четвертого (велика імовірність погіршення здоров'я, що призводить до зростання хронічної патології та рівнів захворюваності з тимчасовою втратою працездатності, а також до розвитку важких форм професійно зумовлених захворювань);

- *небезпечні умови праці* – це такі умови, при яких вплив виробничих факторів протягом робочої зміни, або її частини, створює високу імовірність небезпеки для здоров'я і життя, надзвичайно високий ризик виникнення гострих професійних уражень, зокрема важких їх форм.

Використовуючи ГКП роботодавці мають можливість розробляти комплекс ефективних заходів покращення умов праці для зайнятого населення та проведення профілактичних заходів з метою усунення шкідливого (небезпечного) впливу виробничих факторів на їх життя і здоров'я. Крім того, зайняте населення в процесі трудової діяльності має право ознайомитись з «*Картою умов праці*», яка дає можливість отримати всю інформацію про вплив

на робочому місці виробничих факторів на його здоров'я, про компенсації та доплати за шкідливі або небезпечні умови праці.

Потрібно зазначити, що недотримання роботодавцем основних положень Закону України «Про охорону праці», зокрема забезпечення права зайнятого населення на гідні умови праці, проведення атестації робочих місць, організація навчання з охорони праці і інструктажів, проведення медичних оглядів, забезпечення зайнятого населення засобами індивідуального захисту, спеціальними продуктами харчування (в разі необхідності) тощо може призвести до значних втрат для підприємства і зайнятого населення.

Так, відповідно до «Інструментарію розрахунку збитків від нещасних випадків на виробництві» [242] економічні втрати від нещасних випадків на виробництві класифікуються за такими основними ознаками:

- *за ступенем важкості* (втрати, пов'язані зі смертельним нещасним випадком, з встановленням інвалідності, тимчасовою непрацездатністю та ін.);
- *за економічним змістом* (втрати, пов'язані зі скороченням обсягів виробництва, з відшкодуванням працівнику і членам його родини матеріальної та моральної шкоди, заподіяної здоров'ю; втрати, що пов'язані з відновленням здоров'я потерпілого; збитки, пов'язані з розслідуванням нещасного випадку або професійного захворювання та ліквідацією їх наслідків; втрати, пов'язані з проведенням перенавчання працівника, або навчання нового працівника, який замінив того, хто вибув через нещасний випадок, або професійне захворювання та ін.);
- *за рівнями відшкодування витрат* (виробничі, позавиробничі, інші економічні витрати, зокрема втрата ВВП; організаційні, технічні, санітарно-гігієнічні та ін.).

Тому розглянемо матеріальні втрати роботодавців України через виникнення нещасних випадків та професійних захворювань. Так, у 2019 році зазначені витрати роботодавців становили 0,57 млрд грн, зокрема, відшкодування витрат відповідно до листків непрацездатності – 94,3 млн грн; сума відшкодування на похорон – 2,55 млн грн; відшкодування втрат

потерпілому у разі його переведення на легшу роботу – 0,37 млн грн; сплата штрафів посадовими особами підприємства за порушення вимог Закону України «Про охорону праці», зокрема за приховування нещасних випадків та професійних захворювань – 0,15 млн грн; вартість відшкодування майна (устаткування, зруйнованих будівель), яке було зіпсовано, – 456,2 млн грн; інші витрати – 13,04 млн грн [243].

Далі узагальнимо основні засади розвитку соціально-трудових відносин у сфері охорони праці в контексті збереження здоров'я зайнятого населення в системі забезпечення людського розвитку. Так, використовуючи модель здійснення комплексного оцінювання соціально-трудових відносин у сфері охорони праці [244, с. 191], збереження здоров'я зайнятого населення залежить від комплексної системи факторів, серед яких головними є:

- *організаційне та інституціональне забезпечення соціально-трудових відносин* – укладання на підприємствах угод (Генеральної, регіональної, галузевої) і колективних договорів та максимальне охоплення ними зайнятого населення; мотивація зайнятого населення до участі в забезпеченні охорони праці;

- *створення гідних умов праці* – забезпечення системи заходів та засобів (організаційних, соціально-економічних, технічних, лікувально-профілактичних, санітарно-гігієнічних), спрямованих на покращення умов праці, зменшення рівня виробничого травматизму та професійних захворювань і, як наслідок, скорочення непродуктивних витрат на компенсацію за роботу в шкідливих (небезпечних) умовах праці тощо;

- *реалізація системи соціального захисту зайнятого населення* – планування і фінансування витрат на охорону праці в межах реалізації Закону України «Про охорону праці»;

- *дотримання роботодавцями основних положень колективних договорів*, зокрема в частині компенсації матеріальної і моральної шкоди, яка завдана працівнику через виникнення нещасних випадків та професійних захворювань;

забезпечення відшкодування матеріальної і моральної шкоди працівнику через виникнення нещасного випадку або професійного захворювання відповідно до Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування».

Важливого значення в системі людського розвитку і ЗЗЗНУ набуває регулювання індивідуальних трудових відносин, зокрема з питань охорони праці, шляхом запровадження *соціальної відповідальності* роботодавця через надання працівнику *соціального пакета*. Соціальний пакет містить як зобов'язання роботодавця в напрямку реалізації законодавчих і додаткових пільг і гарантій з охорони праці, так і зобов'язання самого працівника стосовно виконання вимог з охорони праці, що спрямовано на збереження здоров'я в процесі виконання ним своїх трудових обов'язків.

ЗЗЗНУ тісно пов'язано зі стрімкою поширеністю інноваційних форм зайнятості, які мають дуальний характер впливу на здоров'я зайнятого населення України [49, с. 43–44], зокрема це:

- *дистанційна зайнятість* – зайнятість поза межами підприємства (установи, організації) на постійній основі;
- *сезонна, проектна, тимчасова зайнятість* – реалізується на період виконання певного комерційного проекту, робіт, зокрема в межах календарного сезону;
- *спільна зайнятість (парасоликові організації, коворкінг, кооперативи)* – зайнятість, що уможливлює залучення кваліфікованого зайнятого населення на засадах спільного розподілу витрат, економії на веденні бізнесу;
- *неповна, часткова зайнятість* – зайнятість, при якій персонал є зайнятим на неповний робочий день;
- *мобільна зайнятість на основі використання інформаційно-комунікаційних технологій* – зайнятість, що дає змогу працювати автономно, забезпечуючи економію часу та витрат;
- *аутстафінг (англ. – зовнішній персонал), лізинг персоналу (оренда персоналу з правом подальшого найму)* – залучення до виконання певних

функцій у компанії персоналу, що не є її співробітниками. Персонал орендується, або береться у лізинг у спеціалізованої агенції;

- *аутсорсинг* (англ. – *зовнішнє джерело*), підряд – доручення виконання окремих непрофільних функцій підприємства зовнішнім компаніям або особам;

- *фріланс* – віддалена робота за допомогою Інтернет – оффлайнове виконання нерегулярних завдань. Виконання спеціалістом певних завдань на замовлення підприємства на періодичній основі (замовниками фрілансера можуть бути кілька підприємств одночасно);

- *колективна праця* – завдяки розвитку Інтернет підприємства можуть легко отримати доступ до широкого кола своїх споживачів та заохотити їх до співпраці, не завжди оплачуваної;

- *самозайнятість* – тип зайнятості, що наближається за своїми характеристиками до підприємницької діяльності. Проте, завдяки доступу до Інтернету та сучасних технологій, вона може поширюватися на інші види діяльності;

- *онлайн-зайнятість* – діяльність, пов'язана з заробітком коштів в мережі Інтернет;

- *хобі як джерело доходу* – продаж результатів роботи.

Таким чином, розглянуті вище форми зайнятості, зокрема інноваційні, дозволяють отримати позитивні ефекти для макрорівня, мікрорівня та особистісного рівня, зокрема *демократизувати* сферу зайнятості. Це стосується питань трудової мобільності, балансу часу роботи і відпочинку, економії фінансових ресурсів на проїзд до робочого місця; можливості забезпечення роботою осіб з фізичними вадами, поєднання навчання з роботою, соціальної мобільності, підвищення конкурентоспроможності й продуктивності праці, поліпшення якості трудового життя. Таким чином, з одного боку, сучасні форми зайнятості дають можливість створити передумови для людського розвитку, зокрема, це зростання середньоочікуваної тривалості життя, підвищення рівня освіти та економічного благополуччя.

З іншого – потрібно вказати на такі негативні тенденції, які несуть загрозу для економіки та здоров'я зайнятого населення, як фізичного, душевного, соціального і економічного благополуччя. Це, зокрема: оптимізація і зменшення податків і надходжень до бюджетів різних рівнів і соціальних фондів; існування небезпечних тенденцій в соціально-трудої сфері, наприклад, часткова втрата трудових прав, збільшення майнового та соціального розшарування суспільства. Ці та багато інших тенденцій ведуть до *прекаризації* (нестабільності) зайнятості, що може сильно впливати в цілому на здоров'я зайнятого населення.

Варто акцентувати додаткову увагу на *соціальних ризиках, які несуть інноваційні форми зайнятості*, зокрема це [49]:

- *зменшення кількості соціальних контактів* між працівниками, колегами, що призводить до падіння рівня соціального капіталу. Доцільно звернути увагу на існування парадоксу Дж. Камфнера, який пояснює, що нині все більше людей починають демонструвати готовність жертвувати соціальними свободами заради індивідуальних свобод і особистих перспектив. Це негативно позначається на всіх складових здоров'я, особливо душевного і соціального;

- *послаблення ролі соціального діалогу та соціально-трудої відносин* в цілому, адже зайняте населення починає самотійно за себе дбати, без реалізації перевірених часом механізмів захисту своїх прав. Зайняте населення втрачає право на створення з боку роботодавця гідних умов праці, зокрема на соціальний захист, наприклад, в разі настання нещасного випадку та професійного захворювання;

- *виникнення дисбалансу між оптимальним співвідношенням «життя – робота»* на користь роботи, що передбачає більше витрачання часу на роботу, а менше – на родину;

- *соціальне відторгнення і дискримінація* – залучення до інноваційних форм зайнятості передбачає використання праці «комп'ютеризованої», «мобільної», «активної», що більш характерно для молодших вікових груп

зайнятого населення. Тому люди середніх і старших вікових груп будуть відчувати дискримінацію, що в підсумку може призвести до відторгнення від зайнятості через неможливість знаходження бажаної роботи відповідно до фаху тощо;

- *погіршення психічного здоров'я* – дефіцит спілкування, перенапруження на роботі, тривала робота без перерв тощо може призвести до напруження психологічного стану, стресів, депресій, емоційного вигорання тощо;

- *погіршення фізичного здоров'я* – викликається скороченням рухової активності, формування умов праці «*сидячого способу життя*», який веде до погіршення функціонування всіх систем і органів організму зі зростанням абсентеїзму і навіть настання інвалідизації;

- *деформація цінностей* – зростає роль ринкової концепції «*індивідуалізму*», яка веде до посилення матеріальної складової в життєвих цінностях, а соціальні і духовні цінності зайнятого населення відходять на задній план тощо.

Важливим фактором ЗЗЗНУ в системі забезпечення людського розвитку та розвитку соціально-трудових відносин є *нормування праці*, яке встановлює оптимальний баланс між витратами і результатами праці. Дотримання зазначеного оптимального балансу сприятливо впливає на рівень ЗЗЗНУ, недотримання – веде до зниження рівня людського капіталу здоров'я і його знецінювання. Встановлення відповідних норм потребує врахування таких факторів, як: технологічних і технічних можливостей виробництва, особливостей застосування предметів праці, фізіологічно виправданої інтенсивності і забезпечення нормальних умов праці, використання прогресивних форм, прийомів і методів виробництва тощо.

Об'єктом нормування праці є *робочий час*. Він застосовується з метою забезпечення певної кількості праці, яка необхідна, з одного боку, суспільству з метою забезпечення всіх процесів життєдіяльності, зокрема економічних, соціальних та ін. З іншого боку, робочий час необхідний для реалізації основних прав зайнятого населення в сфері збереження здоров'я, реалізації

всебічного розвитку і відпочинку. МОП та трудове законодавство України визначають, що норма робочого часу відносно робочого тижня має становити 40 годин за нормальних умов праці. З метою збереження здоров'я зайнятого населення, якщо воно працює в шкідливих умовах праці, то норма часу скорочується. Крім того, скорочена норма часу передбачена для окремих категорій населення, наприклад, неповнолітніх осіб, осіб з інвалідністю, матерів, які виховують неповнолітніх дітей та дітей, які потребують додаткового догляду, вагітних жінок та ін.

В економіці праці розрізняють такі поняття, як режими праці і відпочинку. Розглянемо види режимів праці і відпочинку [173, с. 364–367]:

- *змінний* – визначає тривалість змін, час їх початку і закінчення, тривалість і час початку і закінчення перерв у роботі;
- *добовий* – визначає кількість змін (циклів) за добу;
- *тижневий* – передбачає різні графіки роботи, кількість вихідних днів на тиждень, роботу у вихідні чи святкові дні, порядок чергування змін;
- *місячний* – визначає кількість робочих і неробочих днів у даному місяці, кількість зайнятого населення, яке отримує відпустки, тривалість основних і додаткових відпусток тощо.

З метою забезпечення оптимального співвідношення між результатами і витратами праці та збереженням здоров'я зайнятого населення варто враховувати поділ змінного робочого часу на *час роботи* (охоплює час продуктивної і непродуктивної роботи) та *час перерв* (час регламентованих і нерегламентованих перерв). Регламентовані перерви можна поділити на час перерв, зумовлених особливостями техніки, технології та організації виробництва; час перерв, зумовлених трудовим законодавством, і час на відпочинок та на особисті потреби. Час регламентованих перерв поділяється на час перерв, зумовлених недоліками в системі організації виробництва та технологіях; час перерв, зумовлених порушенням трудової дисципліни, та час відпусток з дозволу адміністрації. Нераціональне дотримання норм часу і

відпочинку може призводити до фізичного і нервового напруження, що в кінцевому підсумку призведе до погіршення здоров'я зайнятого населення. З цією метою роботодавці мають дотримуватись наведених вимог ГКП.

Для прикладу, проаналізуємо показники важкості і напруженості праці. Так, візьмемо показник важкості трудового процесу – *загальні енерговитрати організму*. Оптимальними умовами праці вважаються такі, при яких загальні енерговитрати організму складають до 174 Вт, допустимими – до 290 Вт, шкідливими – в межах 291–348 Вт (ступінь шкідливості – 3.1), в межах 349–406 Вт (ступінь шкідливості – 3.2) [241]. Наступним показником, який характеризує напруженість праці, для прикладу, є *зміст роботи*. Оптимальними умовами праці, враховуючи цей показник, є така характеристика, як відсутність необхідності прийняття рішення; допустимими умовами праці, відповідно, – прийняття простих рішень, зокрема завдань згідно з інструкцією; шкідливими умовами праці ((ступінь шкідливості 3.1), – відповідно, вирішення складних завдань з вибором за алгоритмом, наприклад, робота за серією інструкцій; (ступінь шкідливості 3.2), відповідно, – евристична (творча) діяльність, що вимагає вирішення складних завдань за відсутності алгоритму; особисте керівництво в складних ситуаціях) [241]. Таким чином, з метою ЗЗЗНУ, в системі формування якості трудового життя і забезпечення людського розвитку, роботодавцям необхідно забезпечувати умови праці зайнятому населенню на рівні не нижче допустимих, а працівникам – дотримуватись правил і вимог охорони праці, дотримуватись режимів праці і відпочинку тощо.

1.3 Концептуальні засади мотивації зайнятого населення до збереження здоров'я

Головним мотивом збереження здоров'я зайнятого населення має стати досягнення високого рівня трудової активності, що вимагає змінити чинний принцип соціальної політики в сфері охорони здоров'я «з орієнтації не на збільшення обсягів фінансування медичних закладів, а на *профілактику*

захворюваності». Тому формування механізму збереження здоров'я зайнятого населення України в системі забезпечення людського розвитку не має альтернатив, адже через захворюваність, пов'язану з умовами праці, воно пропускає до 75 % всіх втрачених робочих днів через хворобу [245, с. 692].

Важливо наголосити, що в процесі реформування галузі охорони здоров'я України була зруйнована система «Семашко» з відповідними їй стереотипами свідомості і поведінки, натомість не створена нова, яка могла б мотивувати зайняте населення самостійно турбуватися про свій стан здоров'я. За відсутності у нього мотивації до збереження здоров'я будь-які програми і заходи будуть малоефективними або взагалі неефективними. Чим нижчий рівень мотивації до збереження здоров'я серед зайнятого населення, тим нижчі рівні здоров'я та його добробуту.

В нинішніх ринкових умовах проявляються тенденції до приховування зайнятим населенням своїх хвороб. Зайняте населення боїться зайвий раз не виходити на роботу через хворобу, адже це може бути причиною звільнення. Тому роботодавцю буде вигідно наймати здорових працівників і тримати їх у своєму складі, а працівникам необхідно бути здоровими, щоб утриматись на підприємстві. В зв'язку з цим у зайнятого населення в умовах ринкової економіки має бути чітка мотивація до збереження власного здоров'я. Працівник має зрозуміти, що *«здоров'я – це найцінніше соціально-економічне благо»*, яке потрібно берегти і примножувати, а роботодавець, відповідно, – мотивувати підлеглих і створювати здорові умови праці. Отже, важливим фактором мотиваційного впливу на формування механізму збереження здоров'я є свідомість працівника. Внаслідок низької свідомості значної частини зайнятого населення України щодо турботи про своє здоров'я, яка знаходиться на задньому плані, це веде до нехтування здоров'ям, його руйнування і повного знецінення. Таким чином, мотивація зайнятого населення до збереження здоров'я має розглядатись як ключовий фактор якості трудового життя та, в цілому, його добробуту.

В основі якості трудового життя лежить теорія мотивації. Як відомо, під мотивом розуміють стимулювання людської поведінки, що ґрунтується на суб'єктивних очікуваннях або стимулах. Мотиви визначають поведінку людини, тому їх усвідомлення дозволяє зрозуміти, відповідно до нашого дослідження, концептуальні засади в напрямку збереження здоров'я зайнятого населення та на основі їх побудувати механізм ЗЗЗНУ. Розглянемо загальновідому «Теорію мотивації» А. Маслоу (*A. Maslow*), яка базується на задоволеності потреб населення, зокрема зайнятого, а саме: фізіологічних, безпеки, соціальних, самоповаги, самовираження, які мають ієрархічну структуру і можуть бути систематизовані у міру зростання важливості для людини [246]:

- безпека (потреба в здорових умовах праці, в стабільності, в соціальному захисті, в порядку і законі);
- споживання (потреба в реалізації принципу «гідної праці»);
- психосоціальні потреби (в дружніх відносинах, щодо інтеграції в соціальні групи, бути позитивно оціненими іншими тощо);
- особистісний розвиток (потреба в творчих, інтелектуальних і фізичних здібностях, актуалізація закладених в людині потенцій);
- суспільний розвиток (потреба відчувати себе громадянином незалежної, сильної, справедливої країни з високим науково-технічним і трудовим потенціалом, відчуття особистої причетності до її розвитку).

Головний висновок цієї теорії – чим організованіша людина, тим більш високий рівень вона займає на ієрархічній драбині. Наведені вище потреби людини у співвідношенні зі змістом концепції якості трудового життя можуть стати дієвими елементами в механізмі збереження здоров'я зайнятого населення.

В мотиваційній «Теорії очікування» В. Врума (*V. Vroom*) [247, с. 29], населення, зокрема зайняте, буде реалізувати свої потенційні можливості на досягнення результату тоді, коли буде впевнене у високій імовірності

задоволення потреб. Теорія очікування складається з трьох взаємозалежних факторів: витрати праці – результати; результати – винагорода; валентність (ступінь задоволення винагородою). Мотивація досягається в тому випадку, коли зайняте населення впевнено, що його зусилля обов’язково дозволять досягнути мети й приведуть до отримання особливо цінної винагороди, зокрема – високого рівня здоров’я). Мотивація послабляється, якщо імовірність успіху або цінність винагороди оцінюється ними невисоко.

Важливим фактором, який перевірений на практиці і дозволяє пояснити механізм мотивації зайнятого населення до ефективної праці та, відповідно, до збереження власного здоров’я, є справедливість. Так, *«Теорія рівності»* (J. Adams) [247, с. 26] вважає, що під час трудової діяльності зайняте населення буде прагнути до справедливого оцінювання зі сторони організації його зусиль (порівняно з оцінюванням зусиль інших співробітників), а *«Концепція теорії справедливості»* передбачає, що зайняте населення завжди суб’єктивно оцінює співвідношення власної винагороди до реалізованих зусиль (фізичних, інтелектуальних, емоційних) та порівнює їх з винагородою інших зайнятих осіб за відповідну роботу. Якщо воно вважає, що оцінка несправедливі, то знижується результативність його праці.

«Синтетична теорія мотивації» Л. Портера (L. Porter) та Е. Лоулера (E. Lawler) ґрунтується на елементах теорії очікування і теорії справедливості. Згідно з дослідженнями [247, с. 33] мотивація розглядається як функція сприйняття зайнятим населенням справедливої винагороди, очікувань і потреб. Продуктивність його праці залежить, по-перше, від прикладених зусиль; по-друге, від його характерних особливостей і потенційних можливостей; по-третє, від оцінки його ролі; по-четверте, від оцінки цінності винагороди. Важливим висновком цієї теорії є те, що результативна праця завжди приносить задоволення від виконаної роботи, а, отже, має стати мотивом збереження здоров’я.

Мотиви трудової діяльності зайнятого населення пояснює *«Диспозиційна концепція регуляції соціальної поведінки особистості»* В. Ядова [248,

с. 146–148]. На першому рівні моделі поведінки наводяться довгострокові мотиви людини (сформовані на основі потреб біологічного характеру у побутових умовах); другому – соціальні настанови (сформовані на основі потреб у спілкуванні за звичайних повсякденних обставин); третьому – базові соціальні настанови (характеризують загальну спрямованість інтересів особистості в певній сфері праці чи дозвіллі); четвертому – система ціннісних орієнтацій особистості. Саме система ціннісних орієнтацій особистості дозволяє сформувати мотиваційну поведінку людини, наприклад, при виборі професії, зміні місця роботи, звільненні з роботи, що може відбуватись під впливом, як правило, сукупності таких мотивів: незручний графік роботи; погана організація праці; важка та брудна робота; незадовільні санітарно-гігієнічні умови [249, с. 333–338; 250, с. 179–182; 251, с. 37–38; 252]; застаріле обладнання; низька заробітна плата, безперспективність кар'єрного зростання.

В Україні, на жаль, відбулась деформація цінностей, також такої цінності, як здоров'я. Причини, на думку багатьох науковців, криються, насамперед, у процесах, які супроводжували початок ринкових реформ, приватизації, накопичення капіталу, також нажитого незаконним шляхом, несправедливим розподілом національного багатства країни, трансформаційними процесами в економіці (глобалізацією, засиллям ТНК) [253–257] тощо. Наслідками таких процесів є тяжіння окремих прошарків населення до збагачення та отримання надприбутків, це явище свого часу в своїх працях розглянув вчений Г. Сковорода [258], яке він називав *«срібололюбством»* – духом наживи, користолюбства, зажерливості, влади речей, а це, що і є найстрашнішим, призводить до духовної спустошеності, а, отже, і до погіршення фізичного, душевного, соціального й економічного здоров'я. Такі цінності, як *«чесність»*, *«справедливість»*, *«порядність»*, хоч і не є суто соціально-економічними термінами, але без них будь-який розвиток держави, суспільства, особистості, на мій погляд, абсолютно неможливий. Вони є дуже корисними при формуванні мотиваційного механізму до ЗЗЗНУ. Так, згідно з *«Законом збереження»*, провідним мотивом соціальної поведінки людини є збереження

його власного соціального статусу, почуття власної гідності. Тут варто зробити наголос на *«Концепції асертивності»* А. Солтера (*A. Salter*). Суть її полягає в здатності людини відстоювати свої права, власну точку зору, не порушуючи при цьому моральних прав іншої людини [259] (наприклад, стійкість людини протистояти іншим людям, які схиляють до вживання наркотичних, алкогольних та інших речовин, до порушення законів). Ця концепція дає розуміння населенню, зокрема зайнятому, реагувати раціонально на критику та формувати передумови до здатності рішуче говорити іншим та собі *«ні»*, регулювати власну поведінку і відповідати за неї.

Асертивність близька до поняття внутрішньої стійкості особистості – *«нонконформізму»*. Адже, не відчуючи впевненості у собі, людина може поступатися зовнішньому психологічному впливові, тиску і здатна легко відмовитись від власних принципів, ціннісних орієнтацій і поглядів, тобто, проявляти конформізм. Тому впевненість має відігравати значну роль в збереженні здоров'я зайнятого населення. Вона відповідає за душевне здоров'я людини, адже саме душевна складова здоров'я дозволяє формувати його поведінку в напрямку збереження здоров'я. Крім «впевненості» варто звернути увагу на іншу характеристику людини – совість (за І. Кантом «совість – це присутність Бога в душі» [260]). Саме вона дозволяє людині бути доброзичливою до оточуючих, й, відповідно, здоровою.

Далі в дослідженні розглянемо, які механізми перешкоджають збереженню здоров'я зайнятого населення з позиції девіантної поведінки. В теорії виділяють *«Соціологічну теорію девіантної поведінки»* Е. Дюркгейма (*É. Durkheim*) [261], яка пояснює, що система деградації цінностей людей зумовлюється кризою всіх суспільних інститутів. В часи швидких суспільних змін (реформ), що характерно нині для України, населення, зокрема зайняте, перестає розуміти, чого від нього чекає суспільство, виникають труднощі в узгодженні його вчинків з чинними нормами. Попередні норми вже не відповідають сучасним реаліям, а нові норми, які формуються, можуть бути не сформульовані, що призводить до втрат орієнтирів в поведінці. До цієї теорії близька *«Теорія*

делінквентних субкультур» А. Коена (*A. Cohen*) [261]. В її основі лежить поняття аномії, яка приводить достатньо великі групи індивідів, в першу чергу молодих, невлаштованих в житті, до пошуку нових форм поведінки, яка не відповідає розповсюдженим в суспільстві цінностям домінувальної культури. В нових культурах все те, що заперечується і засуджується панівною культурою (сексуальна розпуста, агресивність, мілкі крадіжки, вандалізм тощо), визнається за нормальні засоби досягнення самовираження та поваги зі сторони інших членів соціальної групи. Такі умови не будуть сприяти формуванню мотивації у зайнятого населення до збереження здоров'я в системі забезпечення людського розвитку.

Крім того, Г. Тард (*G. Tarde*) сформулював «*Теорію наслідування*» [262], що пояснює девіантну поведінку, в основі якої лежить імітація поведінки тих індивідів, з якими вони зустрічались і наслідували їх поведінку, а Сазерленд (*E. Sutherland*) розробив *теорію диференціальної асоціації*, яка акцентує увагу на необхідності забезпечення соціальної взаємодії в процесі формування «здорових» поглядів і раціональних вчинків населення, зокрема зайнятого [263, с. 15–19]. Тобто, автори стверджують, що девіантній поведінці навчаються.

Загальновідомо, що життя більше цінується старшим поколінням, ніж молодими. З цього приводу Ж. Руссо наголошував та такий відомій приказці «Ми все більше турбуємось про життя в міру того, як воно втрачає свою цінність». Оскільки молодь – це основа трудового потенціалу країни, тому варто державі починати формувати мотивацію до збереження здоров'я з базових освітніх рівнів. Так, за результатами спостережень соціологів, відмічається, що інстинкт самозбереження молодих осіб тісно пов'язаний зі страхом смерті та розвинений не так сильно. Але він активізується тільки за особливих умов, наприклад, при небезпеці, яка виникає внаслідок хвороби, нещасного випадку або війни. Здорові молоді люди, які думають, що вони нечутливі до страху смерті, часто відчують його під час хвороби. За нормальних умов життя інстинкт збереження ще недостатньо виявляється в молодості.

Тому часто юнаки ризикують життям через незначні причини, при цьому не турбуються про наслідки своїх вчинків, вони роблять необережні дії, що може вплинути та їх здоров'я та життя. Частіше в основі вчинків молоді лежать піднесені мотиви (захист батьківщини від ворога, що характерно для сьогоденної ситуації боротьби України з тероризмом і захисту її кордонів; порятунок громадян в життєво небезпечних ситуаціях; ліквідація наслідків надзвичайних ситуацій природного та техногенного походження тощо), але ще частіше вони витрачають сили на задоволення «низьких» потреб (зловживанням алкоголем [264; 265 с. 67–69; 266, с. 353–356], тютюнопаління, наркоманія, хаотичне сексуальне життя тощо). Ці низькі потреби, як свідчать дослідження [267], є продуктами моральної деградації, заснованої на безпринципній боротьбі за наживу і гноблення бідняків, жінок, представників етнічних меншин. Психологічні та емоційні проблеми пояснюються тим, що зайняте населення не залучене в сферу управління виробничими процесами, воно не вмотивовано зберігати власне здоров'я, адже відчужено від засобів виробництва.

Досить цікавою в нашому дослідженні є *«Теорія стигматизації»* Е. Лемерта (*E. Lemert*), Г. Беккера (*G. Becker*), К. Еріксона (*K. Erikson*) [268], яка пояснює девіацію реакцією суспільства на поведінку населення, зокрема зайнятого. Під час відхилень в поведінці населення від прийнятих норм відбувається процес реалізації різних соціальних реакцій, які ведуть до девіації, зокрема, як наслідок, це може призводити до зростання рівня насильства, жорстокості і злочинності в суспільстві. Дуже важливого значення для ЗЗЗНУ набуває розроблена професором Л. Дартау [269, с. 45–50] структурна *«схема управління здоров'ям зайнятого населення»*, яка складається з чотирьох блоків: регулятора, впливу на об'єкт, виміру результатів управління, знання про об'єкт управління (здоров'я працівника). Підкреслимо, що, розглядаючи як об'єкт управління здоров'я, в першу чергу потрібно взяти до уваги природу його виникнення та існування. Загальновідомо, що, на рівні поведінки людини,

здоров'я, як і гомеостаз, управляється нею самою, і відповідальність має нести вона сама. Цей постулат є ключовим.

Так, неконтрольований людиною процес накопичення негативних змін іноді триває десятиріччями і, як правило, збігається з періодом життя від 20 до 40 років. В цей період людина вирішує основні біологічні й соціальні задачі. З іншого боку, до 40 років знижуються резерви адаптації і компенсації. Як правило, у віці після 40 років новоутворення або наслідки таких станів, як інфаркт, інсульт, діабетична кома є вироком до життя з обмеженнями. Попередній стан здоров'я і спосіб життя повернути практично неможливо, власного досвіду подолання важкої хвороби немає і тому практично немає можливості здійснювати адекватну поведінку. Для цього потрібний *«чужий, популяційний досвід»*, переданий людині у вигляді знань. Це вимагає розробки і запровадження механізму управління ЗЗЗНУ, який, зокрема, має містити процес виявлення факторів ризику та їхню профілактику для того, щоб віддалити або не допустити захворювання у конкретного працівника.

Наведені вище теорії та багато інших дають можливість зрозуміти основні аспекти концептуальних засад мотивації зайнятого населення до збереження власного здоров'я. Але жодна теорія не гарантує раціональність підходів держави та індивіда до цінності здоров'я. Тому до сих пір в системі *«суб'єкт – об'єкт»* відбуваються протиріччя щодо визначення цінності здоров'я для економіки, держави, роботодавця, зайнятого населення та людини в цілому. Проблема пов'язана з тим, що категорія здоров'я є елементом складної системи, а традиційні наукові підходи, які досліджували складні системи, нині недостатні, про що зробили висновки відомі вчені, зокрема В. Лефевр, В. Лепський, які є засновниками теорії *«Рефлексивне управління»* [270, с. 16].

Під *«рефлексією»* В. Лефевр в монографії розуміє здатність науковця зайняти позицію дослідника щодо іншого «персонажу», його дій та думок. Це дозволяє побудувати цілісний предмет дослідження та виявити процеси як окремий феномен, який визначає специфіку взаємовідносин об'єктів-дослідників [271]. Під *«рефлексивною системою»* розуміється «система

дзеркал, які багатократно відображають одне одного». Кожне дзеркало – це аналог «персонажу», який наділений своєю особистою позицією. Весь складний потік відображень дзеркал одне в одному буде аналогом рефлексивного процесу [271, с. 17]. Крім того, варто наголосити, що в теорії виділяють проблему *«рефлексивної активності в управлінні»*, де обґрунтовується посилення ролі рефлексивної активності в управлінні. При цьому не унеможлиблюється використання методів моделювання, але вони більш доцільні при управлінні технічними системами. Однак при спробах дослідження та управління соціальними системами, наприклад, організація держави, формування цінності здоров'я в суспільстві, то найбільш оптимальними нині є методи рефлексивного управління.

Варто розглянути концепцію існування людини – *«рефлексивного способу життєдіяльності»* [270], при якому свідомість виступає як розрив, вихід із повного затягування безпосереднім процесом життя з метою вироблення відповідного ставлення до неї, займання позиції над нею, поза нею для судження про неї. Концепція *рефлексивного управління* дозволяє змінити парадигму з «суб'єкт – об'єкт» на *«суб'єкт – суб'єкт»*. Так, науковці В. Лефевр, В. Лепський в побудові моделей управління важливу роль приділяли цінностям [270–271]. Проведемо паралелі цих цінностей із цінністю здоров'я. Так, *перша формальна модель* – ґрунтується на тому, що кожен суб'єкт є локальним центром соціального організму, і те, що цінності інших членів групи впливають на його цінності. Тобто з цього випливає, що мотивація зайнятого населення з боку держави (макрорівень) та роботодавців (мікрорівень) в напряду формування позитивного ставлення до цінності здоров'я буде впливати на поведінку окремо взятого «суб'єкта» щодо збереження власного життя і здоров'я.

Друга модель – створена з метою виявлення нахилів суб'єкта щодо вибору певного ставлення до іншого суб'єкта. Так, за умови створення гідних умов праці роботодавцем і «людського» ставлення до зайнятого населення, у нього буде формуватися позитивне ставлення до здоров'я.

Третя модель – «*модель біполярного вибору*» – дозволяє пояснити при спостереженні за відхиленням певних реальних стратегій, якими користуються зокрема люди, від стратегій оптимальних, з точки зору утилітарних цінностей (корисності для суб'єкта). Дана модель дає пояснення того, чому люди працюють в шкідливих (небезпечних) умовах праці, порушують правила техніки безпеки тощо. Тут утилітарною цінністю виступає *матеріальна складова* – високий рівень заробітної плати, ранній вихід на пенсію тощо. Тому працівник розуміє, що матеріальна корисність вища від корисності здоров'я, і він відходить від раціональної стратегії збереження здоров'я.

Четверта модель – ґрунтується на принципі «*заборони егоїзму*», відповідно до якого кожен суб'єкт, який входить в групу, переслідує свої особисті цілі, при цьому не має наносити шкоду групі як цілому. Наприклад, при виконанні виробничого завдання зайняте населення має дбати не тільки про себе і про власну вигоду, при цьому нехтуючи вимогами безпеки (припустимо з метою збільшення продуктивності), але і про трудовий колектив в цілому. В іншому випадку, як наслідок, може статися груповий нещасний випадок (аварія на виробництві) з масштабними наслідками для життя і здоров'я колективу.

В економічних системах рефлексивне управління ґрунтується на раціональній поведінці не як на меті максимізації власної вигоди (доходу), а на побудові *раціональної поведінки стратегічного характеру*; побудові рівноваги в економічних відносинах з позиції *максимізації матеріальної вигоди всіх учасників*. Тобто, завданням «рефлексивного управління» в системі формування цінності збереження здоров'я є максимізація вигоди всіх складових «*макрорівень – мікрорівень – особистісний рівень*». З цією метою запропоновано блок-схему формування цінності ЗЗЗНУ на основі рефлексивного управління в системі забезпечення людського розвитку (рис. 1.6).

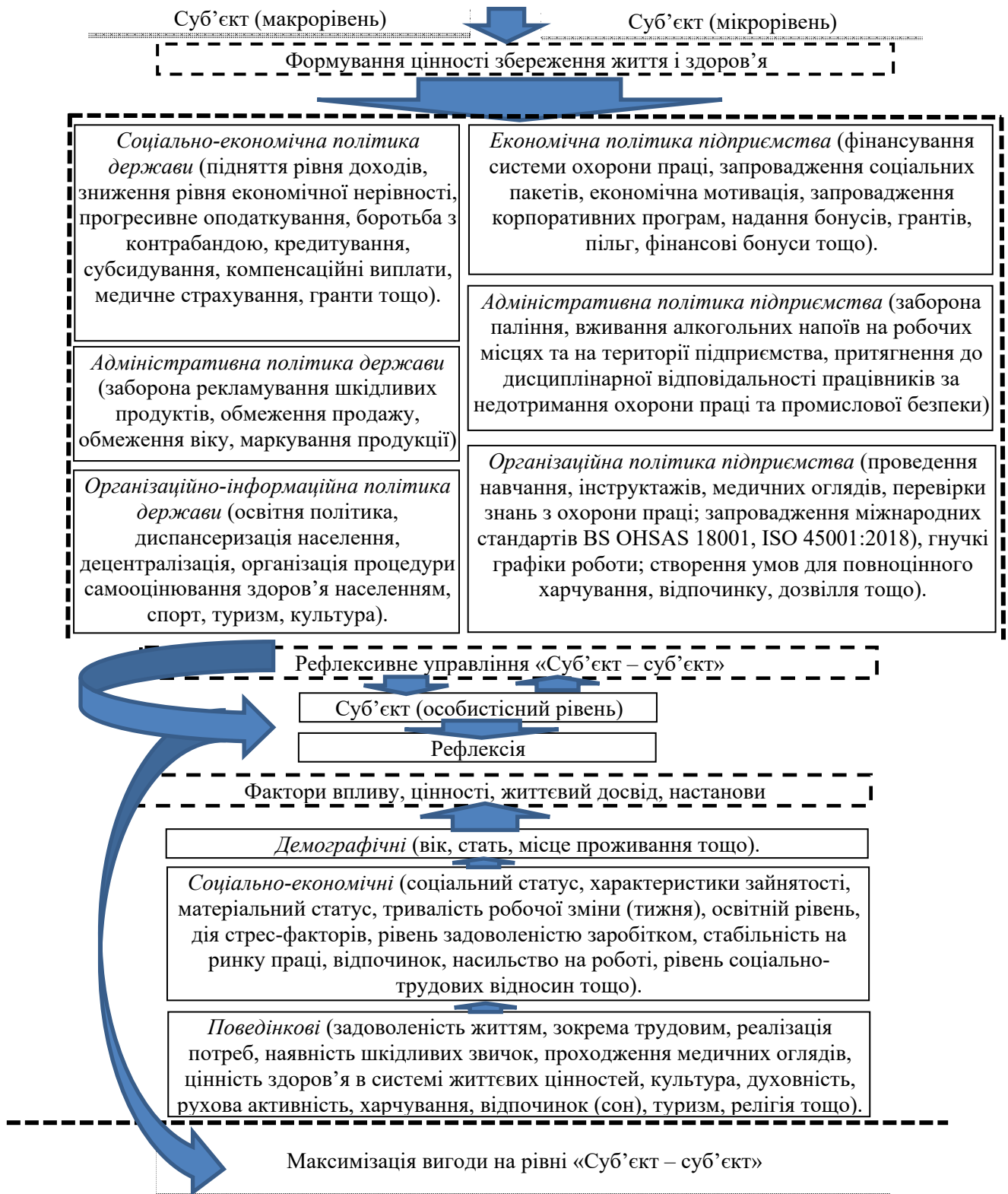


Рис. 1.6. Блок-схема формування цінності ЗЗЗНУ на основі рефлексивного управління в системі забезпечення людського розвитку

Джерело: розроблена автором.

Отже, запропонована стратегія збереження цінності здоров'я зайнятого населення (див. рис. 1.6) базується на концепції *«рефлексивного управління»*, яка передбачає формування *парадигми взаємовідносин «суб'єкт – суб'єкт»*, тобто між державою, з однієї сторони, та роботодавцем, з іншої сторони, які цілеспрямовано мають збудувати фундамент збереження життя і здоров'я для зайнятого населення, з урахуванням соціально-економічної, адміністративної, організаційної, інформаційної та інших видів політики. Система заходів, які здійснюються відповідно до політики *держави та роботодавця* доноситься до протилежного «суб'єкта» – *зайнятого населення*. В результаті процесу рефлексії (знань, досвіду, віку, настанов, принципів, цінностей та поведінкових аспектів) та в умовах впливу демографічних, соціально-економічних, поведінкових факторів, зайняте населення має прийняти рішення щодо своєї поведінки в напрямку збереження, або знецінення власного здоров'я. Тобто, реалізація концепції *«рефлексивного управління»* дозволить зайнятому населенню раціональніше ставитися в процесі соціально-трудових відносин до цінності здоров'я.

Зазначимо, що здоров'я, як видно з концептуальних засад праці [272], насамперед належить зайнятому населенню і регулюється ним самим, незалежно від того, наскільки свідомо воно управляє ним. Відповідно, для досягнення мети потрібно задіяти зайняте населення в процес управління збереженням здоров'я. Так, в теорії виділяють декілька ключових моментів, які, на мій погляд, можуть бути ефективно використані в системі управління ЗЗЗНУ: формулювання цілей управління мають бути зрозумілими та створювати у зайнятого населення мотиваційні бажання бути здоровими; управління вимагає засобів і часу; ефективність процесу управління забезпечується наявністю зворотного зв'язку з об'єктом (діагностика); управління вимагає знань про здоров'я та ін. Отже, узагальнимо теорії мотивації та їх вплив на стимулювання зайнятого населення на макро- і мікрорівнях до збереження здоров'я (таблиця 1.5).

Таблиця 1.5

**Узагальнення теорій мотивацій зайнятого населення до
збереження здоров'я**

Теорії мотивації	Стимулювання зайнятого населення до відповідальнішого ставлення до власного здоров'я
А. Маслоу	<p>Забезпечення основних фізіологічних потреб залежить від розміру доходу (заробітної плати), який отримує працівник. Тому тут важливо дотримання принципу забезпечення гідної оплати праці, що має ґрунтуватись на таких основних принципах: підвищення реальної заробітної плати з урахуванням ефективності виробництва та праці; диференціація заробітної плати залежно від трудового внеску працівника в результати функціонування організації, зокрема від умов і змісту праці, від галузевої належності і місця розташування підприємства; однакова плата за однакову роботу; регулювання оплати праці з боку держави; простота і доступність систем і форм оплати праці, врахування впливу ринку праці. Дотримання наведених вище принципів у формуванні розміру заробітної плати зі зрозумілою для працівника системою та достатнім її розміром дозволить йому задовольняти основні фізіологічні потреби – в їжі, одязі, житлі, утримуванні родини тощо, що є спонукальним мотивом відповідальнішого ставлення до здоров'я.</p> <p>На рівні забезпечення безпеки працівникам – створення безпечних і здорових умов праці, зокрема фінансування за рахунок коштів підприємства обов'язкових медичних оглядів, навчання з питань охорони праці і промислової безпеки, проведення інструктажів з охорони праці і пожежної безпеки, заходів із забезпечення зайнятого населення засобами індивідуального захисту. Заохочення економічними методами (доплати до заробітної плати, фінансування добровільного медичного страхування, оплата додаткових витрат в межах реалізації соціального пакету) і неекономічними методами (нагородження зайнятого населення грамотами, подяками, вивішування інформації на дошці пошани тощо) до дотримання правил охорони праці і промислової безпеки.</p> <p>На рівні задоволення соціально-економічних потреб в системі формування якості трудового життя роботодавець має забезпечити принцип цікавості роботи; створити умови для безперервного навчання, професійного зростання, розвитку індивідуальних здібностей; забезпечити безпечні і здорові умови праці та справедливості у винагороді і визнанні кінцевих результатів праці; мотивувати зайняте населення до співучасті в керівництві підприємством; створити дружні взаємовідносини в колективі; налагодити дієву систему побутового і медичного обслуговування зайнятого населення; слідкувати за дотриманням умов колективного договору і розвивати систему соціальної відповідальності і соціального діалогу тощо, що в комплексі буде формувати відповідальне ставлення зайнятого населення до збереження здоров'я.</p> <p>На рівні задоволення потреб у самоповазі роботодавець має забезпечити працівникам можливості до професійного розвитку і високого рівня професійної компетентності. Чим вищий рівень освіти, тим працівник буде мати вищий рівень заробітної плати, працювати в кращих умовах і швидше буде просуватись по кар'єрній драбині. Тобто, більш високий освітній рівень буде спонукати працівника більш відповідально ставитись до збереження здоров'я, оскільки в даному випадку, воно розглядається як фактор, який дозволяє працівнику в подальшому навчатись, проходити підвищення кваліфікації, отримувати більший розмір заробітної плати та, в цілому, підвищує імовірність працівника залишатись на ринку праці.</p>

Продовження таблиці 1.5

Теорії мотивації	Стимулювання зайнятого населення до відповідальнішого ставлення до власного здоров'я
	<p>На рівні задоволення потреб у самовираженні роботодавець має забезпечити розвиток потенційних можливостей, престижу і кар'єрного зростання зайнятого населення. Адже через кар'єрне зростання зайняте населення відчуває себе більш щасливим, що вимагає від нього інвестування коштів в збереження здоров'я, відповідальніше ставитися до нього. Адже, наприклад, надмірне вживання алкогольних напоїв, тютюнопаління, низький фізичний рівень можуть бути перепонами на шляху кар'єрного зростання. Таким чином, забезпечення кар'єрного росту серед зайнятого населення буде мотивувати його берегти своє здоров'я, адже це дає йому змогу підвищити рівень доходу і в цілому добробуту, з впевненістю дивитись в професійне і особисте майбутнє, конкурентоспроможність на ринку праці тощо.</p>
В. Врума	<p>Зазначена теорія має мотивувати зайняте населення до збереження здоров'я, адже працівник, який дотримується здорового способу життя, вимог охорони праці і промислової безпеки, внутрішньої дисципліни на підприємстві, вправі очікувати від роботодавця винагороди, що може проявлятися в економічно прямих та непрямих методах стимулювання. Якщо розмір заробітної плати не відповідає витраченим зусиллям зайнятого населення і очікуванням, то і мотивація до збереження здоров'я буде на низькому рівні.</p>
Дж. Адамса	<p>Реалізація принципу справедливості щодо оплати праці, умов праці, обсягів виконуваної роботи, розподілу обов'язків тощо є ключовим в системі соціально-трудових відносин. Кожен працівник сподівається, що, залежно від його ставлення до роботи, продуктивності праці, роботодавець буде справедливо винагороджувати результати праці. Справедливе ставлення роботодавців до зайнятого населення буде мотивувати їх до кращого ставлення до власного здоров'я, це може проявлятися у відсутності або мінімізації пропусків роботи через хвороби, зокрема викликаних нездоровим способом життя; активності щодо участі в корпоративних програмах тощо.</p>
Л. Портера, Е. Лоулера	<p>Зайняте населення буде максимально вмотивоване до збереження здоров'я, зокрема дотримуватись вимог охорони праці та промислової безпеки, положень статуту підприємства, наприклад, що стосується правил внутрішнього розпорядку, ведення здорового способу життя не тільки за умови, якщо роботодавець встановить гідний розмір заробітної плати, але і забезпечить в системі соціально-трудових відносин дотримання принципу справедливості.</p>
В. Ядова	<p>Працівник буде вмотивований до збереження здоров'я за умови реалізації роботодавцем системи ціннісних орієнтацій, зокрема це стосується забезпечення якісної організації праці, реалізація гнучкого графіка роботи, створення безпечних і здорових умов праці. Наприклад, реалізація гнучкого графіка роботи дозволяє працівнику більше часу приділяти відпочинку, відновленню здоров'я, вчасно звертатись до лікаря з проблемами зі здоров'ям тощо. Окремо варто відмітити такі мотиви, як заробітна плата та кар'єрний ріст. Гідний рівень заробітної плати і забезпечення відповідного росту зайнятого населення буде сприятливо впливати на його зусилля в напрямку збереження здоров'я. Наприклад, перспективи зайняти управлінську вакансію на підприємстві вимагатиме від претендента гарного фізичного, психічного і соціального добробуту, що, зокрема, вимагає дотримуватись концепції збереження здоров'я.</p>

Продовження таблиці 1.5

Теорії мотивації	Стимулювання зайнятого населення до відповідальнішого ставлення до власного здоров'я
А. Солтера	Мотивація до збереження здоров'я у зайнятого населення буде зростати, якщо воно буде бачити приклад роботодавця щодо рішучого протистояння тим підлеглим, які порушують правила внутрішнього розпорядку, наприклад, палять цигарки в недозволених місцях, вживають будь-які види алкогольних напоїв на робочому місці, не дотримуються інструкцій з охорони праці та промислової безпеки, пожежної безпеки, створюють конфліктні ситуації, які пов'язані, зокрема, з мобінгом та булінгом тощо. Це має мотивувати зайняте населення до регулювання власної поведінки, зокрема щодо збереження здоров'я і нести за нього відповідальність.
Е. Дюркгейма, А. Коена, Г. Тарда,	Мотивація до збереження здоров'я зайнятого населення буде залежати від керівництва підприємства, безпосередніх керівників щодо їх ставлення до цінності здоров'я. Ведення ними здорового способу життя, забезпечення принципу неприпустимості будь-яких відхилень суспільно визнаних норм співробітниками під час перебування на підприємстві сприятливо буде впливати на поведінку щодо збереження здоров'я працівниками.
Л. Дартау	В системі контуру управління здоров'ям, на прикладі підприємства, можна виділити такі структурні компоненти [273]: об'єкт управління – працівник, який вмотивований до збереження здоров'я; суб'єкт управління – тут можна виділити два елементи: сам працівник та особа на підприємстві, в обов'язки якої, зокрема, входять питання збереження здоров'я працівника; блок дії на об'єкт і блок виміру результатів управління. Працівник буде вживати максимальних заходів щодо збереження здоров'я за умови реалізації дій в контурі управління здоров'ям, зокрема це стосується питань організації проведення щорічних медичних оглядів, залучення зайнятого населення до медичного страхування, створення на підприємстві (за фінансової можливості) медичних структур, організація кімнат психофізіологічного розвантаження тощо.
В. Лефевра, В. Лепського	Мотивація працівника до збереження здоров'я залежить від взаємовідносин в системі «роботодавець – працівник». Працівник має докласти власних зусиль з метою інтерпретації інформації від керівника, яка спрямована на збереження його життя і здоров'я. Наприклад, під час проведення інструктажу з охорони праці, промислової безпеки, пожежної безпеки тощо працівник не тільки має оновити інформацію з питань безпеки, але і показати керівнику, що він її зрозумів та продемонструвати її під час виконання службових обов'язків. Саме дії працівника в збереженні свого життя і здоров'я під час роботи мають оцінюватись додатково роботодавцем і відображатись при формуванні заробітної плати.

Джерело: складено автором.

На підставі наведеної вище інформації запропонуємо концептуальні засади мотиваційної поведінки, направленої на ЗЗЗНУ (рис. 1.7) [274, с. 53–54; 275, с. 125–129; 276; с. 61–65; 277; 278, с. 14–18].

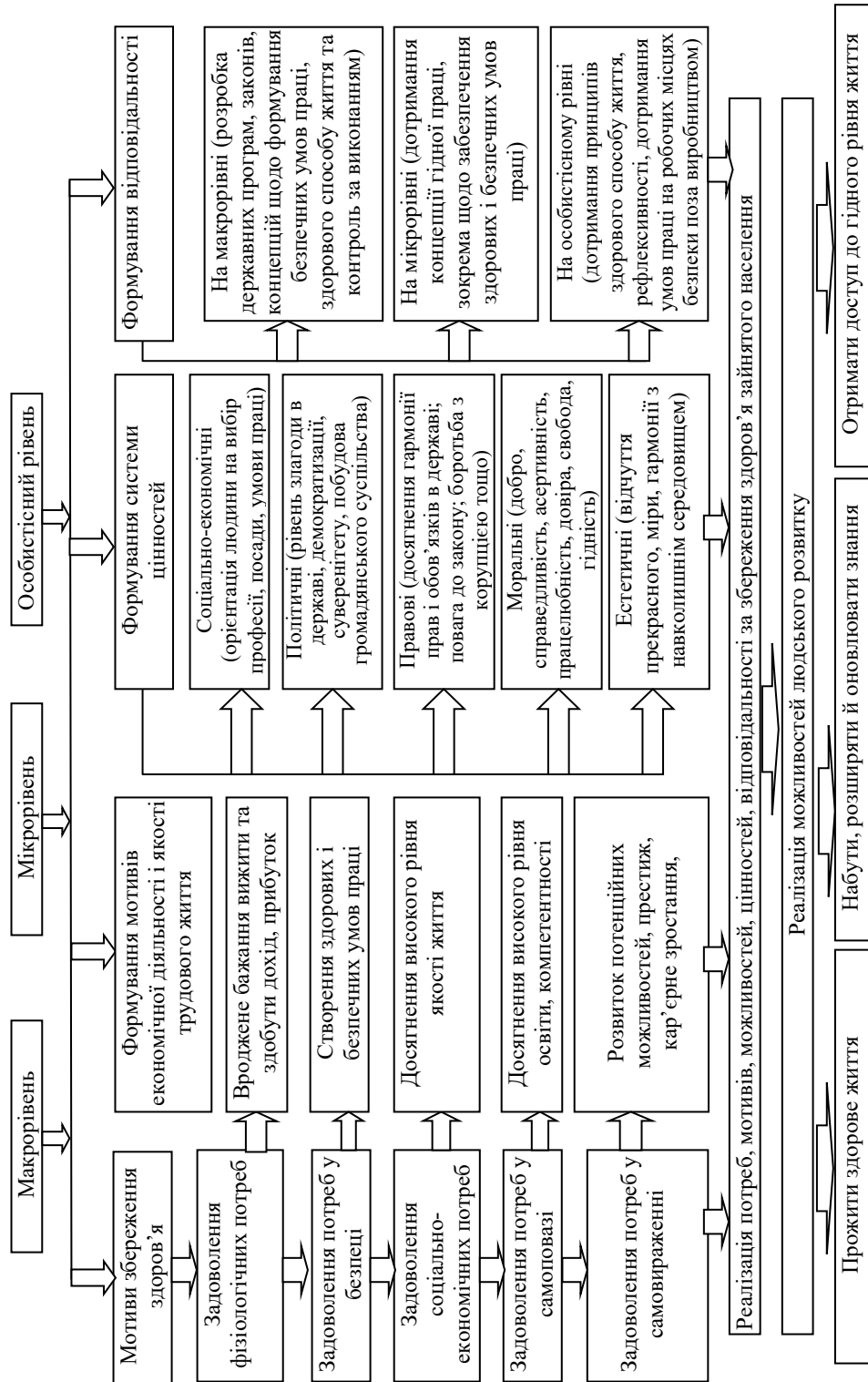


Рис. 1.7. Концептуальні засади формування мотиваційної поведінки, направленої на збереження здоров'я зайнятого населення України в системі забезпечення людського розвитку

Джерело: розроблено автором.

Таким чином, в роботі обґрунтовано концептуальні засади формування мотиваційної поведінки, направленої на збереження здоров'я зайнятого населення України в системі забезпечення людського розвитку (узагальнено на рис. 1.7), що базується на таких засадах: мотиваційних принципах (організованості, впевненості у високій імовірності задоволення потреб (фізіологічних, безпеки, соціальних, самоповаги, у самовираженні), справедливості, відповідальності, ціннісних орієнтацій, рефлексивності); мотивах: отримання доходу і прибутку; створення безпечних і здорових умов праці; досягнення високої якості життя; розвитку потенційних можливостей (престиж, кар'єрне зростання); системи цінностей (соціально-економічних, політичних, правових, моральних, естетичних); спільної відповідальності держави, роботодавців і зайнятого населення за збереження здоров'я.

Це дозволить забезпечити основні можливості людського розвитку для зайнятого населення, зокрема прожити здорове життя; набути, розширювати й оновлювати знання, зокрема що стосуються формування компетентностей для збереження здоров'я на робочих місцях і поза ними; мати доступ до засобів існування, що забезпечують гідний рівень життя, зокрема трудового.

Висновки до першого розділу

З'ясовано, що категорія «здоров'я» розглядається як фактор соціально-економічного та людського розвитку. На цій основі побудовано структурну модель впливу здоров'я на соціально-економічні процеси в системі забезпечення людського розвитку, яка складається з таких елементів: структурних рівнів (макрорівень – держава; мікрорівень – підприємство; особистісний рівень – зайняте населення) як фактора впливу здоров'я на соціально-економічні процеси, зокрема відтворення населення, підвищення продуктивності праці та забезпечення конкурентоспроможності, якості життя, зростання середньої тривалості життя, виробництва, розподілу і споживання економічних ресурсів, соціального розвитку і збалансованого розвитку. Крім

того, запропоновано визначення поняття збереження здоров'я зайнятого населення.

Україна, на відміну від більшості розвинених країн світу, значно відстає за основними індикаторами людського розвитку, зокрема тривалістю життя, якістю освіти та рівнем матеріального добробуту громадян і займає 88-у сходинку зі 189 країн світу за ІЛР, який в 2018 році становив 0,75, а з урахуванням нерівностей його значення нижче і становить 0,71, зокрема за рахунок факторів нерівностей: тривалості життя при народженні (7,5%), в освіті (3,6%), у доходах населення України (8,8%) від значення ІЛР – 0,75. Обґрунтовано гіпотезу, що перспективним напрямом підвищення ІЛР, зменшення «втрат» в людському розвитку є формування механізму ЗЗЗНУ, що дозволить підвищити тривалість життя, рівень освіченості в сфері забезпечення безпечних умов життєдіяльності та рівень життя, зокрема трудового.

Здоров'я як складова, що формує економічний добробут громадян розглядається в сучасних трансформаційних умовах розвитку економіки як важливий ресурс праці; механізм, який взаємодіє зі всіма соціально-економічними процесами (формує якість життя громадян), залежить від них і впливає на них; є основою забезпечення людського розвитку.

Запропоновано змінити концепцію в системі збереження здоров'я зайнятого населення з принципу «патерналізму» на *«лібертаріанський патерналізм»*, що дасть можливість зайнятому населенню самостійно приймати раціональні рішення щодо своєї долі, нести відповідальність, зокрема за збереження власного здоров'я, за умови унеможливлення надання будь-яких переваг окремим членам суспільства, зокрема за ознаками віку, статі, місця проживання, матеріального статусу, родинних зв'язків, освіти, способу життя тощо.

Сформовано блок-схему формування цінності збереження життя і здоров'я на основі рефлексивного управління в системі забезпечення людського розвитку, в основі якої лежить принцип управління парадигмою *«суб'єкт – суб'єкт»*, що передбачає прагнення до стимулювання рефлексивної активності

суб'єктів управління, тобто *«рефлексивного виходу»* за межі існуючих стереотипів прийняття рішень в проблемних ситуаціях, зокрема тих, з якими стикається зайняте населення на ринку праці, та відповідних наслідків для його здоров'я. Крім того, в основі цієї схеми покладено побудову рівноваги в економічних відносинах з позиції *«максимізації ефекту від збереження здоров'я»* на макро-, мікро- і особистісному рівнях. Розглянуто основні засади концепції гідної праці та акцентовано увагу на дотриманні засад, принципів на робочих місцях України, що має сприятливо вплинути на ЗЗЗНУ. Адже повномасштабна реалізація прав громадян України на: працю, справедливую заробітну плату, безпечні і здорові умови праці, кар'єрне зростання, відпочинок і соціальне партнерство стане підґрунтям зростання людського розвитку.

Проаналізовано особливості сучасних форм зайнятості, зокрема аутстафінг, аутсорсинг, фріланс та інші з позиції збереження здоров'я зайнятого населення. З одного боку, вони позитивно впливають на соціально-трудова відносини і здоров'я зайнятого населення, зокрема за рахунок підвищення трудової мобільності, забезпечення оптимального балансу між часом роботи і відпочинку, економії фінансових ресурсів на проїзд до робочого місця, забезпечення роботою осіб з обмеженими фізичними можливостями, поєднання навчання з роботою тощо. З іншого боку, вони створюють соціальні ризики, зокрема за рахунок зменшення соціальних контактів, послаблення ролі соціального діалогу і соціальної відповідальності, виникнення дисбалансу між життям і роботою, соціального відторгнення та дискримінації, погіршення складових здоров'я (фізичного, душевного й соціального), деформації цінностей, несплати податків тощо.

Узагальнено теорії мотивації зайнятого населення до збереження здоров'я та запропоновано концептуальні засади мотиваційної поведінки ЗЗЗНУ, зокрема: *«мотиви збереження здоров'я»*, *«формування мотивів економічної діяльності і якості трудового життя»*, *«формування системи цінностей»*, *«формування відповідальності»*.

РОЗДІЛ 2

НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ МОДЕЛІ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЗАЙНЯТОГО НАСЕЛЕННЯ В СИСТЕМІ ЛЮДСЬКОГО РОЗВИТКУ

2.1 Методологічні основи формування моделі збереження здоров'я зайнятого населення України в розрізі політики людського розвитку

З впевненістю можна стверджувати, що одним з головних факторів людського розвитку є здоров'я, яке значною мірою залежить від способу життя (за різними даними на 50–70%). Ідея збереження здоров'я населення вперше була запропонована М. В. Ломоносовим як важливий елемент національного багатства [279], а на Заході поняття «збереження здоров'я» почали досліджувати на початку 70-х років XX століття як аналог поняття «*Health Promotion*» (сприяння або зміцнення), в основі якого розуміли стимулювання у громадян відчуття глибокого розуміння власної активної ролі у створенні умов, які сприяють збереженню здоров'я [280].

Надзвичайно важливою характеристикою поведінки зайнятого населення щодо свого здоров'я є наявність шкідливих звичок, пізні звернення до лікарів, відсутність навичок профілактики захворювань та, що є найголовнішим, формування у зайнятого населення настанови на нещадну експлуатацію здоров'я робочої сили в умовах функціонування сучасного ринку праці. Отже, формування механізму ЗЗЗНУ має знизити ризики захворюваності і передчасної смертності у зайнятого населення. В його основу має бути покладений *поведінковий фактор* – мотивація поведінки зайнятого населення до збереження здоров'я.

Проблема збереження здоров'я зайнятого населення тісно пов'язана з системою забезпечення людського розвитку, від вирішення якої залежить середня тривалість життя, рівень розвитку освіти і ВВП України та яка є

предметом дослідження соціальної економіки, економіки праці та, в цілому, економіки як науки. Сьогодні більшість зайнятого населення в Україні не розглядають в єдиній площині поняття збереження здоров'я з такими аспектами трудових відносин, як режим праці і відпочинку, підтримання фізичної активності, раціональне харчування, проведення медичних оглядів тощо, що призводить до зростання захворюваності зайнятого населення України.

Під поведінкою, що направлена на збереження здоров'я, розуміється система дій і відносин, яка спрямована на покращення здоров'я та тривалості життя [281, с. 34–68]. В основі вивчення цієї поведінки лежить дослідження ціннісно-мотиваційної структури особистості та цінність здоров'я для самої людини. В структуру збережувальної поведінки населення входять:

- *самооцінювання людиною свого здоров'я* – охоплює самооцінювання свого фізичного, душевного, соціального і економічного стану, які розглядаються своєрідним індикатором поведінки;

- *медична інформованість* – охоплює знання в сфері збереження здоров'я, зокрема дотримання основних принципів здорового способу життя; формування системи знань про особливості власного організму та наявність хвороб і правила надання першої долікарської допомоги тощо;

- *мотивація* – гідне місце здоров'я в системі життєвих цінностей; усвідомлення відповідальності за власне здоров'я; бажання бути здоровим, прагнення і сила волі діяти відповідно до усвідомлених принципів здорового способу життя, реалізувати медичну активність.

Розуміння цінності здоров'я у зайнятого населення не гарантує його збереження та зміцнення, оскільки в судженні про здоров'я і реальною поведінкою існують так звані «ножиці» («знаю, але не вмію»; «вмію, але не виконую»). Цей розрив між знаннями і поведінкою обумовлений відсутністю в мотиваційній сфері особистості настанов на поведінку, направлену на збереження здоров'я.

Поведінка індивідів, направлена на збереження здоров'я, визначається раціоналізацією суспільних відносин. Тобто, індивіди починають цінити

здоров'я як особистісний ресурс, що дозволяє раціонально ставитись до нього і розширювати особистісні властивості, це також стосується їх професіоналізації та економічної активності. Крім того, механізм збереження здоров'я [282] дозволяє долати і знижувати невизначеності, зокрема життєві, соціально-економічні тощо.

На макрорівні, поведінку населення можна корегувати шляхом запровадження ефективних організаційних, соціально-економічних, фінансових, податкових, адміністративних механізмів ЗЗЗНУ, звичайно враховуючи при цьому можливості держави. Ці механізми дозволять ефективно проводити політику держави щодо створення здорових і безпечних умов праці та мотивувати роботодавців стимулювати зайняте населення до збереження здоров'я, зокрема за рахунок реалізації корпоративних програм, соціальних пакетів та активізації системи соціального діалогу і соціальної відповідальності.

Поведінкові настанови людей, що стосуються збереження здоров'я, можна змінювати шляхом реалізації таких моделей [283, с. 179–203]: через зміну переваг людей (їхніх смаків, бажань, корегування переваг шляхом надання інформації на упаковках товарів, консультацій спеціалістів, у рекламі тощо), через зміну обмежень вибору (наприклад, прямою заборонаю щодо обмеження часу продажу алкогольних напоїв, заборонаю паління в громадських місцях (адміністративні заходи), через розширення можливостей вибору (наприклад, будівництво бігових та велосипедних доріжок в житлових кварталах), через регулювання цін за рахунок збільшення податків на алкогольну та тютюнову продукцію, надання субсидій виробникам фруктів і овочів, прямого встановлення цін на алкогольну і тютюнову продукцію (економічні заходи).

В літературі поведінковий фактор здорового способу життя поданий через поняття *«внутрішня картина здоров'я»* [284, с. 126–129], що містить такі компоненти: фізичний (відчуття фізичного комфорту чи дискомфорту), емоційний (переживання і відчуття людини, пов'язані зі станом здоров'я), когнітивний (знання людини про свій стан здоров'я, про його роль в житті, знання основних факторів, які зміцнюють його чи шкодять йому),

мотиваційний або поведінковий (актуалізація діяльності людини, направленої на збереження здоров'я).

Важливо звернути увагу на термін «саморуйнівна поведінка» [285, с. 183–186], що означає небажання враховувати норми здорового способу життя, раціонального харчування, дотримуватись режиму роботи і відпочинку, вимог медицини, санітарії та гігієни. Для негативного типу поведінки стосовно здоров'я характерною ознакою є деструктивна експлуатація здоров'я та девіантні форми поведінки (руйнівна поведінка для здоров'я), що характерно для осіб з низьким соціально-економічним статусом, мешканців сільської місцевості, всіх осіб з інвалідністю, безробітних (які не схильні змінювати цей статус).

Основними формами «руйнівної поведінки для здоров'я», які знецінюють здоров'я зайнятого населення є: зловживання алкогольними напоями, вживання тютюнових виробів, наркотиків та інших видів токсичних речовин; нераціональне харчування (анорексія чи нервова булімія); безладні статеві стосунки; ризикова культура модифікації тіла людини, зокрема шрамування, тату, пірсинг; ірраціональна поведінка під час виникнення захворювань, травм тощо. Наведені вище форми поведінки та відсутність знань про фактори ризику і нехтування власним здоров'ям залишаються вагомими причинами і смертності зайнятого населення України.

Підкріпимо теоретичні викладки поведінкових факторів впливу на здоров'я населення статистичною інформацією. Розглянемо особливості дотримання здорового способу життя населенням України, зокрема зайнятим (за даними 2018 року [286–287], за такими характеристиками, як тютюнокуріння, вживання алкоголю, фізичне навантаження, вживання фруктів, індекс ваги тіла, проведення вакцинації. Так, характеризуючи *тютюнокуріння* в розрізі вікових інтервалів і статі відмітимо такі особливості за самооцінкою респондентів: 30,8% чоловіків і 5% жінок в віковій групі 18–29 років та 43,9% чоловіків і 7,3% жінок в віковій групі 30–59 років повідомили, що палять. В середньому 28% опитаних повідомили, що вони палять та, в середньому,

викурюють вдень біля 13 цигарок. Питома вага серед курців зі стажем понад 20 років у віковому інтервалі 30–59 років становила 40% для чоловіків та 25,5% для жінок, а понад 20 цигарок на день викурюють у відповідному інтервалі 5,1% чоловіків та 2,4% жінок.

Вживання алкоголю носить дуальний вплив на здоров'я зайнятого населення України. Так, в середньому, у 2018 році кожен третій опитаний респондент повідомив, що вживав алкогольні напої, зокрема серед них раз на тиждень вживали пиво (50,6 %), горілку (47,4 %) – кожен другий; вино (25,8 %) – кожен четвертий респондент, а середній обсяг вжитих відповідних алкогольних напоїв за «типовий день» становив 852 мл, 211 мл, 246 мл, відповідно. Позитивним моментом є те, що у 2018 році, порівняно з 2017 роком, на 2,1 % зменшилась кількість осіб, які не споживали алкогольні напої рідше, ніж раз на місяць, або взагалі ніколи.

Фізичні навантаження (заняття спортом, ходіння пішки, робота на городі, їзда на велосипеді) мали біля 90 % респондентів, а медіанна тривалість наведених навантажень становить в середньому 600 хвилин на тиждень (оптимальне значення фізичних навантажень середньої інтенсивності за даними ВООЗ має становити не менше 300 хвилин на тиждень). Питома вага респондентів, які не мали фізичних навантажень, в структурі опитаних респондентів у 2018 році (10 %), порівняно з 2017 роком (10,4 %), в середньому зменшилась на 0,4 в. п.

Споживання овочів і фруктів на момент опитування дорослих респондентів у 2018 році «протягом останнього тижня» по Україні в середньому становило 2,4 кг свіжих фруктів та 2,8 кг свіжих овочів (за даними ВООЗ рекомендовано вживати 2,8 кг на тиждень свіжих фруктів і овочів).

Аналіз *індексу ваги тіла* у 2018 році засвідчив, що 2,3 % дорослих респондентів повідомили, що мали недостатню вагу тіла; 43,5 % – мали нормальну вагу тіла; 36,5 % – мали надмірну вагу тіла, а 17,7 % – мали ожиріння. Позитивним моментом є те, що кожного року зменшується частка осіб, які мають ознаки ожиріння (у 2016 році – 19,3 %, у 2017 році – 18,9 %, у

2018 році – 17,6 %, тобто у 2018 році, порівняно з 2016 роком, вона зменшилась на 1,7 в. п.). Крім того, варто відмітити, що зменшується питома вага респондентів (на 0,2% щороку), які мають недостатню вагу тіла.

Проведення вакцинації відіграє важливу роль в збереженні здоров'я зайнятого населення і формуванні здорового способу життя. Так, серед тих респондентів, які дали відповіді щодо ставлення до вакцинації в 2018 році, – 74,5 % позитивно до неї ставляться, 15,8 % – нейтрально, 9,6 % – скоріше негативно та дуже негативно. Починаючи з 2016 року помічено позитивні зрушення в ставленні респондентів до вакцинації. Так, в 2016 році за п'ятибальною шкалою респонденти оцінювали своє ставлення до вакцинації на рівні 3,8 бала, а в 2017–2018 роках на рівні 3,9 бала з п'яти.

Поведінка щодо збереження здоров'я в праці [288, с. 63–70] розглядається в контексті детермінанти економічної поведінки, оскільки це передбачає раціональне споживання та діяльність, зокрема трудову, щодо підтримання здоров'я, а також виступає як фактор людського розвитку. Економічними мотивами збереження здоров'я зайнятого населення є мотиви, в основі яких лежать економічні цілі, пов'язані з отриманням максимальної економічної, зокрема матеріальної, вигоди. При цьому, з метою отримання високих рівнів доходів і високого соціально-економічного статусу в суспільстві, зайнятому населенню необхідно інвестувати кошти в свій капітал, зокрема здоров'я.

Поведінка, направлена на збереження здоров'я, є частиною соціальної поведінки, що ґрунтується на тих же принципах і регуляторних механізмах. Поведінка, направлена на збереження здоров'я, залежить від інтересів, цінностей, потреб, настанов індивіда та ґрунтується на принципі регуляції, а основним механізмом, який детермінує зберігальну поведінку, є ціннісні орієнтації, а приводять його в дію соціальні норми поведінки.

Під поведінкою, направленою на збереження здоров'я, розуміють процес надання можливостей людям посилити контроль над його детермінантами [289, с. 16–17], з урахуванням проведення державою, суспільством політики в напрямку реалізації ефективних соціальних програм, направлених на збільшення

капіталу здоров'я. А під категорією «самозбережувальна поведінка» розуміють форму соціальної поведінки, яка містить усвідомлені дії індивіда зі збереження свого здоров'я в біологічному, психічному і соціальному змістах. Ця поведінка в багатьох джерелах розглядається з позиції соціальної поведінки, як елемент взаємодії з іншими людьми, соціальними інститутами, але до неї варто ввести і економічний елемент, оскільки людина не тільки реалізує цю поведінку в соціальній системі, але і в економічній – в сферах зайнятості, досягнення вищого рівня життя, інвестування у людський розвиток тощо.

Поведінка людини, направлена на збереження здоров'я, являє собою сукупність знань, мотивів, переконань, системи дій і відносин, які організовують і направляють вольові зусилля особистості на збереження здоров'я, ЗСЖ протягом повного життєвого циклу, на продовження творчого, зокрема трудового довголіття [290]. Крім того, під нею розуміють демографічний термін, який означає цілеспрямовану дію людини, направлену на збереження протягом всього життя її капіталу здоров'я. Зазначена поведінка зазвичай реалізується тими, хто був молодший, мав більший дохід, мав кращу освіту, переживав стрес нижчий за середній рівень та мав доступ до соціальної підтримки [291].

Варто відмітити, що самооцінка також пов'язана з реалізацією здорової поведінки, оскільки особи, які мають більш високу самооцінку, більш схильні практикувати «здорові навички» порівняно з тими, самооцінка яких нижча. В цілому, позитивна поведінка, пов'язана зі здоров'ям, вірогідніше практикується людьми, які відчувають психологічну доброту і віру в те, що їхнє здоров'я досить добре, та відображає здатність людини до передбачення проблем, мобілізації до зустрічі з ними та їх активного вирішення [292].

Головним мотивом і економічним змістом зайнятості для працівника має стати забезпечення можливості досягти гідного рівня життя, що неможливо зробити без гарного стану здоров'я. Тому з метою вироблення мотивації зайнятого населення до збереження здоров'я необхідно знати, що впливає на його трудову поведінку, та важливо передбачити цю поведінку з метою його

стимулювання до участі не тільки в трудовій діяльності, а й у формування політики щодо поведінки в напрямку забезпечення ЗСЖ. Проблема, яка, насамперед, потребує розв'язання, – це підвищення рівня мотивації зайнятого населення до збереження власного здоров'я. Тому розглянемо структурні елементи поведінки, направленої на збереження здоров'я зайнятого населення України (на основі узагальнення соціально-психологічних [293, с. 51–56] та інших факторів):

- *«потреби»* (досягнення всіх видів потреб за пірамідою Маслоу на основі збереження всіх детермінант здоров'я: біологічної, душевної, соціальної, економічної);
- *«установки»* (характеризують психічний стан особистості, сформований в результаті соціального досвіду, та виступають як схильність людини сприймати, оцінювати, діяти відповідно до принципів свідомого ставлення до свого здоров'я як до головної умови збереження життя);
- *«мотиви»* (розуміння важливості задоволення потреби в збереженні здоров'я обумовлюються рівнем розвитку самозбережувальних норм, культури, сфери охорони здоров'я, суспільної свідомості);
- *«дії, направлені на самозбереження»* (це свідоме дія самої людини, яка орієнтується на послідовну поведінку інших людей – співробітників, друзів – та підтримання власного здоров'я через дію інших людей).

Основним фактором, який визначає можливості розширення способів задоволення рекреаційних потреб зайнятого населення, є його поведінка, направлена на ефективне витрачання вільного часу, величина якого слугує одним із показників рівня життя. Зростання продуктивності суспільної праці дозволяє збільшувати позавиробничий час, одночасно вимагає для цього відновлення та примноження життєвих сил людини.

В сучасних ринкових умовах *«дешева робоча сила»* є конкурентною перевагою України порівняно з розвиненими країнами світу. Крім того, з метою отримання більшого розміру заробітної плати зайняте населення змушено

працювати більше нормованого часу, що зменшує час на відпочинок і розваги. В таких умовах експлуатації зайнятого населення відбуваються негативні тенденції в сфері відтворення робочої сили, зокрема це стосується погіршення і знецінювання її здоров'я.

В економічній теорії час розподіляється на робочий та позавиробничий (вільний час). Останній можна умовно розділити на фізичний (пов'язаний з навчанням, господарською діяльністю), побутовий (приготування їжі, прибирання), біологічний (задоволення фізіологічних потреб) та соціальний (дозвілля). Тому важливим елементом механізму ЗЗЗНУ є правильна організація позавиробничого часу, а саме: використання відпочинку в кінці робочого дня, тижня і щорічно.

Відповідно до стандартів МОП, робочий тиждень, з урахуванням однієї роботи, не має перевищувати 40 годин (Ради Європи – 48 годин [294]), а робота понаднормова не має перевищувати 120 годин на рік для зайнятого населення та чотирьох робочих годин протягом двох днів підряд [295]. На думку психологів і лікарів, працювати потрібно не більше 40 годин на тиждень, більше – нефізіологічно, оскільки організм втомлюється, ефективність праці знижується, а робочий час використовується з меншою продуктивністю. Отже, інша частина належить до позавиробничого часу: відпочинок після роботи, проведення дозвілля як одноосібно, так і в сім'ї. Розглядаючи українські реалії бачимо, що намітились такі основні тенденції на сучасному ринку праці (що більш характерно для нестабільної зайнятості): збільшується кількість працівників, які працюють більше 8 годин на добу, а позаурочна робота або не оплачується, або оплачується в неповному обсязі; частина зайнятого населення не отримують щорічну оплачувану відпустку, зокрема їх не відпускають у відпустку більше ніж два роки підряд, вони отримують компенсацію за відпустку грошима [296].

Отже, в ситуації підвищених фізичних, розумових і емоційних навантажень, понаднормованої роботи особливо важливим стає питання організації поведінки, направленої на повноцінний відпочинок з метою відновлення своїх сил.

Оцінюючи вплив понаднормованої роботи на здоров'я зайнятого населення можна сказати, що значення самооцінки здоров'я залежать від тривалості робочого часу. Вона збільшується зі зростанням тривалості робочого тижня до 50 годин та знижується у тих, хто працює більше 50 годин [297]. Зазначені дані підтверджуються в науковій праці [298]: «дуже гарне» і «гарне здоров'я» виявляється у зайнятого населення з помірними робочими навантаженнями (142–152 години на місяць), і «погане» та «дуже погане» – при високих витратах робочого часу (172–195 годин на місяць). Активний відпочинок (туризм) може знижувати рівень захворюваності практично на 50% [299]. Крім того, після проведення активного відпочинку в межах наданої щорічної відпустки продуктивність праці (ПП) зайнятого населення, за даними [300], зростає на 15–25 %. Звичайно, протягом наступних місяців ПП знижується, а, наприклад, через вісім місяців вона досягає довідпочинкового рівня.

На думку експертів, роботодавці не усвідомлюють повністю важливості заходів з організації різних видів відпочинку [301–302], що розглядаються як елемент збереження здоров'я, забезпечення стабільності і неперервності робочого процесу, особливо це стосується малих та середніх підприємств. За останні роки у зайнятого населення накопичилась втома, від якої неможливо розвантажитись не тільки в вихідні дні, а й після роботи та в період відпустки. Причиною є не тільки відсутність грошей, або їх нестача для нормального відпочинку, але й відсутність розуміння і важливості принципу збереження здоров'я. Нині змінилась можливість займатись спортом. З'явилися елітні клуби, але, разом з тим, знизилась можливість зайнятого населення займатися ним. Найбільше нині зайняте населення займається лише легкими фізичними вправами, й то – декілька разів на тиждень, через значні навантаження на робочих місцях та поза ними. Окрім втоми, недостатності матеріальних засобів і часу, люди ще недостатньо активні, щоб займатися спортом.

Розглянемо такий аспект збережувальної поведінки зайнятого населення, як чергування праці і відпочинку. Навіть при роботі в найоптимальніших умовах, якщо вона виконується без перерв, через деякий час настає втома. Тому

продуктивність фізичної та інтелектуальної праці може бути високою тільки за умов, якщо є перерви в роботі. Ці перерви потрібно проводити в спокійній обстановці, забезпечуючи можливість повноцінного відпочинку, бажано в спеціальних кімнатах психофізіологічного розвантаження. Досвід показує, що проведення фізкультурних вправ сприяє підвищенню працездатності і зміцненню здоров'я зайнятого населення. Крім того, під час роботи можуть виникати стресові ситуації. Тому потрібно звернути увагу на дотримання режиму праці і відпочинку: в кінці тижня потрібно абстрагуватись від ділового життя; берегти свій вечірній час (на Заході вважається поганим тоном вирішувати робочі питання в позавиробничий час); не порушувати режим дня, своєчасно лягати спати, своєчасно прокидатись.

В теорії виділяють такі моделі соціального часу (дозвілля), які є цікавими для нашого дослідження [303], зокрема: *гуманістична* (як мета життя та ідеал постійного розвитку зайнятого населення), *терапевтична* (як відновлення сил після трудової діяльності), *кількісна* (час, який залишається після роботи), *екзистенціальна* (як засіб самореалізації, задоволеності, участі в суспільному житті, прояву творчих можливостей); *соціальна* (як поведінка, направлена на збереження здоров'я).

Вільний час в аспекті поведінки [304] можна визначити як ту частину соціального часу, зокрема позавиробничого, яка вивільнена від невідкладних виробничих справ і всебічного розвитку зайнятого населення. Під час позавиробничого часу зайняте населення відновлює свої фізичні, психічні енергетичні ресурси; приділяє увагу родині та всебічно розвивається, зокрема інтелектуально, культурно тощо.

Тобто, тут виділяється інший термін «*культура дозвілля*». Під ним розуміють втілення дозвільної діяльності, коли окрема особистість або група здатні проаналізувати власні потреби і можливості їх задоволення, здійснити раціональний пошук варіантів й ефективно провести свій вільний час [305, с. 206], зокрема в усіх його формах, що сприяє індивідуальній та трудовій самореалізації зайнятих громадян. Особиста поведінка і вибір форми дозвілля

залежать від культури особистості [306]. Тому культура дозвілля виступає важливою складовою поведінки, направленої на збереження здоров'я.

Загальновідомо, що існує зв'язок – чим відповідальніше використовується вільний час, тим раціональніше і швидше формується життєва позиція особистості. Збереження здоров'я зайнятого населення передбачає вибір раціональних, ефективних форм дозвілля, що, в свою чергу, є основою для вибору поведінкових моделей та соціалізації зайнятого населення, зокрема зайняття спортом і відвідування спортивних секцій, прогулянки, відвідування виставок, музеїв, театрів, концертів, кіно, парків культури. Важливого значення набуває художня самодіяльність, туризм, екскурсії, активний сімейний відпочинок тощо. Крім того, як елемент відповідної поведінки у зайнятого населення має бути раціональний розпорядок дня та сну. Постійний розпорядок дня створює найбільш сприятливі умови і для роботи, і для відпочинку.

Одним із позавиробничих факторів, який впливає на стан здоров'я зайнятого населення, є соціальний капітал. Родина досить сильно впливає на формування поведінки, направленої на збереження здоров'я, оскільки збуджує його інтерес до життя і поставлених цілей. Родина стає буфером емоційних страждань, формує збережувальну поведінку і культуру здоров'я, часто може виявляти перші ознаки порушення здоров'я, а у випадку хвороби бере на себе основну частину соціальної підтримки. Загальновідомо, що в здорових родинах відносини спокійні, а там, де в родинах є хворі, мали місце конфліктні ситуації.

Співвідношення робочого і вільного часу, як і рівень доходу, впливає на психологічний клімат в родині, оскільки на родину у зайнятого населення залишається досить мало часу. Якщо приводів до непорозумінь в родині немає, це позитивно впливає на самопочуття зайнятого населення. В таких родинах можливий повноцінний відпочинок після роботи, навчання ввечері або в вихідні. Якщо ж проблеми зовні переносяться на родину і накладаються на внутрішньосімейні конфлікти, то нервові напруження зайнятих громадян зростає.

Самооцінка здоров'я, зокрема його психічного стану людини залежить від взаємовідносин між членами родини, матеріального стану, рівня освіти. Відомо, що на самооцінку рівня здоров'я впливає сімейний статус, соціальні зв'язки та індивідуальні характеристики, а психологічний стрес пов'язаний з соціальним капіталом – сімейним статусом, з батьківством, стосунками між подружжям, дітьми, з друзями, сусідами, з економічним статусом домогосподарства та необхідністю зберегти баланс між роботою і родиною [307]. Добросусідство, дружба, рідня є не тільки основою формування соціального капіталу, а й соціально-економічного добробуту людей. Зв'язок між людьми може бути джерелом протистояння негативним ефектам від стресу, або джерелом стресу. Так, сімейний статус і наявність рідні, разом із зайнятістю, забезпечують гарне фізичне, психічне і соціальне здоров'я як чоловіків, так і жінок. Сімейні стосунки мають велике значення для здоров'я зайнятого населення, особливу роль при цьому відіграє позитивний морально-психологічний клімат. Статистика стверджує, що в щасливих, міцних родинх зайняте населення менше хворіє, а тривалість його життя більша. За деякими джерелами, у членів таких родин в декілька разів нижча захворюваність на туберкульоз, цироз печінки і діабет, ніж в неблагонадійних родинх і серед одинаків. Однак, в той же час, якщо хтось із членів родини страждає на такі соціально-небезпечні захворювання, як алкоголізм, наркоманія чи інша залежність, то умови життя в таких родинх погіршуються, зростає ризик виникнення різноманітних захворювань, зокрема психічних розладів.

Тому важливим фактором, який сприятливо впливає на здоров'я зайнятого населення, є ефективне проведення позавиробничого часу. В цьому аспекті варто враховувати всі види відпочинку, дозвілля та можливості соціального капіталу, також доцільно особливу увагу приділяти родинним відносинам. Отже, на основі узагальнень теоретичних даних побудуємо *теоретико-методологічну модель ЗЗЗНУ* з урахуванням особливостей людського розвитку України (рис. 2.1).

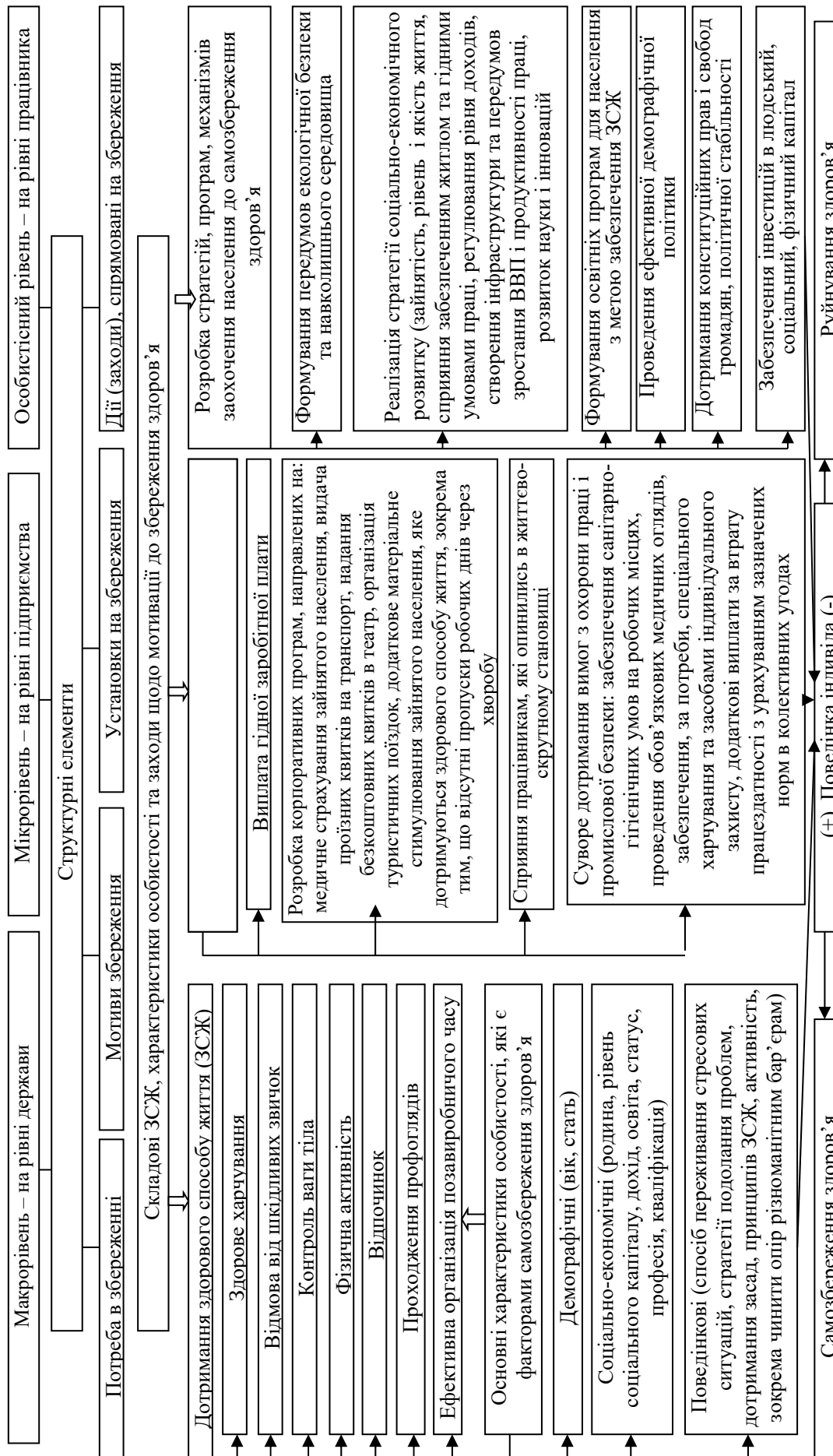


Рис. 2.1. Теоретико-методологічна модель ЗЗЗНУ в системі забезпечення людського розвитку

Джерело: складено автором.

Запропонована модель складається з *активностей* (потреба в збереженні здоров'я, мотиви, установки, дії в напрямку збереження здоров'я); *структурних рівнів*: макрорівень (держава), мікрорівень (підприємство, або робоче місце), особистісний рівень (працівник); *складових, які формують здоровий спосіб життя* (здорове харчування, відмова від шкідливих звичок, контроль ваги тіла, фізична активність, відпочинок, зокрема позавиробничий); *характеристик особистості*, які впливають на збереження здоров'я зайнятого населення (демографічні, соціально-економічні та поведінкові); *заходів держави і роботодавця* до збереження здоров'я зайнятого населення України.

2.2 Зарубіжний досвід та правове забезпечення формування моделі збереження здоров'я зайнятого населення України

Важливо дослідити проблему правового забезпечення формування моделі ЗЗЗНУ, при цьому розглянути раціональний досвід країн світу щодо проведення державної політики в сфері збереження здоров'я населення, зокрема зайнятого. З правової точки зору проблема збереження здоров'я зайнятого населення пов'язана з несистематизованістю законодавчої та нормативно-правової баз в Україні, а та, що існує, не виконується в повному обсязі. Ефективна правова база формування механізму ЗЗЗНУ може розглядатись як передумова забезпечення зміцнення здоров'я, як основа, що дає можливість усвідомити зайнятому населенню те, що здоров'я є найвищою цінністю і фактором забезпечення людського розвитку.

Звернемо увагу на міжнародно-правові норми, що стосуються збереження здоров'я населення, зокрема зайнятого, які узагальнимо в таблиці 2.1

Таблиця 2.1

**Систематизація міжнародно-правових норм, які стосуються збереження
здоров'я населення, зокрема зайнятого**

Назва міжнародного документу (акту)	Рік прийняття
Загальна декларація прав людини.	1948
Конвенція про наркотичні засоби.	1961
Конвенція про психотропні речовини.	1971
Хартія щодо сприяння здоров'ю (Оттавська Хартія).	1986
Декларація про сприяння здоров'ю у XXI ст.	1997
Основи політики досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні в XXI сторіччі (Резолюція EUR/RC48/R5).	1998
Глобальна стратегія ВООЗ «Здоров'я для всіх в XXI сторіччі».	1998
Рамочна конвенція ВООЗ щодо боротьби з тютюном.	2003
Глобальна стратегія ВООЗ в галузі харчування, фізичної активності і здоров'я.	2004
Бангкокська Хартія зі зміцнення здоров'я в умовах глобалізації (ВООЗ).	2005
Європейська стратегія профілактики і боротьби з неінфекційними захворюваннями (ВООЗ).	2006
Європейська хартія щодо боротьби з ожирінням (ВООЗ).	2006
Європейська стратегія профілактики неінфекційних захворювань і боротьби з ними на 2012–2016 рр.	2011
Європейський план дій зі скорочення шкідливого споживання алкоголю у 2012–2020 роках (Резолюція EUR/RC61/13).	2011
Московська декларація щодо здорового способу життя і боротьби з неінфекційними захворюваннями (WHA 64.11).	2011
Ріо-де-Жанейрська політична декларація з соціальних детермінант здоров'я (WHA 65.8).	2011
Програма «Здоров'я–2020. Основи Європейської політики в підтримці дій всієї держави і суспільства в інтересах здоров'я і добробуту» (ВООЗ).	2012
Глобальний план дій ВООЗ щодо профілактики неінфекційних захворювань і боротьби з ними на 2013–2020 рр. (WHA66.10).	2013

Джерело: узагальнено автором на підставі [308].

Наведена в таблиці 2.1 інформація щодо систематизації міжнародно-правового забезпечення збереження здоров'я населення, зокрема зайнятого, дає підстави зробити такі висновки:

- *поведінковий фактор* має бути важливим елементом політики держав світу в сфері збереження здоров'я населення, зокрема зайнятого;
- *освітній фактор* має бути покладений в основу формування відповідальності населення, зокрема зайнятого, за збереження здоров'я;
- запобігання зловживанню речовин, зокрема алкогольних, які зумовлюють залежність населення від них має бути важливим пріоритетом в сфері міжнародної політики;

- *дотримання принципу справедливості* має бути враховано в забезпеченні доступу населення, зокрема зайнятого, до якісних медичних послуг;
- *дотримання принципу «гідного рівня життя»* має бути враховано при формуванні соціально-економічної політики держав, зокрема в сфері збереження здоров'я зайнятого населення;
- *дотримання принципу «соціальних прав людини»* має бути враховано під час настання соціальних ризиків, наприклад, в разі звільнення з роботи, виникнення нещасного випадку або професійного захворювання тощо;
- *дотримання принципу «гідних умов праці»* має бути враховано під час створення належних умов праці, зокрема забезпечення зайнятого населення засобами індивідуального захисту, організація медичних оглядів і навчання з охорони праці, промислової та пожежної безпеки, забезпечення допустимих або оптимальних умов праці тощо;
- *дотримання принципу поваги і гідності населення, зокрема зайнятого, збереження недоторканності приватного життя, реалізація права на конфіденційність, поінформованість, доступність до медичної допомоги і права звертатись зі скаргами;*
- *дотримання принципу профілактики неінфекційних захворювань та активного способу життя* має бути враховано в політиці держави з метою зниження рівня неінфекційних захворювань, пов'язаних із пасивним способом життя, демотивацією населення до шкідливих звичок; підвищення рівня поінформованості та санітарної освіти в сфері охорони здоров'я;
- при розробці державної політики в сфері збереження здоров'я населення, зокрема зайнятого, потрібно враховувати *економічне, соціальне, культурне середовище проживання населення;*
- подолання нерівності, зокрема за доходами, освітою, доступом до медичної допомоги, вважається важливим напрямом зменшення рівня бідності та покращення ситуації в сфері збереження здоров'я населення, зокрема зайнятого.

Розглянемо досвід окремих країн щодо реалізації політики мотивації здорового способу життя та нормативно-правової бази, яка її регламентує. Заслуговує на увагу канадський досвід і відповідні принципи, що направлені на збереження здоров'я громадян Канади. Акцентуємо увагу на принципі «універсальності». Так, кожен громадянин Канади, незалежно від наявності роботи, віку, стану здоров'я, доходу тощо, має бути застрахованим в системі охорони здоров'я й отримувати всі необхідні послуги. Тобто, це розглядається як стимулятор збереження здоров'я людини. Важливим є принцип «доступності» населення, зокрема зайнятого, до отримання якісної медичної допомоги незалежно від фінансового стану. Реалізація даного принципу в Україні дозволить унеможливити отримання від зайнятого населення коштів за надання медичної допомоги в закладах державної і комунальної форм власності (що гарантує ст. 49 Конституції України), але за умови реалізації системи добровільного і загальнообов'язкового медичного страхування. Узагальнені принципи формування ЗСЖ, на прикладі Канади, наведені на рис. 2.2.

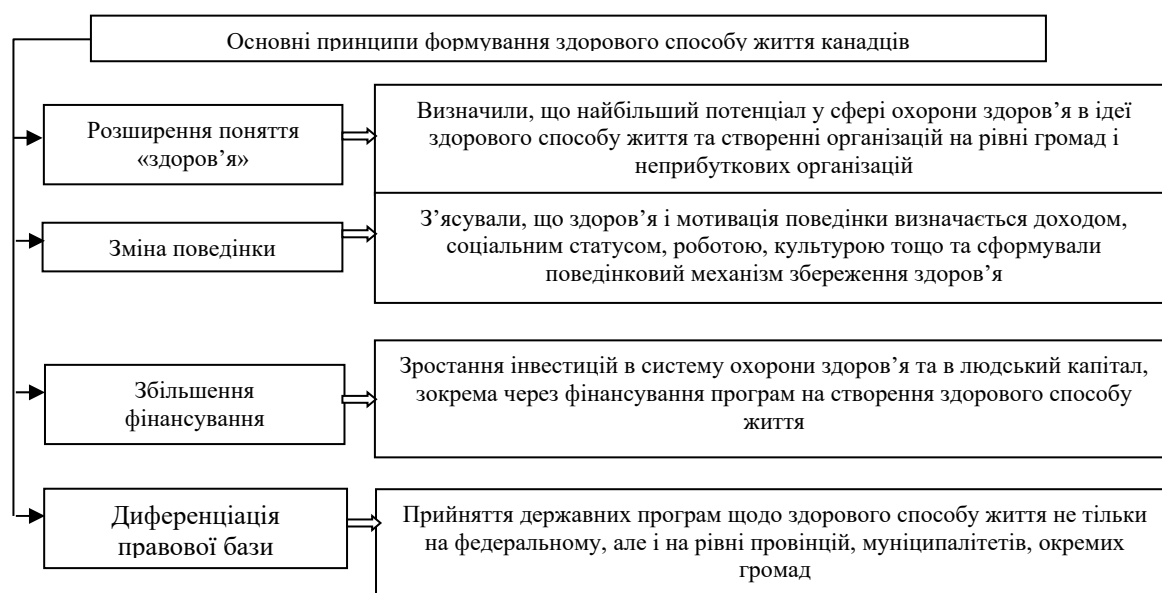


Рис. 2.2. Принципи канадського здорового способу життя

Джерело: узагальнено автором за [308–309].

Крім того, досвід Канади щодо політики збереження здоров'я населення, зокрема зайнятого, в напряму формування здорового способу життя для

України буде корисним в частині реалізації відповідних державних програм не тільки на макрорівні, але і в територіальних громадах, на мікрорівні і особистісному рівні. Для України є важливим досвід Великобританії, яка в своїй політиці збереження здоров'я населення, зокрема зайнятого, дотримується принципів «Хартії пропаганди ЗСЖ», затвердженої в 1998 році. На рис. 2.3 показано згруповані основні пріоритети збереження здоров'я британців.

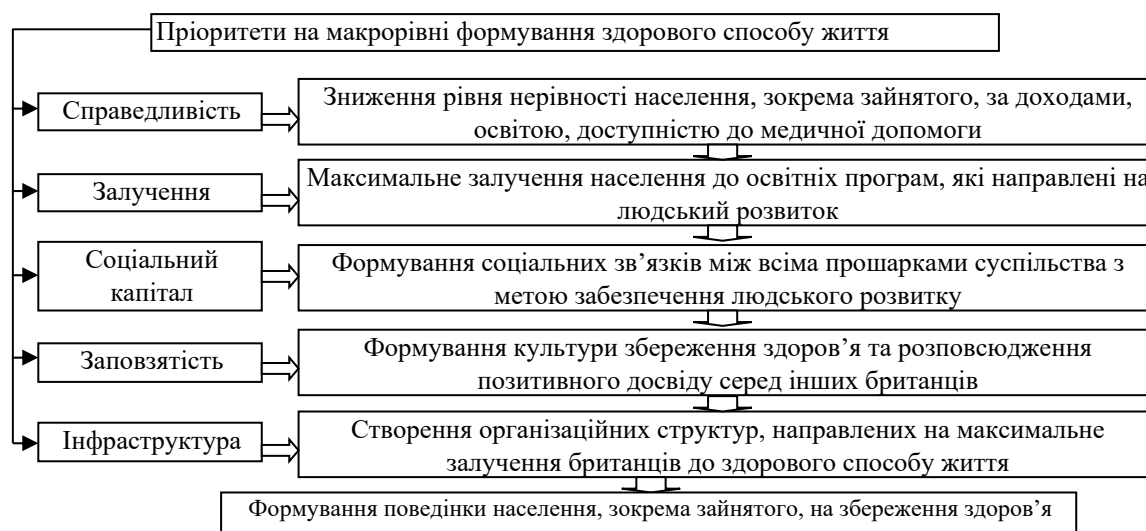


Рис. 2.3. Пріоритети збереження здоров'я британців
в системі людського розвитку

Джерело: узагальнено автором за [308; 310].

Отже, для України варто розробити програми, які б містили принципи канадського ЗСЖ (див. рис. 2.2), зменшили нерівність громадян України та відновили принцип «справедливості» (рис. 2.3), зокрема щодо забезпечення всім верствам населення, зокрема зайнятого, права на доступну і якісну медичну допомогу, що розглядається як перспективний елемент механізму ЗЗЗНУ в системі забезпечення людського розвитку.

Важливим для України є підвищення прихильності до дотримання принципів ЗСЖ. Так, досвід Казахстану також може бути корисним для України. В 1997 році був створений «Національний центр проблем формування ЗСЖ» та розроблена «Республіканська комплексна програма «ЗСЖ»». Серед

пріоритетів зазначеної програми: якісне та раціональне харчування, фізкультура і спорт, боротьба з алкоголізмом та наркоманією, безпечна сексуальна поведінка, скорочення інфекційних захворювань. В економічному плані стратегічним напрямом збереження здоров'я громадян Казахстану є ефективне регулювання виробничої та комерційної діяльності в інтересах охорони здоров'я і навколишнього середовища. Серед середньострокових пріоритетів – політика держави щодо обмеження виробництва товарів і продуктів, які є шкідливими для здоров'я населення, зокрема за рахунок реалізації організаційних, адміністративних, фінансово-економічних та інших заходів [305].

В подальшому була затверджена Програма «ЗСЖ» на 2008–2016 роки, яка базується на міжнародних актах щодо забезпечення ЗСЖ, серед яких: «Європейський план дій щодо алкоголю (2000 р.)», «Рамочна конвенція ВООЗ з боротьби проти тютюну» (2003 р.), «Глобальна стратегія в галузі харчування, фізичної активності і здоров'я» (2004 р.) тощо.

Нині реалізується Програма «Казахстан–2030» [305], основними напрямками якої є: формування у населення навичок ведення ЗСЖ і профілактика, зокрема вплив на поведінку людей з метою зменшення факторів ризику щодо шкідливих звичок, зменшення рівня захворювань і травматизму, посилення ролі освіти у формуванні концепції збереження здоров'я, участь неурядових організацій і бізнес-партнерів у формуванні ЗСЖ та забезпечення його правової бази.

Важливо звернути увагу на досвід створення в Казахстані інфраструктури зі зміцнення здоров'я: створення мережі антитютюнових центрів з телефонною службою допомоги у великих містах, мережі кризових центрів психологічної допомоги залежним людям, мережі молодіжних центрів здоров'я. Крім того, варто звернути увагу на заходи щодо заборони вживання тютюнових виробів для окремих категорій зайнятого населення, зокрема тих, які зайняті в таких галузях економічної діяльності, як освіта, охорона здоров'я, державне управління, під час виконання ними трудових обов'язків і перебуваючи на

відповідній території. Окремо звернемо увагу на мотивацію виробників «здорової» продукції, зокрема молочної, овочів і фруктів тощо.

В Республіці Білорусь реалізовувалась державна «Програма з формування ЗСЖ населення в Республіці Білорусь на 2002–2006 роки» (2001 р.), яка була направлена на формування передумов мотивації мешканців Білорусі до збереження власного здоров'я, зокрема шляхом дотримання ЗСЖ. При цьому інформаційним заходам її реалізації приділялась максимальна увага. Пізніше була реалізована Концепція реалізації державної політики формування ЗСЖ населення в Республіці Білорусь на період до 2020 року» (2011 р.) [311], важливим моментом якої стала орієнтація на *освітній фактор* при формуванні концепції збереження здоров'я населення, зокрема зайнятого. Перспективним для України є досвід реалізації, відповідно до наведеної вище концепції, електронного паспорта здоров'я (окремі аспекти цього реалізовано в Україні при реформуванні охорони здоров'я, наприклад, запровадження системи «*E-heals*»), проведення щорічних профілактичних оглядів населення, зокрема зайнятого.

Розглядаючи досвід Естонії в сфері політики щодо збереження здоров'я населення, зокрема зайнятого, відмітимо такі основні особливості. Так, основними стратегіями збереження здоров'я населення Естонії на макро-, мікро- і особистісному рівнях є підвищення рівня фізичної активності, зниження рівня ризикованої для здоров'я поведінки, оптимізація і збалансування харчування тощо (відповідно до національної стратегії здоров'я населення на період 2009–2020 р., яка прийнята в 2008 році) [308, с. 97–98]. Наприклад, на мікрорівні зайняте населення, яке дотримується ЗСЖ, має більшу імовірність кар'єрного зростання, ніж ті, хто має шкідливі звички. На особистісному рівні мотивація, направлена на збереження здоров'я, досягається шляхом реалізації «*особистого прикладу*» членами родини, друзями, знайомими, що змінює поведінку, зокрема ґрунтуючись на принципах рефлексивного управління. В 2011 році була прийнята стратегія «Здорова Естонія на 2011–2015 р.», де важливими тактичними цілями були: забезпечення

здорового харчування, регулярного проведення медичних оглядів та скорочення травматизму.

В Чехії, наприклад, рівень споживання алкоголю один із найвищих в світі, а культура споживання легких алкогольних напоїв (пива) не розглядалась як проблема ЗСЖ. Після вступу країни до ЄС була прийнята Урядом «Програма «Здоров'я-21» [308, с. 101], яка ґрунтувалась на принципі *«здоров'я для всіх»*.

Аналізуючи досвід реалізації політики Уряду Фінляндії в напрямку збереження здоров'я населення, зокрема зайнятого, можна сказати, що у 2011 році була прийнята стратегія «Північна Карелія» [308, с. 108]. В її основі лежить комплекс заходів, направлених на профілактику серцево-судинних захворювань, зменшення передчасної смертності від неінфекційних захворювань (ДТП, утоплення, навмисне самоушкодження, отруєння, зокрема алкогольними напоями тощо), реалізацію ефективних освітніх програм на макро-, мікро- і особистісного рівнях.

В Словенії була прийнята «Національна програма фізичної активності і зміцнення здоров'я 2007–2012 рр.», яка передбачала такі напрямки: забезпечення фізичної активності зайнятого населення на робочому місці (при цьому було поставлено завдання – зменшити частку фізично неактивних до 30% [308, с. 111]), організація спортивних розваг, розвиток туризму.

Розглядаючи досвід найближчих сусідів – Росії – варто наголосити на реалізації державної програми в сфері збереження здоров'я населення, зокрема зайнятого, *«Здорові міста»*», яка була запроваджена ще в 1987 р. В основі цієї програми лежать рекомендації ВООЗ та стратегії, зокрема *«Здоров'я для всіх»*. Зазначена стратегія передбачає ефективну систему профілактики захворюваності, зокрема зайнятого населення, максимальне залучення осіб з інвалідністю працездатного віку на ринок праці з урахуванням сучасних умов зайнятості тощо. Крім того, нині чинним проектом у сфері збереження здоров'я, зокрема зайнятого, є національний конкурс «Здорова Росія» [308, с. 148]. В основі зазначеного проекту лежить пошук найбільш ефективних федеральних ініціатив, направлених на пропаганду і мотивацію ЗСЖ з

подальшим їх розповсюдженням на всю територію країни. Ці ідеї ефективно можна використати і в Україні при розробці механізму ЗЗЗНУ.

В інших країнах так само найбільше наражаються на вплив тютюнового диму на робочих місцях чоловіки, мігранти й люди з низьким рівнем освіти. Особливо страждають від тютюнового диму люди з низьким рівнем освіти та доходів [312–316], а також ті, в кого на роботі немає політики щодо заборони куріння [317–319]. Імовірність перебування під впливом вторинного тютюнового диму знижується суттєвіше при повній забороні куріння, ніж при частковій [320].

Особливим напрямом державної політики збереження здоров'я зайнятого населення є посилення контролю за рекламою тютюнових виробів в Інтернеті та в місцях їх продажу. Найефективнішим напрямом державної політики щодо зниження рівня тютюнокуріння є економічні методи, зокрема оподаткування, що знижує його доступність і зменшує споживання та поширення куріння. Так, за рахунок чинної політики держави щодо оподаткування тютюнових виробів, курці, чутливі до зростання цін на сигарети, вже припинили курити. Судячи з історій куріння у східноєвропейських країнах (Російській Федерації, Польщі та Україні) в пост-перехідний період дев'яностих і двотисячних років, підвищення податків на сигарети на 10% у період спостереження привело до зростання ймовірності припинення куріння в цих країнах на 1,6–2,3% [321].

За даними ВООЗ громадяни, особливо зайняті, мають вживати не менше 400 г свіжих овочів і фруктів в день, або 2,8 кг на тиждень [286]. Тому потрібно знижувати ціни на овочі і фрукти в Україні та стимулювати фермерів до збільшення обсягів їх виробництва. Крім того, індекс ваги тіла людини має не перевищувати 30, якщо більше, то населення страждає на ожиріння, що веде до багатьох неінфекційних хвороб та несе найбільшу загрозу, зокрема підвищує найбільшу летальність, наприклад, від COVID–19.

Таким чином, досвід вищезгаданих країн в цілому свідчить, що правова база є важливим фактором формування ЗСЖ, який розглядається як основа механізму ЗЗЗНУ. Крім того, відповідна активна державна політика розвинених

країн мотивує населення, зокрема зайняте, до збереження здоров'я за рахунок організації системи добровільного і обов'язкового медичного страхування; реалізації заходів, направлених на зменшення рівня захворюваності і передчасної смертності; зниження нерівностей за доходами, освітою, доступом до отримання якісних медичних послуг; реалізації інфраструктурних проектів (будівництво спортивних і розважальних майданчиків, велосипедних доріжок, басейнів тощо); стимулювання виробників «здорової» продукції харчування; активізації процесів децентралізації, ґрунтуючись на принципі *субсидіарності*.

Досвід України в напрямку реалізації державної політики щодо збереження здоров'я населення, зокрема зайнятого, свідчить, що систематизованого законодавчого чи нормативно-правового акта немає, але при цьому існує низка законів, постанов, розпоряджень, концепцій органів державної влади, які містять відповідні механізми. Основним Законом, який визначає концептуальні засади збереження здоров'я населення, зокрема зайнятого, є Конституція України (КУ) (1996 р.), в якій проголошується, що «здоров'я людини, її життя і безпека...» визнаються найвищою соціальною цінністю (ст. 3 КУ), та яка містить права громадян України, що розглядаються як база для побудови механізму ЗЗЗНУ.

Основними правовими інструментами механізму ЗЗЗНУ є реалізація стратегій забезпечення достатнього життєвого рівня; безпечного для здоров'я і життя навколишнього середовища, зокрема природного; гідних умов праці; доступу до якісної освіти, зокрема, що формує знання і вміння в сфері промислової і побутової безпеки; здорового способу життя (медичне, фізичне екологічне виховання, формування гігієнічної культури населення, створення умов, що сприяють руховій активності, будівництво інфраструктурних об'єктів (лікувально-профілактичні заклади, бази відпочинку, профілакторії тощо), (КУ, Закон України «Основи законодавства про охорону здоров'я України» [111]). Окремо варто наголосити на нормі наведеного вище закону щодо встановлення в Україні системи соціально-економічного стимулювання населення, зокрема

зайнятого, яке веде ЗСЖ, але конкретних законодавчих і нормативно-правових механізмів не передбачено.

З метою інфраструктурної організації ЗСЖ громадян України був створений науково-методичний центр на базі ДУ «Інституту громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва» (ІГЗ) [322]. Взаємодіючи з мережею закладів охорони здоров'я ІГЗ забезпечує ефективну роботу з формування ЗСЖ та гігієнічного виховання населення. При цьому варто відмітити важливу роль відділу координації діяльності центрів здоров'я ІГЗ.

Зробимо наголос на нормативно-правових актах, які лежать в основі збереження здоров'я населення, зокрема зайнятого. Так, були прийняті програма «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки» (2001 р.) та концепція Загальнодержавної програми «Здоров'я–2020: український вимір» (2011 р.) на базі рекомендацій ВООЗ «Політика досягнення здоров'я для всіх в ХХ сторіччі» (1998 р.). Що стосується ЗСЖ, то наведена вище Програма містила сімнадцять задач, які були направлені на профілактичні заходи збереження здоров'я з урахуванням підготовки правового і методичного забезпечення, зокрема переходу до розробки галузевих програм з окремих напрямків.

В концепції «Здоров'я–2020: український вимір» [323] наголошується, що реформи, які проводились в системі охорони здоров'я, зокрема що стосується ЗСЖ, були неефективні, оскільки були фрагментарними і непослідовними. Стратегічними напрямами наведеної вище концепції є щорічне зниження розповсюдження тютюнокуріння, скорочення зловживання алкоголем на 1 %; скорочення питомої ваги населення з надмірною вагою тіла і ожирінням орієнтовно на 8 %. Отже, для України, як і більшості країн світу, характерний «ланцюг» в сфері збереження здоров'я *«система охорони здоров'я – освіта – наука – культура – інформування»*.

В 2015 році в Україні за сприяння Міністерства охорони здоров'я України, Швейцарського бюро співробітництва в Україні та Бюро ВООЗ України була реалізована програма «Здоров'я – 2020: основи європейської політики і стратегія для ХХІ століття» [324–325], основною метою якої є зменшення рівня

неінфекційних захворювань в Україні, зокрема серцево-судинних, які є головними убивцями населення України, зокрема зайнятого. Так, відповідно до наведеної вище програми передбачається зменшувати, наприклад, серцево-судинні захворювання на 25%, за рахунок мотивації населення, особливо зайнятого, до збереження здоров'я, що розглядається як вагомий фактор людського розвитку України.

До основних законодавчих і нормативно-правових актів, окрім тих, які розглянуті вище, що сприятимуть створенню ефективної стратегії ЗЗЗНУ в Україні, можна віднести, зокрема: Закони України «Про рекламу», «Про благодійництво та благодійні організації», «Про якість та безпеку харчових продуктів і продовольчої сировини», «Про фізичну культуру і спорт», «Про освіту», «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» та багато інших.

Нині в Україні, відповідно до медичної реформи, формується система громадського здоров'я [326], яка направлена, зокрема, на профілактичну медицину, боротьбу з неінфекційними захворюваннями, навчання людей засадам здорового способу життя [327, с. 26–28]. Основними принципами розвитку системи громадського здоров'я є:

- забезпечення здорового способу життя, де важливими факторами, які цьому будуть сприяти, є просвітницька діяльність, створення передумов розвитку інфраструктури, забезпечення дотримання світових стандартів щодо якості продуктів харчування, води, повітря тощо;
- профілактика захворювань, зокрема за рахунок реалізації скринінгових програм;
- співпраця держави, неурядових організацій і громадян;
- якісна і доступна вітчизняна медицина тощо.

Основними нормативно-правовими актами, що направлені на розвиток концепції ЗСЖ, а, отже, і на збереження здоров'я, є: «Національна програма патріотичного виховання населення, формування ЗСЖ, розвитку духовності та зміцнення моральних засад суспільства», Укази Президента України «Про

заходи щодо розвитку духовності, захисту моралі та формування здорового життя», «Про цільову комплексну програму «Фізичне виховання – здоров'я нації», «Про затвердження Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії», Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про поліпшення діяльності органів і закладів охорони здоров'я з питань формування ЗСЖ, гігієнічного виховання населення» (особливістю якого є створення Центру здоров'я в Україні), Постанова Кабінету Міністрів України «Про деякі заходи щодо масової профілактики захворювань, пов'язаних з йодною недостатністю», та низка інших.

Таким чином, систематизувавши зарубіжний досвід, його принципи і стратегії у сфері збереження здоров'я населення, можна передбачити які з них можуть бути ефективно реалізовані в Україні, зокрема це: *«принцип доступності»* (надання для всіх категорій населення, незалежно від віку, статі, місця проживання, матеріального добробуту, базових медичних послуг), *«принцип справедливості»* – скорочення диференціації та нерівності між багатими і бідними в соціальному і економічному плані. З'ясовано, що ефективними стратегіями в плані збереження здоров'я зайнятого населення є стратегії в сфері забезпечення якісного харчування, високого рівня фізичної активності, демотивації до поведінки, яка руйнує здоров'я зайнятого населення тощо [328].

2.3 Інструментарій забезпечення збереження здоров'я зайнятого населення на робочому місці в системі людського розвитку

В основу інструментарію забезпечення збереження здоров'я зайнятого населення на робочому місці в системі людського розвитку покладено профілактичну його складову. Актуальність даної складової можна посилити східною мудрістю: «Хворобу варто лікувати за три роки до її настання, а не за три дні до смерті». Важливо пригадати слова геніальної людини – М. І. Пирогова, який стверджував: *«Майбутнє належить медицині*

профілактичній» [329]. Крім того, Україна має переходити від адміністративної системи і патерналізму держави до концепції лібертаріанського патерналізму та запроваджувати ефективні інструментарії забезпечення збереження здоров'я зайнятого населення на робочому місці в системі людського розвитку, зокрема широкого впровадження економічних методів стимулювання збереження здоров'я зайнятого населення, активного збереження і відновлення його здоров'я, зокрема за рахунок профілактичної складової, диспансеризації, реалізації корпоративних програм здоров'я. Світовий досвід доводить, що якщо витрати на проведення заходів із захисту здоров'я зайнятого населення (профілактика) складають біля 0,2% від ВВП, то їх відсутність веде до втрат 20 % від ВВП [330]. Підкреслимо, що несвоєчасна профілактика захворювань зайнятого населення призводить до виникнення шоків здоров'я, особливо до розвитку інвалідності, а це веде до зменшення рівня зайнятості та гальмування людського розвитку.

Акцентуємо увагу на досвіді окремих країн, які досягнули значного зниження передчасної смертності населення, зокрема зайнятого, за допомогою реалізації профілактичних програм збереження здоров'я. Так, ефективність реалізації профілактичних програм збереження здоров'я населення оцінюється часткою в 55 % в напрямку досягнення «успіху» попередження захворюваності, а лікувальних – лише 37 % (решта 8 % факторів впливу на відповідний «успіх» не були визначені [331]). Звідси висновок, що профілактика є актуальним, перспективним, і менш затратним механізмом ЗЗЗНУ. Крім того, реалізація профілактичних заходів збереження здоров'я населення, зокрема зайнятого, дозволяє отримувати значний економічний ефект. Так, в результаті профілактики захворювань та своєчасного їх лікування, можна зекономити в 3–5 разів більше коштів, ніж при лікуванні хвороби, коли її виявляють на пізніх стадіях. Крім того, враховуючи витрати на реабілітацію хворого і соціальні виплати, ефект від реалізації профілактичних заходів ще буде вищим, що дозволяє зменшити витрати в 8–10 разів. Крім того, профілактика захворюваності, як свідчить досвід розвинених країн світу, наприклад, США,

дозволяє отримати значну економію коштів на лікування. Так, співвідношення витрат і отриманого ефекту реалізації профілактичних програм збереження здоров'я на робочому місці становить 1:7, це означає, що кожен інвестований долар в профілактику збереження здоров'я зайнятого населення дозволяє заощадити 7 дол. США [332].

В більшості країн світу зниження рівня передчасної смертності зайнятого населення пов'язано зі змінами в способі життя. Цьому сприяла реалізація санітарних освітніх програм і вжиття законодавчих заходів, що привело до збільшення рівня фізичної активності населення, зокрема зайнятого, зменшення поширеності тютюнокуріння. Таким чином, наведені факти дозволяють зробити висновки, що між зміною способу життя і показниками смертності є залежність, а первинна профілактика при цьому вносить позитивний внесок. Тому стратегія розвитку сучасної охорони здоров'я в Україні має ґрунтуватись на профілактиці захворювань зайнятого населення та вчасного і ефективного його лікування. Основними проблемами, які перешкоджають проведенню профілактичних заходів, є: політичні, фінансові, професійні, організаційні, національні тощо [333].

Вище зазначалось, що підвищена смертність переважно зайнятого населення обумовлена способом життя, тобто поведінковими факторами ризику (на 50–70 %). Вона може бути попереджена за рахунок реалізації програм профілактики в напрямку збереження здоров'я зайнятого населення. Наприклад, в таких країнах, як США, Японія, Канада, Великобританія, Німеччина та ін. через реалізацію ефективних профілактичних заходів вдалось скоротити загальну смертність на 20–30%, зокрема від серцево-судинних захворювань – на 30–40 % [334].

Відповідно до прийнятої «Декларації охорони здоров'я всього працюючого населення» (ВООЗ, 1994) наголошується на важливості збереження здоров'я зайнятого населення. При цьому рекомендовано враховувати демографічні процеси (старіння населення, скорочення питомої ваги працездатного населення в загальній структурі населення, зростання трудової міграції) та

соціально-економічні процеси, зокрема на ринку праці (зменшення чисельності зайнятого населення, зростання безробіття, поширення прекаріату (нестабільної зайнятості) тощо) [335].

Варто звернути увагу на Конвенції: «Про службу медицини праці» (№ 161/1985), «З безпеки праці і здоров'я» (МОП, № 155/1981), «Директиву ЄС» (89/39 ЄС, 1989 р.) і глобальну стратегію ВООЗ «Здоров'я зайнятого населення до 2000 року», які направлені на профілактику захворювань зайнятого населення, а важливим її напрямом має стати створення національної системи медицини праці.

Розглядаючи «Глобальний план дій з охорони здоров'я зайнятого населення на 2008–2017 роки» (ВООЗ, 2007), можна зробити головний висновок: поруч із умовами праці і профілактикою, здоров'я зайнятого населення залежить від політики зайнятості (про зв'язок між безробіттям і погіршенням здоров'я буде розглянуто в наступних підрозділах дисертації). Крім того, за даними дослідження [336], нині простежується проблема низької ціни здоров'я в житті і свідомості самого зайнятого населення.

На міжнародному рівні забезпечення здоров'я зайнятого населення здійснюється відповідно до стандартів BS OHSAS 18001 (Occupational Health and Safety Assessment Series – OHSAS) [337] та OHSAS 45001:2018 «Системи менеджменту охорони здоров'я та безпеки праці. Вимоги та рекомендації щодо застосування» [338]. Зазначені стандарти направлені на створення здорових і безпечних умов праці для зайнятого населення. Наприклад, стандарт BS OHSAS 18001 ґрунтується на своєчасній ідентифікації ризиків впливу шкідливих (небезпечних) виробничих факторів на здоров'я зайнятого населення; розробці ефективних заходів зі збереження здоров'я зайнятого населення під час виконання ним трудових обов'язків, що дозволяє знижувати ймовірність настання нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань; повному дотриманні роботодавцем і зайнятим населенням законодавчих і нормативно-правових актів з охорони праці, промислової і пожежної безпеки тощо [339–344]. Доцільно навести основні його переваги:

зменшення кількості професійних захворювань та нещасних випадків на виробництві; зменшення днів непрацездатності, часу простоїв та витрат роботодавців, пов'язаних із ними; підвищення ефективності управління ризиками для здоров'я та виробничої безпеки; покращення позитивного іміджу компанії в сфері забезпечення виробничої безпеки; підвищення лояльності ділових партнерів.

Тому стандарти OHSAS 18001 та OHSAS 45001:2018 мають бути правовою основою профілактики ЗЗЗНУ України та підвищення ролі менеджменту підприємства щодо збереження здоров'я зайнятого населення в системі забезпечення людського розвитку. А для цього він має бути покладений в основу розробки положення про систему управління охороною праці (СУОП), яка є обов'язковою для всіх підприємств (установ, організацій) України (відповідно до ст. 13 Закону України «Про охорону праці» [345]).

В теорії виокремлюють індивідуальну і суспільну профілактики. Індивідуальна профілактика спрямована на дотримання правил гігієни населенням, зокрема зайнятим в побуті, на виробництві та охоплює такі заходи профілактики захворюваності та збереження здоров'я: дотримання норм ЗСЖ, гігієни шлюбних і сімейних відносин, особистої гігієни, гігієни одягу, взуття, раціонального режиму праці і відпочинку, раціонального харчування і питного режиму, активного зайняття спортом тощо.

Пріоритетом для первинної профілактики, відповідно до Європейських рекомендацій, є здорові особи, у яких наявний високий ризик погіршення здоров'я та інші фактори ризику, зокрема тютюнокуріння, зловживання алкоголем, наявність підвищеного цукру в крові, діабету, ожиріння тощо. Так, базуючись на даних [346], виявлено, що низький рівень фізичної активності населення сприяє поширенню захворюваності в 1,5–2 рази частіше, ніж у населення, яке веде активний спосіб життя. Наприклад, за умови швидкого ходіння населення протягом тридцяти хвилин на добу можна зменшити імовірність погіршення здоров'я приблизно на 20 %.

Розглядаючи суспільну профілактику збереження здоров'я населення, зокрема зайнятого, то вона базується на системі законодавчих, соціальних, виховних, економічних, санітарно-технічних, гігієнічних, медичних та протиепідемічних заходів, які систематично реалізуються відповідними інститутами органів державної влади, відповідальних за збереження здоров'я зайнятого населення, та громадськими організаціями з метою забезпечення повноцінного розвитку духовних і фізичних сил населення, зокрема зайнятого, усунення факторів ризику негативного впливу на здоров'я зайнятого населення.

Виділяють три види профілактики збереження здоров'я населення, зокрема зайнятого, залежно від стану його здоров'я та факторів ризику захворювань [347]:

- *«первинна профілактика»* – система заходів, направлених на своєчасне виявлення факторів ризику захворювань у населення, зокрема зайнятого (раціональне якісне харчування, вакцинація, фізична активність, раціональний режим праці і відпочинку);

- *«вторинна профілактика»* – система заходів, направлених на усунення існуючих факторів ризику, які за певних обставин (надмірне навантаження на будь-які функціональні системи організму, стрес, депресія, послаблення імунітету тощо) можуть викликати, загострити і призвести до рецидиву захворювань. Вважається, що більш дієвим і ефективним методом даної профілактики є *диспансеризація населення* як комплексний метод раннього виявлення захворювання, динамічного спостереження, цілеспрямованого лікування, раціонального послідовного оздоровлення;

- *«третинна профілактика»* – система заходів, направлених на реабілітацію хворого населення, зокрема зайнятого, яке втратило не тільки працездатність, але й можливість повноцінної життєдіяльності та активності. Виділяють такі види реабілітації: *медичну* (відновлення систем і функцій організму); *соціальну* (формування у населення, зокрема зайнятого, впевненості у власній громадсько-соціальній необхідності); *психологічну* (відновлення

поведінкової життєвої і професійної активності); *трудова* (відновлення професійних навиків).

На сучасному ринку праці профілактика захворюваності зайнятого населення реалізується через організацію *медичних оглядів*. Організація проведення медичних оглядів зайнятого населення покладається на роботодавців відповідно до Законів України «Про охорону праці», «Кодексу законів України про працю» та низки нормативно-правових актів і фінансується в повному обсязі ними. В інших випадках, наприклад, для самозайнятого населення, медичні огляди не регламентуються законодавством, а здійснюються з власної ініціативи.

Під *медичними оглядами* розуміють, в широкому сенсі, заходи (лікувально-профілактичні), які направлені на охорону здоров'я населення, зокрема зайнятого, виявлення відхилень стану здоров'я зайнятого населення від нормального і медичних протипоказань до трудової діяльності, попередження виникнення і розповсюдження захворювань, зокрема професійних.

В теорії виділяють *попередні* медичні огляди (проводяться під час працевлаштування на робоче місце та передбачають виявлення відповідності стану здоров'я зайнятого населення тим видам трудової діяльності, на які воно претендує) і *періодичні* медичні огляди (проводяться в процесі трудової діяльності та передбачають виявлення відповідності стану здоров'я зайнятого населення тим видам трудової діяльності, якими воно займається; спостереження за станом здоров'я зайнятого населення в динаміці; раннє виявлення перших ознак професійних захворювань, впливів факторів ризику, шкідливих (небезпечних) виробничих факторів на стан здоров'я зайнятого населення; формування відповідних груп ризику; раннє виявлення перших ознак загальної захворюваності та її впливу на можливість займатися певною трудовою діяльністю; своєчасну організацію профілактичних і реабілітаційних заходів в напрямку збереження здоров'я зайнятого населення та відновлення його працездатності).

Порядок організації, періодичність проведення медичних оглядів зайнятого населення регламентуються чинними законодавчими і нормативно-правовими актами. При їх проведенні враховується такі фактори: вид трудової діяльності, галузь економічної діяльності, вік, наявність шкідливих (небезпечних) виробничих факторів на робочому місці, умови праці тощо. Окремо наголосимо, що виділяють професії, за якими проводять *позмінні* медичні огляди, наприклад, зайняте населення, яке працює на важких і шкідливих (небезпечних) роботах, водії, енергетики, поліцейські тощо. Крім позмінних, існують *позапланові* медичні огляди – проводять за бажанням зайнятого населення або відповідно до медичних пропозицій з метою виявлення наявності певних професійних захворювань.

Нині система охорони здоров'я, яка перебуває в умовах реформування, відчуває труднощі в напрямку організації і проведення медичних оглядів саме зайнятого населення, зокрема це пов'язано з дефіцитом фінансування витрат на відповідні цілі та процесом децентралізації, з незадовільним матеріально-технічним станом медичних закладів України [348] тощо.

За останні майже 30 років незалежності в Україні було практично повністю ліквідовано медицину праці, яка мала не тільки медсанчастини, але й лікувальні, фельдшерські пункти охорони здоров'я, заклади суспільного і дієтичного харчування, що, зокрема, негативно відобразились на здоров'ї зайнятого населення. Нині більшість роботодавців не інвестують кошти в охорону і підтримку здоров'я свого зайнятого населення. Серед найбільш популярних напрямів реалізації корпоративних програм підтримки ЗСЖ є спортивні заходи, вакцинація і забезпечення співробітників гарячим харчуванням. Зайняте населення проводить на своєму робочому місці приблизно 35 % свого життя. В зв'язку з цим, корпоративні програми підтримки ЗСЖ мають бути пріоритетним елементом формування механізму ЗЗЗНУ.

Державне фінансування наукових досліджень в галузі реалізації програм здоров'я на різних рівнях – національному і регіональному – досліджували багато вчених. Так, Mattke (2012 p.), Goetzel (2008 p.) та інші [349]

наголошували на важливості на макрорівні прийняття законодавчої бази для фінансування програм здоров'я на робочому місці. Наприклад, в США «Закон про захист пацієнтів і доступність медичного обслуговування» передбачає створення *Центрів за контролем і попередженням захворювань* (Centers for Disease Control and Prevention), які мають здійснювати технічну допомогу і фінансувати програми на робочих місцях. Додатково Міністерство охорони здоров'я і людських ресурсів (Department of Health and Human Services) витрачає значні фінансові ресурси на фінансування експертизи програм здоров'я на робочих місцях, зокрема в напрямку заборони паління, впровадження гнучкого графіка робіт для підвищення фізичної активності і надання можливості для здорового харчування на робочому місці.

Світовий досвід, наприклад Північної Ірландії [349–355], доводить, що з 2004 року під керівництвом департаменту охорони здоров'я, соціального забезпечення і суспільної безпеки був реалізований освітній проект, учасниками якого стало зайняте населення двадцяти приватних малих підприємств (чисельність зайнятих не перевищує 50 осіб), який передбачав навчання керівників підприємств питанням організації заходів щодо зміцнення здоров'я на робочому місці і оцінювання їх результативності.

Досвід Німеччини, в рамках реалізації положень Національного соціального кодексу [349–355], довів, що актуальним є впровадження набору основних медичних послуг в рамках державного медичного страхування (з 2002 року діє комплексна ініціатива – «Здоров'я і праця»), які направлені на збереження здоров'я зайнятого населення на робочому місці і просування ЗСЖ. Зазначена ініціатива довела, що заходи привели до зниження рівня абсентеїзму через хвороби, підвищення продуктивності праці. Крім того, в 2011 році в країні почала діяти національна програма «Будь у формі» (термін реалізації до 2020 року), основна мета якої – просування принципів ЗСЖ.

Досвід Польщі в сфері забезпечення здоров'я на робочому місці довів, що пріоритетні задачі реалізуються в Національній програмі з охорони здоров'я (2006–2015 р.), розробленої Міністерством охорони здоров'я (Polish Ministry of

Health, 2007). Дана програма реалізується спільно з Національним інститутом суспільної охорони здоров'я, Інститутом медицини праці, Центральним інститутом з охорони праці [349–355].

На регіональному рівні, наприклад, як свідчить досвід США, проводяться дослідження ефективності *корпоративних програм здоров'я* (NCSL, 2010 [349–355]), зокрема в напрямку наукового обґрунтування ефективності інвестування коштів роботодавців у створення здорових умов праці; виявлення впливу шкідливих факторів на здоров'я зайнятого населення, оцінювання продуктивності і рентабельності підприємства тощо. Зазначені результати досліджень сприяють зацікавленості керівників фірм в організації подібних програм на робочих місцях. Окремі штати США, на основі подібного досвіду, створюють в подальшому процедури сертифікації корпоративних програм здоров'я, а ті підприємства, які пройшли сертифікацію, отримують відповідні пільги. Крім цього, важливо наголосити, що регіональні корпоративні програми здоров'я на робочому місці дозволяють виявляти і усувати дискримінацію зайнятих; оцінити інші потенційні негативні ефекти програм; визначати обсяги фінансової допомоги з боку держави.

Враховуючи те, що великі підприємства зазвичай мають змогу розробляти такі програми, а малі і середні підприємства обмежені в фінансових ресурсах, можна використовувати інші інструменти. Так, в наведеному вище законі [349–355], містяться *державні грантові програми*, розраховані на п'ятирічний термін підтримки малих підприємств, які впроваджують програми здоров'я (на які орієнтовано виділяється щорічно біля 0,2 млрд дол. США). Далі кожен штат США розробляє власні заходи (NCSL, 2010). Тому розглянемо перспективний досвід в цьому напрямку [349–355].

Так, в штаті Арканзас (США) з 2005 року зайняте населення, яке бере участь в програмі «Здоровий спосіб життя», отримує щомісячну знижку при оплаті страховки в розмірі 10 дол. США та додатково ще 10 дол. США, якщо у нього відсутні фактори ризику. В штаті Техас (США), з 2007 року для зайнятого населення протягом робочої зміни встановлена 30-ти хвилинна

перерва спеціально для виконання фізичних вправ, а в штаті Мен (США), з 2009 року зайнятому населенню надаються фітнес-програми. Крім того, в штаті Делавер (США) розроблено програму, яка дозволяє аналізувати вплив виробничих факторів ризику на здоров'я зайнятого населення. На цій основі можна розробляти відповідні рекомендації, зокрема щодо раціонального харчування, фізичного навантаження, управління стресом тощо. Як правило, ці програми розробляються вченими і фахівцями, а їх вимоги закріплюються на законодавчому рівні штатів, що дозволяє фінансувати ці державні гранти.

В країнах Заходу, на відміну від України, розроблялись більш вузькопрофільні програми – *клінічного* (орієнтовані на індивіда, наприклад, консультація в організації) та *поведінкового* змісту (формування ЗСЖ). Поведінково-орієнтовані програми ґрунтуються на профілактиці збереження здоров'я, раціональному харчуванні, фізичних вправах, управлінні стресами, відмові від шкідливих звичок тощо. Так, інтеграція цих програм з традиційними лікувально-профілактичними заходами дозволяє створити високостандартизовані та широко застосовувані індустріальними компаніями програми збереження здоров'я зайнятого населення, наприклад, такі програми, як «Джонсон та Джонсон», «Здоров'я ради життя» та ін.

Розглянемо корпоративні програми ЗСЖ, які реалізуються серед зайнятого населення та їхніх членів родин, на прикладі підприємств розвинених країн світу. Так, під *«корпоративними програмами здорового способу життя»* розуміють організовані і фінансовані роботодавцями програми, направлені на підтримку здоров'я зайнятого населення (а іноді членів його родин), через стимулювання і підтримку поведінки, яка спрямована на зниження ризиків для здоров'я та підвищує якість життя і працездатності (Berry, 2010 p. [350]). Програми збереження здоров'я зайнятого населення можна поділити, зокрема, на підвищення рівня здоров'я всіх співробітників, окремих зайнятих громадян та членів їх родин (Proper, Mechelen 2007 p. [351]).

Стандартні корпоративні програми починаються з діагностики та оцінювання ризику для здоров'я зайнятого населення, перш за все,

поведінкових детермінант, зокрема: тютюнокуріння, вживання алкоголю, нездорове харчування та низька фізична активність (*Grossmeier, Dalal, 2013 p. [352; 349]*). В зв'язку з розвитком інноваційних технологій все частіше зайняте населення скаржаться на поганий сон, схвильованість, стреси через роботу, що розмиває межі між роботою і особистим життям та веде до зниження якості трудового життя.

Програми, які були направлені на покращення здоров'я зайнятого населення, доводять, що меншу схильність до участі в них виявляють чоловіки («сині комірці»), які палять, а більш схильні – жінки та особи з високим соціальним статусом. Скорочує ступінь участі в них позмінна форма зайнятості, а найбільш привабливими для нього є програми, які пропонують певні бонуси, наприклад, розширення покриття полісів обов'язкового медичного страхування, грошові премії, додаткові вихідні дні для участі в спортивних тренуваннях (змаганнях) (*Robroek (2009 p.) [353], Brunner, (2010 p.)*).

В теорії існують «Програми, направлені на виявлення факторів ризику». Першою такою програмою є «Програма проведення медичних профілактичних оглядів» (біометрична діагностика та проста діагностика стану здоров'я (*Ти, Mayrell, 2010 p.*) [354]. Ця діагностика заснована на анкетуванні зайнятого населення. В анкеті зазначається питання про стан здоров'я зайнятого населення, зокрема, рівень цукру в крові, холестерину та поведінкові фактори ризику – тютюнокуріння, вживання алкоголю, нездорове харчування, стрес, відносини в родині, позавиробничий час тощо. Підсумкові результати діагностики дозволяють сформулювати уяву про потреби підприємства у витратах та в заходах на реалізацію ЗСЖ зайнятими громадянами. На відміну від простої діагностики, медичні профілактичні огляди (біометрична діагностика) засновані не на оцінюванні рівня здоров'я зайнятого населення, а на фактичних дослідженнях стану його здоров'я в лікарнях.

За даними [349–355] біометричну діагностику може собі дозволити лише фінансово стійке підприємство. Завадою на шляху до розповсюдження цього виду діагностики є те, що не всіма зайнятими громадянами вона сприймається

позитивно, оскільки вони не хочуть, щоб їхня конфіденційна інформація була відома будь-кому. Тому, з метою усунення цього недоліку, роботодавці прописують обов'язкове проходження діагностики в трудовому договорі. Для мотивації проходження зайнятим населенням діагностики, використовують різні фінансові стимули, наприклад, зниження розміру соціальних податкових платежів, доплати за медичне страхування тощо.

Друга група програм – *«Програми, направлені на зміну поведінки зайнятого населення»*, або персональне консультування – *«коучинг»*, під яким розуміють заходи, які стимулюють відмову від паління, управляють власною вагою, раціоналізують харчування, мотивують займатися спортом, а також брати участь у різних змаганнях і конкурсах [349]. Так, за даними [349–355] найбільш широко розповсюджений коучинг в великих компаніях, зокрема в сфері боротьби з тютюнокурінням (40% підприємств мають такі програми), управління власною вагою (кожне третє підприємство використовує). Наприклад, в багатьох країнах – Румунії, Індії, Перу, Уругваї, США (більшості штатах), Мексики, Великобританії, Ірландії, Франції – та інших паління в офісах на законодавчому рівні заборонено. Крім того, забороняється облаштовувати спеціальні місця на підприємстві для паління. Зазначимо, що багато організацій надає премії для своїх працівників, які не мають шкідливих звичок, або призначають штрафи для курців (ці умови фіксуються в контрактах).

Найбільш ефективними заходами боротьби з надмірною вагою тіла на робочих місцях – здорове харчування в їдальнях та організація спортивних заходів на підприємстві. Основний ризик цих програм полягає в довгостроковому ефекті (*Tu, Mayrell, 2010 p.*) [354].

Третя група програм – *«Освітні»*, які містять різні заходи, зокрема організацію «днів здоров'я», спеціальних семінарів, підтримку он-лайн ресурсів, які присвячені проблемам здоров'я.

Четверта група програм – *«Програми, які змінюють робоче середовище»*. Це може стосуватись режиму харчування, зміни асортименту продуктів, видачі

корисних продуктів безкоштовно, маркування продуктів залежно від їх корисності, а також підвищення вартості «некорисних» для здоров'я страв. З метою підвищення рівня фізичної активності деякі підприємства впроваджують програми, які стимулюють зайняте населення більше ходити пішки і займатися спортом на роботі. Наприклад, організовують паркування автомобілів подалі від офісу, змінюють режим роботи ліфтів (з метою більшого використання сходів), сприяють відвідуванню зайнятим населенням спортивних центрів (з метою збільшення рівня його рухової активності), впроваджують гнучкий графік перерв тощо. Отже, мотивація зайнятого населення до ЗСЖ з використанням на українських підприємствах наведених вище програм може розглядатись як ефективний її елемент механізму ЗЗЗНУ.

Акцентуємо увагу на класифікації програм, які направлені на збереження здоров'я зайнятого населення в аспекті фінансової складової. Так, такі програми можна умовно поділити на [349–355]:

- *«низьковитратні або безкоштовні»* (заборона паління на території підприємства, зміна в їдальнях асортименту страв, зміна режиму роботи – вибір найбільш гнучкого графіка роботи для відвідування спортзалу тощо). Для впровадження цих заходів на підприємстві достатньо волі керівництва і контролю за дотриманням цих правил на першому етапі;

- *«програми з високими постійними і низькими (нульовими) змінними витратами»*, які пов'язані зі зміною робочого середовища, наприклад: реконструкція будівель і переобладнання робочих місць (на першому етапі роботодавець витрачає певну суму коштів, а далі підприємству нічого не потрібно витрачати на те, щоб стимулювати зайняте населення більше ходити пішки або харчуватись за новими правилами);

- *«програми з низькими постійними та високими змінними витратами»*, які пов'язані з впровадженням освітніх програм, субсидуванням зайнятого населення, яке займається в спортивних клубах, наданням йому полісів медичного страхування (добровільного, обов'язкового) тощо. Бюджет таких

програм затверджується підприємством щорічно та реалізується залежно від його фінансового становища;

- *«програми з високими постійними і змінними витратами»*, як правило, вони доступні лише для великих підприємств та передбачають створення власних центрів (спортивних, медичних, освітніх тощо).

Варто в дослідженні звернути увагу на реалізацію корпоративних програм, направлених на збереження здоров'я зайнятого населення, що розглядається як ефективний інструмент механізму ЗЗЗНУ. Наприклад, в світовій практиці відомі випадки організації спеціальних конкурсів серед компаній, які мають програми, направлені на ЗСЖ своїх працівників. Доцільно акцентувати увагу на організації конкурсів урядовими структурами спільно з зацікавленими підприємствами. Це сприяє зміцненню репутації таких соціально-орієнтованих компаній, де дотримуються принципів соціального діалогу і соціальної відповідальності. Так, в Сінгапурі під керівництвом Міністерства охорони здоров'я і Ради з просування здоров'я з 1999 року реалізують щорічні конкурси з метою виявлення найкращих корпоративних програм щодо зміцнення здоров'я зайнятого населення. Цікаво відмітити, що всі учасники таких заходів отримують бонуси.

В Чехії з 2005 року проводять конкурс *«Зміцнення здоров'я в організації»*. Як наслідок, здоров'я зайнятого населення покращилось, зросла задоволеність від роботи, збільшилась продуктивність праці [349–355]. В США, з цього ж року, під керівництвом органу «Національний бізнес – група проблем із здоров'ям» проводять щорічний конкурс з виявлення кращих підприємств, які реалізують програми підтримки здоров'я зайнятого населення і пропаганди ЗСЖ. Основна ідея проведення конкурсів – привертання уваги до найбільш ефективних програм здоров'я на підприємствах та мотивація найкращих підприємців.

Варто звернути увагу на впровадження *грантів та податкових пільг*. Основна мета грантів – залучення роботодавців до організації програм збереження здоров'я зайнятого населення на робочому місці та на конкурсній

основі надати їм державну фінансову підтримку. Такі програми ефективно діють в Польщі, Сінгапурі, Канаді, США та інших розвинених країнах.

Найбільш стимулювальним засобом для роботодавців щодо впровадження програм здоров'я є надання податкових пільг. Наприклад, як свідчить досвід Німеччини [349–355], починаючи з 2009 року роботодавця звільняють зі сплати частини податку на дохід (до 500 євро на одного зайнятого), який фінансує заходи з профілактики професійних захворювань і нещасних випадків та покращує умови праці і стан здоров'я зайнятого населення. Досвід США засвідчив, що податкові пільги діють в окремих штатах для компаній, які реалізують програми здоров'я на робочих місцях. Так, в штаті Індіана, наприклад, тільки підприємства з чисельністю від 2 до 100 зайнятих мають право зменшувати базу оподаткування на суму, яка дорівнює 50% від величини витрат на реалізовані програми здоров'я.

В країнах ЄС з 1999 року діє Європейська асоціація з просування програм зміцнення здоров'я на підприємствах – «The European Network for Workplace Health Promotion» (ENWHP), в яку входить від кожної країни-учасниці одна урядова організація. Основана мета її – збирання та розповсюдження найкращих прикладів корпоративних програм здоров'я, зокрема на малих і середніх підприємствах (нині в асоціацію входить більше 30 країн, зокрема: Австрія, Бельгія, Велика Британія, Чехія, Данія, Франція, Німеччина, Італія, Нідерланди, Норвегія, Польща, Португалія, Швеція, Швейцарія тощо) [349–355]. Таким чином, в розвинених країнах корпоративні програми здоров'я зайнятого населення отримали широке розповсюдження на великих і малих підприємствах, які приносять користь як державі, підприємству, так і працівнику. Кінцевою метою реалізації корпоративних програм є оцінювання їх ефективності. Розглянемо основні ефекти від залучення зайнятого населення до програм збереження здоров'я (таблиця 2.2).

Таблиця 2.2

Аналіз програм із залучення зайнятого населення до ЗСЖ в різних країнах світу

Назва компаній, прізвище дослідників	Суть програм і отримані ефекти
Хоффманн-Ля Рош, Лтд	В компанії працює більше 66000 зайнятих. Реалізовано корпоративну програму <i>«Вибір на користь ЗСЖ»</i> із застосуванням фінансових стимулів (до 100 дол. США на місяць). Як результат – в шість разів збільшилась чисельність співробітників, які беруть участь в ній.
Квакер Оутс (США)	Кількість зайнятих, які працюють в компанії, більше 10000. Була реалізована програма <i>«Живи правильно та не хворій»</i> . За участь в програмі, яка передбачала проходження диспансеризації, відмову від шкідливих звичок і заняття спортивними вправами, кожному працівнику надавалось матеріальне стимулювання у розмірі до 600 дол. США. Це дозволило зменшити витрати компанії на медичне обслуговування співробітників на 2 млн дол. США в рік та збільшити кількість співробітників, які брали участь в ній, до 80%.
Лікарня і медичний центр (США)	Програма <i>«Гроші на здоров'я»</i> . Кількість працівників лікарні – 4000. Лікарня впроваджувала стимулювальні бонуси для зайнятого населення, зокрема надавала квитки в кіно, подарункові сертифікати та впроваджувала додатковий вихідний день за їх участь в діагностичних обстеженнях і заходах з формування культури правильного харчування і активного способу життя. Як результат, за десять років реалізації програми, чисельність співробітників в ній зросла на 75%.
ВООЗ, 2008	Емпіричні дослідження довели, що в результаті впровадження програм здоров'я у зайнятого населення підвищується економічна активність, знижується вага тіла, покращуються показники здоров'я.
Медичний центр Провіденс центр (США)	Програма <i>«Здоровий виклик»</i> передбачала грошове стимулювання до 375 дол. США; підтримання у зайнятого населення дотримання принципів здорового харчування та активного способу життя. Крім того, економічно мотивувала тих зайнятих, які протягом року були активними на робочому місці. Рівень участі співробітників в ній – 65%, а віддача від фінансових вкладень в цю програму досягла 3,5 дол. США на кожен вкладений долар.
Страхова компанія «Південний Хрест» (Нова Зеландія)	Програма <i>«Зміни на краще»</i> передбачала впровадження додаткових вихідних для зайнятого населення, які беруть в ній участь, подарункових карток за відмову від паління, зниження ваги тіла, проходження медоглядів. В цілому це дозволило збільшити кількість учасників в ній до 90% всіх працівників і досягнути позитивних змін в їхньому способі життя.
Kerr, Oden, Eriksen	Довели, що у зайнятого населення, яке брало участь в програмах здоров'я, зростала задоволеність від роботи, збільшувалась продуктивність праці і заробітна плата, знижувався рівень стресу.
Національний інститут управління системою ОЗ США	Дослідження показали, що програми здоров'я на підприємствах є рентабельними. Віддача від інвестицій коливається в межах від 1,49 до 4,7 дол. США.

Продовження таблиці 2.2

Назва компаній, прізвище дослідників	Суть програм і отримані ефекти
NIHSCM, 2011	Долар, який інвестується в корпоративні програми збереження здоров'я, дозволяє підприємству економити 3 дол. США в майбутньому.
Berry et al, 2010	Проаналізувавши 10 програм великих компаній США, зробили висновки, що віддача від інвестицій може досягати 6 дол. США на 1 вкладений дол. США.
Johnson&Johnson (США)	За 10 років реалізації програми, направленої на здоровий спосіб життя, кількість курців-працівників скоротилась більш ніж на 2/3; кількість зайнятих, які вели активний спосіб життя, збільшилась на 50%; ефект від реалізації цієї програми оцінювався у 250 млн дол. США, зокрема через зниження витрат на медичне обслуговування.
Conrad, 1990	Дослідження, яке проводилось в трьох медичних компаніях США, засвідчило, що залучення зайнятого населення до програм здоров'я скорочує кількість неробочих днів, які пов'язані з хворобами, в середньому на 15%.
Автомобільний концерн BMW (Німеччина)	Керівництво заводу в Баварії зробило обов'язковою для працівників конвеєра щоденну гімнастику. Як результат, протягом року продуктивність праці зросла на 7%.
Parrott et al, 2000	Дослідження в Шотландії на двохстах підприємствах показало, що в тих компаніях, де куріння на робочому місці було повністю заборонено, перекури в середньому займали 10 хвилин робочого часу, тоді як в організаціях, де керівники обладнували спеціальні місця для куріння, зайняте населення в цілому втрачало 30 хвилин в день.

Джерело: складено автором на підставі узагальнень [349–355].

Таким чином, реалізація наведених в таблиці 2.2 корпоративних програм збереження здоров'я зайнятого населення розглядається не тільки як елемент сучасного менеджменту, а й як механізм ЗЗЗНУ України в системі забезпечення людського розвитку. Їх результативність очевидна, оскільки за підсумками реалізації термін окупності становить не більше 1,5–2 роки, а кожний вкладений долар в покращення здоров'я своїх підлеглих приносить ефект у сумі біля 7 дол. США. На основі узагальненого досвіду в роботі наведемо ефекти від реалізації корпоративних програм щодо зміцнення здоров'я зайнятого населення на робочому місці (рис. 2.4).



Рис. 2.4. Ефекти від реалізації програм зміцнення здоров'я зайнятого населення на робочому місці

Джерело: складено автором за [349–355].

На основі узагальненого вітчизняного та світового досвіду запропонуємо блок-схему багаторівневої системи профілактики збереження здоров'я зайнятого населення України в системі забезпечення людського розвитку (рис. 2.5). Взаємодія всіх наведених на рис. 2.5 рівнів дозволяє забезпечити профілактичну складову концептуальних засад механізму збереження здоров'я зайнятого населення України.

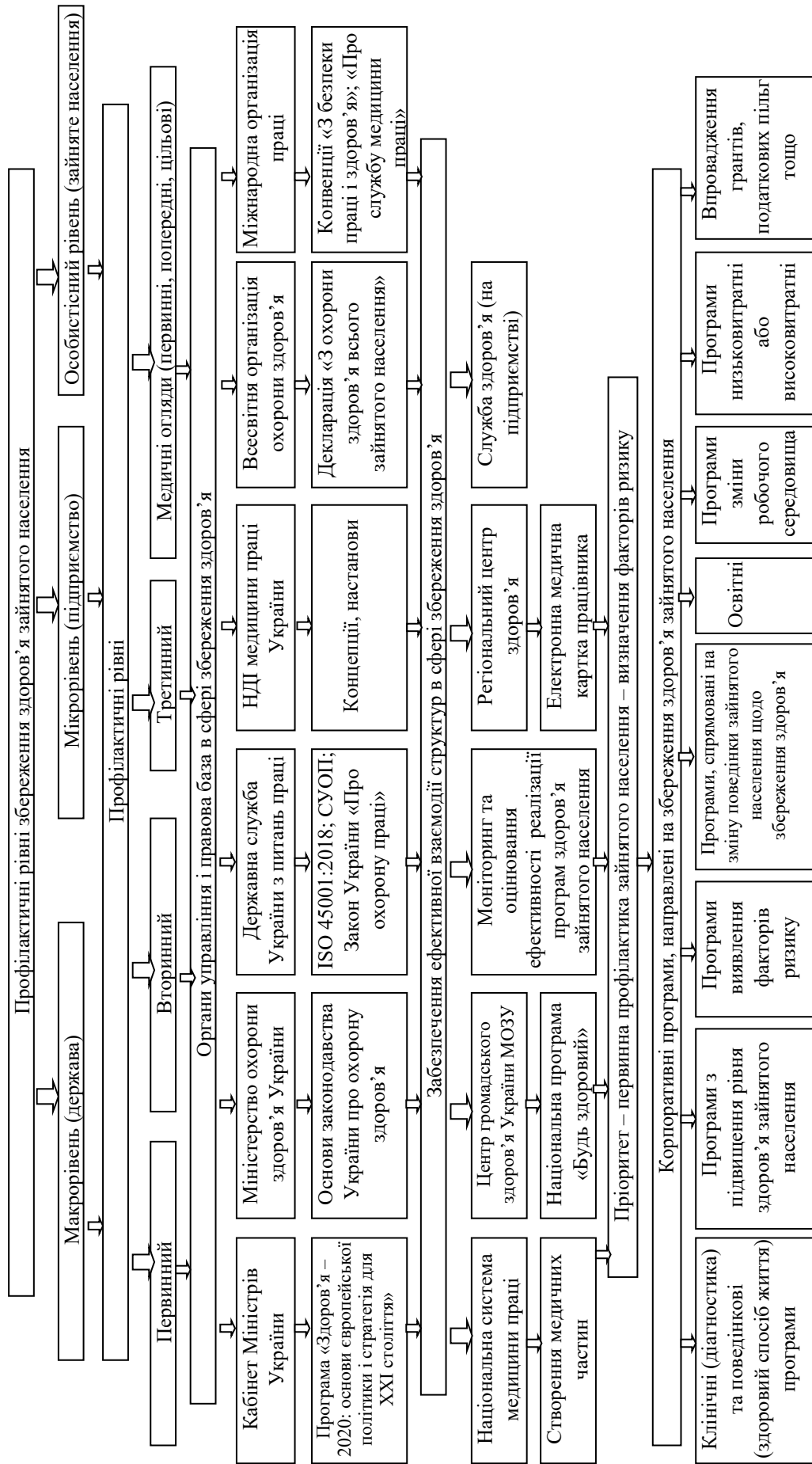


Рис. 2.5. Блок-схема багаторівневої системи профілактики збереження здоров'я зайнятого населення України в системі забезпечення людського розвитку

Джерело: розроблено автором [356] на основі даних [349–355].

Висновки до другого розділу

Обґрунтовано необхідність реалізації нового підходу до збереження здоров'я нації. Сутність його полягає в *переході від невиправданої концепції постійного удосконалення медичної допомоги населенню до концепції людського розвитку, заснованої на пріоритеті здорового способу життя, створення гідних умов праці і життя, доступі до якісної освіти.*

Запропонована теоретико-методологічна модель збереження здоров'я зайнятого населення, яка складається з *активностей* (потреба в збереженні здоров'я, мотиви, установки, дії в напрямку збереження здоров'я); *структурних рівнів*: макрорівень (держава), мікрорівень (підприємство або робоче місце), особистісний рівень (працівник); *складових, які формують здоровий спосіб життя* (здорове харчування, відмова від шкідливих звичок, контроль ваги тіла, фізична активність, відпочинок, зокрема позавиробничий); *характеристик особистості*, які впливають на збереження здоров'я зайнятого населення (демографічні, соціально-економічні та поведінкові); *заходів держави і роботодавця* щодо збереження здоров'я зайнятого населення України.

Важливою складовою збереження здоров'я в міжнародній практиці є перехід від нереалістичного принципу «*боротьби і знищення*» до принципу «*зменшення шкоди*» (*harm reduction*), який базується більше на реалізації соціально-економічних заходів, направлених на збереження здоров'я зайнятого населення. Аналізуючи закордонний досвід в сфері збереження здоров'я зайнятого населення, були узагальнені основні пріоритети, яких мають дотримуватись в політиці людського розвитку України, а саме: зменшення нерівності зайнятого населення та відновлення принципу «справедливості», зокрема щодо можливості отримувати доступну медичну допомогу; диверсифікація і концентрація програм, які реалізуються на державному рівні з урахуванням їх децентралізації на рівні територіальних громад; посилення освітніх акцентів в напрямку формування концепції збереження здоров'я

зайнятого населення; запровадження електронної системи стеження за здоров'ям зайнятого населення, наприклад, створення електронного паспорта здоров'я зайнятого населення, де відображати всю інформацію про стан здоров'я в динаміці, терміни проведення медичних оглядів, наявність хвороб і медичні висновки щодо їх лікування тощо; організація заходів в напрямку підвищення рівня рухової активності зайнятого населення, раціонального харчування на території підприємства; формування передумов у зайнятого населення щодо проведення дозвілля (відпочинку); пошук найбільш цікавих регіональних ініціатив, направлених на пропаганду здорового способу життя з подальшим розповсюдженням передового досвіду серед інших регіонів; реалізація принципу субсидіарності тощо.

Систематизовано зарубіжний досвід, визначено принципи та стратегії в сфері збереження здоров'я зайнятого населення, які мають бути реалізовані в Україні, зокрема це: «принцип доступності» (надання всім категоріям населення, зокрема зайнятого, незалежно від віку, статі, місця проживання, матеріального добробуту, базових медичних послуг), «принцип справедливості» – скорочення диференціації та нерівності між багатими і бідними в соціальному і економічному плані. З'ясовано, що ефективними стратегіями в плані збереження здоров'я зайнятого населення є стратегії в сфері забезпечення якісного харчування, високого рівня фізичної активності, демотивації до поведінки, яка руйнує здоров'я тощо.

Досвід розвинених країн доводить, що профілактика здоров'я зайнятого населення дозволяє суттєво скоротити смертність, адже, з'ясовано, що ефект від зменшення захворюваності, зокрема серцево-судинних хвороб, перевищує лікувальний ефект. Крім того, теоретично доведено, що профілактика захворюваності здатна суттєво підвищити рівень продуктивності праці зайнятого населення (реалізація профілактичних програм зміцнення здоров'я забезпечує співвідношення витрат і отриманого ефекту як 1:7) та розглядається як один із важливих елементів механізму ЗЗЗНУ. Досвід України засвідчив, що профілактика захворювань зайнятого населення України на сучасному етапі

практично відсутня, адже за майже 30 років незалежності України повністю зруйновано промислову медицину; роботодавці не зацікавлені в інвестуванні коштів в збереження здоров'я своїх працівників.

Посилено акцент на необхідності вітчизняним роботодавцям впроваджувати сучасну концепцію гідної праці «*Decent work*» на основі реалізації програм здоров'я – «Здоров'я на робочому місці», з урахуванням активізації запровадження міжнародних стандартів, зокрема, OHSAS 45001:2018 «Системи менеджменту охорони здоров'я та безпеки праці. Вимоги та рекомендації щодо застосування». Перспективний світовий та вітчизняний досвід дав змогу розробити блок-схему багаторівневої системи профілактики збереження здоров'я зайнятого населення в системі забезпечення людського розвитку, яка складається з таких елементів: профілактика захворюваності на рівні держави (первинна, вторинна, третинна) та проведення обов'язкових медичних оглядів (попередні, періодичні, цільові) на підприємствах (установах, організаціях); вітчизняні та міжнародні структури, які на законодавчому, науково-методологічному і практичному рівнях забезпечують концептуальні і стратегічні основи збереження здоров'я на робочому місці; реалізація на прикладі міжнародного перспективного досвіду інноваційних корпоративних програм збереження здоров'я зайнятого населення на робочому місці.

Наведено соціально-економічні ефекти на макrorівні, мікрорівні і особистісному рівні від реалізації зазначеної блок-схеми. Зокрема, на макrorівні можна досягнути зниження рівня захворюваності зайнятого населення, зокрема професійного та смертності; підвищення рівня ВВП України та в цілому людського розвитку. На мікрорівні ефекти проявляються від зниження виробничого травматизму і професійного захворювання; зменшення днів непрацездатності через хвороби; зниження прогулів і плинності кадрів; підвищення продуктивності праці та покращення соціально-трудових відносин в колективі.

РОЗДІЛ 3

ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЗАЙНЯТОГО НАСЕЛЕННЯ В СИСТЕМІ ТРАНСФОРМАЦІЙНИХ ЗМІН НА РИНКУ ПРАЦІ УКРАЇНИ

3.1 Збереження здоров'я зайнятого населення в період трансформацій суспільства України

Трансформація суспільства, яка проходила протягом тридцяти років, торкнулась всіх сторін життя українців, що, зокрема призвело до суттєвого погіршення здоров'я всього населення України, про що свідчать наведені нижче дані досліджень. Але більшою мірою реформи відобразились на здоров'ї нового покоління, чие становлення припало на період розшарування суспільства і радикальної зміни способу життя.

Безпрецедентні «здобутки» реформ останніх десятиріч проявились у деградації якості населення, зокрема зайнятого: вражаючі масштаби захворюваності і передчасної смертності зайнятого населення, зокрема через ведення нездорового способу життя, поширення нервових і психічних розладів, критичних станів (через невдоволеність життям, його інтелектуально-духовне збідніння, неспокій та соціальну невпевненість) [357]; нехтування здоров'ям внаслідок соціально-психологічної нестабільності в умовах тривалої соціально-економічної кризи, зменшення можливостей для освітньо-професійної самореалізації зайнятих громадян, зменшення індивідуальної продуктивності праці; зниження мотивації до збереження здоров'я [358, с. 65; 359, с. 13–19; 360, с. 139–141].

В економічному сенсі, трансформаційні процеси відбувалися за моделлю Чиказької неоконсервативної школи на базі монетаристської теорії Фрідмана, яку впроваджували в життя МВФ та СБ за програмою «шокової терапії», що негативно вплинуло і на стан здоров'я зайнятого населення. Як результат,

Україна втратила біля двох третин свого економічного потенціалу. Для порівняння, це майже в два рази більше, ніж за роки другої світової війни. При цьому втрати кваліфікованих робочих місць в Україні становили, за даними [361], більше 10 мільйонів. На жаль, за підсумками 2019 року українська економіка не досягла обсягів ВВП 1990 року (на одного жителя в країні в доларовому еквіваленті). На думку дослідників В. Ворони, Є. Головахи та ін. [362], Україна пішла самостійним шляхом трансформаційних перетворень (в сенсі зміни суспільної свідомості населення). Як наслідок, був побудований в Україні олігархічний капіталізм, зі значною соціально-економічною поляризацією, що вплинуло на погіршення стану здоров'я населення, зростання передчасної смертності, невпевненості в завтрашньому дні. Тому проаналізуємо основні наслідки трансформаційних процесів для соціально-економічного розвитку України та здоров'я населення й зниження мотивації до його збереження [323; 363, с. 87; 364]:

- скорочення обсягів виробництва і робочих місць, банкрутство підприємств, занепад науково-технічної сфери, зниження якості продукції, поширення тіньової економіки та нелегітимності методів накопичення капіталу тощо спричинило падіння ВВП у цілому та в розподілі на душу населення, отже, суттєве падіння рівня та якості життя, зокрема здоров'я зайнятого населення;

- неефективна структура зайнятості і політика в сфері використання робочої сили, зокрема, зростання безробіття, також «прихованого», часткової зайнятості, що призвело до зменшення необхідних передумов для забезпечення гарантій самореалізації людини у сфері трудової зайнятості згідно з індивідуальними та суспільними інтересами і потребами; низький рівень соціального захисту зайнятого населення, особливо молоді, яка вступає в трудове життя; поширення самозайнятості та зростання ваги домашнього і особистого підсобного господарства, родинно-сімейної кооперації у життєзабезпеченні (виживанні) населення, що збільшує трудове навантаження

та зумовлює ненормований режим праці, що не може не позначатись на здоров'ї зайнятого населення;

- деструктивні зміни у сфері розподілу, серед них зменшення питомої ваги ВВП, який виділяється на соціальні трансферти та оплату праці; невідповідність оплати праці і доходів домогосподарств потребам відтворення населення і робочої сили необхідної якості; неефективна система соціального захисту зайнятого населення, тимчасово безробітних, травмованих на виробництві тощо;

- кризові структурні зміни у сфері обміну: посилення кризи платежів – заробітної плати та соціальних виплат, – що негативно впливає на структуру і якість споживання та призводить до проблем в сфері відтворення здорових поколінь; наявність стійкої тенденції до посилення інфляції; знецінення заощаджень і цінних паперів, що, як наслідок, в кінцевому підсумку негативно впливає на здоров'я;

- деформації функцій сфери споживання. Структура витрат домогосподарств на споживання характеризується несприятливими змінами: різко збільшилась частка витрат на харчування при відсутності його збалансованості та зменшенні споживання головних продуктів; суттєво зросли витрати населення України, зокрема зайнятого, на оплату житлово-комунальних послуг; значно зменшились – на непродовольчі товари, обладнання побуту та культурні потреби.

Наслідки трансформаційних процесів не дозволяють досягти стрімкого соціально-економічному розвитку Україні через демографічну кризу, зокрема високий рівень захворюваності і передчасної смертності населення, зокрема зайнятого, та, як наслідок, втрата років потенційного життя, зокрема трудового, та збільшення незворотних втрат через передчасну смерть, особливо від екзогенних причин, та до значних соціально-економічних втрат. За даними [323], Україна щороку через передчасну смертність втрачає близько 4 млн років

потенційного життя, що призводить до втрат біля 10% ВВП, при цьому лівові частка втрат зумовлюється смертями чоловіків працездатного віку.

Таким чином, здоров'я можна розглядати в системі забезпечення професійної працездатності зайнятого населення, його мобільності, адаптаційних можливостей, рівня інтелектуального розвитку як основу економічної продуктивності робочої сили та як забезпечення людського розвитку. Крім того, кризовий стан економіки, втрата мільйонами громадян, відкинутих за межу виживання, впевненості у своєму майбутньому, деморалізація суспільства поглиблюють демографічну кризу [365, с. 22–23], яка паралізує волю, фізичні, моральні сили, зокрема, зайнятого населення, що є завадою на шляху оздоровлення економіки. Тому варто проаналізувати характеристики, які викликали сучасну демографічну кризу в Україні, на основі аналізу праць відомих вітчизняних вчених (таблиця 3.1).

Таблиця 3.1

**Характеристики, які вплинули на сучасну демографічну кризу в Україні,
в працях вітчизняних учених**

Характеристики	Вітчизняні вчені							
	Н. Власенко	Е. Лібанова	І. Петрова	С. Пирожков	О. Позняк	І. Прибиткова	В. Стешенко	Н. Фойт
<i>Демографічні характеристики</i>								
• висока смертність;	+	+		+			+	+
• низька народжуваність;	+	+	+	+	+	+	+	+
• висока міграція, зокрема трудова;		+		+	+			
• високий рівень старіння населення;	+	+	+	+	+	+	+	+
• експорт генофонду;			+					
• низька очікувана тривалість життя;	+	+		+			+	
• висока імовірність смерті для чоловіків у працездатному віці;		+					+	
• низький рівень доступності населення до охорони здоров'я;	+	+	+	+	+	+	+	+
• дитяча смертність вища порівняно з розвиненими країнами .		+						

Продовження таблиці 3.1

Характеристики	Вітчизняні вчені							
	Н. Власенко	Е. Лібанова	І. Петрова	С. Пирожков	О. Позняк	І. Прибиткова	В. Стещенко	Н. Фойгт
<i>Соціально-економічні характеристики</i>								
• економічна криза, безробіття, інфляція, бідність, погані побутові умови, невпевненість і нестабільність; втрата заощаджень тощо.		+		+		+	+	
<i>Соціально-психологічні характеристики</i>								
• структурні зміни в інституті сім'ї (заміщення традиційних шлюбів консенсуальними, емансипація жінок тощо).		+	+	+		+	+	
<i>Історичні передумови (коріння)</i>								
• війни, голодомори, депортації, соціальні катастрофи тощо.		+		+			+	

Джерело: складено автором [366, с. 43] за даними [367].

Отже, визначення основних характеристик, які викликали сучасну демографічну кризу (в працях вітчизняних учених) дозволило зробити такі висновки: визначальними характеристиками сучасної демографічної кризи є проблема здоров'я, старіння населення та низької народжуваності, структурні зміни в інституті сім'ї, міграції. Крім того, посилили сучасну демографічну кризу негативні соціально-економічні, соціально-психологічні фактори і історичні передумови. Оскільки стан здоров'я є одним із фундаментальних факторів розвитку якісних характеристик зайнятого населення України, то підвищення його рівня є фактором пом'якшення демографічної кризи в Україні, зокрема за рахунок формування державної політики в напрямку його збереження в системі забезпечення людського розвитку України.

Проблема збереження здоров'я зайнятого населення нині в Україні не вирішена. Це веде до високої смертності, особливо через екзогенні причини: алкоголізм, паління, травматизм; через соціально зумовлені захворювання, насамперед туберкульоз, СНІД; до високої смертності від серцево-судинних захворювань тощо, що призводить до втрат в людському розвитку.

Сучасна економічна і демографічна кризи свідчать [368], що зміни, які відбуваються на ринку праці, істотно впливають на фізичне, психічне, соціальне та економічне благополуччя зайнятого населення, зокрема це часта зміна роботи, відсутність відпустки, низька заробітна плата, невиплати заробітної плати або виплати за «тіньовими схемами», невпевненість в майбутньому тощо. В процесі праці зайняте населення поступово втрачає здатність до праці через неможливість повноцінної компенсації всіх складових, що формують його стан здоров'я [369, с. 125–126]. В Україні з'явилась нова форма бідності – *«бідність через захворювання або медична бідність»*, що призводить до ситуації, коли більш-менш серйозне захворювання одного з членів родини (особливо з необхідністю хірургічного втручання) стає причиною настання бідності для родини з середніми та високими доходами [181, с. 13].

ВООЗ наголошує, що бідність, зокрема в умовах поширення COVID-19 суттєво впливає на стан здоров'я населення, зокрема зайнятого [370–371]. Під бідністю в широкому сенсі розуміють неспроможність населення задовольняти свої основні потреби, відсутність доступу до освіти, контролю над ресурсами, доступу до якісної медичної допомоги, що призводить до погіршення здоров'я.

Зрозуміло, що бідність і соціальна нерівність прямо та опосередковано впливають на здоров'я (фізичне, душевне, соціальне, економічне). Нерівність доходів призводить до погіршення душевного здоров'я населення, зокрема зайнятого, наприклад, до розвитку психологічного стресу, який з часом призводить до знецінювання людського капіталу та до його повної втрати. Крім того, доцільно акцентувати увагу на нерівності за доходами та умови проживання населення. Так, за даними [372, с.140], [373, с. 82–84], населення, яке мешкає в районах «бідних», де немає якісної інфраструктури, має гірший стан здоров'я, ніж те населення, яке проживає на територіях з розвиненою соціальною і матеріальною інфраструктурою. Наслідком нерівності за доходами є зневіра населення до всіх органів влади, посилення психічного

напруження і розвиток стресів, депресій, зростання конфліктів в родинях тощо, що призводить до зростання показників захворюваності та передчасної смертності, зокрема від самогубств, підвищення рівня злочинності, соціального напруження в суспільстві.

Бідність веде не тільки до байдужого ставлення людей до свого здоров'я, а й до зневіри у формально «безкоштовній» і настільки ж бездіяльній системі охорони здоров'я [374, с. 146], а недоступність для багатьох дорогих ліків і ефективних методів лікування веде до самолікування чи просто ігнорування своїх захворювань, що призводить до зростання кількості днів непрацездатності (*абсентеїзму*), осіб з інвалідністю, зниження пропозиції на ринку праці. Особливо варто звернути увагу на причину відставання України за тривалістю життя від Західної Європи. Так, за даними [375], наша країна відстає від країн ЄС за тривалістю життя через низький рівень інвестицій в людський капітал населення та людський розвиток, особливо фінансування системи охорони здоров'я та, як наслідок, високий рівень захворюваності зайнятого населення й передчасної смертності, зокрема від екзогенних причин (навмисні самоушкодження, ДТП, отруєння тощо).

З метою подолання бідності зайняте населення має бути забезпечене гідною роботою. Адже є нонсенсом те, що працівник не зміг заробити собі не тільки на життя, але і на зміцнення здоров'я, відпочинок, утримання родини тощо. Іншою проблемою на ринку праці України є безробіття зайнятого населення. У світовій практиці критичним порогом цього «соціального зла» вважається досягнення 8–10% рівня [376, с. 55], а за статистичними даними в 2019 році рівень безробіття за методологією МОП становить 8,2% [377–378]. До наслідків безробіття на особистісному рівні, що негативно позначається на здоров'ї зайнятого населення, як відомо, можна віднести:

- обмеження соціальних можливостей населення; зниження впевненості у завтрашньому дні, свобод населення, зокрема зайнятого;

- втрата соціальних зв'язків (з колективом підприємства), внаслідок чого виникає відчуття непотрібності, безнадійності, що може бути мотивом до ірраціональної поведінки щодо здоров'я (асоціальна поведінка, кримінальна поведінка та ін.);
- посилення психологічної напруженості, як наслідок, розвивається депресивний стан, який веде до виникнення соціальних небезпек, зокрема алкоголізму, наркоманії, злочинності, суїциду тощо;
- безробіття веде до підвищення імовірності настання конфліктних ситуацій в родині, адже доходи сім'ї починають різко знижуватись, зростає невпевненість в майбутньому тощо;
- є джерелом масових страждань.

Крім того, зайняте населення України в період ринкових трансформацій відчувало декілька стресових ситуацій одночасно, що обмежує його можливості до захисту трудових прав, а це ще погіршувало ситуацію. Зайняте населення не просто втрачало роботу в зв'язку з закриттям підприємств або скороченням робочих місць, але й в період ринкових трансформацій підпадало під звільнення з порушенням прав. В таких умовах стрімко погіршується здоров'я, адже частина зайнятого населення працює по 12–14 годин на добу та 6–7 днів на тиждень (це нагадує сучасний неофеодалізм). Зайняте населення України змушене частіше змінювати місце роботи, професію, спеціальність, що призводить до соціальної напруженості, зайнятості не за фахом, зниження доходу, тому погіршується в таких умовах не лише фізичне, а й душевне, соціальне та економічне здоров'я. Тому мотивація щодо поведінки, направленої на збереження здоров'я зайнятим населенням, має досить низький рівень.

Таким чином, безробіття негативно впливає не тільки на соціально-економічні процеси, а й на демографічні, оскільки через погіршення здоров'я безробітних зростає інвалідність та передчасна смертність. Так, в дослідженні [379] погіршення стану здоров'я й життєдіяльності населення України за роки трансформації стало нині найбільш деструктивним наслідком демографічної

кризи та свідченням соціально-економічного недобробуту, зокрема через негативні зрушення у захворюваності, підвищення передчасної смертності і, відповідно, прискорення інвалідизації населення, погіршення стану репродуктивної компоненти здоров'я, накопичення контингентів хронічних хворих. Тому питання подолання бідності, безробіття, мотивації зайнятого населення до збереження здоров'я мають бути в центрі державної соціальної політики через реалізацію відповідних програм [380, с. 54] та політики формування «*вітальної безпеки*» [381, с. 145].

Трансформаційні процеси в Україні погіршили й умови праці зайнятого населення, зокрема негативно вплинули на систему медико-санітарної допомоги зайнятому населенню, особливо на розвиток медико-санітарних частин і пунктів на підприємствах, які практично припинили своє існування. Наприклад, в промисловості на 90 % робочих місць рівень шкідливих факторів перевищує допустимі норми. Крім того, в 7 % випадків цей показник перевищується в 100 разів [382], а офіційна статистика не відображає справжніх масштабів їх поширення. Варто при цьому зауважити, що професійні захворювання в Україні виявляються на пізніх стадіях, коли запізно лікувати, потрібно вже давати людині групу інвалідності [383, с. 18–19]. І без того складна ситуація накладається на демографічну кризу й призводить до скорочення населення та трудового потенціалу країни [384]. Таким чином, зміна пріоритетів суспільства на профілактику захворюваності, передчасної смертності та збереження здоров'я має розглядатись як стратегічна основа реформування України. Набутий досвід свідчить, що кошти, які вкладаються у первинну профілактику, зокрема у формування концепції збереження здоров'я, окупаються в розмірі 1:10 [385, с. 10].

Запобігти зростанню тих загроз, якими є високий рівень захворюваності і смертності зайнятого населення України, можна лише за умови *кардинальних змін у його свідомості*, його культурному (зокрема, санітарно-гігієнічному) плані та в самому способі життя. Дотримання зайнятим населенням достатнього

рівня фізичної активності, стеження за власним здоров'ям, виконання рекомендацій лікарів в разі погіршення здоров'я тощо мають бути невід'ємними елементами механізму ЗЗЗНУ. Про важливість цього свідчить низка законодавчих, нормативно-правових та інших актів [386–387], дослідження вітчизняних і закордонних вчених [388; 389, с. 40; 390, с. 145; 391, с. 27; 392, с. 36; 328, с. 45–50; 274], які вважають, що збереження здоров'я є фактором модернізації суспільства, елементом подолання системної кризи, основою економічного прориву України та людського розвитку.

Отже, за роки сучасних ринкових трансформацій в Україні старий механізм економічного забезпечення відтворення населення був зруйнований, а новий, більш досконалий, не створений, що і надалі буде негативно поглиблювати соціально-економічні детермінанти впливу на здоров'я зайнятого населення. Тому варто наголосити на розробці нової концепції збереження здоров'я населення України, зокрема зайнятого, яка має полягати в *переході від існуючої системи державного патерналізму до лібертаріанського патерналізму*. Зазначена концепція має всі шанси на реалізацію в Україні, адже досвід розвинених країн свідчить, що ставка на інвестиції в здоров'я та його збереження є найбільш ефективною стратегією соціально-економічного і людського розвитку. Для об'єктивності варто зауважити, що під час суспільних трансформації не все було однозначно для зайнятого населення. Наприклад, окремі зайняті особи змогли підвищити свій матеріальний стан, соціальний статус і рівень здоров'я, зокрема через: нові можливості для самореалізації, кар'єрне зростання, пошук нової, більш підходящої роботи, підвищення рівня освіти або кваліфікації, отримання можливості скористатися платними оздоровчими послугами. Таким чином, вдала зміна роботи, інвестиції в здоров'я та освіту (за наявності матеріальних і фінансових ресурсів), в свою чергу, в окремих випадках, сприяли підвищенню здоров'я і матеріального стану, а це є гарним мотивом щодо збереження життя і здоров'я зайнятого населення в системі забезпечення людського розвитку.

3.2 Шоки здоров'я: стан, динаміка та їх вплив на пропозицію ринку праці України

Під «шоками здоров'я» в широкому сенсі можна розуміти раптове і гостре погіршення здоров'я, що збільшує імовірність зайнятого населення виходити з ринку праці [170]. Шоки здоров'я по-різному впливають на пропозицію ринку праці. Найбільш сильні характеристики шоків здоров'я різко знижують продуктивність праці зайнятого населення, можуть навіть призвести до його виходу з ринку праці. До них можна віднести, зокрема, інфаркти, інсульты, онкологію. На жаль, в Україні спостерігається високий рівень захворюваності та смертності саме осіб працездатного віку, низький рівень тривалості здорового життя порівняно з розвиненими країнами. Порівнюючи рівень захворюваності в Україні та в країнах ЄС-28 варто сказати, що кожен дев'ятий громадянин України із десяти хворіє протягом року, тоді як в країнах ЄС, відповідно, тільки кожен другий [393]. Так, проаналізуємо динаміку кількості уперше зареєстрованих випадків захворювань на 100000 населення в Україні за 2000–2017 роки (рис. 3.1).

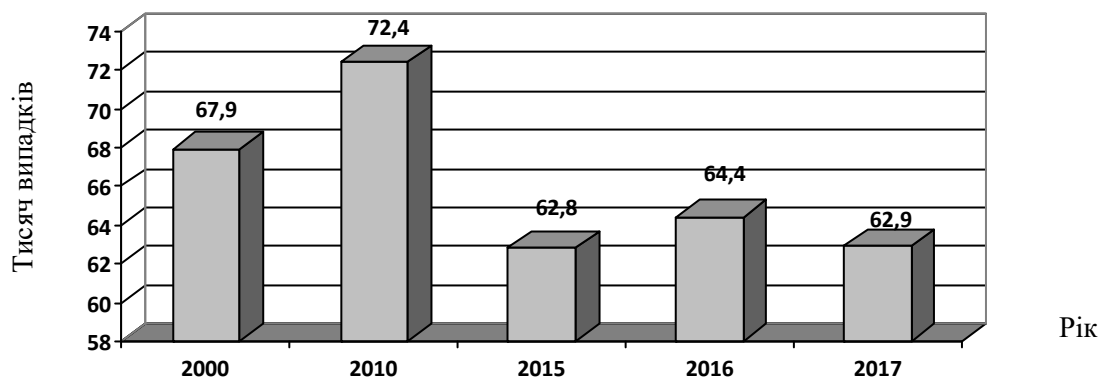


Рис. 3.1. Динаміка кількості уперше зареєстрованих випадків захворювань на 100000 населення в Україні за 2000–2017 роки, тис. випадків

Джерело: складено автором за [394].

Інформація, наведена на рис. 3.1, свідчить, що рівень захворюваності на 100000 населення в 2000–2017 роках мав нестійку динаміку розвитку. Так, в

2010 році, порівняно з 2000 роком, він зріс на 6,63 %; в 2015 році, порівняно з 2010 роком, зменшився на 13,3 %; в 2016 році, порівняно з 2015 роком, зріс на 2,55 %; в 2017 році, порівняно з 2016 роком, зменшився на 2,33 %. Далі проаналізуємо динаміку рівня захворюваності населення у вікових групах 18–54 роки для жінок та 18–59 років для чоловіків на 100 000 осіб у 2013–2017 роках в Україні (рис. 3.2).

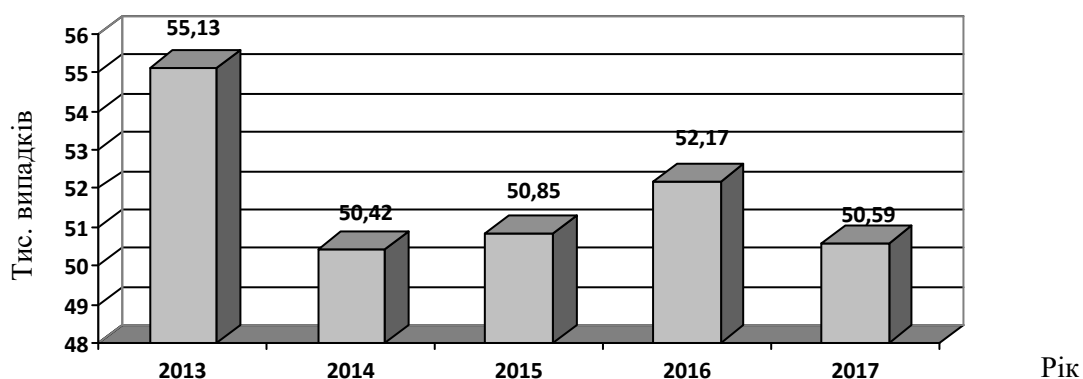


Рис. 3.2. Динаміка рівня захворюваності населення у віці 18–54 роки для жінок та 18–59 років для чоловіків на 100000 осіб у 2013–2017 роках в Україні, тис. випадків

Джерело: складено автором за [394].

Дані рис. 3.2 показують аналогічну динаміку рівня захворюваності в 2015–2017 роках у віці 18–54 роки для жінок та 18–59 років для чоловіків на 100000 осіб порівняно з рівнем захворюваності в цілому для всього населення України за відповідний період. В структурі кількості вперше зареєстрованих випадків захворювань на 100000 населення в Україні в середньому 81% належать особам у вікових групах 18–54 роки для жінок та 18–59 років для чоловіків, що додатково свідчить про актуальність розробки механізму ЗЗЗНУ в системі забезпечення людського розвитку.

Проаналізуємо в таблиці 3.2 рівень захворюваності населення у вікових групах 18–54 роки для жінок та 18–59 років для чоловіків на 100000 населення за класами хвороб у 2013 та 2017 роках.

Таблиця 3.2

**Кількість уперше зареєстрованих випадків захворювань на 100000
населення у вікових групах 18–54 роки для жінок та 18–59 років для
чоловіків за класами хвороб**

Класи хвороб	Кількість, одиниць		Відхилення 2017 р. від 2013 р., %
	Рік		
	2013	2017	
Усі захворювання, зокрема	55130	50586	-8,24
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2426	1999	-17,60
Новоутворення	934	851	-8,89
Хвороби крові, кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	241	227	-5,81
Хвороби ендокринної системи, розладу харчування, порушення обміну речовин	801	705	-11,99
Розлади психіки та поведінки	395	312	-21,01
Хвороби нервової системи	1581	1591	0,63
Хвороби ока та придаткового апарату	2837	2626	-7,44
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	2250	2004	-10,93
Хвороби системи кровообігу	4100	3567	-13,00
Хвороби органів дихання	17934	17289	-3,60
Хвороби органів травлення	2284	2187	-4,25
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	3647	3371	-7,57
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	2990	2790	-6,69
Хвороби сечостатевої системи	5698	5280	-7,34
Вагітність, пологи та післяпологовий період	5328	3974	-25,41
Уроджені аномалії (вади розвитку), деформації і хромосомні порушення	17	16	-5,88
Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені під час лабораторних та клінічних досліджень, не класифіковані в інших рубриках	35	33	-5,71
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	4787	4115	-14,04

Джерело: складено та розраховано автором за [394].

Дані таблиці 3.2 свідчать, що в 2017 році, порівняно з 2013 роком, рівень захворюваності у вікових групах 18–54 роки для жінок та 18–59 років для чоловіків на 100000 населення в цілому зменшився на 8,24 %. Найбільше зменшився рівень захворюваності за такими класами хвороб, зокрема пов'язаних з вагітністю, пологами та післяпологовим періодом на 25,41 %; розладами психіки і поведінки на 21,01 %; деякими інфекційними і паразитарними хворобами на 17,60 %, а найменше відбулось зменшення даного рівня стосовно хвороб органів дихання – 3,60 %; хвороб органів травлення – 4,25 %. Єдиний клас хвороб, за яким відбулось зростання рівня захворювання

за відповідний період, – це хвороби нервової системи, на 0,63 %. Далі проаналізуємо питому вагу кількості уперше зареєстрованих випадків захворювань на 100 тис. осіб у вікових групах 18–54 роки для жінок та 18–59 років для чоловіків за класами хвороб в загальній структурі хвороб відповідного віку в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Питома вага кількості уперше зареєстрованих випадків захворювань у вікових групах 18–54 роки для жінок та 18–59 років для чоловіків за класами хвороб в загальній структурі хвороб відповідного віку

Класи хвороб	Кількість, одиниць		Відхилення 2017 р. від 2013 р., %
	Рік		
	2013	2017	
Усі захворювання, зокрема	100	100	–
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	4,40	3,95	-0,45
Новоутворення	1,69	1,68	-0,01
Хвороби крові, кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	0,44	0,45	0,01
Хвороби ендокринної системи, розладу харчування, порушення обміну речовин	1,45	1,39	-0,06
Розлади психіки та поведінки	0,72	0,62	-0,10
Хвороби нервової системи	2,87	3,14	0,28
Хвороби ока та придаткового апарату	5,15	5,19	0,04
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	4,08	3,96	-0,12
Хвороби системи кровообігу	7,44	7,05	-0,39
Хвороби органів дихання	32,53	34,18	1,65
Хвороби органів травлення	4,14	4,32	0,18
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	6,62	6,66	0,05
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	5,42	5,52	0,09
Хвороби сечостатевої системи	10,34	10,44	0,10
Вагітність, пологи та післяпологовий період	3,95	3,21	-0,74
Уроджені аномалії (вади розвитку), деформації і хромосомні порушення	0,03	0,03	0,00
Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені під час лабораторних та клінічних досліджень, не класифіковані в інших рубриках	0,06	0,07	0,00
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	8,68	8,13	-0,55

Джерело: розраховано автором за [394].

Для кращого відображення результатів розрахованої відповідної питомої ваги в таблиці 3.3 побудуємо рис. 3.3 (дані на 1 січня 2018 року). Проаналізуємо питому вагу захворюваності за класами хвороб в 2017 році (рис. 3.3) та порівняємо її, відповідно, з 2013 роком.

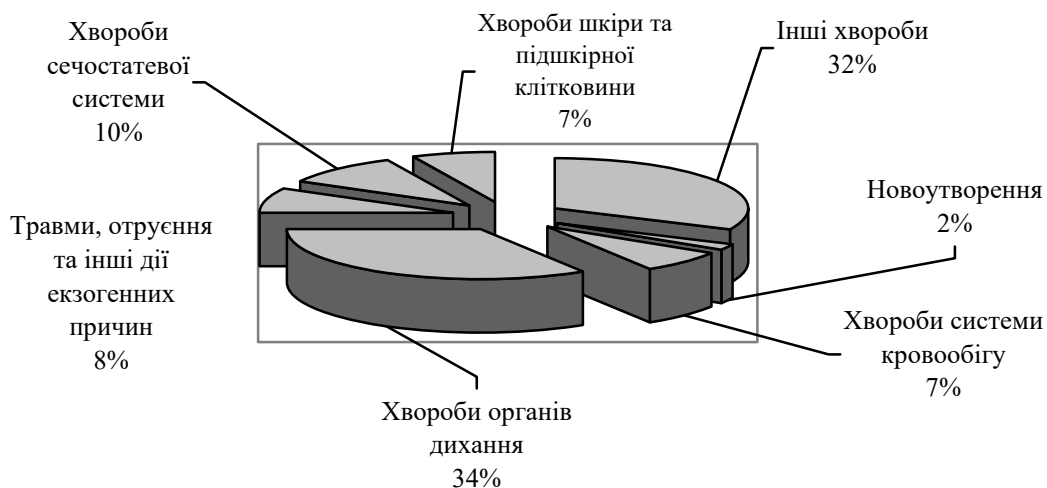


Рис. 3.3. Питома вага кількості уперше зареєстрованих випадків захворювань у вікових групах 18–54 роки для жінок та 18–59 років для чоловіків за класами хвороб в загальній структурі хвороб відповідного віку, %

Джерело: розраховано автором за [394].

Так, найбільшу питому вагу в 2017 році серед усіх зареєстрованих випадків захворювань у вікових групах 18–54 роки для жінок та 18–59 років для чоловіків за класами хвороб в загальній структурі відповідного віку становлять: хвороби органів дихання – 34,18 % (зростання питомої ваги в 2017 році, порівняно з 2013 роком, на 1,65 в. п.); хвороби сечостатевої системи – 10,44 % (зростання на 0,1 в. п.); наслідки зовнішніх причин – 8,13 % (зменшення питомої ваги в 2017 році, порівняно з 2013 роком, на 0,55 в. п.).

В 2017 р., порівняно з 2013 р., відбулись такі структурні зрушення, зокрема найбільше зросла питома вага зареєстрованих випадків захворювань у відповідних вікових групах за класами таких хвороб: органів дихання – на 1,65 в. п.; нервової системи – на 0,28 в. п.; органів травлення – на 0,18 в. п. Найбільше зменшення відповідної питомої ваги відбулось за такими класами хвороб, зокрема: вагітність, пологи – на 0,74 в. п.; деякі інфекційні та паразитарні хвороби – на 0,45 в. п.; систем кровообігу – на 0,39 в. п.

Далі проаналізуємо динаміку рівня захворюваності населення у вікових групах 18–54 роки для жінок та 18–59 років для чоловіків на 100000 осіб у

2013–2017 роках в Україні за таким класом хвороб: травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин, які розглядаються як фактори скорочення пропозиції на ринку праці України та перешкоджання людського розвитку (рис. 3.4).

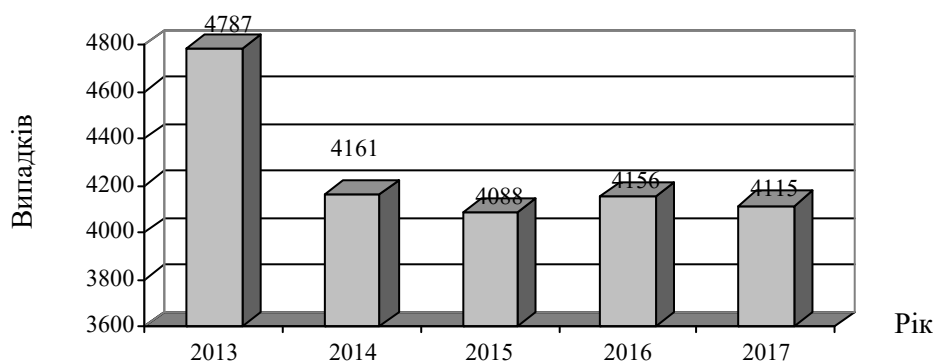


Рис. 3.4. Динаміка рівня захворюваності населення у вікових групах 18–54 роки для жінок та 18–59 років для чоловіків на 100 тис. осіб у 2013–2017 роках в Україні від дії зовнішніх причин, випадків

Джерело: розраховано автором за [394].

Дані рис. 3.4 свідчать, що рівень захворюваності населення у вікових групах 18–54 роки для жінок та 18–59 років для чоловіків на 100000 осіб у 2017 році в Україні від травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх причин, порівняно з 2013 роком, зменшився на 14,04%, або на 672 випадки на 100 тис. населення відповідного віку, що є позитивним явищем. Зовнішні причини захворюваності пов'язані з впливом виробничих і позавиробничих факторів, які призводять до травм, отруєнь і є передумовою настання інвалідності [395]. Так, від невиробничого травматизму у 2018 році потерпіли 1400 осіб, зокрема 500 осіб загинули, а кількість днів непрацездатності становила 24 тис. днів, що становить в розрахунку на одного потерпілого – 17,6 дня. Варто акцентувати увагу також і на виробничому травматизмі в Україні. Тому проаналізуємо динаміку травматизму, пов'язаного з виробництвом, в 2010–2019 роках (таблиця 3.4).

Таблиця 3.4

Динаміка травматизму, пов'язаного з виробництвом, в 2010–2019 роках

Показники	Рік					
	2010	2015	2016	2017	2018	2019
Кількість потерпілих від нещасних випадків (отруєнь)/аварій), тис. осіб	11,9	4,4	4,4	4,4	4,0	4,4
Тривалість тимчасової непрацездатності потерпілих від нещасних випадків у звітному році, робочих днів	479	212	222	244	215	230
Кількість потерпілих від нещасних випадків (гострих професійних захворювань (отруєнь)/аварій) на 1000 працівників	1,2	0,6	0,6	0,6	0,5	0,6
Кількість днів непрацездатності на 1000 працівників	48,3	26,3	28,3	31,7	28,0	30,9
Кількість днів непрацездатності на одного потерпілого	40,1	47,7	50,2	55,4	53,2	52,3

Джерело: складено автором за даними [396].

Динаміка виробничого травматизму за період 2010–2019 років характеризується зниженням основних його показників в 2019 році, порівняно з 2010 роком, зокрема кількості потерпілих від нещасних випадків в 2,7 раза; тривалості робочих днів тимчасової непрацездатності потерпілих від нещасних випадків в 2,08 раза; кількості потерпілих від нещасних випадків (гострих професійних захворювань (отруєнь)/аварій)) на 1000 працівників в 2 рази, зокрема від нещасного випадку на 1,79 %; кількості робочих днів непрацездатності на 1000 працівників на 36,02 %. При цьому динаміка такого показника, як кількість днів непрацездатності на одного потерпілого, в 2019 році зросла, порівняно з 2010 роком на 30,42 %.

Основними причинами нещасних випадків в 2018 році були [396]: *організаційні* – 66,8 %, або 3211 нещасних випадків, зокрема: невиконання вимог інструкцій з охорони праці – кожен третій потерпілий (35,2 % від загальної чисельності травмованих осіб); невиконання посадових обов'язків та порушення правил безпеки руху – кожен дванадцятий потерпілий (8,5 та 8,3 % потерпілих); порушення технологічного процесу – кожен тридцять четвертий

потерпілий (2,9 % травмованих осіб); порушення вимог охорони праці, промислової безпеки під час експлуатації машин, обладнання, устаткування та порушення вимог безпеки під час експлуатації транспортних засобів – кожен п'ятдесятий потерпілий (2% травмованих осіб); незастосування засобів індивідуального захисту – кожен дев'яностий працівник (1,1 % травмованих осіб).

Ще однією причиною є *психофізіологічні причини*, зокрема: особиста необережність потерпілого – кожен восьмий потерпілий (12,4 % травмованих осіб); травмування (смерть) внаслідок протиправних дій інших осіб – кожен двадцятий потерпілий (4,9% травмованих осіб); інші причини – 2,9% травмованих осіб.

Технічними причинами, які призвели до виробничого травматизму, були: незадовільний технічний стан виробничих об'єктів, споруд, інженерних комунікацій, будинків – кожен двадцять п'ятий потерпілий (3,9% травмованих осіб); незадовільний технічний стан засобів виробництва – кожен п'ятдесят другий потерпілий (1,9% травмованих осіб); конструктивні недоліки, недосконалість, недостатня надійність засобів виробництва (1,5% травмованих осіб) та недосконалість технологічного процесу (1,3% травмованих осіб).

Аналізуючи *події*, які призвели до виникнення нещасних випадків на виробництві в 2018 році, можна відмітити [396]: падіння зайнятого населення під час пересування – кожен п'ятий потерпілий (21,9%); дія рухомих і таких, що обертаються, деталей обладнання, механізмів і машин – кожен восьмий потерпілий (12,3% травмованих осіб); дорожньо-транспортна пригода на дорогах загального користування – кожен десятий потерпілий (10% травмованих осіб); падіння з висоти – кожен дванадцятий потерпілий (8,6% травмованих осіб); падіння, обвалення предметів, матеріалів, ґрунту, породи – кожен двадцятий потерпілий (5% травмованих осіб); навмисне вбивство або травма, заподіяна іншою особою (4,6% травмованих осіб); падіння обладнання (устаткування) або їх конструктивних елементів (4,1% травмованих осіб).

Крім того, основними травмонебезпечними галузями економіки в 2018 році є добувна промисловість і розроблення кар'єрів – 18,3 % від всіх травмованих осіб; транспорт, складське господарство, поштова та кур'єрська діяльність – 9,6 %; охорона здоров'я – 7,1 % від усіх травмованих осіб.

Під час трудової діяльності на здоров'я зайнятого населення впливають фізичні, хімічні, психофізіологічні та соціальні фактори, які розглянуті в першому розділі роботи. При перевищенні гранично допустимих рівнів (концентрації) відповідних шкідливих (небезпечних) виробничих факторів на робочих місцях у зайнятого населення розвиваються професійні захворювання. Тому проаналізуємо (рис. 3.5) динаміку кількості професійних захворювань за 2016–2019 роки в Україні.

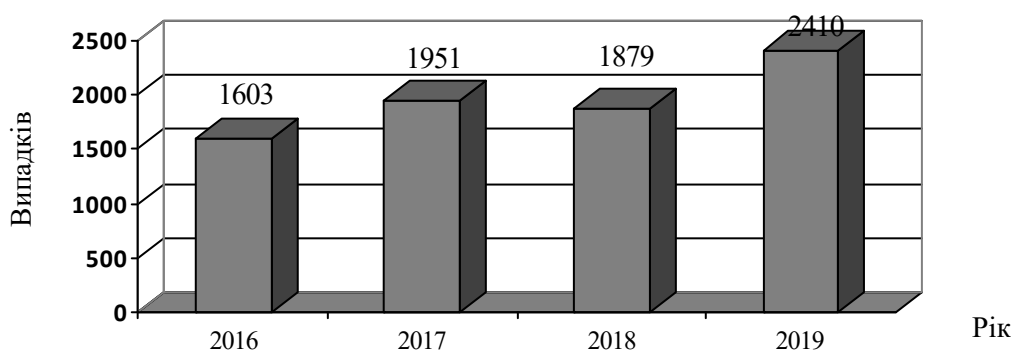


Рис. 3.5. Динаміка кількості професійних захворювань за 2016–2019 роки

Джерело: складено автором за [396].

Інформація, яка наведена на рис. 3.5, свідчить, що в 2019 році, порівняно з 2016 роком, кількість професійних захворювань зросла на 807 випадків або на 50,34 %, а в 2019 році, порівняно з 2018 роком, збільшилась на 28,26 %. Основними причинами виникнення наведених професійних захворювань в 2018–2019 рр. стали: недосконалість механізмів та робочого інструменту – кожне четверте захворювання; недосконалість технологічного процесу – кожне п'яте захворювання; неефективність роботи засобів індивідуального захисту – кожне сьоме захворювання (від загальної кількості професійних захворювань).

Варто відмітити, що у 2018–2019 рр. у структурі професійних захворювань найбільшу питому вагу займають хвороби органів дихання – 39,9% (2019 р. – 41,1 %), хвороби опорно-рухового апарату (артрити, остеохондрози, радикулопатії, артрози) – 27,9 % (2019 р. – 25,5 %), хвороби слуху – 11,4 % (2019 р. – 23%) від загальної кількості професійної захворюваності. Найбільше їх сталося у 2018 році в галузі добувної промисловості і розробленні кар’єрів – 84,1% від загальної кількості по Україні [396], що на 2% менше порівняно з 2017 роком.

Негативним наслідком впливу шоків здоров’я на здоров’я зайнятого населення та людський розвиток є раптове (наприклад, через виникнення виробничого травматизму), гостре (наприклад, виникнення інсульту, інфаркту та інших причин) та поступове (наприклад, розвиток новоутворень) погіршення здоров’я, що може призвести до інвалідності. Тому варто проаналізувати питому вагу населення (жінки 18–54 роки, чоловіки 18–59 років), якому було встановлено інвалідність в 2019 році за класами хвороб в Україні (таблиця 3.5).

Таблиця 3.5

Кількість вперше визнаних осіб з інвалідністю (жінки 18–54 роки, чоловіки 18–59 років) за класами хвороб у 2019 році

Класи хвороб	Кількість осіб з інвалідністю (жінки 18–54 роки, чоловіки 18–59 років), тис. осіб	Частка осіб з інвалідністю в загальній кількості таких осіб, %
Всього, зокрема через хвороби	109839	100
Інфекційні і паразитарні	5592	5,09
Новоутворення	23475	21,37
Крові та кровотворних органів та окремі порушення з залученням імунного механізму	221	0,20
Ендокринної системи, розладу харчування та порушення обміну речовин	5422	4,94
Розлади психіки та поведінки	5796	5,28
Нервової системи	5857	5,33
Ока та його придаткового апарату	3074	2,80
Вуха та соскоподібного відростка	667	0,61
Системи кровообігу	22611	20,59

Продовження таблиці 3.5

Класи хвороб	Кількість осіб з інвалідністю (жінки 18–54 роки, чоловіки 18–59 років) (ПВ), тис. осіб	Частка осіб з інвалідністю в загальній кількості таких осіб, %
Органів дихання	2158	1,96
Органів травлення	3247	2,96
Сечостатевої системи	1430	1,30
Кістково-м'язової системи та сполучної тканини	15750	14,34
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	11374	10,36
Інші причини	3165	2,88

Джерело: складено автором за [395].

Дані таблиці 3.5 свідчать, що найбільшу питому вагу у осіб з інвалідністю (жінки 18–54 роки, чоловіки 18–59 років) у 2019 році в загальній структурі таких осіб займали такі класи хвороб, зокрема: новоутворення (21,37 %); системи кровообігу (20,59 %); кістково-м'язової системи та сполучної тканини (14,34 %). Враховуючи кількість зайнятого населення на ринку праці в 2019 році – 16578,3 тис. осіб у віці 15–70 років та кількість осіб, які вперше були визнані особами з інвалідністю відповідного віку у 2019 році – 109,84 тис. осіб, то стає зрозумілим, що кожна 150 особа з інвалідністю може потенційно прийняти рішення щодо виходу з нього, або 0,66 % від всієї чисельності зайнятих на ринку праці. Це негативно впливатиме на пропозицію ринку праці і людський розвиток в цілому. Тут варто відмітити, що лише через виробничий травматизм в 2019 році кількість потерпілих, яким встановлено інвалідність першої групи, становила 39 осіб, другої групи – 153 особи, третьої групи – 383 особи.

Одним із наднебезпечних інфекційних захворювань, є поширення нині коронавірусу (COVID-19) в світі і в Україні. За даними Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України на 30.12.2020 року в Україні зафіксовано і підтверджено 1045348 випадків захворювань на COVID-19, зокрема 698190 громадян України одужали, проведено ПЛР-тестувань 5546683, а 18324 особи померли. Розрахуємо питому вагу захворілих на COVID-19 за

регіонами в Україні в загальній структурі захворілих на COVID-19 станом на 30.12.2020 року (рис. 3.6).



Рис. 3.6. Питома вага захворілих на COVID-19 за регіонами в Україні в загальній структурі захворілих на COVID-19 по Україні станом на 30.12.2020 року, %

Джерело: розраховано автором за [397].

Отже, питома вага захворілих на COVID-19 за регіонами в загальній структурі захворілих на COVID-19 по Україні станом на 30.12.2020 року показує, що найменший рівень захворюваності фіксується в Кіровоградській області – 0,80 %; в Луганській області – 0,98 %; Херсонській області – 1,67 %; в Вінницькій області – 2,13%. Найгірша ситуація спостерігається в м. Києві – 10,54 % (кожен десятий захворілий), Одеській області – 6,75 %; Харківській області – 6,58 %, Львівській області – 5,83 %, Київській області – 5,6 %. Тому завданням держави в напрямку збереження здоров'я населення України, зокрема

його зайнятої частини, є розробка заходів, направлених на зменшення кількості захворювань, що розглядається як важливий фактор зменшення рівня передчасної смертності та зростання людського розвитку.

За даними [331; 398] ситуація високої смертності працездатних осіб щороку погіршується, адже наприкінці 1980-х роках вона концентрувалась у віці до 20 років, а нині – у віковому проміжку 20–45 років. Кожний четвертий українець має серцево-судинну хворобу, п'ятий – хворобу системи дихання, десятий – хвороби системи травлення та сечостатевої системи [394; 399–401]. Кожен другий хворий на рак в Україні є особою працездатного віку.

Найвищий рівень смертності в Україні спостерігається від захворювань системи кровообігу, новоутворень та екзогенних (зовнішніх) причин. Тому погіршення здоров'я, особливо працездатного населення є не тільки катастрофічними для демографічних, соціально-економічних процесів, але й в цілому для національної безпеки. Проаналізуємо вікові коефіцієнти смертності в 2010–2018 роках на 100 тис. населення відповідного віку (таблиця 3.6).

Таблиця 3.6

**Вікові коефіцієнти смертності в 2010–2018 роках на 100 тис. населення
відповідного віку**

Рік	Вікові групи										
	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65–69
2010	63,0	114,7	188,9	310,1	404,6	535,4	709,1	997,4	1448,3	2096,7	3084,4
2015	61,2	98,1	152,1	240,9	372,9	497,7	665,2	927,1	1323,2	2012,8	2839,3
2016	58,1	89,7	142,2	225,5	360,8	489,9	658,9	913,1	1296,6	1981,8	2822,1
2017	51,8	84,6	139,4	222,9	345,7	481,5	643,5	903,9	1274,0	1883,3	2742,9
2018	49,7	83,2	134,4	231,5	365,2	523,3	683,4	943,7	1314,9	1920,4	2821,9

Джерело: складено автором за [402].

Аналіз вікових коефіцієнтів смертності на 100 тис. населення у наведених в таблиці 3.6 вікових групах протягом 2010–2017 років засвідчив, що вони мають позитивну динаміку до зменшення, а в 2018 році, порівняно з 2017 роком, відбулось їх зростання, починаючи з вікової групи 30–34 роки (рис. 3.7).

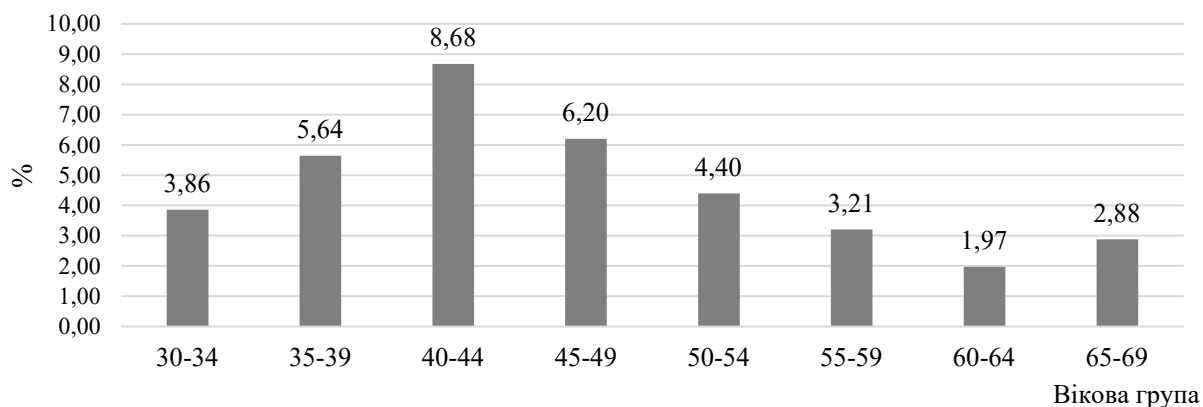


Рис. 3.7. Відсоток зростання коефіцієнтів смертності на 100 тис. населення у вікових групах у 2018 році порівняно з 2017 роком, %

Джерело: розраховано автором за [402].

Отже, найбільше зросли коефіцієнти смертності на 100 тис. населення в таких вікових групах: 40–44 р. – 8,68%, 45–49 р. – 6,2%, 35–39 р. – 5,64%. Крім того, проаналізуємо ці коефіцієнти в 2018 році за окремими причинами смерті на 100 тис. населення для обох статей в 2018 році (таблиці 3.7).

Таблиця 3.7

Вікові коефіцієнти смертності в 2018 році за окремими причинами смерті для обох статей на 100 тис. населення

Причини смерті	Вікові групи										
	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65–69
Усього смертей, зокрема від	49,7	83,2	134,4	231,5	365,2	523,3	683,4	943,7	1314,9	1920,4	2821,9
Деяких інфекційних паразитарних хвороб	1,0	3,4	11,6	29,8	47,3	57,4	43,6	39,4	29,4	21,2	15,0
Новоутворень	5,3	5,7	9,5	17,5	34,9	66,1	118,1	204,5	341,7	493,4	664,3
Хвороб систем кровообігу	2,4	7,8	21,7	47,0	82,4	141,0	217,0	356,4	582,4	1052,3	1770,3
Хвороб органів дихання	0,9	2,0	5,9	11,1	21,6	27,9	34,4	41,1	46,1	50,1	57,9
Хвороб органів травлення	1,4	3,1	11,1	26,7	51,8	81,1	100,8	109,4	118,3	110,4	107,0
Екзогенних причин смерті	30,9	52,5	61,2	77,7	95,9	107,0	116,7	128,5	119,0	102,3	97,1

Джерело: складено автором за [402].

Аналіз вікових коефіцієнтів смертності у 2018 році за окремими причинами смерті на 100 тис. населення для обох статей засвідчив, що у віці від 15 до 39 років найбільше помирають громадяни від екзогенних причин смерті. Починаючи з вікової групи 45–49 років зростає рівень смертності з причини

хвороб систем кровообігу. Тому стає необхідним проаналізувати вікові коефіцієнти смертності в 2018 році за екзогенними причинами смерті на 100 тис. населення для обох статей у 2018 році (таблиця 3.8).

Таблиця 3.8

**Вікові коефіцієнти смертності від екзогенних причин смерті
на 100 тис. населення для обох статей у 2018 році**

Причини смерті	Вікові групи										
	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65–69
Усього екзогенних причин смерті, зокрема	30,9	52,5	61,2	77,7	95,9	107,0	116,7	128,5	119,0	102,3	97,1
Транспортні нещасні випадки	9,6	14,7	13,4	12,8	12,8	12,7	13,7	14,0	13,0	10,4	8,7
Випадкові утоплення та занурення у воду	3,8	3,5	3,1	3,8	5,0	5,2	5,8	6,8	5,2	6,5	6,0
Випадкові отруєння, спричинені отруйними речовинами	1,0	2,5	7,1	12,3	17,4	20,7	22,5	24,9	21,0	15,9	9,3
Навмисного самоушкодження	7,6	14,3	15,1	17,9	20,1	20,5	19,5	20,4	20,2	19,3	23,3
Наслідки нападу з метою убивства чи нанесення ушкодження	1,3	2,3	3,6	4,9	6,5	6,9	6,8	7,5	5,3	4,1	3,6
Випадки ушкодження невизначеним наміром	4,5	8,5	11,7	15,3	18,7	21,1	22,0	23,8	21,8	18,5	19,1

Джерело: складено автором за [402].

Інформація в таблиці 3.8 показує, що у віці від 15 до 24 років найвищі коефіцієнти смертності фіксуються від транспортних нещасних випадків. У віці від 25 до 39 років найвищі коефіцієнти смертності фіксуються від навмисного самоушкодження, а у віці від 40 до 54 років найвищі коефіцієнти смертності – від випадкових отруєнь, спричинених отруйними речовинами. Починаючи з віку 55 років найбільші відповідні коефіцієнти смертності спостерігаються від навмисного самоушкодження та від випадкових отруєнь, спричинених отруйними речовинами. Також важливо проаналізувати динаміку виробничого травматизму зі смертельним наслідком, що відображено в таблиці 3.9.

Таким чином, в 2019 році 0,4 тис. осіб загинули на виробництві через нещасні випадки. В 2019 році, порівняно з 2010 роком, кількість потерпілих від смертельних нещасних випадків скоротилась на 0,2 тис. осіб, або на 33,3 %.

Таблиця 3.9

**Динаміка травматизму, пов'язаного з виробництвом
зі смертельним наслідком у 2010–2019 роках**

Показники	Рік					
	2010	2015	2016	2017	2018	2019
Кількість потерпілих від нещасних випадків (отруень)/аварій зі смертельним наслідком, тис. осіб	0,6	0,3	0,4	0,3	0,3	0,4
Кількість потерпілих від нещасних випадків (гострих професійних захворювань (отруень)/аварій) зі смертельним наслідком на 1000 працівників	0,056	0,040	0,045	0,038	0,036	0,055

Джерело: складено автором за даними [395–396].

Основною причиною смертельного травматизму у 2017–2019 роках є те, що послаблюється відповідальність роботодавців за створення безпечних і здорових умов праці, адже розвиваються інноваційні форми зайнятості, змінюється правова форма трудових відносин, зокрема зростає кількість осіб, які працюють на умовах цивільно-правового договору, що і стало основною відповідною причиною в 2018 році. Отже, передчасна смертність населення зменшує обсяги зайнятого населення та призводить до економічних втрат. Нижче розрахований в роботі демоекономічний потенціал населення, що дало можливість оцінити потенційні втрати для економіки в результаті втрачених років потенційного активного життя через передчасну смертність від основних її причин.

Відповідно до філософських, ідеологічних, гуманітарних концепцій життя людини є безцінним, тобто воно не має ні вартості, ні ціни. З позиції економічної концепції людське життя має свою цінність і вартість, зокрема в тій мірі, в якій воно здатно приносити користь (дохід) своїй родині, державі, суспільству в цілому. На жаль, сьогодні в Україні вартість життя суттєво нівелюється через негативні соціально-економічні, політичні та демографічні тенденції. Багато філософів розуміли людину і його життя як цінність

(наприклад, М. Бердяєв [403], В. Кувакін [404]), як велику цінність, найвищу і абсолютну цінність.

В Україні проявляються тенденції до зниження цінності та вартості життя, це видно з таких тенденцій, як: зростання криміногенної ситуації, падіння рівня особистої і соціальної захищеності, підвищення рівня насилля в країні, внутрішньополітичні конфлікти, зростання смертності, особливо в працездатному віці серед чоловіків, зростання обсягів безробіття і трудової міграції та, що найголовніше, – майже повна втрата віри українців в соціальну справедливість. Відомий вітчизняний вчений філософ М. Мінаков вважає, що боротьба тенденцій до справедливості і корупції, рівності і насилля, підприємництва і патерналізму, життєствердності й вимирання стали визначальними для України [405]. Це та багато іншого веде до постійних стресових станів, депресій, до погіршення життєвого рівня зайнятого населення та, зокрема, до зростання захворюваності і передчасної смертності. Тому, на думку вчених Н. Амельченко, В. Антонюк, необхідно в Україні формувати цінності на прикладі цінностей об'єднаної Європи, що дасть поштовх до реалізації в Україні принципів соціальної справедливості [406–407].

В економічній соціології розглядається проблема цінності людини і вартості її життя, зокрема наголошується, що гроші проникли і в сферу особистих цінностей людини, що дало можливість кількісно оцінити не тільки вартість життя, але і смерті людини [408]. В дослідженні [409] було здійснено аналіз думки філософа Ф. Галіані, який вважав, що саме корисність людини робить його багатством суспільства. В цьому сенсі варто згадати загальновідомі слова класика філософії, економіки, соціології К. Маркса, який вважав, що істинним багатством є сама людина [3].

В економічній теорії є багато підходів до оцінювання вартості життя людини, але жоден з них на сьогодні не є точним, вони містять різний набір «витрат», наприклад, виробничі втрати, витрати на лікування і реабілітацію, фінансування страхових виплат і допомог тощо. Пропонується використати

один елемент, що входить у визначення вартості життя, а саме: *втрати ВВП через передчасну смертність* від основних її причин, тобто вартість недоотриманої продукції протягом активного періоду життя працездатної людини, яка могла бути вироблена, але через передчасну смертність (до досягнення нею, за даними ВООЗ, 65 років) не була вироблена. Крім того, проблема високого рівня захворюваності і смертності є не тільки суто демографічною, а й соціально-економічною, оскільки вона веде до зростання рівня тимчасової непрацездатності, передчасної смертності працездатного населення, зниження обсягів трудового потенціалу та є загрозою для економічної та національної безпеки країни, гальмування людського розвитку.

Відома вчена Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи НАН України Н. Рингач проводила розрахунки [410–412] недоотриманої величини ВВП за рахунок передчасної смерті в Україні, яка становила 12 млрд дол. США, зокрема більше 10 млрд дол. США, або біля 7 % від величини номінального ВВП України (в віковій групі 15–59 років). В інших дослідженнях, зокрема в праці [413] стверджується, що через передчасну смертність населення України щорічно втрачається, як було наголошено вище, біля 4 млн років потенційного життя, а втрати для економіки (обсяг недовиробленого продукту) у 2006 році становив біля 90 млрд грн.

В США аналогічно застосовують показник втрат потенційних років життя (Years of Potential Life Lost (YPLL), який можна побачити у національних базах даних не тільки США (базі статистичних даних National Center for Health Statistics (NCHS), а й інших країн світу, що дає змогу отримати результати обчислення YPLL до 65 років. Наприклад, в дослідженні вченої України Н. Рингач наводяться втрати років потенційного життя у деяких штатах США, наприклад, проаналізуємо штат Юта (рис. 3.8). З рис. 3.8 видно, що найбільший обсяг втрат потенційного життя в штаті Юта (США) фіксується від неумисних ушкоджень – 23,25 року на 100 тис. населення; самогубства і самоушкоджень – 15,74; злоякісних новоутворень – 10,205 року на 100 тис. населення.

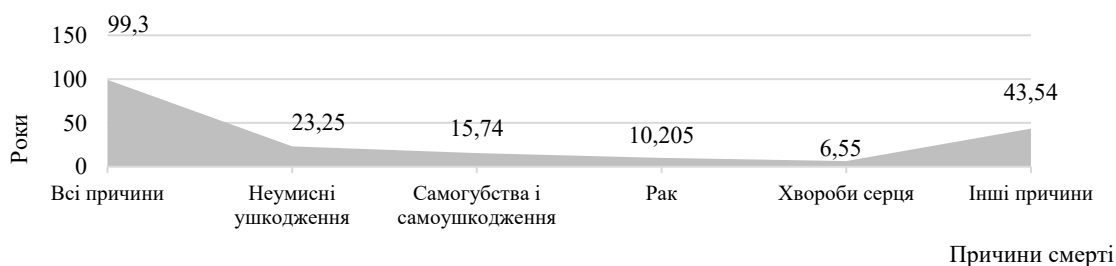


Рис. 3.8. Втрати років потенційного життя у 2015 році в штаті Юта (США),
на 100 тис. населення (обох статей)

Джерело: складено за [414].

Насправді кожен десятий житель штату Юта передчасно (до 65 років) йде з життя, що веде до значних потенційних втрат не тільки для родини, штату, суспільства, але і для економіки США.

В дослідженнях вчених вітчизняної наукової школи (Е. Лібанова [86], В. Стешенко [357], С. Пирожков [415], О. Макарова [416], Н. Рингач [410–414]) та багатьох інших вітчизняних вчених запропоновано науково-методологічні підходи до оцінювання втрат трудового потенціалу України, зокрема зайнятого населення. При цьому варто наголосити на важливості використання методів потенційної демографії, які дають можливість визначати тривалість економічно активного життя населення, зокрема зайнятого, розраховувати економічні таблиці смертності, вартість виробництва і недоспоживання продукції через передчасну смертність, особливо від екзогенних причин тощо.

Гіпотетично пересічний громадянин України може працювати до досягнення вікової межі в 65 років, а в розвинених країнах вона нині становить 70 і більше років. Тому виникає питання: «Які втрати (в людино-роках і вартісному виразі) несе економіка України через передчасну смертність працездатного населення у віковій групі 15–64 роки?». Соціально-економічні відповідні втрати через передчасну смертність (в людино-роках) можна розрахувати як різницю між віком на момент смерті і граничною величиною працездатного віку (приймаємо 65 років) [415; 417]:

$$P_{mn} = d_m \cdot e_m,$$

де P_{mn} – втрати працездатного населення у віковій групі 15–64 роки;

d_m – кількість померлих в m -му віці;

e_m – очікувана тривалість трудової діяльності в m -му віці (до досягнення працездатною особою віку 65 років).

Під час розрахунку втрат працездатного населення у віковій групі 15–64 роки використовувався показник ВВП на душу населення. Даний показник був розрахований як відношення фактичного значення ВВП країни (з урахуванням тіньової економіки) до чисельності населення в віковій групі 15–64 роки). У процесі дослідження оцінки соціально-економічних та демографічних втрат працездатного населення у віковій групі 15–64 роки через високий рівень захворювання і смерті нами були використані офіційні статистичні дані станом на 1 січня 2019 року, зокрема: з форм «Розподіл померлих за статтю»; «Розподіл померлих за статтю, віком та причинами смерті» (за міжнародною класифікацією хвороб – МКХ–10), обсяги валового внутрішнього продукту; чисельність населення за віком; дані Міністерства розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства, зокрема щодо розміру тіньової економіки тощо (для розрахунку ВВП на душу населення).

Під час розрахунку показників був скорегований валовий внутрішній продукт в фактичних цінах з урахуванням рівня тіньової економіки станом на 1 січня 2019 року, який складе 5195,7 млрд грн (ВВП на 1 січня 2019 року становив 3558,7 млрд грн) [418], чисельність постійного населення на 1 січня 2019 року становила 28719006 у віковому проміжку 15–64 роки). За розрахунками фахівців *Міністерства економічного розвитку та торгівлі* рівень тіньової економіки на 01.2019 року склав 46% від офіційного ВВП [419].

Розрахунок втрат для економіки України через передчасну смертність населення за віковими групами розпочнемо із оцінювання втрат в людино-

роках. Так, розраховані потенційні втрати (надалі втрати) для економіки України в людино-роках через всі причини смерті наведено на рис. 3.9.

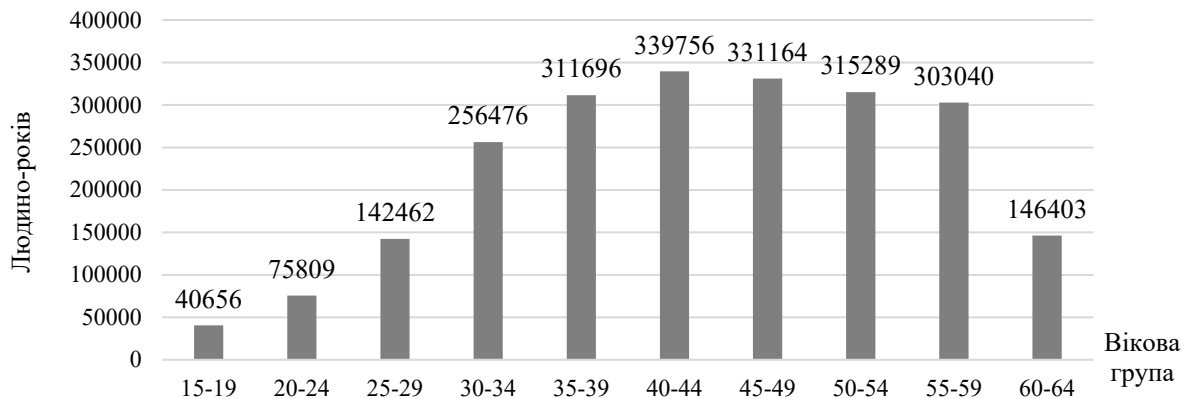


Рис. 3.9. Втрати для економіки України через передчасну смертність від усіх причин смерті, людино-років

Джерело: розраховано автором на підставі статистичної інформації [399].

Найбільші втрати фіксуються у віковій групі 40–44 роки – 339756 люд.-років. У віковій групі 15–64 роки загальні втрати в людино-роках становлять 2262751 люд.-років. Загальні втрати для економіки України в люд.-роках за основними причинами смерті наведено на рис. 3.10. Найбільші втрати через передчасну смертність у віковій групі 15–64 роки сталися з причин, зокрема, хвороб системи кровообігу – 674312 люд.-років; зовнішніх причин – 504998 люд.-років; новоутворень – 348377 люд.-років.



Рис. 3.10. Втрати для економіки України через передчасну смертність за класами хвороб в люд.-роках у віковій групі 15–64 років, люд.-років

Джерело: розраховано автором на підставі статистичної інформації [399].

Смертність від хвороб системи кровообігу та новоутворень більше залежить від ендогенних факторів, а екзогенні причини – від зовнішніх факторів, тобто більше пояснюється способом життя. Тому проаналізуємо втрати для економіки України через передчасну смертність від окремих екзогенних причин смерті населення у різних вікових групах (рис. 3.11).

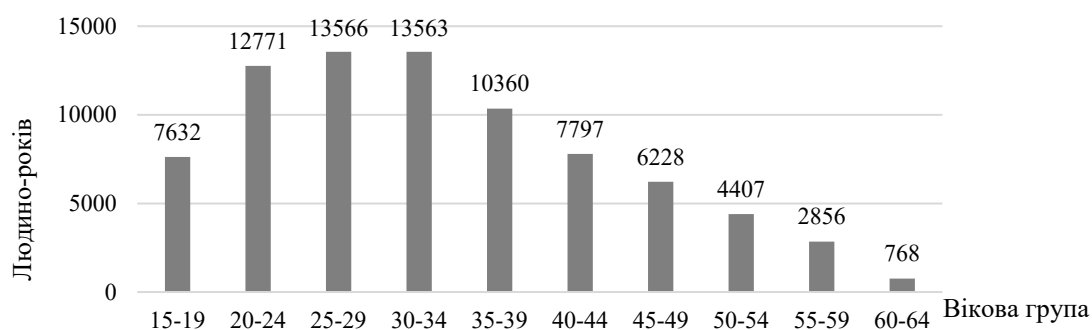


Рис. 3.11. Втрати для економіки України через передчасну смертність у вікових групах від транспортних нещасних випадків, люд.-років

Джерело: розраховано автором на підставі статистичної інформації [399].

Найбільше втрат в людино-роках фіксуються у вікових групах 25–29 років – 13566 люд.-років; 30–34 років – 13563 люд.-років; 20–24 років – 12771 люд.-років. В цілому відповідні загальні втрати від транспортних нещасних випадків на 01.2019 року у віковому інтервалі 15–64 років становлять 79948 люд.-років. Далі розглянемо відповідні втрати через падіння, які відображені на рис. 3.12.

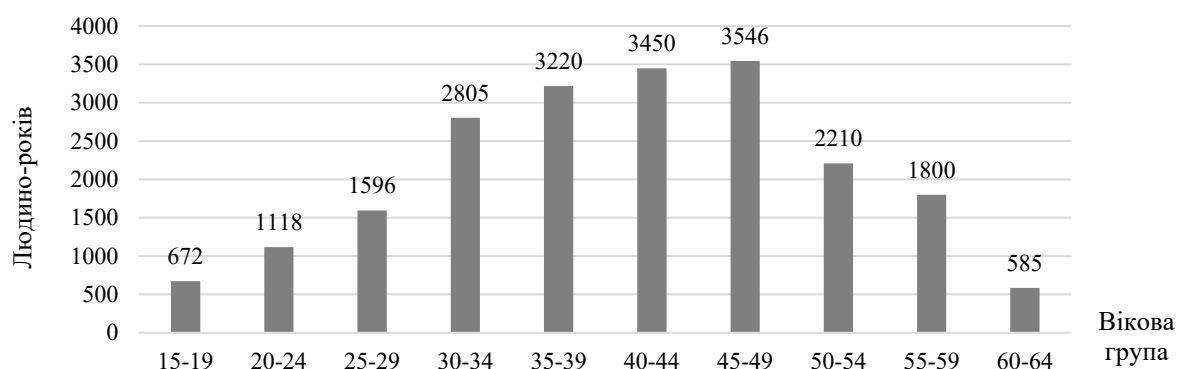


Рис. 3.12. Втрати для економіки України через передчасну смертність громадян України у вікових групах від падіння, люд.-років

Джерело: розраховано автором на підставі статистичної інформації [399].

Найбільші втрати від передчасної смертності від падіння фіксуються у вікових групах 45–49 років – 3546 люд.-років; 40–44 років – 3450 люд.-років; 35–39 років – 3220 люд.-років. Помічено, що відповідні втрати починають збільшуватись із вікової групи 15–19 років до піку в віковій групі 45–49 років, а далі вони починають зменшуватись. В цілому відповідні втрати станом на 01.2019 року складають у віковій групі 15–64 років – 21002 люд.-років. Розглянемо відповідні втрати через утоплення та занурення у воду (рис. 3.13).

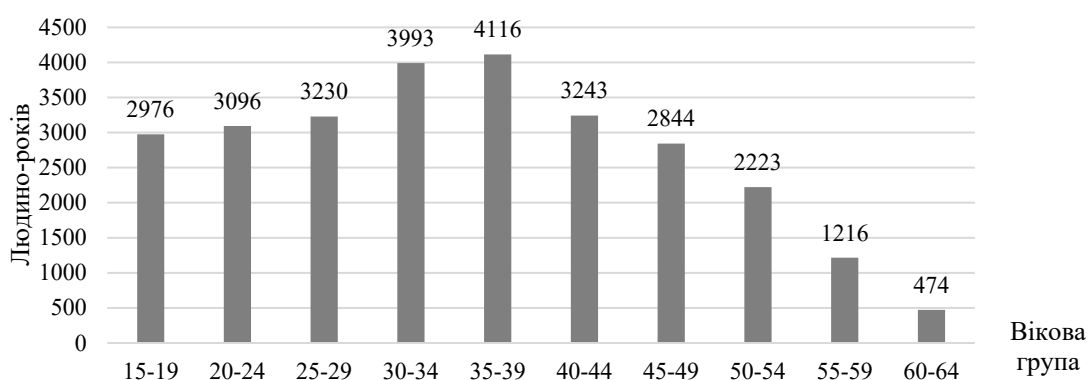


Рис. 3.13. Втрати для економіки України через передчасну смертність громадян України у вікових групах від утоплення та занурення у воду, люд.-років

Джерело: розраховано автором на підставі статистичної інформації [399].

Отже, найбільші втрати для економіки України через передчасну смертність громадян України від утоплення та занурення у воду фіксуються у віковій групі 35–39 років – 4116 люд.-років та 25–29 років – 3230 люд.-років, а в цілому відповідні витрати станом на 01.2019 року у віковій групі 15–64 роки становлять 27411 люд.-років. Далі проведемо аналіз відповідних втрат з такої причини, як випадкове отруєння та дія алкоголю (рис. 3.14).

Максимальні втрати для економіки України через передчасну смертність у вікових групах від випадкового отруєння та дії алкоголю спостерігаються у віковій групі 40–44 роки – 10580 люд.-років; 35–39 років – 10052 люд.-років та 45–49 років – 8532 люд.-років, а загальні відповідні втрати у віковій групі 15–64 роки станом на 01.2019 року становлять 53138 люд.-років.

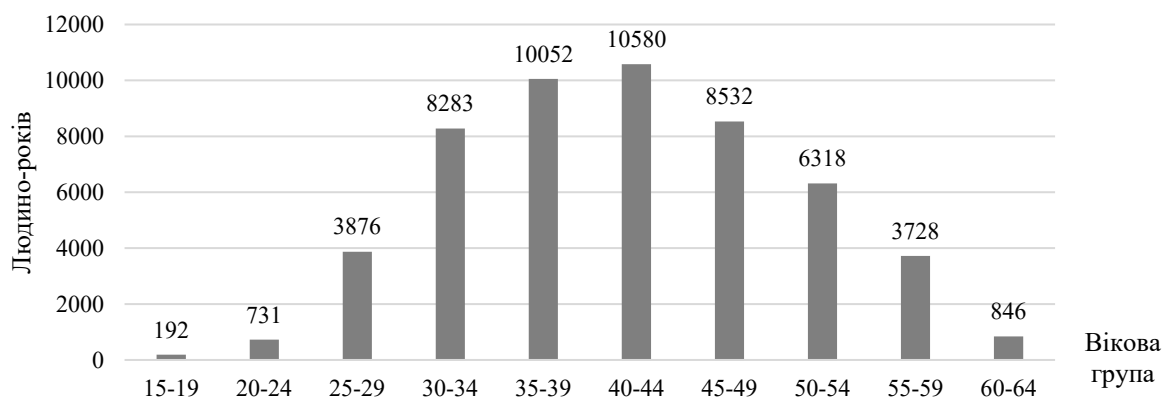


Рис. 3.14. Втрати для економіки України через передчасну смертність громадян України у вікових групах від випадкового отруєння та дії алкоголю, люд.-років

Джерело: розраховано автором на підставі статистичної інформації [399].

Ще однією причиною, яка абсолютно знецінює людський капітал громадян України, є навмисне самоушкодження, інформація наведена на рис. 3.15.

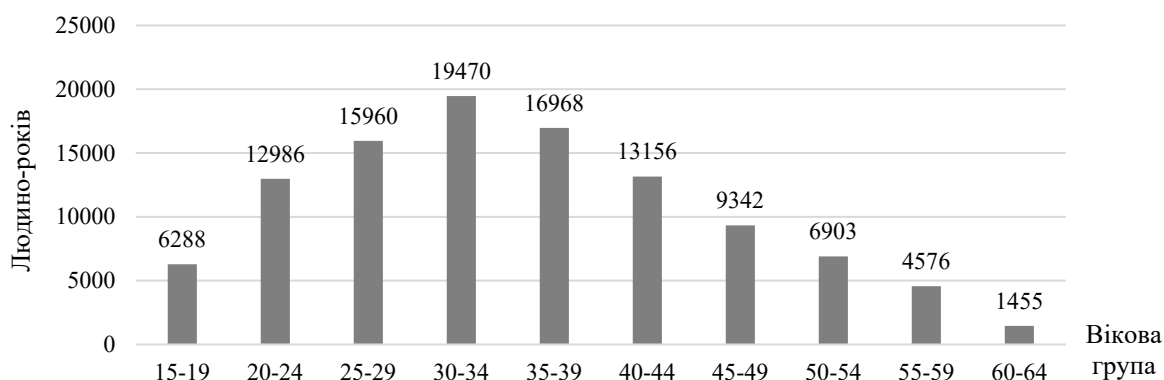


Рис. 3.15. Втрати для економіки України через передчасну смертність громадян України у вікових групах від навмисного самоушкодження, люд.-років

Джерело: розраховано автором на підставі статистичної інформації [399].

Отже, аналізуючи дані рис. 3.15, помічено, що найбільші втрати для економіки України через передчасну смертність громадян України від навмисного самоушкодження спостерігаються у вікових групах 30–34 роки – 19470 люд.-років; 35–39 років – 16968 люд.-років; 25–29 років – 15960 люд.-

років. В цілому відповідні втрати в віковій групі 15–64 роки становили на 01.2019 року 107104 люд.-років. Таким чином, розглянуті втрати для економіки через передчасну смертність від екзогенних причин, зокрема транспортних нещасних випадків, падіння, утоплення та занурення у воду, випадкового отруєння та дії алкоголю, навмисного самоушкодження, які займають найбільшу питому вагу втрат в зовнішніх причинах смерті, негативно впливають на людський розвиток України.

Вони зосереджуються у вікових групах, де зайнятість є вищою, а відповідно, впливають на вихід зайнятих громадян з ринку праці, що негативно впливає в цілому на створення ВВП країни та інші соціально-економічні процеси. Тому першочерговим завданням держави в межах реалізації політики людського розвитку є зменшення рівня захворюваності і передчасної смертності, особливо від екзогенних причин. Саме формування концепції збереження життя і здоров'я дозволить максимально знизити людські втрати зайнятого населення, особливо від екзогенних причин.

Розрахуємо потенційні втрати робочого часу у відсотках. Так, середньооблікова кількість штатних працівників у 2018 році становила 7662 тис. осіб. Використання робочого часу зайнятого населення (відпрацьовано робочого часу протягом 2018 року) у розрахунку на одного штатного працівника становило 1695 годин [399]. Чисельність постійного населення в 2018 році у віковій групі 15–64 роки становила 28719006 осіб. Отже, питома вага середньооблікової кількості штатних працівників у 2018 році в загальній чисельності постійного населення у віковій групі 15–64 роки буде становити 26,67 % ($7662 : 28719$). Далі розрахуємо річний фонд праці одного штатного працівника у 2018 році, який становить 12987090000 год. (1695×7662000), а річний фонд робочого часу буде становити 2304 год. на одного працівника в середньому ($24 \times 8 \times 12$). Таким чином, річний фонд робочого часу складе 5636757,81 люд.-років. Враховуючи зазначений річний фонд робочого часу в люд.-роках та питому вагу середньооблікової кількості штатних працівників у

2018 році в загальній чисельності постійного населення у віці 15–64 роки, розрахуємо загальні потенційні втрати робочого часу в загальній структурі фонду річного робочого часу, відпрацьованого штатними працівниками через передчасну смертність населення (потенційні втрати робочого часу) у віковій групі 15–64 роки (рис. 3.16).

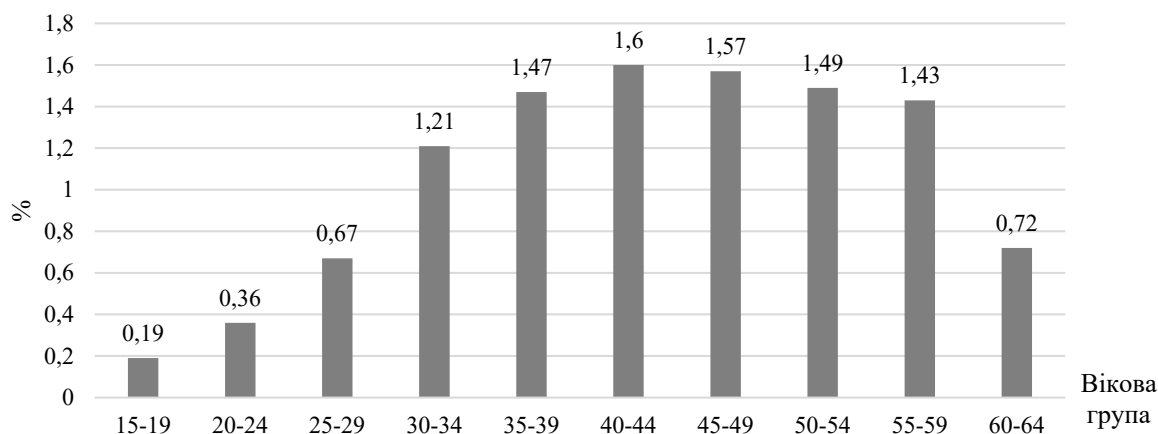


Рис. 3.16. Потенційні втрати робочого часу у віковій групі 15–64 роки в 2018 році, %

Джерело: розраховано автором на підставі статистичної інформації [399].

Найбільші відповідні втрати, наведені на рис. 3.16, фіксуються у віковій групі 40–44 роки – 1,6%; 45–49 років – 1,57%. В цілому потенційні втрати робочого часу в загальній структурі фонду річного робочого часу, відпрацьованого штатними працівниками через передчасну смертність населення у віковій групі 15–64 роки у 2018 році становили 10,71%. Тобто, практично десята частина річного фонду робочого часу штатних працівників щорічно втрачається через передчасну смертність від усіх причин смерті.

Узагальнимо загальні потенційні втрати робочого часу в загальній структурі фонду річного робочого часу відпрацьованого одним штатним працівником через передчасну смертність населення у віковій групі 15–64 роки через основні її причини, % (рис. 3.17) в 2018 році. Найбільші потенційні втрати робочого часу у віковій групі 15–64 роки становили від хвороб системи кровообігу – 3,19%, зовнішні причини – 2,39%, новоутворення – 1,64%.



Рис. 3.17. Потенційні втрати робочого часу через передчасну смертність населення у віковій групі 15–64 роки через основні її причини, %

Джерело: розраховано автором на підставі статистичної інформації [399].

Важливо розрахувати потенційні втрати робочого часу від окремих екзогенних причин (рис. 3.18).



Рис. 3.18. Потенційні втрати робочого часу від окремих екзогенних причин, %

Джерело: розраховано автором на підставі статистичної інформації [399].

Далі проведемо розрахунок втрат для економіки від передчасної смертності у віковій групі 15–64 роки з усіх її причин (рис. 3.19). Найбільші втрати для економіки України від передчасної смертності у віковій групі 15–64 роки з усіх її причин спостерігаються у вікових групах 40–44 роки – 62 млрд грн; 45–49 років – 604,4 млрд грн; 50–54 роки – 57,55 млрд грн.

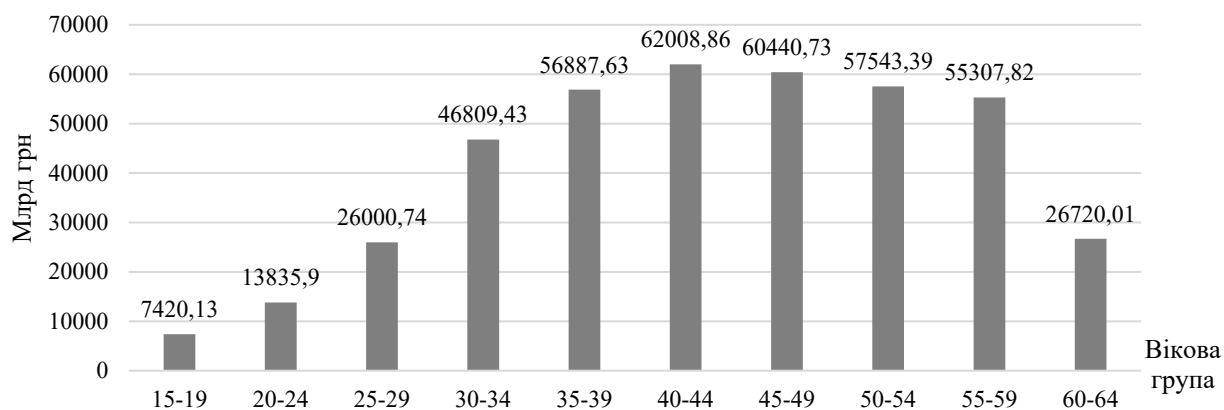


Рис. 3.19. Розрахунок втрат для економіки України від передчасної смертності у віковій групі 15–64 роки з усіх її причин, млн грн

Джерело: розраховано автором на підставі статистичної інформації [399].

В цілому втрати для економіки України від передчасної смертності у віковій групі 15–64 роки з усіх її причин становлять 412,98 млрд грн. Узагальнимо на рис. 3.20 втрати для економіки України від передчасної смертності у віковій групі 15–64 роки з окремих її причин (рис. 3.20).

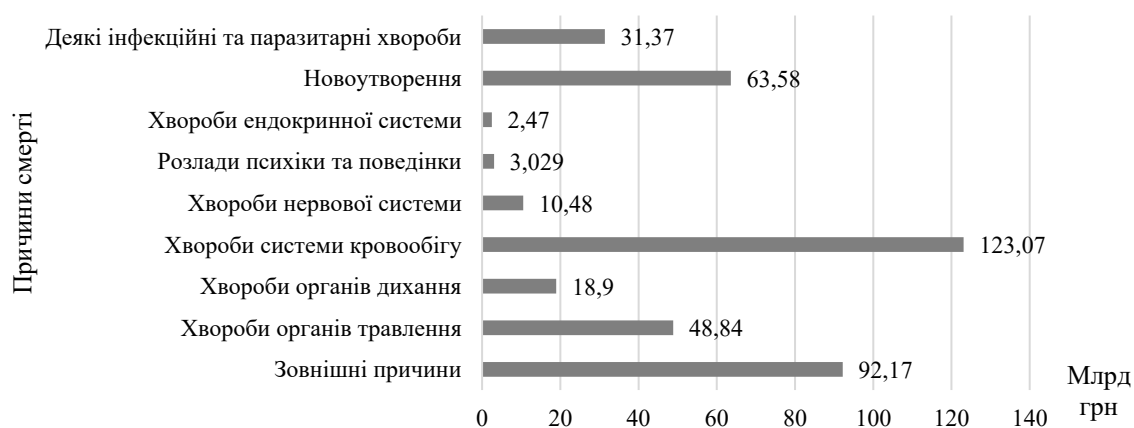


Рис. 3.20. Узагальнення втрат для економіки України від передчасної смертності у віковій групі 15–64 роки з окремих її причин, млрд грн

Джерело: розраховано автором на підставі статистичної інформації [399].

Отже, найбільші втрати для економіки України від хвороб системи кровообігу становлять 123,07 млрд грн; екзогенних причин смерті – 92,17 млрд грн; новоутворень – 63,58 млрд грн. Далі оцінимо втрати для економіки

України від передчасної смертності у віковій групі 15–64 роки від окремих її екзогенних причин (рис. 3.21).

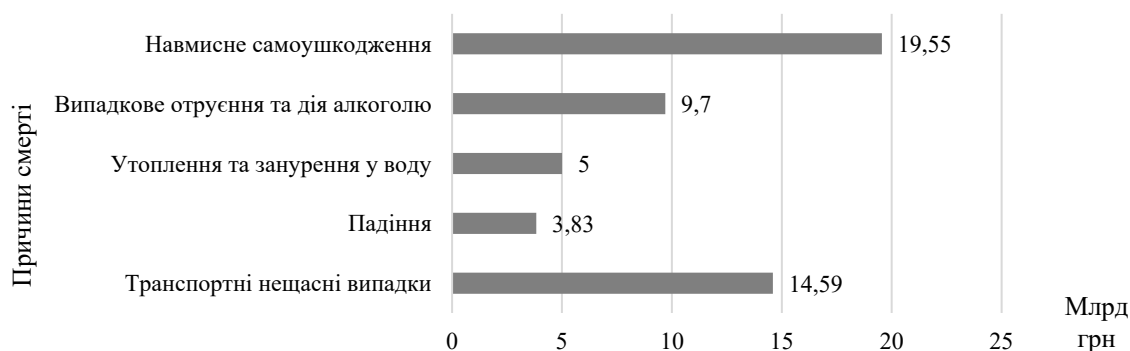


Рис. 3.21. Оцінювання втрат економіки України від передчасної смерті у віковій групі 15–64 роки від окремих її екзогенних причин, млрд грн

Джерело: розраховано автором на підставі статистичної інформації [399].

Найбільші втрати для економіки України від передчасної смертності у віковій групі 15–64 роки з окремих її екзогенних причин спостерігаються від навмисного самоушкодження – 19,55 млрд грн; транспортних нещасних випадків – 14,59 млрд грн; випадкового отруєння та дії алкоголю – 9,7 млрд грн. Далі визначимо питому вагу втрат для економіки України від передчасної смертності у вікових групах з усіх причин в загальному обсязі ВВП України в 2018 році з урахуванням тіньової економіки (рис. 3.22).

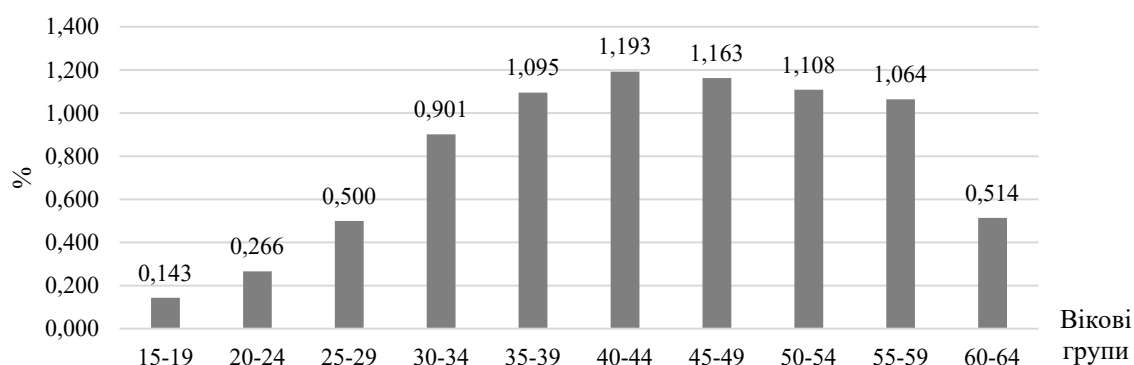


Рис. 3.22. Питома вага втрат для економіки України від передчасної смертності у вікових групах з усіх причин в загальному обсязі ВВП України у 2018 році з урахуванням тіньової економіки, %

Джерело: розраховано автором на підставі статистичної інформації [399].

Отже, найбільша питома вага втрат для економіки України від передчасної смертності у вікових групах з усіх причин в загальному обсязі ВВП України в 2018 році з урахуванням тіньової економіки фіксується у вікових групах 40–44 роки – 1,19% від ВВП; 45–49 років – 1,16% від ВВП; 50–54 роки – 1,11% від ВВП. В цілому загальна питома вага відповідних втрат у віковій групі 15–64 роки становить 7,95% від ВВП України. Далі оцінимо відповідні втрати від ВВП України в 2018 році з окремих причин смерті (рис. 3.23).

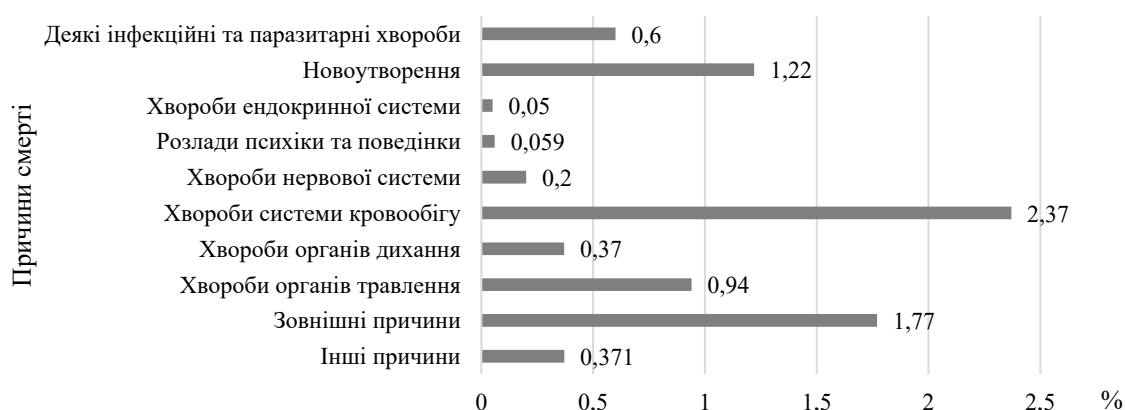


Рис. 3.23. Питома вага втрат для економіки України від передчасної смертності у віковій групі 15–64 роки з окремих причин в загальному обсязі ВВП України у 2018 році з урахуванням тіньової економіки, %

Джерело: розраховано автором на підставі статистичної інформації [399].

Найбільші втрати від ВВП, як свідчить інформація, наведена на рис. 3.23, фіксуються від хвороб системи кровообігу – 2,37 % від ВВП; екзогенні причини – 1,77 % від ВВП; новоутворення – 1,22 % від ВВП. Варто звернути увагу в дослідженні, що аналітики ВООЗ з'ясували – рак є другою з основних причин смерті в світі (кожен шостий в світі помирає від раку), наприклад, у 2018 році від нього померли біля 10 млн осіб, а економічні втрати від раку в світі у 2010 році оцінювались в сумі 1,16 трлн дол. США [420]. На жаль, Україна стоїть друга в рейтингу серед країн Європи за кількістю смертей від раку, який щороку забирає 22 % населення працездатного віку. Ситуація погіршуватиметься, адже за прогнозами ВООЗ після 2030 року рак буде

діагностуватись у кожної другої людини, а біля 10 % факторів впливу щодо виникнення захворювання на рак складає генетична схильність, а 90 % – канцерогенні фактори навколишнього середовища і спосіб життя [420].

Тому виникненню захворюваності на рак і зменшенню економічних втрат можна запобігти. Наприклад, нині вже відомо, що зменшити ризик захворюваності на рак на 43% можна за рахунок дотримання елементарних норм стилю і здорового способу життя. Тому завданням держави є створення ефективних механізмів щодо максимального запобігання виникненню захворюваності і смертності від раку та зменшенню економічних втрат від передчасної смерті для економіки і суспільства.

Вчені-медики О. Войтко, С. Омельчук, Ю. Остапчук та ін. досліджували витрати для економіки щодо надання медичної допомоги хворим на рак, які становлять близько 1 млрд грн, з них переважну частину направляють на фінансування допомоги в зв'язку з втратою працездатності, передчасною смертністю хворого, абсентеїзмом, зокрема тих, хто його обслуговує в сім'ї тощо [421]. Російська вчена Р. Шевченко дослідила, що щороку Росія втрачає через передчасну смертність від раку близько 8,1 млрд дол. США, а загальні економічні втрати, враховуючи витрати на лікування, перевищують 20 млрд дол. США, або більше 1% ВВП країни [422]. Крім того, надзвичайно важливо відмітити, що, за різними оцінками, втрати економіки через передчасну смерть від раку в розвинених країнах світу зіставні і становлять 0,1–0,5 % ВВП. Відповідні втрати для економіки України у 2018 році порівняно з країнами ЄС вищі більш ніж в десять разів [423].

Якщо ввести зміни в гіпотезу, а саме: якщо ми в розрахунках приймемо вікову граничну межу не 65, а 70 років, то втрати для економіки України в вікових групах від передчасної смерті з усіх причин будуть становити 601,48 млрд грн (рис. 3.24). Отже, якщо розширити вікову групу 15–69 років, то втрати значно збільшаться порівняно з віковою групою 15–64 роки. Так, найбільші відповідні втрати фіксуються у вікових групах 55–59 років – 89,88 млрд грн;

50–54 роки – 79,68 млрд грн; 45–49 років – 77,23 млрд грн. В цілому відповідні втрати для економіки України в віковій групі 15–69 років складають 601,48 млрд грн, що на 188,51 млрд грн більше, або на 45,65% вікової групи 15–64 років.

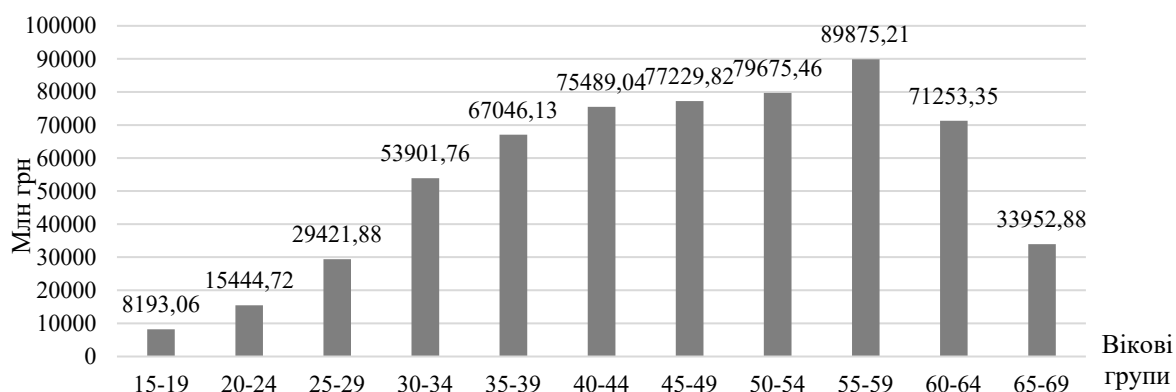


Рис. 3.24. Розрахунок втрат для економіки України у віковій групі 15–69 років від передчасної смерті з усіх причин, млн грн

Джерело: розраховано автором на підставі статистичної інформації [399].

Розрахуємо питому вагу втрат для економіки України від передчасної смертності у вікових групах з усіх причин в загальному обсязі ВВП України в 2018 році з урахуванням тіньової економіки (рис. 3.25).

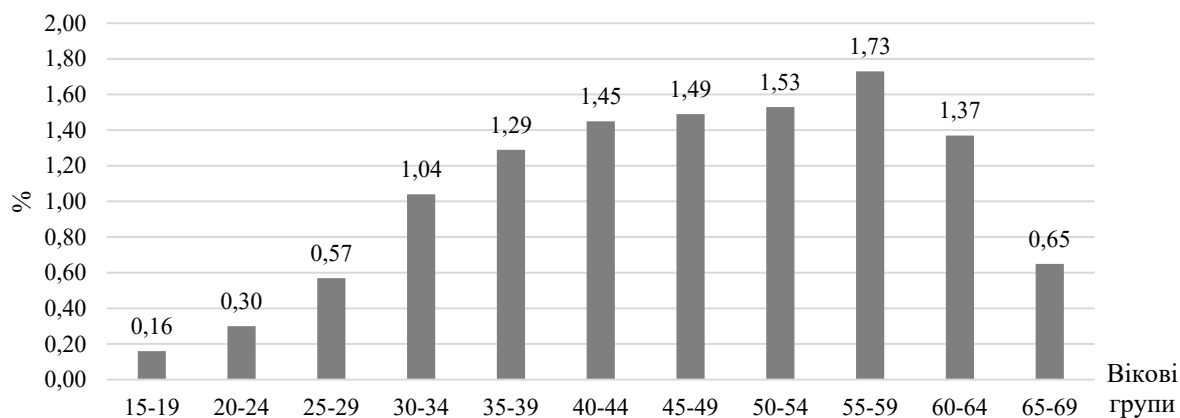


Рис. 3.25. Питома вага втрат для економіки України від передчасної смертності у вікових групах з усіх причин в загальному обсязі ВВП України в 2018 році з урахуванням тіньової економіки, %

Джерело: розраховано автором на підставі статистичної інформації [399].

Таким чином, загальна питома вага втрат для економіки України від передчасної смертності у віковій групі 15–69 років з усіх причин в загальному обсязі ВВП України в 2018 році, з урахуванням тіньової економіки, становить 11,58 % від ВВП, що на 3,65 в. п. більше порівняно з відповідною питомою вагою втрат у віковій групі 15–64 роки (7,95 % від ВВП України 2018 року).

Не відкидаючи важливість об'єктивних причин смерті, зокрема таких, як: новоутворення, хвороби системи кровообігу, варто наголосити, що екзогенні фактори відіграють ключову роль у зменшенні рівня захворюваності та передчасної смертності населення, особливо трудоактивного. Так, розглядаючи поведінковий фактор, можна відмітити, що зайняте населення, як і, в принципі, інші групи населення, живе в умовах емоційних, фізичних і інтелектуальних перевантажень – це головні фактори впливу. Від самої людини залежить якої моделі вона буде дотримуватись, яким буде її філософське ставлення до життя; рівень рухової активності; якість і структура харчування; особливості адаптації до умов життя; наявність шкідливих звичок; ставлення до ЗСЖ тощо.

Зазначені високі втрати економіки в Україні вимагають розробки на макрота мікрорівнях активних програм збереження здоров'я зайнятого населення України, а на особистісному рівні – стимулювання населення до самозбереження здоров'я, зокрема його зайнятої частини. Стан здоров'я, відповідно до економічної теорії, може впливати на пропозицію праці двома ефектами, які є протилежно різними – ефектом заміщення і ефектом доходу. При поганому здоров'ї доходи зменшуються через падіння продуктивності. У міру падіння економічної віддачі від роботи ефект заміщення веде до збільшення вільного часу і, відповідно, до скорочення пропозиції праці [424, с. 6; 425]). З іншої сторони, відповідно до ефекту доходу, при зниженні загального обсягу доходів через падіння продуктивності праці зайняте населення буде прагнути компенсувати втрати, збільшуючи при цьому пропозицію праці. Ефект доходу буде значним в тому випадку, якщо система соціальних виплат не буде спроможна пом'якшити наслідки скорочення

доходів. Так, вчений Я. М. Рощина в статті [426] обґрунтовує думку, що дохід держави матиме тенденцію до зростання в разі забезпечення поєднання кількісних і якісних характеристик пропозиції праці. При цьому варто відмітити, що здоров'я як складова людського капіталу набуває величезного значення. Оскільки через якісну складову людського капіталу – здоров'я – забезпечуються можливості для зайнятого населення підвищувати кваліфікацію, професіоналізм, що, в кінцевому підсумку, дає можливість збільшувати продуктивність праці на макро-, мікро- і особистісному рівнях. Здоров'я дає можливість зайнятому населенню бути більш активним не тільки в процесі трудової діяльності, а й поза робочими місцями, що ще додатково дозволить збільшити рівень продуктивності праці, зокрема за рахунок реалізації більш творчих і раціональних ідей. Для аргументації цієї думки можна навести дані, які свідчать, що погане здоров'я може негативно впливати на рівень зайнятості [424]. Таким чином, інвестування в людський розвиток та людський капітал буде сприяти збільшенню рівня зайнятості та ВВП.

Попит на здоров'я, відповідно до теорії людського капіталу, пов'язаний з тим, що воно входить у функцію корисності та визначає сумарну кількість робочого часу, який індивід може використовувати на ринку праці в майбутньому, що і визначає стан його доходів. Так, на початку життєвого циклу людина отримує певний запас «*капіталу здоров'я*», який скорочується, починаючи з деякого моменту, при цьому темп скорочення збільшується з часом та наближається до нуля (коли настає смерть). Для покращення стану здоров'я зайняте населення має постійно вкладати кошти – інвестувати в свій людський капітал, що збільшуватиме тривалість і якість його життя, зокрема трудового. Тому постає питання визначення особливостей вкладання інвестицій в здоров'я. Так, в статті [426, с. 430] наводяться такі дані, зокрема: рівень здоров'я на даний момент залежить від минулих інвестицій в здоров'я та від норми зниження капіталу здоров'я з часом; здоров'я впливає на зайняте населення, з одного боку, безпосередньо на його корисність, з іншого – низький

рівень здоров'я викликає хвороби і тимчасову відсутність працівника на робочому місці (частина загального фонду часу зменшується через хвороби, тобто, призводить до втрати робочого часу); інвестиції в здоров'я враховуються як в грошовій формі, так і у формі витраченого на отримання медичних послуг часу, що віднімається з загального фонду часу зайнятого населення; шоки здоров'я різко знижують пропозицію на ринку праці.

Зайняте населення, яке не має міцного здоров'я, стає додатково обмеженим в можливостях працевлаштування, оскільки різко звужується коло потенційних місць роботи. Тому здоров'я не тільки напряму впливає на рішення зайнятого населення шукати або не шукати роботу взагалі, але і суб'єктивно – на імовірність працівника бути зайнятим в якій-небудь сфері трудової діяльності. Маючи деякий рівень здоров'я, зайняте населення може його покращити (наприклад, дотримуючись здорового способу життя, інвестуючи кошти в покращення власного здоров'я, проходячи профілактичні медичні огляди), або погіршити (наприклад, не звертаючись до лікаря під час хвороби, маючи шкідливі звички, працюючи в шкідливих (небезпечних) умовах праці).

Теоретично погане здоров'я впливає на зменшення пропозиції на ринку праці: у зайнятого населення підвищується корисність від відпочинку, а, відповідно, знижується корисність від роботи; в результаті абсентеїзму у нього знижується працездатність, що призводить до зменшення рівня заробітної плати і в цілому доходів. З іншої сторони, погане здоров'я збільшує рівень споживання, оскільки хворе зайняте населення відчуває потребу в додаткових доходах для фінансування непередбачуваних витрат на купівлю медикаментів, оплату медичних послуг тощо, що змушує його збільшити час роботи в хворобливому стані. Крім того, імовірність виходу з ринку праці для зайнятого населення буде вищою при впливі саме шоків здоров'я, ніж інших факторів, зокрема рівня заробітної плати, наявності соціальних пакетів, доплат за шкідливі (небезпечні) умови праці тощо.

Стан здоров'я, безперечно, впливає на імовірність зайнятості та, відповідно, і на дохід. Так, при раптовому погіршенні здоров'я зайняте населення частіше залишає роботу (імовірність при раптовому погіршенні здоров'я у зайнятого населення залишити роботу зростає вдвічі [425; 427, с. 101–110]), зокрема, артрит знижує кількість відпрацьованих годин в середньому для обох статей на 40 %, відповідно розмір заробітної плати у чоловіків зменшується на 27,7 %, а у жінок на 42 % [170], а інсульт у чоловіків знижує кількість відпрацьованих годин на рік на 1030 годин/рік, або на 42 % збільшує імовірність виходу з робочої сили, у жінок, відповідно, на 654 години/рік або на 31 % (дані взяті [424], на прикладі Росії). Крім того, імовірність знаходження індивідів в категорії економічно активних (зайнятих або тих, які активно шукають роботу) залежить саме від гарного здоров'я, що більш характерно для чоловіків, ніж для жінок [428, с. 65]. *Отже, можна зробити висновок, чим кращим є рівень здоров'я, тим імовірність залишитись в стані зайнятості вища, а кількість відпрацьованих годин і заробітна плата – більші.*

Далі проаналізуємо вплив інших факторів, які пов'язані зі здоров'ям і зменшенням пропозиції на ринку праці, на прикладі пенсіонерів, які продовжують працювати. Так, на зайнятість цих осіб, наприклад, для зайнятих осіб чоловічої статі, найбільш негативно можуть впливати такі хвороби: інсульт, хронічні захворювання серця, інвалідність, анемія, хронічні захворювання печінки, діабет; на жінок – інсульт, інфаркт, інші хронічні хвороби серця. Таким чином, шоки здоров'я істотно впливають на рішення пенсіонерів залишатись на ринку праці. Такий шок здоров'я, як серцевий напад, або поява нових хронічних захворювань, веде до серйозних фінансових втрат для родини, головним чином у зв'язку зі зменшенням пропозиції праці для чоловіків, а жінки (дружини) найімовірніше вийдуть на пенсію при шоках здоров'я у чоловіка, ніж чоловік – при шоках здоров'я у дружини [170, с. 13–16].

Загальновідомим є факт, що здоров'я, особливо у чоловіків, служить досить потужним аргументом в процесі прийняття одного з подружжя рішення вийти на пенсію, а для іншого з подружжя – наслідувати його приклад. Наприклад, гіпотетичний чоловік у віці 55 років з медіанним доходом і певним набором інших характеристик піде на пенсію у віці 59 років, а наявність хронічного захворювання знизить цей вік ще на два роки, імовірність же залишити роботу до настання пенсійного віку в десять разів вища, ніж у людини з аналогічними характеристиками, але з середнім станом здоров'я [424].

Варто відмітити, що скорочується економічна активність населення в пенсійному і передпенсійному віці в середньому в 3,5–3,6 рази приблизно однаково у чоловіків і жінок, а найбільш негативно впливають на зайнятість хронічні захворювання [429, с. 13–16]. Наявність високих доходів спонукає зайняте населення, зокрема пенсійного віку, працювати довше [430–431]. Тому тут ефект заміщення впливає більше, ніж ефект доходу, а при більш високому освітньому рівні термін трудової діяльності істотно зростає [429; 170, с. 15; 430].

З іншого боку, гарне здоров'я не є визначальним фактором, який підвищує зайнятість в старших вікових групах. На імовірність бути зайнятим впливають також соціально-демографічні характеристики зайнятого населення. З віком імовірність зайнятості, звичайно, знижується. Наявність у похилої людини великої родини знижує імовірність її участі в робочій силі, але при низькому рівні сімейної соціалізації такі особи прагнуть максимально залишатись на ринку праці.

В багатьох дослідженнях аналізували вплив факторів ризику на зменшення пропозиції праці, зокрема: погане (недостатнє) харчування, наявність шкідливих звичок. Наприклад, за різних інших умов, зайняте населення, яке палить, заробляє на 4–8 % менше порівняно з тими, хто не палить [431, с. 10]. В праці [425] доведено, що за наявності алкогольної залежності імовірність повної або часткової зайнятості знижується для чоловіків на 14 %, а для жінок

на 11 %. Є дослідження, які доводять, що переїдання, наявність надмірної ваги тіла негативно впливають на пропозицію ринку праці, як і інші наведені вище фактори [433–434].

Фактор розвиненості системи охорони здоров'я суттєво впливає на пропозицію праці [435–437]. За наявності менш розвиненої системи охорони здоров'я зайняте населення менше слідкує за своїм здоров'ям, має низький рівень мотивації до самозбереження здоров'я. Це не дозволяє на початкових стадіях виявляти захворювання, які, в кінцевому підсумку, можуть призвести до інвалідності, що знижує імовірність наступної зайнятості на 10 %, а помірне порушення здоров'я, за інших рівних умов, підвищує імовірність звільнення з роботи на 50 %, в той самий час, коли важке порушення здоров'я підвищує цю імовірність вдвічі. Навіть за наявності важкого захворювання в минулому значно знижується імовірність наступного працевлаштування (до 30 % як для чоловіків, так і для жінок [170]).

В країнах з нерозвиненою системою медичного страхування, зокрема пенсійного, особи з інвалідністю (цей термін запроваджений з січня 2018 року) можуть прагнути підвищити свою пропозицію праці для того, щоб бути здатними сплатити медичні витрати. Наприклад, дослідження [170, с. 16] показало, що в США жінки, у яких був виявлений рак грудей, продовжували працювати і навіть збільшували інтенсивність роботи; громадяни, які не мали медичного забезпечення, продовжують працювати і виходять на пенсію в 65 років частіше, ніж ті, хто має медичне страхування; можливість отримання пенсійного медичного страхування, повністю забезпеченого за рахунок роботодавця, суттєво впливає на пропозицію праці. З іншої сторони, для людей з низьким рівнем здоров'я спостерігається помітно більший вплив. Тому запровадження в Україні системи загальнообов'язкового і добровільного медичного страхування є фактором стабілізації пропозиції на ринку праці.

Ступінь інвалідності є також вирішальним фактором раннього виходу з ринку праці, зокрема на пенсію. Так, серед чоловіків з інвалідністю імовірність

виходу на пенсію, як тільки вік це дозволить, набагато вища, ніж серед тих, у кого інвалідності немає. Отже, зміцнення здоров'я зайнятого населення, зокрема при дотриманні концепції збереження здоров'я, могло б стати досить дієвим шляхом підвищення реального віку виходу на пенсію в Україні.

Крім того, до 2016 року в Україні був широкий список професій, які давали право зайнятому населенню, яке працювало на важких, шкідливих і небезпечних роботах, достроково виходити на пенсію за вислугою років (список № 1, список № 2). Це виконувало стимулювальну функцію щодо зайняття на ринку праці таких вакансій, адже, працюючи на наведених вище роботах, зайняте населення могло раніше вийти на пенсію та отримати відповідні пільги. Нині більшість пільг відмінено, а скорочення переліку видів робіт, за якими дозволяється раніше виходити на пенсію, не тільки не зменшить тенденцій до зменшення кількості зайнятого населення, але й, навпаки, ще додатково їх посилить.

Інвалідність розглядається як важлива характеристика стану здоров'я населення [437, с. 129–130], зокрема зайнятого, адже шоки здоров'я (гострі і раптові захворювання та їх наслідки – інфаркти, інсульты, травми) призводять не тільки до стійкого зниження працездатності, але і до його усунення з ринку праці. Інвалідність формується під впливом багатьох медичних, соціальних, демографічних, економічних, правових і психологічних факторів. Особам з інвалідністю важко конкурувати на ринку праці України, тому вони потребують соціального захисту з метою підтримки їх матеріального добробуту та добробуту їх сімей, підвищення соціальної активності, якості життя й подолання бідності, мотивації до активного трудового життя тощо.

Тому важливим завданням соціальної політики має бути залучення якомога більшого кола таких осіб до активного життя, що має розглядатись як елемент механізму ЗЗЗНУ. Тобто, державна політика має бути спрямована не на надання соціальної допомоги, а на стимулювання у них мотивації до праці. В іншому випадку, при інтенсивній праці (фізичній, розумовій та ін.), незмінному

способу життя особи з інвалідністю можуть швидко втратити фізичний капітал через погіршення здоров'я, що може бути катастрофічним для них, оскільки вони розуміють, що нарівні зі здоровими людьми працювати не можуть.

В роботі [438] виділяють особливості молодих осіб з інвалідністю, що впливають на пропозицію їх праці. Так, для таких осіб з невеликим терміном інвалідності характерна нестійка самооцінка, оскільки вони не встигли ще адаптуватись до свого стану, зрозуміти свої можливості і обмеження, що викликає стан «шоку здоров'я». Особи з інвалідністю зі стабільним трендом проходження захворювання легше адаптуються та оцінюють свої можливості, ніж ті, у кого хвороби протікають то з погіршенням, то з покращенням їх фізичного стану. Дослідники стверджують, що, наприклад, люди з повною втратою слуху краще пристосовуються до свого дефекту, адекватніше оцінюють свої можливості, ніж ті, у кого слух втрачений частково.

Досвід роботи з зазначеними особами свідчить, що в психологічному плані особи з інвалідністю III групи, а це, в основному, молоді люди, є найбільш важкою категорією – у них більше, ніж у інших таких осіб, простежується тривожність, психологічне напруження, дискомфорт. Труднощі ідентифікації себе з якоюсь із категорій «хворих» чи «здорових» породжують значне психологічне напруження, що негативно позначається на матеріальному добробуті. Адже, з однієї сторони, такі молоді люди втратили здоров'я і мають фізичні вади, а з іншої – вважаються обмежено працездатними і належать до категорії працездатних. Тому питання поведінки на ринку праці і збереження їх здоров'я тут є ключовим. Отже, узагальнимо вплив шоків здоров'я на пропозицію ринку праці на основі побудови моделі впливу шоків здоров'я на ринок праці України (рис. 3.26 [439, с. 141–144]).

Отже, на рис. 3.26 показана запропонована модель впливу шоків здоров'я на пропозицію ринку праці, яка дозволяє врахувати сукупність факторів – «мотиваторів» та «демотиваторів» – формування поведінки зайнятих громадян щодо свого здоров'я та його збереження.

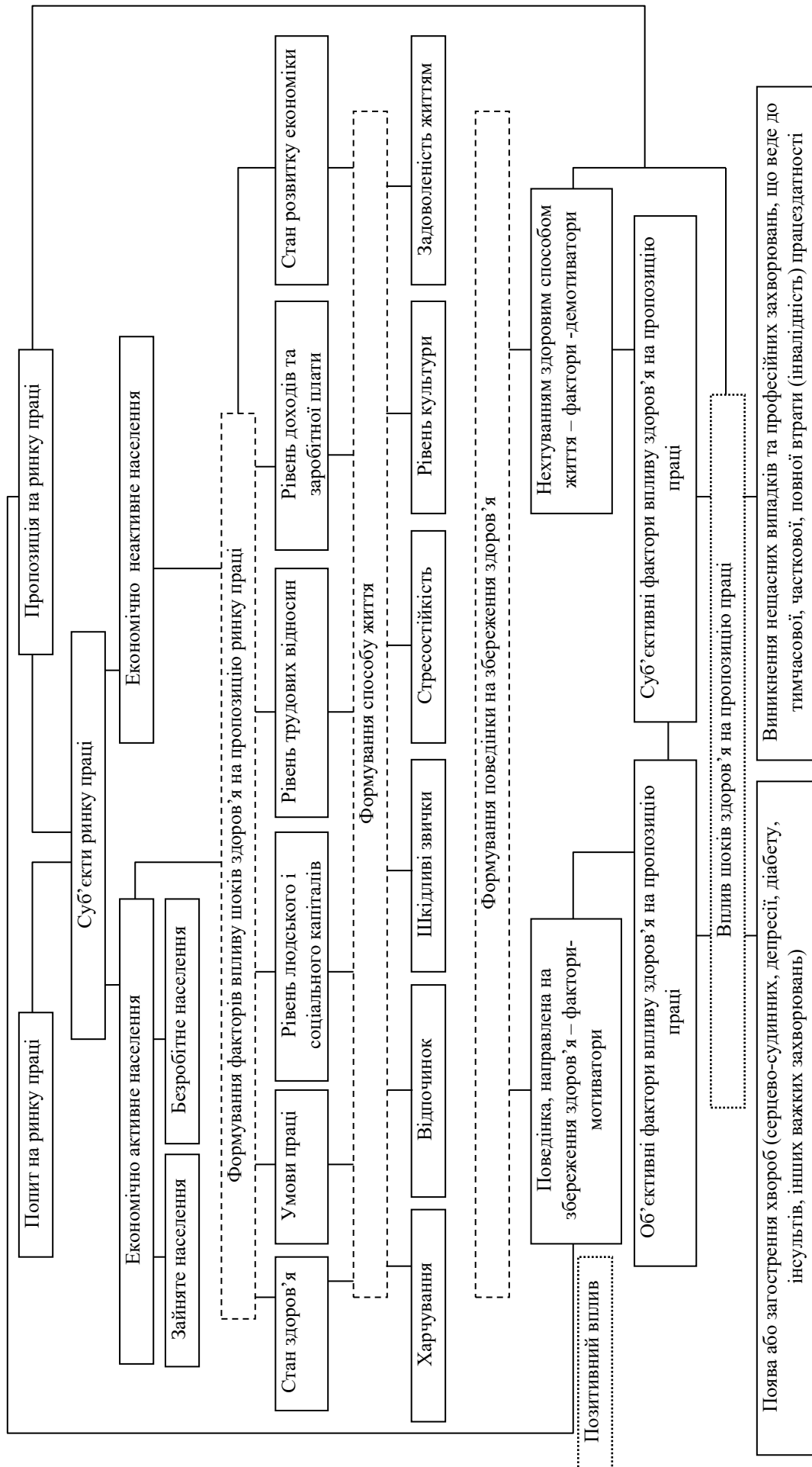


Рис. 3.26. Модель впливу шоків здоров'я на пропозицію ринку праці

Джерело: розробка автора.

Таким чином, в даному підрозділі запропоновано теоретико-методичні засади побудови моделі впливу шоків здоров'я на пропозицію на ринку праці (див. рис. 3.26), яка враховує фактори на макро-, мікро- та особистісному рівнях, зокрема: стан здоров'я зайнятого населення, рівень людського і соціального капіталів, стан соціально-трудових відносин, тенденції розвитку економіки та фактори впливу на особистісному рівні, що дозволило проілюструвати більшу імовірність залишатись на ринку праці у разі кращого здоров'я, та зниження пропозиції на ринку праці й економічних втрат (зокрема через передчасну смертність) при виникненні гострих погіршень стану здоров'я (шоків здоров'я), а також можливостей мінімізації впливу шоків здоров'я на людський розвиток в Україні.

3.3 Підґрунтя для розробки моделі впливу трансформаційних процесів ринку праці на здоров'я зайнятого населення та його збереження

Стан ринку праці України в цілому характеризується такими тенденціями: недотримання вітчизняними роботодавцями умов гідної праці, зниження попиту на робочу силу [62; 377]; розвиток нових форм зайнятості, зокрема неформальної, поширення тіньової і кримінальної зайнятості населення України [440]; розвиток неповної, додаткової та вимушеної зайнятості; зменшення кількості створення нових, зокрема інноваційних робочих місць; низька професійна мобільність трудових ресурсів; зростання безробіття серед молоді, проблеми працевлаштування випускників вищих та професійно-технічних закладів освіти; низька продуктивність праці та, в цілому, відсутність державної ідеології щодо формування «гідної» праці [441]; зниження рівня людського капіталу [442]. Варто додатково акцентувати на такій важливій складовій людського капіталу та людського розвитку, як здоров'я. Погіршення здоров'я зайнятого населення буде лише посилювати демографічну кризу в Україні, що проявлятиметься у високій захворюваності та передчасній

смертності порівняно з країнами ЄС, де важливу увагу приділяють збереженню здоров'я робочої сили, зокрема дотриманню принципів здорового способу життя. Тому дослідимо особливості на сучасному ринку праці з позиції впливу його характеристик на здоров'я зайнятого населення та його збереження. Для цього здійснимо поділ суб'єктів ринку праці на такі умовні групи:

- *зайняте населення зі стабільним доходом;*
- *зайняте населення, яке працює в умовах нестабільності;*
- *безробітні.*

Вплив сучасного ринку праці, його особливості розвитку і характеристики комплексно оцінити вкрай важко. Далі (при проведенні соціологічного дослідження) було з'ясовано, що при зайнятості в гідних умовах здоров'я зайнятого населення буде кращим, ніж у тих, які працюють в шкідливих (небезпечних) умовах. В теорії акцентується увага на тому, що зайнятість в гідних умовах в цілому позитивно впливає на всі складові здоров'я, зокрема фізичне, душевне, соціальне та економічне. Так, здоров'я зайнятого населення покращується в умовах максимальної залученості до активної зайнятості й істотно погіршується, коли воно її завершує [443].

Трансформаційні процеси сучасного ринку праці переважно негативно впливають на здоров'я зайнятого населення країни. Виділимо основні фактори на ринку праці, які впливають на стан здоров'я зайнятого населення: умови праці, зокрема режим та інтенсивність праці, монотонність роботи, безпека, важкість роботи тощо; соціальна підтримка, особистісні характеристики, взаємовідносини в колективі, рівень безробіття, стан розвитку економіки, державна політика в сфері соціального захисту тощо. Наприклад, соціальна підтримка знижує рівень стресу, активізує імунну систему, а на роботах «високої якості», тобто де високий професійний статус, рівень соціальної інтеграції, освітній рівень, стан здоров'я кращі. Важливим є дослідження сучасних особливостей розвитку на ринку праці України. Так, на рис. 3.27 наведено динаміку кількості зайнятого населення у 2000–2019 роках.

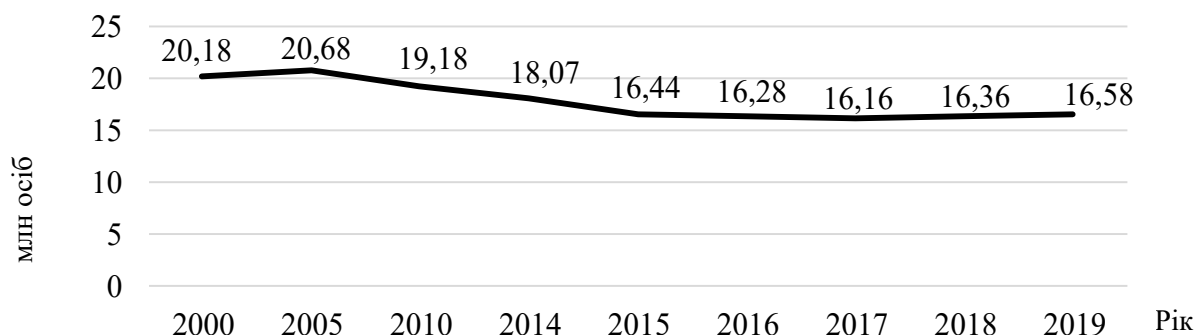


Рис. 3.27. Динаміка зайнятого населення в Україні в 2000–2019 роках у віці 15–70 років, тис. осіб¹

Примітка. 1 – дані за 2010–2014 роки наведено без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим та м. Севастополя, з 2015 року – також без частини тимчасово окупованих територій у Донецькій та Луганській областях.

Джерело: складено автором за [377].

Інформація, яка наведена на рис. 3.27 свідчить, що протягом 2000–2019 років обсяги зайнятості в Україні зменшились на 3,6 млн осіб, або на 17,84%. Тобто, за останні майже двадцять років кожен шостий зайнятий вибув з офіційного ринку праці. Важливим показником на ринку праці є рівень зайнятості. Тому проведемо аналіз динаміки рівня зайнятості громадян України в загальній чисельності населення у віці 15–70 років (рис. 3.28).

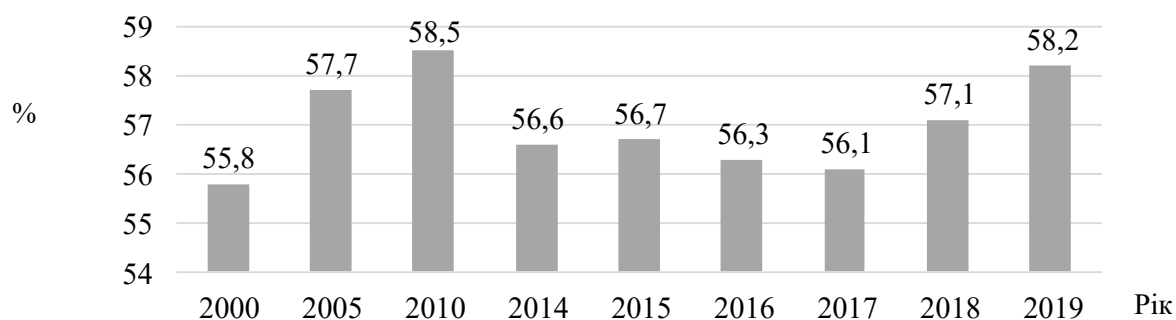


Рис. 3.28. Аналіз динаміки рівня зайнятості громадян України в загальній чисельності населення у віці 15–70 років¹, %

Джерело: складено автором за [377].

Інформація, наведена на рис. 3.28, свідчить, що рівень зайнятості населення майже не змінюється і на 1 січня 2020 року становив 58,2 % від чисельності населення України у віці 15–70 років. Тобто, серед населення зазначеного віку зайнятий в економіці нашої країни лише кожен другий. Порівняємо рівень зайнятості в Україні та в країнах ЄС–28 (рис. 3.29).

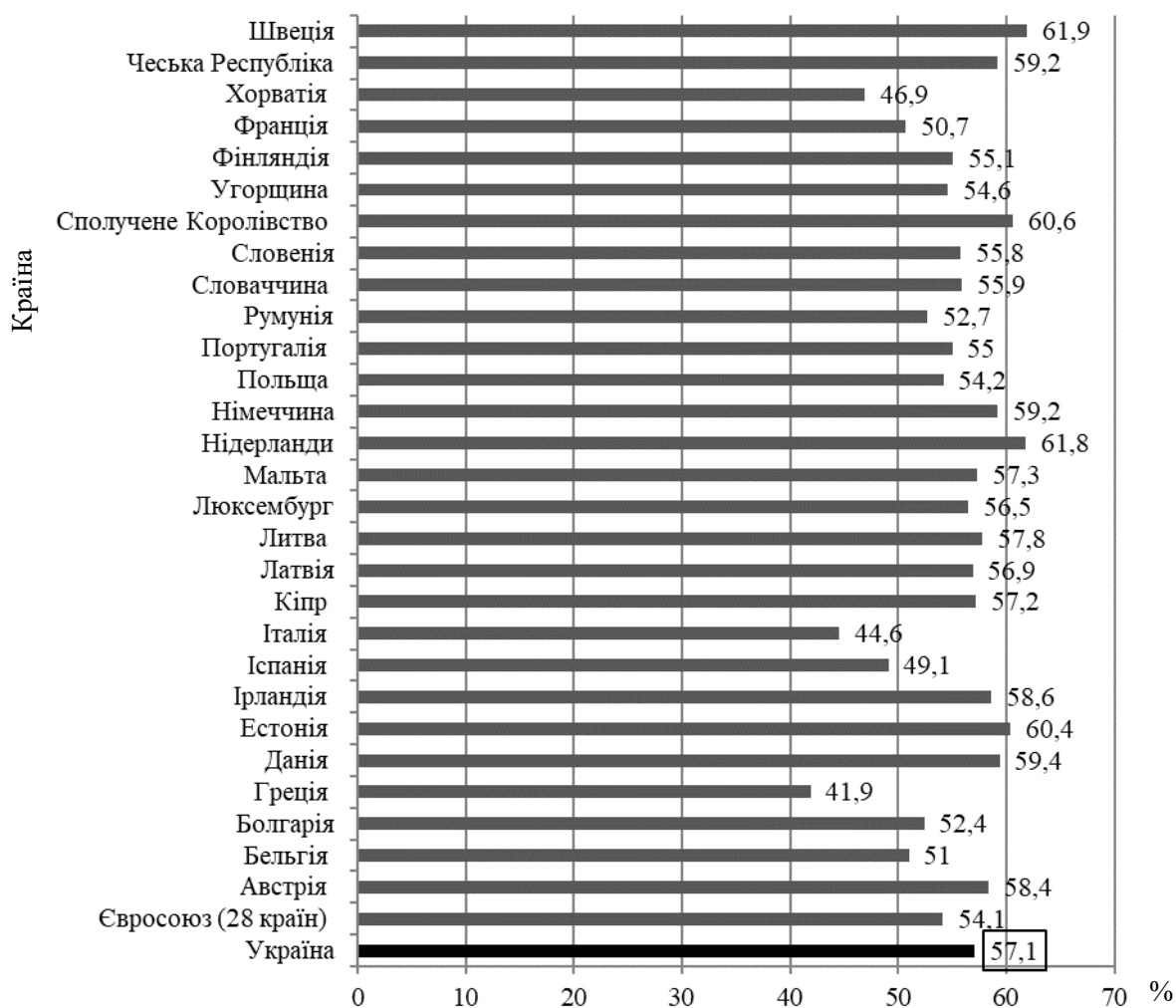


Рис. 3.29. Рівень зайнятості населення України та країн ЄС–28 у 2018 р., %

Джерело: складено автором за [399].

Отже, найвищий рівень зайнятості зафіксований, як свідчать дані рис. 3.29, в Швеції та Нідерландах, відповідно, 61,9 та 61,8%. Україна, порівняно з більшістю країн ЄС, має вище значення рівня зайнятості, а менші рівні мають такі країни, як: Хорватія – 46,9%, Франція – 50,7%, Італія – 44,6%, Іспанія –

49,1 % тощо. Варто проаналізувати такий показник, як частка зайнятого населення, яке тимчасово було відсутнє на роботі з різних причин (рис. 3.30).

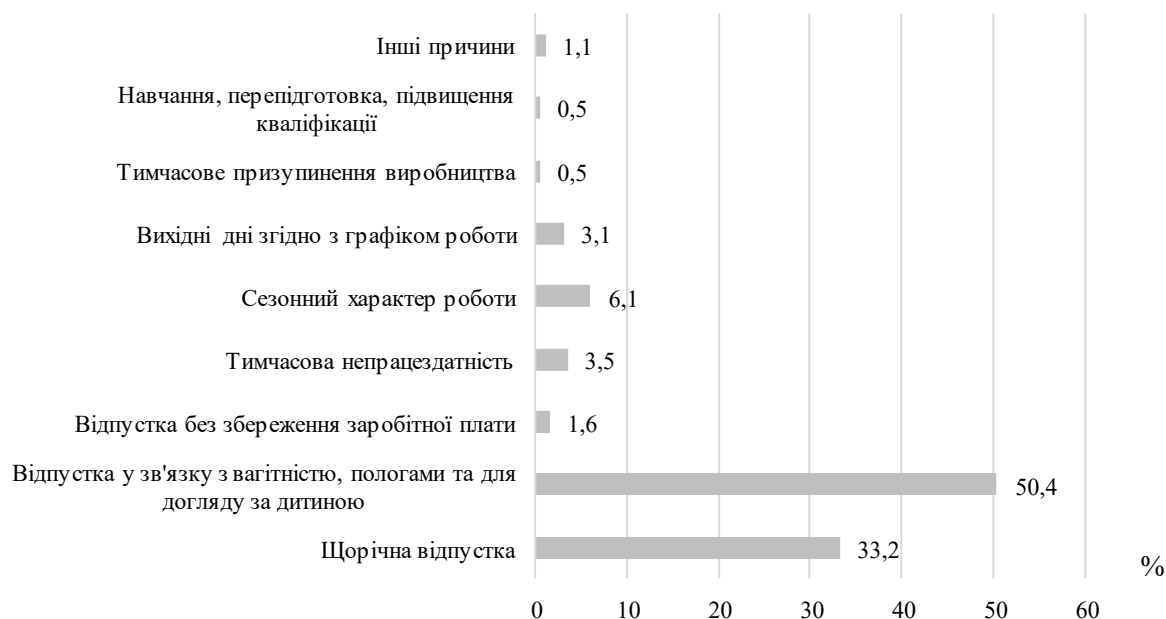


Рис. 3.30. Частка зайнятого населення, яке тимчасово було відсутнє на роботі з різних причин у відсотках до загальної кількості зайнятих на 01.2020 року, %

Джерело: складено автором за [378].

Так, дані, наведені на рис. 3.30, свідчать, що через тимчасову непрацездатність (хворобу, травму), догляд за хворими були відсутні на роботі в 2019 році біля 17,4 тис. осіб, що становить 3,5 % від усіх, які тимчасово були відсутні на роботі протягом року (496,4 тис. осіб).

Акцентуємо увагу на *вторинній зайнятості*, яка набуває широкого розповсюдження в Україні. Під вторинною зайнятістю розуміють зайнятість поза основним місцем роботи одночасно на декількох робочих місцях. До неї відносять суміщення професій і посад, зайнятість за сумісництвом тощо. Вторинна зайнятість більш розповсюджена серед зайнятого населення, яке має вищий рівень доходів, ніж серед тих, які мають нижчі заробітки. Вона забезпечує можливість зайнятому населенню почуватись більш захищеним в матеріальному плані і бути більш впевненим в своєму професійному

майбутньому, що позитивно впливає на його фізичне, душевне, соціальне і економічне здоров'я. Отже, в сучасних трансформаційних умовах ринку праці, більш «здоровим» буде зайняте населення, яке зможе адаптуватись в постійно змінних умовах, тобто в умовах прекаріату. Справедливим при цьому буде твердження, що вторинна зайнятість, за умови дотримання здорового способу життя, буде позитивно впливати на здоров'я зайнятого населення в цілому.

Негативними моментами впливу вторинної зайнятості на здоров'я зайнятого населення є скорочення часу на відпочинок, дозвілля і розваги, зокрема на фізичну культуру, читання художньої літератури, перегляд телевізійних передач, відвідування театрів, виставок, музеїв. Це призводить до нехтування зайнятим населенням здоровим способом життя та зниження його мотивації до збереження здоров'я.

Наголосимо на такій важливій особливості сучасного ринку праці, як *неформальна зайнятість*. Під нею розуміють зайнятість, яка не регулюється трудовим законодавством, зокрема з якої не сплачуються страхові внески і податки, вона здійснюється без укладання офіційного трудового договору, не підпадає під реєстрацію органами державної статистики. До зайнятого населення, яке працює в неформальній зайнятості, належать такі групи, як, зокрема: населення, яке зайнято виробництвом продукції в індивідуальному підсобному господарстві, при цьому вироблена ним продукція є частиною родинного бюджету; населення, яке зайнято без укладання офіційного трудового договору (контракту).

Україна, за даними ВБ, має один із найбільших неформальних секторів економіки, зокрема зайнятості, який сягає біля 50% ВВП. Варто відмітити, що критичним рівнем для країни є обсяг тіньового сектору, за розрахунками західних фахівців, – 15–35 % ВВП. За умови, якщо даний обсяг перевищує 30 % ВВП, а кількість зайнятого населення в ньому – 40 %, то економіка країни починає втрачати керованість [444]. Зауважимо, що за даними досліджень [445], в Україні в цьому секторі працює більше 50% зайнятих громадян. Якщо

подивитись на українські реалії, то, враховуючи інформацію МОП, вітчизняні роботодавці не оформляють трудові відносини майже з кожним десятим працівником, з них переважна більшість – молодь (біля 60 %), а в країнах ЄС – лише 5 % (менше, ніж в Україні в 12 разів). В 2019 році в Україні було зареєстровано 3506,1 тис. осіб зайнятих у неформальному секторі економіки (менше на 35,2 тис. осіб порівняно з 2018 роком), або 21,04% від усіх зайнятих у віці 15–70 років; зокрема неформально були зайняті на підприємствах України 1343,8 тис. осіб, або 9,27 % від тих, які зайняті в формальному секторі на підприємствах України. Далі розглянемо зайнятість населення у неформальному секторі України за віковими групами (рис. 3.31).

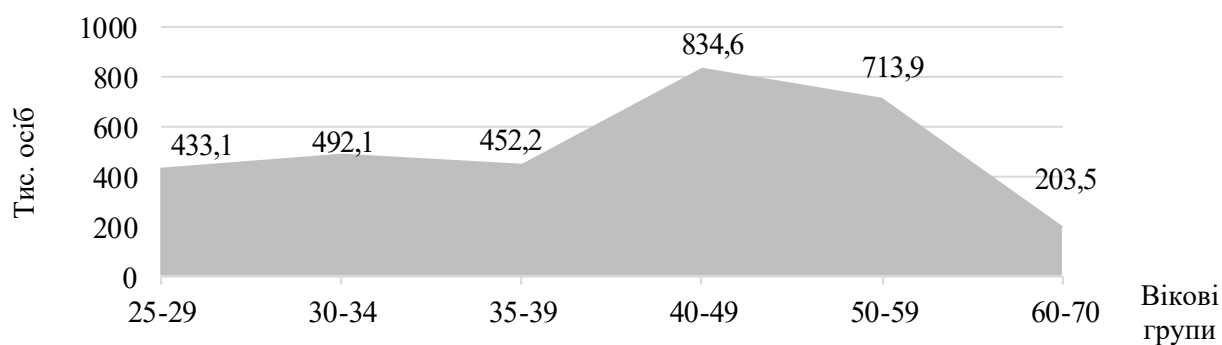


Рис. 3.31. Зайнятість населення у неформальному секторі України за віковими групами (на 1 січня 2020 року), тис. осіб

Джерело: складено автором за [378].

Можна сказати, що найбільше задіяно в неформальній зайнятості осіб у віковій групі 40–49 років (834,6 тис. осіб). Крім того, цікаво визначити рівень неформальної та формальної зайнятості за критерієм освіти, що відображено на рис. 3.32. Найбільше, як свідчить інформація, наведена на рис. 3.32, зайнято в неформальному секторі економіки осіб, які мають професійно-технічну освіту, – 33,27 %, повну загальну середню освіту – 32,39 %. Тобто зі збільшенням рівня освіти рівень зайнятості в неформальному секторі зменшується, що позитивно впливає на здоров'я та на людський розвиток в цілому.

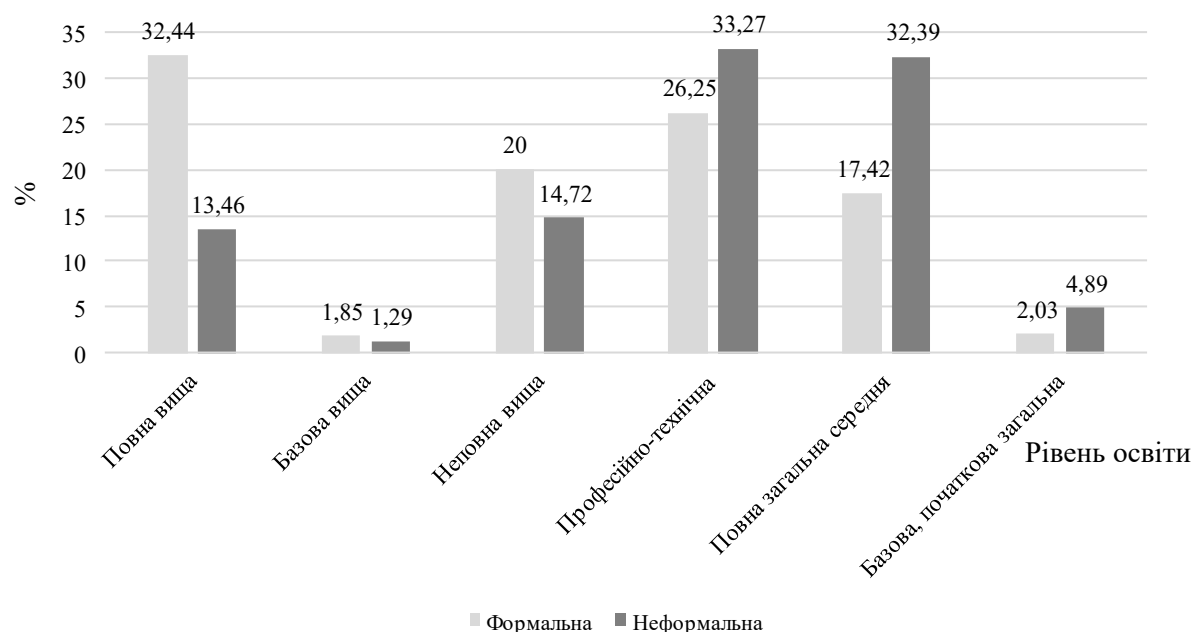


Рис. 3.32. Зайнятість населення за рівнем освіти у % до кількості зайнятого населення на 1 січня 2020 року, %

Джерело: складено автором за [378].

В основі економічної поведінки зайнятого населення, яке працює в умовах неформальної зайнятості, лежать багато соціальних і економічних факторів. Їх розуміння й подолання негативних тенденцій на ринку праці дасть можливість зменшити обсяги неформальної зайнятості. Так, на думку вітчизняних і закордонних дослідників даної проблематики, головною причиною неформальної зайнятості є забезпечення можливості зайнятому населенню в умовах прекаріату отримати достатній дохід, який би міг підтримати на належному рівні особисте і родинне життя. Крім того, роботодавці прагнуть знизити витрати та приховати доходи від оподаткування, зокрема скоротити соціальні видатки (витрати на соціальне страхування, охорону праці, заробітну плату тощо). Варто акцентувати увагу і на таких причинах, як: перепони на шляху швидкого відкриття підприємцями власної справи [440]; шлях забезпечення роботодавцями конкурентоспроможності в стрімко змінних умовах розвитку економіки України та політичної нестабільності.

Багато вчених підкреслюють позитивні моменти неформальної зайнятості, також через зменшення напруженості на ринку праці. Це забезпечення макроекономічної стабільності, зокрема на ринку праці за рахунок можливості зниження рівня безробіття і зростання зайнятості. Попри це, головною небезпекою неформальної зайнятості є недоотримання соціальних платежів і податкових надходжень в бюджети різних рівнів, а це є обмеженням інвестицій для соціально-економічного розвитку, також високий ризик погіршення здоров'я населення, зокрема зайнятого. За різними даними, в Україні кожна третя молода зайнята особа позбавлена можливості бути застрахованою в Фонді соціального страхування України, що не дає їй реалізувати конституційне право на щорічну оплачувану відпустку, соціальний захист від нещасного випадку на виробництві, або професійного захворювання тощо.

В основі моделі функціонування сучасного ринку праці лежить «дешева» робоча сила, що визначає її конкурентоспроможність щодо інших розвинених країн світу. Дана модель гальмує розвиток не тільки ринку праці, а й економіки України в цілому. Крім того, за різними оцінками, кожен третій зайнятий на ринку праці працює в умовах, що негативно впливають на його здоров'я (не відповідають санітарно-гігієнічним вимогам) та не має доступу до «гідної» заробітної плати, що посилює розповсюдження неформальної та нестабільної зайнятості.

Проблема посилюється тим, що навіть за умови зайнятості на формальних умовах (з укладанням офіційних трудових угод або контрактів) роботодавці при виплаті заробітної плати застосовують «сірі» схеми, тобто, за окремими даними, кожен другу зароблену зайнятими особами гривню сплачують в «конверті». При цьому бюджети різних рівнів недоотримують податки і соціальні внески в Фонд соціального страхування України, що робить їх дефіцитними. Тому проаналізуємо (рис. 3.33) динаміку середньомісячної заробітної плати в Україні за період 2001–2018 років (на 1 січня), дол. США.

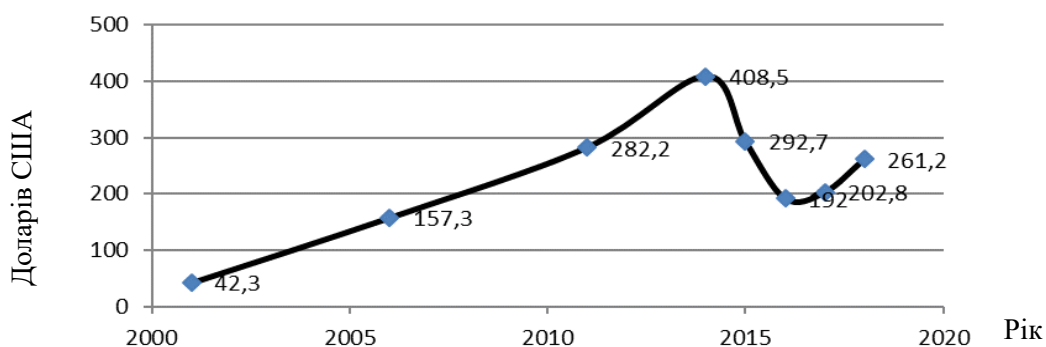


Рис. 3.33. Динаміка середньомісячної заробітної плати в Україні за період 2001–2018 роки (на 1 січня), дол. США.

Джерело: складено автором за [399].

З рис. 3.33 видно, що середня заробітна плата, починаючи з 2000 р., починає зростати з розміру 42,3 до 408,5 дол. США. в 2013 році, або зростання склало 9,7 раза. В 2014 році намітились тенденції до зменшення середньої заробітної плати, яка на 1 січня 2018 року становила 261,2 дол. США, що на 36% менше рівня 2013 року. Для порівняння середньої заробітної плати в Україні з окремими країнами світу побудуємо графік (рис. 3.34).



Рис. 3.34. Рівень середньої заробітної плати на 1 січня 2018 року в окремих країнах світу, дол. США

Джерело: складено автором за [399].

Отже, з рис. 3.34 видно, що серед всіх наведених вище країн світу Україна має найнижчий рівень середньої заробітної плати, наприклад, порівнюючи зі

Швейцарією, яка має один із найвищих рівнів заробітної плати в світі, Україна має її розмір в 28 разів менший; а порівнюючи, наприклад, з Польщею, – в 4,3 раза менший, Казахстаном – в 1,78 раза менший.

Зазначені особливості, як свідчить теорія, негативно впливають на здоров'я та рівень його збереження. Ключовим моментом неформальної зайнятості як фактора погіршення здоров'я зайнятого населення на ринку праці України є невпевненість, нестабільність (*прекаріат*) у своїй зайнятості. Питома вага прекаріату в розвинених країнах світу охоплює біля 30% робочих місць. Так, за різними даними, в країнах ЄС в умовах прекаріату працює до 25% зайнятих осіб, зокрема в Великій Британії до 30% (тобто кожен третій зайнятий працює в умовах нестабільної зайнятості), в США до 15%. Враховуючи сучасні особливості розвитку ринку праці України кожен зайнятий може підпасти під прекарізацію, про що свідчать численні соціологічні дослідження.

Нестабільність, невпевненість в завтрашньому дні зайнятого населення («*прекарізація*»), – це головна ознака сучасних тенденцій на ринку праці України, яка не дає зайнятому населенню можливості реалізувати своє право на «*гідну працю*» [445, с. 169–174]. Вона пов'язана з використанням таких інноваційних форм зайнятості, як аутсорсинг, аутстафінг, фріланс та інші, які були розглянуті вище.

Наведені форми зайнятості передбачають лізинг (оренду) зайнятого населення. Наприклад, візьмемо таку форму зайнятості, як «*аутстафінг*», яка в своїй правовій основі передбачає укладання тристоронньої трудової угоди (з однієї сторони зайнята особа, з іншої – підприємство, на якому офіційно вона працює, та кадрове агентство), а не двосторонньої, що регламентує вітчизняне законодавство про працю. Саме третя сторона – кадрове агентство – передає в лізинг зайняте населення іншому підприємству (інше робоче місце), що не підпадає під дію чинного Кодексу Законів України про працю, адже, відповідно до законодавства, праця людини не може підпадати під орендні відносини.

З іншої сторони, відповідно до Конвенції № 181 МОП (1997 р.), лізинг персоналу можливий за умови дотримання відповідних міжнародних вимог, але в Україні ця конвенція носить рекомендаційний характер і не може бути підставою забезпечення відповідних офіційних трудових відносин. З позиції реалізації нових форм зайнятості, виникає проблема потенційного погіршення здоров'я зайнятого населення України. Адже в умовах дії «оренди» зайнятого населення на «пропонованому» робочому місці не діє система соціального захисту через законодавчу неузгодженість питання визначення суб'єктності осіб, які відповідальні за створення здорових і безпечних умов праці. Тому зайняте населення в умовах лізингу персоналу втрачає право на соціальний захист (від безробіття, тимчасової втрати працездатності, виникнення нещасного випадку та професійного захворювання тощо), або воно суттєво обмежується.

Основними факторами, які впливають на розвиток прекаризації сучасного ринку праці є: недотримання в повному обсязі трудового законодавства, високий рівень безробіття, низький рівень заробітної плати, наявність тіньових схем виплат заробітної плати, низький рівень соціальної захищеності зайнятого населення, високий рівень неофіційного працевлаштування тощо. Тому прекаріат як фактор нестабільної зайнятості призводить не тільки до зниження або позбавлення соціальних гарантій, а й робить життя зайнятого населення невпевненим і непередбачуваним [446, с. 62–70]. Це все ускладнює проблему захворюваності населення, зокрема зайнятого, та передчасної його смертності. Адже, наприклад, не буде в повному обсязі здійснюватися фінансування лікарняних, допомоги через виникнення професійних захворювань та нещасних випадків на виробництві, а ці витрати будуть лягати на плечі зайнятого населення в умовах низької доступності якісної медичної допомоги.

Крім того, нестабільна зайнятість негативно впливає на здоров'я, зокрема через потужну експлуатацію зайнятого населення, ризик звільнення

без попередження, нерегулярний графік роботи, нижчу заробітну плату за працю однакового обсягу, можливість нерегламентованого в часі виконання трудових функцій, нестабільність в оплаті праці, обмеження можливостей професійного навчання, перенавчання та підвищення кваліфікації, обмежений доступ до соціальних гарантій і пільг, які регламентуються чинним законодавством, обмеження доступу до якісної системи охорони праці та можливостей укладання колективних договорів та проведення відповідних переговорів, що знижує ефективність захисту профспілками, маніпулювання випробувальним строком при прийомі на роботу [447] тощо.

Так, невизначеність або загроза нестабільності зайнятості сприяють більш високій смертності, ніж саме безробіття; виникненню психічних захворювань [448], депресій [449–450], зокрема як однієї із головних причин, які сприяють інвалідності населення, зокрема зайнятого [451]; синдрому емоційного вигорання [452]). Варто відмітити, що депресії провокують важкі захворювання соматичного характеру, зокрема сильні головні болі, інфаркти, інсульты та можуть стати причиною, яка спровокує виникнення навмисних самоушкоджень. Таким чином, тенденції сучасного ринку праці, як було проаналізовано вище, та їх вплив на стан здоров'я зайнятого населення дають змогу зробити висновок, що психосоціальний аспект ринку праці в сучасних умовах нестабільності відіграє ключову роль. Тому варто акцентувати увагу саме на проблемі нестійкої зайнятості та її наслідків, які призводять до стресових і депресивних станів. Важливості при цьому набувають фактори впливу на здоров'я, які пов'язані з поведінковим фактором. Саме оптимальна і раціональна поведінка зайнятого населення, яке опиняється в стані нестабільної зайнятості чи в стані безробіття, розглядається як важливий фактор зміцнення душевного і фізичного здоров'я та елемент механізму ЗЗЗНУ.

Додатково акцентуємо увагу на такому суб'єкті ринку праці, як безробітне населення. Перехід зайнятого населення до стану безробіття супроводжується такими особливостями, як: зменшення рівня доходу, втрата через певний проміжок часу частини професійних навичок, душевне напруження, що негативно впливає на психічне здоров'я [453], зростання стресів і поява депресій, поширення шоків здоров'я, зокрема появи гострих і важких форм захворювань, особливо серцево-судинних (інфаркти і інсульти), психічних, поширення соціально-небезпечних хвороб (наркоманії, алкоголізму, венеричні хвороби тощо). Тоді важливого значення для оцінювання проблеми набуває аналіз динаміки кількості безробітних в Україні (рис. 3.35), рівня безробіття та розподіл безробітного населення за тривалістю пошуку роботи.

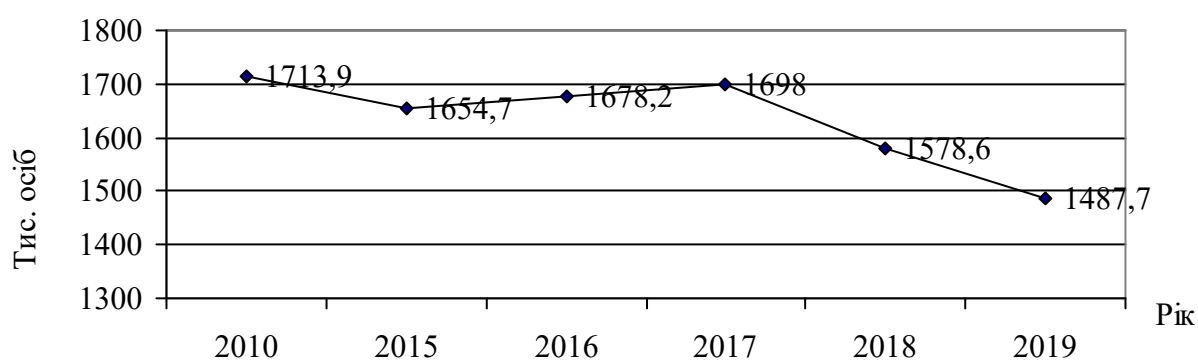


Рис. 3.35. Динаміка кількості безробітних за методологією МОП в Україні, тис. осіб

Джерело: складено автором за [377].

Чисельність безробітних громадян в Україні, як видно з даних, наведених на рис. 3.35, коливається в межах 1,5–1,7 млн осіб. Так, в 2019 році в Україні було зафіксовано 1,49 млн безробітних громадян, що на 5,76 % менше порівняно з попереднім 2018 роком. Далі проаналізуємо рівень безробіття в Україні за 2010–2019 роки (рис. 3.36).

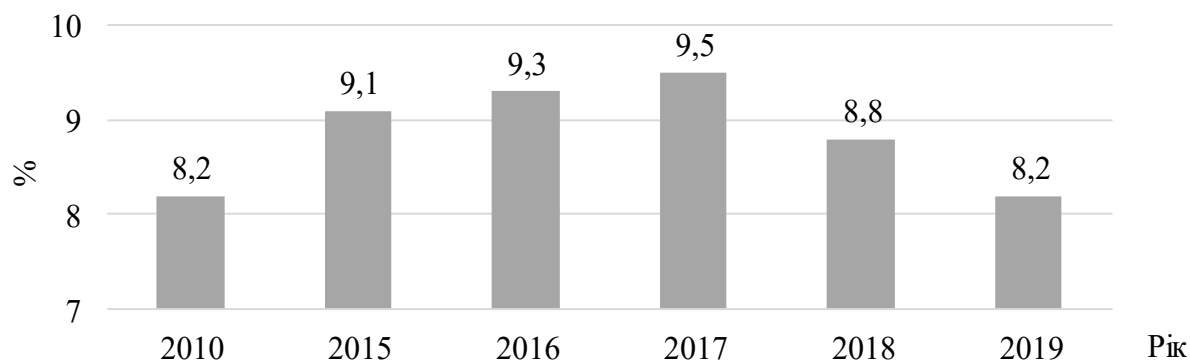


Рис. 3.36. Динаміка рівня безробіття у віці 15–70 років
за методологією МОП, %

Джерело: складено автором за [377].

Аналіз даних рис. 3.36 свідчить, що, починаючи з 2010 року до 2017 року, рівень безробіття мав тенденцію до зростання, з 8,2 % у 2010 році до 9,5 % у 2017 році, або збільшення за період 2010–2017 років становило 1,3 в. п. В 2019 році він зменшився порівняно з 2017 роком на 1,3 в. п. та становив 8,2 %. Для порівняння рівня безробіття в Україні та в окремих країнах світу побудуємо графік (рис. 3.37).

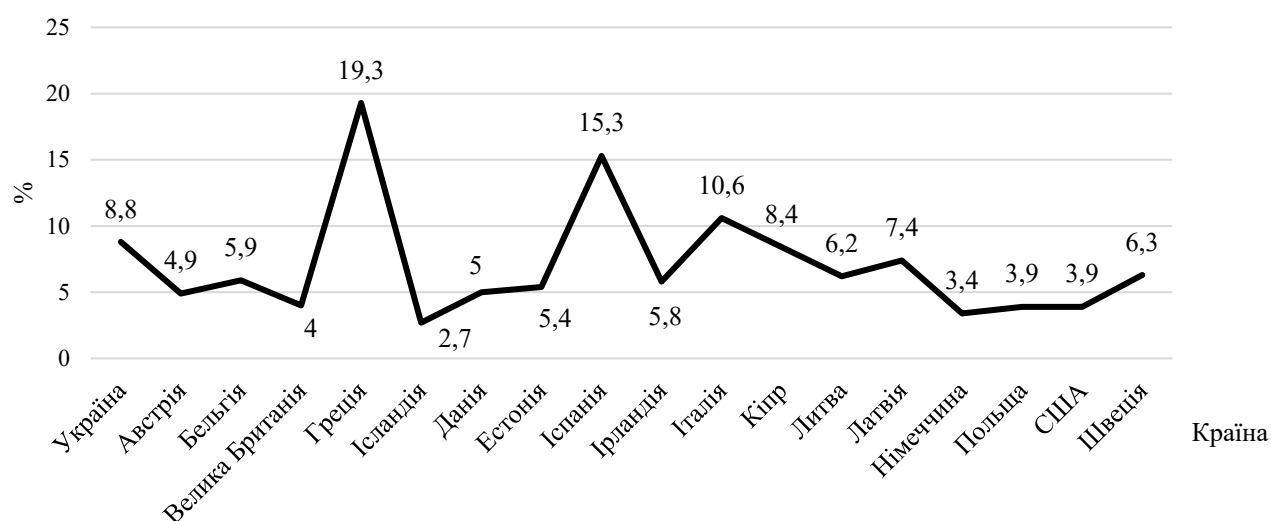


Рис. 3.37. Рівень безробіття в світі та в Україні (на 1 січня 2019 року), %

Джерело: складено автором за [399].

Отже, з рис. 3.37 видно, що один із найвищих рівнів безробіття в 2018 році, зокрема наведених вище, зафіксовано в Греції – 19,3 %, а найменший рівень зафіксований в Чехії – 2,2 %. В Україні рівень безробіття становить 8,8%, що вважається досить високим і негативно впливає на стан здоров'я та в цілому на людський розвиток. Доцільно відмітити, що перехід зайнятого населення до стану безробіття призводить до змін у способі життя людини, зокрема зовнішніх і внутрішніх. До внутрішніх змін, наприклад, можна віднести психологічне напруження і поява страху за своє майбутнє, що може призвести до депресії і неадекватної поведінки, зокрема щодо нераціонального способу життя (як ознаки зовнішніх змін).

Зайняте населення, яке втрачає роботу, послідовно переживає декілька емоційних стадій [454]: *«емоційний шок»* (стрес переходу від зайнятості до безробіття, коли людина шукає відповідь на питання «чому Я?»); *«есканізм»* (втеча від проблеми, яка настає після втрати роботи через декілька місяців (2–3 місяці), при цьому зайняте населення не буде активно шукати роботу і вважатиме, що можна деякий час відпочити); *«агресію»* (тривалість 4–6 місяців, це стан, який з'являється після того, як зайняте населення не змогло знайти роботу за фахом і у нього з'являється відчуття «ізгоя» на ринку праці, що призводить до втрати віри бути працевлаштованим в майбутньому на ринку праці); *«депресія»* (стадія проявляється на 6–9 місяць після втрати роботи та характеризується відчуттям байдужості до своєї професійної і особистої долі та нераціональною поведінкою в способі життя); *«безвихідь та примирення з долею»* (стадія проявляється на 9–12 місяці після втрати роботи, це стан появи відчуття непотрібності, відсутність мети життя). В цілому ця ситуація веде до високого рівня емоційного напруження. Тому проведемо аналіз розподілу безробітного населення за тривалістю пошуку роботи (рис. 3.38).

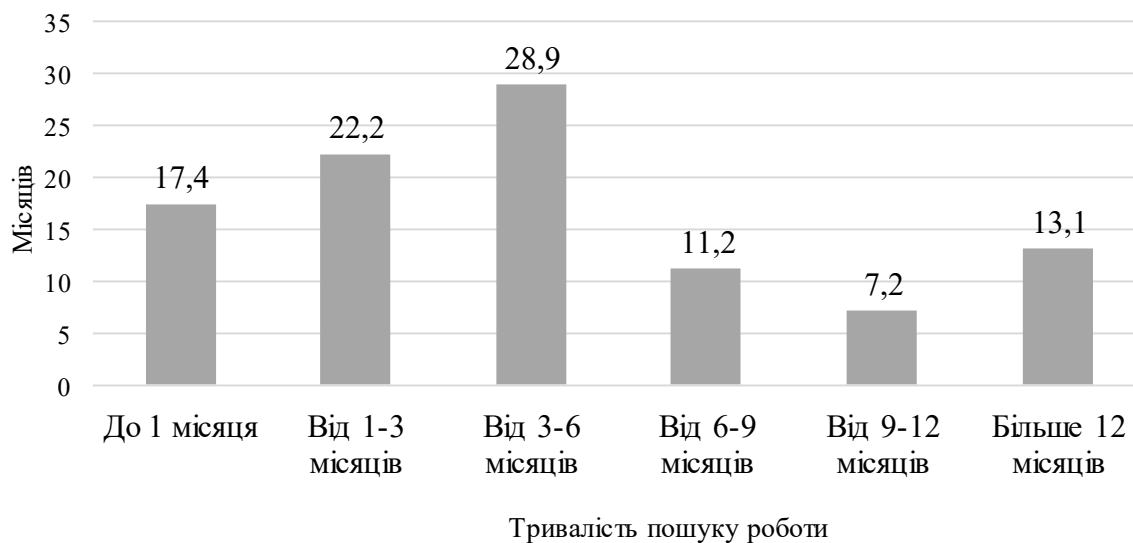


Рис. 3.38. Безробітні, які шукали роботу за тривалістю, % на 01.2020 р.

Джерело: складено автором за [378].

Отже, в цілому найбільша кількість безробітних (28,9 %, тобто кожен третій) шукали роботу протягом від трьох до чотирьох місяців; 22,2 %, тобто майже кожен п'ятий, шукали роботу протягом від одного до трьох місяців та кожен шостий (17,4 %) шукали роботу до одного місяця.

Механізм психологічного впливу безробіття, зокрема на здоров'я, пояснює «Альтернативна теорія сприяння» [447], в основі якої лежить твердження, що саме від людини залежить майбутнє. Дана теорія пояснює активність зайнятого населення в напрямку боротьби за виживання, зокрема на ринку праці, при цьому воно характеризується такими особливостями, як: ініціативність, вміння планувати власне життя і приймати раціональні рішення, організованість; здатність моделювати життєві події і реагувати на них. Важливим в альтернативній теорії сприяння є вплив «фактора сприяння» на діяльність населення, зокрема зайнятого. За певних обставин, він послабляється і негативно може впливати на зайняте населення. Наприклад, погіршення здоров'я зайнятого населення може

відбутись через втрату роботи і настання стану невизначеності у майбутньому.

Важливою теорію, яка пояснює забезпечення можливості безробітним громадянам раціонально діяти в ситуації втрати роботи та унеможливлення впливу негативних факторів, пов'язаних зі станом безробіття, є теорія *«психологічного очікування [447]»*. В основі цієї теорії покладено раціональну поведінку безробітних в умовах до появи роботи, наприклад в побуті. Вона обґрунтовує важливість в поведінці безробітних фактора *«планування»*, зокрема планування вільного часу, організації життєдіяльності, майбутнього тощо, що дозволяє зберегти фізичний, душевний, соціальний і економічний стани здоров'я. Крім цього, варто підкреслити важливість раціональної поведінки безробітних стосовно своїх родин. Гарні взаємовідносини в родинах, відсутність конфліктних ситуацій, пов'язаних із наслідками безробіття, будуть позитивно впливати в цілому на здоров'я зайнятого населення.

Отже, на підставі наведеного вище узагальненого матеріалу побудуємо модель впливу трансформаційних процесів сучасного ринку праці на здоров'я зайнятого населення, з дезагрегацією за такими суб'єктами, як зайняте населення зі стабільним доходом; зайняте населення, яке працює в умовах нестабільності, та безробітні; яка, на відміну від існуючих, дає можливість систематизовано оцінити особливості впливу сучасних умов праці на стан здоров'я зайнятого населення для розробки ефективних заходів зі збереження його здоров'я на різних рівнях (рис. 3.39).

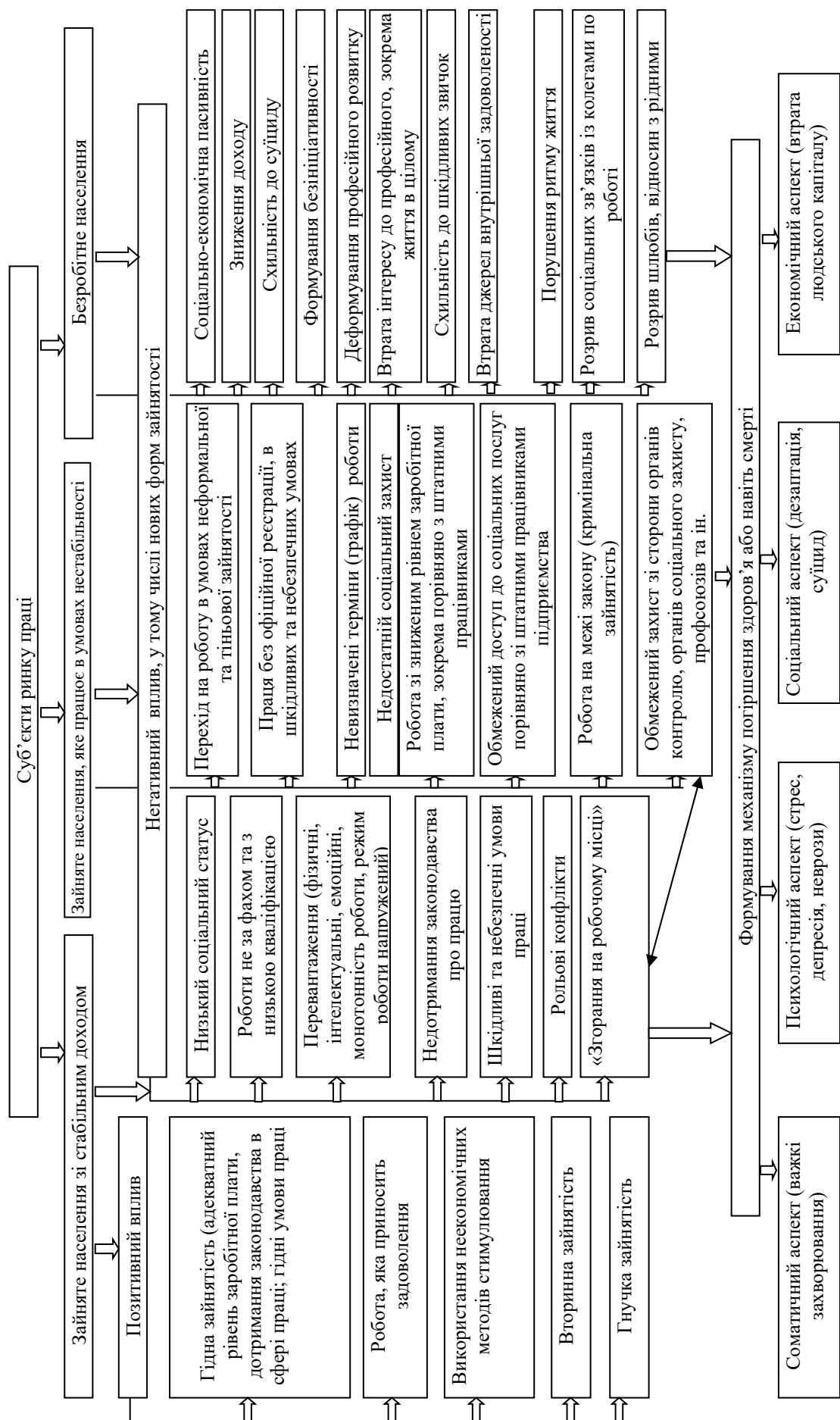


Рис. 3.39. Модель впливу трансформаційних процесів ринку праці на здоров'я зайнятого населення

Джерело: складено автором [455, с. 42–47].

Висновки до третього розділу

Суспільні та економічні трансформації в Україні з часу набуття незалежності супроводжувались низкою факторів, які негативно вплинули на здоров'я зайнятого населення і призвели до зменшення капіталу здоров'я та зниження якості робочої сили в країні. Серед них: втрата або вимушена зміна роботи; невідповідність обсягу заробітної плати значної частини населення потребі відтворення робочої сили; затримка і невиплата заробітної плати; приховане безробіття; тіньова і нестабільна зайнятість; дисбаланс на ринку праці за професійно-кваліфікаційною ознакою; перенавантаження і недостатній контроль за безпекою на робочому місці; брак соціального захисту працівників; до чого додавалися і наслідки світових економічних криз, епідемій (наприклад, пандемії COVID-19) тощо. Поєднання несприятливих факторів в різних комбінаціях посилює негативний вплив на здоров'я зайнятого населення, обертаючись зростанням захворюваності та передчасної смертності, що, в свою чергу, відбивається на соціально-економічному розвитку, зменшуючи пропозицію на ринку праці України.

Раптове і суттєве погіршення здоров'я зайнятих громадян збільшує імовірність виходу їх з ринку праці. Найбільш сильними характеристиками шоків здоров'я, які можуть вплинути на зменшення пропозиції на ринку праці, є поширення серед зайнятого населення серцево-судинних захворювань, зокрема інсультів, інфарктів; новоутворень; зовнішніх причин захворюваності тощо. Проведений аналіз рівня захворюваності та смертності у віковій групі 18–64 роки (для чоловіків і жінок). Так, рівень захворюваності на 100 тис. населення в 2000–2017 роках мав нестійку динаміку розвитку. Наприклад, в 2017 році, порівняно з 2000 роком, він зменшився на 7,36 %. В структурі кількості уперше зареєстрованих випадків захворювань на 100 тис. населення в Україні в середньому за період 2015–2018 роки 81 % належать особам у вікових групах 18–54 роки для жінок та 18–59 років для чоловіків. У 2017 р., порівняно

з 2013 р., рівень захворюваності у вікових групах 18–54 роки для жінок та 18–59 років для чоловіків на 100000 населення зменшився на 8,24 %. Найбільшу питому вагу у 2017 році серед всіх зареєстрованих випадків захворювань у вікових групах 18–54 роки для жінок та 18–59 років для чоловіків за класами хвороб в загальній структурі відповідного віку мають хвороби органів дихання – 34,18 % (зростання питомої ваги у 2017 році, порівняно з 2013 роком, на 1,65 в. п.); хвороби сечостатевої системи – 10,44 % (зростання на 0,1 в. п.); травми, отруєння та деякі інші наслідки зовнішніх причин – 8,13 % (зменшення питомої ваги в 2017 році, порівняно з 2013 роком, на 0,55 в. п.).

Рівень захворюваності населення у вікових групах 18–54 роки для жінок та 18–59 років для чоловіків на 100000 осіб у 2017 році в Україні від травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх причин, випадків, порівняно з 2013 роком, зменшився на 14,04 %. Динаміка виробничого травматизму за період 2010–2019 років характеризується зниженням основних його показників в 2019 році, порівняно з 2010 роком, зокрема кількості потерпілих від нещасних випадків в 2,7 раза; тривалості робочих днів тимчасової непрацездатності потерпілих від нещасних випадків в 2,08 раза; кількості потерпілих від нещасних випадків (гострих професійних захворювань, отруєнь, аварій) на 1000 працівників в 2 рази, зокрема від нещасного випадку на 1,79 %; кількості робочих днів непрацездатності на 1000 працівників на 36,02 %. Проаналізовано основні причини виникнення виробничого травматизму. У 2019 році, порівняно з 2016 роком, кількість професійних захворювань зросла на 807 випадків, або на 50,34 %, а в 2019 році, порівняно з 2018 роком, збільшилась на 28,26 %. Проаналізовано основні причини їх виникнення та відповідну її структуру.

Визначено питому вагу осіб з інвалідністю (жінки 18–54 роки, чоловіки 18–59 років) у 2019 році в загальній структурі таких осіб за класами хвороб. Так, найбільшу питому вагу займали такі класи хвороб, зокрема: новоутворення (21,37 %); системи кровообігу (20,59 %); кістково-м'язової системи та сполучної тканини (14,34 %). Враховуючи кількість зайнятого населення України на ринку

праці в 2019 році – 16578,3 тис. осіб у віці 15–70 років та кількість осіб, які вперше були визнані особами з інвалідністю відповідного віку у 2019 році – 109,84 тис. осіб, стає зрозумілим, що кожна 150-а особа з інвалідністю може потенційно прийняти рішення щодо виходу з ринку праці, або 0,66 % від всієї чисельності зайнятих на ринку праці України.

Аналіз вікових коефіцієнтів смертності на 100 тис. населення протягом 2010–2017 років засвідчив, що вони мають позитивну динаміку до зменшення, а в 2018 році, порівняно з 2017 роком, відбулось їх зростання, починаючи з вікової групи 30–34 роки. Аналіз вікових коефіцієнтів смертності в 2018 році за окремими причинами смерті на 100 тис. населення для обох статей засвідчив, що у віці від 15 до 39 років найбільше помирають громадяни від зовнішніх причин смерті. Починаючи з вікового інтервалу 45–49 років зростає рівень смертності з такої причини, як хвороби систем кровообігу. З’ясовано, що у віці від 15 до 24 років найвищі коефіцієнти смертності спостерігаються від транспортних нещасних випадків. У віці від 25 до 39 років найвищі коефіцієнти смертності фіксуються від навмисного самоушкодження, а у віці від 40 до 54 років найвищі коефіцієнти смертності є від випадкових отруєнь, спричинених отруйними речовинами. В 2019 році, порівняно з 2010 роком, кількість потерпілих від смертельних нещасних випадків скоротилась на 0,2 тис. осіб, або на 33,3 %.

На жаль, в 2019 році в світі, зокрема в Україні набула поширення пандемія такого небезпечного інфекційного захворювання, як коронавірус (COVID-19). Розраховано питому вагу захворілих на COVID-19 за регіонами в Україні в загальній структурі захворювань на COVID-19 в Україні станом на 30.12.2020 року. З’ясовано, що найменший рівень захворюваності фіксується в Кіровоградській області – 0,80 %; Луганській області – 0,98 %; Херсонській області – 1,67 %; у Вінницькій області – 2,13 %. Найгірша ситуація спостерігається в м. Києві – 10,54 % (кожен десятий захворів), Одеській області – 6,75 %; Харківській області – 6,58 %, Львівській області – 5,83 %, Київській

області – 5,6 %. З метою зменшення рівня захворюваності в Україні, підвищення рівня свідомості громадян щодо дій в умовах розвитку пандемії необхідно формувати ефективний механізм ЗЗЗНУ в системі забезпечення людського розвитку.

Смертність, особливо передчасна, викликає втрати фонду робочого часу, економічні втрати для економіки та знецінює людський капітал громадян України, що негативно впливає на людський розвиток. Найбільші втрати робочого часу фіксуються у віковій групі 40–44 роки – 339756 люд.-років. У віковій групі 15–64 роки загальні втрати в людино-роках становлять 2262751 люд.-років. Найбільші втрати через передчасну смертність у віковій групі 15–64 роки сталися з таких причин, зокрема хвороб системи кровообігу – 674312 люд.-років; екзогенних причин – 504998 люд.-років; новоутворень – 348377 люд.-років. Розраховано потенційні втрати робочого часу в загальній структурі фонду річного робочого часу, відпрацьованого штатними працівниками через передчасну смертність населення у віковій групі 15–64 роки в 2018 році, які становили 10,71%. Тобто, практично десята частина річного фонду робочого часу зайнятого населення щорічно потенційно втрачається через передчасну смертність з усіх причин смерті.

Розраховано втрати для економіки України від передчасної смертності у вікових групах з усіх її причин. Так, найбільші відповідні втрати спостерігаються у віковій групі 40–44 роки – 62 млрд грн; 45–49 років – 604,4 млрд грн; 50–54 роки – 57,55 млрд грн. В цілому втрати для економіки України від передчасної смертності у віковій групі 15–64 роки з усіх її причин становили 412,98 млрд грн. Найбільша питома вага втрат для економіки України від передчасної смертності у вікових групах з усіх причин в загальному обсязі ВВП України в 2018 році, з урахуванням тіньової економіки, фіксується у віковій групі 40–44 роки – 1,19 % від ВВП; 45–49 років – 1,16 % від ВВП; 50–54 роки – 1,11 % від ВВП. В цілому загальна питома вага відповідних втрат у віковій групі 15–64 роки становить 7,95% від ВВП України,

зокрема через хвороби системи кровообігу – 2,37 % від ВВП; екзогенні причини – 1,77 % від ВВП; новоутворення – 1,22 % від ВВП.

Розширивши вікову групу (15–69 років), втрати в цілому для економіки України складають 601,48 млрд грн, що на 188,51 млрд грн більше, або на 45,65% порівняно з віковою групою 15–64 роки. Так, найбільші відповідні втрати фіксуються у вікових групах 55–59 років – 89,88 млрд грн; 50–54 роки – 79,68 млрд грн; 45–49 років – 77,23 млрд грн. Загальна питома вага втрат для економіки України від передчасної смертності у віковій групі 15–69 років з усіх причин в загальному обсязі ВВП України в 2018 році, з урахуванням тіньової економіки, становить 11,58% від ВВП, що більше на 3,65 в. п. порівняно з відповідною питоною вагою втрат у віковій групі 15–64 роки.

З метою зменшення впливу шоків здоров'я на пропозицію ринку праці запропонована модель впливу шоків здоров'я на пропозицію ринку праці, яка дозволяє врахувати сукупність факторів – «мотиваторів» та «демотиваторів» – формування поведінки зайнятих громадян щодо свого здоров'я та його збереження. З однієї сторони, раціональна поведінка, направлена на збереження здоров'я, позитивно впливає на пропозицію ринку праці; з іншої сторони, недотримання принципів поведінки щодо збереження здоров'я буде призводити до пропусків робочих днів через хвороби зайнятого населення та, як наслідок, втрат робочого часу, втрат для економіки України.

Здійснений аналіз основних характеристик на ринку праці України. Так, протягом 2000–2019 років обсяги зайнятості зменшились на 3,6 млн осіб, або на 17,84 %. Тобто, за останні майже двадцять років кожен п'ятий зайнятий вибув з офіційного ринку праці України. Рівень зайнятості за період 2000–2019 років майже не змінювався і на 01.2019 року становив 57,1% від чисельності населення України у віці 15–70 років. Тобто, серед населення зазначеного віку зайнятий в економіці нашої країни лише кожен другий. При цьому, порівнюючи рівень зайнятості в Україні з відповідним значенням країн ЄС-28, можна сказати, що в Україні він доволі високий, нижчі рівні мають такі країни,

як: Хорватія – 46,9 %, Франція – 50,7 %, Італія – 44,6 %, Іспанія – 49,1 % тощо. Іншою характеристикою ринку праці України є неформальна зайнятість. Найбільше задіяно в неформальній зайнятості осіб у віці 40–49 років – 864,6 тис. осіб та тих, які мають доволі невисокий освітній рівень, зокрема професійно-технічну освіту мали 33,8%, повну загальну середню освіту – 33 %. Тобто, зі збільшенням рівня освіти рівень зайнятості в неформальному секторі зменшується, що позитивно впливає на здоров'я та на людський розвиток в цілому. Основною причиною неформальної і тіньової зайнятості є високий рівень податків і низький рівень оплати праці в Україні. Безробіття є сильним фактором впливу на здоров'я та формування поведінки зайнятого населення до збереження власного здоров'я. Так, аналіз динаміки кількості зареєстрованих безробітних (за методологією МОП) в Україні протягом 2000–2019 років засвідчив, що вона коливалась в межах 1,5–1,8 млн осіб. Так, на 01.2020 року в Україні було зафіксовано 1,49 млн безробітних громадян. Динаміка рівня безробіття (за методологією МОП) в 2010–2019 роках ілюструє нестабільні тенденції та коливалась в межах 7,3–9,5 %.

Запропоновано модель впливу трансформаційних процесів сучасного ринку праці на здоров'я зайнятого населення з дезагрегацією за трьома групами (зайняте населення зі стабільним доходом; зайняте населення, яке працює в умовах нестабільності; безробітне населення), що дає можливість систематизовано оцінити як негативний, так і позитивний впливи на стан здоров'я за визначеним комплексом суб'єктивних і об'єктивних факторів сучасних умов праці з урахуванням соматичного, психологічного, соціального та економічного аспектів погіршення здоров'я.

РОЗДІЛ 4

ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВІДМІННОСТЕЙ В СТАНІ ЗДОРОВ'Я ЗАЙНЯТОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ В СИСТЕМІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛЮДСЬКОГО РОЗВИТКУ

4.1 Науково-методичне обґрунтування підходів до оцінювання здоров'я зайнятого населення України та його збереження в розрізі складових людського розвитку

На сьогодні не існує єдиної думки щодо комплексного оцінювання стану здоров'я зайнятого населення. За теоретичну основу дослідження був використаний підхід визначення впливу екзогенних і ендогенних факторів на стан здоров'я населення, а емпірично були використані матеріали Державної служби статистики України (ДССУ) (стан загальної захворюваності, смертності, самооцінка зайнятим населенням стану свого здоров'я (за віком, місцем проживання, статтю, доходом та іншими демографічними, соціально-економічними параметрами), матеріали загальнонаціонального дослідження «Індекс здоров'я. Україна», яке проводилось Київським міжнародним інститутом соціології (КМІС), Школою охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія» (НаУКМА), Міжнародним фондом «Відродження» (МФВ), статистичні матеріали Євростату, ОЕСР та країн СНД. Крім того, враховувались результати досліджень вітчизняних і закордонних фахівців, які дозволяють зробити висновки щодо проблеми ЗЗЗНУ. Розглянуто відмінності в самооцінці здоров'я зайнятого населення залежно від демографічних, соціально-економічних і поведінкових його особливостей. В основу дослідження цих відмінностей був покладений підхід до оцінювання власного здоров'я на основі проведення анкетування серед

зайнятого населення. Отримані результати стануть основою розробки стратегій в напрямку ЗЗЗНУ.

На основі поведінкових, соціально-економічних і демографічних факторів (ґрунтуючись на даних, наведених в таблиці 4.1) було поставлено завдання створити багатофакторну модель виявлення їх впливу на стан здоров'я зайнятого населення, що дає можливість отримати інформацію щодо пріоритетних напрямків мотивації зайнятого населення до збереження здоров'я на макро-, мікро- і особистісному рівнях та обґрунтувати групу факторів, які можуть позитивно впливати на ЗЗЗНУ.

Так, до *поведінкових* факторів ЗЗЗНУ були віднесені:

- рівень споживання алкоголю на душу населення;
- наявність підвищеного рівня цукру в крові;
- підвищений артеріальний тиск;
- рівень холестерину, що перевищує норму;
- рівень недостатньої фізичної активності;
- рівень надлишкової ваги тіла;
- розповсюдженість тютюнокуріння.

До *соціально-економічних* факторів належать:

- сукупні витрати на охорону здоров'я на душу населення;
- питома вага населення, яке має вищу освіту;
- середньорічна кількість годин, відпрацьованим одним працівником;
- коефіцієнт Джині.

До *демографічних* факторів належать:

- середня тривалість очікуваного здорового життя;
- смертність населення від неінфекційних хвороб (на 100000 населення).

Наведені вище фактори моделі багатофакторної регресії обґрунтовані в монографії [456]. Наприклад, фактор «рівень споживання алкоголю на душу населення» відіграє важливу роль в системі ЗЗЗНУ. Так, вважається, що

вживання алкогольних напоїв час від часу, відповідно до «умовної норми», є фактором, який не шкодить здоров'ю населення, зокрема зайнятого а, навпаки, приносить користь. Відомо, що помірне вживання може бути корисним, зокрема для коронарної артерії завдяки зниженню формування бляшок в артеріях, запобіганню виникнення тромбів та сприянню лізису згустків крові. Тобто, зайняте населення, яке має такі проблеми зі здоров'ям, за умови консультації з своїм сімейним лікарем, може під його наглядом і наданих рекомендацій вживати продукти, які містять алкоголь (в межах норми).

Під нормою вживання алкоголю ВООЗ має на увазі вживання не більше двох літрів чистого алкоголю на душу населення на рік [457]. Надмірне вживання алкоголю призводить до шкідливих наслідків для здоров'я, зокрема викликає ризик високого кров'яного тиску та хворобу печінки. Подальша алкогольна інтоксикація (викликана зловживанням алкоголем) може призвести до ненавмисних та навмисних травм або навіть смерті (прикладом є дорожньо-транспортні пригоди, падіння, утоплення, отруєння, вбивства тощо), також може бути причетна до виникнення хронічних захворювань (цироз печінки, панкреатит, різні форми раку, високий кров'яний тиск, психологічні розлади та ін.). За даними фахівців ВООЗ, щорічне споживання понад 6 літрів чистого спирту на душу населення веде до деградації та виродження нації [393]. Так, у 2018 році, за різними даними, рівень споживання алкоголю (чистого етилового спирту), в середньому, на душу населення для обох статей в Україні становив біля 14 літрів. Таким чином, фактичне значення перевищує норму в 2,33 раза, а це веде до негативних соціально-економічних і демографічних процесів, зокрема до зростання рівня захворюваності та передчасної смертності зайнятого населення України.

Статистичні дані для побудови багатофакторної математичної моделі були взяті з офіційного сайту ВООЗ [393] та ОЕСР [458] (проаналізована двадцять одна розвинена країна світу). Тому з метою визначення залежності результативності узагальнювального показника – здоров'я зайнятого населення

Таблиця 4.1

Фактори моделі, що впливають на самооцінку стану здоров'я зайнятого населення

Показники	Країни									
	Австралія	Австрія	Бельгія	Канада	Естонія	Фінляндія	Франція	Німеччина	Ісландія	Ізраїль
Самооцінка стану здоров'я зайнятого населення, (Y), %	85,4	69,6	73	88,1	68	68,3	67,3	65,2	77,8	81,1
Рівень споживання алкоголю на душу населення, літрів, 18+, (X ₁)	10,52	12,1	10,57	8,2	14,97	9,72	11,9	11,21	6,32	2,68
Наявність підвищеного рівня цукру в крові, % населення, 18+, (X ₂)	7,6	7	6,8	8,3	9,5	8,9	7,9	8,3	7,6	6,9
Підвищений артеріальний тиск, % населення, 18+, (X ₃)	20,8	26,8	25,9	18,8	39,9	29,1	29,8	29,3	25,6	21,6
Рівень холестерину, що перевищує норму, % населення, 25+, (X ₄)	55,2	59,7	62,4	53,4	56,7	59	62	65,6	69,8	53,5
Рівень недостатньої фізичної активності % населення, 18+, (X ₅)	23,8	23,8	33,2	23,1	11,9	23,5	23,8	21,1	23	22,8
Рівень надлишкової ваги тіла, % населення, 18+, (X ₆)	63,8	54,6	58,5	65,6	58,3	57,7	62	57,6	58	62,5
Розповсюдженість тютюнокуріння, % населення, 15+, (X ₇)	17,7	37,7	25,2	18,35	35,4	46,9	29,15	31,65	19,6	31,1
Середня тривалість очікуваного здорового життя, років, (X ₈)	73	70	70	72	67	71	72	71	72	72
Смертність населення від неінфекційних хвороб (на 100000 населення), осіб, (X ₉)	302,9	359,5	356,8	318	510,7	366,6	313,2	365,1	311,7	311,2
Сукупні витрати на охорону здоров'я на душу населення, дол. США за ПКС, (X ₁₀)	4191	4885	4526	4759	1453	3604	4334	4812	3416	2355
Питома вага населення, яке має вищу освіту, % (25-64 роки), (X ₁₁)	38	28	35	50	35	38	29	27	33	46
Середньорічна кількість годин, відпрацьованим одним працівником, годин, (X ₁₂)	1692	1665	1560	1703	1875	1668	1494	1494	1834	1918
Коефіцієнт Джині, (X ₁₃)	0,334	0,28	0,264	0,319	0,317	0,264	0,309	0,286	0,246	0,376

Показники	Країни										
	Італія	Японія	Нідерланди	Польща	Португалія	Іспанія	Швеція	Швейцарія	Туреччина	Англія	США
Самооцінка стану здоров'я зайнятого населення, (Y), %	66,7	30	78	57,8	49,2	71,8	80	81,5	66	79,4	87,6
Рівень споживання алкоголю на душу населення, літрів, 18+, (X ₁)	6,1	6,89	9,34	10	10,84	9,79	7,3	10,04	1,49	10,5	8,55
Наявність підвищеного рівня цукру в крові, % населення, 18+, (X ₂)	8,8	10,6	7	9,5	8,9	9,3	8,3	6,8	11,4	9,2	9,4
Підвищений артеріальний тиск, % населення, 18+, (X ₃)	30	26,5	25,8	34,1	30,6	26,4	28,6	24,8	23,1	22,6	18,1
Рівень холестерину, що перевищує норму, % населення, 25+, (X ₄)	62,2	57,1	60,15	57,1	55,9	56,1	51,8	59,2	39,7	63,4	53,8
Рівень недостатньої фізичної активності % населення, 18+, (X ₅)	33,2	33,8	15,5	18,7	34,9	30,5	28,7	29	32,8	37,3	32,4
Рівень надлишкової ваги тіла, % населення, 18+, (X ₆)	61,9	25,3	57,4	61,5	57,3	62,9	57,1	56,6	62,9	64,3	67,7
Розповсюдженість тютюнокуріння, % населення, 15+, (X ₇)	24,75	25,05	27,65	32,1	47,1	31,95	24,15	25,45	29,7	22,2	19,65
Середня тривалість очікуваного здорового життя, років, (X ₈)	73	75	71	67	71	73	72	72	65	70	69
Смертність населення від неінфекційних хвороб (на 100000 населення), осіб, (X ₉)	303,6	244,2	355,2	494,5	343,3	323,1	335,5	291,6	555,2	358,8	412,8
Сукупні витрати на охорону здоров'я на душу населення, дол. США за ПКС, (X ₁₀)	3126	3741	5601	1551	2508	2846	4244	6187	1053	3311	9146
Питома вага населення, яке має вищу освіту, % (25-64 роки), (X ₁₁)	15	45	32	22	15	31	34	35	13	38	42
Середньорічна кількість годин, відпрацьованим одним працівником, годин, (X ₁₂)	1777	1733	1421	1940	1890	1710	1635	1613	1877	1652	1777
Коефіцієнт Джині, (X ₁₃)	0,324	0,336	0,283	0,307	0,345	0,339	0,273	0,298	0,417	0,341	0,38

Джерело: систематизовано автором на основі даних [458; 393] (дані на 01.2014 р.).

(за самооцінюванням) (Y) – від факторних ознак ($x_1 \dots x_{13}$) було використано лінійну модель багатфакторної регресії, яка має узагальнений вигляд (4.1)

$$Y = a_0 + a_1x_1 + a_2x_2 + \dots + a_{13}x_{13} \quad (4.1)$$

де Y – показник стану здоров'я зайнятого населення (за самооцінкою);

$x_1, x_2, x_3, \dots, x_{12}, x_{13}$ – фактори, що впливають на результативний показник (Y);

a_0 – постійний показник, який не залежить від впливу факторів;

$a_1, a_2, a_3, \dots, a_{12}, a_{13}$ – коефіцієнти багатфакторної регресії.

Потрібно зазначити, що кожна побудована модель має бути статистично значущою та адекватною, а інакше її використання в подальшому дослідженні буде необґрунтованим, а результати – незначними. Усі розрахунки проведені за допомогою програмного пакета СКМ Maple 15. Визначимо вектор оцінок коефіцієнтів в регресії. Згідно з методом найменших квадратів вектор $Y(x)$ отримаємо за формулою (4.2) [459]

$$Y(x) = (X^T X)^{-1} (X^T Y), \quad (4.2)$$

де матриця X – початкові вхідні дані;

Y – рівень здоров'я зайнятого населення.

Вектор оцінок коефіцієнтів регресії наведено в додатку В. На основі оцінювання коефіцієнтів регресії була побудована лінійна регресійна модель для визначення факторів впливу на стан здоров'я зайнятого населення, формула (4.3)

$$Y = -12,7786 - 0,36x_1 - 3,13x_2 - 0,11x_3 - 0,37x_4 + 0,05x_5 + 1,11x_6 - 0,33x_7 + 1,01x_8 + 0,05x_9 + 0,0008x_{10} + 0,39x_{11} - 0,0034x_{12} - 57,35x_{13}, \quad (4.3)$$

На основі отриманої математичної моделі, формула (4.3), можна сказати, що найбільший позитивний вплив на стан здоров'я мали фактори, зокрема ті, які мають дуальний характер впливу: середня тривалість здорового життя (+1,01) (тобто, з однієї сторони, чим зайняте населення буде відповідальніше ставитися за збереження здоров'я, тим середня тривалість життя буде вищою; з іншої сторони, зайняте населення, яке спостерігає високий рівень охорони здоров'я в країні та турботу держави за його здоров'я, краще буде оцінювати своє здоров'я в цілому; питома вага населення, яке має вищу освіту (+0,39), а витрати на охорону здоров'я мали незначний вплив на здоров'я (+0,00008). Крім того, позитивно вплинув на узагальнювальний показник фактор моделі – «Рівень надлишкової ваги тіла, % населення, 18+ (x_6), але, враховуючи низьку його частку в загальній структурі впливу факторів, він не відіграє значного впливу на отриманий загальний результат. Крім того, внесені в модель фактори не диференціюються за віковими інтервалами та відображаються у вигляді середнього значення. Негативно на самооцінку здоров'я вплинули такі фактори, як матеріальна нерівність (величина коефіцієнта Джині) (мінус 57,35); наявність підвищеного рівня цукру в крові, (мінус 3,13); рівень споживання алкоголю на душу населення (мінус 0,36); підвищений артеріальний тиск (мінус 0,11); середньорічна кількість годин, відпрацьованих одним працівником (мінус 0,034).

Крім того, такі фактори, як наявність підвищеного рівня цукру в крові; рівень холестерину, що перевищує норму; рівень надлишкової ваги тіла також мають дуальність впливу на здоров'я, оскільки вони можуть бути генетично обумовлені і не залежати від поведінки зайнятого населення. При цьому варто акцентувати увагу на тому, що поведінка зайнятого населення щодо збереження здоров'я може суттєво його покращити і, відповідно, знизити вплив на нього наведених вище факторів.

Отже, найбільший позитивний вплив на стан здоров'я мали вплив такі фактори, як середньоочікувана тривалість здорового життя (має дуальний

характер впливу) та освіта, а негативний – матеріальна нерівність зайнятого населення та нехтування ним здоровим способом життя. Початкові і розрахункові (прогнозовані) значення за моделлю (4.3) відображені на рис. 4.1, що дозволяє показати різницю, тобто похибку відповідної моделі.

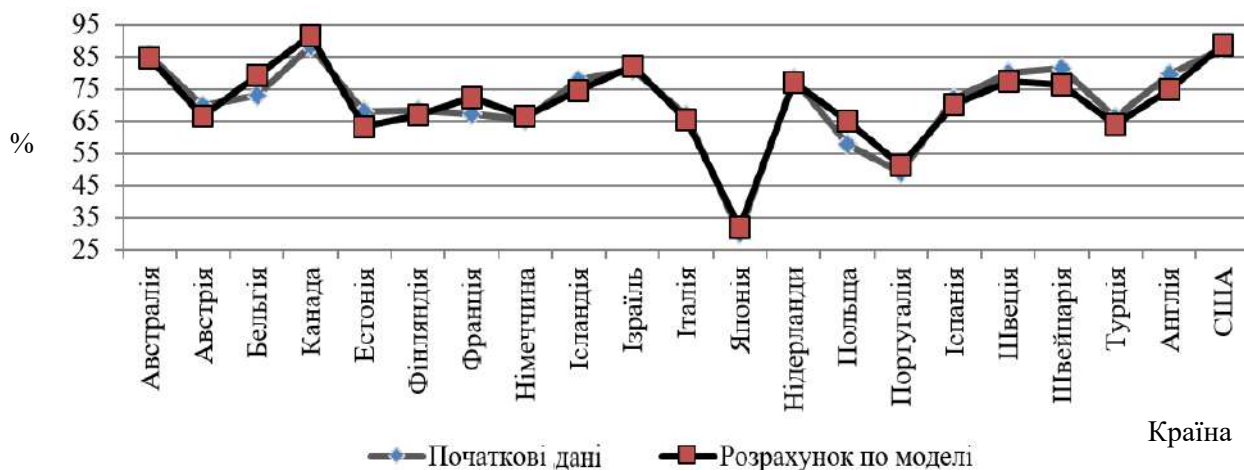


Рис. 4.1. Оцінювання похибки моделі прогнозування стану здоров'я зайнятого населення в окремих розвинених країнах світу

Джерело: авторські розрахунки з застосуванням СКМ Maple 15

Таким чином, в роботі були обґрунтовані фактори, які можна вносити в систему пошуку резерву покращення стану здоров'я зайнятого населення. Для обґрунтування об'єктивності (адекватності) моделі здійснимо статистичний аналіз отриманого рівняння регресії: перевірка значимості рівняння і його коефіцієнтів, дослідження абсолютних і відносних помилок апроксимації. Для незміщеної оцінки дисперсії зробимо деякі обчислення. Незміщена помилка розраховується за формулою 4.4 [459]

$$\varepsilon = Y - Y(x) = Y - Xs, \quad (4.4)$$

де ε – незміщена помилка;

Y , $Y(x)$, Xs – розрахункові параметри.

Розрахункові дані (для перевірки F-крт. Фішера) занесемо до таблиці 4.2 (розрахункова база наведена в додатку В).

Таблиця 4.2

Результати розрахунків проміжних параметрів для перевірки F-критерію Фішера

Країна	Y	Y(x)	$\varepsilon = Y - Y(x)$	ε^2	$(Y - Y_{cp})^2$	$\left \frac{\varepsilon}{Y} \right $
Австралія	85,4	84,6	0,8	0,6400	206,4969	0,0094
Австрія	69,6	66,51	3,09	9,5481	2,0449	0,0444
Бельгія	73	79,26	-6,26	39,1876	3,8809	-0,0858
Канада	88,1	91,57	-3,47	12,0409	291,3849	-0,0394
Естонія	68	63,23	4,77	22,7529	9,1809	0,0701
Фінляндія	68,3	66,93	1,37	1,8769	7,4529	0,0201
Франція	67,3	72,12	-4,82	23,2324	13,9129	-0,0716
Німеччина	65,2	66,55	-1,35	1,8225	33,9889	-0,0207
Ісландія	77,8	74,56	3,24	10,4976	45,8329	0,0416
Ізраїль	81,1	82,13	-1,03	1,0609	101,4049	-0,0127
Італія	66,7	65,39	1,31	1,7161	18,7489	0,0196
Японія	30	32,12	-2,12	4,4944	1683,4609	-0,0707
Нідерланди	78	77,02	0,98	0,9604	48,5809	0,0126
Польща	57,8	65,01	-7,21	51,9841	175,0329	-0,1247
Португалія	49,2	51,16	-1,96	3,8416	476,5489	-0,0398
Іспанія	71,8	70,09	1,71	2,9241	0,5929	0,0238
Швеція	80	77,51	2,49	6,2001	80,4609	0,0311
Швейцарія	81,5	76,33	5,17	26,7289	109,6209	0,0634
Туреччина	66	63,83	2,17	4,7089	25,3009	0,0329
Англія	79,4	74,91	4,49	20,1601	70,0569	0,0565
США	87,6	88,62	-1,02	1,0404	274,5649	-0,0116
*	*	*	*	247,4189	3678,5509	-0,0514

Джерело: авторські розрахунки із застосуванням програмного пакета СКМ Maple 15.

Середню похибку апроксимації на основі даних таблиці 4.2 розраховуємо за формулою (4.5) [459, с. 61–63]

$$A = \frac{\sum \frac{\varepsilon}{Y}}{n} \cdot 100\%, \quad (4.5)$$

де A – середня похибка апроксимації;

$\sum \frac{\varepsilon}{Y}$ – розрахункові дані з таблиці 4.2;

n – кількість країн.

Отже, середня похибка апроксимації, формула (4.5), буде дорівнювати

$$A = \frac{0,0514}{21} \cdot 100\% = 0,2448.$$

Далі оцінимо дисперсію за формулою (4.6) [459, с. 66–68]

$$S_0^2 = (Y - X \cdot Y(x))^T \cdot (Y - X \cdot Y(x)). \quad (4.6)$$

Відповідно до розрахованих даних, із застосуванням програмного пакета СКМ Maple, дисперсія за формулою (4.6) буде становити 518,18 (додаток В).

Визначаємо незміщену оцінку дисперсії за формулою (4.7) [459]

$$S^2 = \left| \frac{S_0^2}{n - m - 1} \right|, \quad (4.7)$$

де m – кількість факторів, які входять в математичну модель.

Отже, незміщена оцінка дисперсії, формула (4.7), буде дорівнювати

$$S^2 = \left| \frac{518,18}{21 - 13 - 1} \right| = 74,025.$$

Таким чином, незміщена оцінка дисперсії дорівнює 74,025. Далі, на підставі отриманих розрахованих значень, визначаємо середньоквадратичне відхилення (стандартна похибка для оцінки Y) за формулою (4.8) [459, 66–68]

$$S = \sqrt{S^2}. \quad (4.8)$$

Отже, середньоквадратичне відхилення становитиме

$$S = \sqrt{74,025^2} = 8,6.$$

Побудована модель (4.3), як видно з розрахунку, може бути використана для обґрунтування факторів, які можуть входити в концептуальну основу розробленого механізму ЗЗЗНУ як для розвинених країн світу, так і для України, оскільки розраховані дані та початкові дані моделі не перевищують значення середньоквадратичного відхилення.

Далі визначимо ступінь спільного впливу факторів (R) на результат (Y), який оцінює індекс множинної кореляції, він приймає значення від 0 до 1. Тому коефіцієнт множинної кореляції (R) може бути використаний для інтерпретації напрямку зв'язку. Чим щільніше фактичні значення y_i розташовуються відносно лінії регресії, тим менша залишкова дисперсія і, отже, більша величина $R_y(x_1, \dots, x_m)$. Таким чином, при значенні R, близькому до 1, рівняння регресії краще описує фактичні дані, і фактори сильніше впливають на результат. При значенні R, близькому до 0, рівняння регресії погано описує фактичні дані, і фактори чинять слабкий вплив на результат. Коефіцієнт множинної кореляції можна розрахувати за формулою (4.9) [459, с. 91–96]

$$R = \sqrt{1 - \frac{S_0^2}{\sum (Y - Y_{cp})^2}}, \quad (4.9)$$

де $\sum (Y - Y_{cp})^2$ – розрахункові значення, наведені в таблиці 4.2.

Тоді, використовуючи наведену вище формулу (4.9), коефіцієнт множинної кореляції буде дорівнювати

$$R = \sqrt{1 - \frac{518,18}{3678,55}} = 0,9269.$$

Отже, коефіцієнт множинної кореляції дорівнює 0,9269, що свідчить про сильний зв'язок між Y та факторами X.

Оцінювання значущості рівняння множинної регресії здійснюється шляхом перевірки гіпотези про рівність нулю коефіцієнта детермінації, розрахованого за даними генеральної сукупності. Для її перевірки використовують F -критерій Фішера. Для нашої моделі нормативний критерій Фішера ($F_{кр}$) має становити 2,22. Для цього спочатку розрахуємо коефіцієнт детермінації (R^2), який, відповідно, буде становити

$$R^2 = 0,9269^2 = 0,8591.$$

Коефіцієнт Фішера можна розрахувати за формулою (4.10) [459, с. 96]

$$F = \frac{R^2(n-m-1)}{(1-R^2) \cdot m}. \quad (4.10)$$

Коефіцієнт Фішера, відповідно до наведеної формули (4.10), буде становити

$$F = \frac{0,8591 \cdot (21-13-1)}{(1-0,8591) \cdot 13} = 3,2831.$$

Таким чином, ($F > F_{кр}$), тоді коефіцієнт детермінації можна вважати статистично значущим, а отже, побудоване наше рівняння регресії є статистично надійним. Це означає, що запропоновану модель можна використовувати для обґрунтування факторів, зокрема резервів покращення стану здоров'я зайнятого населення в Україні.

Після наведеного вище обґрунтування демографічних, соціально-економічних та поведінкових факторів, які мають найбільший вплив на стан здоров'я зайнятого населення, варто посилити наголос на їх оцінюванні. При цьому пропонується використовувати підхід проведення анкетування респондентів та на основі самооцінки відмінностей в їх стані здоров'я зробити висновки і розробити рекомендації на макро-, мікро- і особистісному рівнях в

напрямку підвищення збереження здоров'я в системі забезпечення людського розвитку України.

Самооцінка фізичного й душевного стану здоров'я населення, зокрема зайнятого, виступає як важливий його показник [460]. В літературі під «самооцінкою здоров'я» розуміють уявлення людини про власну сутність, оцінювання себе, своїх почуттів і якостей, здібностей і можливостей, дій, переваг, вчинків і недоліків [461].

Існує комплекс показників, які характеризують ставлення людини до свого здоров'я: самооцінка здоров'я, медична поінформованість, місце здоров'я в системі життєвих цінностей, наявність шкідливих звичок, екологічні фактори, фактори стресу, фізична активність [462, с. 117–120; 463, с. 234–248; 464, с. 48–50], а в збереженні здоров'я головна роль належить населенню, зокрема зайнятому, з цим нерозривно пов'язано його вміння оцінювати свій стан здоров'я [192, с. 65–69]. Ефективність самооцінки здоров'я прямим чином залежить від знань про себе.

Цінність здоров'я визначається особистістю за різними критеріями, головним із яких є самооцінювання стану свого здоров'я й прогнозування зайнятим населенням можливості здійснювати діяльність, зокрема професійну, яка дозволяє мати бажану для неї якість життя. Самооцінка стану здоров'я є одним із найбільш часто використовуваних показників при аналізі соціальної нерівності, що дає можливість більш об'єктивно відобразити різні соціальні, економічні, фізіологічні фактори, також спосіб життя, що виходить за рамки системи охорони здоров'я. Самооцінка фізичного і психічного стану виступає як реальний показник здоров'я населення, зокрема зайнятого, оскільки виявлений високий ступінь (70–80 %) [465, с. 7; 466, с. 110] її відповідності об'єктивній характеристиці здоров'я.

Самооцінка (суб'єктивна оцінка) здоров'я дозволяє прогнозувати тривалість життя, ускладнення після хвороб, смертність і частоту користування послугами медичних закладів [467]. З метою здійснення порівняння масиву

даних щодо самооцінки здоров'я (СЗ) населення, зокрема зайнятого, в часі використовують індекс самооцінок здоров'я, який можна розрахувати як середній бал СЗ (від 1 – «дуже погане» до 5 – «дуже добре» здоров'я), або можна застосувати іншу шкалу його ранжування). СЗ є узагальненим показником стану здоров'я [468, с. 74–80]. Отже, СЗ можна розглядати і як комплексну оцінку збереження здоров'я зайнятого населення України.

Повну інформаційну цінність самооцінка набуває тільки в зв'язку з розглядом її як детермінанти поведінки відносно факторів, які впливають на збереження здоров'я, турботи про здоров'я або факторів, які несуть небезпеку для нього. Самооцінка як інтегральний показник містить в собі оцінку не тільки наявності або відсутності симптомів захворювання, але і психологічного добробуту – своїх можливостей і якостей, усвідомлення життєвої перспективи, свого місця серед інших людей.

Ставлення зайнятого населення до власного здоров'я визначається трьома компонентами: *когнітивним* (характеризує знання зайнятого населення про своє здоров'я, розуміння ролі здоров'я в системі забезпечення життєдіяльності, зокрема це стосується знання важливих факторів, які позитивно чи негативно можуть впливати на його здоров'я); *поведінково-мотиваційним* (визначає місце основних цінностей у ієрархії потреб зайнятого населення, особливості мотивації у ЗСЖ, особливості поведінки у сфері здоров'я, ступінь прихильності зайнятого населення до ЗСЖ, особливості поведінки у разі погіршення здоров'я); *емоційним* (відображає особливості емоційного стану населення, зокрема зайнятого, зумовлені погіршенням його здоров'я, та відображає його почуття і переживання, пов'язані зі станом здоров'я – фізичним, душевним, соціальним і економічним).

Стан здоров'я можна оцінити за трьома рівнями [469]: *соматичним* (досконалість саморегуляції в організмі, гармонія всіх фізіологічних процесів, найкраща адаптація до навколишнього середовища); *соціальним* (відображає міру працездатності і соціальної активності, активне сприйняття світу,

економічної активності і зайнятості); *особистісним* (відображає стратегію життя людини, ступінь переваг над обставинами життя). Крім того, в дослідженні самого здоров'я виділяють *об'єктивний підхід* (заснований на розумінні та оцінюванні в процесі його емпіричного дослідження) та *суб'єктивним* (розглядається здоров'я відносно системи людських цінностей). Крім того, за допомогою соціологічних опитувань можна дослідити характеристики таких компонентів, які формують здоров'я зайнятого населення, зокрема:

- для аналізу соматичного здоров'я та його динаміки – рівень фізичного самопочуття, частота захворювань, характер відхилень;
- для вивчення психічного здоров'я – гармонічність психічного самопочуття, розумова працездатність, емоційний стан;
- для визначення рівня духовного здоров'я – характер ціннісно-змістовних орієнтацій, впевненість в майбутньому дні, усвідомлення себе суб'єктом власного життя, схильність до самоконтролю.

Важливо в роботі провести дослідження взаємозв'язку самооцінки з низкою демографічних, соціально-економічних й інших факторів. Так, існують дані, які показують, що самооцінка найбільше залежить від таких демографічних факторів, як *вік* (з часом стан здоров'я населення, зокрема зайнятого, погіршується), *стать* (чоловіки схильні краще оцінювати свій стан здоров'я, ніж жінки). Люди з високою самооцінкою мають хороший психологічний стан, що захищає їх нервову систему, а у людей з високим інтелектом спостерігається більш кращий рівень здоров'я, активності та вища тривалість життя [470].

Відмічається, що населення, яке має вищу самооцінку здоров'я, під час хвороби більш активно звертається за медичною допомогою, ніж населення з «задовільною» самооцінкою здоров'я. Варто в дисертації звернути увагу на фактори мотиваційного характеру, також усвідомлення зайнятим населенням міри своєї відповідальності за збереження здоров'я. Так, відомо, що населення,

зокрема зайняте, з гарною самооцінкою здоров'я вважає, що стан здоров'я, перш за все, залежить від нього, а населення з «задовільною» і «низькою» самооцінкою вважає, що здоров'я залежить від зовнішніх сил і обставин [471], а песимістична оцінка свого здоров'я веде до збільшення ризику захворювання і смерті [472]. Отже, можна зробити висновки, що характер турботи зайнятого населення про здоров'я пов'язаний з особистісними якостями.

З теорії відомо, що населення, зокрема зайняте, з заниженою самооцінкою, яке відчуває постійну тривогу в важких життєвих ситуаціях, частіше потрапляє в хворобливий стан, а його невпевненість знижує імунітет. Крім того, відмова від вирішення проблеми породжує небезпечні наслідки, зокрема до важких форм погіршення здоров'я, таке населення нехтує профілактичними засобами, а звертається за допомогою лише в останній момент. Додатково можна відмітити, що воно частіше страждає від зайвої ваги, підпадає під маніпуляцію, незадоволене своїм місцем роботи, посадою, заробітною платою та, як наслідок, це веде до зниження його фінансового стану і життєвого рівня, на що і буде акцентовано увагу в дослідженні.

З метою подальшого самооцінювання фізичного, душевного, соціального та економічного добробуту зайнятого населення, була складена анкета (з відповідними запитаннями). Зазначені питання анкети дозволять узагальнити основні результати дослідження, виявити мотиви та шляхи мотивації зайнятого населення до збереження його здоров'я та на цій основі побудувати механізм ЗЗЗНУ. В ході оцінювання відмінностей в стані здоров'я зайнятого населення України були, зокрема, враховані фактори, які згруповані за такими групами:

- *соціально-економічні* – матеріальний і соціальний статус, сфера зайнятості, вид зайнятості, диференціація джерел формування доходів, рівень освіти, досвід роботи, рівень заробітної плати, галузь зайнятості, умови праці тощо;
- *демографічні* – стать, вік, місце проживання тощо;

- *поведінкові* – дотримання здорового способу життя (наявність шкідливих звичок, дотримання принципів здорового харчування, здорового сну, рухової активності та відпочинку), ставлення до виробничої та побутової безпеки, ставлення до свого здоров'я і вчасність звернення до лікарів тощо.

Не зважаючи на значний обсяг наукових досліджень, єдиного підходу до моделювання ЗЗЗНУ не існує. Під час моделювання збереження здоров'я необхідно на початку зрозуміти, які фактори, явища, елементи в поведінці, направлених на ЗЗЗНУ, підлягають оцінюванню. Важливим є рейтингове оцінювання, зокрема збереження здоров'я зайнятого населення України [473; 474, с. 363–365], із розрахунком інтегральних індексів, що розглядається як основа ранжування. Тому розрахунок інтегральних індексів може набути великого розповсюдження у моделюванні ЗЗЗНУ на макрорівні.

При відповідному моделюванні певна кількість параметрів є недоступною для точного кількісного виміру. З цією метою можна вводити суб'єктивні компоненти, що виражається лінгвістичними термами оцінювання, наприклад, «високий», «середній», «низький» з урахуванням функцій належності факторів «*нечіткій множині*». Використовуючи математичний апарат, що базується на «*теорії нечіткої логіки*» [475–484], можна побудувати моделювальну систему багатфакторного аналізу ЗЗЗНУ на макрорівні (R).

Оскільки конкретні значення будь-якого показника, як правило, оцінюються не порівняно з еталонами або нормативами, то таке оцінювання визначає не конкретний стан, а його диференціацію між, наприклад, країнами. Оскільки корисна лише та інформація, яка дозволяє органам влади і суб'єктам економічних відносин приймати ефективні рішення, то рейтинги (як інструмент прийняття рішень) мають бути складовою певних інформаційно-аналітичних систем. За відсутності регулятивного застосування рейтингових оцінок єдина їхня цінність полягає у достовірності тієї інформації, яку вони містять для потенційних інвесторів, влади, зокрема для розпорядників бюджетних коштів. Проте ситуація змінюється, якщо рейтинги визначають умови, за яких можуть

виділятися бюджетні кошти, надаватися пільги, інвестиції тощо. Оцінювання передумов ЗЗЗНУ має передбачати розв'язання низки теоретичних і методологічних питань:

- аналіз основних демографічних, соціально-економічних і поведінкових факторів, які впливають на формування поведінки щодо збереження здоров'я зайнятого населення;
- пошук актуальних значень демографічних, соціально-економічних і поведінкових факторів в статистичних базах даних;
- зіставлення отриманих значень демографічних, соціально-економічних і поведінкових факторів із нормативами, яке ґрунтується на дослідженнях фахівців таких міжнародних організацій, як, зокрема, ВООЗ, МОП, МБРР, Проектів ООН тощо та використовується в розвинених країнах світу.

Отже, пропонується інноваційний підхід, який може започаткувати подальші дослідження щодо моделювання збереження здоров'я зайнятого населення України. Базою даних, що моделює взаємозв'язок окремих показників і інтегрального значення ЗЗЗНУ, є думки науковців, фахівців, експертів, які спеціалізуються в даній сфері. Особливість виразів типу «ЯКЩО – ТО, ІНАКШЕ» [485–488] полягає в тому, що, на відміну від кількісних моделей, їхня адекватність, залишається стабільною при певних незначних відхиленнях вхідних оцінок у той чи іншій бік. Сукупність таких виразів є множиною точок у просторі, що можна відобразити як *«окремі критерії – інтегральний критерій»*.

Інтегральний критерій ЗЗЗНУ (позначимо англійською літерою d) пропонується розподілити на інтервали від 1 до 5, зокрема: d_1 (значення потрапляє в інтервал [1–2]) – ЗЗЗНУ на макрорівні знаходиться на низькому рівні; d_2 (значення інтервалу [2–3]) – ЗЗЗНУ на макрорівні можна оцінити як нижче середнього; d_3 (значення лежить в інтервалі [3–4]) – ЗЗЗНУ на макрорівні середній; d_4 (значення лежить в інтервалі [4–5]) – ЗЗЗНУ на макрорівні високий.

Варто зазначити, що у разі, коли максимальні функції належності однакові для двох сусідніх термів, то в цьому випадку варто інтервал змін вхідного параметра R розглядати як неперервний та пропонується його ранжувати за заданою шкалою, наприклад, $[D^1 : D_2]$. Для отримання конкретного значення R (в заданій точці факторного простору), тобто, що оцінює ЗЗЗНУ, запропоновано використовувати операцію дефазифікації. В основі *дефазифікації* лежить операція перетворення отриманої нечіткої інформації в чітку, тобто в кількісну. В роботі [478, с. 80] наводиться визначення нечіткої логічної множини D^* , що базується на застосуванні принципу «*центра ваги*», в основі якого лежить кількісне оцінювання комплексного показника R при заданих вхідних факторах (4.11)

$$D^* = (R^*) = \frac{\sum \left[D_2 + (i-1) \frac{D^1 - D_2}{m-1} \right] \mu^{ui}(D)}{\sum_{i=1}^m \mu^{ui}(D)}, \quad (4.11)$$

де m – кількість термів змінної D ;

D^1, D_2 – нижня та верхня межі діапазону змінної D ;

$\mu^{ui}(D)$ – функція належності змінної D нечіткому терму U_i .

Таким чином, в роботі визначено, обґрунтовано і систематизовано основні фактори впливу на здоров'я зайнятого населення та доведено існування тісного зв'язку між демографічними, соціально-економічними та поведінковими факторами і здоров'ям зайнятого населення (за самооцінкою); запропоновано, з метою оцінювання стану здоров'я та визначення рівня ЗЗЗНУ, використовувати соціологічний метод збирання первинної інформації – анкетування та математичні методи – кореляційно-регресійний аналіз і нечітку логіку. З метою моделювання ЗЗЗНУ на макрорівні пропонується використати метод математичного моделювання на основі використання «теорії нечіткої логіки».

4.2 Оцінювання соціально-економічних факторів впливу на здоров'я зайнятого населення та його збереження

В процесі емпіричного дослідження впливу демографічних, соціально-економічних і поведінкових факторів на стан здоров'я зайнятого населення було використані дані Державної служби статистики України (ДССУ), Київського міжнародного інституту соціології (КМІС), міжнародних організацій, зокрема Міжнародного фонду «Відродження» (МФВ), школи охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія» (ШОЗ НаУКМА), анкетування зайнятого населення тощо. В основі дослідження лежить *метод самооцінювання здоров'я*.

Вибірка, розроблена для дослідження, є репрезентативною для зайнятого населення (віком 18+) Вінницької області (2014 рік) (в межах проведення камерного експерименту) та України в цілому (2020 рік) (в межах уточнення основних показників, що лежать в основі людського розвитку). Під час дослідження використовувалась багатоступінчаста вибірка. На першому етапі формування вибірки (випадково на кожному етапі відбору) були відібрані навчальні групи студентів Вінницького національного технічного університету (заочної та стаціонарної форм навчання). Другий етап передбачав випадковий відбір тих осіб, які будуть опитані. Характерною особливістю цього етапу є те, що студенти (заочної та стаціонарної форм навчання) в своїх родин, через своїх друзів та знайомих проведуть анкетування зайнятого населення.

Отримані підсумкові дані зіставлялись із оціночними даними ДССУ, КМІС, ШОЗ НаУКМА, МФВ, зокрема щодо питомої ваги окремих статевовікових груп у структурі населення України (в 2014 р. та в 2020 р.). Загалом було опитано в 2014 році 537 респондентів, в 2020 році – 1217 осіб. Теоретична похибка вибірки для масиву в 2014 році становила, в цілому, 5,0 %, а в 2020 році, з метою підвищення точності дослідження, – 3 %. Опитуванням були охоплені респонденти зі всіх районних центрів Вінницької області та частина

респондентів з Хмельницької, Житомирської, Львівської, Одеської, Київської, Чернівецької областей. Опитування здійснювалося з використанням анкети (додаток Д).

Варто акцентувати увагу на тому, що одиницею нашої вибірки є окремий студент навчальної групи, а не конкретно взята зайнята особа, адже опитування саме в родинях студентів, серед їх друзів і знайомих тощо дає можливість виявити ключові проблеми збереження здоров'я зайнятого населення та пошуку резервів зростання людського розвитку. До того ж для визначення резервів підвищення збереження здоров'я та людського розвитку вкрай важливо зважати на думку широкого кола осіб, а не лише зайнятих осіб.

Такі засади методологічного та емпіричного досліджень дають змогу оцінити досвід і ставлення зайнятого населення до проблеми збереження здоров'я. Опитувальник дослідження було кореговано з питаннями самооцінки здоров'я громадян України, які складені ДССУ, опитувальника формування Індексу здоров'я населення України, складеного КМІС, ШОЗ НаУКМА, МФВ. Окремі складові анкети зазнали модифікацій у 2014 та 2020 роках. Наприклад, у 2014 р. анкета містила запитання щодо визначення впливу на здоров'я широкого комплексу демографічних, соціально-економічних і поведінкових факторів, тоді як у 2020 році ці питання були суттєво скорочені, це дозволило уточнити результати динаміки змін основних складових, що в цілому формують індекс людського розвитку, зокрема це питання матеріального добробуту і впливу його на здоров'я, впливу освіти на здоров'я зайнятого населення та поведінкових аспектів (вживання алкоголю, тютюну).

Опитування проводились за допомогою анкетування серед студентів стаціонарної та заочної форм навчання Вінницького національного технічного університету, які розповсюджували анкети в родинях, через знайомих, друзів у 2014 році та 2020 році, зокрема шляхом індивідуального особистого інтерв'ю, оскільки його перевагами є можливість: відстеження конкретної «спонтанної» реакції респондентів на досліджувану проблему; максимально залучити усі

групи населення; отримати більш відверті відповіді респондентів, що забезпечує спілкування віч-на-віч; більш тривалішого і ґрунтовнішого спілкування з респондентами тощо.

Залежно від особистого досвіду інтерв'юера респондентам ставили в 2014 році до 70 запитань, які стосувалися оцінювання проблем, важливості різних аспектів життя, зокрема зайнятому населенню (зайнятості, безробіття, виходу з ринку праці; задоволеністю роботою; поведінки зайнятого населення в разі поганого самопочуття й досвіду звернення за медичною допомогою; оцінювання власного здоров'я та деяких характеристик способу життя в аспекті зайнятості, що є важливими для підвищення рівня людського розвитку). В анкеті використано переважно закриті запитання за винятком декількох відкритих запитань щодо впливу шкідливих (небезпечних) виробничих факторів на здоров'я респондентів (29-е питання анкети). Далі визначимо репрезентативність вибірки в 2014 та 2020 роках. Першим кроком аналізу було визначено обсяг вибіркової сукупності за формулою 4.12 [459]

$$n = \frac{Nt^2W(1-W)}{N\alpha^2 + t^2W(1-W)}, \quad (4.12)$$

де n – обсяг вибіркової сукупності;

N – обсяг сукупності генеральної;

t – значення аргументу, для якого надійна ймовірність дорівнює 0,95;

W – достатня частка характеристики, що досліджується ($0 \leq W \leq 1$);

α – рівень значущості ($\alpha = 0,05$, тобто похибка складе 5%).

За генеральну сукупність нами прийнята чисельність населення Вінницької області в 2014 році 1603488 осіб, тобто генеральна сукупність має обсяг $N = 1603488$ осіб (відсоток опитаних в загальній кількості населення Вінницької області – 0,0334%, зокрема зайнятого населення – 0,0798 %; України – 0,00118), тоді, використовуючи формулу 4.12, розрахуємо мінімальну кількість осіб, які мають входити в вибірку

$$n = \frac{Nt^2W(1-W)}{N\alpha^2 + t^2W(1-W)} = \frac{1603488 \cdot 1,96^2 \cdot 0,51 \cdot (1-0,51)}{1603488 \cdot 0,0025 + 1,96^2 \cdot 0,51 \cdot (1-0,51)} = 383,91 \text{ особи}.$$

Отже, вибірка в кількості 383,91 зайнятої особи відповідає репрезентативному обсягу з генеральної сукупності у Вінницькій області та є достатньою для достовірних висновків в межах області.

Оцінюючи репрезентативність вибірки в 2020 році, за генеральну сукупність нами прийнята чисельність населення України на 1 січня 2020 року 41830619 осіб ($N = 41830619$ осіб), тоді помилка вибірки складає 3 %. Використовуючи формулу 4.12 знаходимо обсяг вибірки

$$n = \frac{Nt^2W(1-W)}{N\alpha^2 + t^2W(1-W)} = \frac{41830619 \cdot 1,96^2 \cdot 0,51 \cdot (1-0,51)}{41830619 \cdot 0,0009 + 1,96^2 \cdot 0,51 \cdot (1-0,51)} = 1066,65 \text{ особи}$$

Отже, вибірка в кількості 1066,65 осіб відповідає репрезентативному обсягу з генеральної сукупності по Україні та є достатньою для достовірних висновків. Далі проведемо розподіл респондентів за віком, який наведемо на рис. 4.2 (2014 рік).

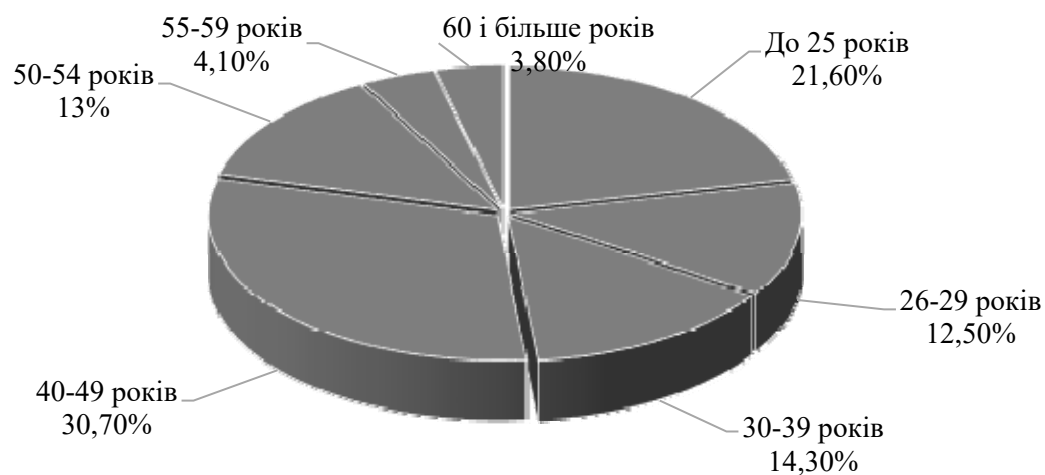


Рис. 4.2. Розподіл респондентів за віком^{*1}

Примітка: ^{*1} – дані за 2014 рік.

Джерело: авторські розрахунки на основі даних опитувань.

Інформація, наведена на рис. 4.2, показує, що серед респондентів найбільше є осіб, які потрапили в віковий інтервал 40–49 років, а саме – 30,7 %, тобто, кожен третій; далі – 18–25 років – 21,6 % (кожен п'ятий); 30–39 років – 14,3 % (кожен сьомий). На рис. 4.3 наведемо інформацію щодо розподілу респондентів за віком в 2020 році.

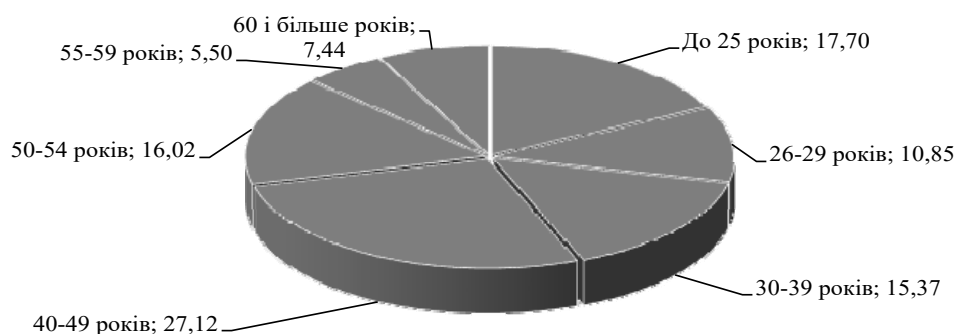


Рис. 4.3. Розподіл респондентів за віком^{*2}

Примітка. ^{*2} – дані за 2020 рік.

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Отже, порівнюючи розподіл респондентів за віковими інтервалами, протягом 2014 та 2020 років, можна сказати, що відбулись структурні зміни. Так, у 2020 році зросла питома вага осіб: серед зайнятого населення віком до 25 років на 3,9 в. п.; у віковій групі 26–29 років – на 1,65 в. п.; 40–49 років – на 3,58 в. п. В інших вікових групах вона зменшилась, особливо в віковій групі 60 (більше ніж вдвічі). Наступним кроком дослідження є проведення оцінювання якості даних вибіркового дослідження щодо однорідності та типовості вибірки на основі використання показників – середнього квадратичного відхилення (σ) та коефіцієнта варіації (V_σ). Визначимо варіацію респондентів за такою демографічною ознакою, як вік, що наведено в таблицях 4.3 та 4.4.

Таблиця 4.3

Визначення варіації респондентів за віком^{*1}

Вік, років	Кількість осіб (f)	Середина інтервалу (x)	Добуток варіантів на частоти (f · x)	Відхилення варіантів від середньої (x - x')	Квадрати відхилень (x - x') ²	Добуток квадратів відхилень на частоти (x - x') ² · f
До 25	116	24	2784	-14,621	213,7749	24797,89

Продовження таблиці 4.3

Вік, років	Кількість осіб (f)	Середина інтервалу (x)	Добуток варіантів на частоти (f · x)	Відхилення варіантів від середньої (x-x/)	Квадрати відхилень (x-x/)	Добуток квадратів відхилень на частоти (x-x/) · f
26–29	67	27,5	1842,5	-11,121	123,6776	8286,399
30–39	77	34,5	2656,5	-4,12104	16,98299	1307,691
40–49	165	44,5	7342,5	5,878957	34,56214	5702,753
50–54	70	52	3640	13,37896	178,9965	12529,75
55–59	22	57	1254	18,37896	337,7861	7431,293
60 і більше	20	61	1220	22,37896	500,8177	10016,35
Разом	537	*	20739,5	*	*	70072,13

Джерело: авторські розрахунки на основі даних опитувань.

Таблиця 4.4

Визначення варіації респондентів за віком^{*2}

Вік, років	Кількість осіб (f)	Середина інтервалу (x)	Добуток варіантів на частоти (f · x)	Відхилення варіантів від середньої (x-x')	Квадрати відхилень (x-x')	Добуток квадратів відхилень на частоти (x-x') · f
До 25	214	24	5136,00	-16,65	277,29	59339,96
26–29	132	27,5	3630,00	-13,15	172,98	22832,76
30–39	187	34,5	6451,50	-6,15	37,85	7077,44
40–49	330	44,5	14685,00	3,85	14,81	4886,31
50–54	195	52	10140,00	11,35	128,78	25111,48
55–59	67	57	3819,00	16,35	267,26	17906,20
60 і більше	92	61	5612,00	20,35	414,04	38091,73
Разом	1217	*	49473,50	*	*	175245,88

Джерело: авторські розрахунки на основі даних опитувань.

За даними розподілу таблиць 4.3 та 4.4 розраховуємо характеристику варіації за формулою 4.13 [459]

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum (x - x')^2 \cdot f}{\sum f}}, \quad (4.13)$$

де x – індивідуальні значення ознаки;

f – частота.

Значення середньої ознаки розраховуємо за формулою 4.14 [459]

$$x' = \frac{\sum x \cdot f}{\sum f}. \quad (4.14)$$

Тоді, використовуючи формулу (4.14), розраховуємо значення середньої ознаки в 2014 та 2020 роках, яке дорівнює, відповідно, 38,62 та 40,65:

$$x'^{*1} = \frac{20739,5}{537} = 38,62,$$

$$x'^{*2} = \frac{49473,50}{1217} = 40,65.$$

Отже, підставляємо дані таблиці в формулу (4.13), середнє квадратичне відхилення за даними рядами розподілу буде дорівнювати в 2014 та 2020 роках

$$\sigma^{*1} = \sqrt{\frac{70072,13}{537}} = 11,42,$$

$$\sigma^{*2} = \sqrt{\frac{175245,88}{1217}} = 12,00.$$

Розраховане середнє квадратичне відхилення становить, відповідно, 11,42 та 12,00. Далі розрахуємо коефіцієнт варіації (V_σ) за формулою (4.15), який вживається для оцінювання однорідності сукупності [459],

$$V_\sigma = \frac{\sigma}{x'} \cdot 100. \quad (4.15)$$

Тоді коефіцієнт варіації (формула (4.15) буде дорівнювати в 2014 та 2020 роках

$$V_\sigma^{*1} = \frac{11,42}{38,62} \cdot 100 = 29,57\%,$$

$$V_\sigma^{*2} = \frac{12,00}{40,65} \cdot 100 = 29,52\%,$$

Отже, коефіцієнт варіації в нашому дослідженні дорівнює, відповідно, 0,2957 та 0,2952. Так, за даними [459, с. 66], сукупність є однорідною, коли коефіцієнт варіації не перевищує 33%, в нашому випадку коефіцієнт варіації менше граничного значення ($29,55^1$ ($29,52^2$) < 33%).

Проведемо розподіл респондентів за ключовими соціально-демографічними характеристиками. Спочатку проведемо аналіз розподілу відповідей за самооцінюванням здоров'я респондентів серед зайнятого населення Вінницької області в 2014 році (рис. 4.4) та 2020 році (рис. 4.5) (далі респондентів).

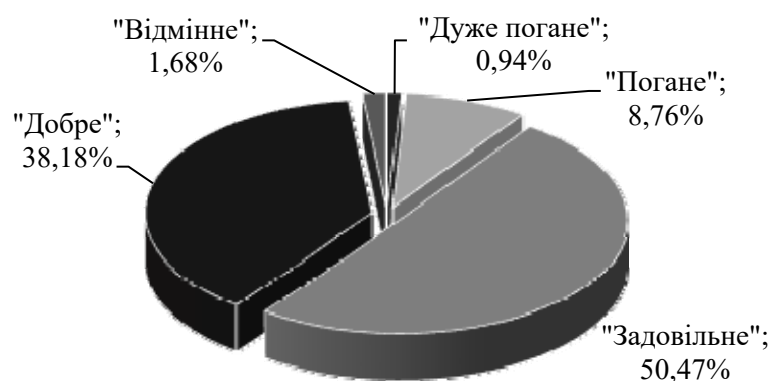


Рис. 4.4. Розподіл респондентів за самооцінкою стану здоров'я в 2014 році¹

Джерело: складено автором за результатами опитування.

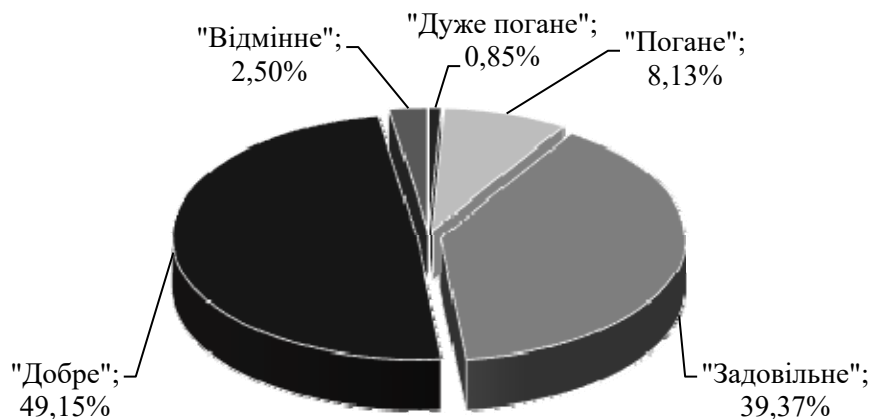


Рис. 4.5. Розподіл респондентів за самооцінкою стану здоров'я в 2020 році²

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Для порівняння даних самооцінювання здоров'я респондентами з даними Державної служби статистики України побудуємо діаграму (рис. 4.6).

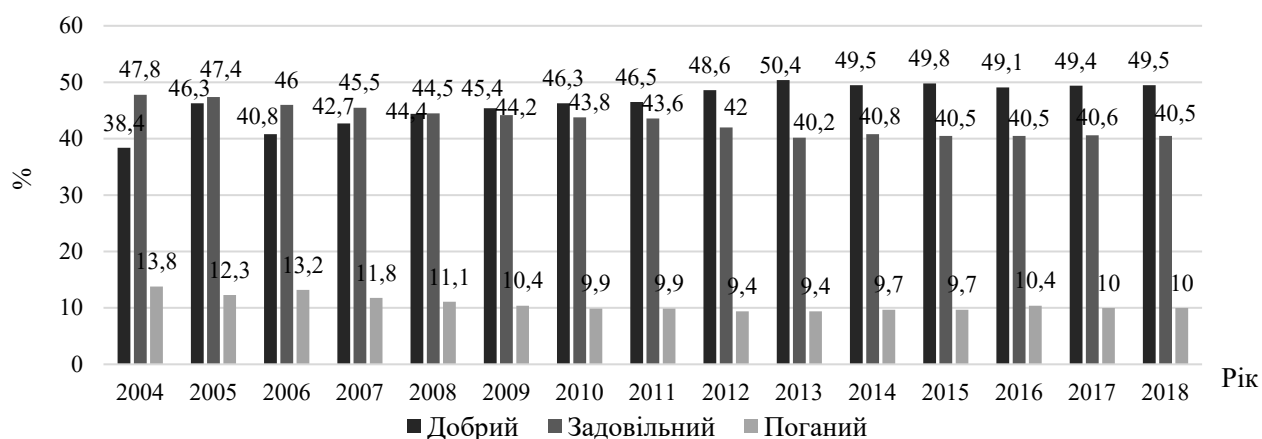


Рис. 4.6. Динаміка самооцінювання стану здоров'я населенням України за 2004–2018 роки (за даними Держкомстату України), %

Джерело: складено автором за [489].

Аналізуючи динаміку самооцінки стану здоров'я зайнятого населення України за такою оцінкою, як «добре», то вона зростає з 2004 року по 2018 рік на 11,1 в. п., що є позитивною тенденцією; оцінюючи за таким критерієм, як «задовільно», то вона мала тенденцію за відповідний період до зменшення на 9 в. п., а за критерієм «погано» – аналогічна тенденція до зменшення на 3,8 в. п. Крім того, проведемо аналіз самооцінювання здоров'я за результатами соціологічних опитувань КМІС, ШОЗ НаУКМА, МФВ (рис. 4.7).

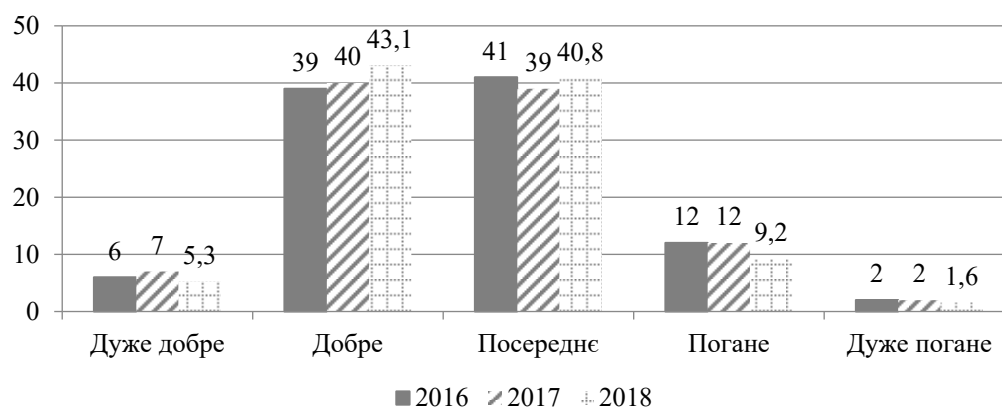


Рис. 4.7. Динаміка самооцінювання стану здоров'я населення України за 2016–2018 роки

Джерело: складено автором за [489].

Узагальнюючи наведену на рис. 4.7 інформацію, варто відмітити, що оцінки за рівнем здоров'я населення України майже не різняться і за останні три роки мають стабільні тенденції. Якщо проаналізувати за віковими особливостями самооцінку здоров'я, зокрема щодо розподілу за статтю, то вони відрізняються незначно, а з віком самооцінювання погіршується.

На рис. 4.8 вказано питому вагу осіб, що хворіли за останні 12 місяців і вважали, що захворювання негативно вплинуло на повсякденну працездатність та на їх життєву активність. Оцінивши вплив захворювання на повсякденну працездатність (здатність населення, зокрема зайнятого, працювати з урахуванням впливу наслідків захворювання) населення України, можна зазначити, що відбулося зменшення питомої ваги цього показника з 18,6% у 2004 р. до 14,8% у 2018 р.

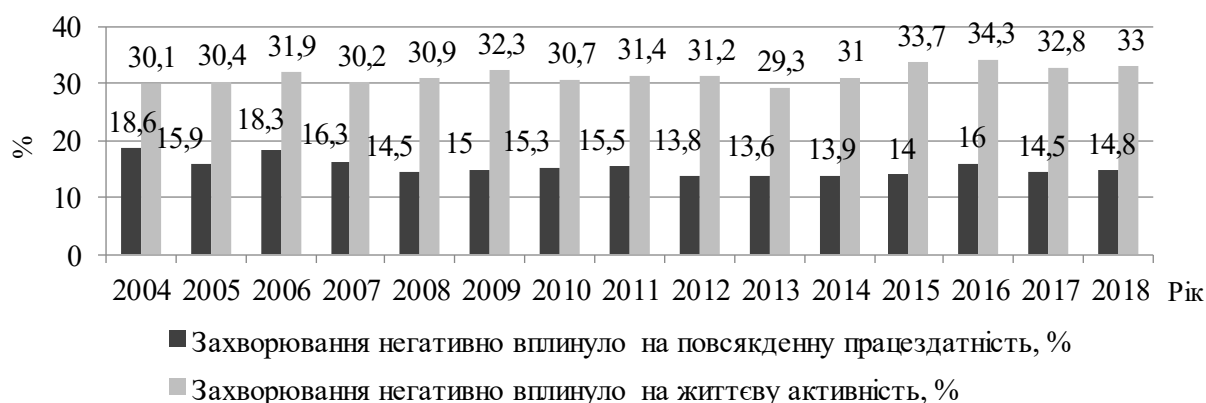


Рис. 4.8. Динаміка рівня негативного впливу захворювання на повсякденну працездатність і життєву активність громадян України, %

Джерело: складено автором за [489].

Тобто, станом на 1 січня 2019 р. в Україні практично кожен сьомий громадянин через перенесене захворювання частково чи повністю обмежений у працездатності, тобто не має можливості заробляти собі на життя. Найбільш небезпечною тенденцією є висока питома вага респондентів (кожен третій), як свідчать дані, наведені на рис. 4.8, які вважають, що захворювання негативно вплинуло на їх життєву активність (довготермінові наслідки можуть впливати

на активний спосіб життя), що свідчить про неефективність державної стратегії щодо реабілітації хворих, здійснення їх адаптації до соціально-економічних умов розвитку, а це вже реальна загроза економічній та національній безпеці України, оскільки поглиблюється проблема демографічного навантаження на зайняте населення, стримується людський розвиток.

Варто дослідити показники самооцінки стану здоров'я населенням за економічними регіонами України (рис. 4.9, станом на 1 січня 2019 р.). Отже, з рис. 4.9 видно, що краще свій рівень здоров'я оцінили респонденти в Карпатському економічному регіоні (Закарпатська, Івано-Франківська, Львівська, Чернівецька області) – 58,5%; Причорноморському регіоні (Одеська, Миколаївська, Херсонська області (не враховано дані по Автономній Республіці Крим (АРК) та м. Севастополя); Подільському регіоні (Вінницька, Тернопільська, Хмельницька області) – 47,7 %; Поліському регіоні (Волинська, Житомирська, Рівненська, Чернігівська області) – 49,8 %.

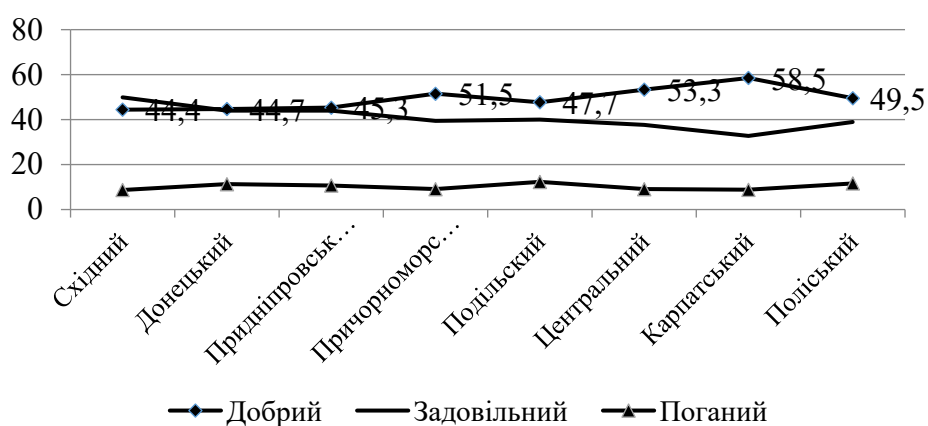


Рис. 4.9. Самооцінка стану здоров'я населенням за економічними регіонами, % (станом на 01.2019 р.)

Джерело: складено автором за [489].

Тобто, у перелічених економічних регіонах України практично кожен другий громадянин оцінив стан свого здоров'я як «добрий». Як поганий рівень свого здоров'я оцінили громадяни, які проживають у всіх економічних регіонах

країни, – в середньому біля 10 % (коливання від 8,7 до 12,3 %). Найбільша кількість громадян, які оцінили свій стан здоров'я як «задовільний», проживають в таких економічних регіонах країни: Східний (Полтавська, Сумська, Харківська області) – 49,9 %; Придніпровський (Дніпропетровська, Запорізька, Кіровоградська області) – 44 %. Оцінюючи негативний вплив захворювання на повсякденну працездатність та життєву активність, можна виокремити основні відмінності (рис. 4.10, дані на 1 січня 2019 р.).

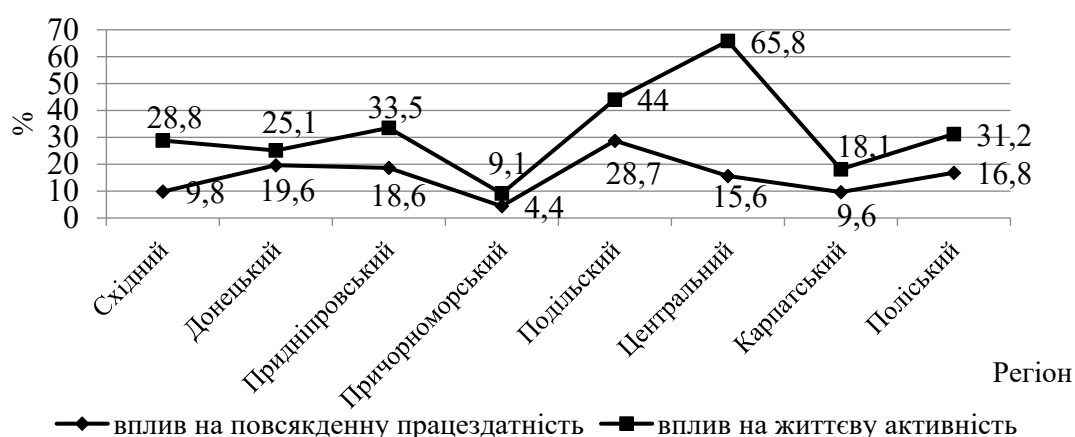


Рис. 4.10. Частка осіб, які повідомили про негативний вплив захворювання на повсякденну працездатність і життєву активність, %

Джерело: складено автором за [489].

Таким чином, особливостями територіального розрізу за економічними регіонами в аспекті негативного впливу захворювання на повсякденну працездатність опитаних респондентів є те, що найбільший негативний вплив зафіксовано в Подільському економічному регіоні – кожен третій респондент, а в Причорноморському економічному регіоні лише кожна двадцять друга особа відчувала негативний вплив захворювання на повсякденну працездатність. Найбільший негативний вплив захворюваності на життєву активність зафіксовано в Центральному економічному регіоні (65,8 %), а найменший – у Причорноморському (9,1 %).

Порівнюючи значення країн ЄС за самооцінкою здоров'я («відмінне» і «добре») з Україною (рис. 4.11, станом на 01.01.2018 року) можна сказати, що воно в країнах ЄС в 1,4 раза вище (67,2%); кількість осіб, які оцінюють стан здоров'я як «поганий» майже однакова і в Україні, і в країнах ЄС.

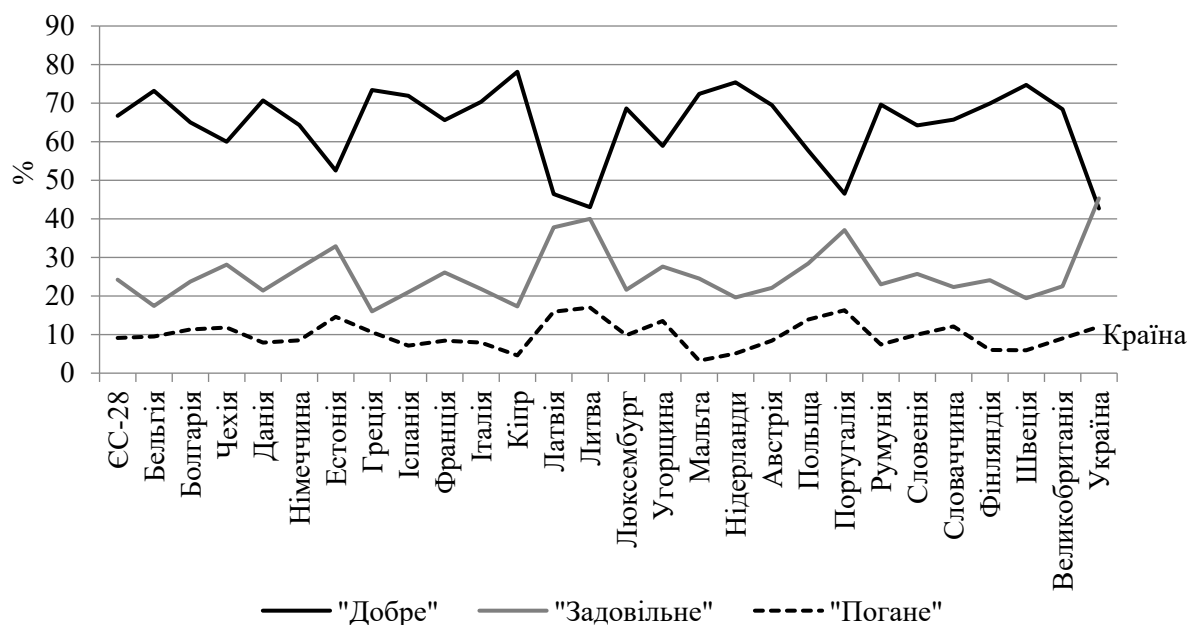


Рис. 4.11. Розподіл населення у віці 16 років і старше за самооцінкою здоров'я в країнах ЄС та в Україні

Джерело: складено автором за [489].

Оцінюючи дані, наведені на рис. 4.11, видно, що в Ірландії вісім із десяти громадян оцінюють свій стан здоров'я як «добрий» – це найвищий показник із усіх країн ЄС, далі йде Кіпр – 74,7 %, а в Україні це значення нижче, порівняно з цими країнами, майже вдвічі. Погано оцінює свій стан здоров'я в середньому кожен десятий мешканець країн ЄС (найвищий рівень зафіксований в Хорватії – 19,1%; Литві – 17 %; Португалії – 16,3 %, а найменший рівень на Мальті – 3,2 %; Ірландії – 3,7 %; Кіпрі – 4,6 %). Схожі тенденції щодо самооцінки здоров'я населення спостерігаються в країнах ЄС, які мають з Україною спільне історичне минуле – Естонія, Литва, Латвія.

Проаналізуємо дані з самооцінки здоров'я населенням у віці 15 років і старше (станом на 1 січня 2018 р.) в окремих країнах-членах ОЕСР та порівняємо їх з Україною (оцінювання проведено за критерієм «добре», оскільки інших оцінок в базі даних ОЕСР немає, рис. 4.12). Видно, що найкраще свій стан здоров'я серед наведених країн ОЕСР оцінюють мешканці таких країн, як: Нова Зеландія – 88,2 %, США – 87,9 %, Австралія – 85,2 %, Ізраїль – 74,1 %. Гірше свій стан здоров'я з наведених вище країн оцінюють громадяни Кореї – 29,5 % та Японії – 35,5 %.

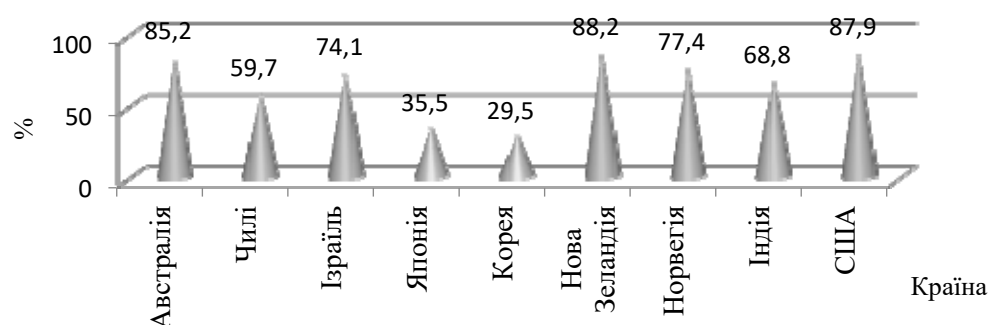


Рис. 4.12. Самооцінка здоров'я населенням в окремих країн ОЕСР за показником «добре» та «дуже добре» у віці 15 і старше, % від усього населення

Джерело: складено автором за [489].

Отже, порівнюючи дані самооцінки здоров'я за наведеними на рис. 4.12 країнами з Україною, можна сказати, що в Україні це значення (станом на 1 січня 2018 року) становило 47%, яке є вищим ніж в Японії на 11,5 в. п., Кореї – на 17,5 в. п., але нижчим порівняно, наприклад, з Новою Зеландією та США в 1,87 раза, Австралією в 1,81 раза.

Офіційна статистика стану здоров'я населення не відображає реальних даних, оскільки ґрунтується, перш за все, на загальних показниках захворюваності (об'єктивна оцінка). Зрозуміло, існуючі проблеми в системі охорони здоров'я не сприяють відображенню реальної статистичної картини, зокрема через низький життєвий рівень населення; неможливість пройти дорогі

процедури медичних профоглядів і діагностики з використанням сучасного обладнання; обмеженість в придбанні необхідних ліків та проведенні хірургічних операцій тощо.

Враховуючи те, що індивідуальне здоров'я – це відображення життєдіяльності людини, а суспільне – стану життєдіяльності суспільства [490], можна зробити висновок, що самооцінювання стану здоров'я дає можливість узагальнити комплексно рівень «захворюваності» як окремого індивіда, так і нації в цілому. Як було досліджено вище, індивідуальне (суб'єктивне) самооцінювання здоров'я громадян відповідає об'єктивному приблизно на 80%. Тому, екстраполюючи статистичні дані самооцінювання, можна чітко окреслити особливості стану здоров'я зайнятого населення України.

Досліджуючи вплив фактора *віку* на здоров'я респондентів було з'ясовано (дані наведені в додатку Е), що найбільш негативно оцінюють своє здоров'я за критеріями «дуже погане» і «погане» особи передпенсійного віку, 55–59 років – 0,3636, далі гірше здоров'я спостерігається у людей віком 60 і старше – 0,2272. Таким чином, дані, отримані на підставі проведених соціологічних досліджень 2014 року та 2020 року наближені до соціологічних досліджень ДССУ, КМІС, ШОЗ НаУКМА. Результати опитування населення щодо визначення впливу стану здоров'я зайнятого населення, залежно від місця проживання та інших демографічних факторів впливу, наведені в додатку Е.

Далі в дисертації розглянемо вплив *соціально-економічних факторів* на здоров'я зайнятого населення. Відповідно до міжнародного права зайняте населення має працювати в гідних умовах праці, що передбачає повагу його життєвих цінностей, збереження життя і здоров'я. При цьому робота має бути різноманітною, цікавою, перспективною, розвивальною, безпечною. Тому фундаментом, який забезпечує основу гідних умов праці, є збереження здоров'я зайнятого населення.

Далі проаналізуємо вплив окремих соціально-економічних факторів на здоров'я і поведінку зайнятого населення в напрямку його збереження, зокрема

категорії населення за статусом економічної діяльності, матеріальним статусом, джерелом формування особистих доходів, освітою, надзайнятістю тощо. Так, аналіз самооцінки стану здоров'я залежно від соціально-економічної категорії, до якої належить респондент, наведено на рис. 4.13.

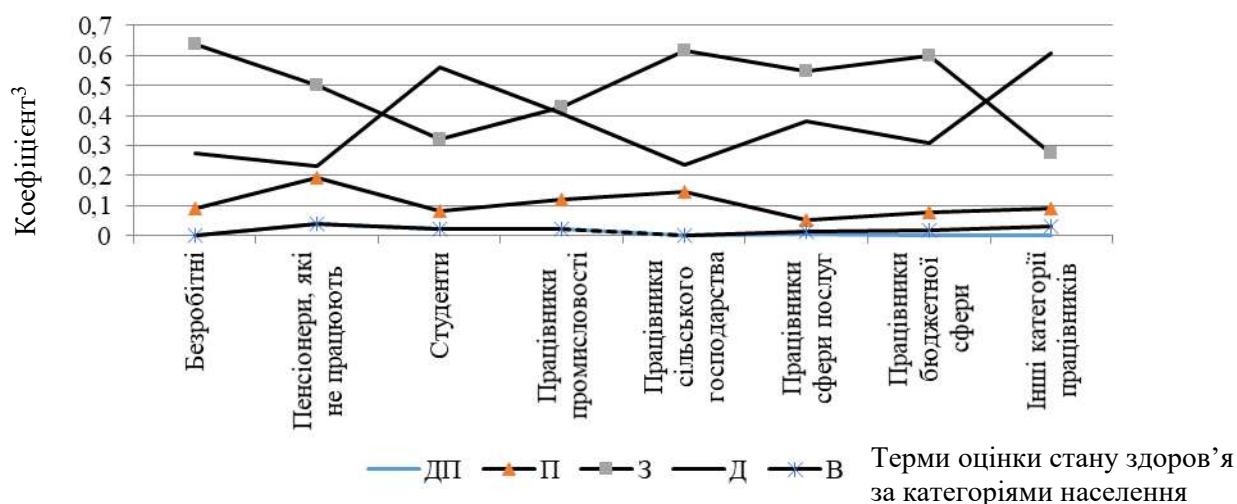


Рис. 4.13. Відмінності самооцінки здоров'я залежно

від соціально-економічної категорії, до якої належить респондент¹

Примітка. ^{*3} – результати, наведені на рис. 4.13, розраховувались як кількість зайнятого населення, яке оцінило своє здоров'я відповідними лінгвістичними термами «Відмінне» (В), «Добре» (Д), «Задовільне» (З), «Погане» (П), «Дуже погане» (ДП) до загальної кількості зайнятого населення в даній віковій групі. При оцінюванні відмінностей в стані здоров'я, залежно від певних факторів, був використаний метод суб'єктивної оцінки стану здоров'я респондентів.

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Інформація, зображена на рис. 4.13, свідчить, що найкращий рівень здоров'я зафіксований у студентів, адже вирішальним фактором є вік, чим молодша людина, тим краще вона оцінює стан свого здоров'я. Далі кращий рівень здоров'я спостерігається у зайнятого населення, яке зайнято в промисловості та в сфері послуг, а найгірший його рівень мають пенсіонери, які не працюють, зайняті в сільському господарстві та промисловості.

Додатково розглянемо розподіл окремих категорій населення за статусом економічної діяльності (рис. 4.14).

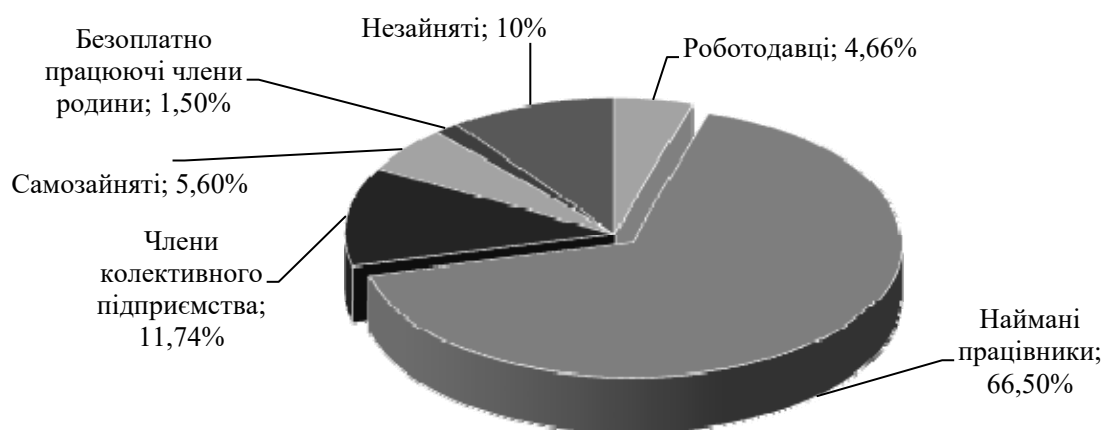


Рис. 4.14. Розподіл респондентів за статусом економічної діяльності^{*1}, %
Джерело: складено автором за результатами опитування.

Отже, як свідчать дані, наведені на рис. 4.14, переважна більшість респондентів – 67% належать до зайнятого населення, а самозайнятими є 5,6%; роботодавцями – 4,66%. Крім того, кожен десятий дав відповідь, що в даний момент він є незайнятим. Тому на підставі інформації, наведеної на рис. 4.15, проаналізуємо відмінності самооцінки стану здоров'я залежно від статусу економічної діяльності (СЕД) респондентів.

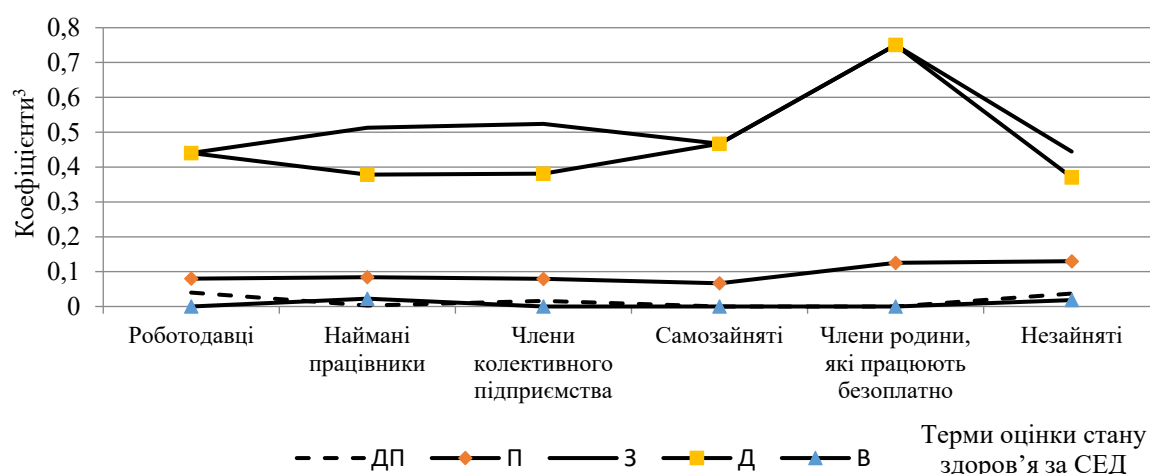


Рис. 4.15. Відмінності самооцінки здоров'я залежно від СЕД респондентів¹
Джерело: складено автором за результатами опитування.

Аналіз відмінностей самооцінки здоров'я залежно від СЕД респондентів (рис. 4.15) засвідчив, що найкращий стан здоров'я мають саме самозайняті особи і роботодавці (майже кожен другий опитаних із даної вибірки); наймані працівники – 40 % та тимчасово незайняті особи – 39 %. Найгірше оцінило здоров'я за термами «дуже погане» та «погане» саме незайняте населення. Ці дані підтверджуються численними дослідженнями [491, с. 45–50; 492–495], адже чим вищий статус економічної діяльності зайнятого населення в цілому, тим здоров'я є кращим. Тому проаналізуємо відмінності самооцінки здоров'я залежно від матеріального статусу респондентів (рис. 4.16 та 4.17).

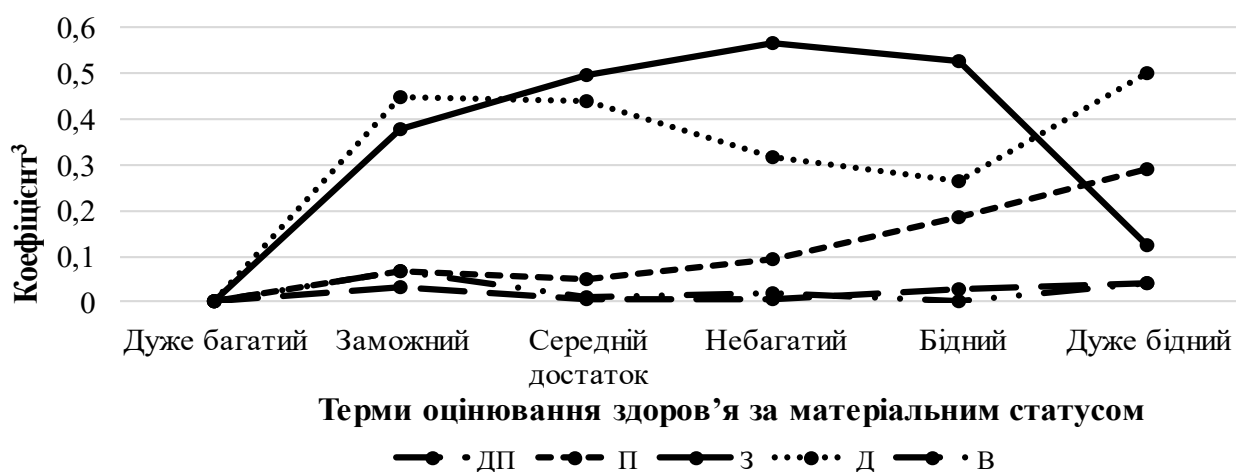


Рис. 4.16. Відмінності самооцінки здоров'я залежно від матеріального статусу респондентів у 2014 році^{*1}

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Відмінності самооцінки здоров'я залежно від матеріального статусу респондентів в 2014 та 2020 році дали можливість зробити висновок, що відбулось зростання питомої ваги в структурі опитаних респондентів у осіб, які мають кращий рівень здоров'я в 2020 році порівняно з 2014 роком, це підтверджує гіпотезу, що чим вищим є рівень матеріального статусу, тим здоров'я працівника буде кращим. Серед тих, які оцінили своє здоров'я як «добре», «дуже добре», можна відмітити заможних осіб та осіб з середнім достатком, а найгірший рівень здоров'я зафіксований у дуже бідних (третина опитаних) та бідних (кожен другий респондент).

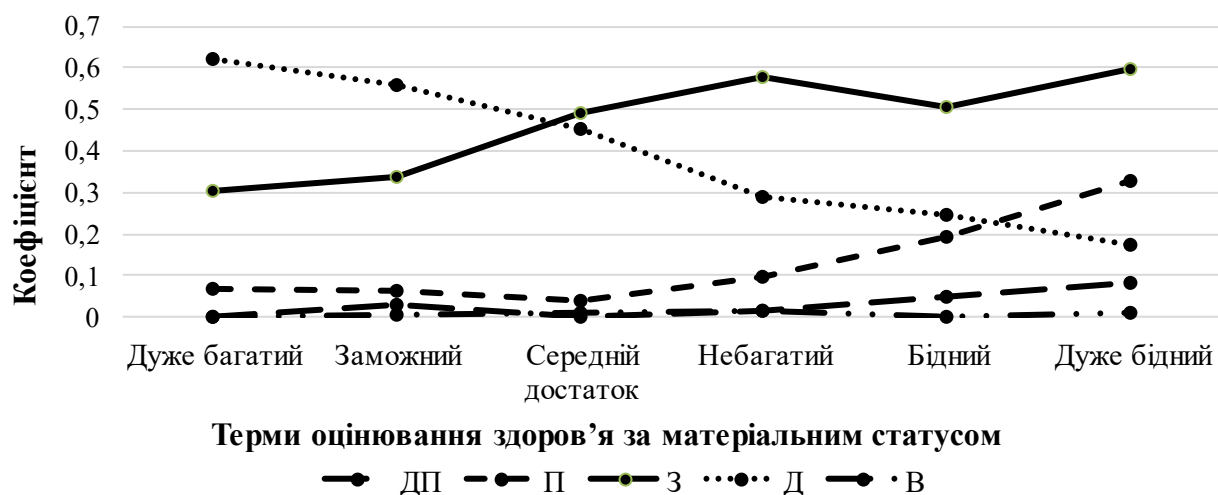


Рис. 4.17. Відмінності самооцінки здоров'я залежно від матеріального статусу респондентів в 2020 році*²

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Таким чином, отримані дані дослідження максимально наближені до даних впливу нерівності в розподілі доходів на здоров'я в низці закордонних і вітчизняних досліджень. Для цього наведемо статистичні дані Держкомстату України щодо самооцінки стану здоров'я населення України, зокрема зайнятого, залежно від розміру грошових доходів (рис. 4.18). Отже, інформація щодо самооцінки стану здоров'я членами домогосподарств залежно від розміру середньодушових еквівалентних грошових доходів на 1 січня 2019 р. по Україні дає підстави вважати, що зі зростанням доходів українців рівень самооцінки здоров'я зростає та, навпаки, зі зниженням рівня доходів рівень самооцінки здоров'я зменшується, що наближено до результатів проведених соціологічних досліджень 2014 та 2020 року. Що стосується впливу нерівності за доходами і здоров'ям в аспекті збереження, то нині можна акцентувати увагу на такій гіпотезі, як «гіпотеза абсолютного доходу», де здоров'я індивідів залежить від рівня матеріального доходу.

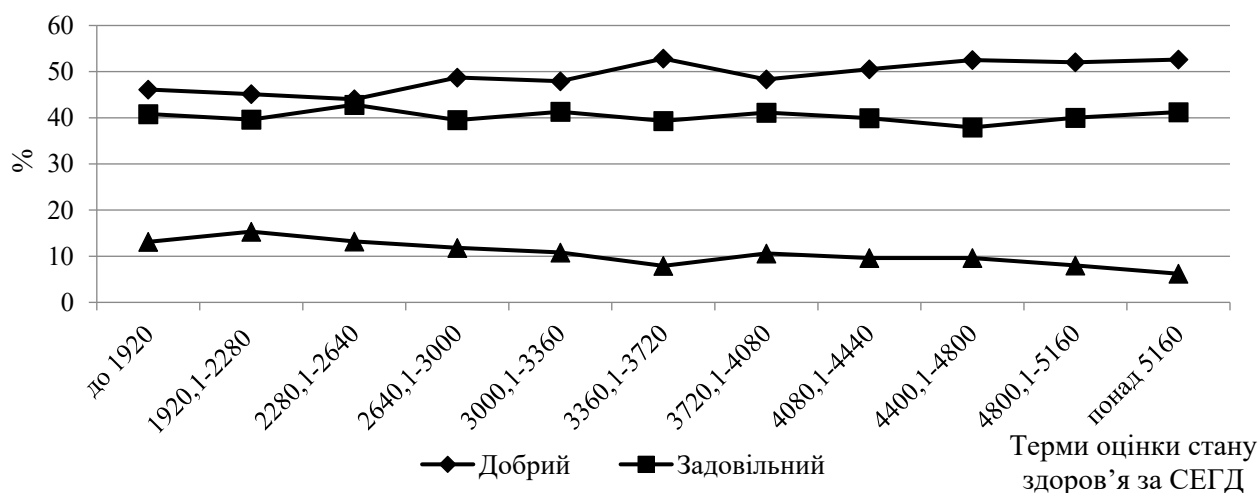


Рис. 4.18. Самооцінка стану здоров'я членами домогосподарств залежно від розміру середньодушових еквівалентних грошових доходів (СЕГД) (грн) на 1 січня 2019 р., %

Джерело: складено автором за [489].

Отже, здоров'я населення, зокрема зайнятого, буде краще у тих, хто буде здатний за рахунок своєї раціональної економічної поведінки, з урахуванням принципів збереження здоров'я, підвищити рівень матеріального добробуту. Крім того, в теорії виділяють «гіпотезу абсолютної депривації» або бідності, яка пояснює, що чим нижчий дохід, тим гірше здоров'я людини і вищий ризик її смерті, що обумовлено багатьма факторами: недостатністю харчування, поганою якістю медичного обслуговування, наявністю стресів тощо.

Розглядаючи «гіпотезу відносного доходу», бачимо, що кращий стан здоров'я населення, зокрема зайнятого, буде фіксуватись у тих, хто має вищий рівень доходу відносно середнього доходу в суспільстві. При цьому варто наголосити, що зі зростанням середнього доходу в державі, за умови стабільності абсолютного доходу населення, його здоров'я почне погіршуватись. Наприклад, якщо загальне зростання доходів в країні призводить до загального підвищення рівня цін (на житлово-комунальні послуги, предмети першої необхідності, медикаменти тощо) за умови

стабільності доходів частини населення, зокрема зайнятого, то у нього буде менше можливостей, зокрема щодо обмеженості доступу до медичних послуг, тому його здоров'я буде погіршуватись. Це сьогодні яскраво видно при постійному піднятті рівня цін на товари, зокрема житлово-комунальні послуги, при незначному зростанні доходів українців. Тому важливим є розгляд джерел формування особистих доходів респондентів (таблиця 4.5).

Таблиця 4.5

Джерела формування особистого доходу^{*1}

Джерела формування доходу	%
Заробітна плата за основним місцем роботи	74,5
Різні підробітки	19
Пільги	2,8
Пенсії	9,9
Соціальна державна допомога	5,96
Дохід з присадибних ділянок	11,2
Допомога родичів, знайомих	10,43
Дохід від підприємства	2,24
Акції (дивіденди)	0,94
Прибуток з власного підприємства	0,94

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Розглядаючи джерела формування доходів респондентів, можна відмітити, що основним джерелом доходів, як видно з таблиці 4.5, є заробітна плата за основним місцем роботи – 75 %; на другому місці – дохід з присадибних ділянок; а на третьому – допомога родичів, знайомих. Враховуючи те, що заробітна плата в структурі доходів респондентів має, порівняно з іншими джерелами, найбільшу питому вагу, то нині вона, за даними досліджень [496, с. 10], відіграє суттєву роль у визначенні загальної нерівності доходів домогосподарств. Тому найефективнішим напрямом зменшення нерівності відносно здоров'я [497, с. 35–39] та вихідною умовою стимулювання зайнятого населення до збереження здоров'я є зміна питомої ваги заробітної плати в загальній структурі доходів в сторону її зростання. Але в сучасних кризових умовах розвитку України відбулись значні зміни в структурі доходів. Адже в умовах, коли більшість зайнятого населення опинились в ситуації низької

ефективності держави забезпечити функції економічного і соціального його захисту, воно самостійно почало вирішувати проблему покращення рівня свого добробуту. При цьому виникають фактори ризику впливу на його здоров'я.

Так, перевищення законодавчо встановлених нормативів щодо тривалості робочої зміни можна вважати надзайнятістю, яка обмежує суттєво час на відпочинок. Однією з вагомих небезпек від надзайнятості є обмеженість використання часу для відпочинку, відновлення свого фізіологічного і психологічного здоров'я, а також вона загострює додатково такі професійні ризики, які можуть небезпечно впливати на стан здоров'я зайнятого населення. Зокрема це стосується появи інноваційних форм зайнятості, теоретичний вплив яких на здоров'я зайнятого населення розглянутий вище.

Важливо акцентувати увагу на тому, що надзайнятість розглядається як фактор погіршення стану здоров'я через перевитрачання значної кількості фізичної, психічної та соціальної енергії, і, як наслідок, – призводить до появи фізичної втоми (перевтоми), нервового напруження, функціональних розладів різних органів і систем організму [498, с. 87–90]; режиму праці, пов'язаного з наявністю змін, що веде до порушення біологічних ритмів організму; викликає труднощі з адаптацією до нових умов, а це, в свою чергу, призводить до перевтоми; зниження функціонально адаптованих реакцій основних систем організму (нервової, ендокринної, серцево-судинної, моторної тощо); підвищення рівня зосередженості, зокрема для молоді, що може призводити до емоційного, фізичного і нервового виснаження та бути фактором, який призведе до помилки, а це, в окремих видах зайнятості, є вкрай небезпечним не тільки для їх здоров'я, а й для оточуючих та навколишнього середовища.

Крім того, важливою особливістю додаткової зайнятості є вік зайнятого населення. Так, існує стійка зміна функціональних і адаптаційних можливостей організму з віком. Тому зі зростанням професійного стажу (не дивлячись на наявність значного досвіду роботи) підвищується ризик травматизму.

Характер трудового навантаження може впливати на спосіб життя людей, зокрема на збереження здоров'я. Цей вплив може мати як позитивний, так і негативний відтінки. З однієї сторони, як відомо, додаткова зайнятість скорочує час на відпочинок, на спілкування з дітьми, послаблює міцність родин, погіршує здоров'я людей, знижує інтерес до інтелектуальних занять. Крім того, робота в неформальному секторі економіки не дає зайнятим громадянам права на: гідну пенсію; оплату лікарняних і відпусток; якісні умови праці; працівникам укладати офіційні трудові угоди з роботодавцями; легально отримувати повну заробітну плату (частину отримують «в конверті»); у разі звільнення за скороченням штатів або ж при виникненні проблем зі здоров'ям отримати компенсаційні виплати і оплати лікарняного листа; захист своїх законних прав, якщо звільнено без поважних причин (вони не можуть звернутись до суду та відстояти свої права відповідно до ч. 1 ст. 172 Кримінального Кодексу України). Безумовно, що при надзайнятості, зайнятості у неформальному секторі економіки поведінка зайнятого населення щодо збереження здоров'я буде знаходитись на низькому рівні.

З іншої сторони, додаткова зайнятість покращує матеріальний стан і послаблює деякі види негативної девіантної поведінки. Вона є умовою виживання (приносить дохід і забезпечує психологічну стійкість). Тому в умовах стабільної економічної кризи в Україні така зайнятість виконує роль підтримання життєдіяльності людини. Крім того, така зайнятість послаблює напруженість, пов'язану зі страхом затримки або не виплати заборгованості на основному місці роботи або загрози її втратити. Відомо, що зайняте населення, яке має додаткову зайнятість, стає більш стійким на ринку праці, мобільнішим, набуває навичок нової економічної культури, вміє захищати свої права. Значним недоліком додаткової зайнятості є розповсюдження некваліфікованої праці.

На жаль, не всі респонденти в ході проведення анкетування вказали, чи працювали в умовах надзайнятості. Для цього було задано таке питання «В

який час Ви виконуєте додаткову роботу?» (всього відповіли 397 респондентів – 74 % із загальної чисельності опитаних громадян). Відповіді розподілились таким чином (рис. 4.19).

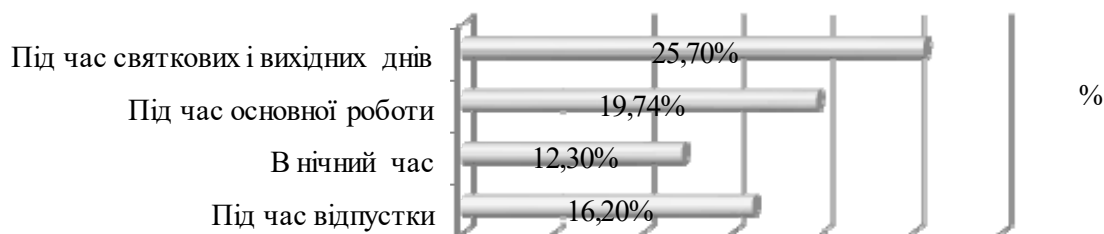


Рис. 4.19. Відповіді респондентів щодо часу виконання додаткової роботи^{*1}

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Аналіз відповідей респондентів щодо часу виконання додаткової роботи дає підстави зробити висновок, що кожен четвертий респондент вказав, що він додатково працює під час святкових і вихідних днів; в нічний час працює 12,3% респондентів; під час відпустки – біля 17% та під час своєї основної роботи – кожен п'ятий респондент. Отже, зайняте населення нехтує своїм правом на реалізацію конституційної норми щодо відпочинку і відпустки, а це прямий шлях до знецінення здоров'я та передчасної смерті. Далі було запитано респондентів щодо регулярності виконання понаднормових робіт (рис. 4.20).

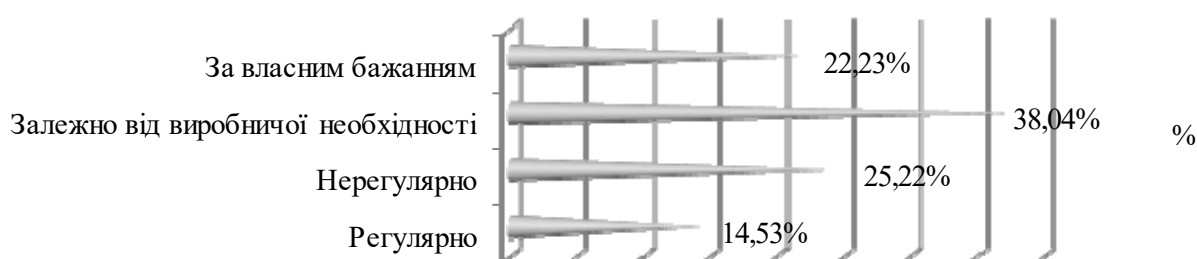


Рис. 4.20. Частота виконання респондентами понаднормової роботи^{*1}

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Оцінюючи частоту виконання понаднормових робіт було з'ясовано, що кожен сьомий респондент регулярно виконує понаднормовані роботи (біля 15 %), а біля 25 % – нерегулярно. Крім того, біля 40 % виконують наведені вище роботи залежно від виробничої необхідності, а 22,23 % респондентів виконували понаднормовані роботи за власним бажанням.

Вітчизняний досвід свідчить, що керівники підприємств (установ, організацій) не здійснюють оплату праці за понаднормову роботу в повному обсязі. Фіксуються випадки, коли роботодавці не сплачують взагалі за понаднормовану роботу, а це вже можна класифікувати як «добровільно-примусову». Тому доцільно виявити відмінності самооцінки здоров'я залежно від тривалості робочого тижня респондентів (рис. 4.21).

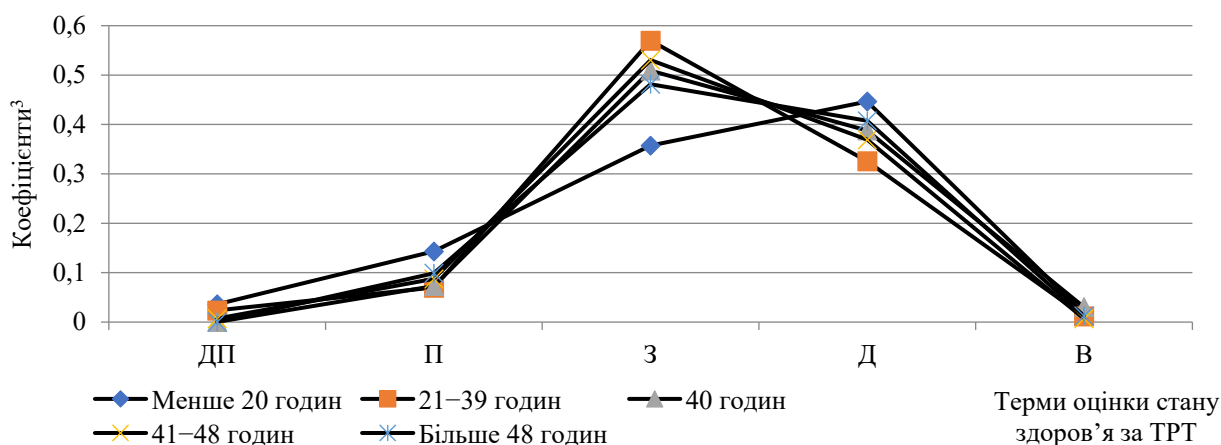


Рис. 4.21. Відмінності самооцінки здоров'я залежно від тривалості робочого тижня (ТРТ) респондентів ^{*1}

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Краще, як свідчить інформація, наведена на рис. 4.21, свій стан здоров'я оцінює зайняте населення, яке працювало менше 20 годин на тиждень, та те, яке відпрацювало більше 48 годин на тиждень, а також те, яке працювало 40 годин на тиждень. Термами «дуже поганий» та «поганий» оцінило стан свого здоров'я зайняте населення, яке пропрацювало менше 20 годин та більше 48 годин. Обґрунтувати цей висновок можна тим, що з збільшенням трудової активності, зокрема зростанням понаднормованої роботи, або її зменшенням

психологічно людина буде відчувати або втому, або недонавантаженість, що може призвести до погіршення стану здоров'я. Найкраще оцінили стан здоров'я ті респонденти, які працювали на тиждень 21–39 годин. Дуже важливо оцінити відмінності самооцінки стану здоров'я залежно від тривалості робочої зміни зайнятого населення (рис. 4.22).

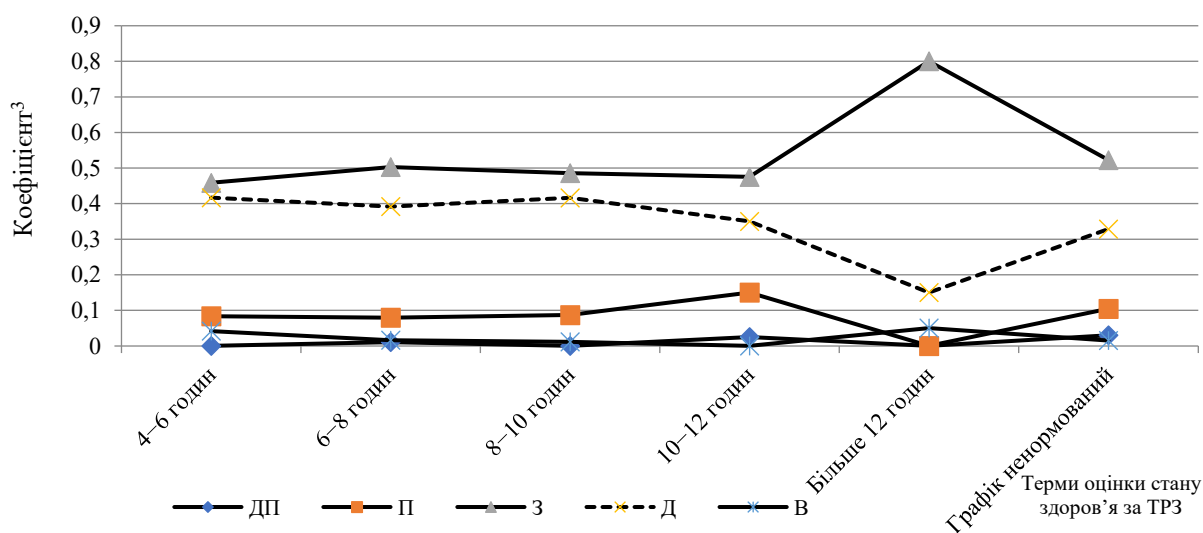


Рис. 4.22. Відмінності самооцінки здоров'я залежно від тривалості робочої зміни (ТРЗ) зайнятого населення ^{*1}

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Найкраще оцінює стан свого здоров'я зайняте населення, виходячи з даних рис. 4.22, яке працює 4–6 годин; далі 8–10 годин та 6–8 годин. Негативно оцінюють стан свого здоров'я те зайняте населення, яке працює 10–12 годин, та те, яке працює в умовах ненормованого графіку роботи. Таким чином, надзайнятість як дуальна особливість сучасного ринку праці істотно впливає на стан здоров'я зайнятого населення, тому вона розглядається нами як важливий елемент механізму ЗЗЗНУ [499].

Неформальна зайнятість має свої особливості, зокрема щодо освітнього фактора впливу на неї. Так, з'ясовано, що зі зниженням рівня освіти зайнятого населення, більша частка залучається до неформальної зайнятості та, навпаки, зростання освітнього рівня зайнятого населення зменшує його частку в неформальній зайнятості. Тому важливим соціально-економічним фактором

впливу на здоров'я та важливим фактором формування поведінки щодо власного здоров'я, його збереження є освіта зайнятого населення [18, с. 14–20]. Так, отримання вищого рівня освіти, як вже було досліджено вище забезпечує істотні переваги на ринку праці. Адже освіта є потужним фактором формування міцного здоров'я в подальшому, оскільки надає ряд переваг щодо доступу до гідної зайнятості (зменшує матеріальну нерівність) та прямо впливає на поведінку індивіда на певних життєвих етапах, зокрема що стосується дотримання принципів здорового способу життя (раціонального харчування, фізичної активності, психологічної стійкості, відсутності шкідливих звичок) та інших елементів механізму ЗЗЗНУ, наприклад, раціональної поведінки під час хвороби, ефективного проведення позавиробничого часу тощо. Проаналізуємо рівень освіти респондентів (рис. 4.23, 2014 рік – а, 2020 рік – б).



Рис. 4.23. Питома вага респондентів за рівнем освіти, %*²

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Отже, найбільша кількість респондентів, як свідчать дані рис. 4.23, мають вищу освіту (кожен другий), питома вага якої в 2020 році зменшилась,

порівняно з 2014 роком, на 6,2 в. п., питома вага зайнятого населення з середньою спеціальною освітою зросла на 8,8 в. п. Середню спеціальну освіту мав в 2020 році майже кожен четвертий, а середню загальну – кожен восьмий. Далі проаналізуємо відмінності самооцінки здоров'я респондентів залежно від освітнього фактора (рис. 4.24, 4.25).

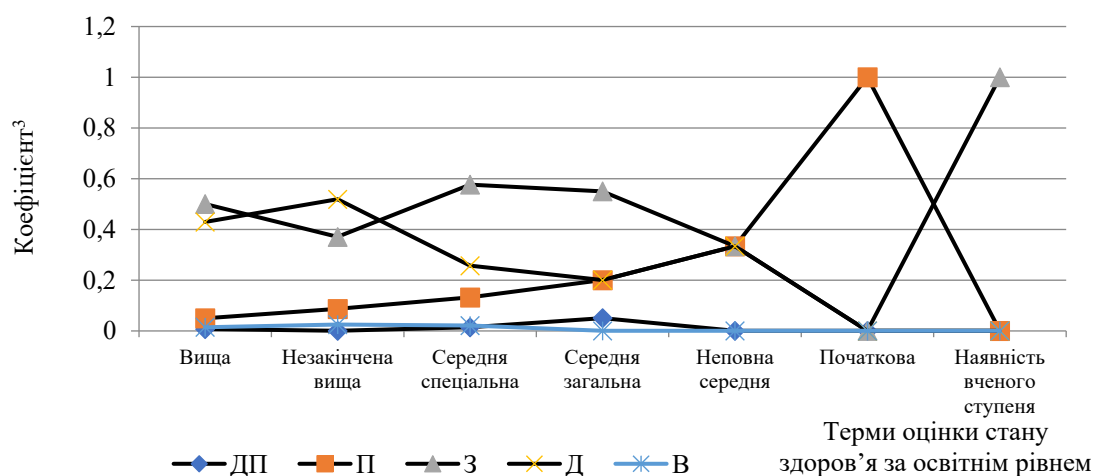


Рис. 4.24. Відмінності самооцінки здоров'я залежно від освітнього рівня^{*1}

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Таким чином, у 2020 році більш чітко намітились зміни щодо посилення взаємозв'язку між рівнем освіти і самооцінкою здоров'я зайнятого населення, як свідчать дані рис. 4.24 та 4.25, особливо це характерно для зайнятого населення з вищою освітою. З'ясовано, що зросла частка зайнятого населення з вищою освітою порівняно з 2014 роком, яке оцінює стан здоров'я більш оптимістично, ніж зайняте населення з нижчим рівнем освіти.

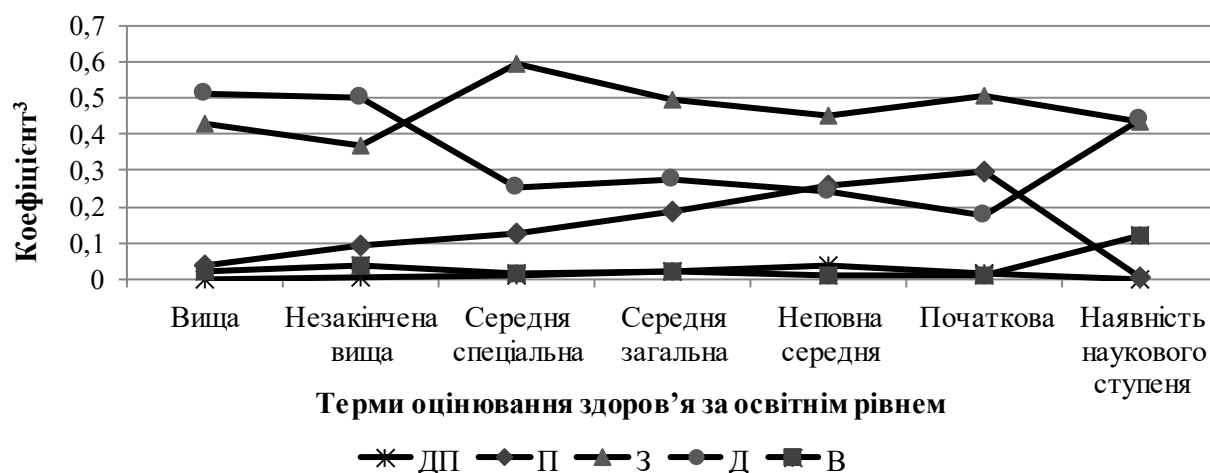


Рис. 4.25. Відмінності самооцінки стану здоров'я залежно від освітнього рівня^{*2}

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Далі проаналізуємо динаміку частки економічно активного населення у віці 15–64 роки, яке має повну вищу освіту, в загальній структурі населення в 2014–2018 роках (рис. 4.26).

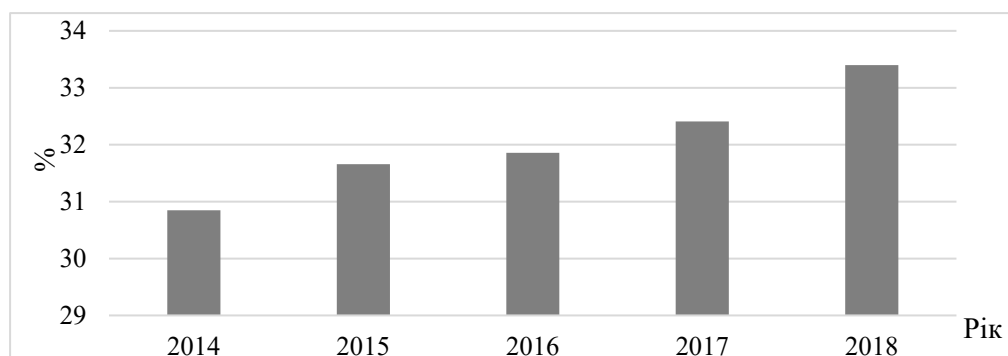


Рис. 4.26. Динаміка питомої ваги економічно активного населення у віці 15–64 роки, яке має повну вищу освіту в загальній структурі населення, %

Джерело: складено автором на основі статистичних даних [399].

Отже, інформація з рис. 4.26 ілюструє, що динаміка зазначеної питомої ваги має стійку тенденцію до зростання, а, отже, здоров'я і рівень його збереження у зайнятих громадян, гіпотетично, має зростати.

Інформація, наведена на рис. 4.24 та рис. 4.25, засвідчує, що чим вищий рівень освіти, тим кращий рівень здоров'я, хоча є відмінність між чоловіками і жінками. Так, для чоловіків з найвищим рівнем освіти збільшується ризик душевного нездоров'я. Наприклад, це непрямым чином підтверджують дані, які наведені на рис. 4.24 та 4.25, адже в вибірці потрапили люди з науковим ступенем, наприклад, в 2014 році в вибірці був присутній кандидат наук, який оцінив стан здоров'я як задовільний, звичайно тут потрібно враховувати ще демографічні й інші соціально-економічні фактори. Вище було акцентовано увагу на тому, що найвищий рівень здоров'я мають особи з незакінченою вищою освітою та вищою освітою (кожен другий респондент з відповідної вибірки). Стан здоров'я як найгірший оцінило зайняте населення (кожен третій респондент), яке має неповну середню освіту, та особи з середньою освітою (кожен п'ятий респондент з відповідної вибірки). Таким чином, підвищення рівня освіти зайнятого населення сприятиме зміцненню їх здоров'я, що має бути враховано при побудові механізму ЗЗЗНУ.

Під час дослідження для визначення чи використовує зайняте населення свої знання і навички в своїй діяльності було задано питання «Чи застосовуєте Ви здобуті в закладах освіти знання і навички у Вашій роботі?». Результати дослідження відповідей респондентів наведені на рис. 4.27.

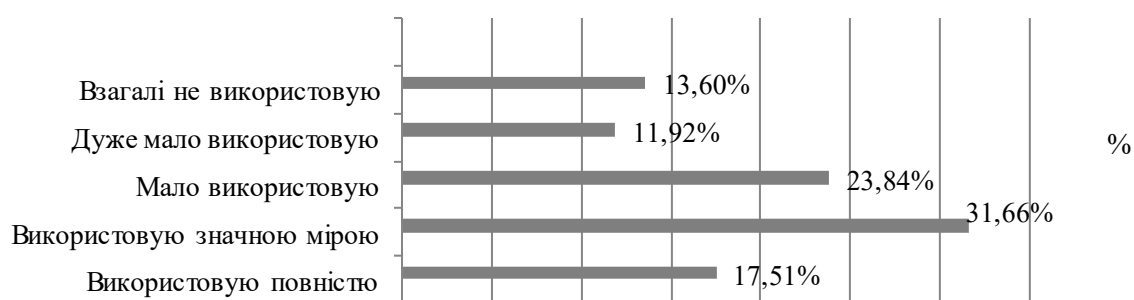


Рис. 4.27. Рівень використання отриманих знань респондентів
під час зайнятості, %*¹

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Таким чином, кожен третій респондент вказав, що знання, які він здобув в закладах освіти, використовує значною мірою, а майже кожен шостий респондент використовує повною мірою. В цілому більшість респондентів в своїй трудовій діяльності, як свідчать результати проведеного опитування, застосовують професійні знання і навички, зокрема що стосуються проблематики збереження здоров'я, що є підґрунтям для формування механізму ЗЗЗНУ в системі забезпечення людського розвитку.

Підсумовуючи наведені вище результати дослідження, можна відмітити, що кожен другий громадянин України оцінює своє здоров'я як «добре», а кожен десятий – як «незадовільне». Кожен сьомий вважає, що перенесені за попередній період захворювання негативно вплинули на повсякденну працездатність, а кожен третій стверджує, що вони негативно впливають на життєву активність. Порівняння результатів самооцінювання здоров'я громадян України з мешканцями країн – членів ЄС засвідчило, що в розвинених країнах громадяни оцінюють його краще.

Краще свій стан здоров'я оцінюють (зайняті респонденти): чоловіки; особи, які проживають в міській місцевості; родини з більш чисельним складом домогосподарств, зокрема з більшою кількістю дітей; особи молодшого віку; особи з більш високим рівнем освіти; неодружені та одружені громадяни; в родинях яких фіксуються мінімальні конфліктні ситуації; особи з більш високим рівнем соціального капіталу; громадяни, які мають вищий рівень соціально-економічного статусу та статусну позицію в сфері зайнятості, зокрема зайняті в сфері підприємництва, зайняті з високим рівнем доходу і освіти; зайняті особи, які задоволені своїм життям та реалізували себе в ньому; зайняте населення, яке не має шкідливих звичок, або максимально мінімізує їх; зайняті особи, які ведуть активний спосіб життя, зокрема займаються спортом, тощо; зайняте населення, яке має релігійні переконання тощо. Отримані результати дослідження можуть бути використані при формуванні державної політики щодо ЗЗЗНУ та концептуальних засад відповідного механізму.

4.3 Професійні стрес-фактори впливу на здоров'я зайнятого населення та його збереження

За даними МОП психосоціальні детермінанти впливу на здоров'я зайнятого населення України сьогодні загальноновизнані глобальною проблемою, а фахівці ВООЗ стверджують, що вони можуть сприяти формуванню стресу на роботі, призводити до погіршення стану здоров'я зайнятого населення, знижувати ефективність професійної діяльності. Результати досліджень, проведених в Європі та інших розвинених країнах, дозволяють стверджувати, що стрес є причиною від 50% до 60% всіх втрачених робочих днів. Крім того, стрес є другою за частотою зареєстрованою причиною захворювання, пов'язаного з трудовою діяльністю, і кожен п'ятий працівник страждає від стресу [500].

Під *професійний стрес* може підпасти кожна зайнята особа незалежно від її положення в суспільстві, посади й матеріального статку. Так, кожен дев'ятий зайнятий з десяти в США, за статистикою, підпадає під дію професійного стресу. При цьому роботодавці витрачають величезні кошти на надання медичної допомоги своїм працівникам, які опинились в ситуації дії на них професійного стресу. У результаті економічні втрати від нього у США перевищують 300 млрд доларів щорічно, а в країнах ЄС – біля 20 млрд дол. США [501]. Крім того, згідно з останніми дослідженнями, стрес здатен знизити ефективність життєдіяльності людини на 70% і більше – залежно від частоти й сили впливу [502]. На жаль, в Україні відсутня офіційна статистика щодо впливу стресу, зокрема професійного, на зайняте населення України. За різними оцінками, практично кожен сьомий громадянин України підпадає під вплив стресу, зокрема професійного, а біля 30% українців відчують вплив потужного стресу [501]. Психофізіологічний стрес на роботі впливає на стан здоров'я зайнятого населення та призводить до стійкого підвищення артеріального тиску, викликає ішемію, провокує раптову стенокардію. Гострий стрес може призвести до виникнення інфаркту міокарда, аритмії та раптової

смерті. Проте більш негативний вплив на стан здоров'я має хронічний стрес або дистрес [503].

Тому психічне здоров'я сьогодні має розглядатись як найважливіша складова механізму ЗЗЗНУ та людського розвитку. Забезпечення психічного здоров'я та зниження рівня професійних стресів зайнятого населення дозволить підвищити рівень економічної активності та зайнятості, підвищити рівень продуктивності праці і соціального капіталу громадян України та сприятиме зниженню конфліктних ситуацій, плинності кадрів, виробничого травматизму і професійної захворюваності та в цілому загальної захворюваності і передчасної смертності.

Опрацювавши результати опитування респондентів, що стосується впливу стресу на них (було поставлено питання «Чи відчували Ви дію стрес-фактора?», були отримані результати, які наведені на рис. 4.28.

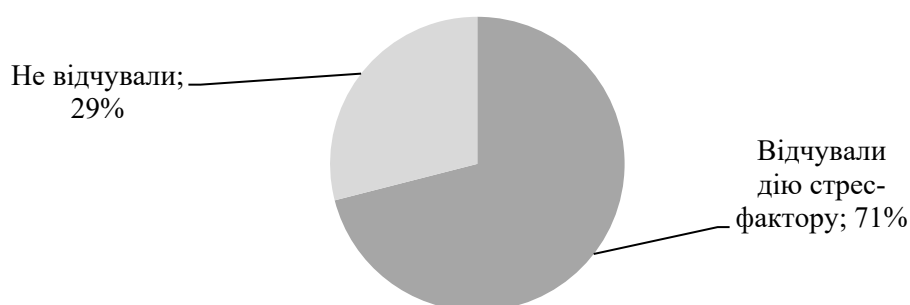


Рис. 4.28. Дія стрес-фактора на респондентів, %*¹

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Отже, практично 70% опитаних відчували дію стрес-фактора під час виконання трудових обов'язків. Наші результати досліджень наближені до статистичних і соціологічних досліджень, зокрема [504]. Сучасні глобалізаційні процеси і зміни на ринку праці в системі «роботодавець – працівник» призвели до виникнення певних психосоціальних умов, які пов'язані з постійними фізичними, інтелектуальними та емоційними навантаженнями; збільшенням кількості годин роботи; страхом опинитись в стані безробіття тощо, що

пов'язано з професійним стресом та обумовлюється погіршенням стану здоров'я зайнятого населення. Проаналізуємо основні стрес-фактори, які призводять до професійного стресу. З цією метою було задано питання «Що може викликати стрес на робочому місці?»; відповіді респондентів наведені в таблиці 4.6.

Таблиця 4.6

Визначені респондентами причини стресу на робочому місці^{*1}

Причини	%
Фізичні навантаження, які викликають втому	33,15
Монотонна, рутинна робота	32,22
Інтелектуальні навантаження	22,35
Незручний час роботи	12,48
Перевищення тривалості робочої зміни	26,26
Нерегулярний графік роботи	13,97
Переслідування працівника (моббінг)	10,25
Небезпечна та шкідлива робота	21,23
Слабкий соціальний захист	12,85

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Інформація, яка відображена в таблиці 4.6 показує, що найвагомішою причиною стресу є фізичні перенавантаження, які викликають втому – 33,15%; далі йде монотонна і рутинна робота – 32,22%; перевищення тривалості робочої зміни – 26,26%; інтелектуальні навантаження – 22,35%. Наведені психосоціальні фактори сприяють формуванню стресу на роботі; приводять до погіршення здоров'я і виснаження (фізичного, інтелектуального та емоційного); знижують ефективність трудової діяльності тощо. Тому тут варто звернути увагу на концепцію «витривалості» [505], яка обґрунтовує, що саме вміння, знання людей дозволяють справлятися з серйозними стресовими ситуаціями, бути витривалими, що має стати елементом механізму ЗЗЗНУ.

Крім того, найбільш вагомими причинами стресу є: дефіцит часу; недостатність залучення зайнятого населення в управління трудовими процесами; відсутність перспектив кар'єрного зростання; відсутність можливості самовдосконалення і покращення трудового процесу та ін. На нерегулярний графік роботи скаржились 13,97% респондентів, зокрема зайняте

населення, яке працювало позмінно. Небезпека для здоров'я зайнятого населення-респондентів в тому, що порушуються біологічні процеси (ритми), які можуть не збігатися з відповідними вимогами виробничого середовища. Може відчуватись спад активності вночі, коли від працівника вимагається активність і високий рівень зосередженості та готовності до праці. Перевищення тривалості робочої зміни хвилює 26,26% респондентів, що може мати такий негативний наслідок для здоров'я, як зростання імовірності виникнення нещасного випадку. На небезпечні та шкідливі умови праці наголошують 21,23% респондентів.

Розглянемо психосоціальні детермінанти, пов'язані з діловою кар'єрою: хвилювання з приводу раннього виходу на пенсію і безробіття; незадоволеність своєю роботою та заробітною платою; хвилювання щодо обмеженості тривалості відпочинку; конфлікти, які можуть призвести до страйків тощо. Так, почнемо аналізувати причини, які можуть призвести до страйків зайнятого населення, результати дослідження наведені в таблиці 4.7.

Таблиця 4.7

Причини, які можуть призвести до протестів зайнятого населення^{*1}

Показники	Кількість відповідей	%
Несправедлива оплати праці (розподіл доходу)	235	43,76
Заборгованість і несвоєчасна виплата заробітної плати	249	46,37
Велика різниця в оплаті праці робітників і керівництва підприємства	75	13,97
Довготривалі безоплатні відпустки або їх загроза з ініціативи адміністрації	58	10,80
Загроза звільнення, страх втратити роботу	113	21,04
Невиконання положень колективного договору	54	10,05
Заборгованість і несвоєчасна виплата відшкодування шкоди постраждалим на виробництві	31	5,77
Несприятливі умови праці	91	16,95
Відсутність пільг і компенсацій при звільненні у разі закриття підприємства	33	6,14

Продовження таблиці 4.7

Показники	Кількість відповідей	%
Низька поінформованість про стан справ на підприємстві	18	3,35
Низький рівень участі робітників в управлінні виробництвом	9	1,68
Наявність родинних відносин на різних рівнях управління підприємством	37	6,89

Джерело: складено автором за результатами опитування.

З таблиці 4.7 видно, що найбільше респондентів (кожен другий) турбує те, що вони можуть своєчасно не отримати заробітну плату або наявність її заборгованості, що може стати головною причиною виникнення страйків – 46,37%; на другому місці несправедлива оплати праці – 43,76%; на третьому місці – загроза звільнення, страх втратити роботу – 21,04%. Тому розглянемо наведені в таблиці 4.8 передумови конфліктних настроїв та їх наслідків. Так, відповіді на одне з найважливіших питань щодо задоволеності респондентами рівнем заробітку розподілились таким чином (таблиця 4.8).

Таблиця 4.8

Рівень задоволеності респондентами заробітком

Показники	%
Дуже задоволений	2,8
Задоволений	35,76
Незадоволений	55,87
Дуже незадоволений	5,59

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Таким чином, кожен другий (55 %) респондент незадоволений рівнем своїх доходів, що провокує ризик виникнення стресових ситуацій, конфліктної поведінки; кожен третій респондент (35,76 %) задоволений своїм рівнем доходу; кожен тридцять шостий (2,8 %) дуже задоволений ним. Невдоволеність в оплаті праці призводить до зміни місця роботи, посади тощо. Тому дуже важливо в роботі оцінити імовірність плинності кадрів. Для цього було задано питання «Наскільки Ви впевнені в тому, що не втратите роботу чи прибуткове заняття у найближчі 12 місяців?», відповіді розподілились таким чином (рис. 4.29).

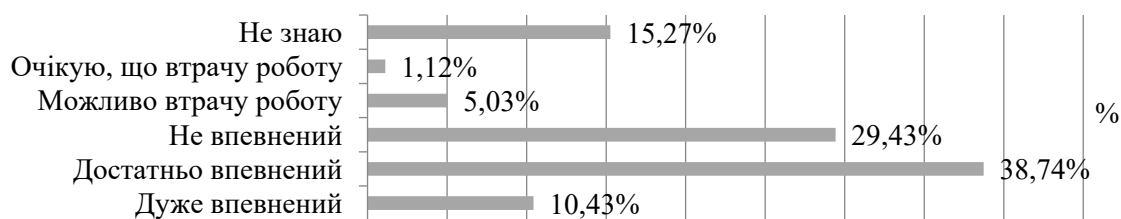


Рис. 4.29. Розподіл відповідей респондентів щодо імовірності бути залишеним на попередній посаді*¹

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Дані, наведені на рис. 4.29, показують, що лише кожен третій респондент (38,74%) впевнений, що залишиться на своїй посаді, що корелює з даними попередньої таблиці 4.8, де аналогічна кількість респондентів ствердно сказали, що їх задовольняє рівень оплати праці. Трохи менше – біля 30% – не впевнені в тому, що залишаться на посаді. Для більш детального вивчення тенденцій щодо можливості переходу на іншу роботу варто проаналізувати інформацію щодо зміни респондентами в минулому своєї роботи, професії. Тому для цього було задано питання «Чи змінювали Ви свою роботу порівняно з попереднім роком?». Дані для оцінювання наведені в таблиці 4.9.

Таблиця 4.9

Зміна своєї роботи порівняно з попереднім роком

Показники	Кількість відповідей	%
Місце роботи і професія залишились попередніми	337	62,76
Змінили професію, але не змінили місце роботи	19	3,54
Змінили місце роботи, але не змінили професію	53	9,87
Змінили і місце роботи, і професію	50	9,31

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Наведені в таблиці 4.9 дані свідчать, що переважна більшість респондентів не будуть змінювати свою роботу і професію (62,76%), але кожен третій респондент має досить високу імовірність залишити своє місце роботи або змінити професію; кожен п'ятий респондент змінював і професію, і місце роботи. Зміна роботи може призвести до фрикційного безробіття. Тому тут

доцільно проаналізувати інформацію щодо перебування зайнятим населенням за останні дванадцять місяців в стані безробіття. З цією метою було задано питання: «Чи були Ви безробітними протягом останніх 12-ти місяців?», відповіді респондентів були розподілені таким чином (таблиця 4.10).

Таблиця 4.10

Самооцінка стану безробіття^{*1}

Показники	%
Так, протягом всього періоду	5,6
Так, більше частини періоду	5,22
Так, більше півроку	5,96
Так, менше півроку	7,83
Ні	75,42

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Так, аналізуючи інформацію, наведену в таблиці 4.10, можна зробити висновок, що три чверті опитаних не перебували в стані безробіття протягом останніх дванадцяти місяців; кожен вісімнадцятий респондент вказав, що перебував в стані безробіття перед зайняттям вакантної посади; перебували більше частини періоду в стані безробіття та більше півроку, або менше півроку – кожен тринадцятий респондент. Таким чином, біля 17 % респондентів перебували в стані безробіття більше 6-ти місяців, а це вважається небезпечним, оскільки, по-перше, втрачається рівень знань і кваліфікації (враховуючи бурхливі темпи розвитку інформаційних технологій; зміни в законодавчій базі тощо); по-друге, безробіття негативно відображається на емоційному і психологічному станах людини; по-третє, воно може бути фактором, який сприяє девіантній поведінці.

Цікавим питанням є зміна рівня доходів зайнятого населення, яке опинилось в стані безробіття. Тому було задано питання: «Якщо Ви були в стані безробіття, то яким був розмір середньомісячної допомоги порівняно з Вашим попереднім середньомісячним доходом?», відповіді розподілились таким чином (табл. 4.11).

Таблиця 4.11

Порівняння рівня допомоги безробітним з минулим їх доходом^{*1}

Показники	%
Майже весь заробіток	9,45
Більше, ніж 50%	18,89
Приблизно 50%	32,62
Від 25 до 49%	19,75
Менше, ніж 25%	19,32

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Так, кожен третій респондент, який опинився в стані безробіття, зауважив, що дохід його зменшився «приблизно вдвічі» – 32,62%, а більш ніж «удвічі» – у кожного п'ятого респондента – 18,89%; менше «на три чверті» мали дохід 19,32%; від 25% до 49% зменшеного доходу мав кожен п'ятий респондент – 19,75%. Нічого не втратив, тобто дохід залишився на тому ж самому рівні, кожен десятий респондент – 9,45%. Цікаво дослідити ситуацію, яка спостерігалась у респондентів, які були змушені переходити від зайнятості до стану безробіття. Було задано питання: «Якщо Ви опинились в стані безробіття, то яка була Ваша поведінка?», відповіді наведені в таблиці 4.12.

Таблиця 4.12

Дії респондентів в період переходу від зайнятості до безробіття

Показники	%
Активно шукали нову роботу	68,15
Пасивно шукали роботу	18,28
Не шукав роботу, оскільки знаходився в стані стресу	4,18
Не шукав роботу, оскільки був запас заощаджень і була потреба в короткостроковому відпочинку	9,4

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Інформація, наведена в таблиці 4.12, свідчить, що 68,15% респондентів (переважна більшість) відразу активно шукали роботу, а пасивно шукали лише 18,28%. Кожен двадцять четвертий респондент не шукав роботу, оскільки на нього негативно вплинув стрес-фактор. Крім того, важливо відмітити, що не шукав роботу майже кожен одинадцятий респондент – 9,4%, оскільки в них були заощадження і вони могли собі дозволити не тільки не працювати, але і

задатися метою відпочити (найімовірніше це було зумовлено психоемоційними факторами: напружена емоційна, інтелектуальна, монотонна робота). Тому короткочасний відпочинок може розглядатись як елемент самозбережувальної поведінки. Крім того, доцільно акцентувати увагу на проблемі обмеженості відпочинку зайнятого населення, яке могло скористатись ним під час вимушеного безробіття. Для цього було задано питання респондентам «Причини, які обмежують Вашу можливість організації відпочинку?», результати опитування наведені в таблиці 4.13.

Таблиця 4.13

Причини обмеження відпочинку респондентів^{*1}

Причини	%
Виробнича необхідність – «завершення справ»	27,38
Страх від втрати роботи	12,11
Дефіцит коштів	54,01
Відпустка роботодавцем не передбачена	7,83

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Більшість респондентів (54,01 %), як видно з інформації, наведеної в таблиці 4.13, дали відповідь, що вони обмежені в фінансових ресурсах, а 27,38 % опитаних (кожен третій) повідомили, що виробнича необхідність завершення виробничих справ не дають цього зробити. Кожен восьмий опитаний обмежений у відпочинку через страх втрати роботи. Більш негативним фактором є те, що кожен дванадцятий респондент не може скористатися законним правом на відпустку – 7,83%. З метою визначення, як зайняте населення проводить свою відпустку, було задано питання: «Як Ви проводити свою відпустку?» (таблиця 4.14).

Переважна більшість опитаного зайнятого населення (44,32 %) відмітили, що відпочивають на території України; 29,24 % (кожен третій опитаний) практикують відпочинок на дачі, а біля 20 % відновлюють свої сили вдома. При цьому варто відмітити, що тільки 9,7 % респондентів повідомили, що мають змогу відпочивати за кордоном. На жаль, взагалі не відпочивають біля 4 % зайнятих громадян, що негативно може вплинути на стан їхнього здоров'я.

Таблиця 4.14

Форми проведення дозвілля зайнятим населенням^{*1}

Вид відпочинку	Кількість відповідей респондентів	Питома вага відповідей, %
Відпочиваємо на дачі	157	29,24
Відпочиваємо на території України	238	44,32
Відпочиваємо дома, нікуди не їздимо	105	19,56
Відпочиваємо за кордоном	52	9,69
Взагалі не відпочиваємо	20	3,73
Відпочиваємо по-іншому	54	10,06

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Через відсутність відпусток, повноцінних вихідних, неякісну організацію проведення відпусток погіршується не тільки фізичне здоров'я, а й душевне, що призводить до такого небезпечного явища, як емоційне вигорання (біля 90 % зайнятого населення сьогодні в Україні, залежно від професії, підпадають під вплив емоційного вигорання).

Варто наголосити, що умови професійної діяльності, зокрема щодо відсутності відпусток, внутрішньо регламентованих перерв тощо можуть бути причиною «синдрому хронічної втоми», який доволі часто веде до «синдрому емоційного вигорання» (фізичне і емоційне виснаження, формування негативного ставлення до роботи і самооцінки, а також послаблення співчуття до оточуючих [506]); дезадаптованість до робочого місця через виснажливу роботу і неадекватні міжособистісні взаємовідносини [507, с. 152]).

Основною причиною синдрому емоційного вигорання вважається психологічна, духовна перевтома. До професійних факторів ризику відносять, перш за все, такі альтруїстичні професії: лікарі (особливо ті, які працюють з важкохворими, також з пацієнтами з наркотичною і алкогольною залежністю), вчителі, психологи, служителі церкви, соціально зайняте населення, письменники, зайняте населення в правоохоронних органах. Для такого зайнятого населення характерні такі особистісні якості, як: підвищений рівень відчуття відповідальності, готовність завжди прийти на

допомогу хворому, прагнення бути потрібним, бажання надати психологічну підтримку, високий моральний рівень, турбота про свій професійний рівень тощо.

При синдромі хронічної втоми зайняте населення турбує втома, що прогресує, зниження працездатності, погане перенесення раніше звичних навантажень, зниження концентрації уваги тощо. Відомо, що перед появою *«синдрому емоційного вигорання»* зайняте населення активно займається трудовою діяльністю, максимально використовуючи всі свої ресурси, таланти, здібності. При цьому забуває про власні потреби, далі настає перша ознака синдрому – виснаження, що характеризується відчуттям перенапруги та вичерпання емоційних і фізичних ресурсів, відчуття втоми, яке не проходить після нічного сну.

Другою ознакою синдрому емоційного вигорання є особисте усунення. В цьому випадку зайняте населення нічого не цікавить із професійної діяльності, нічого не викликає емоційного відгуку, ані позитивні, ані негативні обставини. Третьою ознакою синдрому вигорання є падіння власної самооцінки, зокрема своїх професійних і людських можливостей. Зайняте населення не бачить подальших перспектив для своєї професійної діяльності, знижується задоволеність роботою, втрачається віра в свої професійні можливості. Тому завдання роботодавців (на мікрорівні) не допускати настання у зайнятого населення синдрому *«емоційного вигорання»*, що розглядається як ефективний профілактичний захід і елемент механізму ЗЗЗНУ. Далі розглянемо відмінності самооцінки здоров'я залежно від задоволеності своєю роботою респондентами. Тому було задано питання *«Наскільки Ви задоволені своєю роботою?»*, на що були отримані відповіді (рис. 4.30).

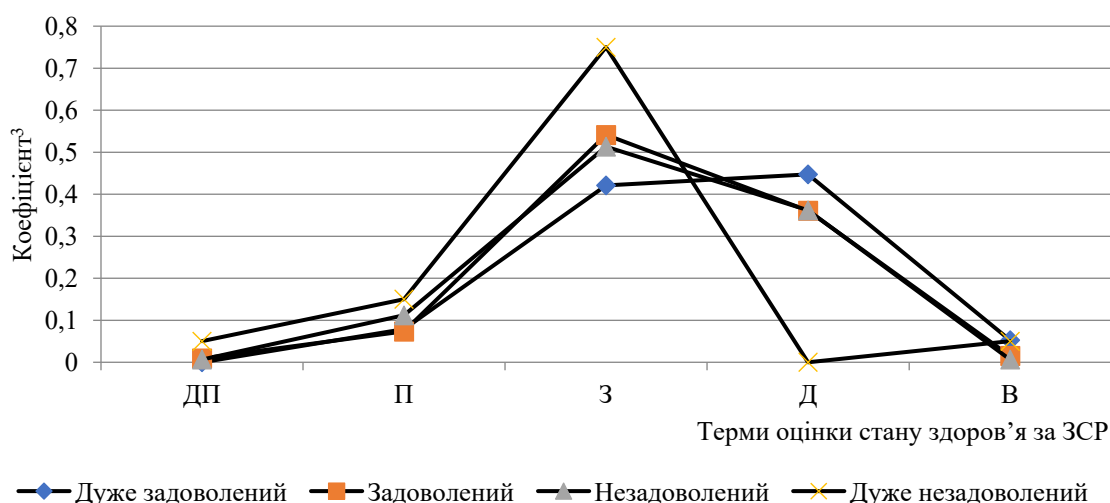


Рис. 4.30. Відмінності самооцінки здоров'я залежно від задоволеності своєю роботою (ЗСР) респондентами ^{*1}

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Відмінності самооцінки здоров'я залежно від задоволеності своєю роботою респондентами, які наведені на рис. 4.30, показують, що найкраще оцінюють свій стан здоров'я ті, які дуже задоволені своєю роботою, – 0,4473; далі, відповідно, ті, які задоволені, – 0,3608. Негативно оцінили свій стан здоров'я термами «дуже поганий» та «поганий» якраз ті, які дуже незадоволені роботою, – 0,2; та незадоволені нею в цілому – 0,1183. Крім синдрому емоційного вигорання на вітчизняних підприємствах поширене явище «насильства, або жорстокості на роботі», наприклад, це проявляється в присутності таких відносин, які пов'язані з моббінгом і буллінгом, які, за даними [508, с. 288], значно погіршують здоров'я зайнятого населення та є більш руйнівними факторами для працівника і роботодавця, ніж всі разом взяті стреси, які стосуються трудової діяльності.

Під «моббінгом» розуміють переслідування когось із співробітників зі сторони керівництва організації, безпосереднього керівника, колеги або підлеглого, які втягують інших в систематичне гноблення, а «буллінг» означає переслідування «один на один» [509]. В результаті колективного

психологічного терору, жорстокості до зайнятого населення зі сторони колег, підлеглих або керівництва здійснюється тиск з метою примушення до звільнення з роботи. Засобами досягнення мети є розповсюдження слухів, залякування, соціальна ізоляція та, особливо, приниження. В результаті цього неперервного, яскраво вираженого ворожого ставлення фізичне і психічне здоров'я людини, яка стала жертвою жорстокого поводження, погіршується. Тому було поставлено питання респондентам: «Чи відчували Ви жорстокість або насильство на роботі?», відповіді респондентів розділились таким чином (табл. 4.15).

Таблиця 4.15

Дослідження фактів жорстокості чи насильства на роботі^{*1}

Показники	%
Грубість, яка викликала емоційне або психологічне страждання	35,8
Фізичний тиск	11,64
Тиск з боку керівництва	44,48
Крадіжка	8,05

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Аналіз даних, наведених в таблиці 4.15, дозволяє стверджувати, що майже 90 % респондентів опинялися в ситуації жорстокості і насильства під час зайнятості, зокрема кожен третій респондент відчув грубість, що викликала у них емоційне або психологічне страждання, – 35,8 %, а кожен восьмий вказав, що на нього здійснювався фізичний тиск, що вже межує з криміналом. Таким чином, зазначену проблему необхідно терміново вирішувати, в іншому випадку ситуація з рівнем захворюваності та смертності, особливо зайнятого населення, буде загострюватись.

Залежно від рівня жорстокості, періодичності і тривалості такої дії та від того, наскільки людина психологічно до цього стійка, виникають такі фізичні й психологічні проблеми зі здоров'ям: зі сном, поява нервових розладів, роздратованість та депресія, труднощі щодо концентрації уваги, панічні настрої, що веде до виникнення шоків здоров'я, зокрема інфарктів і інсультів тощо. В кінцевому підсумку зайняте населення змушене звільнитись з роботи за

власним бажанням, аби не наражати своє життя і здоров'я на надзвичайну небезпеку. В спеціалізованій літературі помітили тенденцію, що після звільнення здоров'я такого зайнятого населення не тільки не поліпшується, навпаки – погіршується, через настання посттравматичного стресу та, як наслідок, відбуваються конфлікти в родинях, це може навіть призвести до непоправного – суїциду.

Крім того, зростання кількості порушень, пов'язаних зі стресом на роботі, обумовлено також розповсюдженням гнучких і нестабільних форм зайнятості, збільшенням інтенсивності праці та надзайнятості [510]. Адже, якщо проаналізувати ринок праці України, сьогодні намітилась така основна тенденція, як перехід зайнятих громадян до неформальної, тіньової, кримінальної та надзайнятості. Отже, проблеми професійного стресу (психосоціальні фактори впливу) досить гостро постають сьогодні на робочих місцях та негативно впливають на здоров'я зайнятого населення. Нині змінюється ставлення зайнятого населення до праці, воно втрачає впевненість в стабільності власного соціального й матеріального добробуту, в гарантованості отримання майбутнього робочого місця, матеріальному добробуті.

Тому зайняте населення, стикаючись з такими проблемами або труднощами, не може реалізувати ту енергію, яка викликається фізіологічним механізмом стресу, і тоді, за даними дослідників, ця енергія починає руйнувати його. Через це, замість нормальних стресових реакцій, зайняте населення починає руйнувати механізми дистресу, коли енергія не може реалізуватись в будь-яких конструктивних діях. Через це зростає кількість психічних, емоційних навантажень, пов'язаних зі стресом на робочому місці. Проявляється тривога, депресія, синдром емоційного вигорання, психосоматичні захворювання, залежність від психотропних речовин (алкоголь, транквілізатори й інші аналогічні речовини), а це веде до девіантної поведінки та, в цілому, до поведінки, направленої на руйнування свого здоров'я.

Існує зв'язок між рівнем здоров'я зайнятого населення та умовами праці. Стан здоров'я зайнятого населення залежить від таких факторів, зокрема ступеня важкості і напруженості праці, шкідливості та небезпечності праці тощо. Загальновідомо, що захворюваність з тимчасовою втратою працездатності знаходиться в прямій залежності від шкідливих і несприятливих факторів виробничого середовища та трудового процесу, а обернена залежність спостерігається в молодшій і старшій вікових групах. Прямий зв'язок встановлюється за наявності виробничого травматизму, хронічних патологій, тривалої перевтоми, стійкового стресового стану. Помічено, що існує сильний кореляційний зв'язок між несприятливими факторами виробничого середовища та загальним стажем роботи, віком, статтю [511].

Тому проаналізуємо інформацію щодо причин невиходу респондентів на роботу (абсентеїзму). Для цього було задано питання «Які основні причини спонукали Вас не виходити на роботу», на яке респонденти дали такі відповіді (табл. 4.16).

Таблиця 4.16

Причини невиходу на роботу респондентів, %^{*1}

Причини	Кількість осіб	%
Через виробничі травми	43	15,09
Через хвороби, які пов'язані з умовами праці	182	63,86
Через стрес на роботі	58	20,35
Через будь-яку жорстокість на роботі	2	0,7
Разом	285	100

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Отже, як видно з аналізу причин невиходу респондентів на роботу (таблиця 4.16), основна причина невиходу зайнятого населення на роботу – через хвороби, які пов'язані з умовами праці (64 %), на другому місці – через стрес на роботі (20 %). Абсентеїзм напряду пов'язаний із негативним впливом умов праці на здоров'я зайнятого населення, адже нині кожен третій працює в умовах, що не відповідають санітарно-гігієнічним нормам. За неофіційними даними в таких умовах працює від 70 % до 90 % зайнятого населення України.

Крім того, варто акцентувати увагу на тому, що високий рівень смертності зайнятого населення від екзогенних причин пов'язаний саме з несприятливими умовами праці (про що свідчать закордонні джерела [512–515]), які є джерелом постійної небезпеки для їх здоров'я [516, с. 191–195; 517–523]. Тому при проведенні дослідження було задано питання «Які шкідливі (небезпечні) виробничі фактори на Вас впливали під час роботи?». Результати опитування респондентів наведені в таблиці 4.17.

Таблиця 4.17

**Шкідливі (небезпечні) виробничі фактори, які впливали на
здоров'я респондентів^{*1}**

Фактори	%
Постійна робота на відкритому повітрі	7,64
Праця стоячи більше 5-ти годин на зміну	17,88
Часті відрядження	7,64
Рутинна (монотонна) праця	24,59
Дія вібрації	6,34
Важка робота	8,76
Вплив шкідливих хімічних речовин	7,45
Підвищений рівень шуму	17,32
Низька температура	11,55
Висока температура	4,66
Низька або висока відносна вологість	3,73
Значні психоемоційні навантаження	35,94
Недостатнє або надмірне освітлення робочої зони	5,78
Висока запиленість або загазованість робочої зони	5,96
Відсутність вентиляції	8,38

Джерело: складено автором за результатами опитування.

З усіх відповідей респондентів (табл. 4.17) видно, що найчастіше респонденти повідомляли про шкідливі (небезпечні) виробничі фактори, зокрема, це: значні психоемоційні навантаження – 35% (кожен третій респондент) та рутинна (монотонна праця) – 24,59% (кожен четвертий опитаний). Отже, найбільшу питому вагу негативного впливу на здоров'я зайнятого населення має саме напруженість праці, а якщо порівняти отримані значення з даними по Україні, то саме вона має найбільший вплив. Далі йде, за важливістю впливу на здоров'я респондентів, праця стоячи (більше п'яти годин за зміну) – 17,88% (кожен шостий респондент). Цей фактор відносять до

важкості праці, якщо його порівняти з даними по Україні, то для респондентів він має вдвічі вищий вплив на здоров'я. Щодо таких шкідливих виробничих факторів, як вібрація, шум, шкідливі хімічні речовини, то вони наближаються до середніх значень по Україні.

На сучасному етапі розвитку економіки основними причинами формування несприятливих умов праці є: недосконалість технологічного процесу; використання основних фондів, які застарілі та несправні, порушення правил охорони праці та промислової безпеки, режимів праці і відпочинку; тривалий час роботи у шкідливих виробничих умовах; порушення правил охорони праці і промислової безпеки в частині невикористання засобів індивідуального і колективного захисту; непроведення або низька якість проведення атестації робочих місць за умовами праці; несвоєчасне виявлення та пізня діагностика професійних захворювань; низька якість проведення медичних оглядів зайнятого населення; руйнація системи промислової медицини.

Нині актуальною проблемою для збереження здоров'я зайнятого населення є праця жінок, які працюють в умовах, що шкодять їхньому репродуктивному здоров'ю. За статистикою біля 80% зайнятих в шкідливих (небезпечних) роботах – це чоловіки, а питома вага жінок, які працюють в таких умовах, коливається в межах 20%. Наприклад, жінки, які працюють в шкідливих (небезпечних) умовах, можуть наражатись на проблеми, пов'язані з погіршенням репродуктивного здоров'я, що обумовлюється на 61% цими умовами [524, с. 49–50]. Зрозуміло, що робота в умовах, які знецінюють здоров'я, призводить не тільки до підвищеного рівня захворюваності, зокрема професійної, але й до скорочення працездатності та рівня економічної активності, підвищення рівня інвалідності і передчасної смертності [525, с. 162–164], що в цілому негативно впливає на людський розвиток.

Нерозвинена система охорони праці може призвести до суттєвого зменшення ВВП країни, наприклад, за різними оцінками ця цифра може сягати

10–20% ВВП. Більш того, за даними [393], період життя, протягом якого людині потрібно миритися з втратою працездатності, викликані умовами праці, міг би на дві третини скоротитись в результаті здійснення програм забезпечення здоров'я на робочому місці. Отже, стан умов праці має розглядатись в аспекті окремого елемента механізму ЗЗЗНУ, факторів запобіганню його захворюваності [526, с. 78] та людського розвитку.

Виникає питання, які причини мотивують зайняте населення працювати в шкідливих та небезпечних умовах праці. Такими мотивами можуть бути: скорочений робочий день; можливість покращити соціально-побутові умови на робочому місці; можливість раніше піти на пенсію в зв'язку з роботою в шкідливих умовах; робота за спеціальністю; можливість отримати житло; можливість забезпечення дітей місцями в дитячих садках; близькість до місця проживання; більш тривала відпустка; високий розряд, можливість професійного зростання; більший розмір заробітної плати; надання путівок в санаторії, будинки відпочинку; відсутність вакансій на ринку праці; страх бути звільненим з роботи тощо.

Відповідними мотивами для жінок, як зазначається в праці [224; 527], є: підвищена заробітна плата; ранній вихід на пенсію; подовжена відпустка; доплати за шкідливі умови праці. Для чоловіків основним таким мотивом є дохід (заробітна плата). Чоловіки вважають, що при дотриманні всіх правил і норм з охорони праці продуктивність праці буде в рази меншою [528–529], що і спонукає їх працювати в ризикових умовах. В ході проведеного дослідження респондентам було задано запитання «За яких обставин Ви б погодились працювати в шкідливих (небезпечних) умовах праці?». Відповіді наведені в таблиці 4.18.

Таблиця 4.18

Мотиви трудової діяльності в шкідливих умовах праці*¹

Мотиви трудової діяльності	%
Можливість отримати квартиру	36,88
Можливість отримувати більшу заробітну плату	38,55
Можливість отримувати додаткові пільги	8,38
Можливість отримувати підвищену пенсію	9,13
Можливість раніше вийти на пенсію	10,06
Можливість набуття відповідного трудового досвіду роботи	3,54
Можливість отримати стаж роботи	4,29
Ніколи не працював би в шкідливих умовах	25,52
Працював би, оскільки в разі відмови був би звільнений	1,31
Працював би, оскільки в разі втрати існуючої роботи були б проблеми при знаходженні іншої роботи	3,91
Працював би, оскільки місце проживання знаходиться біля роботи	1,31

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Отже, основним мотивом роботи в шкідливих умовах праці є можливість отримувати більшу заробітну плату – 38,55%. Звичайно, саме заробітна плата, як свідчать наукові дослідження вітчизняних і закордонних вчених, є вагомим мотивом трудової діяльності, зокрема це стосується і роботи в шкідливих (небезпечних) умовах праці. При настанні нещасного випадку або професійного захворювання витрати відшкодовує Фонд соціального страхування України, який в повному обсязі фінансує витрати, зокрема на медичну, соціальну та професійну реабілітацію; відшкодування витрат потерпілим та ін. В разі, якщо працівник працює в тіньовій економіці, то він втрачає право на гідний соціальний захист.

На другому місці серед мотивів роботи в шкідливих умовах праці є можливість отримання квартири – 36,88%. Адже, якщо нині зайняте населення стане на квартирний облік, то у нього з'явиться шанс отримати квартиру лише приблизно через 140 років. Тому є недивним, що кожен третій респондент буде мотивований працювати в шкідливих і небезпечних умовах праці. Але і ця можливість в Україні є обмеженою, оскільки, якщо взяти питому вагу кількості сімей-черговиків, яким куплено квартири за кошти підприємств, в загальній кількості придбаних квартир, то вона вкрай низька, близько 4%.

Наступним за значимістю є мотив – можливість раніше вийти на пенсію – 10,06 % та можливість отримувати підвищену пенсію – 9,13 % (тобто кожен десятий респондент наголосив на цих мотивах). Крім дострокового виходу на пенсію законодавство передбачає: додаткові відпустки, скорочену тривалість робочого дня, тижня; забезпечення зайнятого населення спеціальним харчуванням, компенсації за роботу в шкідливих умовах праці. Але в 2016 році Уряд України суттєво обмежив коло осіб, які можуть претендувати на достроковий вихід на пенсію, що значно знизить рівень їх мотивації до роботи в таких умовах. Крім того, додатковим мотивом зайнятості в шкідливих умовах може бути надання підприємством додаткових соціальних пільг (таблиця 4.19).

Таблиця 4.19

Соціальні пільги, які сплачують підприємства респондентам^{*1}

Види соціальних пільг	%
Оплата чергових відпусток	58,10
Оплата лікарняних листів	55,5
Оплата відпусток в зв'язку з вагітністю, догляду за дитиною	36,13
Повна або часткова оплата лікування в державних або недержавних медичних закладах	8,94
Оплата путівок в санаторії, дома відпочинку, турбази, дитячі бази відпочинку	14,72
Безкоштовне утримання дітей в дошкільних закладах	2,8
Безкоштовне або пільгове харчування	6,89
Дотації на проїзд співробітників. Оплата проїзних квитків	7,27
Надання кредитів для будівництва або ремонту житла	1,68
Оплата орендованого житла	1,12

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Таким чином, під мотивом роботи в шкідливих умовах праці може бути оплата підприємством *«соціальних пакетів»*. Так, найбільша кількість респондентів вказали, що лише кожен другий респондент користується щорічною законодавчо встановленою відпусткою – 58,10 %; отримав оплату за лікарняні листи – 55,5 %; оплату відпусток в зв'язку з вагітністю, догляду за дитиною – 36,13 %; оплату путівок в санаторіях, домах відпочинку, турбазах, дитячих базах відпочинку – 14,72 %; безкоштовне пільгове харчування – 6,89 %.

Тому мотивація зайнятого населення до збереження здоров'я та створення державою передумов до зайнятості в гідних умовах праці має сприяти

зростанню продуктивності праці; підвищенню якості продукції, покращенню і збереженню здоров'я, зниженню професійної захворюваності, виробничого травматизму; зниженню витрат від захворюваності з тимчасової втрати працездатності. Крім того, як свідчить досвід розвинених країн, необхідно проводити роботу з формування ефективної системи медицини праці на підприємствах. Здоров'я зайнятого населення має розглядатись як головна умова виробництва якісної продукції, оскільки хворий працівник не може виробляти якісну продукцію, цей принцип закладений в стандарти серії ISO та є важливою складовою Глобальної стратегії всеохоплювальної охорони здоров'я на виробництві (WHO, 1995).

Одним із важливих факторів, які визначають стратегії в збереженні здоров'я, є ставлення громадян до системи охорони здоров'я в цілому, останнє можна оцінити за рівнем задоволеності наданими послугами та їх доступністю. Загальновідомим є факт, що більшість громадян України оцінюють сучасну систему охорони здоров'я як неефективну, а частина людей – як небезпечну, що значно скорочує кількість звернень в лікувальні заклади. Важливо визначити мотиви громадян щодо збереження здоров'я та зрозуміти, за яких умов вони будуть зацікавлені звертатись в медичні установи для його збереження.

Так, в літературі виділяють багато мотивів збереження здоров'я, головними з яких, на мій погляд, є: потреба мати міцне здоров'я, а, відповідно, і самопочуття; можливість досягти довголіття з метою виховання своїх дітей та побачити своїх нащадків: онуків, правнуків, праправнуків; мотивація до відчуття задоволеності від життя; потреба в красі та її збереженні; потреба в самореалізації; потреба бути максимально здоровим з метою необтяження своїх близьких і знайомих своєю старістю; потреба економії коштів через те, що дешевше інвестувати кошти в своє здоров'я, ніж інвестувати їх в хворобу; сексуальна потреба; потреба в отриманні пільг (бонусів), кар'єрного зростання та отримання більше доходів тощо. Тому, враховуючи наведені вище мотиви,

своєчасне звернення за медичною допомогою зайнятим населенням розглядається як прояв раціональної поведінки. При цьому треба зважати на такі фактори, як: характер зайнятості, рівень доходів зайнятого населення, сімейний статус, наявність хвороби, вік, освіта тощо, які узагальнені в таблиці 4.20.

Таблиця 4.20

**Систематизація факторів, які впливають на мотивацію
зайнятих громадян до звернення за медичною допомогою**

Мотиваційний фактор	Характеристика
Характер зайнятості	Найбільша імовірність звернень спостерігається у керівників, зокрема середньої ланки; спеціалістів; самозайнятих; кваліфіковане зайняте населення – вони впевнені більше у своїх силах, і розуміють, що збереження здоров'я залежить саме від них, а найменша схильність до звернень спостерігається у пенсіонерів (більшість із них вважає, що від зусиль людей здоров'я мало залежить), осіб з інвалідністю (вони вважають, що зусилля на збереження мінімального здоров'я для них є дуже важливим і мобілізує їх самостійно розв'язувати свої проблеми), безробітних; технічного і допоміжного персоналу; студентів та учнів (впливає фактор віку).
Сімейний статус	Рівень звернень є вищим у сімейних чоловіків і жінок, а через смерть одного із членів родини, через психологічні фактори, цей рівень буде істотно зменшуватись. Крім того, є дані, що піклування про членів родини корелює з необхідністю стежити за своїм здоров'ям і вчасно звертатись до лікарів в результаті потреби, ніж для тих, які не мають родини.
Стать	У жінок більша схильність звертатись до лікарів, ніж у чоловіків.
Вік	Молодь менш схильна звертатись в медичні заклади, ніж працездатне населення старшого віку, вони схильні сподіватись, що хвороба «сама пройде», до самолікування.
Частота звернень	Частота звернень у людей з більш високими доходами вища, ніж у людей з меншими доходами.
Причина звернення	У зв'язку з наявністю хвороб або порушенням здоров'я; біля чверті у зв'язку з проведенням профілактичних оглядів; отриманням довідок та інших медичних документів.

Джерело: систематизовано автором за [528; 529, с. 142].

Розглянемо частоту пропусків робочих днів в зв'язку з хворобою (таблиця 4.21). Найбільша кількість респондентів пропускали через хворобу 4–7 робочих днів – 20,67 %; далі 2–3 дні пропускають біля 18% респондентів, а більше десяти днів пропускали біля 15% респондентів.

Таблиця 4.21

Частота пропусків робочих днів в зв'язку з хворобою^{*1}

Показники	Кількість відповідей	%
1 день	26	4,84
2–3 дні	96	17,88
4–7 днів	111	20,67
8–10 днів	75	13,97
Більше 10 днів	80	14,89
Взагалі не пропускав	149	27,75

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Крім того, лише кожен четвертий – 27,75% – взагалі не пропускав робочі дні та працював у хворобливому стані. Якщо взяти легку недугу, то виникає питання: «Які мотиви можуть стимулювати не виходити на роботу?». В цьому випадку було задано питання «Якщо у Вас була легка недуга, то які причини спонукали Вас виходити на роботу?», де було отримано цікаві відповіді (табл. 4.22).

Таблиця 4.22

Мотиви виходу на роботу в хворобливому стані^{*1}

Показники	Кількість відповідей	%
Не хочу пропускати роботу, за звичкою	145	27
Пропускаючи робочі дні, втрачаю заробіток	162	30,17
Пропуски через хворобу не влаштовують адміністрацію підприємства	66	12,29
Страх втратити роботу	60	11,17
Не дозволяє суміщення посади	30	5,59
Робота нелегальна, і відсутність на роботі не влаштовує роботодавця	14	2,60
Продовжувати роботу зобов'язують терміни виконання замовлення при одноразовому виконанні робіт	31	5,77
Займаю адміністративну посаду і відповідаю за організацію робіт	39	7,26
Мене нема ким замінити, оскільки існує дефіцит кадрів на підприємстві	78	14,53
Створені умови праці, які дозволяють перебувати на робочому місці в хворобливому стані «кабінетна робота»	39	7,26

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Головним мотивом виходу на роботу в хворобливому стані є втрата доходу, тобто кожен третій респондент (30,17 %) вважає, що, пропускаючи робочі дні, він втрачає заробіток; не хочуть пропускати роботу за звичкою –

27 %; через проблему дефіциту кадрів працює в хворобливому стані кожен шостий зайнятий – 14,53 %; 11,17% респондентів бояться втратити роботу, а 12,29 % вважають, що пропуски робочих днів через хворобу не влаштовують адміністрацію, що це може бути фактором подальшого їх звільнення. Результати досліджень та оцінювання таких поведінкових детермінант, зокрема, як: задоволеність життям, потреби респондентів в житті, рівень задоволеності окремими аспектами життя, зокрема доступність медичної допомоги, поведінка під час лікування тощо наведено в додатку Е.

Підсумовуючи отримані результати варто узагальнити окремі основні висновки. Так, психічне здоров'я займає нині ключову позицію в аспекті забезпечення професійної діяльності та працездатності зайнятого населення України, адже 71 % відчують на собі дію стрес-фактора, який приводиться в дію навантаженнями, пов'язаними з роботою (як наслідок, виникає втома, перевтома і депресія). Варто звернути увагу, що стрес-фактори можуть призводити до небезпечних конфліктних ситуацій (страйки, заворушення та інші явища), а найбільшим мотивувальним фактором конфліктної поведінки є затримка виплат заробітної плати (кожен другий респондент на цьому наголосив), її заборгованість; несправедлива її оцінка; загроза звільнення з роботи. Незадоволеність рівнем заробітної плати, як видно з отриманих результатів, веде до плинності кадрів (40 % респондентів психологічно готові звільнитись з підприємства протягом року).

Негативно впливає на здоров'я фактор безробіття, особливо довгострокове, що є фактором девіантної поведінки. Безробіття суттєво знижує розмір доходу. Так, лише кожна десята зайнята особа не відчула зменшення рівня свого доходу, перебуваючи в стані безробіття, а кожен п'ятий респондент на половину «перекривав» свій минулий дохід допомогою через безробіття. Варто відмітити, що якщо зайняте населення опинялось в стані безробіття, то практично 70 % їх активно одразу шукали нову роботу, а пасивно шукали – 18 %. Стрес досить сильно вплинув на кожного двадцять четвертого

безробітного, які через напружений психологічний стан (депресію) не могли розпочати пошук роботи.

Одним із найважливіших факторів, який є основою збереження, відновлення здоров'я зайнятого населення? є відпочинок. На жаль, біля 30 % опитаних були обмежені в відпочинку, зокрема через виробничу необхідність; кожен другий – через дефіцит коштів. Тобто в даному випадку заробітна плата не виконує свою функцію. З'ясовано, що більшість зайнятого населення проводить свій відпочинок на території України, а кожен третій опитаний – «на дачі». Обмеженість у відпочинку, наряду з низькою заробітною платою, веде до такої психологічно небезпечної ситуації (яка досить сильно розвинена в Україні), як *«емоційне вигорання зайнятого населення»*, при якій здоров'я зайнятого населення сильно знецінюється. Так, проаналізований вплив рівня задоволеності роботою на здоров'я респондентів показав, що найкраще його оцінюють ті, які «дуже задоволені» своєю роботою, ніж ті, які нею «незадоволені». Емоційне вигорання також викликає безліч інших небезпечних явищ, які яскраво простежуються на більшості підприємств не тільки розвинених країн, а й в Україні – *«моббінг»*, *«буллінг»*.

Дуальний характер на ринку праці характеризується надзайнятістю, яка, з однієї сторони, дозволяє в умовах кризової ситуації в соціально-економічній сфері вижити зайнятому населенню та наближено забезпечити йому той рівень добробуту, який був до кризового стану. З іншої сторони, надзайнятість веде до суттєвого знецінення людського капіталу (виснаження фізичного, душевного, соціального і економічного добробуту населення), через обмеження права вибору гідної зайнятості, це, зокрема, штовхає зайняте населення до роботи в шкідливих та небезпечних умовах праці.

Основною причиною абсентеїзму зайнятого населення є погані умови праці, адже біля 90 % працює в шкідливих (небезпечних) умовах (за статистикою – біля 30 %). Як результат – зростає рівень захворюваності серед зайнятого населення. З'ясовано, що найвагомішим шкідливим (небезпечним)

виробничим фактором впливу на здоров'я є значні психоемоційні навантаження – 36 %; монотонність праці – 25 %; важкість праці – 18 %; шум – 17 %. Робота в таких умовах призводить до професійних захворювань і, як наслідок, до передчасної смерті. Розглянута проблема, яка пов'язана з приховуванням роботодавцями даних щодо виникнення на їх підприємствах випадків виробничого травматизму і професійних захворювань. Основними причинами є тіньова і неформальна зайнятість, страх зайнятого населення втратити роботу, бажання зайнятого населення не сплачувати податки, зокрема у фонди загальнообов'язкового державного соціального страхування. На жаль, це загострює інші соціально-економічні й демографічні проблеми, також небезпечно впливає на людський розвиток.

Були виявлені мотиви праці зайнятого населення України в шкідливих (важких, небезпечних, нездорових) умовах праці. Головним таким мотивом є отримання більшої заробітної плати – 39%; отримання квартири – 37%; набуття можливостей раніше вийти на пенсію – 10%. Лише кожен четвертий зайнятий – 25,5% – категорично відмовляється працювати в таких умовах. Тому для 75% опитаних варто розробити систему заходів, які були б направлені на демотивацію їх до роботи в «нездорових умовах праці», в межах запропонованого механізму ЗЗЗНУ, особливо тут має бути врахований «освітній» фактор.

З'ясовано, що на більшості підприємств України порушується загальне право зайнятого населення на реалізацію соціальних пільг і компенсацій. Так, лише 60 % зайнятого населення одержали право на оплату чергових (законодавчо встановлених) відпусток; 55 % – на оплату лікарняних; 36,13 % – відпусток через вагітність та догляд за дитиною. Вражає той факт, що підприємства України не реалізують політику, направлену на запровадження системи «соціальних пакетів», що може бути розглянуто як ефективний інструмент механізму ЗЗЗНУ. Так, згідно з опитуваннями, безкоштовне або пільгове харчування практикується лише на 7% підприємств; оплата путівок в

санаторії – 15 %; дотації на проїзд співробітників – 7 %; оплата орендованого жила – 1,12 %; надання кредитів на купівлю, будівництво або ремонт житла – 1,7 %. Отже, реалізація нової стратегії (на прикладі розвинених країн) *«Здоров'я на робочому місці»*; *«Здоров'я зайнятого населення як елемент забезпечення якості продукції»* та системи *«соціальних пакетів»* має бути визначена важливою складовою механізму ЗЗЗНУ в системі забезпечення людського розвитку.

Доведено, що своєчасне звернення зайнятого населення до лікаря є проявом раціональної поведінки, направленої на збереження їх здоров'я. Виявлено ставлення респондентів до власного здоров'я, їх поведінку під час звернення до лікаря. Так, 65,4 % опитаних впевнені, що в разі виникнення проблем із здоров'ям необхідно терміново звертатись в медичні установи. Аналіз мотивів відмов від звернень до медичних установ засвідчив, що біля 40% зайнятого населення, через різні причини, займались самолікуванням, зокрема це досить істотно пов'язано з сучасними тенденціями, які протікають на ринку праці України. Як наслідок, біля 35% зайнятих переносять хвороби на «ногах», оскільки відчувають страх втратити роботу (особливо в умовах економічної кризи і безробіття); біля 30% відчувають дефіцит часу (задіяні в понаднормових роботах). Отже, проблема абсентеїзму загострюється, оскільки, як свідчать результати опитування, 75 % респондентів пропускали робочі дні через хвороби.

Досліджені мотиви виходу на роботу респондентів у хворобливому стані. Так, біля 25% не пропускали роботи, оскільки вважали, що заробітна плата не перекриється сумою лікарняних листів; 12 % опитаних відчували психофізіологічні фактори впливу, а саме: страх втратити роботу. Ці та багато інших причин змушують зайняте населення працювати в хворобливому стані і знецінювати свій людський капітал.

Визначено, що профілактика стану свого здоров'я (особливо добровільна) є найважливішим елементом механізму ЗЗЗНУ. Так, було акцентовано, що в

центрі цього механізму мають бути покладені принципи *«профілактичної активності»*: *«своєчасності звернення до лікаря»* та *«суворого дотримання рекомендації лікарів»*. Основною завадою на шляху до реалізації цих принципів є обмеженість фінансової можливості бюджетів різних рівнів; застаріле обладнання; емоційне вигорання лікарів; зневіра зайнятого населення щодо якісного надання медичної допомоги, також це стосується проведення сучасної, ефективної діагностики. На жаль, лише кожен другий зайнятий *«добровільно»* проходить профілактичні медичні огляди, а *«обов'язкові»* огляди в переважній більшості випадків проводять формально. Завадами на шляху проведення *«добровільних»* медичних оглядів є: низький життєвий рівень зайнятого населення; дефіцит часу, перевантаженість понаднормованою роботою; наявність значної черги (при безкоштовній системі діагностики); зневіра зайнятого населення до результатів її проведення тощо.

Доступність медичної допомоги є важливою передумовою та елементом реалізації механізму ЗЗЗНУ, оскільки вона відображає економічні, соціальні можливості держави і окремо взятої зайнятої особи щодо мотивації до збереження здоров'я. Досліджуючи поведінку респондентів щодо лікування в медичних закладах та необхідності отримання лікарських засобів і медикаментів було з'ясовано, що біля 50% опитаних (кожен другий) *«за все платив із власної кишені»* (це підтверджується даними вітчизняних вчених); лише кожен п'ятнадцятий отримував лікування і медикаменти *«безкоштовно»*.

Крім того, лише кожен третій респондент має фінансові можливості проведення платної медичної операції, зокрема: біля 29 % опитаних орієнтуються на допомогу родичів, а 17 % – на допомогу друзів та знайомих. На державну допомогу майже ніхто з опитаних не надіється, окрім 4,3 % респондентів, а ще менше довіряють громадським організаціям та благодійним фондам – 3,5 %. Отже, вирішення фінансової проблеми доступності до повноцінної медичної допомоги є наріжним каменем щодо формування раціональної поведінки, направленої на збереження здоров'я. Тому, на мій

погляд, безальтернативним шляхом підвищення рівня доступності зайнятого населення до медичної допомоги є активізація процесів розвитку добровільного і загальнообов'язкового медичного страхування, що є підґрунтям забезпечення людського розвитку.

Висновки до четвертого розділу

Теоретично та емпірично обґрунтовано та систематизовано групи демографічних, соціально-економічних і поведінкових факторів, які впливають на здоров'я зайнятого населення та рівень його збереження. На основі систематизації цих груп факторів (ґрунтуючись на даних 21 розвиненої країни світу) було побудовано математичну регресивно-лінійну багатофакторну модель, яка показує залежність рівня здоров'я зайнятого населення та наведеними групами факторів. Результати дослідження свідчать, що найбільший позитивний вплив на гарний стан здоров'я зайнятого населення мають такі фактори: середня тривалість здорового життя (+1,01); питома вага населення, яке має вищу освіту (+0,39); сукупні витрати на охорону здоров'я на душу населення за ПКС (+0,0008). Найбільший негативний вплив на здоров'я мали такі фактори, як матеріальна нерівність (величина коефіцієнта Джині) (мінус 57,35); наявність підвищеного рівня цукру в крові (мінус 3,13); рівень споживання алкоголю на душу населення (мінус 0,36); підвищений артеріальний тиск (мінус 0,11); середньорічна кількість годин, відпрацьованим одним працівником (мінус 0,034).

Про надійність і адекватність вищенаведеної моделі свідчать такі її параметри: середня похибка апроксимації дорівнює 0,2448%; незміщена оцінка дисперсії становить 74,025; середнє квадратичне відхилення дорівнює 8,6; коефіцієнт детермінації – 0,8559, а розрахункове значення за критерієм Фішера (F) становить 3,2831 (нормативне для нашої моделі ($F_{кр}$) – 2,22. Проведено прогнозування рівня здоров'я населення країн ОЕСР і ЄС, зокрема Австралії,

Австрії, Бельгії, Канади, Естонії, Фінляндії, Франції, Німеччини, Ісландії, Ізраїля, Італії, Японії, Нідерландів, Польщі, Португалії, Іспанії, Швеції, Швейцарії, Туреччини, Великобританії, США та здійснено оцінювання величини похибки моделі з фактичними даними рівня здоров'я та прогнозними.

В процесі емпіричного дослідження впливу демографічних, соціально-економічних та поведінкових факторів на стан здоров'я зайнятого населення було використані дані опитування зайнятих громадян Вінницької області в 2014 та 2020 роках, які порівнювались з даними Державної служби статистики України, Київського міжнародного інституту соціології, міжнародних організацій, зокрема Міжнародного фонду «Відродження», школи охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія», результатами інших досліджень. В основі дослідження лежить метод самооцінювання здоров'я.

Вибірка є репрезентативною для зайнятого населення (віком 18+) Вінницької області (2014 рік) та України (2020 рік) в межах уточнення основних показників 2014 року, які лежать в основі людського розвитку. Загалом було опитано в 2014 році 537 респондентів. В 2020 році – 1217 осіб. Теоретична похибка вибірки для масиву даних в 2014 році становила 5,0 %, а в 2020 році з метою підвищення точності дослідження (із похибкою) – 3,0 %. Розрахувавши коефіцієнт варіації в 2014 та 2020 роках визначено, що сукупність є однорідною, а середня – типовою (коефіцієнт варіації менше граничного значення ($29,55 \%^1$ та $29,52 \%^2 < 33 \%$)).

Проведено дослідження відмінностей в самооцінюванні здоров'я зайнятим населенням за демографічними та соціально-економічними факторами, зокрема за категоріями населення, статусом економічної діяльності, матеріальним статусом, джерелом формування доходів, тривалістю робочого тижня, тривалістю робочої зміни, рівнем освіти, умовами праці, рівнем задоволеністю роботою. Враховуючи показник, який має потужний вплив на індекс людського розвитку – ВВП на душу населення (за паритетом купівельної спроможності) –

зроблено наголос на матеріальному статусі респондентів, адже чим вищий рівень доходів, тим вищий рівень економічної активності, вищий рівень ВВП. Проведене емпіричне дослідження засвідчило, що відбулось зростання питомої ваги зайнятого населення з гарним здоров'ям в 2020 році порівняно з 2014 роком, це підтверджує гіпотезу, що чим вищим є рівень матеріального статусу, тим здоров'я зайнятого населення буде кращим. Так, серед тих, які оцінили своє здоров'я на «добре» та «дуже добре», можна відмітити заможних осіб, у кого середній достаток, а у небагатих осіб ситуація з самооцінкою також має позитивний характер, найгірший рівень здоров'я зафіксований у дуже бідних (третина опитаних) та бідних (кожен другий респондент). Таким чином, отримані дані дослідження наближені до даних оцінки впливу нерівності в розподілі доходів на здоров'я в низці закордонних і вітчизняних досліджень.

В роботі розкритий зміст психосоціальних детермінант впливу на ринок праці України, зокрема: визначено дію стрес-факторів на зайняте населення та його умови праці; проаналізовано фактори, які можуть призвести до протестів зайнятого населення; досліджено період знаходження в стані безробіття, розмір соціальної допомоги через безробіття, поведінку зайнятого населення в період переходу від зайнятості до безробіття, причини обмеження їх відпочинку, форми проведення дозвілля, фактори насильства та жорстокості на роботі. Досліджуючи *«поведінкові фактори»* впливу на здоров'я зайнятого населення, було акцентовано увагу, зокрема на: задоволеності зайнятим населенням власним життям, його потребах в житті та ступінь його реалізації в ньому, наявності шкідливих звичок, особливостях сну, фізичній активності тощо.

Визначено причини абсентеїзму зайнятого населення, базуючись на даних проведеного опитування. З'ясовано, що найвагомішими причинами абсентеїзму зайнятого населення є хвороби, що пов'язані з негативними умовами праці, – 63,86 % опитаних; через стрес на роботі – 20,35 %; через виробничі травми – 15,09 %. Таким чином, абсентеїзм напряду пов'язаний із негативним впливом умов праці на здоров'я зайнятого населення.

Проаналізовано шкідливі (небезпечні) умови праці та їх вплив на здоров'я зайнятого населення. Так, найбільш шкідливими (небезпечними) виробничими факторами є значні психоемоційні навантаження (впливають на кожного третього зайнятого) та рутинна (монотонна) праця (діє на кожного четвертого зайнятого). З'ясовано мотиви трудової діяльності в шкідливих умовах праці, серед яких найвагомішими є: можливість отримувати більший розмір заробітної плати – 38,55 %, отримання житла – 36,88 %. Визначено соціальні пільги, які сплачує підприємство своїм працівникам. Проаналізовано поведінку зайнятого населення щодо звернень за медичною допомогою та проведено оцінювання її доступності. Визначено, що основними мотивами відмови респондентами від звернення до лікарів були: самолікування – 38,92%, дефіцит часу – 28,49 %, перенесення хвороби «на ногах» – 34,45 %. В середньому працівники пропускали роботу в межах 4–7 робочих днів через хворобу – 20,67 %. Досліджено мотиви виходу зайнятим населенням на роботу в хворобливому стані, зокрема це: втрата заробітної плати (доходу) – 30,17 %, дефіцит кадрів – 14,53 %, страх втратити роботу – 11,17 %. Систематизувавши досліджені фактори впливу на здоров'я зайнятого населення України, нині ключовими резервами зміцнення стану здоров'я громадян України, людського розвитку є боротьба з економічною і матеріальною нерівністю, що має усунути з українського життя такі явища, як бідне зайняте населення та медичну бідність. Крім цього, найважливішим резервом є формування вітальної поведінки у зайнятого населення шляхом реалізації механізму ЗЗЗНУ в системі забезпечення людського розвитку.

РОЗДІЛ 5

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ РОЗРОБКИ МЕХАНІЗМУ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЗАЙНЯТОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ В СИСТЕМІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛЮДСЬКОГО РОЗВИТКУ

5.1 Формування механізму збереження здоров'я зайнятого населення України в системі забезпечення людського розвитку

Під механізмом розуміємо систему, яка складається з певних взаємозалежних елементів (методів, інструментів, важелів, стимулів, відповідальності тощо) та факторів впливу, які дозволяють реалізувати поставлену задачу (ціль). Тому вважаємо, що *механізм збереження здоров'я зайнятого населення України* – це система інструментів (соціально-економічних, фінансових, податкових, організаційних, адміністративних та ін.), концепцій, які направлені на реалізацію ефективної політики на макро-, мікро- та особистісному рівнях в напрямку стимулювання та підвищення відповідальності зайнятого населення за збереження власного здоров'я та отримання ефекту синергії в системі забезпечення людського розвитку.

Послідовність формування механізму ЗЗЗНУ в системі забезпечення людського розвитку покажемо на блок-схемі (рис. 5.1). На першому етапі обґрунтовано необхідність формування механізму ЗЗЗНУ, мету та визначено цілі. Необхідність розробки механізму ЗЗЗНУ обґрунтовано в попередніх розділах роботи. Додатково акцентуємо увагу на важливості його реалізації, що пов'язано з такими проблемами, які гальмують соціально-економічний і людський розвиток України, зокрема це високий рівень захворюваності та передчасної смертності населення, зокрема зайнятого, порівняно з країнами ЄС та ОЕСР.

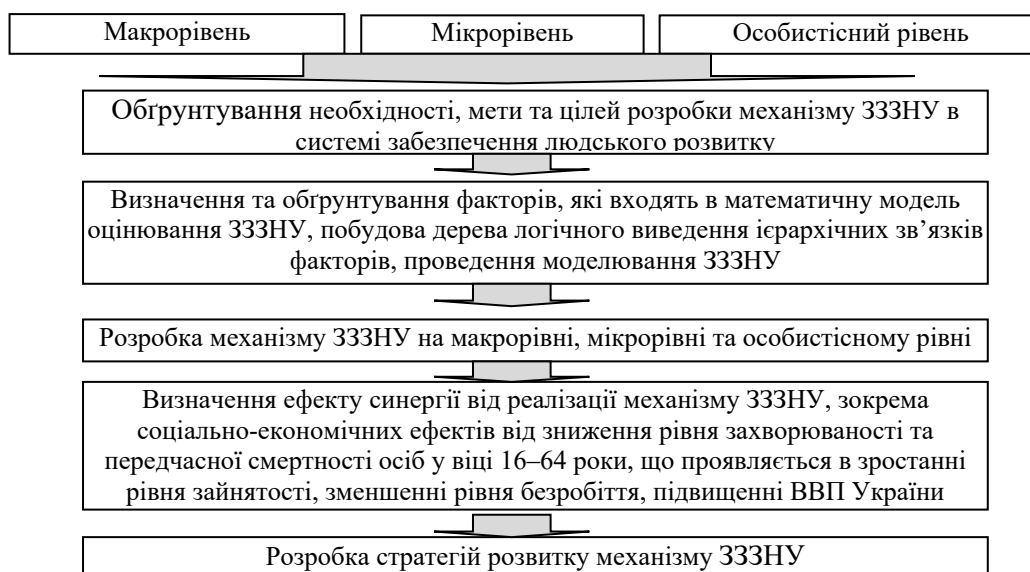


Рис. 5.1. Концептуальні засади формування етапів механізму 333НУ
України

Джерело: розроблено автором.

Це проявляється, враховуючи на:

- *макрорівні* (зростання захворюваності і смертності, підвищення обсягів фінансування системи охорони здоров'я України, зниження рівня макроекономічних показників (ВВП, обсягів промислового виробництва, продуктивності праці тощо), зниження рівня життя населення, зниження рівня задоволеністю життям та гальмування людського розвитку);

- *мікрорівні* (підвищення рівня виробничого травматизму і професійної захворюваності, зростання кількості робочих днів, не відпрацьованих через захворюваність, зокрема виробничо зумовленої; зростання витрат на відшкодування шкоди, заподіяної працівникам через виробничий травматизм і професійні захворювання; зростання прогулів через незадовільні умови праці, зниження рівня продуктивності праці; зростання плинності кадрів та погіршення соціально-трудових відносин, зокрема зростання конфліктних ситуацій;

- *особистісному рівні* (зниження продуктивності праці, втрата частини заробітку через непрацездатність, зростання частки доходу зайнятого населення

на купівлю ліків, медичних засобів, проведення медичних процедур та необхідних хірургічних втручань, зниження добробуту в цілому, зниження рівня задоволеністю життям тощо).

Основною *метою* механізму ЗЗЗНУ є забезпечення формування і реалізації системи заходів на макро-, мікро-, особистісному рівнях в напрямку збереження здоров'я зайнятого населення України в системі забезпечення людського розвитку. Визначено, що основною *гіпотезою* при формуванні відповідних концептуальних засад є обґрунтування ідеї комплексного поєднання політики, стратегій на макро-, мікро- і особистісному рівнях в напрямку формування мотивації зайнятого населення до збереження здоров'я, що дозволить отримати ефект синергії від покращення демографічних, соціально-економічних і поведінкових його факторів в системі забезпечення людського розвитку.

Основними *цільми* відповідного механізму є: формування політики держави, стратегій в напрямку мотивації роботодавців до створення гідних умов праці, умов своєчасного надання медичної допомоги зайнятому населенню та передумов доступності медичних послуг; формування політики, стратегій роботодавців щодо створення гідних умов праці для зайнятого населення (створення безпечних умов праці, забезпечення проходження медичних оглядів, навчання з охорони праці, надання засобів індивідуального захисту, передумов мотивації зайнятого населення до участі в корпоративних програмах здоров'я); формування у зайнятого населення мотивації до самозбереження здоров'я.

Визначення та обґрунтування факторів, які входять в моделювання ЗЗЗНУ, розглянуто в підрозділі 5.2. Наступним етапом концептуальних засад розробки механізму ЗЗЗНУ є обґрунтування та змістовне наповнення його структурними частинами, зокрема, що складаються з таких елементів: принципи, суб'єкти, рівні взаємодії суб'єктів, політика ЗЗЗНУ в системі забезпечення людського розвитку, концепції збереження здоров'я зайнятого населення в системі забезпечення людського розвитку, механізми та інструменти ЗЗЗНУ, результати дії механізму та інструментів ЗЗЗНУ (рис. 5.2).

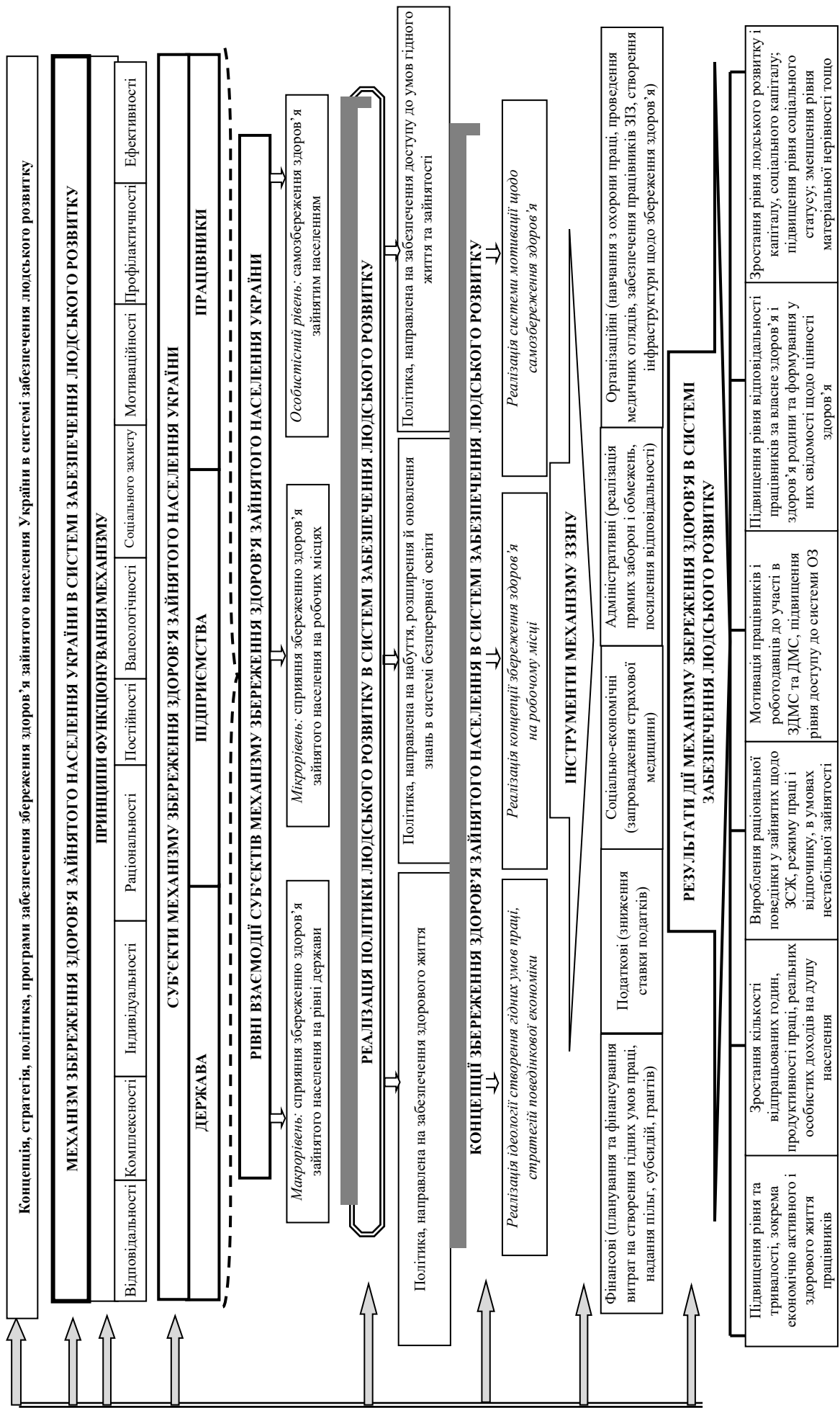


Рис. 5.2. Концептуальні засади формування механізму ЗЗЗНУ в системі забезпечення людського розвитку

Джерело: складено автором.

Так, розглянемо основні структурні елементи, інструменти механізму ЗЗЗНУ (див. рис. 5.2) в системі забезпечення людського розвитку. Отже, основні принципи механізму ЗЗЗНУ:

- *відповідальності* – розглядається як фундаментальна якість держави, роботодавців, зайнятого населення, що проявляється в умінні відповідати перед суспільством, працівниками та самим собою за свої дії, вчинки щодо створення безпечних і здорових умов праці, їх дотримання і нести всю повноту відповідальності за порушення конституційного права громадян України щодо створення належних і безпечних умов праці;

- *комплексності* – розглядається як взаємозумовлений і пропорційно взаємоузгоджений розвиток механізму ЗЗЗНУ як єдиного цілого, який забезпечує взаємозв'язок його елементів і інструментів. Принцип комплексності органічно погоджує всі аспекти проблеми збереження здоров'я зайнятого населення України в системі людського розвитку (забезпечення тривалого і здорового життя, здобуття, розширення й оновлення знань щодо збереження здоров'я в системі розвитку безперервної освіти; забезпечення доступу до гідного рівня життя і зайнятості);

- *індивідуальності* – розглядається в системі формування індивідуальних особливостей зайнятого населення в сфері фізичного, душевного, соціального і економічного добробуту, їх врахування державою і роботодавцями при розробці концепцій, програм, стратегій демографічного, соціально-економічного і поведінкового розвитку;

- *раціональності* – розглядається як створення цілісної системи заходів держави, роботодавців, зайнятого населення в напрямку максимізації вигоди для всього суспільства з позиції збереження здоров'я, тобто головним мотивом в діяльності має бути не лише матеріальний фактор, а й соціальний – збереження здоров'я зайнятого населення та екологічний – забезпечення безпечного навколишнього природного середовища;

- *постійності* – розглядається як фактор забезпечення стабільності в системі взаємовідносин «макрорівень – мікрорівень – особистісний рівень» з позиції незмінності курсу при врахуванні в політиці, господарській діяльності, особистісному житті цінності здоров'я;

- *принцип валеологічності* – розглядається як важливий елемент виховання зайнятого населення в напрямку формування і забезпечення міцного здоров'я, його збереження в системі безперервної освіти. Це має передбачати формування знань про особисте здоров'я, вплив на нього демографічних, соціально-економічних і поведінкових факторів, принципи оздоровлення; валеологічність в питаннях почуття оптимізму і доброти кожної людини, взаємодії в трудовому колективі з колегами; соціальну активність; важливість дотримання правил охорони праці, промислової безпеки, пожежної безпеки, гігієни та виробничої санітарії тощо;

- *соціального захисту* – розглядається як важлива система суспільно-економічних заходів держави, роботодавця в напрямку матеріального забезпечення зайнятого населення в разі виникнення соціальних ризиків (захворюваність, зокрема професійна, виникнення нещасних випадків на виробництві, інше раптове погіршення здоров'я);

- *мотиваційності* – розглядається як елемент мотивації роботодавців і зайнятого населення з метою збереження його життя і здоров'я на основі використання економічно прямих і непрямих стимулів, моральних заохочень, справедливого ставлення до персоналу;

- *профілактичності* – розглядається як фактор попередження настання ризиків для здоров'я зайнятого населення, що ґрунтується на проведенні обов'язкових медичних оглядів зайнятого населення, його диспансеризації, проведенні добровільних медичних оглядів в межах реалізації корпоративних програм здоров'я на вітчизняних підприємствах (установах, організаціях), або робочих місцях;

- *ефективності* – розглядається як дотримання оптимального співвідношення на макро-, мікро- і особистісному рівнях між інвестуванням коштів в збереження життя і здоров'я та отриманими результатами.

Суб'єктами механізму ЗЗЗНУ є макрорівень (рівень держави), мікрорівень (рівень підприємства, установи, організації, робоче місце), особистісний рівень (зайняте населення).

Рівні *взаємодії* суб'єктів механізму ЗЗЗНУ – проявляються в узгодженості комплексного взаємозв'язку між макрорівнем (розробка законів, нормативно-правових актів, програм, концепцій, заходів держави з метою сприяння збереженню здоров'я зайнятого населення України); мікрорівнем (розробка роботодавцями програм, концепцій з урахуванням проведення державної політики збереження здоров'я зайнятого населення та мотивація зайнятого населення до участі в корпоративних програмах здоров'я); особистісним рівнем (узгодженість напрямів держави і роботодавців з системою мотивації зайнятого населення щодо самозбереження здоров'я).

Реалізація політики ЗЗЗНУ в системі забезпечення людського розвитку. Даний структурний компонент механізму ЗЗЗНУ базується на трьох складових політики людського розвитку:

- політика, направлена на забезпечення довгого і здорового життя зайнятого населення;
- політика, направлена на здобуття, розширення й оновлення знань зайнятого населення в системі безперервної освіти;
- політика, направлена на забезпечення доступу до умов гідного життя і зайнятості.

Так, *політика, направлена на забезпечення довгого і здорового життя зайнятого населення* має охоплювати комплекс заходів, направлених, зокрема, на дві важливі складові: створення безпечних і здорових умов праці та створення передумов до залучення зайнятого населення до здорового способу життя.

Політика створення безпечних і здорових умов праці має передбачати, зокрема, посилення відповідальності роботодавців за дотримання умов Генеральної Угоди, колективних угод у сфері охорони праці і промислової безпеки, забезпечення достатніх обсягів фінансування витрат на охорону праці (удосконалення основних засобів, забезпечення зайнятого населення засобами індивідуального захисту, організація навчання з охорони праці та проведення інструктажів з охорони праці (вступного, попереднього, повторного, позапланового, цільового), проведення попередніх і періодичних медичних оглядів, забезпечення спеціальними продуктами харчування тих працівників, які працюють в шкідливих (небезпечних) умовах праці); впровадження сучасних міжнародних стандартів в сфері безпеки та європейських директив в сфері охорони праці; посилення профілактичної роботи Державної служби України з питань праці і підприємств в напрямку організації ефективної роботи з охорони праці, допомога в створенні системи управління охороною праці; посилення відповідальності роботодавців за уникнення виникнення нещасних випадків і професійних захворювань на виробництві; дотримання всіх законодавчих і нормативно-правових актів, які регулюють питання охорони праці, промислової безпеки, пожежної безпеки; проведення вчасно і в повному обсязі атестації робочих місць; розробка заходів та їх суворе виконання і контролювання в напрямку підвищення рівня охорони праці і промислової безпеки; мотивування зайнятого населення до дотримання безпечних і здорових умов праці.

Політика, направлена на залучення зайнятого населення до здорового способу життя має передбачати, зокрема, створення антитютюнових центрів в Україні; підвищення податків на тютюнові, алкогольні вироби та продукти, які шкідливі для здоров'я людей; мотивувати зайняте населення, яке не має шкідливих звичок, зокрема шляхом додаткових доплат до заробітної плати; посилення контролю за рекламою тютюнової та алкогольної продукції, заборона роботодавцями щодо вживання співробітниками алкогольних напоїв

та тютюнових виробів на робочому місці, або встановлення конкретних місць, з урахуванням унеможливлення впливу пасивного паління на інших зайнятих громадян; підвищення рівня фізичної активності шляхом будівництва спортивної інфраструктури на території територіальних громад, підприємств, установ, організацій; підвищення рівня вживання овочів і фруктів, зокрема шляхом зниження податків сільськогосподарським виробникам, або компенсації витрат роботодавцям за комплексні обіди для зайнятого населення, які складаються зі здорової їжі; збереження нормальної ваги тіла; проведення вакцинації, зокрема від інфекційного захворювання COVID-19; формування знань про здорову поведінку та симптоми надзвичайно небезпечних інфекційних і неінфекційних захворювань, зокрема COVID-19; профілактика своєчасного виявлення професійних ризиків і хвороб та формування відповідної поведінки під час хвороби; створення передумов в Україні для реалізації системи загальнообов'язкового та добровільного медичного страхування; допомога працівникам, які опинились у важкій життєвій ситуації, наприклад, через виникнення нещасного випадку, або професійного захворювання і, як наслідок, втрати ними працездатності (наприклад, додатково в межах укладеного колективного договору надання фінансової допомоги за рахунок роботодавця); забезпечення доступу зайнятого населення до якісної медичної допомоги та організація і проведення ефективних медичних оглядів тощо.

Політика, направлена на здобуття, розширення й оновлення знань зайнятого населення в системі безперервної освіти, має передбачати: формування нових рис у зайнятого населення, зокрема таких, як: відкритість інноваційним змінам (наприклад, використання сучасної комп'ютерної техніки, програмного забезпечення, бути готовим до праці в умовах розповсюдження інноваційних форм зайнятості, що вимагає гнучкості в системі збереження власного життя і здоров'я); усвідомлення цінності знань в системі збереження здоров'я; здатність орієнтуватись в умовах невизначеності та уміти визначати і

вживати заходів щодо зменшення ризиків для здоров'я; вміння планувати майбутнє трудове життя, зокрема з урахуванням ризиків у сфері охорони праці; здатність знаходити різні варіанти вирішення проблем, зокрема раціонально діяти в умовах виникнення аварійних ситуацій на виробництві, необхідності надання першої долікарської допомоги (масаж серця, штучне дихання, порядок дій при отруєннях, опіках тощо); постійне самовдосконалення, що передбачає самостійне вивчення інноваційних змін не тільки професійного спрямування, але і того, що стосується питань забезпечення безпечних умов, зокрема зайнятості в умовах запровадження карантину, пов'язаного з розповсюдженням в світі і Україні COVID-19 тощо.

Важливими є реалізація політики щодо впровадження інноваційних методів і форм навчання. Наприклад, з метою підвищення якості здобуття знань зайнятим населенням з питань охорони праці та промислової безпеки варто застосовувати методику, яка запропонована МОП *«Модулі трудових навичок»*, яка дозволяє підвищити рівень мотивації зайнятого населення до вивчення навчального матеріалу за рахунок більш якісного сприйняття інформації.

Політика на зміну змісту освіти, уточнення оптимальної структури знань має передбачати чіткий перелік дисциплін, які формують концепцію збереження здоров'я зайнятого населення України. До них можна віднести «Основи здоров'я», «Захист Вітчизни», «Основи безпеки життєдіяльності», «Валеологія», «Безпека життєдіяльності», «Охорона праці в робочій професії», «Основи охорони праці», «Цивільний захист», «Охорона праці в галузі» (за галузевим спрямуванням). Дані дисципліни мають містити систематизовану систему знань, яка поступово в системі безперервної освіти має сформувати високий рівень збереження здоров'я серед зайнятого населення України.

Важливим аспектом даної політики є інтеграція системи знань, форм і методів навчання, направленої на збереження здоров'я зайнятого населення з освітніми системами і стандартами країн, які входять до ЄС, ОЕСР. Важливо акцентувати увагу на моделі *дуальної* освіти і *неформального* виді навчання.

Політика, направлена на забезпечення доступу до умов гідного життя і зайнятості має передбачати: реформування оплати праці з метою забезпечення мотивації зайнятого населення до збереження здоров'я. Адже, наприклад, теорія очікування говорить, що зайняте населення, яке відповідально ставиться до власного здоров'я, очікує від роботодавця гідної оцінки результатів праці, що має передбачати встановлення справедливої оплати праці, доплат і компенсацій тощо. Дана політика має бути направлена на подолання дискримінації у доступі до роботи, зокрема за такою ознакою, як наявність захворювань, ступеня часткової втрати працездатності, або групи інвалідності; забезпечення відтворювальної й мотиваційної функцій оплати праці та удосконалення системи нормування праці, що має відновлювати витрачене фізичне і психічне здоров'я зайнятого населення, а оптимальне нормування часу та встановлення раціональних режимів праці, відпочинку, встановлення раціональної кількості робочих днів в тиждень сприятливо будуть впливати на збереження здоров'я зайнятого населення і людський розвиток в цілому; забезпечення справедливого перерозподілу доходів зайнятого населення шляхом запровадження прогресивної шкали оподаткування та трансформації системи вторинного перерозподілу доходів, що, відповідно до теорії справедливості, буде мотивувати зайняте населення до збереження здоров'я.

Крім того, відповідна політика має передбачати посилення соціального захисту населення, яке працює, підтримка гідного життєвого рівня у разі настання страхових подій (виплата допомоги з Фонду соціального страхування України через виникнення нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, інше раптове погіршення здоров'я), забезпечення працівників (в разі необхідності) необхідним фінансуванням щодо надання медичної допомоги (проведення хірургічних втручань, консервативного лікування, надання ліків і медичних засобів тощо), засобами пересування, зокрема автомобілем, путівками в реабілітаційно-лікувальні та профілактичні медичні центри, стороннім доглядом тощо; підтримка того зайнятого населення, яке опинилося

у скрутному становищі, та подолання наслідків скрутних становищ, зокрема зменшення масштабів бідності та соціального усунення. Наприклад, в межах дії колективного договору та принципів соціальної відповідальності роботодавці можуть надавати додаткову фінансову допомогу за рахунок власних коштів підприємства, зокрема: на лікування членів родини, придбання дороговартісних ліків чи засобів пересування, виплату частини тіла кредиту, або його відсотків в умовах протікання кризових процесів в економіці і зниження життєвого рівня населення України, на надання допомоги через втрату близьких тощо.

Наступним елементом механізму ЗЗЗНУ є *концепції збереження здоров'я зайнятого населення України в системі забезпечення людського розвитку*, які ґрунтуються на реалізації концепції лібертаріанського патерналізму (на макрорівні), що базується на принципах поведінкової економіки та на таких стратегіях, які розписані в попередніх розділах, зокрема: «прямих заборон, які обмежують можливості індивідуального вибору», «запровадження податків на «гріхи»», «охолодження», «надання повної інформації про товар та його ризику», «впливу на підсвідомість», «заборони використання окремих фінансових інструментів», «ментального бюджетування», «м'якого підштовхування», «стимулювання заходів, які регулюють і контролюють поточну поведінку») з метою мотивації зайнятого населення до збереження здоров'я в системі забезпечення людського розвитку. Це дозволить змінити чинну концепцію в системі ЗЗЗНУ з «патерналістської» на «лібертаринський патерналізм», що дасть можливість працівникам приймати раціональні самостійні рішення щодо власної долі, нести відповідальність, зокрема за збереження власного здоров'я. Крім того, важливим в даній концепції є забезпечення гідних умов праці.

Реалізація *концепції збереження здоров'я зайнятого населення на робочому місці* (на мікрорівні) як складової концептуальних засад механізму ЗЗЗНУ та людського розвитку передбачає: створення і дотримання гідних умов праці, зокрема безпечних і здорових для життя і здоров'я виробничих умов;

реалізація міжнародних стандартів, зокрема: *OHSAS 45001:2018* «Системи менеджменту охорони здоров'я та безпеки праці. Вимоги та рекомендації щодо застосування»; дотримання в своїй діяльності принципів соціального діалогу і соціальної відповідальності; розробка сучасних корпоративних програм, направлених на збереження здоров'я зайнятого населення як ефективної профілактичної складової виникнення захворюваності, зокрема виробничо зумовленої.

Реалізація системи мотивації щодо самозбереження здоров'я зайнятого населення України як складової концептуальних засад механізму ЗЗЗНУ та людського розвитку передбачає формування *парадигми «суб'єкт-суб'єктних відносин»*, з однієї сторони, держави і роботодавця, які комплексно, системно будують фундамент збереження життя і здоров'я для зайнятих громадян, з урахуванням соціально-економічних, адміністративних, організаційних, фінансових та інших інструментів механізму ЗЗЗНУ, з іншої, – працівника, який на основі концепції рефлексивного управління прийматиме рішення щодо своєї поведінки відносно свого здоров'я.

Основними *інструментами* механізму ЗЗЗНУ, які дозволять мотивувати зайняте населення України до збереження здоров'я, є: фінансові, податкові, соціально-економічні, адміністративні, організаційні.

До *фінансових* інструментів механізму ЗЗЗНУ відносимо: планування та фінансування витрат на створення гідних умов праці, системи управління охороною праці; фінансування заходів на попередження виробничого травматизму та професійного захворювання, надання державою пільг, субсидій, грантів роботодавцям, які залучають зайняте населення до корпоративних програм здоров'я; державна підтримка щодо організації і реалізації в Україні системи загальнообов'язкового державного медичного соціального страхування; фінансування державою витрат на забезпечення здорового способу життя серед зайнятого населення тощо. Більш детальні рекомендації та відповідні стратегії наведемо нижче, в іншому підрозділі дисертації.

До *податкових* інструментів відносимо зниження податків тим підприємствам, які виробляють харчову продукцію, яка не шкодить здоров'ю; тим підприємствам, які виробляють продукцію, що призначена для забезпечення спортивної інфраструктури; тим роботодавцям, які фінансують корпоративні програми збереження здоров'я на робочих місцях; тим суб'єктам ринку медичного страхування, які залучають зайняте населення до добровільного медичного страхування, зокрема пов'язаного з виникненням нещасних випадків (незалежно, чи визнають нещасний випадок як такий, що пов'язаний з виробництвом, чи ні), професійного захворювання чи інших раптових проблем із здоров'ям; підвищення податків виробникам продукції, яка шкодить здоров'ю, зокрема виробникам алкогольної і тютюнової продукції, виробникам, які використовують в харчовій продукції шкідливі для здоров'я жири, консерванти, замінники тощо; роботодавцям, які не дотримуються вимог охорони праці, промислової безпеки і цивільного захисту.

До *соціально-економічних* інструментів механізму ЗЗЗНУ відносимо: забезпечення соціального захисту зайнятого населення, зокрема від наслідків виникнення нещасних випадків та професійних захворювань, іншого раптового погіршення здоров'я; виведення економіки з тіньового сектору; перерозподіл нерівності за доходами; запровадження соціальних пакетів і корпоративних програм збереження здоров'я тощо.

До *адміністративних* інструментів механізму ЗЗЗНУ відносимо: прямі заборони, або обмеження деяких можливостей вибору, зокрема обмеження часу продажу алкогольних напоїв; заборону паління в громадських та на робочих місцях; заборону використання шкідливих речовин в харчових продуктах; зобов'язання маркувати харчову продукцію та наносити на неї всю достовірну інформацію; відсторонення зайнятого населення, яке не дотримується вимог з охорони праці і промислової безпеки, вчасно не пройшло медичні огляди та навчання і перевірку знань з охорони праці, працює без засобів індивідуального захисту; притягання до адміністративної, дисциплінарної, матеріальної і

кримінальної відповідальності роботодавців і зайняте населення, яке не дотримується вимог збереження здоров'я, що стосується питань охорони праці і промислової безпеки та цивільного захисту.

До організаційних інструментів механізму ЗЗЗНУ відносимо: диспансеризацію зайнятого населення; забезпечення ефективного управління та контролю в сфері соціально-трудових відносин з питань створення гідних умов праці (реалізація соціальних пакетів, національних програм сертифікацій корпоративних програм здоров'я на робочих місцях, розвиток публічно-приватного партнерства; проведення навчання з охорони праці, медичних оглядів, забезпечення зайнятого населення ЗІЗ); організацію системи управління охороною праці, створення структур на макро- і макрорівнях, відповідальних за збереження здоров'я зайнятого населення; децентралізацію в сфері передачі більших повноважень органам територіальних громад з приводу збереження здоров'я зайнятого населення; створення системи моніторингу і контролю за станом здоров'я зайнятого населення України тощо.

Наступним елементом механізму ЗЗЗНУ є *результати його дії в системі забезпечення людського розвитку*. Реалізація запропонованого механізму ЗЗЗНУ дозволить отримати ефект синергії від комплексної взаємодії системи інструментів (фінансових, соціально-економічних, податкових, адміністративних, організаційних) і забезпечити для зайнятого населення довге та здорове життя; можливості набуття, розширення та оновлення системи знань, які направлені на збереження його здоров'я; гідні умови зайнятості тощо.

5.2 Моделювання збереження здоров'я зайнятого населення України

Важливим науково-методологічним завданням в системі розробки механізму ЗЗЗНУ є моделювання його збереження. Більш детально проаналізуємо параметри та склад факторів запропонованої математичної моделі при моделюванні ЗЗЗНУ на макрорівні

$$R = f_r(X, Y, Z), \quad (5.1)$$

де R – лінгвістична змінна, яка характеризує комплексне оцінювання стану ЗЗЗНУ на макрорівні;

X – лінгвістична змінна, яка характеризує поведінкові фактори;

Y – лінгвістична змінна, яка характеризує соціально-економічні фактори;

Z – лінгвістична змінна, яка характеризує демографічні фактори.

Поведінкові фактори впливу можна подати так

$$X = f_x(x_1, x_2, x_3, x_4, x_5, x_6), \quad (5.2)$$

де x_1 – рівень розповсюдження недостатньої фізичної активності серед осіб старше 18 років, %;

x_2 – рівень розповсюдження тютюнокуріння будь-якого тютюнового продукту для обох статей, %;

x_3 – рівень споживання алкоголю (чистого етилового спирту) на душу населення для обох статей, літрів;

x_4 – рівень розповсюдження підвищеного кров'яного тиску для осіб старше 18 років, %;

x_5 – рівень надлишкової ваги тіла у населення старше 18 років, %;

x_6 – кількість смертельних суїцидів на 100 тис. населення, осіб.

Соціально-економічні фактори впливу можна записати як

$$Y = f_y(y_1, y_2, y_3, y_4, y_5, y_6, y_7, y_8), \quad (5.3)$$

де u_1 – частка населення у віці 25–64 роки, яке має вищу освіту, %;

u_2 – загальна житлова площа на одну особу, m^2 ;

u_3 – питома вага витрат населення на продукти харчування в загальній структурі їх доходів, %;

u_4 – середньомісячна номінальна заробітна плата, євро;

u_5 – рівень недоступності до медичної допомоги, %;

u_6 – питома вага приватних витрат в загальних витратах системи охорони здоров'я України, %;

u_7 – середня тривалість безробіття, місяців;

u_8 – питома вага населення, охопленого туризмом, в загальній чисельності населення, %.

Демографічні фактори впливу записані у вигляді

$$Z = f_z(z_1, z_2), \quad (5.4)$$

де z_1 – питома вага громадян працездатного віку, які мають зареєстроване захворювання, %;

z_2 – очікувана тривалість здорового життя, років.

Оцінювання значень лінгвістичних змінних, що наведені у співвідношеннях (5.1–5.4), виконується на основі застосування відповідних термів. Кількість термів при моделюванні ЗЗЗНУ може бути для запропонованих змінних (факторів) різною. Так, термами для оцінювання такої змінної, як « X_5 – Рівень надлишкової ваги тіла у населення старше 18 років, %» визначені такі: «Низький (Н); «Нижче середнього» (Нс); «Середній» (С); «Вище середнього» (Вс); «Високий» (В), з універсальною множиною від 0–60 %. Дерево логічного висновку ієрархічних зв'язків факторів, які дозволяють оцінити стан ЗЗЗНУ України, наведено на рис. 5.3, де коренем дерева є стан ЗЗЗНУ, а листям, відповідно, поведінкові, соціально-економічні, демографічні фактори, які мають вплив на цей стан.

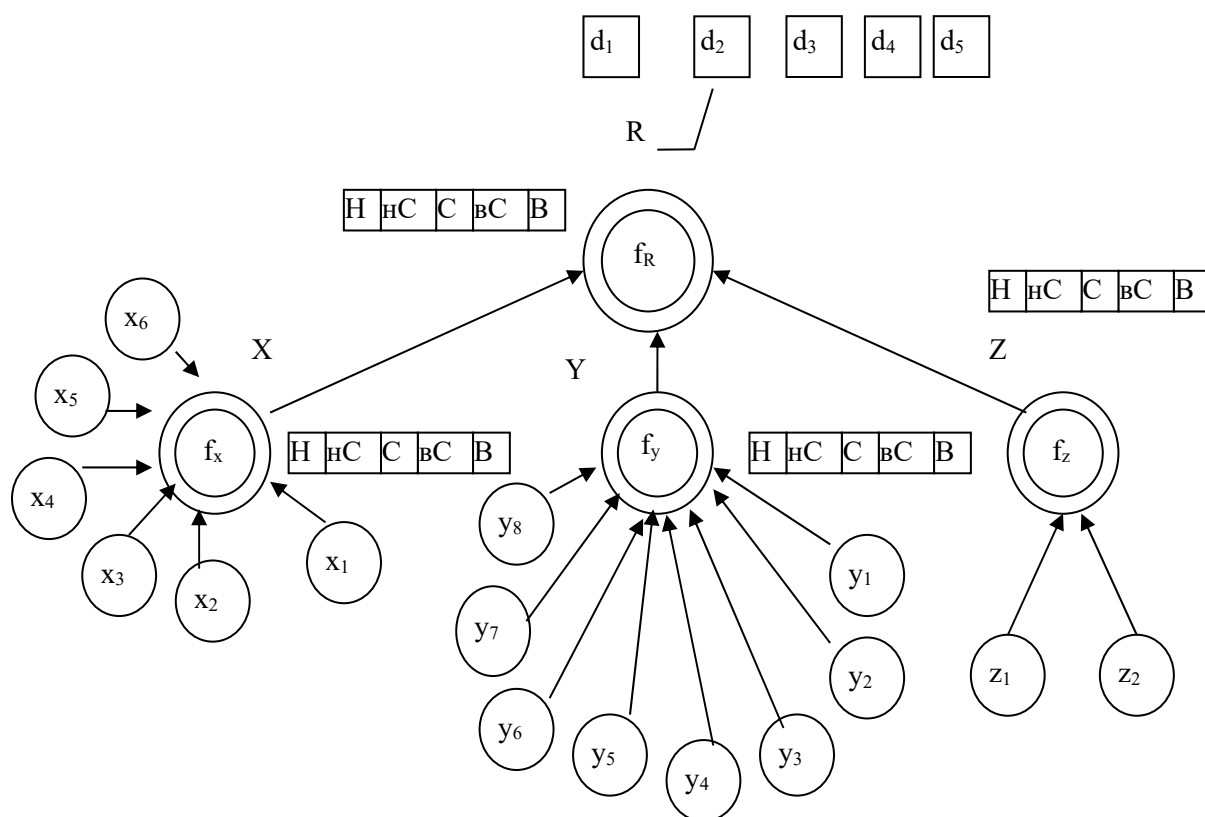


Рис. 5.3. Дерево логічного висновку ієрархічних зв'язків факторів, де $H, HС, C, ВС, В$ – терми оцінювання (відповідно: H – «низький рівень»; $HС$ – «нижче середнього рівня»; C – «середній рівень»; $ВС$ – «вище середнього рівня»; $В$ – високий рівень).

Джерело: розроблено автором.

Узагальнений алгоритм оцінювання стану ЗЗЗНУ України такий:

- на першому етапі передбачено конструювання дерева логічного висновку (де одинарними кружками позначено фактори, що впливають на оцінку стану ЗЗЗНУ), яке наведено на рис. 5.3 та визначає алгоритм дій;
- фазифікація вхідних змінних здійснюється на наступному етапі, де задається терм-множина для оцінювання кожної змінної. Наступним кроком є побудова функцій належності кожного терму, визначені на дискретній універсальній множині. На основі формування відповідної бази знань та використовуючи функції належності кожного терму одержуємо аналітичні моделі функцій належності термів та визначаємо значення вхідних змінних;

- алгоритм подальших дій містить розрахунок значень функцій належності термів, відповідно до побудованих логічних рівнянь (5.1–5.4), та значень функцій належності для всіх нетермових вершин;

- на останньому етапі здійснюється розрахунок значень функцій належності для термів, що, в кінцевому підсумку, дозволяє оцінити значення комплексного показника R.

Розглянемо побудову функцій належності для фактора (x_5). З метою отримання лінгвістичної оцінки цього фактора використаємо відповідну множину нечітких термів. Фактор (x_5) задається на універсальній множині $U_{x_1} = (0-60)\%$. Матриця, що відображає парні порівняння різних значень фактора (x_5) до терму «низький», наведена нижче.

	U_1	U_2	U_3	U_4	U_5
U_1	1	7/9	5/9	3/9	1/9
U_2	9/7	1	5/7	3/7	1/7
U_3	9/5	7/5	1	3/5	1/5
U_4	9/3	7/3	5/3	1	1/3
U_5	9	7	5	3	1

Джерело: складено автором за [478, с. 71].

В наведеній вище матриці експертним шляхом визначались елементи останнього рядка, а решта елементів $u_1...u_5$ розраховувались відповідним чином (табл. 5.1). Таким же чином розраховуються матриці парних порівнянь для інших термів. Далі наведемо результати розрахунку ступенів належності елементів до терму фактора (x_5) (табл. 5.1).

Таблиця 5.1

Ступені належності елементів до термів

Ступені належності елементів до термів (фактор x_1)	Елементи				
	u_1	u_2	u_3	u_4	u_5
$\mu_{\text{низький}}(u_i)$	0,36	0,28	0,20	0,12	0,04
$\mu_{\text{низький середнього}}(u_i)$	0,226	0,29	0,226	0,161	0,097
$\mu_{\text{середній}}(u_i)$	0,152	0,212	0,273	0,212	0,152
$\mu_{\text{вищий середнього}}(u_i)$	0,097	0,161	0,226	0,29	0,226
$\mu_{\text{високий}}(u_i)$	0,04	0,12	0,20	0,28	0,36

Джерело: складено автором за [478, с. 71].

Отримані результати, як свідчить інформація таблиці 5.1, функцій належності нормуються шляхом ділення на найбільший ступінь належності. В результаті фактор « X_5 – Рівень надлишкової ваги тіла у населення старше 18 років, %» поданий у вигляді різних нечітких множин.

Наведемо приклад розрахунку для терму «низький» – «Рівень надлишкової ваги тіла у населення старше 18 років».

$$\left(\frac{1}{0}; \frac{0,78}{15}; \frac{0,56}{30}; \frac{0,33}{45}; \frac{0,11}{60} \right).$$

Приклад функцій належності параметра x_5 – «Рівень надлишкової ваги тіла у населення старше 18 років» наведений на рис. 5.4 (та в додатку Ж).

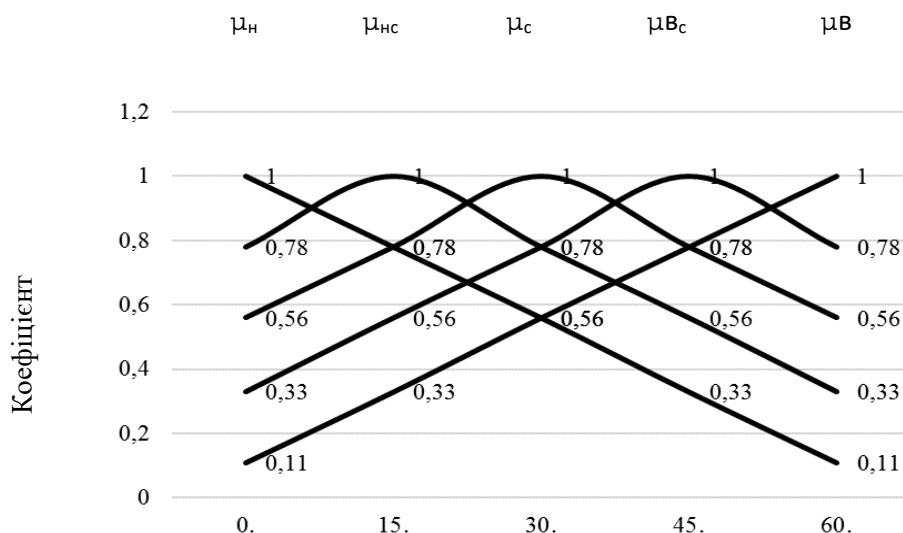


Рис. 5.4. Функції належності параметра x_5 – «Рівень надлишкової ваги тіла у населення старше 18 років», %

Джерело: складено автором за [478, с. 71–72].

Наступним кроком моделювання є побудова нечітких логічних рівнянь. Ці рівняння пов'язують функції належності різних рівнів, з урахуванням вхідних та вихідних змінних, що відображено на побудованому дереві логічного висновку. Для складання нечітких логічних рівнянь задаються бази знань (таблиця 5.2) у вигляді експертних висловлень «ЯКЩО» – «ТО» про зв'язки

нечітких термів вхідних та вихідних лінгвістичних змінних, з урахуванням побудованих співвідношень (5.1–5.4).

Таблиця 5.2

Бази знань і системи нечітких логічних рівнянь для залежності (5.1)

ЯКЩО			ТО
Поведінкові фактори впливу (X)	Соціально-економічні фактори впливу (Y)	Демографічні фактори впливу (Z)	Збереження здоров'я зайнятого населення України (R)
Низькі (Н)	Низькі (Н)	Низькі (Н)	Низький (Н)
Низькі (Н)	Низькі (Н)	Нижчі середнього (Нс)	
Низькі (Н)	Нижчі середнього (Нс)	Нижчі середнього (Нс)	
Нижчі середнього (Нс)	Нижчі середнього (Нс)	Нижчі середнього (Нс)	Нижчий середнього (Нс)
Нижчі середнього (Нс)	Нижчі середнього (Нс)	Нижчі середнього (Нс)	
Нижчі середнього (Нс)	Нижчі середнього (Нс)	Середні (С)	
Нижчі середнього (Нс)	Середні (С)	Середні (С)	Середній (С)
Середні (С)	Середні (С)	Середні (С)	
Середні (С)	Вищі середнього (Вс)	Вищі середнього (Вс)	
Середні (С)	Вищі середнього (Вс)	Вищі середнього (Вс)	Вищий середнього (Вс)
Середні (С)	Вищі середнього (Вс)	Вищі середнього (Вс)	
Вищі середнього (Вс)	Вищі середнього (Вс)	Вищі середнього (Вс)	
Вищі середнього (Вс)	Вищі середнього (Вс)	Вищі середнього (Вс)	Високий
Вищі середнього (Вс)	Високі (В)	Високі (В)	
Високі (В)	Високі (В)	Високі (В)	

Джерело: розроблено автором.

Наведемо систему нечітких логічних рівнянь (5.5–5.9), які базуються на базі знань (табл. 5.2)

$$\mu_H(R) = \mu_{Hx} \mid \mu_{Hy} \mid \mu_{Hz} \vee \mu_{Hx} \mid \mu_{Hy} \mid \mu_{Hcz} \vee \mu_{Hx} \mid \mu_{Hcy} \mid \mu_{Hcz} \quad (5.5)$$

$$\mu_{Hc}(R) = \mu_{Hcx} \mid \mu_{Hcy} \mid \mu_{Hcz} \vee \mu_{Hcx} \mid \mu_{Hcy} \mid \mu_{Hcz} \vee \mu_{Hcx} \mid \mu_{Hcy} \mid \mu_{Cz}, \quad (5.6)$$

$$\mu_C(R) = \mu_{Hcx} \mid \mu_{Cy} \mid \mu_{Cz} \vee \mu_{Cx} \mid \mu_{Cy} \mid \mu_{Cz} \vee \mu_{Cx} \mid \mu_{Bcy} \mid \mu_{Bcz}, \quad (5.7)$$

$$\mu_{Bc}(R) = \mu_{Cx} \mid \mu_{Bcy} \mid \mu_{Bcz} \vee \mu_{Cx} \mid \mu_{Bcy} \mid \mu_{Bcz} \vee \mu_{Bcx} \mid \mu_{Bcy} \mid \mu_{Bcz}, \quad (5.8)$$

$$\mu_B(R) = \mu_{Bcx} \mid \mu_{Bcy} \mid \mu_{Bcz} \vee \mu_{Bcx} \mid \mu_{By} \mid \mu_{Bz} \vee \mu_{Bx} \mid \mu_{By} \mid \mu_{Bz}. \quad (5.9)$$

Лінгвістичним висловленням (5.5–5.9) відповідають отримані нечіткі логічні рівняння на відповідному ієрархічному рівні: системному (R), поведінкові фактори впливу (X), соціально-економічні фактори (Y), демографічні фактори (Z). Фактори X, Y, Z пов’язують функції належності відповідно до вхідних і вихідних змінних на основі використання при їх побудові операцій «min» та «max». Матриця для залежності (5.2) буде мати вигляд (табл. 5.3).

Таблиця 5.3

Матриця знань для залежності (5.2)

ЯКЩО						ТО
Рівень розповсюдження недостатньої фізичної активності, %, (x_1)	Рівень розповсюдження тютюнокуріння будь-якого тютюнового продукту для обох статей, % (x_2)	Рівень споживання алкоголю (чистого етилового спирту) на душу населення для обох статей, літрів, (x_3)	Рівень розповсюдження підвищеного кров’яного тиску для осіб старше 18 років, %, (x_4)	Рівень надлишкової ваги тіла серед населення старше 18 років, %, (x_5)	Кількість смертельних суїцидів на 100 тис. населення, осіб, (x_6)	Поведінкові фактори впливу, (X)
Високий (В)	Високий (В)	Високий (В)	Високий (В)	Високий (В)	Висока (В)	Низькі (Н)
Високий (В)	Високий (В)	Високий (В)	Високий (В)	Вище середнього (Вс)	Висока (В)	
Високий (В)	Високий (В)	Високий (В)	Високий (В)	Вище середнього (Вс)	Висока (В)	
Високий (В)	Високий (В)	Високий (В)	Високий (В)	Вище середнього (Вс)	Висока (В)	Нижче середнього (Нс)
Високий (В)	Високий (В)	Високий (В)	Вище середнього (Вс)	Вище середнього (Вс)	Висока (В)	
Середній (С)	Високий (В)	Середній (С)	Вище середнього (Вс)	Вище середнього (Вс)	Висока (В)	
Середній (С)	Середній (С)	Середній (С)	Вище середнього (Вс)	Середній (С)	Висока (В)	Середні (С)
Середній (С)	Середній (С)	Середній (С)	Середній (С)	Середній (С)	Середня (С)	
Низький (Н)	Середній (С)	Середній (С)	Середній (С)	Середній (С)	Середня (С)	

ЯКЩО						ТО
Рівень розповсюдження недостатньої фізичної активності, %, (x ₁)	Рівень розповсюдження тютюнокуріння будь-якого тютюнового продукту для обох статей, % (x ₂)	Рівень споживання алкоголю (чистого етилового спирту) на душу населення для обох статей, літрів, (x ₃)	Рівень розповсюдження підвищеного кров'яного тиску для осіб старше 18 років, %, (x ₄)	Рівень надлишкової ваги тіла серед населення старше 18 років, %, (x ₅)	Кількість смертельних суїцидів на 100 тис. населення, осіб, (x ₆)	Поведінкові фактори впливу, (X)
Низький (Н)	Низький (Н)	Середній (С)	Середній (С)	Нижчий за середній (Нс)	Середня (С)	Вище середнього (Вс)
Низький (Н)	Низький (Н)	Середній (С)	Нижчий за середній (Нс)	Нижчий за середній (Нс)	Середня (С)	
Низький (Н)	Низький (Н)	Низький (Н)	Нижчий за середній (Нс)	Нижчий за середній (Нс)	Низька (Н)	
Низький (Н)	Низький (Н)	Низький (Н)	Нижчий за середній (Нс)	Низький (Н)	Низька (Н)	Високі (В)
Низький (Н)	Низький (Н)	Низький (Н))	Низький (Н)	Низький (Н)	Низька (Н)	
Низький (Н)	Низький (Н)	Низький (Н)	Низький (Н)	Низький (Н)	Низька (Н)	

Джерело: розроблено автором.

Система нечітких логічних рівнянь, які базуються на базі знань (табл. 5.3), буде мати вигляд

$$\mu_H(X) = \mu_{B(x_1)} \mid \mu_{B(x_2)} \mid \mu_{B(x_3)} \mid \mu_{Bc(x_4)} \mid \mu_{B(x_5)} \mid \mu_{B(x_6)} \vee \mu_{B(x_1)} \mid \mu_{B(x_2)} \mid \mu_{B(x_3)} \mid \mu_{Bc(x_4)} \mid \mu_{Bc(x_5)} \mid \mu_{B(x_6)} \vee \mu_{B(x_1)} \mid \mu_{B(x_2)} \mid \mu_{B(x_3)} \mid \mu_{Bc(x_4)} \mid \mu_{Bc(x_5)} \mid \mu_{B(x_6)}$$

$$\mu_{Hc}(X) = \mu_{B(x_1)} \mid \mu_{B(x_2)} \mid \mu_{B(x_3)} \mid \mu_{Bc(x_4)} \mid \mu_{Bc(x_5)} \mid \mu_{B(x_6)} \vee \mu_{B(x_1)} \mid \mu_{B(x_2)} \mid \mu_{B(x_3)} \mid \mu_{Bc(x_4)} \mid \mu_{Bc(x_5)} \mid \mu_{B(x_6)} \vee \mu_{C(x_1)} \mid \mu_{B(x_2)} \mid \mu_{C(x_3)} \mid \mu_{Bc(x_4)} \mid \mu_{Bc(x_5)} \mid \mu_{B(x_6)};$$

$$\mu_C(X) = \mu_{C(x_1)} \mid \mu_{C(x_2)} \mid \mu_{C(x_3)} \mid \mu_{Bc(x_4)} \mid \mu_{C(x_5)} \mid \mu_{B(x_6)} \vee \mu_{C(x_1)} \mid \mu_{C(x_2)} \mid \mu_{C(x_3)} \mid \mu_{C(x_4)} \mid \mu_{C(x_5)} \mid \mu_{C(x_6)} \vee \mu_{H(x_1)} \mid \mu_{C(x_2)} \mid \mu_{C(x_3)} \mid \mu_{C(x_4)} \mid \mu_{C(x_5)} \mid \mu_{C(x_6)};$$

$$\mu_{Bc}(X) = \mu_{H(x_1)} \mid \mu_{H(x_2)} \mid \mu_{C(x_3)} \mid \mu_{C(x_4)} \mid \mu_{C(x_5)} \mid \mu_{H(x_6)} \vee \mu_{H(x_1)} \mid \mu_{H(x_2)} \mid \mu_{C(x_3)} \mid \mu_{Hc(x_4)} \mid \mu_{Hc(x_5)} \mid \mu_{C(x_6)} \vee \mu_{H(x_1)} \mid \mu_{H(x_2)} \mid \mu_{H(x_3)} \mid \mu_{Hc(x_4)} \mid \mu_{Hc(x_5)} \mid \mu_{H(x_6)};$$

$$\mu_B(X) = \mu_{H(x_1)} \mid \mu_{H(x_2)} \mid \mu_{H(x_3)} \mid \mu_{Hc(x_4)} \mid \mu_{H(x_5)} \mid \mu_{H(x_6)} \vee \mu_{H(x_1)} \mid \mu_{H(x_2)} \mid \mu_{H(x_3)} \mid \mu_{H(x_4)} \mid \mu_{H(x_5)} \mid \mu_{H(x_6)} \vee \mu_{H(x_1)} \mid \mu_{H(x_2)} \mid \mu_{H(x_3)} \mid \mu_{H(x_4)} \mid \mu_{H(x_5)} \mid \mu_{H(x_6)}.$$

Матриця знань для залежності (5.3) буде мати вигляд (таблиця 5.4).

Таблиця 5.4

Матриця знань для залежності (5.3)

ЯКЩО								ТО
Частка населення у віці 25–64 роки, яке має вищу освіту, % (y ₁)	Загальна житлова площа на одну особу, м ² (y ₂)	Питома вага витрат населення на продукти харчування в загальній структурі їх доходів, % (y ₃)	Середньомісячна номінальна заробітна плата зайнятого населення, євро (y ₄)	Рівень недоступності до медичної допомоги, % (y ₅)	Питома вага приватних витрат у загальних витратах системи охорони здоров'я України, % (y ₆)	Середня тривалість безробіття, місяців, (y ₇)	Питома вага населення, охопленого туризмом, в загальній чисельності населення, %, (y ₈)	Соціально-економічні фактори впливу
Низька (Н)	Низька (Н)	Висока (В)	Низька (Н)	Високий (В)	Низька (Н)	Висока (В)	Низька (Н)	Низькі (Н)
Низька (Н)	Низька (Н)	Висока (В)	Низька (Н)	Високий (В)	Низька (Н)	Висока (В)	Низька (Н)	
Нижче за середню (Нс)	Нижче за середню (Нс)	Вище за середню (Вс)	Низька (Н)	Високий (В)	Низька (Н)	Висока (В)	Низька (Н)	
Нижче за середню (Нс)	Нижче за середню (Нс)	Вище за середню (Вс)	Нижча за середню (Нс)	Вище за середній (Вс)	Низька (Н)	Висока (В)	Низька (Н)	Нижче середнього (Нс)
Нижче за середню (Нс)	Нижче за середню (Нс)	Вище за середню (Вс)	Нижча за середню (Нс)	Вище за середній (Вс)	Низька (Н)	Висока (В)	Низька (Н)	
Нижче за середню (Нс)	Нижче за середню (Нс)	Вище за середню (Вс)	Нижча за середню (Нс)	Вище за середній (Вс)	Низька (Н)	Висока (В)	Низька (Н)	
Середня (С)	Нижче за середню (Нс)	Вище за середню (Вс)	Нижча за середню (Нс)	Середній (С)	Низька (Н)	Висока (В)	Низька (Н)	Середні (С)
Середня (С)	Середня (С)	Середня (С)	Нижча за середню (Нс)	Середній (С)	Середня (С)	Середня (С)	Середня (С)	
Середня (С)	Середня (С)	Середня (С)	Середня (С)	Середній (С)	Середня (С)	Середня (С)	Середня (С)	
Середня (С)	Середня (С)	Середня (С)	Середня (С)	Нижчий за середній (Нс)	Середня (С)	Середня (С)	Середня (С)	Вище середнього (Вс)
Вища за середню (Вс)	Вища за середню (Вс)	Нижча за середню (Нс)	Вища за середню (Вс)	Нижчий за середній (Нс)	Висока (В)	Середня (С)	Вище за середню (Вс)	
Вища за середню (Вс)	Вища за середню (Вс)	Нижча за середню (Нс)	Вища за середню (Вс)	Нижчий за середній (Нс)	Висока (В)	Середня (С)	Середня (С)	
Вища за середню (Вс)	Вища за середню (Вс)	Нижча за середню (Нс)	Вища за середню (Вс)	Низький (Н)	Висока (В)	Середня (С)	Висока (В)	Високі (В)
Вища за середню (Вс)	Висока (В)	Низька (Н)	Вища за середню (Вс)	Низький (Н)	Висока (В)	Низька (Н)	Висока (В)	
Висока (В)	Висока (В)	Низька (Н)	Висока (В)	Низький (Н)	Висока (В)	Низька (Н)	Висока (В)	

Джерело: розроблено автором.

Побудуємо систему нечітких логічних рівнянь, які базуються на базі знань (див. таблицю 5.4)

$$\begin{aligned}
 \mu_H(Y) &= \mu_{H(y1)} \mid \mu_{H(y2)} \mid \mu_{B(y3)} \mid \mu_{H(y4)} \mid \mu_{B(y5)} \mid \mu_{H(y6)} \mid \mu_{B(y7)} \mid \mu_{H(y8)} \vee \\
 &\vee \mu_{H(y1)} \mid \mu_{H(y2)} \mid \mu_{B(y3)} \mid \mu_{H(y4)} \mid \mu_{B(y5)} \mid \mu_{H(y6)} \mid \mu_{B(y7)} \mid \mu_{H(y8)} \vee \\
 &\vee \mu_{HC(y1)} \mid \mu_{HC(y2)} \mid \mu_{Bc(y3)} \mid \mu_{H(y4)} \mid \mu_{B(y5)} \mid \mu_{H(y6)} \mid \mu_{B(y7)} \mid \mu_{H(y8)}; \\
 \mu_{HC}(Y) &= \mu_{HC(y1)} \mid \mu_{HC(y2)} \mid \mu_{Bc(y3)} \mid \mu_{HC(y4)} \mid \mu_{Bc(y5)} \mid \mu_{H(y6)} \mid \mu_{B(y7)} \mid \mu_{H(y8)} \vee \\
 \vee \mu_{HC(y1)} \mid \mu_{HC(y2)} \mid \mu_{Bc(y3)} \mid \mu_{HC(y4)} \mid \mu_{Bc(y5)} \mid \mu_{H(y6)} \mid \mu_{B(y7)} \mid \mu_{H(y8)} \vee \mu_{HC(y1)} \mid \mu_{HC(y2)} \\
 &\mid \mu_{Bc(y3)} \mid \mu_{HC(y4)} \mid \mu_{Bc(y5)} \mid \mu_{H(y6)} \mid \mu_{B(y7)} \mid \mu_{H(y8)}; \\
 \mu_C(Y) &= \mu_{C(y1)} \mid \mu_{HC(y2)} \mid \mu_{Bc(y3)} \mid \mu_{HC(y4)} \mid \mu_{C(y5)} \mid \mu_{H(y6)} \mid \mu_{B(y7)} \mid \mu_{H(y8)} \vee \mu_{C(y1)} \mid \\
 &\mu_{C(y2)} \mid \mu_{C(y3)} \mid \mu_{HC(y4)} \mid \mu_{C(y5)} \mid \mu_{C(y6)} \mid \mu_{C(y7)} \mid \mu_{C(y8)} \vee \\
 &\vee \mu_{C(y1)} \mid \mu_{C(y2)} \mid \mu_{C(y3)} \mid \mu_{C(y4)} \mid \mu_{C(y5)} \mid \mu_{C(y6)} \mid \mu_{C(y7)} \mid \mu_{C(y8)}; \\
 \mu_{Bc}(Y) &= \mu_{C(y1)} \mid \mu_{C(y2)} \mid \mu_{C(y3)} \mid \mu_{C(y4)} \mid \mu_{HC(y5)} \mid \mu_{C(y6)} \mid \mu_{C(y7)} \mid \mu_{C(y8)} \vee \\
 &\vee \mu_{Bc(y1)} \mid \mu_{Bc(y2)} \mid \mu_{HC(y3)} \mid \mu_{Bc(y4)} \mid \mu_{HC(y5)} \mid \mu_{B(y6)} \mid \mu_{C(y7)} \mid \mu_{C(y8)} \vee \\
 &\vee \mu_{Bc(y1)} \mid \mu_{Bc(y2)} \mid \mu_{HC(y3)} \mid \mu_{Bc(y4)} \mid \mu_{HC(y5)} \mid \mu_{B(y6)} \mid \mu_{C(y7)} \mid \mu_{C(y8)}; \\
 \mu_B(Y) &= \mu_{Bc(y1)} \mid \mu_{Bc(y2)} \mid \mu_{HC(y3)} \mid \mu_{Bc(y4)} \mid \mu_{H(y5)} \mid \mu_{B(y6)} \mid \mu_{C(y7)} \mid \mu_{B(y8)} \vee \mu_{Bc(y1)} \mid \\
 &\mu_{B(y2)} \mid \mu_{H(y3)} \mid \mu_{Bc(y4)} \mid \mu_{H(y5)} \mid \mu_{B(y6)} \mid \mu_{H(y7)} \mid \mu_{B(y8)} \vee \\
 &\vee \mu_{Bc(y1)} \mid \mu_{B(y2)} \mid \mu_{H(y3)} \mid \mu_{B(y4)} \mid \mu_{H(y5)} \mid \mu_{B(y6)} \mid \mu_{H(y7)} \mid \mu_{B(y8)}.
 \end{aligned}$$

Побудуємо матрицю знань для залежностей (5.4) в таблиці 5.5.

Таблиця 5.5

Матриця знань для залежності (5.4)

ЯКЩО		ТО
Питома вага громадян працездатного віку, які мають зареєстроване захворювання, %, (z_1)	Очікувана тривалість здорового життя, років (z_2)	Демографічні фактори впливу,
Висока (В)	Низька (Н)	Низькі (Н)
Висока (В)	Низька (Н)	
Висока (В)	Низька (Н)	
Висока (В)	Низька (Н)	Нижче середнього (Нс)
Висока (В)	Низька (Н)	
Висока (В)	Низька (Н)	
Середня (С)	Середня (С)	Середні (С)
Середня (С)	Середня (С)	
Низька (Н)	Середня (С)	Вище середнього (Вс)
Низька (Н)	Висока (В)	
Низька (Н)	Висока (В)	

Низька (Н)	Висока (В)	Високі (В)
Низька (Н)	Висока (В)	
Низька (Н)	Висока (В)	

Джерело: розроблено автором.

Система нечітких логічних рівнянь, які базуються на базі знань (таблиця 5.5), буде мати вигляд

$$\mu_H(Z) = \mu_{B(z1)} \mid \mu_{H(z2)} \vee \mu_{B(z1)} \mid \mu_{H(z2)} \vee \mu_{B(z1)} \mid \mu_{H(z2)};$$

$$\mu_{Hc}(Z) = \mu_{B(z1)} \mid \mu_{H(z2)} \vee \mu_{B(z1)} \mid \mu_{H(z2)} \vee \mu_{B(z1)} \mid \mu_{H(z2)};$$

$$\mu_C(Z) = \mu_{B(z1)} \mid \mu_{H(z2)} \vee \mu_{C(z1)} \mid \mu_{C(z2)} \vee \mu_{C(z1)} \mid \mu_{C(z2)};$$

$$\mu_{Bc}(Z) = \mu_{H(z1)} \mid \mu_{C(z2)} \vee \mu_{H(z1)} \mid \mu_{B(z2)} \vee \mu_{H(z1)} \mid \mu_{B(z2)};$$

$$\mu_B(Z) = \mu_{H(z1)} \mid \mu_{B(z2)} \vee \mu_{H(z1)} \mid \mu_{B(z2)} \vee \mu_{H(z1)} \mid \mu_{B(z2)}$$

Тобто, логічні операції «І» (\mid) та «АБО» (\vee), як видно з наведених систем нечітких логічних рівнянь, над функціями належності передбачають заміну операцій «max» та «min»:

$$\mu(a) \mid \mu(b) = \min [\mu(a), \mu(b)];$$

$$\mu(a) \vee \mu(b) = \max [\mu(a), \mu(b)].$$

Наведений вище алгоритм базується на гіпотезі ідентифікації лінгвістичного терму за максимумом функції належності (ФН). Крім того, він узагальнює цю гіпотезу на всю матрицю знань. Застосовуючи функції належності, які наведені в додатку Ж, та здійснюючи розрахунок за відповідними формулами, були визначені аналітичні моделі (додаток И) ФН оцінок входних змінних для всіх використовуваних термів.

Згідно з побудованими ФН кожного терму на дискретній універсальній множині за допомогою логічних рівнянь (5.1–5.4) значень ФН для всіх нетермових вершин було отримано значення ФН термів-оцінок для всіх змінних і значення ФН для всіх нетермових вершин. Далі наведемо фактори

запропонованої моделі, які обґрунтовані в праці [530, с. 40–47]. Систематизуємо ці фактори в таблицю 5.6.

Таблиця 5.6

Систематизація факторів запропонованої моделі ЗЗЗНУ

Лінгвістичні змінні	Поділ терм на інтервали
<i>«Поведінкові фактори» (X)</i>	
Рівень розповсюдження недостатньої фізичної активності серед осіб старше 18 років, % (x_1)	«Низький» з інтервалом [0–7 %], «середній» з інтервалом [7–15 %], «високий» з інтервалом [15–20 %].
Рівень розповсюдження тютюнокуріння будь-якого тютюнового продукту для обох статей (x_2)	«Низький» з інтервалом [0–15 %], «середній» з інтервалом [15–30], «високий» з інтервалом [30–40 %].
Рівень споживання алкоголю (чистого етилового спирту) на душу населення для обох статей, літрів (x_3)	«Низький» з інтервалом [0–7 літрів], «середній» з інтервалом [7–15 літрів], «високий» з інтервалом [15–20 літрів].
Рівень розповсюдження підвищеного кров'яного тиску для осіб старше 18 років, % (x_4)	«Низький» з інтервалом [0–10%], «нижчий за середній» з інтервалом [10–20%], «середній» з інтервалом [20–30%], «вищий за середній» з інтервалом [30–40%].
Рівень надлишкової ваги тіла серед населення старше 18 років, % (x_5)	«Низький» з інтервалом [0–10%], «нижчий за середній» з інтервалом [10–20%], «середній» з інтервалом [20–30%], «вищий за середній» з інтервалом [30–45 %]; «високий» з інтервалом [45–60%].
Кількість смертельних суїцидів на 100 тис. населення, осіб (x_6)	«Низький» з інтервалом [0–7]; «середній» з інтервалом [7–14]; «високий» з інтервалом [14–28].
<i>«Соціально-економічні фактори, (Y)»</i>	
Частка населення у віці 25–64 роки, яке має вищу освіту, % (y_1)	«Низький» з інтервалом [10–18м ²]; «нижчий середнього» з інтервалом [18–26м ²]; «середній» з інтервалом [26–34м ²]; «вищий середнього» з інтервалом [34–42 м ²]; «високий» з інтервалом [42–50м ²].
Загальна житлова площа на одну особу, м ² (y_2)	«Низький» з інтервалом [10–18м ²]; «нижчий середнього» з інтервалом [18–26м ²]; «середній» з інтервалом [26–34м ²]; «вищий середнього» з інтервалом [34–42 м ²]; «високий» з інтервалом [42–50м ²].
Питома вага витрат населення на продукти харчування в загальній структурі їх доходів, % (y_3)	«Низький» з інтервалом [20–28%]; «нижчий середнього» з інтервалом [28–36%]; «середній» з інтервалом [36–44%]; «вищий середнього» з інтервалом [44–52%]; «високий» з інтервалом [52–60%].
Середньомісячна номінальна заробітна плата зайнятого населення, євро (y_4)	«Низький» з інтервалом [0–400 євро]; «нижчий середнього» з інтервалом [400–800 євро]; «середній» з інтервалом [800–1200 євро]; «вищий середнього» з інтервалом [1200–1600 євро]; «високий» з інтервалом [1600–2000 євро].
Рівень недоступності до медичної допомоги, % (y_5)	«Низький» з інтервалом [5–9%]; «нижчий середнього» з інтервалом [9–13%]; «середній» з інтервалом [13–17%]; «вищий середнього» з інтервалом [17–21%]; «високий» з інтервалом [21–25%].
Питома вага приватних витрат в загальних витратах системи охорони здоров'я України, % (y_6)	«Низький» з інтервалом [15–35 %]; «середній» з інтервалом [35–55 %]; «високий» з інтервалом [55–75 %].

Продовження таблиці 5.6

Лінгвістичні змінні	Поділ терм на інтервали
Середня тривалість безробіття, місяців (y_7)	Низький з інтервалом [0–4 місяці]; «середній» з інтервалом [4–8 місяців]; «високий» з інтервалом [8–12 місяців].
Питома вага населення, охопленого туризмом, в загальній чисельності населення, % (y_8)	«Низький» з інтервалом [0–25 %]; «середній» з інтервалом [25–50 %]; «високий» з інтервалом [50–80 %].
<i>«Демографічні, (Z)»</i>	
Питома вага громадян працездатного віку, які мають зареєстроване захворювання, % (z_1)	«Низький» з інтервалом [15–35 %]; «середній» з інтервалом [35–55 %]; «високий» з інтервалом [55–75 %].
Очікувана тривалість здорового життя, років (z_2)	«Низька» з інтервалом [15–35 років]; «середня» з інтервалом [35–55 років]; «висока» з інтервалом [55–75 років і більше].

Відповідно до побудованих ФН кожного терму на дискретній універсальній множині за допомогою логічних рівнянь (5.1–5.4) визначено значення ФН термів-оцінок для всіх змінних та значення ФН для всіх нетормових вершин. Проранжуємо комплексний показник R за шкалою від 0 до 5. Після цього поділимо зазначений інтервал на чотири проміжки, можна одержати інтервали, відповідні чотирьом рішенням щодо оцінювання стану ЗЗЗНУ (d_1, d_2, d_3, d_4, d_5). Вихідні дані для визначення R наведено в таблиці 5.7.

Таблиця 5.7

Вихідні дані для визначення стан ЗЗЗНУ

Позначення та назва змінної	Значення факторів (2014 рік)	Значення факторів (2018 рік)
<i>X – Поведінкові фактори впливу:</i>		
x_1 – Рівень розповсюдження недостатньої фізичної активності серед осіб старше 18 років, %	11,6	10
x_2 – Рівень розповсюдження тютюнокуріння будь-якого тютюнового продукту для обох статей, %	30,7	23,7
x_3 – Рівень споживання алкоголю (чистого етилового спирту) на душу населення для обох статей, літрів	15	14
x_4 – Рівень розповсюдження підвищеного кров'яного тиску для осіб старше 18 років, %	34,6	20,6
x_5 – Рівень надлишкової ваги тіла серед населення старше 18 років, %	57,3	36,5
x_6 – Кількість смертельних суїцидів на 100 тис. населення, осіб	20	16,5
<i>Y – Соціально-економічні фактори:</i>		
y_1 – Частка населення у віці 25–64 роки, яке має вищу освіту, %	40	40,8
y_2 – Загальна житлова площа на одну особу, m^2	23,8	23,56
y_3 – Питома вага витрат населення на продукти харчування в загальній структурі його доходів, %	52	47,7
y_4 – Середньомісячна номінальна заробітна плата зайнятого населення, євро	170	285

Продовження таблиці 5.7

y ₅ – Рівень недоступності населення України до медичної допомоги, %	20,2	21
y ₆ – Питома вага приватних витрат в загальних витратах системи охорони здоров'я України, %	45,5	48,7
y ₇ – Середня тривалість безробіття, місяців	5	6
y ₈ – Питома вага населення, охопленого туризмом, в загальній чисельності населення, %	5	10,6
Z – Демографічні фактори:		
z ₁ – Питома вага громадян працездатного віку, які мають зареєстроване захворювання, %	54	49,8
z ₂ – Очікувана тривалість здорового життя, років	63	63,4

Джерело: розроблено автором.

Застосовуючи дефазифікацію (формула 4.11) та вихідні дані, наведені в таблиці 5.7, отримаємо кількісне оцінювання комплексного показника R у 2014 та у 2018 роках при заданих вхідних факторах (дані наведені в додатку К).

$$D_{2014}^* = \frac{0,192 \cdot 1 + 0,433 \cdot 2 + 0,415 \cdot 3 + 0,415 \cdot 4 + 0,415 \cdot 5}{0,192 + 0,433 + 0,415 + 0,415 + 0,415} = 3,22.$$

$$D_{2018}^* = \frac{0,189 \cdot 1 + 0,388 \cdot 2 + 0,510 \cdot 3 + 0,510 \cdot 4 + 0,510 \cdot 5}{0,189 + 0,388 + 0,510 + 0,510 + 0,510} = 3,36.$$

З проведених розрахунків було з'ясовано, що рівень збереження здоров'я зайнятого населення України знаходився в 2014 та в 2018 роках в проміжку [3–4] (d_3), тобто, рівень його можна оцінити як середній. В економічному сенсі отриманий результат полягає в необхідності розробки *системи прийняття управлінських рішень* на рівні держави в напрямку забезпечення розвитку та удосконалення всіх елементів механізму ЗЗЗНУ. В 2018 році значення стану ЗЗЗНУ покращилось з 3,22 [531] до 3,36. Цьому сприяло істотне покращення значень поведінкових факторів запропонованої моделі, а саме: відбулось зменшення рівня розповсюдження недостатньої фізичної активності серед осіб старше 18 років на 1,6 в. п.; зменшення рівня розповсюдження тютюнокуріння будь-якого тютюнового продукту для обох статей на 7 в. п.; зменшення рівня споживання алкоголю (чистого етилового спирту) на душу населення на один літр; зменшення рівня розповсюдження підвищеного кров'яного тиску для осіб

старше 18 років на 14 в. п.; зменшення рівня надлишкової ваги тіла серед населення старше 18 років на 20,8 в. п.; зменшення кількості смертельних суїцидів на 100 тис. населення на 17,5 %.

Крім того, відбулось покращення значень соціально-економічних факторів, які увійшли в модель у 2018 році порівняно з 2014 роком, зокрема відбулось зростання частки населення у віці 25–64 роки, яке має вищу освіту, на 0,8 в. п.; збільшилась середньомісячна номінальна заробітна плата зайнятого населення на 67,64 %; зменшилась питома вага витрат населення на продукти харчування в загальній структурі їх доходів на 4,3 в. п.; зросла питома вага приватних витрат в загальних витратах системи охорони здоров'я України на 3,2 в. п.; зріс в 2,12 раза рівень охоплення населення туризмом в загальній чисельності населення. При цьому варто зазначити, що зросла середня тривалість безробіття на один місяць; підвищився рівень недоступності населення України до медичної допомоги на 0,8 в. п., що негативно впливає на стан ЗЗЗНУ. Оцінюючи демографічні фактори, варто відмітити, що зменшилась питома вага громадян працездатного віку, які мають захворюваність, в структурі населення за досліджуваний період на 4,2 в. п. та зросла очікувана тривалість здорового життя на 0,4 року. В цілому, можна сказати, що, з урахуванням позитивних змін в наведених в таблиці 5.7 показниках, стан ЗЗЗНУ в 2018 році, порівняно з 2014 роком, зріс на 4,32%, це свідчить, що держава, в міру своїх можливостей, проводить поступову політику забезпечення людського розвитку в напрямку стимулювання зайнятого населення до збереження свого здоров'я і життя.

Таким чином, аналізуючи стан ЗЗЗНУ, можна сказати, що існують резерви його істотного зростання. Від того, наскільки ефективно країна буде мотивувати зайняте населення до самозбереження здоров'я, залежать майбутні тенденції розвитку економіки. Запропонований методичний підхід до оцінювання ЗЗЗНУ має наукову цінність, оскільки дає можливість комплексно оцінити вплив демографічних, соціально-економічних і поведінкових факторів. Тому запропоновані показники оцінювання стану ЗЗЗНУ на базі використання

теорії математичного моделювання, а саме: *«теорії нечітких множин»*, дозволяють більш комплексно, більш оптимально здійснювати відповідне оцінювання та, на основі цього, підвищувати ефективність системи управління державними рішеннями в напрямку збереження здоров'я зайнятого населення України.

5.3 Стратегії збереження здоров'я зайнятого населення в системі забезпечення людського розвитку

Основними стратегіями збереження здоров'я зайнятого населення України в системі забезпечення людського розвитку на сучасному етапі соціально-економічного розвитку на макро-, мікро- і особистісному рівнях мають бути стратегії: *«м'якого патерналізму»*; *«перерозподілу нерівності за доходами»*, *«диспансеризації»*; *«пільгового оподаткування»*; *«позитивної дискримінації»*, *«Парето-ефективності»*, *«комунітаризму»*; *«балансу соціальної відповідальності»*, *«фінансування»*, *«безперервної освіти»*, *«рефлексивного управління»*.

Реформа системи охорони здоров'я України передбачає запровадження страхової медицини (обов'язкової і добровільної). Звичайно, цю систему варто запроваджувати в стабільні часи соціально-економічного розвитку (коли є достатні фінансові ресурси, фіскальна стабільність тощо), але, враховуючи високий рівень захворюваності і передчасної смертності зайнятого населення України, порівняно з розвиненими країнами, зокрема ЄС, вже сьогодні потрібно інтенсивно розвивати страхову медицину, але в межах реалізації стратегії *«м'якого патерналізму»*, добровільно. На підтвердження цієї пропозиції наведу дані проведеного опитування зайнятого населення Вінницької області, під час якого було задано питання «Як Ви вважаєте, якщо введуть медичне соціальне страхування, то скільки Ви на нього готові відрахувати з власної заробітної плати?» (таблиця 5.8).

Звичайно, як свідчать результати дослідження (табл. 5.8), більшість респондентів згодні, щоб на систему медичного соціального страхування здійснювались відрахування з їх заробітної плати. Так, в розмірі 1–2% (кожен третій респондент); кожен четвертий згоден сплачувати 3–4% з власної заробітної плати; кожен п'ятий може віддавати 5–6%; 10–12% готові сплачувати біля 4% респондентів, а більше 13% (як в розвинених країнах) лише менше одного відсотка опитаних.

Таблиця 5.8

Питома вага коштів на медичне соціальне страхування, яку згодні платити респонденти з власної заробітної плати^{*1}

Показники	Кількість відповідей	%
1–2%	187	34,82
3–4%	138	25,70
5–6%	106	19,74
7–9%	54	10,06
10–12%	21	3,91
Більше 13%	4	0,75

Джерело: складено автором за підсумками проведення опитування.

Про перспективність впровадження медичного соціального страхування вказує те, що 95 % респондентів згодні сплачувати соціальні внески з заробітної плати та лише 5 % негативно поставились до цієї ідеї. Тому реалізація страхової медицини в Україні не має альтернатив.

Саме медичне страхування є тим мотивом, який дозволить зайнятому населенню стежити за власним здоров'ям. Адже саме сам зайнятий громадянин має зрозуміти, що лише від нього залежить його здоров'я, тобто від його вибору та рефлексії. Медичне страхування передбачає вчасне відвідування лікаря, проведення діагностики хвороб, доступність до ефективного лікування та ліків і медичних засобів тощо. Досвід розвинених країн щодо запровадження добровільного медичного страхування (ДМС) засвідчив, що до неї залучено біля третини населення країни, наприклад, Австрія – 33 %, Бельгія – 32,8 %, Нідерланди – 30,1% , Данія – 26,4 %, Франція – 20 %. Так, з метою мотивації

зайнятого населення до ДМС держава зменшує оподатковувану базу при визначенні податку на доходи фізичних осіб, шляхом віднімання внесків на ДМС, при врахуванні визначених лімітів, наприклад в Греції ця сума становить – 587 євро на рік; Італії – 1250 євро на рік. Крім того, держава зменшує податок на прибуток для тих підприємств, які страхують своїх працівників в системі ДМС (з досвіду європейських країн в розмірі біля 15 %) [532]. Так?

На користь ДМС свідчить досвід світової практики, адже поліс ДМС містить витратну та заощаджувану частину (співвідношення 90 : 10 або 80 : 20 [532]). Тобто, якщо зайняте населення дотримуються концепції збереження здоров'я, то *«заощаджувану частину»* полісу в кінці року (за умови, якщо людина не хворіла) повертають, але лише на медичні, рекреаційні цілі (відвідування стоматолога, діагностика, поїздки в санаторії тощо). До речі, особи, які застраховані в системі ДМС і мають шкідливі звички, сплачують більші внески, адже у них ризик захворіти є вищим. Додатковими умовами стимулювання населення до ДМС має бути: стабільність грошової валюти; індексація заробітних плат; суворий нагляд держави за банківською сферою і Фондами, зокрема соціального страхування та ДМС; забезпечення вільного вибору лікаря і лікарні; забезпечення принципу *«профілактичної активності та своєчасного звернення до лікаря»*. Крім того, в схемі фінансування ДМС можуть бути присутні різні суб'єкти, зокрема, роботодавець та працівник. Наприклад, роботодавець може сплачувати за своїх зайнятих громадян 100% вартості полісу ДМС, а може бути інший розподіл – частину сплачує зайняте населення, частину – роботодавці.

Джерелом для фінансування ДМС в Україні може стати проведення ефективної політики держави щодо заохочення зайнятого населення до заощаджень. В економічному плані, експерти ВБ стверджують, що навіть незначне підвищення норми заощаджень для зайнятого населення має значно більший ефект в економіці, ніж багаторазове збільшення коштів іноземних інвесторів. Тому заощадження можна розглядати як гарантований (страховий)

запас на випадок хвороби і на покриття ДМС вартості лікування та розглядається нами як елемент механізму збереження здоров'я зайнятого населення, оскільки воно направлено на реалізацію таких мотивів:

- задоволення потреб, витрати на які виходять за межі грошових засобів, які залишаються після задоволення найбільш вагомих поточних потреб, зокрема на медичні;
- створення певних сум грошових резервів на непередбачувані випадки, зокрема щодо погіршення здоров'я;
- бажання зберегти той рівень і структуру споживання, яка була до втрати працездатності (встановлення групи інвалідності через виникнення нещасного випадку на виробництві, або професійного захворювання, виникнення захворювання, не зумовленого умовами праці, вихід на пенсію) тощо.

Отже, створення державою передумов для відновлення заощаджень у зайнятого населення буде мотивом, який спонукатиме його до зміцнення здоров'я (фінансування вартісного лікування, реабілітація, відпочинок, раціональне харчування, туризм). Крім того, заощадження можна направляти, з метою отримання додаткового доходу, в депозити, цінні папери, пізніше можна направляти в ДМС.

Ще однією стратегією збереження здоров'я є *«перерозподіл нерівності за доходами»* зайнятого населення. Заробітна плата має виконувати функцію відтворення робочої сили, зокрема: вміщувати засоби, які необхідні для відновлення працездатності самого працівника (втрати енергетичного потенціалу); засоби на утримання родини, виховання дітей та витрат на придбання їжі, одягу, оплати ЖКГ, довгострокові потреби – купівля автомобілів, меблів та ін. Зазначена стратегія має передбачати посилення ролі соціального діалогу, соціальної відповідальності у сфері оплати праці; активізації консультаційно-переговорних процесів в напрямку реалізації соціальних пакетів, наповнення їх матеріальними благами та соціальними послугами, зокрема щодо врахування нематеріальних складових (покращення

умов праці, створення гарних санітарно-гігієнічних і побутових умов); підвищення ефективності механізмів формування майбутніх доходів, або їх втрати, зокрема через пенсійне та соціальне страхування; реформування принципів розрахунку мінімальної заробітної плати; реформування системи оплати праці в бюджетній сфері, особливо унеможливити диференціацію високих заробітних плат ТОП-чиновників, в той час, як мінімальна заробітна плата знаходиться в Україні на рівні 6000 грн (на 01 січня 2021 року); виведення економіки з тіні; диференціація податків, зокрема запровадження прогресивної шкали оподаткування доходів, а не дія системи «зрівнялівки».

Стратегія *«перерозподілу нерівності за доходами»* зайнятого населення має передбачати реалізацію ефективної політики, зокрема:

- *політики щодо подолання дискримінації у доступі до роботи та послаблення захисту зайнятого населення як факторів посилення соціальних загроз у сфері праці, зокрема погіршення здоров'я зайнятих громадян.* Основними складовими цієї політики є подолання дискримінацій у доступі до роботи (рівність трудових прав, забезпечення права на працю, заборона необґрунтованої відмови у прийнятті на роботу, або звільненні, вільний вибір виду діяльності), подолання дискримінації за статтю, віком, гендером, релігією, місцем проживання тощо; визначення роботодавця як сторони трудових відносин; встановлення форми та строків дії трудового договору, статусу зайнятості; визначення сторін колективних переговорів та їх повноважень; підвищення ефективності механізмів соціального діалогу тощо;

- *політики щодо забезпечення відтворювальної та мотиваційної функцій оплати праці та удосконалення системи нормування праці.* Вона має охоплювати модернізацію існуючих стандартів і норм продуктивності, їх гармонізацію з міжнародними стандартами якості; удосконалення законодавства про оплату праці в частині реалізації економічного закону відтворення робочої сили; встановлення реального прожиткового мінімуму, а вже на його основі – мінімальної заробітної плати не нижчої його розміру для

працездатних громадян, що вимагає постійного перегляду товарів промислових і непромислових, які входять в споживчий кошик, та реальних цін; мотивація, з боку держави, роботодавців приймати на роботу осіб з соціально незахищених верств населення, зокрема шляхом надання податкових знижок, несплати певного періоду ЄСВ, надання на певний строк субсидій для фінансування заробітних плат, якщо підприємець опинився в ситуації фінансової скрути, наприклад, пандемії COVID-19 тощо; упорядкування оплати праці зайнятого населення бюджетних установ, де, наприклад, встановити, що максимальний розмір заробітної плати на таких підприємствах, порівняно з мінімальним його розміром, не має перевищувати, наприклад, 1:6; поступове вирівнювання заробітних плат в різних секторах бюджетної сфери, але дотримуватись відповідних співвідношень і пропорцій, зокрема що стосується інтенсивності роботи, напруженості, відповідальності, важливості тощо;

- *політики забезпечення справедливого перерозподілу доходів шляхом запровадження прогресивної шкали оподаткування доходів фізичних осіб.* Має бути встановлений принцип прогресивного податку, щоб співвідношення між доходами багатих і бідних було у межах 1:5–1:7 (значення 1:10 веде до порушення стабільності в країні); важливим його принципом є те, щоб він не чинив надмірного тиску на різні категорії населення, зокрема бідних, середній клас, багатих (наприклад, для багатих він не має перевищувати 40%); шкала прогресивного податку має орієнтуватись на рівномірний розподіл ставок тощо;

- *політики трансформації системи вторинного перерозподілу доходів.* В основі цієї політики мають бути покладені принципи соціальної справедливості. Щоб зайнята людина була впевнена в своєму майбутньому і була вмотивована на збереження власного здоров'я, необхідно дотримуватись таких аспектів в даній політиці держави: це встановлення диференційованого розміру гарантованої пенсії залежно від типу пенсії та вкладу в Пенсійний Фонд України і трудового стажу, а не належність до елітних професій; при

підвищенні пенсій враховувати значення інфляції не в кінці року, а щоквартально; пропорційний перерозподіл розміру пенсійного збору від роботодавця до працівника (працівник має сплачувати не менше 25% сукупного розміру пенсійного збору; просування гендерної рівності в оплаті праці і сферах зайнятості; оптимізація пільг щодо дострокового виходу зайнятого населення на пенсію; мотивація відкладання виходу на пенсію та подовження тривалості трудового періоду, наприклад, шляхом застосування прогресивної шкали підвищення пенсії за кожен додатково відпрацьований рік; удосконалення політики в напрямку індексації призначених пенсій; запровадження другого і третього етапів пенсійної реформи тощо;

- *політики посилення соціального захисту населення, яке працює, підтримка життєвого рівня у разі настання страхових подій.* Основними напрямками даної політики можуть бути: забезпечення мінімального розміру допомоги по безробіттю на рівні не нижчому за прожитковий мінімум для працездатних осіб; раціоналізація структури витрат Фондів соціального страхування, зокрема управлінських і організаційних; жорстка політика щодо виведення працівників з неформального і тіньового секторів економіки України та слідкування за сплатою соціальних внесків; мотивація активної участі зайнятого населення в соціальному страхуванні, встановлення страхових премій, заохочень, наприклад, якщо працівник не отримував травм на виробництві, то можна знижувати розмір ЄСВ; запровадження механізму економічної мотивації роботодавців, які створюють гідні умови праці; запровадження системи загальнообов'язкового державного медичного страхування та сприяння розвитку добровільного медичного страхування;

- *політики в напрямку підтримки тих, хто вже опинився у скрутному становищі, та подолання наслідків скрутних становищ, зокрема зменшення масштабів бідності та соціального усунення.* До напрямків даної політики входять: державна соціальна допомога малозабезпеченим сім'ям; допомога особам з інвалідністю з дитинства, дітям з інвалідністю та особам, які не мають

права на достроковий вихід на пенсію, зокрема у зв'язку з інвалідністю; соціальна допомога особам, які постраждали через Чорнобильську катастрофу; допомога особам, які доглядають осіб з фізичними обмеженнями та які потребують стороннього догляду; соціальна допомога іншим категоріям населення, зокрема дітям-сиротам, батькам-вихователям і прийомним батькам тощо. Підвищення рівня матеріального забезпечення даних категорій осіб сприятиме зростанню їх добробуту і збереженню здоров'я.

Стратегія «диспансеризації» має передбачати відновлення в Україні *обов'язкової диспансеризації зайнятого населення*, яка має бути направлена на здійснення комплексу заходів, спрямованих на формування, збереження та зміцнення здоров'я зайнятого населення, попередження та зниження рівня захворюваності, інвалідності, передчасної смертності та збільшення економічного довголіття. Диспансеризація має також передбачати проведення щорічного обов'язкового медичного огляду населення, зокрема зайнятого, при якому передбачалося комплексне обстеження всього організму, охоплюючи лабораторні дослідження. Але, з набуттям чинності Наказу МОЗУ від 19.03.2018 р. «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» попередній наказ про диспансеризацію втратив чинність, а новий Наказ не містить ефективного механізму профілактичної складової. Тому необхідно розробити новий механізм, який би містив профілактичну складову ЗЗЗНУ.

Тому пропонується створити інноваційні структури, які дозволяли б реалізувати механізм диспансеризації – *«Центри здоров'я»*, а для зайнятого населення – *«Центри медицини праці»* на базі існуючої мережі центрів первинної медико-санітарної допомоги. Цей центр має координувати відносини з науково-методичним центром при українському НДІ громадського здоров'я при МОЗ України. Варто відмітити, що у складі наведеного вище НДІ функціонує відділ координації діяльності центрів здоров'я. Для забезпечення функціонування «Центру медицини праці» варто розробити Національну

програму «Здоров'я на робочому місці», яка б містила механізм організації, планування, мотивації і контролю за проведенням диспансеризації; обов'язкових медичних оглядів; програм харчування, відпочинку, пільг і компенсацій за збереження здоров'я та безпеки на робочому місці. Важливим організаційним елементом Національної програми має бути створення *«Електронного паспорта здоров'я»* зайнятого населення, куди варто вносити всі дані щодо проходження диспансеризації, медичних оглядів на робочих місцях, тенденцій в стані здоров'я, наявності шкідливих звичок та полісів ЗДМС та ДМС.

Стратегія *«пільгового оподаткування»* має передбачати, що роботодавцям варто брати участь в міжнародних грантах, що стосуються реалізації корпоративних програм збереження здоров'я на робочому місці. Так, на прикладі світового досвіду, запроваджувати *«Національні програми сертифікацій корпоративних програм здоров'я на робочих місцях»*, що дають можливість підприємствам, які пройшли сертифікацію, отримувати гранти, пільги, зокрема податкові знижки від держави. Брати участь в конкурсах, направлених на ЗЗЗНУ, але при цьому важливою умовою має бути дотримання принципів *«соціального діалогу»* і *«соціальної відповідальності»*, що дає переможцям цих конкурсів право на отримання бонусів, грантів, пільг тощо. Відповідно до світового досвіду підприємства можуть надавати працівникам фінансові бонуси (зазвичай в розмірі до 100 дол. США) за участь в програмах «Здоров'я на робочому місці».

Реалізація системи *«соціальних пакетів»* дозволить збалансувати індивідуальні потреби зайнятого населення і роботодавців на базовому рівні, зокрема забезпечення гідних умов праці, сприяння в реалізації системи медичного соціального страхування; надання передбачених законодавством пільг і компенсацій; забезпечення гарантій відповідно до Колективного договору.

Світовий досвід свідчить, що питома вага обсягів соціальних пакетів в структурі заробітної плати становить біля 50% (в країнах ЄС до 50 %, в США 40–50 % [532], а на думку фахівців, пільги соціального пакета мають не перевищувати 10–15 % від заробітної плати працівника. Крім того, варто зазначити, що основна питома вага соціального пакета – 50 % – припадає на медичне страхування зайнятого населення. Підприємства України при реалізації системи соціальних пакетів можуть враховувати в своїй діяльності такі концепції:

- *«кафетерію»* – розробляється бальна оцінка кожного виду матеріальних благ, що входять до соціального пакета, та визначається сума балів для кожної професії і посади, в межах якого вибирають ті потреби, які більш корисні для зайнятого населення;
- *«зручного місця роботи»* – створення системи максимального забезпечення зайнятого населення необхідною кількістю послуг, починаючи з медичного страхування і закінчуючи банківським обслуговуванням;
- *«довічного супроводу»* – роботодавці виділяють на забезпечення соціальних пільг і гарантій фіксовану суму послуг, яка використовується залежно від потреб, які переважають у конкретний період часу.

Крім того, в межах укладання *«Колективного договору»*, роботодавцям рекомендовано додатково передбачати фінансові стимули для працівників, які відмовляються від шкідливих звичок, у вигляді надання путівок в санаторії і профілакторії, в туристичні поїздки з родиною, додаткових днів відпустки, пільг при харчуванні в їдальні підприємства та відшкодування часткової або повної вартості страхових медичних полісів (ДМС); запровадження системи спортивних заходів, зокрема за участю членів родин зайнятого населення, купівлі квитків в спортивні зали, аквапарки, басейни, фітнес-центри тощо.

Забезпечити раціональний баланс розподілу соціальної відповідальності в суспільстві за рахунок реалізації стратегій *«позитивної дискримінації»* – надання переваг зайнятим громадянам, які раніше були дискриміновані за

ознакою зайнятості, з метою формування передумов їх участі в системі соціально-трудових відносин та компенсації втрачених можливостей; стратегії «*Парето-ефективності*» – покращення ситуації, за якої поліпшення матеріального добробуту (хоча б одного з членів суспільства) не призводить до зменшення добробуту жодного іншого; стратегії «*комунітаризму*» – реалізація заходів взаємної підтримки з боку суб'єктів соціальної відповідальності (взаємна підтримка, взаємний захист, товариськість, розумна самопожертва заради спільного блага), що в цілому передбачає синергію соціально-економічних заходів заради реалізації спільної мети. Основою реалізації соціальної відповідальності в Україні є забезпечення розвитку взаємодії таких суб'єктів, зокрема: Федерації роботодавців України; Федерації професійних, всеукраїнських, вільних, автономних спілок України. Підсумком взаємодії зазначених суб'єктів має бути реалізація ефективної *Генеральної Угоди*, яка б ґрунтувалась на створенні гідної зайнятості.

Стратегія «*балансу соціальної відповідальності*» ґрунтується на розвитку *публічно-приватного партнерства* (ППП) як ефективного механізму забезпечення балансу *соціальної відповідальності* в напрямку створення раціонального зближення економічних інтересів суспільного (державного) та приватного секторів економіки України. Нині PPP досить ефективно реалізується в системі охорони здоров'я, що дозволяє робити приватні інвестиції в медицину, тим самим збільшуючи рівень доступності зайнятих громадян до медичних послуг.

Стратегія «*фінансування*» – має ґрунтуватись на достатньому рівні фінансового забезпечення всіх правових, соціально-економічних, організаційно-технічних, лікувально-профілактичних та санітарно-гігієнічних заходів і засобів в сфері охорони праці і промислової безпеки. Проблема нині полягає в тому, що, відповідно до Закону України «Про охорону праці» (ст.19), регламентуються витрати на охорону праці для фізичних осіб, або для підприємств, незалежно від форм власності, які використовують найману

працю, вони мають становити не менше 0,5% від фонду оплати праці, а раніше ця норма становила не менше 0,5 % від обсягу реалізованої продукції. Тому пропонується повернути фінансування витрат в обсязі не меншому за 0,5 % від обсягу реалізованої продукції, що може забезпечити мінімальні передумови формування здорових і безпечних умов праці.

Стратегія *«безперервної освіти»* полягає в забезпеченні можливостей для людини від дошкільної освіти до виходу з ринку праці постійно оновлювати, розширювати знання, зокрема що стосуються питань безпеки (на робочих місцях та поза ними). Набуття знань в системі безперервної освіти дозволяє корегувати свою поведінку зайнятим населенням щодо збереження свого здоров'я. Чим вищий його освітній рівень, тим вищий шанс захистити своє життя від різних небезпек (природних, техногенних, соціальних, політичних та інших). Так, в системі збереження здоров'я зайнятого населення важливого значення мають набувати такі інноваційні методи навчання, як модульна технологія навчання, заснована на методиці МОП «Модулі трудових навичок (МТН)», яка була впроваджена в Україні з 1997 року в рамках реалізації ПРООН «Впровадження гнучких програм професійного навчання для безробітних» (UKR /99/006–007) МОП.

МТН може бути ефективно використана при формуванні компетентностей у зайнятого населення не тільки професійних, але і з питань збереження здоров'я. Це стосується питань охорони праці і промислової безпеки при виконання будь-яких видів робіт; надання долікарської допомоги працівникам, з якими стався нещасний випадок на виробництві, або поза виробництвом, відбулось гостре погіршення здоров'я на робочому місці; дії в надзвичайних ситуаціях, зокрема техногенного і природного характеру тощо.

Реалізація на практиці лише інноваційного методу навчання МТН при вивченні матеріалу, пов'язаного зі збереженням здоров'я, за традиційною освітньою системою на робочих місцях та поза ними не дасть повноцінного результату. Потрібно змінювати традиційні підходи до здобуття освіти, що має

передбачати зміну концепції підготовки фахівців і робітників до потреб розвитку економіки [533], зокрема це стосується питань формування сучасних знань з питань охорони праці, промислової безпеки, цивільного захисту та побутової безпеки. З цією метою Колегія Міністерства освіти і науки України в 2018 році ухвалила «Концепцію підготовки фахівців за *дуальною формою здобуття освіти* (поєднання навчання осіб у закладах освіти з навчанням на робочих місцях для набуття певної кваліфікації, як правило, на основі договору). Головною особливістю цього навчання є те, що теоретичну підготовку слухач проходить на базі закладу освіти (біля 30 % всього процесу навчання), а решту (70 %) навчального часу – оволодіває професійними компетенціями на базі підприємства, де його навчають і передають професійні навички співробітники підприємства (наставники). В аспекті збереження здоров'я зайнятого населення, дуальна освіта підвищує ефективність опанування навчального матеріалу, що стосується питань безпеки, збереження життя і здоров'я, оскільки теоретичний матеріал в повному обсязі можна відпрацювати в реальних умовах на робочих місцях під керівництвом досвідчених працівників (наставників).

Крім того, з метою забезпечення процесу безперервної освіти рекомендується в системі збереження здоров'я і забезпечення людського розвитку застосовувати *систему неформальної освіти*. Так, відповідно до Проекту «Концепції розвитку освіти України на період 2015–2025 років», з 2016 року передбачена легітимізація в системі середньої, професійної і вищої освіти визнання компетентностей і кваліфікацій, отриманих шляхом неформальної освіти (НО) та практичної діяльності.

Досвід розвинених країн, зокрема Великобританії, Франції, де реалізується неформальна освіта, свідчить, що на рівні національної освітньої політики здійснюється процес переходу від концепції «*управління людськими ресурсами*» до «*концепції управління людським капіталом*». Людину, яка має компетенції та знання, розглядають не як знаряддя праці, а як ключову ланку нової економіки

знань. НО доповнює формальну освіту і виконує додаткову функцію у вигляді набуття нових компетенцій, зокрема тих, що стосуються збереження здоров'я зайнятого населення. Досить активно НО використовується для повернення безробітних і соціально незахищених осіб (з інвалідністю, молодих матерів, випускників закладів освіти та ін.) до зайнятості. НО можна використовувати як ефективний інструмент підвищення рівня знань з питань охорони праці і промислової безпеки. Наприклад, посадові особи, на яких покладені обов'язки забезпечення безпечних умов праці, зобов'язані не рідше одного разу на три роки проходити навчання з охорони праці (відповідно до галузевих особливостей). НО в цьому випадку дозволяє працівникам «демократично» (в зручний час, і в зручному місці, відсутності регламентації в часі тощо) набувати відповідні компетентності, зокрема щодо збереження здоров'я.

Реалізація моделі НО [534] дозволяє особам, які мають відповідні знання (трудові навички), але не мають відповідних освітніх документів, отримати свідоцтво (при підтвердженні робітничої кваліфікації) або сертифікат (при підтвердженні здатності виконувати окремі види робіт). На сьогодні такими особами є офіційно зареєстровані безробітні та особи, які направляються роботодавцями в територіальні органи Державної служби зайнятості України. Запровадження в Україні моделі неформальної освіти, з позиції збереження здоров'я зайнятого населення, дозволить розширити систему знань з вимог промислової безпеки, охорони праці та цивільного захисту.

Стратегія *«рефлексивного управління»* дозволяє реалізувати принцип рефлексивної активності в системі відносин «суб'єкт – суб'єкт», тобто *«рефлексивного виходу»* за межі існуючих стереотипів прийняття рішень в проблемних ситуаціях, зокрема тих, з якими стикається зайняте населення на ринку праці, та відповідних наслідків для їхнього здоров'я. До нині зайняте населення, в переважній більшості, існує як *«об'єкт»* соціально-трудових відносин, тобто його трудове життя не виходить за межі безпосередніх зв'язків, в яких існує зайнята людина (в теорії це називають *«реактивний спосіб*

життєдіяльності»). Наприклад, на ринку праці нині існує система заходів збереження життя і здоров'я зайнятого населення, яка називається охороною праці та промисловою безпекою. Кожен зайнятий знає інформацію про необхідність дотримання безпеки на робочому місці, що в теорії реалізується в межах концепції «суб'єкт – об'єкт». Суб'єкт (роботодавець, безпосередній керівник робіт тощо) передав відповідну інформацію працівнику, наприклад, в межах проведення навчання з охорони праці, або інструктажів з промислової безпеки. При цьому залишається питання: «Чи зрозумів працівник сутність переданої інформації, чи сформована була система стимулів, психологічних, моральних настанов на збереження власного здоров'я і життя та членів трудового колективу?». Зазначена концепція має мотивувати зайняте населення аналізувати саму сутність збереження здоров'я, його цінність, аналізувати можливі наслідки для нього через нераціональну поведінку. Тобто, зайнята людина має розуміти принципи раціональної поведінки в різних життєвих ситуаціях, які пов'язані не тільки з суто соціально-трудовими відносинами, а й безпековими, наслідки ризиків для її життя і здоров'я, ретроспективні передумови появи різноманітних небезпек і шляхів їх попередження тощо. *Рефлексія* дозволяє сформувати здатність зайнятого населення до саморозвитку, поглянути на проблему зсередини. Міра рефлексії залежить від рівня освіти, матеріального забезпечення, моральних цінностей, уяви про етику і естетику, добро і зло, рівень самоконтролю тощо, що в кінцевому підсумку має покращити всі складові ІЛР.

5.4 Оцінювання резервів зростання рівня зайнятості за рахунок зміни поведінки, направленої на збереження здоров'я

Відповідно до Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір» (Програма) передбачається істотне зниження рівня неінфекційних захворювань [323]. Крім того, в спеціалізованій літературі, за різними оцінками, можна зменшити рівень серцево-судинних захворювань (ССЗ) населення, зокрема зайнятого, на чверть. Адже в структурі захворюваності працездатного населення України ССЗ займають біля 25 %, а в структурі смертності – 70 % від загальної кількості працездатного населення України. Варто звернути увагу на провідні поведінкові та біологічні фактори ризику, які викликають біля 60 % хвороб, зокрема це: підвищений артеріальний тиск (біля 13 %), вживання тютюнових виробів (12,3 %), перевищення нормованої ваги тіла (7,8 %), обмежений рівень споживання овочів і фруктів (4,4 %), низький рівень рухової активності населення, зокрема зайнятого (3,5 %).

Визначимо потенційні ефекти від зменшення рівня захворюваності зайнятого населення, зокрема від ССЗ, особливо за рахунок поведінкових факторів, направлених на здоровий спосіб життя та збереження здоров'я. В дослідженні [535] фактори ризику розвитку ССЗ поділяють на такі групи: медичні, соціальні та поведінкові. До поведінкових факторів можна віднести: низький рівень рухової активності та споживання «нездорових» продуктів харчування, високий рівень споживання алкогольних напоїв та тютюнових виробів тощо; до медичних – підвищене значення артеріального тиску, підвищений рівень цукру в крові, ваги тіла порівняно з нормою тощо; до соціальних – низький рівень доходів та соціального статусу, поважний вік, зростання рівня психологічної напруженості (депресія, стреси). В переважній більшості країн світу, зокрема в Україні, поведінкові фактори відіграють ключову роль в високому рівні захворюваності і передчасної смертності зайнятого населення.

Тому визначимо потенційні соціально-економічні ефекти від зниження рівня захворювання та передчасної смертності. Для цього нижче по тексту наведемо ключові моменти, які допоможуть розрахувати відповідні ефекти. Так, за даними [399] витрати на охорону здоров'я з бюджету від ВВП України в 2018 році становили 3,26% ($115852 : 3558700$). Враховуючи рівень приватних витрат (біля 50%), загальний обсяг витрат на медицину складе 6,52%, а ВВП України складав 3558,7 млрд грн (з урахуванням тіньового сектору економіки в 46% він складе 5195,70 млрд грн). Отже, наведена вище інформація дає можливість визначити сукупні витрати на охорону здоров'я, які будуть становити 231,704 млрд грн ($3558,7 \times 0,0652$).

Важливо визначити питому вагу витрат, яка фінансується Міністерством охорони здоров'я України на безпосередні медичні послуги населенню. Так, формування кошторису медичних закладів залежить не від потреб населення в наданні медичної допомоги і медичних послуг, а від чисельності ліжко-місць в медичних закладах і чисельності працівників-медиків. Нині, в зв'язку з реформуванням системи охорони здоров'я України, змінюється фінансування з принципу фінансування «ліжко-місць» до принципу «надання медичних послуг і допомоги пацієнтам», або *«кошти ходять за пацієнтом»*. До реформування медичної галузі України кожна дев'ята гривня з десяти державного фінансування медичних закладів системи охорони здоров'я України витрачалась на оплату комунальних послуг і оплату праці [536], зокрема питома вага оплати праці становила більше 50 %, а на безпосереднє надання медичної допомоги і послуг йшло лише біля 11 % в загальній структурі витрат медичних закладів України [537]. За рахунок оптимізації витрат медичних закладів системи охорони здоров'я України, зокрема використання принципу *«гроші ходять за пацієнтом»* частку фінансування витрат на власне медичну допомогу можна збільшити, на перших етапах реформування закладів охорони здоров'я України на чверть – до 25 %. Це дозволить збільшити рівень доступності зайнятого населення до послуг сфери охорони здоров'я України,

що розглядається як важливий напрям забезпечення зростання рівня людського розвитку.

Отже, в розрахунок ефекту від підвищення рівня збереження здоров'я зайнятого населення приймаємо, що відповідні безпосередні витрати на отримання медичної допомоги населенню зростуть із 11 до 25 %. При цьому в 2018 році обсяг витрат на безпосередню медичну допомогу мав би становити 57,93 млрд грн ($231,704 \times 0,25$). Варто врахувати, що внесок ССЗ у формування такого показника, як тягар захворюваності (DALY), для жінок становить 33 %, чоловіків – 27 % (приймаємо середнє його значення на рівні 30 % для обох статей). Питома вага працездатного населення (у віці 15–64 роки) в загальній структурі населення у 2018 році становила 67,8 %.

Тоді розрахуємо потенційний соціально-економічний ефект від зменшення поширеності тютюнокуріння. Актуальність його розрахунку пов'язана з тим, що фактор поширеності тютюнокуріння (за даними соціологічних досліджень в 2018 році поширеність щоденного куріння становила 28%) викликає біля 10% всіх випадків ССЗ. При цьому середньорічний темп зменшення рівня поширеності тютюнокуріння становить близько 2,3%, тоді потенційний соціально-економічний ефект від зменшення поширеності тютюнокуріння зайнятим населенням буде становити

$$E = 57,93 \times 0,3 \times 0,023 \times 0,678 = 0,271 \text{ млрд грн.}$$

Визначимо потенційний соціально-економічний ефект від зменшення рівня поширеності захворюваності на ішемічну хворобу серця за рахунок збереження здоров'я, зокрема дотримання здорового способу життя. В основі його розрахунку покладено такі аспекти. Так, кожен третій випадок ішемічної хвороби серця пов'язують із таким фактором, як перевищення рівня холестерину порівняно з нормованим значенням. Цьому сприяє порушення принципів здорового способу життя, зокрема низький рівень рухової

активності, вживання «нездорової» їжі, наявністю шкідливих звичок, стресів тощо. За даними [538] формування поведінки у населення, зокрема зайнятого, щодо збереження здоров'я (здорового способу життя) дозволяє унеможливити виникнення біля 80% випадків захворюваності у населення на ішемічну хворобу серця та біля 90% всіх випадків цукрового діабету II типу (двоє осіб з трьох, які мають діабет помирають від ССЗ)

$$E = 57,93 \times 0,3 \times 0,8 \times 0,678 = 9,43 \text{ млрд грн.}$$

Тоді потенційний соціально-економічний ефект від зменшення рівня поширеності захворюваності на цукровий діабет II типу за рахунок дотримання здорового способу життя становитиме

$$E = 57,93 \times 0,3 \times 0,9 \times 0,678 = 10,6 \text{ млрд грн.}$$

Важливим фактором збереження здоров'я зайнятого населення є підвищення рівня рухової активності, що розглядається як важливий резерв людського розвитку. Рухова активність дозволяє, як свідчать дані багатьох закордонних і вітчизняних досліджень, суттєво знизити загальний рівень захворюваності і передчасної смертності зайнятого населення, зокрема на ССЗ, захворюваність на новоутворення, цукровий діабет, депресії тощо. Так, низький рівень рухової активності призводить до 27 % випадків на цукровий діабет та до 30 % захворюваності на ішемічну хворобу серця [539].

Відповідно до Указу Президента України «Про Національну стратегію з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація» (№ 42/2016) на один відсоток щороку передбачається збільшувати чисельність населення, зокрема зайнятого, яке буде залучатись до різноманітних програм, які сприятимуть зростанню рівню його рухової активності. Тому на підставі цього можна розрахувати потенційний соціально-економічний ефект від зростання рівня

рухової активності населення, зокрема зайнятого, та зменшення рівня поширеності захворюваності в Україні на цукровий діабет.

$$E = 10,60 \times 0,27 \times 0,01 = 0,029 \text{ млрд грн.}$$

Що стосується впливу ожиріння, то в роботі [535] зазначено, що частку поширення цукрового діабету серед населення, зокрема зайнятого, можна знизити на 50 %, а поширення ССЗ на 9 %, за умови, якщо воно підвищить свій рівень рухової активності та знизить власну вагу тіла до 10 %. Так, відповідно до Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір», в 2013–2020 роках передбачалося досягти зниження частки осіб з надмірною вагою тіла та ожирінням на 8 %. Тоді потенційний ефект від зниження ваги тіла (приймаємо, що в середньому в рік зменшення осіб з надмірною вагою буде становити 1 %) за рахунок зниження частоти розвитку цукрового діабету буде становити

$$E = 57,93 \times 0,3 \times 0,5 \times 0,01 \times 0,678 = 0,059 \text{ млрд грн.}$$

Можна розрахувати потенційний соціально-економічний ефект від підвищення рівня рухової активності населення, зокрема зайнятого, за рахунок зниження рівня ССЗ, зокрема через зниження частки осіб з надмірною вагою тіла. При цьому приймаємо в розрахунок, що зниження відповідної частки планується в середньому один відсоток щорічно.

$$E = 57,93 \times 0,3 \times 0,09 \times 0,01 \times 0,678 = 0,01 \text{ млрд грн.}$$

Далі розрахуємо резерв зростання зайнятості і зниження рівня безробіття за рахунок зниження передчасної смертності осіб у віці 16–64 роки. Попередньо розраховані потенційні втрати для економіки України в 2018 році від передчасної смертності з усіх її причин у віковій групі 15–64 роки становили 412,98 млрд грн. Зрозуміло, що смертність населення залежить від

екзогенних та ендогенних причин. Оцінити потенційні резерви зниження смертей від екзогенних і ендогенних причин досить складно. Визначення частини резервів скорочення смертності від екзогенних причин, зокрема суїциду, ДТП, отруєння алкоголем, потенційно можливо. Тому оцінимо втрати для економіки України від екзогенних причин. Так, на 01.2019 року від екзогенних причин смерті померло 30,9 тис. осіб, що становить 5,25% ($30,9 : 587,7 \times 100$) від всіх померлих в Україні. Тоді, екстраполюючи дану питому вагу на чисельність осіб, передчасно загиблих у віці 15–64 роки, знайдемо потенційні втрати для економіки 21,68 млрд грн. ($412,98 \times 0,0525$). Найбільш імовірним резервом в даному випадку, що його можна оцінити і зменшити, та який залежить від поведінки людини, є зниження кількості смертей від навмисного самоушкодження. Так, в 2018 році від навмисного самоушкодження в Україні загинуло 6279 осіб, що становить 1,068% в структурі загальної смертності ($6,279 : 587,7 \times 100$). Тому, гіпотетично, втрати для економіки через передчасну смертність від навмисного самоушкодження складуть 4,41 млрд грн ($412,98 \times 0,01068$).

Кількість зайнятих громадян у віці 15–70 років становила у 2018 році 16360,9 тис. осіб. Відповідно до частини 7 статті 22 Закону України «Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття» допомога по безробіттю може виплачуватися одноразово для організації підприємницької діяльності зареєстрованим безробітним, які не можуть бути працевлаштовані у зв’язку з відсутністю на ринку праці підходящої роботи. Зазначена допомога може виплачуватись у розмірі допомоги по безробіттю у розрахунку на рік. Допомога по безробіттю в цілому не може перевищувати чотирикратного розміру прожиткового мінімуму для працездатних осіб, установленого законом [540].

Отже, в 2018 році розмір прожиткового мінімуму на 01.01.2018 р. становив 1762 грн, на 01.07.2018 р. – 1841 грн, на 01.12.2018 р. – 1921 грн. Середнє значення розміру прожиткового мінімуму буде становити 1841,33 грн.

Максимальна річна допомога безробітним на організацію власної справи буде становити 88383,84 грн ($1841,33 \times 4 \times 12$). За умови зменшення передчасної кількості смертей від навмисних самоушкоджень на 50% щорічно та на 10 % від падінь, випадкових утоплень та занурень у воду, нещасних випадків, спричинених дією диму, вогню та полум'я, випадкового отруєння, спричиненого отруйними речовинами, наслідків нападу з метою убивства чи нанесення самоушкодження та випадків ушкодження з невизначеним наміром потенційний ефект для економіки України може становити 3,93 млрд грн ($((21,68 - 4,41) \times 0,1 + (4,41 \times 0,5))$), що дає можливість створити 44488 робочих місць ($3,93 \times 10^9 : 8,8383 \times 10^4$). За рахунок цього можна було б підвищити кількість зайнятих на 44488 осіб, щоб підвищило б рівень зайнятості в 2018 році на 0,54 % ($16449,28 : 16360,9 \times 100$). Крім того, це дало б можливість зменшити рівень безробіття на 2,6 % ($((1712,8 - 1668,31) / 1712,8 \times 100)$) та підвищити ВВП країни близько 0,1% ($(5199,63 - 5195,7) / 5195,7 \times 100$).

Висновки до п'ятого розділу

Запропоновано концептуальні засади формування етапів механізму ЗЗЗНУ. Передбачено, що основними етапами є обґрунтування необхідності, мети та цілей розробки механізму ЗЗЗНУ в системі забезпечення людського розвитку; визначення та обґрунтування факторів, які вносяться в математичну модель оцінювання ЗЗЗНУ, побудова дерева логічного виведення ієрархічних зв'язків факторів, проведення моделювання ЗЗЗНУ; розробка механізму ЗЗЗНУ на макро-, мікро- та особистісному рівнях; визначення ефекту синергії від реалізації механізму ЗЗЗНУ, зокрема соціально-економічних ефектів від зниження рівня захворюваності та передчасної смертності осіб у віці 16–64 роки, що проявляється в зростанні рівня зайнятості, зменшенні рівня безробіття, підвищенні ВВП України;

розробка стратегій розвитку механізму ЗЗЗНУ. Визначено, що основною гіпотезою при формуванні відповідних концептуальних засад стала ідея комплексного поєднання політики, стратегій держави і роботодавців в напрямку формування мотивації у зайнятого населення до збереження здоров'я, що дозволить отримати ефект синергії від підвищення позитивного впливу демографічних, соціально-економічних і поведінкових факторів в системі забезпечення людського розвитку.

Запропоновано авторський підхід до розуміння сутності механізму збереження здоров'я зайнятого населення України, під яким розуміється система інструментів (соціально-економічних, фінансових, податкових, організаційних, адміністративних), концепцій, які направлені на реалізацію ефективної політики на макро-, мікро- та особистісному рівнях в напрямку стимулювання та підвищення відповідальності зайнятого населення за збереження власного здоров'я та отримання ефекту синергії в системі забезпечення людського розвитку. Структурними частинами механізму ЗЗЗНУ є такі його елементи, як: принципи (відповідальності, комплексності, індивідуальності, раціональності, постійності, валеологічності, соціального захисту, мотиваційності, профілактичності, ефективності); рівні взаємодії (макрорівень, мікрорівень, особистісний рівень); політику збереження здоров'я зайнятого населення в системі забезпечення людського розвитку (створення умов здорового життя; забезпечення можливостей здобуття якісної освіти, доступу до засобів існування, що формують гідний рівень життя і здоров'я); концепції збереження здоров'я зайнятого населення в системі забезпечення людського розвитку (реалізація ідеології концепції гідної праці, стратегій поведінкової економіки (макрорівень), реалізація концепції збереження здоров'я на робочому місці (мікрорівень); реалізація концепції самозбереження здоров'я зайнятого населення (особистісний рівень)); інструменти (фінансові, податкові, соціально-економічні, адміністративні, організаційні); результати дії механізму (ефекти на макро-, мікро- і особистісному рівнях, що дозволить в

цілому забезпечити ключові можливості людського розвитку, зокрема здорового життя);

Запропоновано математичну модель оцінювання ЗЗЗНУ на макрорівні, яка базується на «теорії нечіткої логіки». Математичне моделювання ЗЗЗНУ дало можливість одержати комплексне значення ЗЗЗНУ (R), яке становило в 2014 році 3,22, в 2018 році – 3,36. Зростання R в 2018 році, порівняно з 2014 роком, становило 4,32%. Це свідчить, що держава в міру своїх можливостей проводить поступову політику забезпечення людського розвитку, зокрема в напрямку стимулювання зайнятого населення до збереження свого здоров'я і життя. Ефект синергії, що проявляється у зростанні показника R в 2018 році, порівняно з 2014 роком, пов'язаний з покращенням значень за такими факторами, зокрема, поведінковими – x_1 на 1,6 в. п., x_2 на 7 в. п., x_3 на один літр; x_4 на 14 в. п., x_5 на 20,8 в. п., x_6 на 17,5%; соціально-економічними – y_1 на 0,8 в. п., y_4 на 67,64%, y_5 на 0,8 в. п., y_6 на 3,2 в. п., y_8 в 2,12 раза; демографічними – z_1 на 4,2 в. п., z_2 на 0,4 року. Зміст показника R дозволяє підвищити ефективність системи прийняття державних управлінських рішень в напрямку формування концепцій, стратегій, політики ЗЗЗНУ та, в разі його зміни в динаміці, своєчасно проводити їх корегування, що позитивно має відобразитись на зростанні ІЛР: збільшення тривалості життя, підвищення якості освіти, зростання реального ВВП на душу населення.

Запропоновано стратегії збереження здоров'я зайнятого населення України в системі забезпечення людського розвитку на сучасному етапі соціально-економічного розвитку на макро-, мікро- і особистісному рівнях, зокрема «м'якого патерналізму» (сприяє розвитку добровільного медичного страхування), «перерозподілу нерівності за доходами» (забезпечує економічний добробут), «диспансеризації» (реалізує його профілактичну складову); «пільгового оподаткування» (сприяє запровадженню корпоративних програм), «позитивної дискримінації» (передбачає повернення дискримінованих громадян на ринок праці та компенсацію

втрачених можливостей), «Парето-ефективності» (обґрунтовує принцип справедливості в оплаті праці), «комунітаризму» (передбачає синергію суб'єктів соціальної відповідальності); «балансу соціальної відповідальності» (забезпечує функціонування публічно-приватного партнерства), «фінансування» (обґрунтовує мінімальні обсяги витрат на охорону праці та промислову безпеку), «безперервної освіти» (формує ефективну систему знань з вимог безпеки на робочому місці та поза ним), «рефлексивного управління» (сприяє формуванню здатності бути мотивованим берегти здоров'я).

Розраховано потенційні соціально-економічні ефекти від зниження рівня захворюваності і передчасної смертності та здійснено оцінювання резервів зростання рівня зайнятості за рахунок зміни поведінки, направленої на збереження здоров'я зайнятого населення. Так, потенційні соціально-економічні ефекти для осіб працездатного віку, базуючись на даних 2018 року, складуть за рахунок: зниження поширюваності тютюнокуріння – 0,27 млрд грн; зменшення рівня поширення захворюваності на ішемічну хворобу серця за рахунок дотримання здорового способу життя – 9,43 млрд грн; зменшення рівня поширеності захворюваності на цукровий діабет II типу за рахунок дотримання здорового способу життя – 10,6 млрд грн. Потенційні втрати для економіки України через зовнішні причини смерті становлять 21,68 млрд грн, зокрема через навмисне самоушкодження – 4,41 млрд грн.

Здійснено оцінювання потенційних соціально-економічних ефектів за рахунок зміни поведінки зайнятого населення, спрямованої на збереження життя і здоров'я. Так, гіпотетичне зменшення кількості передчасних смертей від низки зовнішніх причин (навмисних самоушкоджень – на 50 %; ДТП, нещасних випадків, спричинених дією диму і вогню; падінь, утоплень, випадкових отруєнь, зокрема алкоголем, убивств, і випадків ушкодження з невизначеним наміром – на 10%) в результаті підвищення відповідальності за власне здоров'я та безпеку в побуті та на виробництві може зберегти

щорічно для економіки України не менше 3,93 млрд гривень (розрахунки 2018 р.). Це дало б можливість створити додатково 44,5 тис. робочих місць, і, відповідно, підвищити рівень зайнятості на 0,54 %, зменшити рівень безробіття на 2,6 %, і у результаті забезпечити зростання ВВП країни біля 0,1 %.

ВИСНОВКИ

У дисертаційному дослідженні розв'язана важлива науково-прикладна проблема – теоретико-методологічне забезпечення формування концептуальних засад механізму збереження здоров'я зайнятого населення України в системі забезпечення людського розвитку, якісно нового підходу до його моделювання, виявлення відмінностей в стані здоров'я залежно від демографічних, соціально-економічних і поведінкових факторів для наукового обґрунтування стратегій на різних структурних рівнях з метою мотивації зайнятого населення до збереження здоров'я. При цьому отримані такі нові результати.

1. На основі системного аналізу еволюції поглядів вітчизняних і закордонних вчених було поглиблено низку понять, які використані при дослідженні проблеми ЗЗЗНУ в системі забезпечення людського розвитку. З'ясовано, що здоров'я розглядається не тільки з позиції фізичного, душевного, соціального, але й з економічного благополуччя. Здоров'я як складова, що формує економічне благополуччя громадян, розглядається в сучасних трансформаційних умовах розвитку економіки як важливий ресурс праці; механізм, який взаємодіє зі всіма соціально-економічними процесами (формує рівень і якість життя громадян), залежить від них і впливає на них; є основою формування людського капіталу і сприяє людському розвитку.

2. Порівняльний аналіз сутності категорій «збереження здоров'я» та «самозбереження здоров'я» виявив відмінність, яка полягає в тому, що «самозбереження здоров'я» розуміється як система дій зайнятого населення (особистісний рівень) в напрямку збереження власного здоров'я, базуючись на принципах здорового способу життя, профілактики захворюваності, гідної праці і справедливості, асертивності і нонконформізму, тобто тут виокремлюється принцип самостійності, добровільності, власної волі. Термін «збереження здоров'я» розглядається як система заходів держави

(макрорівень), роботодавців (мікрорівень), зайнятого населення (особистісний рівень), зокрема: організаційні, економічні, соціальні, санітарно-гігієнічні, лікувально-профілактичні та інші заходи, які направлені на мотивацію зайнятих громадян до самозбереження здоров'я, що дало можливість запропонувати нове означення «збереження здоров'я зайнятого населення».

3. Збереження здоров'я зайнятого населення розглядається в системі взаємодії трьох структурних компонентів (макрорівень, мікрорівень і особистісний рівень), на яких формується мотивація зайнятого населення до збереження здоров'я. На основі дослідження окремих теорій мотивації були систематизовані знання, що покладені в основу формування концептуальних засад мотивації зайнятого населення до збереження здоров'я в системі забезпечення людського розвитку. Наприклад, «теорія очікування» дала змогу обґрунтувати те, що зайняте населення, яке дбає про своє здоров'я, зокрема дотримується вимог охорони праці, промислової безпеки, пожежної безпеки, вчасно проходить навчання з охорони праці і медичні огляди, використовує засоби індивідуального захисту, вчасно звертається до лікаря в разі проблем із здоров'ям, вправі очікувати від роботодавця гідної винагороди, додаткової мотивації (економічної або неекономічної). Зайняте населення буде мотивовано зберігати власне здоров'я, за умови впевненості реалізації відповідних поєднаних зусиль держави і роботодавця. Це стосується питань забезпечення безпечних і здорових умов праці, гідної оплати, кар'єрного зростання та інших аспектів соціально-трудова відносин, що сприятливо впливають на людський розвиток.

4. Чинна концепція забезпечення збереження здоров'я зайнятого населення базується на патерналізмі держави. Через трансформацію моделі економіки України після здобуття незалежності з планово-економічної на ринкову, зміну пріоритетів в сфері соціальної політики, соціально-трудова відносин виникла необхідність в заміні усталеної концепції, що залишилась з радянського періоду. Тому обґрунтовується перехід від концепції патерналізму до концепції

«лібертаріанського патерналізму», направленої на мотивацію зайнятого населення до збереження здоров'я шляхом формування права вільного вибору, що можна реалізувати за допомогою запропонованих стратегій поведінкової економіки, зокрема «прямих заборон, які обмежують можливості індивідуального вибору», «запровадження податків на «гріхи»», «охолодження», «надання повної інформації про товар та його ризики», «впливу на підсвідомість», «заборони використання окремих фінансових інструментів», «ментального бюджетування», «м'якого підштовхування», «стимулювання заходів, які регулюють і контролюють поточну поведінку». Запропоновані стратегії дозволять зайнятому населенню вийти із замкнутого кола, коли людина хоче щось змінити, зокрема власну поведінку щодо свого здоров'я, але через окремі негативні фактори впливу з боку макrorівня та мікрорівня це зробити не може. При цьому на мікрорівні реалізація концепції «рефлексивного управління» дозволить посилити ефект синергії для зайнятого населення в напрямку збереження його здоров'я.

5. Суспільні та економічні трансформації в Україні з часу набуття незалежності супроводжувались низкою чинників, які негативно вплинули на здоров'я зайнятого населення, призвели до зменшення його людського капіталу і зниження якості робочої сили в країні. Серед них: втрата або вимушена зміна роботи; невідповідність обсягу заробітної плати значної частини населення потребі відтворення робочої сили; затримка і невиплата заробітної плати; приховане безробіття; тіньова і нестабільна зайнятість; дисбаланс на ринку праці за професійно-кваліфікаційною ознакою; перенавантаження і недостатній контроль за безпекою на робочому місці; брак соціального захисту зайнятого населення; до чого додавалися і наслідки світових економічних криз, епідемій (наприклад, пандемії COVID-19) тощо. Поєднання несприятливих факторів в різних комбінаціях посилює негативний вплив на здоров'я зайнятого населення, обертаючись зростанням захворюваності та передчасної смертності, що, в свою чергу, відбивається на соціально-економічному розвитку,

зменшуючи пропозицію на ринку праці України, призводячи до втрат фонду робочого часу, збитків для економіки, погіршення основних показників, які характеризують стан ринку праці.

6. Аналіз сучасного стану та динаміки основних показників ринку праці України (обсяг та рівень зайнятості, рівень безробіття, зокрема визначеного за методологією МОП, рівень неформальної зайнятості, розмір середньої заробітної плати тощо) дозволив запропонувати модель впливу трансформаційних процесів сучасного ринку праці на здоров'я зайнятого населення з дезагрегацією за трьома групами: зайняте населення зі стабільним доходом; зайняте населення, яке працює в умовах нестабільності; безробітне населення. В комплексі дана модель дає можливість на рівні держави, територіальних громад, підприємства вчасно виявляти ризики в соціально-трудових відносинах, умовах праці та вживати заходів з метою забезпечення збереження здоров'я зайнятого населення в системі людського розвитку.

7. Визначено, що найбільш сильні форми шоків здоров'я (частина яких обертається передчасною смертю) різко знижують продуктивність праці та працездатність зайнятого населення, призводять до виходу зайнятого населення з ринку праці. Тому були запропоновані теоретико-методичні засади побудови моделі впливу шоків здоров'я на пропозицію ринку праці та оцінено потенційні втрати економіки України від передчасної смертності населення України у вікових інтервалах 15–64 роки. Так, розраховані потенційні втрати робочого часу в загальній структурі фонду річного робочого часу, відпрацьованого одним штатним працівником, через передчасну смертність від всіх причин в 2018 році становили 10,71%. Потенційні втрати у людино-роках склали 2262751 люд.-років, а втрати для економіки України становили 412,98 млрд грн, або 7,95% від ВВП України.

8. На основі узагальнення світового та вітчизняного досвіду реалізації стратегії збереження здоров'я зайнятого населення сформовано концептуальні основи профілактичних заходів в системі забезпечення людського розвитку.

Профілактична складова ЗЗЗНУ розглядається в дисертації як ефективний його інструментарій на всіх структурних рівнях, зокрема: макрорівень (проведення диспансеризації зайнятого населення); мікрорівень (проведення медичних оглядів на робочому місці); особистісний рівень (проходження профілактичних медичних оглядів в межах участі в системі загальнообов'язкового та добровільного медичного страхування). Обґрунтовано, що європейська стратегія «Збереження здоров'я на робочому місці», яка ґрунтується на створенні гідних умов праці роботодавцями, дотриманні ними принципів соціальної відповідальності і діалогу та реалізації найбільш ефективних корпоративних програм, міжнародних стандартів менеджменту безпеки і здоров'я, може бути ефективно застосована в Україні.

9. Сформовано методологічні засади оцінювання впливу демографічних, соціально-економічних, поведінкових факторів на здоров'я зайнятого населення та його збереження, зокрема, визначення, обґрунтування та систематизація комплексу відповідних факторів з наступним використанням лінійної моделі багатофакторної регресії. За результатами моделювання було доведено, що існує тісний зв'язок між демографічними, соціально-економічними й поведінковими факторами та здоров'ям зайнятого населення (за самооцінюванням) (коефіцієнт множинної кореляції становить 0,9269). На основі отриманої математичної моделі з'ясовано, що найбільший позитивний вплив на здоров'я мали фактори: середня тривалість здорового життя (+1,01); питома вага населення, яке має вищу освіту (+0,39). Виявилося, що сукупні витрати на охорону здоров'я на душу населення (дол. США за ПКС) мали незначний вплив на стан здоров'я (+0,00008). Негативно на самооцінку здоров'я вплинули такі фактори, як матеріальна нерівність (величина коефіцієнта Джині) (мінус 57,35); наявність підвищеного рівня цукру в крові (мінус 3,13); рівень споживання алкоголю на душу населення (мінус 0,36); підвищений артеріальний тиск (мінус 0,11); середньорічна кількість годин, відпрацьованих одним працівником (мінус 0,034).

10. Здійснено емпіричне дослідження відмінностей самооцінки здоров'я залежно від демографічних, соціально-економічних і поведінкових факторів на основі даних опитувань у репрезентативній вибірці зайнятого населення віком 18+ у Вінницькій області (2014 р., $N = 537$ осіб) та в Україні (2020 р., $N = 1217$ осіб) в межах уточнення основних показників, що лежать в основі людського розвитку, зокрема матеріального статусу і освіти. Досліджені відмінності самооцінки здоров'я зайнятого населення України за демографічними факторами (вік, стать, місце проживання, сімейний стан тощо), соціально-економічними факторами (за категоріями населення, статусом економічної діяльності, матеріальним статусом, джерелом формування доходів, тривалістю робочого тижня, тривалістю робочої зміни, рівнем освіти, умовами праці, рівнем задоволеністю роботою) та поведінковими факторами (задоволеність зайнятими громадянами власним життям, їх потреб в житті та ступінь їх реалізації в ньому, наявність шкідливих звичок, особливості сну, фізична активність тощо) дозволили визначити особливості їх прояву в сучасних умовах розвитку ринку праці, зокрема в системі соціально-трудова відносин, зрозуміти його поведінку під час виникнення потреби звернення до лікаря та оцінити можливості доступу до системи охорони здоров'я. Це стало підґрунтям для розробки стратегій, рекомендацій і пропозицій в системі ЗЗЗНУ.

11. Розроблено методичний підхід та здійснено моделювання ЗЗЗНУ, в основі якого лежить теорія нечітких множин, яка дозволяє комплексно, базуючись на кількісних і якісних показниках оцінки демографічних, соціально-економічних і поведінкових факторів, визначити конкретне значення і віднести його до чітко визначених інтервалів, що характеризують відповідний стан. Підхід дозволяє підвищити ефективність прийняття управлінських державних рішень в сфері реалізації демографічної та соціально-економічної політики в напрямку мотивації зайнятого населення до збереження здоров'я в системі забезпечення людського розвитку з

використанням запропонованого показника ЗЗЗНУ. Так, за проведеним моделюванням було з'ясовано, що в 2018 році, порівняно з 2014 роком, розрахований показник збереження здоров'я зайнятого населення зріс із значення 3,22 до 3,36 в 2018 році, або на 4,32 %.

12. Розроблено механізм ЗЗЗНУ, який містить такі елементи, як: принципи (відповідальності, комплексності, індивідуальності, раціональності, постійності, валеологічності, соціального захисту, мотиваційності, профілактичності, ефективності), суб'єкти (макро-, мікро-, особистісний рівні), рівні взаємодії суб'єктів (на макрорівні – сприяння збереженню здоров'я зайнятого населення; на мікрорівні – сприяння збереженню здоров'ю зайнятого населення на робочих місцях; на особистісному рівні – самозбереження здоров'я зайнятим населенням), політика (направлена на забезпечення здорового життя; набуття, розширення й оновлення знань в системі безперервної освіти; забезпечення доступу до умов гідного життя та зайнятості), концепції (на макрорівні – реалізація ідеології створення гідних умов праці, стратегій поведінкової економіки; на мікрорівні – реалізація концепції збереження здоров'я на робочому місці; на особистісному рівні – реалізація системи мотивації щодо самозбереження здоров'я зайнятого населення), інструменти (фінансові, податкові, соціально-економічні, адміністративні, організаційні), результати дії механізму – забезпечення людського розвитку України.

13. З метою забезпечення розвитку механізму збереження здоров'я зайнятого населення України було сформовано перелік стратегій, зокрема: «м'якого патерналізму» (сприяє розвитку добровільного медичного страхування), «перерозподілу нерівності за доходами» (забезпечує економічний добробут), «диспансеризації» (реалізує профілактичну складову збереження здоров'я); «пільгового оподаткування» (сприяє запровадженню корпоративних програм здоров'я), «позитивної дискримінації» (передбачає повернення дискримінованих громадян на ринок праці та компенсацію втрачених можливостей), «Парето-ефективності» (обґрунтовує принцип справедливості в

оплаті праці), «комунітаризму» (передбачає синергію суб'єктів соціальної відповідальності в напрямку створення гідних умов праці); «балансу соціальної відповідальності» (забезпечує функціонування публічно-приватного партнерства), «фінансування» (обґрунтовує мінімальні обсяги витрат на охорону праці та промислову безпеку), «безперервної освіти» (формує ефективну систему знань з вимог безпеки на робочому місці та поза ним), «рефлексивного управління» (сприяє формуванню здатності бути мотивованим берегти здоров'я).

14. Очікується позитивний соціально-економічний ефект від реалізації запропонованої концепції та стратегій, насамперед, за рахунок суспільних змін стосовно усвідомлення значущості капіталу здоров'я і необхідності активності на різних рівнях, спрямованої на збереження здоров'я зайнятого населення. За розрахунками 2018 р., вигода від дотримання здорового способу життя та спричиненого цим зниження поширеності тютюнокуріння складатиме щорічно не менше 0,27 млрд грн; зменшення захворюваності на ішемічну хворобу серця – 9,43 млрд грн; зменшення захворюваності на цукровий діабет II типу – 10,6 млрд грн відповідно. Це надалі забезпечуватиме можливість збільшити питому вагу витрат системи охорони здоров'я України на профілактику захворюваності (зокрема професійної), інвалідності та передчасної смертності зайнятого населення. Гіпотетичне зменшення через зростання відповідальності за власне здоров'я і безпеку числа передчасних смертей від низки зовнішніх причин в побуті та на виробництві (самогубств – на 50 %; ДТП, нещасних випадків, спричинених дією диму і вогню, падінь, утоплень, випадкових отруєнь, зокрема алкоголем, убивств, і випадків ушкодження з невизначеним наміром – на 10 %) могло б зберегти для економіки країни щорічно не менше 3,93 млрд гривень. Це, в свою чергу, дало б можливість створити додатково 44,5 тис. робочих місць, підвищити рівень зайнятості на 0,54 %, зменшити рівень безробіття на 2,6 %, і, в результаті, забезпечити зростання ВВП країни на 0,1 %.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

Використані джерела до розділу 1

1. Грішнова О. А. Людський розвиток : навчальний посібник. К : КНЕУ, 2006. 308 с.
2. Кларк Дж. Б. Распределение богатства. М : Экономика, 1992. 194 с.
3. Маркс К. Капитал. Т. 1. Критика политической экономии. М : Политиздат, 1973. 907 с.
4. Миль Дж. С. Основы политической экономии и некоторые аспекты их приложения к социальной философии. Т. 1. М : Прогресс, 1980. 496 с.
5. Петти В. Экономические и статистические работы. М : Соцэкгиз, 1940. – 324 с.
6. Смит А. Исследование о природе и причинах богатства народов. М : Соцэкгиз, 1962. 684 с.
7. Людський розвиток в Україні: 2004 рік. Щорічна науково-аналітична доповідь / за ред. Е. М. Лібанової. Київ : Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, Держкомстат України, 2004. 266 с.
8. Новікова О. Ф., Амоша О. І., Антонюк В. П. Людський потенціал: механізми збереження та розвитку : монографія. Донецьк : Ін-т економіки промисловості НАН України. 2008. 468 с.
9. Антонюк В. П. Забезпечення зайнятості як один з пріоритетних векторів соціальної політики стосовно осіб з обмеженими фізичними можливостями. *Управління економікою: теорія та практика* : зб. наук. праць. Київ : Ін-т економіки промисловості НАН України, 2019. С. 104–115.
10. Антонюк В. П. Інституційне забезпечення державної політики у сфері зайнятості: напрями удосконалення. *Економічний вісник Донбасу*. 2018. № 1. С. 109–117.
11. Антонюк В. П., Щетініна Л. В. Трансформація зайнятості населення: методологічні засади дослідження та європейські тренди. *Соціально-трудові відносини: теорія та практика*. 2018. № 2. С. 75–89 URL: <http://www.irbis->

nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/

cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CN
R=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21
STR=stvtpp_2018_1_8 (дата звернення: 15.10.2020).

12. Антонюк В. П. Ринок праці промисловості України в контексті цілей сталого розвитку: стан, проблеми та пріоритети їх вирішення. *Україна: аспекти праці*. 2017. № 4. С. 3–11.

13. Антонюк В. П. Здоров'я в системі чинників формування трудового потенціалу України. *Вісник економічної науки України*. 2020. № 1. С. 3–7.

14. Людський розвиток в Україні: можливості та напрями соціальних інвестицій: колективна науково-аналітична монографія / за ред. Е.М. Лібанової. Київ: Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2007. 328 с.

15. Людський капітал України: стан, проблеми, перспективи відтворення : монографія / за ред. В. М. Лича. Київ : КНУБА, 2009. 224 с.

16. Рингач Н. О. Громадське здоров'я як чинник національної безпеки : монографія. Київ : НАДУ, 2009. 296 с.

17. Рингач Н. О. Здоров'я як складова людського капіталу та запорука розвитку. *Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Економічні науки*. 2016. Вип. 11. С. 249–258.

18. Левчук Н. М. Соціальна диференціація стану здоров'я і смертності в Україні. *Демографія та соціальна економіка*. 2007. № 1. С. 12–27.

19. Курило І. О. Здоров'я і тривалість життя літнього населення в Україні: тенденції та деякі їх фактори. *Демографія та соціальна економіка*. 2013. № 2. С. 102–114.

20. Шевчук Л. Проблеми індивідуального й суспільного здоров'я в контексті трансформації соціальної мобільності. *Соціогуманітарні проблеми людини*. 2006. № 2. С. 95–103.

21. Лопушняк Г. С. Соціально-економічні проблеми реалізації права громадян на охорону здоров'я в Україні. *Вісник Львівської державної фінансової академії*. Львів. 2011. № 20. С. 219–229.

22. Грузєва Т. С. Дослідження відмінностей у стані здоров'я населення залежно від рівня матеріального добробуту. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2003. № 3. С. 61–64.

23. Кислицына О. А. Социально-экономические детерминанты здоровья россиян. *Народонаселение*. 2007. № 2. С. 24–37.

24. Шушпанов Д. Г., Шушпанова Н. В. Особиста відповідальність населення за стан власного здоров'я: соціально-економічні та демографічні особливості. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. № 3 (44). С. 298–302.

25. Шушпанов Д. Соціально-економічні особливості споживання продуктів харчування та їх вплив на стан здоров'я населення України. *Актуальні проблеми економіки*. 2016. №7 (181). С. 344–356.

26. Шушпанов Д.Г. Навколишнє середовище та нерівність у здоров'ї населення України: соціально-економічний та демографічний розріз. *Сталий розвиток економіки*. 2017. № 7. С. 97–106.

27. Шушпанов Д. Г. Регіональний профіль здоров'я населення України: стан, тенденції, детермінанти. *Соціально-економічні проблеми сучасного періоду України*. 2015. Вип. 5 (115). С. 77–82.

28. Доклад о человеческом развитии 2019. За рамками уровня доходов и средних показателей сегодняшнего дня: неравенство в человеческом развитии в XXI веке. 2019. URL: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_overview_-_russian.pdf (дата звернення: 15.10.2020).

29. Індокси та показники людського розвитку: Оновлена статистика за 2018 рік. 2018. URL: <https://www.ua.undp.org/content/ukraine/uk/home/library/annual-reports/hdr-2018-statistical-update.html> (дата звернення: 15.10.2020).

30. Лібанова Е. М. Гуманізм, суспільна інтеграція та соціальний розвиток. *Демографія та соціальна економіка*. 2010. № 2 (14). С. 3–13.

31. Надрага В. І. Соціальні ризики в трудовій сфері : дисертація ... д-ра екон. наук : 08.00.07. Київ, 2016. 472 с.
32. Демографічна криза в Україні. Сайт Радіо Свобода. Київ. 2005. URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/932513.html>. (дата звернення: 15.10.2020).
33. Геєць В. М. Суспільство, держава, економіка: феноменологія взаємодії та розвитку : монографія. Київ : Ін-т економіки та прогнозування НАН України, 2009. 864 с.
34. Ляш О. І. Оцінка розвитку людського капіталу України. *Економіка і регіон*. 2008. № 3(18). С. 141–145.
35. Gemmell N. Evaluating the impacts of human capital stocks and accumulation on economic growth: some new evidence. *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*. 1996. Vol. 58. № 1. P. 9–28.
36. Asteriou D., Agiomirgianakis G. Human capital and economic growth: time series evidence from Greece. *Journal of Policy Modeling*. 2001. Vol. 23. № 5. P. 481–489.
37. Benhabib J., Spiegel M. The role of human capital in economic development: evidence from aggregate cross-country data. *Journal of Monetary Economics*. 1994. Vol. 34. № 2. P. 143–173.
38. Геєць В. М. Наслідки демографічних викликів для економічного зростання в Україні. *Демографія та соціальна економіка*. 2011. № 1 (15). С. 3–23.
39. Пирожков С. І. Від редакції. *Демографія та соціальна економіка*. 2008. № 1 (9). С. 3–8.
40. Носик О. М. Людський капітал інноваційного розвитку: економічні основи відтворення : монографія. Харків : Точка, 2016. 490 с.
41. Мельничук Д. П. Людський капітал: пріоритети модернізації суспільства у контексті поліпшення якості життя населення : монографія. Житомир : Полісся, 2015. 564 с.

42. Людський розвиток регіонів України: аналіз та прогноз : колективна монографія / за ред. Е. М. Лібанової. Київ : Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2007. 367 с.

43. Безпека людського розвитку: економіко-теоретичний аналіз : монографія / за ред. Л. С. Шевченко. Харків : Право, 2010. 448 с.

44. Соціально-економічний потенціал сталого розвитку України та її регіонів : національна доповідь / за ред. акад. НАН України Е. М. Лібанової, акад. НАН України М. А. Хвесика. Київ : ДУ ІЕПСР НАН України, 2014. 776 с.

45. Рой І. Державні пріоритети у сфері демографічної безпеки України. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2013. № 1 (16). С. 104–111.

46. Vlasyk L. Y., Ryngach N. O., Vlasyk L. I. Study of the lifestyle of economically active population of the Chernivtsi region: the prevalence of risk factors among business entities in the market. *Wiadomości Lekarskie*. 2019. Tom LXXII. № 5. P 832–837.

47. Гернего Ю. Фінансовий компонент індексу людського розвитку в Україні. *Економіка і суспільство*. 2017. Вип. 11. С. 407–412.

48. Людський розвиток в Україні: інноваційний вимір : колективна монографія / за ред. Е. М. Лібанової. Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, Програма Розвитку ООН в Україні. Київ : Ін-т демографії та соціальних досліджень НАНУ, 2008. 316 с.

49. Людський розвиток в Україні. Інноваційні види зайнятості та перспективи їх розвитку : колективна монографія / за ред. Е. М. Лібанової. Київ : Ін-т демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи НАН України, 2016. 328 с.

50. Gerasymenko G. V. Non-balanced Human Development: Global Determinants and Challenges for Ukraine. *Демографія та соціальна економіка*. 2014. № 2 (22). С. 44–55.

51. Людський розвиток в Україні: історичний вимір трансформації державної соціальної політики : колективна монографія / за ред.

Е. М. Лібанової. Київ : Ін-т демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи НАН України, 2014. 380 с.

52. Шаульська Л. В. Здоров'я населення в системі відтворення трудового потенціалу. *Схід*. 2005. № 2 (68). С. 38–43.

53. Шаульська Л. В. Трудовий потенціал: багаторівнева стратегія збереження та розвитку : автореф. дис. ... д-ра екон. наук : 08.09.01. Донецьк, 2006. 46 с.

54. Долішній М. І., Злупко С. М. Соціально-трудовий потенціал: теорія і практика : колективна монографія. Ч. 2. Київ : Наукова думка, 1994. С. 207.

55. Шевчук Л. Т. Медико-соціальні основи використання трудового потенціалу в Україні : автореф. дис. ... д-ра екон. наук : 08.09.01. Львів, 2005. 46 с.

56. Антонюк В. П. Динаміка кількісних і якісних характеристик трудового потенціалу промисловості як загроза її модернізації. *Економіка і організація управління*. 2016. № 3. С. 19–28.

57. Чорний Р. С. Розвиток трудового потенціалу просторових форм організації українського суспільства : монографія. Львів : Інститут регіональних досліджень НАН України, 2013. 384 с.

58. Дороніна О. А., Білецький О. В. Інвестування у людський капітал як провідний чинник зростання конкурентоспроможності економіки. *Вісник Донецького національного університету. Сер. В: Економіка і право*. Вип. 2. 2014. С. 152–157.

59. Беккер Г. С. Человеческое поведение: экономический поход : избран. труд. по экономич. теор. / пер. с англ.; ред. Р. И. Капелюшников. Москва : ГУ-ВШЭ, 2003. 672 с.

60. Lucas R. E. On the mechanics of economic development. *Journal of Monetary Economics*. 1988. Vol. 22. № 1. P. 3–42.

61. Nelson R., Phelps E. Investment in humans, technological diffusion and economic. *American Economic Association*. 1966. № 2. Vol. 61. P. 69–75.

62. Онікієнко В. В. Ринок праці та соціальний захист населення України: ретроаналіз, проблеми, шляхи вирішення : науково-аналітична монографія. Київ : Ін-т демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України, 2013. 456 с.
63. Гальків Л. І., Кравчук Л. М. Втрати людського капіталу в контексті соціогуманістичної парадигми збереження людського капіталу. *Регіональна економіка*. 2011. № 1. С. 126–133.
64. Антонюк В. П. Оцінка та забезпечення розвитку людського капіталу України : автореф. дис. ... д-ра екон. наук : 08.00.07. Донецьк, 2008. 39 с.
65. Антонюк В. П. Формування та використання людського капіталу в Україні : соціально-економічна оцінка та забезпечення розвитку : монографія. Донецьк, 2007. 348 с.
66. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. *Україна. Здоров'я нації*. 2010. № 1. С. 5–23.
67. Harper S., Lynch J., Smith G. Social determinants and the decline of cardiovascular diseases: understanding the links. *Annu Rev Public Health*. 2011. Vol. 32:39-69. № 3. P. 39–69.
68. Belskya D., Caspic A., Houtsc R. at al. Quantification of biological aging in young adults. *PNAS*. 2015. Vol. 30. № 6. URL: <https://www.pnas.org/content/pnas/112/30/e4104.full.pdf> (дата звернення: 15.10.2020).
69. Bailey K., Ryan A., Apostolidou S. Socioeconomic indicators of health inequalities and female mortality: a nested cohort study within the United Kingdom Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS). *BMC Public Health*. 2015. Vol. 15. № 15. P. 253. DOI:10.1186/s12889-015-1609-5.
70. Chekraoui F.L. Spatial differences of mortality: social and medical factors. *South-East European Journal of Political Science*. 2016. Vol. 11. № 4 (2).

71. Havranek E. P., Mujahid M. S., Barr D. A. Social Determinants of Risk and Outcomes for Cardiovascular Disease. *Circulation*. 2015. Vol. 132. № 9. P. 873–898. DOI:10.1161/CIR.0000000000 0000228.

72. Pérez G., Rodríguez-Sanz M., Domínguez-Berjón F. Indicators to monitor the evolution of the economic crisis and its effects on health and health inequalities. *Gaceta Sanitaria* 2014. Vol. 28. № 28. P. 124–131. DOI:10.1016/j.gaceta.2014.03.009.

73. Самородская И. В., Барбараш О. Л., Кондрикова Н. В. Взаимосвязь социально-экономических факторов и показателей смертности населения. *Профилактическая медицина*. 2017. № 20 (1). С. 10–14. URL: <https://doi.org/10.17116/profmed 201720110-14>_(дата звернення: 15.10.2020).

74. Margaret W., Göran D. Европейские стратегии по преодолению социального неравенства в отношении здоровья: Восходящее выравнивание. Часть 2. Всемирная Организация Здравоохранения, 2008. 143 с.

75. Газизуллина П. Классификации факторов заболеваемости и смертности. *Экономические науки*. 2013. № 5. С. 149–152.

76. Biggs B., King L., Basu S. Is wealthier always healthier? The impact of national income level, inequality, and poverty on public health in Latin America. *Social Science & Medicine*. 2010. Vol. 71. № 2. P. 266–73.

77. Bohk C., Rau R. Impact of economic conditions and crises on mortality and its predictability. *Sozpsychol*. 2015. Vol. 67. № 1. P. 271–294.

78. Крупник З. Формування відповідального ставлення до здоров'я у вихованців центрів соціально-психологічної реабілітації: теоретичний аспект. *Освітологічний дискурс*. 2015. № 4 (12). С. 110–118.

79. Поляков О. І. Фізіологічна характеристика трудової діяльності людини у віковому аспекті і оцінка працездатності : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.03.03. Київ, 2001. 26 с.

80. Павлова Ю. О., Трачук М. М., Виноградський Б. А. Вплив професійних ризиків співробітників аварійно-рятувальних служб на їх здоров'я. *Вісник*

Чернігівського національного педагогічного університету. 2013. Вип. 112(3). С. 277–281.

81. Рингач Н. О. Проблема надсмертності чоловіків в Україні: гендерний аналіз у державному управлінні охороною громадського здоров'я. *Стратегічні пріоритети*. 2008. № 3 (8). С. 142–148.

82. Гендерна рівність і розвиток: погляд у контексті Європейської стратегії України. Центр Разумкова. 2016. URL: <https://razumkov.org.ua/upload/Gender-FINAL-S.pdf> (дата звернення 15.10.2020).

83. Браун Дж. В., Панова Л. В., Русинова Н. Л. Гендерные неравенства в здоровье. *Социологические исследования*. 2007. № 6. С. 114–122.

84. Добренев В. И., Кравченко А. И. Социальная мобильность: Социология. Т. 2. Социальная структура и стратификация. Москва : ИНФРА-М, 2000. С. 424–476.

85. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Всемирная Организация Здравоохранения. URL: <http://www.un.org/ru/development/surveys/docs/whr2008.pdf> (дата звернення: 15.10.2020).

86. Смертність населення України у трудоактивному віці : монографія / за ред. Е. М. Лібанової. Київ : Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2007. 211 с.

87. Ідрісова Н. О. Вплив соціально-економічних факторів на здоров'я та здоровий спосіб життя. 2013. URL: http://www.irbis-nbuv.gov.ua/.../cgiirbis_64.exe? (дата звернення: 15.10.2020).

88. Балакірева О. М., Левін Р. Я., Ноур А. М. Цінності освіти і праці як передумова сталого розвитку українського суспільства. *Український соціум*. 2012. № 3 (42). С. 7–30.

89. Бабійчук Ю. В. Особливості впливу бронхіальної астми на якість життя хворих працездатного віку. *Вісник Вінницького державного мед. університету*. 2001. № 5 (1). С. 227–230.

90. Аршава І. Ф., Єрошкіна Т. В. Медико-психологічні аспекти соматичних захворювань : навчальний посібник. Дніпропетровськ : РВВ ДНУ, 2012. 88 с.
91. Римашевская Н. О социальном реформировании в России. *Проблемы теории и практики управления*. 2005. № 5. С. 20–26.
92. Обзор социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ: заключительный доклад. 2014. URL: <http://www.euro.who.int/pubrequest?language=Russian> (дата звернення 15.10.2020).
93. Казаковцев В. П., Ляпин В. А. Гигиеническая оценка влияния социально-экономических факторов на формирование хронической патологии верхних дыхательных путей населения промышленного центра. *Фундаментальные исследования*. 2012. № 12 (2). С. 274–276.
94. Сафронов А. Г. Психология религии : монографія. Киев : Ника-Центр, 2002. 224 с.
95. Смирнова Е. Т. Введение в религиозную психологию. Самара : Бахрах-М, 2003. 160 с.
96. Фізичні вправи і депресія. Медичний інформаційний портал. URL: http://mediclab.com.ua/index.php?newsid=29977_ (дата звернення 15.10.2020).
97. Шубович М. М., Гринева Е. А., Бибикина Н. В. Технологии по профилактике вредных привычек студенческой молодежи. *Педагогико-психологические и медико-биологические проблемы физической культуры и спорта*. 2018. № 13 (4). С. 80–86. DOI 10.14526/2070-4798-2018-13-4-82-86.
98. Biddle S., Atkin A., Cavill N. Correlates of physical activity in youth : A review of quantitative systematic reviews. *International Review of Sport and Exercise Psychology*. 2011. Vol. 4. № 1. P. 25–49.
99. Bize R., Johnson J., Plotnikoff R. Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population : A systematic review. *Preventive Medicine*. 2007. Vol. 45. № 6. P. 401–415.

100. Brehm W., Wagner P., Sygusch R. Health Promotion by means of Health Sport. A framework and a controlled intervention study with sedentary adults. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*. 2005. Vol. 15. № 1. P. 13–20.
101. Balakrishnan R., Allender S., Scarborough P. The burden of alcohol-related ill health in the United Kingdom. *J. Public. Health*. 2009. Vol. 31. № 1. P. 366–373.
102. Britton A., Marmot M., Shipley M. How does variability in alcohol consumption over time affect the relationship with mortality and coronary heart disease? *Addiction*. 2010. Vol. 105. № 4. P. 639–645.
103. Britton A., McKee M. The relation between alcohol and cardiovascular disease in Eastern Europe: explaining the paradox. *J. Epidemiol. Comm. Health*. 2000. Vol. 54. № 5. P. 328–332.
104. Erskine S., Maheswaran R., Pearson T. Socioeconomic deprivation, urban-rural location and alcohol-related mortality in England and Wales. *BMC Public Health*. 2010. Vol. 25. № 10. P. 1–8. URL: <file:///C:/Users/user/Downloads/1471-2458-10-99.pdf> (дата звернення 15.10.2020).
105. Jayasekara H., English D., Room R. Alcohol consumption over time and risk of death : a systematic review and meta-analysis. *Epidemiol.* 2014. Vol. 179. № 9. P. 1049–1059.
106. Управление устойчивым развитием в условиях переходной экономики / за. ред. М. Шмидт, Б. Хансман, Д. Палехов. Днепропетровск – Коттбус-Зенфтенберг (Германия) : Национальный горный университет – Бранденбургский технический университет, 2015. 430 с.
107. Молодь та молодіжна політика в Україні: соціально-демографічні аспекти / за ред. Е. М. Лібанової. Київ : Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи НАН України, 2010. 248 с.
108. Лазарева Н. В., Кузьмина Е. Э. Влияние качества питьевой воды и атмосферного воздуха на состояние здоров'я. *Региональное развитие:*

электронный научно-практический журнал. 2016. № 2 (14). URL: <https://regrazvitie.ru/> (дата звернення 15.10.2020).

109. Заюков І. В. Дослідження впливу факторів на здоров'я працездатного населення України. Київ. 2017. URL: http://www.nas.gov.ua/text/pdfNews/Zaiiukov_life_expectancy_conference_IDSD_november2017.pdf (дата звернення 15.10.2020).

110. What is the WHO definition of health. Офіційний сайт Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я. Женева. 2020. URL: https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions_ (дата звернення 15.10.2020).

111. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення 15.10.2020).

112. Апанасенко Г. Л., Попова Л. О. Медицинская валеология. Київ : Здоров'я, 1998. 248 с.

113. Амосов Н. М. Энциклопедия Амосова. Алгоритм здоров'я. Донецк : Сталкер, 2002. 590 с.

114. Брехман И. И. Валеология – наука о здоровье. Москва : ФиС, 1990. 208 с.

115. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження : колективна монографія / за ред. проф. Ю. Д. Бойчука. Харків : Вид. Рожко С.Г., 2017. 488 с.

116. Куценко В. І. Соціальний вектор економічного розвитку. Київ : Наукова думка, 2010. 733 с.

117. Стешенко В. С. Зміст понять «демографічний розвиток» і людський розвиток»: тотожності та відмінності. *Демографія та соціальна економіка*. 2013. № 1(19). С. 5–16.

118. Коулман Дж. Капитал социальный и человеческий. *Общественные науки и современность*. 2001. № 3. С. 122–139.

119. Бедный М. С. Медико-демографическое изучение народонаселения. Москва : Статистика, 1979. С. 90.
120. Казначеев В. П. Основание формирования программы общей и частной валеологии. *Валеология*. 1996. № 4. С. 75–82.
121. Калью П. И. Сущностная характеристика понятия «здоровья» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения : обзорная информация. Москва: Медицина, 1998. 67 с.
122. Солоненко Н. Удосконалення механізмів державного управління перебудовою галузі охорони здоров'я в Україні в контексті суспільних потреб. *Державне управління в Україні: реалії та перспективи* : зб. наук. пр. НАДУ. Київ, 2005. С. 424–431.
123. Allen J., Balfour R., Bell R. Social determinants of mental health. *International review of psychiatry*. 2014. Vol. 26. № 4. P. 392–407. DOI: 10.3109/09540261.2014.928270.
124. Braveman P., Gottlieb L. The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes. *Public health reports*. 2014. Vol. 129. № 2. P. 19–31. DOI: 10.1177/00333549141291S206.
125. Coleman J. S. Social capital in the creation of human capital. *American journal of sociology : Organizations and institutions: sociological and economic approaches to the analysis of social structure*. 1988. Vol. 94. № 1. P. 95–120.
126. Eriksson M. Social capital and health: implications for health promotion. *Global Health Action*. 2011. Vol. 4. № 1. P. 1–11. DOI: 10.3402/gha.v4i0.5611.
127. Lucumi D., Gomez L. F., Brownson R. C. Social capital, socioeconomic status, and health-related quality of life among older adults in Bogotá (Colombia). *Journal of aging and health*. 2015. Vol. 27. № 4. P. 730–750. DOI: 10.1177/0898264314556616.
128. Abraham C., Sheeran P. The Health Belief Model. 2015. URL: <file:///C:/Users/user/Downloads/AbrahamSheeran-TheHealthBeliefModel.pdf> (дата звернення 15.10.2020).

129. Петраш М. Д., Муртазина И. Р. Понятие «Здоровый образ жизни» в психологических исследованиях. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология и педагогика*. 2018. Т. 8. Вып. 2. С. 152–165. DOI: 10.21638/11701/spbu16.2018.204.
130. Hagger M., Wood C., Stiff C. et al. The strength model of self-regulation failure and health-related behavior. *Health Psychology Review*. 2009. Vol. 208. № 3. P. 208–238.
131. Тоффлер Э. Шок будущего. Москва : ООО «АСТ», 2001. 557 с.
132. Kim S. A., Suh Y. O., Seo W. S. An integrative model of workplace self-protective behavior for Korean nurses. *Journal of Asian Nursing Research*. 2014. Vol. 8. № 2. P. 91–98.
133. Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Про реформу охорони здоров'я в Україні» : Постанова Верховної Ради України від 21 квітня 2016 р. № 1338-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-19#Text> (дата звернення 15.10.2020).
134. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) : монографія. Тернопіль : Економічна думка, 2005. 460 с.
135. Camerer C., Issacharoff S., Loewenstein G. Regulation for Conservatives: Behavioral Economics and The Case for Asymmetric Paternalism. *University of Pennsylvania Law Review*. 2003. Vol. 151. № 1. P. 1211–1254.
136. Thaler R. Toward a Positive Theory of Consumer Choice. *Journal of Economic Behavior and Organization*. 1980. Vol. 1. № 1. P. 39–60.
137. Thaler R. Mental Accounting and Consumer Choice. *Marketing Science*. 1985. Vol. 4. № 3. P. 177–266.
138. Thaler R. H., Sunstein C.R. Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth and Happiness. New Haven and London : Yale University Press, 2008. 613 p.
139. Sunstein C., Thaler R. Libertarian Paternalism. *American Economic Review*. 2003. Vol. 93. №. 2. P. 175–179.

140. Thaler R., Sunstein C. Libertarian Paternalism Is Not an Oxymoron. Chicago. 2003. URL: https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1184&context=public_law_and_legal_theory (дата звернення 15.10.2020).
141. Капелюшников Р. И. Поведенческая экономика и новый патернализм. Москва : ВШЭ, 2013. 76 с.
142. Angner E., Loewenstein G. Behavioral Economics. 2006. URL: <https://www.cmu.edu/dietrich/sds/docs/loewenstein/BehavioralEconomics.pdf> (дата звернення 15.10.2020).
143. Berg N., Gigerenzer G. As-if Behavioral Economics: Neoclassical Economics in Disguise. *History of Economic Ideas*. 2010. Vol. 18. №. 2. P. 133–166.
144. Costa-Font J. Behavioural Welfare Economics: Does Behavioural Optimality Matter. *CESifo Economic Studies*. 2011. Vol. 57. №. 4. P. 551–559.
145. McQuillin B., Sugden R. Reconciling Normative and Behavioural Economics: The Problem to Be Solved. *Social Choice and Welfare*. 2012. Vol. 38. № 4. P. 553–567.
146. Madrian B. C., Shea D. F. The Power of Suggestion: Inertia in 401(k) Participation and Savings Behavior. *Quarterly Journal of Economics*. 2001. Vol. 116. № 6. P. 1149–1225.
147. Sandra L. D., Deborah W. C. Social Determinants of Health: Knowledge to Effective Action for Change. *JNP*. 2015. Vol. 11. № 4. P. 424–429.
148. Bambra C., Gibson M., Sowden A. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health*. 2010. Vol. 64. № 4. P. 284–291.
149. Braveman P., Egerter S., Williams D. The Social Determinants of Health: Coming of Age. *Annu. Rev. Public Health*. 2011. Vol. 32. № 22. P. 381–98.
150. Оттавская хартия по укреплению здоровья, 1986. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/146808/Ottawa_Charter_R.pdf (дата звернення 15.10.2020).

151. Onishchenko G. G. et al. Health risk analysis in the strategy of state social and economical development : monograph. Moscow, Perm, 2014. 686 p.
152. Меттини Э., Присяжная Н. Здоровье и человеческий капитал: к вопросу социального благополучия населения. *Социология медицины*. 2016. № 15 (2). С. 73–79. DOI <http://dx.doi.org/10.18821-1728-2810-2016-15-2-73-79> (дата звернения: 15.10.2020).
153. Форрестер С. В., Веревкина Д. С. Капитал здоровья как составляющая человеческого капитала в современных условиях. *Интернет-журнал «Наукovedение»*. Том 8. 2016. № 6. URL: <http://naukovedenie.ru/PDF/18EVN616.pdf> (дата звернения 15.10.2020).
154. Suhrcke M., McKee M., Lorenzo R. Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития стран Восточной Европы и Центральной Азии. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/74740/E90569R.pdf (дата звернения 15.10.2020).
155. Маркс К., Энгельс Ф. Сочинения. Т. 23. Москва : Издательство политической литературы, 1960. 516 с.
156. Беляева Л. А. Нематериальный капитал: к методологии исследования. *Социологические исследования*. 2014. № 1. С. 36–44.
157. Радаев В. В. Понятие капитала, формы капиталов и их конвертация. *Экономическая социология*. 2002. № 4. С. 20–32.
158. Becker G. S. Investment in Human Capital: A Theoretical Analysis. *Journal of Political Economy*. 1962. Vol. 70. № 5. Part 2. P. 9–49.
159. Гонтмахер Е. Российский человеческий капитал: состояние и тенденции. *Мировая экономика и международные отношения*. 2017. № 3. Т. 61. С. 15–24. DOI: 10.20542/0131-2227-2017-61-315-24.
160. Кендрик Дж. Совокупный капитал США и его формирование / за ред. и предисл. А. И. Анчишкина. Москва : Прогресс, 1978. 275 с.
161. Schultz T. W. Investment in human capital: the role of education and research. New York : The Free Press, 1971. 272 p.

162. Мочерний С. В. Основи економічної теорії : посібник. Київ : Видавничий центр «Академія», 1998. 464 с.
163. Історія економічних учень : підручник: у 2 ч. Ч. 1 / за ред. В.Д. Базилевича. Київ : Знання, 2005. 567 с.
164. Юхименко П. І., Леоненко П. М. Історія економічних учень: навчальний посібник. Київ : Знання-Прес, 2005. 583 с.
165. Сміт А. Добробут націй. Дослідження про природу та причини добробуту націй. Київ : Port-Royal, 2001. 593 с.
166. Українське суспільство: міграційний вимір : нац. доповідь. Київ : ІДСД ім. М. В. Птухи НАН України, 2018. 396 с.
167. Мельничук Д.П. Людський капітал: пріоритети модернізації суспільства у контексті поліпшення якості життя населення : автореф. дис. ... д-ра екон. наук : 08.00.07. Київ, 2015. 43 с.
168. Лібанова Е. М. Соціальні проблеми і соціальні важелі конкурентоспроможності української економіки. *Демографія та соціальна економіка*. 2008. № 2 (10). С. 5–19.
169. Магуайр Е., Гендерсон Д., Муні Г. Економіка охорони здоров'я / пер. з англ. І. М. Солоненка. Київ : Основи, 1998. 292 с.
170. Ляшок В. Ю., Рощин С. Ю. Влияние здоровья на предложение труда пожилых. *Прикладная эконометрика*. 2015. № 40 (4). С. 6–27.
171. Черепов В.М., Ефремов Д.В., Калинина М. Ю. Производительность труда и состояние здоровья работника. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2017. № 25 (6). С. 324–327. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0869-866X-2017-25-6-324-327>.
172. Шаульська Л. В., Романова Н. В. Мотиваційний механізм ефективного використання трудового потенціалу. *Вісник Технологічного університету Поділля*. 2003. Т. 2. Ч. 1. С. 36–38.
173. Грішнова О. А. Економіка праці та соціально-трудова відносини : підручник. Київ : Знання, 2006. 559 с.

174. Гринкевич С.С. Домінанти розвитку трудового потенціалу в контексті становлення інформаційного суспільства в Україні. *Економічний часопис – XXI : наук. журнал*. 2012. № 7. С. 34–36.
175. Антонюк В. П., Кузнецова Д. В. Соціоекономічні засади забезпечення людського розвитку. URL: <http://dspace.nbuv.gov.ua/bitstream/handle/123456789/39831/16-Antonyuk.pdf> (дата звернення 15.10.2020).
176. Пекар В., Пестерніков Є. Людський капітал України 2025. Підсумки форсайту. 2012. URL: <http://www.management.com.ua/hrm/hrm253.html> (дата звернення 15.10.2020).
177. Лібанова Е. М. Бідність населення України: методологія, методика та практика аналізу : монографія. Київ : КНЕУ, 2008. 330 с.
178. Рівень життя населення України / за ред. Л. М. Черенько. Київ : ТОВ Консультант, 2006. 428 с.
179. Гнибіденко І. Ф., Колот А. М., Роговий В. В. Соціальна безпека: теорія та українська практика : монографія. Київ : КНЕУ, 2006. 292 с.
180. Мандибура В. О. Рівень життя населення України та проблеми реформування механізмів його регулювання. Київ : Парламентське вид-во, 1998. 256 с.
181. Черенько Л. М. Нові форми бідності в Україні: основні прояви та оцінка масштабів явища. *Демографія та соціальна економіка*. 2015. № 1 (23). С. 11–21.
182. Шевчук Л. Т. Медико-соціальні аспекти використання трудового потенціалу: регіональний аналіз і прогноз : монографія. Львів : Ін-т регіональних досліджень НАН України, 2003. 489 с.
183. Шушпанов Д. Г. Детермінанти здоров'я населення: суть та особливості систематизації. *Демографія та соціальна економіка*. 2015. № 2 (24). С. 141–152.

184. Заюков І. В., Новохацька Л. В. Теоретико-методологічні дослідження здоров'я як соціально-економічної категорії. *Науковий огляд*. 2014. Ч. 1. С. 42–51.
185. Нижегородцев Р. М., Резник С. Д. Человеческий капитал: теория и практика управления в социально-экономических системах : монография. Москва : ИНФРА-М, 2014. 310 с.
186. Белл Д. Грядущее постиндустриальное общество. Опыт социального прогнозирования. Москва : Академия, 2004. 788 с.
187. Ware J. E. Measuring Patients' Views : the Optimum Outcome Measure. *British Medical Journal*. 1993. Vol. 306. № 1. P. 1429–1430.
188. Аверин Ю. П., Сушко В. А. Концепция качества жизни в современных социологических теориях. *Известия Саратовского университета*. 2019. Т. 19. Вып. 1. С. 4–11.
189. Шушпанов Д. Г. Соціально-економічні детермінанти здоров'я населення : монографія. Тернопіль : ТНЕУ, 2017. 878 с.
190. Сітнікова Н. П. Підходи до визначення якості життя для використання у процесі стратегічного планування соціально-економічного розвитку. *Агросвіт*. 2012. № 17. С. 49–53.
191. Campbell A. The Sense of Well-being in America: Recent Patterns and Trends. New York : McGraw-Hill, 1981. 264 p.
192. Бойко Ю. Науковий аналіз категорій «здоров'я» та «здоровий спосіб життя» з позиції педагогічної аксіології. *Психолого-педагогічні проблеми сільської школи*. 2014. Вип. 50. С. 63–71.
193. Клопов Р. В., Ісаєва Ю. С. Науково-методичні підходи до визначення поняття «здоров'я». *Вісник Запорізького національного університету*. 2018. № 2 (31). С. 32–37.
194. Фреїк Н. Д. Людина і природа – філософський аспект. *Фізика і хімія твердого тіла*. 2012. № 4. Т. 13. С. 1083–1088.

195. Шевченко З. В. Історико-філософське осмислення проблеми егоїзму в контексті розвитку наукової думки про особистість та суспільство. *Мультиверсум. Філософський альманах*. 2002. Вип. 30. С. 110–120.
196. Основи глибинної психології: курс лекцій : навчальний посібник / за ред. Н.В. Гриньова. Умань : Візаві, 2013. 124 с.
197. Паньків О. М., Петровський Ю. І. Право людини на розпорядження життям: деякі аспекти. Львів. 2002. URL: http://medicallaw.org.ua/uploads/media/01_210_04.pdf (дата звернення: 15.10.2020).
198. Лібанова Е. М. Новітні тенденції смертності населення України. *Демографія та соціальна економіка*. 2006. № 1. С. 23–37.
199. Сорокина В. М. Формирование у студентов отношения к здоровому образу жизни как профессиональной ценности : дис. .. канд. пед. наук : 13.00.08. Волгоград, 2010. 243 с.
200. European Commission. Investments in health. Policy guide for the European structural and investment funds (ESIF). 2014–2020. URL: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/health_structural_funds/docs/esif_guide_en.pdf (дата звернення: 15.10.2020).
201. The Organisation for Economic Cooperation and Development. URL: <http://www.oecd.org/about/history> (дата звернення: 15.10.2020).
202. The European Observatory on Health Systems and Policies. URL: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/about-us> (дата звернення: 15.10.2020).
203. Pas R., Hill P., Hammonds R. et al. Global health governance in the sustainable development goals: Is it grounded in the right to health? *Global Challenges*. 2017. Vol. 1002. № 1 (1). P. 47–60.
204. Go4Health (Goals and Governance for Health). URL: <http://www.go4health.eu> (дата звернення: 15.10.2020).

205. UHC2030 Health Systems Governance Collaborative. URL: <https://www.uhc2030.org/news-events/uhc2030-news/article/health-systems-governance-collaborative-408257> (дата звернення: 15.10.2020).
206. Бондар Т. В., Карпенко О. Г., Дикова-Фаровська Д. М. Формування здорового способу життя молоді : посібник. Київ, 2005. 116 с.
207. Шушпанов Д. Г. Детермінанти здоров'я населення України: екологічний вимір. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України*. 2017. Вип. 22. С. 132–142.
208. Гнибіденко І. Ф. Вплив соціально-економічної політики на соціальну безпеку та рівень життя населення України. *Демографія та соціальна економіка*. 2006. № 2. С. 124–135.
209. Палій О.М. Взаємозв'язок демографічного та людського розвитку. *Демографія та соціальна економіка*. 2013. № 2. С. 116–125.
210. Грішнова О. А. Трансформація репродуктивної поведінки під впливом освітніх чинників. *Демографія та соціальна економіка*. 2010. № 1. С. 72–81.
211. Романюк І. П. «Якість життя» як соціально-економічна категорія та об'єкт статистичного дослідження. *Вісник Київського національного університету ім. Т. Г. Шевченка. Серія: Економіка*. 2014. № 4. С. 91–98.
212. Erickson J. M., Beck S. I., Christian B. R. et al. Fatigue sleep-wake disturbances, and quality of life in adolescents receiving chemotherapy. *Pediatr. Hematol. Oncol.* 2011. Vol. 33. № 1. P. 17–25.
213. Kelley-Gillespie N. An Integrated Conceptual model of Quality of Life for Older Adults Based on a Synthesis of the Literature. *Applied Research Quality Life*. 2009. Vol. 3. № 1. P. 259–282.
214. Spirduzo W. W., Francis K. L., MacRae P. G. Physical Dimensions of Aging. *Human Kinetics*. 2005. P. 131–155.
215. Сен А. Можливість суспільного вибору. URL: <http://nobel.org.ua/images/laureats/6/1998/sen.pdf> (дата звернення: 15.10.2020).

216. Дюркгейм Э. О разделении общественного труда. *Метод социологии*. Москва : Наука, 1991. 576 с.
217. Колот А. М. Соціально-трудова сфера: стан відносин, нові виклики, тенденції розвитку : монографія. Київ : КНЕУ, 2010. 251 с.
218. Fields G. S. Decent work and development policies. *International Labour Review*. 2003. Vol. 142. № 2. P. 239–262.
219. Якушева М. С. Эволюция понятия качества трудовой жизни. *Вестник Томского государственного университета. Экономика*. 2016. № 4 (36). С. 63–73. DOI: 10.17223/19988648/36/6 2016.
220. Третьяк С. Качество трудовой жизни: как его измерить и обеспечить в сфере услуг. *Бизнес-консалтинг*. 2005. № 3. С. 39–43.
221. Компанієць В. В. Концепція якості трудового життя: міст з минулого в теперішній час. (Порівняльний аналіз православної моделі праці і сучасних західних теорій). *Вісник Східноукраїнського університету ім. В. Даля*. 2011. Вип. 10 (164). С. 77–84.
222. Шаульська Л. В. Якість трудового життя: стан, проблеми і напрями вирішення. *Формування ринкової економіки: Управління людськими ресурсами: проблеми теорії і практики. Т. 1. Сучасні технології управління людськими ресурсами*. Київ : КНЕУ, 2005. С. 457–468.
223. Шаульська Л. В., Романова Н. В. Мотиваційний потенціал корпоративної культури. *Збірник наукових праць Українського державного морського технічного університету ім. академіка Макарова*. Миколаїв : УДМТУ, 2004. № 1 (394). С. 166–180.
224. Назарова И. Б. Здоровье и самосохранительное поведение занятого населения в России : дис. ... д-ра. экон. наук : 08.00.05. Москва, 2007. 364 с.
225. Заюков І. В. Демографічний аспект розвитку конкурентоспроможності робочої сили України. *Регіональна бізнес-економіка та управління*. 2011. № 1. С. 141–148.

226. Кобилянський О. В., Дембіцька С. В., Кобилянська І. М. Теоретичні засади формування компетенцій з безпеки життєдіяльності у студентів економічних спеціальностей : монографія. Вінниця : ВНТУ, 2014. 264 с.
227. Кобилянський О. В., Кобилянська І. М. Історичні аспекти безпеки життєдіяльності та охорони здоров'я людини. *Педагогіка здоров'я*. Харків : ХНПУ ім. Г. С. Сковороди, 2014. С. 264–267.
228. Кобилянський О. В., Заюков І. В. Посилення ролі менеджменту підприємства в забезпеченні здоров'я зайнятого населення України. *Наук.-техн. зб. Серія: Безпека життя і діяльності людини – освіта, наука, практика*. Вип. 120 (1). Харків : ФОП «Азамаєв В.Р.», 2015. С. 225–228.
229. Кобилянський О. В., Кобилянська І. М. Формування у майбутніх фахівців-економістів культури безпеки. *Наукові записки. Серія: Проблеми методики фізико-математичної і технологічної освіти*. Вип. 7. Ч. 2. Кіровоград : РВВ КДПУ ім. В. Винниченка, 2015. С. 42–49.
230. Шаульская Л. В. Принцип справедливости в социально-трудовых отношениях. *Проблеми формування ринкової економіки. Управління людськими ресурсами: проблеми теорії та практики*. Київ : КНЕУ, 2001. С. 467–473.
231. Дороніна О. А. Стратегія формування системи оплати праці на промисловому підприємстві : автореф. дис. ... канд. екон. наук : 08.09.01. Донецьк, 2005. 21 с.
232. Левченко О. М. Професіональний потенціал: регуляторні механізми інноваційного розвитку : монографія. Кіровоград : КОД, 2009. 375 с.
233. Новак И. Н., Оверковский Б. Н. Нестандартная занятость в Украине: социальные риски и контрстратегии профсоюзов. *Фонд Ф. Эберта. Региональное представительство в Украине и Беларуси*. Киев, 2011. 20 с.
234. Грішнова О. А. Соціальна відповідальність бізнесу у контексті подолання системної кризи в Україні. *Демографія та соціальна економіка*. 2011. № 1 (15). С. 46–48.

235. Жук І. Л., Юрик Я. І. Механізм формування та реалізації державної кадрової політики. *Інвестиції: практика та досвід*. 2013. № 13. С. 48–54.
236. Ільїч Л. М. Людський капітал інноваційної діяльності: проблеми підготовки, залучення й утримання талантів. *Регіональна економіка*. 2014. № 4. С. 127–135.
237. Петрова І. Л., Шпильова Т. І., Сисоліна Н. П. Інноваційна діяльність: стимули та перешкоди : монографія. Київ : Дорадо, 2010. 320 с.
238. Онікієнко В. В., Ємельяненко Л. М., Терон І. В. Інноваційна парадигма соціально-економічного розвитку України. Київ : Рада по вивченню продуктивних сил НАН України, 2006. 480 с.
239. Bogliacino F., Piva M., Vivarelli M. R&D and employment: An application of the LSDVC estimator using European data. *Economics Letters*. 2012. Vol. 116. № 1. P. 56–59.
240. Лотоцька-Дудик У. Б., Крупка Н. О. Особливості умов праці та вплив їх на здоров'я зайнятого населення легкої промисловості. *Довкілля та здоров'я*. 2016. № 3. С. 60–67. URL: http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=dtz_2016_3_14 (дата звернення: 15.10.2020).
241. Про затвердження Державних санітарних норм та правил «Гігієнічна класифікація праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 08.04.2014 р. № 248 / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0472-14#Text> (дата звернення: 15.10.2020).
242. Інструментарій розрахунку збитків від нещасних випадків на виробництві. URL: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_208296.pdf (дата звернення: 15.10.2020).

243. Травматизм на виробництві в Україні у 2019 році. Статистична інформація. 2020. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/metaopus/2020/1_04_00_01_2020.htm (дата звернення: 15.10.2020).
244. Мормуль Н. І. Охорона праці: оцінка якості регулювання соціально-трудових відносин. *Социально-экономические аспекты промышленной политики : сборник научных трудов*. Донецк : Ин-т экономики промышленности НАН Украины, 2007. С. 179–193.
245. Белова Е. А. Влияние образа жизни и социальных факторов на уровень здоровья человека. *Учёные заметки ТОГУ*. 2013. Т. 4. № 4. С. 687–693.
246. Маслоу А. Мотивация и личность. С : Питер, 2008. – 352 с.
247. Мотивация персонала в современной организации : учебное пособие / под ред. С. Ю. Трапицына. Санкт-Петербург : ООО «Книжный Дом», 2007. 240 с.
248. Докторов Б. З., Ядов В. А. Всё зависит от нас самих. *Социологический журнал*. 2014. № 1. С. 141–158.
249. Кобилянський О. В., Кобилянська І. М., Кириченко В. І. Формування ризик-орієнтованого мислення майбутніх фахівців-економістів. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології : науковий журнал*. 2015. № 4 (48). С. 331–339.
250. Кобилянський О. В., Кобилянська І. М. Формування компетенцій з безпеки життєдіяльності фахівців-економістів у вищих навчальних закладах. *Наукові записки. Серія. Проблеми методики фізико-математичної і технологічної освіти*. Вип. 8. Ч. 3. Кіровоград : РВВ КДПУ ім. В. Винниченка, 2015. С. 178–184.
251. Кобилянський О. В., Заюков І. В. Здоров'я громадян як чинник соціально-економічного розвитку України. *Техногенно-екологічна безпека України: стан та перспективи розвитку* : праці IV Всеукраїнської наук.-прак. конф. м. Ірпінь, 12–20 листопада 2014 р. Ірпінь : НУДПСУ, 2015. С. 36–39.

252. Кобилянський О. В., Заюков І. В. Моделювання процесу збереження та зміцнення здоров'я зайнятого населення України. *Проблеми та перспективи розвитку охорони праці* : праці XI міжн. наук.-прак. конф. Львів, 24 березня 2016 р. Львів : ЛДУ БЖД, 2016. С. 30–31.

253. Orekhova T. Development of competitive advantages of national economy of Ukraine under the condition of transnationalisation process growth. *Poboljšanje performansi preduzeca – uslov poslovanja u evropskom okruzenju* : zbornik radova međunarodni naucni skup. (Beograd, Serbia, 10 decembar, 2004). Beograd, 2004. P. 39–45.

254. Orekhova T. V., Khadzhynov I. V. Globalization and transnationalisation: interactive and complementary tendencies of modern economic. *Ekonomске teme: Casopis*, 2003. №. 2. P. 439–447.

255. Orekhova T. V., Murashko V. V. Influence of processes of privatization on formation of national investment processes in the countries with transient economies. *Ekonomске teme: Casopis*, 2002. №. 1–2. P. 687–691.

256. Макогон Ю. В., Орехова Т. В., Хаджинов И. В. Международный менеджмент : учебное пособие. Донецк : ДонНУ, 2005. 248 с.

257. Орехова Т. В. Пути и перспективы интеграции Украины в процесс транснационализации мировой экономики. *Вісник Донецького університету. Сер. В: Економіка і право*. 2003. № 1. С. 132–136.

258. Шинкарук В., Іваньо І. Григорій Сковорода. URL: <http://litopys.org.ua/skovoroda/skov102.htm#page11> (дата звернення: 15.10.2020).

259. Гук О. Асертивність як складова культури демократичного врядування. *Демократичне врядування*. 2012. Вип 9. URL: file:///C:/Users/user/Downloads/DeVr_2012_9_4.pdf (дата звернення: 15.10.2020).

260. Прокоф'єв В. М. Совість як мірило моральності людських вчинків: християнський погляд. URL: http://www.nbuv.gov.ua/old_jrn/soc_gum/ppmb/texts/2007-11/07_pvnmcv.pdf (дата звернення: 15.10.2020).

261. Коэн А. Отклоняющееся поведение и контроль над ним. Американская социология: перспективы, проблемы, методы. Москва, 1972. 285 с.
262. Латур Б. Габриель Тард и конец социального. *Социология власти*. 2019. № 2. Том 1. С. 217–239.
263. Sutherland E. H. Development of the theory. Chicago, IL: Univ. of Chicago Press. 1973. P. 13–29.
264. Stockwell T., Chikritzhs T., Holder H. et al. International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Harm. *World Health Organization*. 2000. 209 p. URL: file:///C:/Users/user/Downloads/WHO_MSD_MSB_00.4.pdf (дата звернення: 15.10.2020).
265. Van Gundy K. Gender and intergenerational transmission of alcohol use patterns: an analysis of adult children in Moscow. *Substance Use & Misuse*. 2002. Vol. 37. №. 1. P. 65–87.
266. Pomerleau J. Hazardous alcohol drinking in the former Soviet Union: a cross-sectional study of eight countries. *Alcohol and Alcoholism*. 2008. Vol. 43. №. 3. С. 351–359.
267. Жетписбаев Б. А., Айтпаева А. К. Концептуально-теоретические проблемы девиантного поведения и правовой социализации несовершеннолетних в Республике Казахстан. Алматы : Юридическая литература, 2002. 266 с.
268. Черних Г. Злочинність та параметри насилля в українському суспільстві. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка*. 2015. № 1 (6). С. 32–37.
269. Дартау Л. А. Теоретические аспекты управления здоровьем и возможности его реализации в условиях Российской Федерации. *Проблемы управления*. 2003. № 2. С. 43–52.

270. Лепский В. Е. Рефлексивная активность в управлении. *Человек и мир*. 2017. Том 1. URL: <http://chelovekimir.ru/engine/documents/document207.pdf> (дата звернення: 15.10.2020).
271. Лефевр В. А. Рефлексия. Москва : Когито-Центр, 2003. 496 с.
272. Апанасенко Г. Л. Автобиографические записки о здоровье. Николаев, 2001. 139 с.
273. Дартау Л. А. Государственное управление здоровьем и качеством жизни. Ч. 2. Организационно-правовая технология. *Проблемы управления*. 2015. № 3. С. 40–48.
274. Заюков І. В. Формування концепції здорового способу життя – важлива складова капіталізації людського капіталу. *Вісник Донецького університету економіки та права*. 2011. № 2. С. 51–55.
275. Заюков І. В., Небава М. І. Реалізація концепції соціального капіталу в напрямку самозбереження здоров'я громадян України. *Науковий вісник Вінницького кооперативного інституту*. 2014. № 1. С. 123–131.
276. Кобилянський О. В., Заюков І. В. Педагогічні та соціально-економічні аспекти самозбереження здоров'я зайнятого населення України. *Педагогіка безпеки*. 2016. № 1. С. 59–66.
277. Кобилянський О. В., Заюков І. В. Соціально-економічні аспекти впливу освіти на здоров'я працездатних громадян. *Здоров'я і суспільні виміри в академічному просторі та поза ним* : праці міжн. наук.-прак. конф. Київ, 6 жовтня 2017 р. Київ. 2017. С. 75–77.
278. Кобилянський О. В., Заюков І. В. Реалізація програмних засобів під час вивчення предметів циклу охорона праці у вищій освіті. *Педагогіка безпеки*. 2017. № 1. С. 12–20.

Використані джерела до розділу 2

279. Соціальна валеологія. URL: <http://www.dspace.oneu.edu.ua/jspui/bitstream.pdf> (дата звернення: 15.10.2020).

280. Health promotion. URL: http://www.who.int/topics/health_promotion/en (дата звернення: 15.10.2020).

281. Восприятие здоровья и связанных с ним привычек и установок (сравнительное исследование взрослого населения в Хельсинке и Москве) / ответств. ред. Журавльова И. В. Москва : Институт социологии РАН, 1998. 158 с.

282. Вебер М. Избранное. О некоторых категориях понимающей социологии. Москва : Юрист, 1994. 702 с.

283. Политика здорового образа жизни: от теории к практике / под ред. В. А. Мау, Т. Л. Клячко. Москва : Издательский дом «Дело», 2013. С. 178–204.

284. Каган В. С. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? *Вопросы психологии*. 1993. № 1. С. 124–130.

285. Димов В. М. Здоровье как социальная проблема. *Социо-гуманитарные знания*. 1999. № 6. С. 181–188.

286. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2018 році : статистичний збірник. Державна служба статистики України. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua> (дата звернення: 15.10.2020).

287. Результати загальнонаціонального дослідження. Індекс здоров'я. Україна. 2018. URL: http://health-index.com.ua/zvit_index_2018_ukr.pdf (дата звернення: 15.10.2020).

288. Назарова И. Б. Участники рынка труда: структура занятости, самочувствие и отношение к здоровью. *Народонаселение*. 2006. № 2. С. 61–77.

289. Башмакова О. В. Емоційні та психосоціальні чинники ставлення до здоров'я : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01. Київ, 2007. 20 с.

290. Шклярчук В. Я. Формирование самосохранительного поведения в условиях перехода России к расширенному воспроизводству населения : дисс. ... доктор. соц. наук : 22.00.03. Саратов, 2013. 335 с.

291. Миллер М. А. Демографические и социально-экономические последствия физической инертности населения России : дисс. ... доктор. экон. Наук : 08.00.05. Москва, 2011. 343 с.

292. Волошко Н. І. Детермінанти ставлення до здоров'я і здорового способу життя. URL: <http://lib.iitta.gov.ua/6294/1/1.Pdf> (дата звернення: 15.10.2020).

293. Дембицька Н. Соціально-психологічні проблеми економічної соціалізації молоді. *Соціальна психологія*. 2008. № 2. С. 49–59.

294. Конвенція про обмеження тривалості робочого часу на промислових підприємствах до 8 годин на день та 48 годин на тиждень URL: http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/993_155 (дата звернення: 15.10.2020).

295. Новый Трудовой кодекс продлевает рабочий день с 8 до 12 часов. URL: <http://zn.ua/UKRAINE/novyuy-trudovoy-kodeks-prodlevaet-rabochiy-den-s-8-do-12-chasov.html> (дата звернення: 15.10.2020).

296. Результаты анализа судебной практики у сфере трудовых прав. URL: <http://www.lawhelp.in.ua/?info=89> (дата звернення: 15.10.2020).

297. Назарова И.Б. Здоровье занятого населения. Москва: Макс Пресс, 2007. 526 с.

298. Назарова И. Б. Вне рабочее время: возможности сохранения здоровья. URL: <http://ecsocman.hse.ru/text/16206711/> (дата звернення: 15.10.2020).

299. Рекомендации по организации физкультурно-спортивной работы с гражданами средних и старших возрастных групп. URL: <http://www.minsport.gov.ru/metodrekomdljitvozrostov.doc> (дата звернення: 15.10.2020).

300. Павлов В. М., Черчик Л. М. Рекреационный комплекс Волині: теорія, практика, перспекти. Луцьк : Надстир'я, 1998. 122 с.

301. Лукашевич Н. П. Социология труда : учебное пособие. Киев : МАУП, 2007. 368 с.

302. Пішун С. Вільний час та його використання як інтегративний чинник розвитку особистості студента. *Освітологічний дискурс*. 2011. № 1 (3). С. 197–210.

303. Fraser J. T. *Time, Familiar Stranger*. Cambridge : University of Massachusetts Press, 1988. 389 p.

304. Куцевич В. Соціологічні аспекти вільного часу як передумови формування типології закладів дозвілля. Українська академія мистецтва. *Науковий пошук*. 2014. Вип. 23. С. 91–98.

305. Бойко О. П. Культура дозвілля у суспільстві ризику : монографія. Суми : ДВНЗ «УАБС НБУ», 2011. 285 с.

306. Кириєнко С. І. Формування культури особистості в умовах інформаційно-освітнього простору: культурологічний аспект. *Гуманітарний вісник ЗДІА*. 2017. Вип. 69. С. 167–173.

307. Шаповалова Т.В. Соціальний капітал: теоретичні засади та стратегії трансформації : монографія. Сєверодонецьк : Вид. СНУ ім. В. Даля, 2016. 360 с.

308. Заключение отчет «Рекомендации по совершенствованию политики формирования здорового образа жизни для предупреждения неинфекционных заболеваний». URL: <http://media.rspp.ru/document/1/9/0/901953350696c45c324466abad76bbe4.pdf> (дата звернення: 15.10.2020).

309. Система здравоохранения в Канаде. URL: <http://www.newcanadian.ru/information/sistema-zdravookhraneniya-kanady.html> (дата звернення: 15.10.2020).

310. Изуткин Д. Проблема взаимосвязи образа жизни и здоровья в зарубежных социологических исследованиях. *Социология медицины*. 2014. № 1 (24). С. 46–50.

311. Концепция реализации государственной политики формирования здорового образа жизни населения Республики Беларусь на период до 2020 года : Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 марта

2011 г. № 335 / Национальное Собрание Республики Беларусь URL: https://uzmzcge.by/_files/zog/3/20012014_8.pdf (дата звернения: 15.10.2020).

312. Blecher E. The impact of tobacco advertising bans on consumption in developing countries. *Health Economics*. 2008. Vol. 27. № 4. P. 930–942.

313. Hughes S. C., Corcos I. A., Hofstetter C. R. et al. Secondhand smoke exposure among nonsmoking adults in Seoul, Korea. *Asian Pacific journal of cancer prevention*. 2008. Vol. 9. № 2. 247–252.

314. Tsai Y. W., Chang L. C., Sung H. Y. et al. The impact of smoke-free legislation on reducing exposure to secondhand smoke: differences across gender and socioeconomic groups. *Tobacco Control*. 2015. Vol. 24. № 1. P. 62–69.

315. Bonevski B., Paul C., Jones A. et al. Smoky homes: gender, socioeconomic and housing disparities in second hand tobacco smoke (SHS) exposure in a large population-based Australian cohort. *Preventive medicine*. 2014. Vol. 60. № 1. P. 95–101.

316. Fischer F., Kraemer A. Factors associated with secondhand smoke exposure in different settings: Results from the German Health Update (GEDA) 2012. *BMC Public Health*. 2016. Vol. 327. № 16. P. 316–327.

317. Nazar G., Lee J., Arora M. et al. Socioeconomic Inequalities in Secondhand Smoke Exposure at Home and at Work in 15 Low- and Middle-Income Countries. *Nicotine Tobacco Research*. 2016. Vol. 18. № 5. 1230–1239.

318. Homa D.M., Neff L.J., King B.A. et al. Vital signs: disparities in nonsmokers' exposure to secondhand smoke—United States, 1999–2012. *Morbidity and mortality weekly report*. 2015. Vol. 64. № 4. 103–108.

319. King B. A., Homa D. M., Dube S. R. et al. Exposure to secondhand smoke and attitudes toward smoke-free workplaces among employed U.S. adults: findings from the National Adult Tobacco Survey. *Nicotine Tobacco Research*. 2014. Vol. 16. № 10. 1307–1318.

320. Second-hand smoke exposure in different types of venues: before and after the implementation of smoke-free legislation in Guangzhou, China. 2014. URL:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3927996/> (дата звернення: 28.11.2020).

321. Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну (Global Adult Tobacco Survey – GATS). Київ, 2017. 240 с.

322. Офіційний сайт Державної установи Інституту громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМНУ. URL: <http://www.health.gov.ua> (дата звернення: 28.11.2020).

323. Про схвалення концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я–2020: український вимір»: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2011 р. № 1164-р / Верховна Рада України. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-%D1%80> (дата звернення: 28.11.2020).

324. Здоровье – 2020. Основы европейской политики и стратегия для XXI века. URL: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian> (дата звернення: 28.11.2020).

325. Шафранський В.В. Використання документів Всесвітньої організації охорони здоров'я в розвитку громадської охорони здоров'я України. *Україна. Здоров'я нації*. 2015. № 4 (36). С. 7–11.

326. Концепція розвитку системи громадського здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. «1002-р. / Кабінет Міністрів України. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/249618799> (дата звернення: 28.11.2020).

327. Слабкий Г. О., Миронюк В. І., Качала Л. О. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. № 3. С. 24–31.

328. Заюков І. В. Світовий досвід правового забезпечення формування моделі самозбереження здоров'я зайнятого населення України. *Вісник Вінницького політехнічного інституту*. 2018. № 6. С. 44–52.

329. Марков Ю. І. ABC: від Пирогова до сьогодення. *Медицина*. 2011. № 4 (35). URL: <http://www.mif-ua.com/archive/issue-17996/>____(дата звернення: 28.11.2020).

330. Махлин М. Бизнес предъявил требования к демографической политике государства. URL: fss.ru/digest/2006/obzor04072006.doc (дата звернення: 28.11.2020).

331. Медико-демографічна ситуація та організація медичної допомоги населенню у 2010 році: підсумки діяльності системи охорони здоров'я та реалізація Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». Київ : Міністерство охорони здоров'я України, 2011. 104 с.

332. Барегамян Л. А. Оценка организации гигиенического обучения и воспитания населения. *Бюллетень медицинских Интернет-конференций*. 2014. № 5. Том 4. С. 613–621.

333. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf> (дата звернення: 28.11.2020).

334. Профілактика хронічних неінфекційних захворювань – реальний шлях поліпшення демографічної ситуації в Україні. URL: <http://www.health-ua.com/article/3249.html> (дата звернення: 28.11.2020).

335. Перелік міжнародних договорів України з питань праці, зайнятості, соціального забезпечення, захисту дітей та гендерної рівності. URL: http://www.mlsp.gov.ua/labour/control/uk/publish/article%3Bjsessionid=04191DFD7E5DD6FD6D9812E97A7E6F74.app1?art_id=163014&cat_id=91620 (дата звернення: 28.11.2020).

336. Труд, занятость и человеческое развитие. Доклад о развитии человеческого потенциала в Республике Башкортостан. 2015. URL:

http://mintrudrb.ru/upload/docs/academiya_doklad_2015.pdf (дата звернення: 28.11.2020).

337. BS OHSAS 18001. Occupational Health and Safety Management. Reduce workplace hazards and boost employee morale. URL: <http://www.bsigroup.com/en-GB/ohsas-18001-occupational-health-and-safety/> (дата звернення: 28.11.2020).

338. OHSAS 45001:2018. Системи менеджменту охорони здоров'я та безпеки праці». Вимоги та рекомендації щодо застосування. URL: <http://nvppoint.com/uk/opublikovaniy-standart-iso-45001-2018-na-sistemi-menedzhmentu-ohoroni-zdorovya-ta-bezpeki-pratsi/> (дата звернення: 28.11.2020).

339. Кобилянський О. В., Заюков І. В. Впровадження системи управління професійною безпекою та здоров'ям при підготовці магістрів в ЗВО. *Педагогіка безпеки*. 2018. № 2. С. 153–159.

340. Кобилянський О. В., Заюков І. В. Інформальна освіта в системі підвищення рівня промислової безпеки зайнятих громадян. *Педагогіка безпеки*. 2018. № 2. С. 153–159.

341. Кобилянський О. В., Заюков І. В. Реалізація системи управління професійною безпекою та здоров'ям як фактор підвищення якості вищої освіти. *Якість і безпека. Сучасні реалії* : праці ІІІ наук.-прак. конф. Вінниця, 14–15 березня 2019 р. Вінниця : ВНТУ, 2019. С. 17–19.

342. Кобилянський О. В., Заюков І. В., Пугач М. В. Формування культури здоров'я майбутніх менеджерів у закладах вищої освіти. *Педагогіка безпеки*. 2019. № 1. С. 16–24.

343. Кобилянський О. В., Заюков І. В., Пінаєва О. Ю. Рухова активність як детермінанта формування культури самозбереження здоров'я зайнятого населення України. *Педагогіка безпеки*. 2019. № 2. С. 112–122.

344. Кобилянський О. В., Заюков І. В., Пугач С. С. Охорона праці в галузі управління та адміністрування : навчальний посібник. Вінниця : ВНТУ, 2019. 91 с.

345. Про охорону праці : Закон України від 14 жовтня 1992 р. № 2694-XII / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2694-12#Text> (дата звернення: 28.11.2020).

346. Роль фізичної активності в індивідуальному розвитку людини та у підтримці високої загальної і професійної працездатності. URL: <http://www.fizychna.blogspot.com/2013/05/blog-post.html> (дата звернення: 28.11.2020).

347. Зміцнення здоров'я та профілактика захворювань (основні терміни і поняття). URL: <http://www.mynews.kiev.ua/2007/11/09/zmicnennyazdorov%E2%80%99ya-ta-profilaktika-zaxvoryuvan-osnovni-termini-i-ponyattya/> (дата звернення: 28.11.2020).

348. Толстанов О. В. Медико-соціальне обґрунтування якісно нової системи лабораторної служби на регіональному рівні : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.02.03. Київ, 2012. 38 с.

349. Засимова Л., Хоркина Н. Роль государства в развитии программ укрепления здоровья на рабочем месте. *Вопросы государственного и муниципального управления*. 2014. Вып. 4. 69 с.

350. Berry L., Mirabito A., Baun W. What's the hard return on employee wellness programs? *Financial Management*. 2010. URL: <https://hbr.org/2010/12/whats-the-hard-return-on-employee-wellness-programs> (дата звернення: 28.11.2020).

351. Proper K., Mechelen W. Van Effectiveness and economic impact of worksite interventions to promote physical activity and healthy diet. *Background paper prepared for the WHO/WEF Joint Event on Preventing Noncommunicable Diseases in the Workplace*. Dalian / China. 2007. URL: https://www.who.int/dietphysicalactivity/Proper_K.pdf/ (дата звернення: 28.11.2020).

352. Grossmeier J., Dalal K. Energy Company Generates Better Health for Employees. *Worksite Health International*. 2013. Vol. 4. № 1. P. 3–4.

353. Robroek S., Lenthe F., Empelen P. Determinants of participation in worksite health promotion programmes: a systematic review. *International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity*. 2009. Vol. 6. № 1. P. 1–26.

354. Tu H. T., Mayrell R. C. Employer Wellness Initiatives Grow, but Effectiveness Varies Widely. *National Institute for Health Care Reform*. 2016. Vol. 7. № 1. URL: <http://www.nihcr.org/Employer-Wellness-Initiatives.html> (дата звернення: 28.11.2020).

355. European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP). URL: <http://www.enwhp.org/> (дата звернення: 28.11.2020).

356. Інноваційна діяльність та економічна безпека підприємств / за ред. Л. М. Савчук. Дніпро : Пороги, 2017. 480 с.

Використані джерела до розділу 3

357. Демографічна криза в Україні. Проблеми дослідження, витоки, складові, напрями протидії / за ред. В. Стешенко. Київ : Ін-т економіки НАН України. 2001. 560 с.

358. Рингач Н. О. Ризики для громадського здоров'я та системи охорони здоров'я в Україні, спричинені соціально-економічною і політичною кризою. *Науково-інформаційний вісник Академії національної безпеки*. 2014. № 3–4. С. 64–76.

359. Скалецький Ю. М., Бірюков Д. С., Мартюшева О. О. Проблеми впровадження культури безпеки в Україні. Київ : НІСД, 2012. 56 с.

360. Петрушина Т. О. Зміни стану здоров'я та рекреаційних практик українських громадян за роки ринкових реформ. *Український соціум*. 2011. № 4 (39). С. 133–146.

361. Павловський М. А. Макроекономіка перехідного періоду: Український контекст. Київ : Техніка, 1999. 334 с.

362. Ціннісна складова модернізаційних процесів у сучасному соціумі України : колективна монографія / О. М. Балакірєва та ін. Київ : ДУ Ін-т економіки та прогнозування НАН України, 2014. 340 с.

363. Кириленко В. І. Соціалізація національної економічної політики в сучасних умовах. *Соціально-трудові відносини: теорія та практика*. 2015. № 1. С. 84–91.
364. Ушенко Н. В., Минаєва В. В. Система управління формуванням та використанням персоналу. *Бізнес-навігатор*. 2019. № 1 (50). С. 105–109.
365. Шаповал А. Демографічний стан і проблеми відтворення населення України. *Віче*. 2009. № 20. С. 22–23.
366. Заюков І. Компоненти сучасної демографічної кризи в Україні та їх вплив на трудовий потенціал. *Україна: аспекти праці*. 2008. № 4. С. 41–46.
367. В Україні – демографічна криза. URL: www.archive.asp.num (дата звернення: 28.11.2020).
368. Людський розвиток в Україні: 2003 рік (колектив авторів) : Щорічна науково-аналітична доповідь / за ред. Е. М. Лібанової. Київ : Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, Держкомстат України, 2004. 194 с.
369. Шаульская Л. В., Романова Н. В. Заработная плата в системе социально-трудовых отношений. Регіональні перспективи. 2002. № 3–4. С. 124–127.
370. Вплив коронавірусної кризи на бідність: перші наслідки для України / Л. М. Черенько та ін. Київ : Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2020. 1,45 МБ. URL: https://idss.org.ua/arhiv/poverty_forecast.pdf (дата звернення: 03.01.2021).
371. Офіційний сайт Всесвітньої Організації Охорони здоров'я. Ліквідація розривів. Звіт про стан системи охорони здоров'я в світі. URL: http://www.who.int/whr/1995/en/whr95_ru.pdf?ua=1 (дата звернення: 28.11.2020).
372. Кравченко М. В. Особливості державної політики щодо подолання бідності в Україні. *Демографія та соціальна економіка*. 2015. № 1 (23). С. 135–141.
373. Толстих Н. В. Соціальне виключення в сучасній Україні: спроба оцінки. *Український соціум*. 2003. № 1 (2). С. 81–85.

374. Новіков В. М. Імперативи розвитку міської муніципальної медицини. *Демографія та соціальна економіка*. 2009. № 2 (12). С. 141–152.

375. Про стан соціально-демографічної ситуації, охорони здоров'я і ринку праці в Україні : Рішення Ради Національної безпеки і оборони України від 24 квітня 2014 р. / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/n0016525-09#Text> (дата звернення: 28.11.2020).

376. Качинський А. І. Математичні методи визначення граничних значень структурно складних систем безпеки. *Інформаційна безпека людини, суспільства, держави*. 2013. № 3 (13). С. 52–65.

377. Офіційний сайт Державної служби статистики України. Населення. Ринок праці. Національні рахунки. Основні показники. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua> (дата звернення: 28.11.2020).

378. Робоча сила України 2019 : статистичний збірник. Київ. 2020. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2020/zb/07/zb_r_s_2019.pdf (дата звернення: 28.11.2020).

379. Криза в Україні: зони ураження. Погляд соціологів. Київ : ТОВ «Друкарня «Бізнесполіграф», 2010. 104 с.

380. Макарова О. В. Програми соціальної підтримки: оцінка результатів та шляхи удосконалення. *Демографія та соціальна економіка*. 2013. № 1 (19). С. 47–56.

381. Пашков В. Соціальні інновації у галузі здоров'я в контексті правового регулювання інноваційної діяльності. *Вісник Академії правових наук України*. 2018. № 2 (49). С. 138–148.

382. Кундієв Ю. І., Нагорна А. М. Професійне здоров'я в Україні. Епідеміологічний аналіз. Київ : Авіценна, 2007. 396 с.

383. Лібанова Е. М., Курило І. О. Соціально-демографічна політика в Україні у контексті принципів програми дій МКНР (1994 р.). *Демографія та соціальна економіка*. 2009. № 12. С. 12–27.

384. Рєпіч А. Запобігання професійним захворюванням – більше уваги. *Профспілкові вісті*. URL: <http://www.psv.org.ua/arts/Spetcvipusk/view-1566.html> (дата звернення: 28.11.2020).

385. Гайдаєв Ю. О., Корнацький В. М. Проблеми здоров'я та напрямки його покращання в сучасних умовах. *Український кардіологічний журнал*. 2007. № 5. С. 12–16.

386. Проект концепції гуманітарного розвитку України на період до 2020 року / Кабінет Міністрів України. 2012. URL: <https://naps.gov.ua/uploads/files/gumanitar-2020.pdf> (дата звернення: 28.11.2020).

387. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-p#Text> (дата звернення: 28.11.2020).

388. Людський розвиток в Україні: соціальні та демографічні чинники модернізації національної економіки : колективна монографія / за ред. Е. М. Лібанової Київ : Ін-т демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи НАН України, 2012. 320 с.

389. Грішнова О. А. Соціальна відповідальність в контексті подолання системної кризи. *Демографія та соціальна економіка*. 2011. № 1 (15). С. 32–40.

390. Левчук Н. М. Асоціальні явища як наслідок дефіциту соціального капіталу в Україні. *Український соціум*. 2011. № 1. С. 135–147.

391. Новіков В. М. Освіта як інструмент професійної і соціальної мобільності. *Демографія та соціальна економіка*. 2010. № 2. С. 26–35.

392. Полунєєв Ю. В. Технологія економічного прориву: конкурентоспроможність країни та визначення стратегічних орієнтирів. *Демографія та соціальна економіка*. 2008. № 2 (10). С. 29–41.

393. Офіційний сайт Всесвітньої організації охорони здоров'я. Global Health Observatory data repository. URL: http://apps.who.int/gho/data/node.home_ (дата звернення: 28.11.2020).

394. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення у 2017 році : статистичний щорічник. Київ : ДССУ, 2018. 109 с.

395. Соціальний захист населення України у 2019 році : статистичний збірник. Київ : Державна служба статистики України, 2020. 116 с.

396. Профілактика виробничого травматизму та професійних захворювань за 2017–2019 роки. URL: <http://www.fssu.gov.ua/fse/control/main/uk/publish/article/954522> (дата звернення: 28.11.2020).

397. Оперативна інформація про поширення коронавірусної інфекції COVID-19 (на 30 грудня 2020 року). Сайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/operativna-informacija-pro-poshirennja-koronavirusnoi-infekcii-2019-ncov> (дата звернення: 28.11.2020).

398. Корольчук О. Л. Динаміка смертності в Україні: вимога завершення трансформацій системи охорони здоров'я. Інвестиції: практика та досвід. 2015. № 18. С. 115–120.

399. Статистичний щорічник України за 2018 рік. Київ. 2019. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/publ1_u.htm (дата звернення: 28.11.2020).

400. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік / за ред. О.С. Мусія. Київ : Міністерство охорони здоров'я України, 2014. 438 с.

401. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / за ред. О. Квіташвілі. Київ : МОЗ України, 2015. 460 с.

402. Статистичний збірник. Таблиці народжуваності, смертності та середньої очікуваної тривалості життя за 2018 рік. Київ. 2019. URL: http://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2019/zb/08/zb_tabl_nar_2018.pdf (дата звернення: 28.11.2020).

403. Бердяев Н. А. О социальном персонализме. *Новый Град*. 1933. № 7. С. 44–60.

404. Кувакин В. А. Твой рай и ад: человечность и бесчеловечность человека (Философия, психология и стиль мышления). Москва : Лого, 1988. 360 с.

405. Мінаков М. Пострадянські соціальні експерименти: Україна та її сусіди в 1990-х та на початку 2000-х. Київ. 2016 р. URL: <https://www.lvivcenter.org/uk/chronicle/news/2159-16-12-03-mykhailo-minakov-lecture/> (дата звернення: 28.11.2020).

406. Амельченко Н. Огляд. Цінності об'єднаної Європи. Київ. 2013 р. URL: https://parlament.org.ua/upload/docs/European_Values.pdf (дата звернення: 28.11.2020).

407. Антонюк В. П. Соціальна політика забезпечення соціальної справедливості щодо вимушених переселенців. *Вісник економічної науки України*. 2018. № 2 (35). С. 10–18.

408. Филиппов А. Аспекты денежной культуры. Новые работы по «Философии денег» Георга Зиммеля. Магдебург : Эдицъон Гумбольдт, 2002. URL: <https://sociologica.hse.ru/2002-2-2/28145040.html> (дата звернення: 28.11.2020).

409. Пилипенко Е. В., Баталов Ю. В. Эволюция понятия «богатство»: от Аристотеля до экономики знаний. 2013 г. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/evolyutsiya-ponyatiya-bogatstvo-ot-aristotelya-do-ekonomiki-znaniy> (дата звернення: 28.11.2020).

410. Рингач Н. О. Економічний еквівалент втрат через передчасну смертність в Україні. *Демографія та соціальна економіка*. 2016. № 2. С. 39–49.

411. Рингач Н. А., Моисеенко Р. А. Оценка потерянных лет потенциальной жизни вследствие младенческой смертности. *Восточноевропейский журнал общественного здоровья*. 2013. № 1. С. 81–84.

412. Рингач Н. О. Оцінка безповоротних демографічних втрат, спричинених смертністю в результаті транспортних нещасних випадків в Україні. *Демографія та соціальна економіка*. 2017. № 2. С. 61–77.

413. Рингач Н. О., Мартинюк О. І. Економічна оцінка втрат людського потенціалу України. URL: http://academy.gov.ua/ej/ej8/doc_pdf/ryngach-martynuk.pdf (дата звернення: 28.11.2020).

414. Рингач Н. А., Лущик Л. В. Регіональні особливості втрат років потенційного життя через передчасну смертність від основних причин в Україні. *Демографія та соціальна економіка*. 2018. № 3. С. 39–55.

415. Пирожков С. І. Демографічний і трудовий потенціал. Вибрані наукові праці у двох томах. Київ : Київський національний торговельно-економічний університет. Т. 1., 2008. 934 с.

416. Макарова О. В. Державні соціальні програми: теоретичні аспекти, методика розробки та оцінки : монографія. Київ : Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2004. 328 с.

417. Стеценко С. Г. Демографічна статистика : підручник. Київ : Вища школа, 2005. 415 с.

418. Валовий внутрішній продукт за 2018 рік. Київ. 2019 р. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення: 28.11.2020).

419. Рівень тіньової економіки в Україні в 2018 році. Сайт Кабінету Міністрів України. Київ. 2019. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/news/riven-tinovoyi-ekonomiki-v-ukrayini-v-2017-roci-zmenshivsya-na-4-vidsotkovi-punkti-minekonomrozhvutku> (дата звернення: 28.11.2020).

420. Економічний ефект від раку значний, і він зростає. Сайт ВООЗ. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cancer> (дата звернення: 28.11.2020).

421. Войтко О. В., Омельчук С. Т., Остапчук Ю. М. Вплив окремих антропогенних факторів на захворюваність населення України на рак легень. *Онкологія*. 2009. № 4. С. 257–262.

422. Шевченко Р. Эксперты оценивают экономические потери России от рака в 20 млрд долларов. Москва. 2019. URL: <https://medvestnik.ru/content/news/>

Eksperty-ocenivaut-ekonomicheskie-poteri-Rossii-ot-raka-v-20-mlrd-dollarov.html
(дата звернення: 28.11.2020).

423. Zayukov I., Overchuk V., Burdiak V. et al. Statistical Data Analysis of Socio-Economic and Demographic Losses of Labor Resources in Ukraine. *Montenegrin Journal of Economics*. 2020. Vol. 16. № 2. P. 179–192.

424. Эмпирические данные о влиянии здоровья на экономику в Российской Федерации. 2010. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2009/0369/analit02.php>
(дата звернення: 28.11.2020).

425. Доклад о мировом развитии 2006. Справедливость и развитие. Издано для Всемирного банка. 2007. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/83484/E93695R.pdf (дата звернення: 28.11.2020).

426. Рощина Я. М. Микроэкономический анализ отдачи от инвестиций в здоровье в современной России. *Экономический журнал ВШЭ*. 2009. № 3. С. 428–451.

427. Горлин Ю. Дефекты действующей пенсионной формулы. *Экономическая политика*. 2014. № 4. С. 98–116.

428. Фурманов К., Чернышева И. Здоровье и поиск работы в России. *Прикладная эконометрика*. 2012. № 2. С. 62–65.

429. Корзина Е. С. Экономическая активность населения старших возрастных групп : автор. дис. ... канд. экономических наук : 08.00.05. Москва, 2004. 21 с.

430. Назаров В. С., Дормидонтова Ю. А., Ляшок В. Ю. Анализ факторов, влияющих на принятие решения о выходе на пенсию. *Журнал Новой экономической ассоциации*. 2014. № 4 (24). С. 66–86.

431. Заюков І. В., Лісогор Л. С. Напрями мінімізації впливу економічної кризи на реалізацію трудового потенціалу України. *Вісник Вінницького політехнічного інституту*. 2009. № 4. С. 22–26.

432. Johansson E. The association of alcohol dependency with employment probability: evidence from the population survey «Health 2000 in Finland». *Health Economics*. 2007. Vol. 16. № 7. P. 739–754.

433. Cawley J. The impact of obesity on wages. *Journal of Human Resources*. 2004. Vol. 39. № 2. P. 451–474.

434. Cawley J., Danziger S. Obesity as a barrier to employment and earnings for current and former welfare recipients. *National Bureau of Economic Research*. 2004. Vol. 13. № 1. P. 501–508.

435. Заюков І.В. Дослідження тривалості економічно активного життя населення в аспекті оцінки трудового потенціалу України. *Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу*. 2010. № 3. С. 80–84

436. Заюков І.В. Демографічний аспект розвитку конкурентоспроможності робочої сили України. *Регіональна бізнес-економіка та управління*. 2011. № 1. С. 141–148.

437. Заюков І. В., Стахов О. І. Проблеми та перспективи зайнятості інвалідів в Україні. *Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу*. 2015. № 1 (29). С. 127–132.

438. Таланчук П. М., Кольченко К. О., Нікуліна Г. Ф. Супровід навчання студентів з особливими потребами в інтегрованому освітньому середовищі. К : Соцінформ, 2004. 128 с.

439. Заюков І. В. Дослідження передумов впливу шоків здоров'я на пропозицію ринку праці України. *Наукові праці Кіровоградського національного технічного університету. Серія: Економічні науки*. 2016. Вип. 30. С. 139–146.

440. Лібанова Е. М. Ринок праці : навчальний посібник. Київ : Центр навчальної літератури, 2008. 224 с.

441. Офіційний сайт Інституту демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України. Київ. 2020. URL: <http://www.idss.org.ua> (дата звернення: 28.11.2020).

442. Системна криза в Україні: передумови, ризики, шляхи подолання : аналітична доповідь / за ред. Я. А. Жаліла. Київ : НІСД, 2014. 132 с.
443. Аргайл М. Психология счастья. Москва : Прогресс, 1990. 336 с.
444. Заюков І. В. Неформальне професійне навчання як інструмент підвищення гнучкості ринку праці. *Україна: аспекти праці*. 2017. № 2. С. 14–20.
445. Грішнова О. А., Міщук Г. Ю. Соціальні інновації у трудовій сфері: сутність, види, особливості реалізації в Україні. *Демографія та соціальна економіка*. 2013. № 2. С. 167–178.
446. Бурдые П. Формы капитала. *Экономическая социология*. 2005. № 3. Т. 6. С. 60–74.
447. Моргунов Е. Б. Модели и методы управления персоналом. Психологическое воздействие безработицы. URL: http://www.polbu.ru/morgunov_uprpers/ch38_all.html (дата звернення: 28.11.2020).
448. Lazarus R., Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York, 1984. 213 p.
449. Неопределенность перспектив занятости URL: <http://www.base.safework.ru/iloenc?doc&nd=857100019 &nh=1> (дата звернення: 28.11.2020).
450. Александровский Ю. А., Барденштейн Л. М., Аведисова А. С. Психофармакотерапия пограничных расстройств. Москва : ГЭОТАР Медицина, 2000. 250 с.
451. Кириченко А. Г. Захворюваність та інвалідність внаслідок патології нервової системи: провідні чинники та шляхи запобігання. *Медичні перспективи*. 2013. № 3. С. 144–153.
452. Ложкин Г., Выдай А. Психологическое «выгорание» лідера. *Персонал*. 1999. № 6. С. 36–43.
453. Глуханюк Н. С., Колобкова А. И., Печеркина А. А. Психология безработицы: введение в проблему. Москва : МПСИ, 2003. 84 с.

454. Пельцман Л. Стрессовые состояния у людей, потерявших работу. URL: <http://www.aquarun.ru/psih/extrem /extrem11.html> (дата звернення: 28.11.2020).

455. Заюков І. В. Тенденції сучасного ринку праці та його вплив на стан здоров'я зайнятого населення України. *Економіка: реалії часу*. 2016. № 4. С. 40–49.

Використані джерела до розділу 4

456. Заюков І. В. Самозбереження здоров'я зайнятого населення України: теоретико-методологічні та прикладні аспекти забезпечення. Вінниця : ПП ТД «Едельвейс і К», 2019. 388.

457. П'яна країна. Близько мільйона українців залежні від алкоголю. URL: <http://nbnews.com.ua/ua/tema/100515/> (дата звернення: 13.12.2020).

458. Офіційний сайт Організації економічного співробітництва та розвитку. URL: <http://stats.oecd.org/> (дата звернення: 13.12.2020).

459. Статистика : підручник / А. В. Головач та ін. Київ : Вища школа, 1993. 464 с.

460. Міцкевич Н. І. Здоров'я як цінність. URL: <http://dspace.nuft.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/18201/1/2.pdf> (дата звернення: 13.12.2020).

461. Горбатих В. В. Становлення особистості як емоційний компонент самосвідомості. URL: http://www.nbu.gov.ua/old_jrn/Natural/Vznu/ped/2010_2/048-52.pdf (дата звернення: 13.12.2020).

462. Волошко Н. І. Детермінанти ставлення до здоров'я і здорового способу життя. *Проблеми сучасної психології*. 2011. Випуск 11. С. 115–124.

463. Методы оценки здоров'я. Женщина, мужчина, семья в России: последняя треть XX века / под ред. Н. М. Римашевской. Москва : ИСЭПН, 2001. С. 224–252.

464. Назарова И. Б. Субъективные и объективные оценки здоровья населения. *Бюллетень российской социологической сети*. 2001. № 3. С. 46–53.

465. Основи здорового способу життя студентів : методичні вказівки до вивчення дисципліни «Фізичне виховання» для студентів всіх спеціальностей / упоряд. В. В. Овчарук, В. Г. Овчарук. Вінниця. ВНТУ, 2016. 43 с.

466. Ефименко С. А. Потребители медицинских услуг в бюджетных организациях и их самооценка здоров'я. *Социологические исследования*. 2007. № 9. С. 110–114.

467. Стаття впливає на сприйняття власного здоров'я і частоту звернення до послуг медичних установ. URL: <http://live4x.ru/ukraine/articles.php?id=1154> (дата звернення: 13.12.2020).

468. Functional ability and health behaviours. Trends and associations among elderly people, 1985–2003 : academic dissertation. Finland Helsinki : Department of Social Policy University of Helsinki, 2005. 89 p.

469. Мардар Г. І. Валеологія з методикою викладання : конспект лекцій. Чернівці : Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича, 2011. 343 с.

470. Самооцінка людьми їх стану здоров'я впливає на тривалість життя. URL: <http://vkurse.ua/ua/health/vliyaet-na-prodolzhitelnost-zhizni.html> (дата звернення: 13.12.2020).

471. Ананьев В. А. Введение в психологию здоров'я. Санкт-Петербург : Изд-во СПбГУ, 1998. 148 с.

472. Титаренко Т. М., Лепіхова Л. А., Кляпець О. Я. Формування в молоді настанов на здоровий спосіб життя : методичні рекомендації. Київ : Міленіум, 2006. 124 с.

473. Управління соціально-економічним розвитком: держава, регіон, підприємство / за ред. Ушенко Н. В. Донецьк : Юго-Восток, 2010. 292 с.

474. Заюков І. В., Солодка О. І. Оцінка стану трудового потенціалу України на основі використання теорії «нечітких множин». *Вісник Макіївського економіко-гуманітарного інституту*. 2011. № 5. С. 362–368.

475. Заде Л. Понятие лингвистической переменной и её применение к принятию приближённых решений. Москва : Мир, 1976. 115 с.
476. Кофман А. Введение в теорию нечётких множеств. Москва : Радио и связь, 1982. 432 с.
477. Ротштейн А. П. Интеллектуальные технологии идентификации: нечёткие множества, генетические алгоритмы, нейронные сети. Вінниця : УНІВЕРСУМ-Вінниця, 1999. 320 с.
478. Сердюк Т. В. Організаційно-економічний механізм енергозбереження в промисловості : монографія. Вінниця : УНІВЕРСУМ-Вінниця, 2005. 154 с.
479. Yi B., Zhu J. Credit Scoring with an Improved Fuzzy Support Vector Machine Based on Grey Incidence Analysis. *Proc. Int. Conf. On Grey Systems and Intelligent Services*. 2015. Vol. 15. № 1. P. 173–178.
480. Shi J., Xu B. Credit Scoring by Fuzzy Support Vector Machines with a Novel Membership Function. *Journal of Risk and Financial Management*. 2016. Vol. 9. № 4. P. 1–10.
481. Xinhui C., Zhong Q. On Consumer Credit Scoring Based on Multi-criteria Fuzzy Logic. *Proc. Int. Conf. Business Intelligence and Financial Engineering*. 2009. Vol. 1. № 1. P. 765–768.
482. Lukashevich N. S. The Credit Scoring System for Evaluating Personal Loans Based on the Fuzzy Sets Theory. *World Applied Sciences Journal*. 2014. Vol. 31. №. 5. P. 840–845.
483. Wu Y., Zhang B., Lu J. et al. Fuzzy Logic and Neuro-fuzzy Systems: A Systematic Introduction. *International Journal of Artificial Intelligence and Expert Systems (IJAE)*. 2011. Vol. 2. №. 2. P. 47–80.
484. Hoffmann F. Combining Boosting and Evolutionary Algorithms for Learning of Fuzzy Classification Rules. *Fuzzy Sets and Systems*. 2004. Vol. 141. №. 1. P. 47–58.
485. Козловський С. В. Управління сучасними економічними системами, їх розвитком та стійкістю : монографія. Вінниця : Меркьюрі-Поділля, 2010. 432 с.

486. Калетнік Г. М., Козловський С. В., Кіреєва Е. А. Управління регіональною продовольчою безпекою в умовах економічної нестабільності : монографія. Вінниця : Меркьюрі-Поділля, 2015. 252 с.

487. Козловський С. В., Козловський В. О. Макроекономічне моделювання та прогнозування валютного курсу в Україні : монографія. Вінниця : «Книга-Вега» ВАТ «Вінницька обласна друкарня», 2005. 240 с.

488. Калетнік Г. М., Козловський С. В., Тарасюк Н. М. Управління економічними відносинами підприємств молокопродуктового підкомплексу аграрної галузі України : монографія. Вінниця, 2013. 248 с.

489. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги. Статистичні збірники URL: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/publdomogosp_u.htm_(дата звернення: 30.12.2020).

490. Коваленко В. Підсумки й основні напрямки діяльності вітчизняних спеціалістів у галузі кардіології. *Український медичний часопис*. Київ. 2012. URL: <http://www.umj.com.ua/article/29112> (дата звернення: 30.12.2020).

491. Заюков І. В. Оцінка соціально-демографічних факторів впливу на здоров'я зайнятого населення України. *Економіка: реалії часу. Науковий журнал*. 2017. № 4. С. 44–52.

492. Шушпанов Д. Г. Соціально-економічні детермінанти соціально небезпечних хвороб в Україні. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України*. 2016. Вип. 21. С. 137–145.

493. Шушпанов Д. Г. Соціально-економічні детермінанти здоров'я населення: концептуальні основи дослідження. *Науковий вісник Полтавського університету економіки і торгівлі*. 2015. № 3 (71). С. 28–37.

494. Шушпанов Д. Г. Трагування здоров'я населення: соціально-економічний контекст. *Українська наука: минуле, сучасне, майбутнє*. 2014. № 19 (1). С. 189–197.

495. Шушпанов Д. Г. Соціально-економічні детермінанти здоров'я населення через призму соціального маркетингу. *Соціально-трудові відносини: теорія і практика*. 2014. № 2 (8). С. 325–332.

496. Лібанова Е. М. Нерівність в українському суспільстві: витоки та сучасність. *Економіка України*. 2014. № 3. С. 4–19.

497. Заюков І. В. Дослідження впливу соціально-економічних, медико-демографічних факторів на рівень здоров'я населення працездатного віку. *Вісник Вінницького політехнічного інституту*. 2017. № 6. С. 34–40.

498. Заюков І. В. Аналіз неформальної зайнятості молоді в Україні. *Часопис економічних реформ*. 2014. № 4. С. 86–92.

499. Теорія і практика діяльності підприємств : колективна монографія / за ред. Л. М. Савчук. Дніпро : Пороги, 2017. 456 с.

500. 28 квітня – Всесвітній день охорони праці. Девіз 2016 – «Стрес на робочому місці: колективний виклик». Сайт Державної фіскальної служби України. Київ. 2016. URL: <http://sfs.gov.ua/pro-sfs-ukraini/struktura/aparat/departament-materialnogo-zabezpechen/povidomlennya/povidomlennya/print-246879.html> (дата звернення: 30.12.2020).

501. Сайт «Проект про життя». Статистика стресу. URL: <http://lossofsoul.com/STRESS/statistics-ua.htm> (дата звернення: 30.12.2020).

502. Conner J., Pope D., Galloway M. Success with Less Stress. *Educational Leadership*. Vol. 67. № 4. P. 54-57.

503. XV Національний конгрес кардіологів 2014: наука і практика на варті здоров'я. *Електронна газета Аптека*. Київ. 2014. URL: <https://www.apteka.ua/article/313724> (дата звернення: 30.12.2020).

504. Офіційний сайт Київського міжнародного інституту соціології. Стресові ситуації в житті українців, 2019. Київ. 2019. (2019 р.). URL: <https://www.kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=reports&id=910&page=2&t=6> (дата звернення: 30.12.2020).

505. Линець М. М., Андрієнко Г. М. Витривалість, здоров'я, працездатність. Львів : 1993. 131 с.
506. Колоскова О. К., Поліщук М. І., Воротняк Т. М. Особливості розвитку та проявів синдрому емоційного вигорання в лікарів-педіатрів. *Здоров'я ребенка*. 2012. № 7 (42). С. 19–22.
507. Карпенко Н. А., Баранюк Н. І. Емоційне вигорання керівних працівників. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. 2012. № 1. С. 151–163.
508. Чередніченко Н. А. Моббінг і булінг у трудовому процесі. *Право і безпека*. 2017. № 3. С. 285–288.
509. Асад А.Н., Покровська М.М., Косалімова О.А. Культура ділового спілкування : навчальний посібник. Київ : СПБГУЕФ, 2010. 156 с.
510. Офіційний сайт Державної служби України з питань праці. День охорони праці. URL: http://www.dnopr-odessa.gov.ua/index.php?option=com_content&task=view&id=346&Itemid=76 (дата звернення: 30.12.2020).
511. Костюк І.Ф., Капустник В.А. Професійні хвороби : підручник. Київ : Здоров'я, 2003. 165 с.
512. Ackaert J., Wauters B., Verlet. D. Turnout at local elections: the relevance of contextual variables: Paper presented at the Politicologenetmaal. Amsterdam. 2011. URL: <https://biblio.ugent.be/publication/2134778/file/2134819.pdf> (дата звернення: 30.12.2020).
513. Downs A. An economic theory of political action in a democracy. *The journal of political economy*. 1957. Vol. 65. № 2. P. 135–150.
514. Fiorina M. Retrospective voting in American national elections. New Haven : Yale univ. Press, 1981. 288 p.
515. Ghiuta O. The motivations of electoral absenteeism. *The annals of the university of Oradea Economic sciences*. 2014. URL: <https://www.researchgate.net/publication/283321759> (дата звернення: 30.12.2020).

516. Заюков І. В. Безпека праці – умова збереження та розвитку трудового потенціалу України. *Економіка промисловості*. 2008. № 4. С. 189–196.
517. Кобилянський О. В., Кириченко В. І., Дехтяр В. Г. Правові питання охорони здоров'я : довідник. Вінниця : ДООЗК ВОДА, 2013. 139 с.
518. Сюрин С. А., Никанов А. Н., Шилов В. В. Влияние условий труда на здоровье работников карбонильного передела никеля. *Гигиена и санитария*. 2017. № 96 (7). С. 632–636.
519. Narehan H., Hairunnisa M., Norfadzillah R. et al. The Effect of Quality of Work Life (QWL) Programs on Quality of Life (QOL) among Employees at Multinational Companies in Malaysia. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 2014. Vol. 112. № 1. P. 24–34.
520. Sirgy M., Efraty D., Siegel P. et al. A new measure of quality of work life (QWL) based on need satisfaction and spillover theory. *Social Indicators Research*. 2001. Vol. 55. №. 3. P. 241–302.
521. Omar A., Rashid W., Majid A. et al. Motivations using Social Networking Sites on Quality Work Life. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 2014. Vol. 130. № 1. P. 524–531.
522. Parsa B., Idris Kh. B., Samah B. et al. Relationship between Quality of Work Life and Career Advancement among Iranian Academics. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 2014. Vol. 152. № 1. P. 108–111.
523. Toulabi Z., Raoufi M., Allahpourashraf Ya. The Relationship Between Teachers' Happiness and Quality of Working Life. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 2013. Vol. 84. № 1. P. 691–695.
524. Измеров Н.Ф., Сивочалова О.В., Фесенко М.А. Проблема сохранения репродуктивного здоровья работников при воздействии вредных факторов производственной и окружающей среды. *Вестник Российской академии медицинских наук*. 2012. № 12. Том 67. С. 47–54.

525. Козлова О. А., Макарова М. Н., Тухтарова Е. Х. Условия труда как фактор влияния на показатели смертности населения в трудоспособном возрасте. *Фундаментальные исследования*. 2015. № 71. С. 161–165.

526. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Преодоление воздействия факторов риска, пропаганда здорового образа жизни. ВООЗ, 470 с. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42510/3/WHR_2002_rus.pdf (дата звернення: 30.12.2020).

527. Rechel B., Shapo L., McKee M. Millennium Development Goals for health in Europe and central Asia: relevance and policy implications. Washington DC : World Bank, 2004. 33 p.

528. Зубков М. Э. Условия, детерминирующие управленческое поведение в сфере безопасности труда на малых строительных предприятиях. URL: [usloviya-determiniruyuschie-upravlencheskoe-povedenie-v-sfere-bezopasnosti-truda-na-malyh-stroitelnyh-redpriyatiyah%20\(1\).pdf](http://usloviya-determiniruyuschie-upravlencheskoe-povedenie-v-sfere-bezopasnosti-truda-na-malyh-stroitelnyh-redpriyatiyah%20(1).pdf) (дата звернення: 30.12.2020).

529. Заюков І. В. Самозбереження здоров'я населення як детермінанта розвитку людського капіталу в Україні. Вінниця. 2016. URL: [file:///C:/Documents%20and%20Downloads/60-196-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Downloads/60-196-1-PB%20(3).pdf) (дата звернення: 30.12.2020).

Використані джерела до розділу 5

530. Заюков І. В. Обґрунтування факторів, необхідних для побудови моделі оцінювання рівня самозбереження здоров'я зайнятого населення України. *Вісник Вінницького політехнічного інституту*. 2017. № 2. С. 39–48.

531. Заюков І. В. Побудова моделі оцінки рівня самозбереження здоров'я зайнятого населення в Україні на макрорівні. *Вісник Вінницького політехнічного інституту*. 2017. № 3. С. 59–67.

532. Моссиалос Э., Томпсон С. Добровольное медицинское страхование в странах Европейского Союза. Москва. 2006. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/187302/e84885R.pdf (дата звернення: 30.12.2020).

533. Заюков І. В. Дуальна освіта в системі підготовки кадрів для потреб економіки України. *Україна: аспекти праці*. 2020. № 1. С. 23–31.

534. Заюков І.В. Неформальне професійне навчання як інструмент підвищення гнучкості ринку праці. *Україна: аспекти праці*. 2017. № 2. С. 14–20.

535. Дудник С. Серцево-судинні захворювання в Україні: прогнози – невтішні. *Ваше здоров'я*. Київ. 2015. URL: <http://www.vz.kiev.ua/sercevo-sudinni-zakhvoryuvannya-v-ukrayini-prognozi-nevtishni/>_(дата звернення: 30.12.2020).

536. Нємець Л. М., Баркова Г. А., Нємець К. А. Медична галузь Харківської області: територіальні особливості, проблеми та шляхи вдосконалення: монографія. Київ : Четверта хвиля, 2009. 224 с.

537. Шевченко М. Медико-соціальне обґрунтування нової системи фінансування охорони здоров'я в Україні : дис. ... д-ра мед. наук : 14.02.03. Харків, 2016. 445 с.

538. Профілактика захворювань серцево-судинної системи (ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, ревматизм. URL: https://tdmuv.com/kafedra/internal/pediatrics/lectures_stud/uk/nurse/ptn/2/медсестри%20бакалаври/громадське%20здоров'я/08.%20Профілактика%20захворювань%20ССС.htm (дата звернення: 30.12.2020).

539. Про Національну стратегію з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація» : Указ Президента України від 9 лютого 2016 року / Верховна Рада України. URL: http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/42/2016___(дата звернення: 30.12.2020).

540. Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття : Закон України від 2 березня 2000 р. № 1533-III / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1533-14#Text> (дата звернення: 30.12.2020).

ДОДАТКИ**Додаток А****Акти впровадження результатів дослідження**

КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО «ВІННИЦЬКИЙ
ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ
ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ»
КНП «ВОЦПОМП ВОР»

ДОВІДКА

№ 30/1 від «13» 11 2019 р.

КНП «ВОЦПОМП ВОР» ознайомились з результатами проведеного соціологічного опитування к.е.н., доцента, доцента кафедри безпеки життєдіяльності та педагогіки безпеки Вінницького національного технічного університету Заюкова І. В. зайнятих громадян Вінницької області в 2014 році, зокрема в частині дослідження впливу освіти на здоров'я зайнятих громадян.

Основні положення та пропозиції автора щодо формування концепції зміцнення здоров'я зайнятого населення України на основі формування сучасних знань і вмінь щодо управління власним здоров'ям та реалізації ефективної мотиваційної моделі його самозбереження Заюкова І. В. були використані в процесі діяльності КНП «ВОЦПОМП ВОР» в 2015-2019 роках.

Директор «ВОЦПОМП ВОР»

Л. Б. Фурман





**ДЕРЖПРАЦІ
УПРАВЛІННЯ ДЕРЖПРАЦІ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ**

вул. Марієвська, 37, м. Вінниця, 21050, тел., факс (0432) 67-29-80
http://vn.dsp.gov.ua, E-mail: vndsp@vn.ua, 02vn@dsp.gov.ua, код ЄДРПОУ 39845483

21.01.2020 № 1-37/20

На №

від

ДОВІДКА

**про впровадження результатів наукового дослідження на тему:
«Самозбереження здоров'я зайнятого населення України»
доцента кафедри безпеки життєдіяльності та педагогіки безпеки Вінницького національного технічного університету,
доцента, к. е. н. Заюкова Івана Вікторовича**

Матеріали дисертаційного дослідження доцента кафедри безпеки життєдіяльності та педагогіки безпеки Вінницького національного технічного університету, доцента, к. е. н. Заюкова Івана Вікторовича «Самозбереження здоров'я зайнятого населення України» враховані та застосовуються в процесі діяльності Управління Держпраці у Вінницькій області.

Автором запропоновано системний підхід у формуванні концептуальної основи профілактичних заходів направлених на збереження життя та здоров'я зайнятого населення, який базується на перспективній європейській стратегії «Збереження здоров'я на робочому місці», для реалізації роботодавцями принципів соціальної відповідальності та діалогу з найманими працівниками, а також впровадження на виробництві ефективного світового досвіду корпоративних програм і міжнародних стандартів з менеджменту безпеки та здоров'я.

Дисертаційне дослідження, монографії та науково-методичні статті та матеріали доцента Заюкова І. В. сприятимуть підвищенню рівня безпеки праці, зокрема на підприємствах (установах, організаціях) Вінницької області та дозволять розробити обґрунтовані заходи з мотивації роботодавців до створення «гідних умови праці».

Начальник Управління



Володимир МАРУНЬКО



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ
УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ
ВІННИЦЬКИЙ НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ
ІНСТИТУТ ЕКОНОМІКИ



Юридична адреса: [Ukraine] Україна, 21017, м. Вінниця, вул. Гонти, 37
☎ тел./факс: (0432) 55-49-55 ✉ e-mail: vie.tneu.edu@gmail.com

№ 103

«28» грудня 2019 р.

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційної роботи
Заюкова Івана Вікторовича
«Самозбереження здоров'я зайнятого населення України»

Методичні та теоретичні положення з реалізації концептуальних основ самозбереження здоров'я зайнятого населення України, сформовані к.е.н., доцентом Заюковим Іваном Вікторовичем, використовуються в навчальному процесі Вінницького навчально-наукового інституту економіки Тернопільського національного університету економіки при викладанні дисциплін: «Економіка ринків праці», «Менеджмент», «Стратегія підприємства».

Використання результатів дисертаційної роботи, поданої на здобуття наукового ступеня доктора економічних наук, Заюкова Івана Вікторовича в навчальному процесі сприяє підвищенню рівня професійної підготовки студентів.

Директор Вінницького навчально-наукового
інституту економіки ТНЕУ, академік,
доктор економічних наук, професор



Погрішук Б. В.



Громадська організація «МОЛЬФАР»

Відокремлений підрозділ у м. Вінниця

«21» 11 2019 р.

№ 3-137/19

ДОВІДКА

У діяльності Громадської організації «Мольфар» було використано основні положення та результати наукових досліджень доцента кафедри безпеки життєдіяльності та педагогіки безпеки Вінницького національного технічного університету, к.е.н., доцента Заюкова І. В., зокрема пропозиції щодо самозбереження здоров'я громадян України, зокрема учасників антитерористичної операції й операції об'єднаних сил та членів їх родин.

Актуальність наукового дослідження Заюкова І. В. «Самозбереження здоров'я зайнятого населення України» пов'язана з тим, що звільнені в запас військовослужбовці є тією категорією населення, яка потребує особливого ставлення, зокрема це, в першу чергу, стосується активних учасників бойових дій, що перебували та виконували свій військовий обов'язок в зоні проведення спецоперацій. Адже, військовослужбовці, які звільнюються в запас, змушені пристосовуватись до нових життєвих умов, що потребує спеціальної психологічної та соціальної допомоги та підтримки. Загальновідомо, що переважна більшість військовослужбовців, повертаючись до «мирного» життя, перебувають під дією стресових факторів, які можуть суттєво впливати на стан здоров'я. Автор дисертаційної роботи доречно зауважує, що стратегічним завданням держави є забезпечення їм та членам їхніх родин необхідного обсягу соціально-психологічної підтримки, зокрема в сфері працевлаштування. Крім того, актуальними є пропозиції автора дослідження стосовно попередження або мінімізації негативного впливу стану здоров'я на працевлаштування громадян цих категорій. Зазначена проблема набула загострення, у зв'язку з соціально-економічною, демографічною, політичною кризами в Україні. Її розв'язання, на нашу думку, дозволить підвищити рівень людського капіталу жителів країни, зокрема й здоров'я учасників бойових дій і членів їхніх родин.

Президент ГО «Мольфар»



Юлія Ворчер

ВГО «Мольфар»
вул. Сруцаліка, 8
Вінниця, 21050, Україна

E-mail: info@molfar.org
http://molfar.org/
Тел.: +38 044 394 98 99

п/р 36008053321568
ПАТ КВ «Правобанк»
МФО 302658 Код ЄДРПОУ 39209271
вн є платником ПДВ



**Акціонерне товариство
«Вінницяобленерго»**
Структурна одиниця «Вінницькі міські електричні мережі»
Україна, 21008, м. Вінниця, вул. Порогова, 174, тел. (0432) 65-95-79, e-mail: info@vinnitsyaoblenergo.com
юр. ід. А903026890000026008055334113 в АТ КБ «Приватбанк», МРЄД 302689, код ЄДРПОУ 20509686,
ПІД 001306902284, свідоцтво № 01826532

№ 963/19 від 12.12.19

№ _____

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
доцента кафедри безпеки життєдіяльності та педагогіки безпеки
Вінницького національного технічного університету
доцента, к. е. н. Заюкова Івана Вікторовича

Результати дисертаційного дослідження доцента Вінницького національного технічного університету, к.е.н. Заюкова Івана Вікторовича на тему «Самозбереження здоров'я зайнятого населення України» забезпечили підвищення ефективності працезахоронної діяльності в структурній одиниці «Вінницькі міські електричні мережі» Публічного акціонерного товариства «Вінницяобленерго».

Запропоновані Заюковим І. В. пропозиції щодо запровадження заходів з безпеки праці та самозбереження здоров'я працівників в структурній одиниці «Вінницькі міські електричні мережі» Публічного акціонерного товариства «Вінницяобленерго», сприяли підвищенню рівня мотивації працівників до збереження життя та здоров'я, зростанню продуктивності праці та в цілому покращенню ефективності діяльності підприємства.

В роботі підприємства використано запропонований доцентом Заюковим І. В. концептуальний підхід до формування мотиваційної поведінки в напрямку самозбереження здоров'я працівників.

Директор ВМЕМ



О. В. ПЛОТИЦЯ

Продовження додатка А

Товариство з обмеженою відповідальністю
«Медичний центр «Моє здоров'я»

21029, м. Вінниця, вул. Хмельницька шосе, 96-А. тел. 55-11-63, 55-11-64. ЄДРРЮ-
 37691162, Рех. № UA30302689000026003055332574 в ПАТ КБ «ПРИВАТБАНК»,
 МФО 302689. Ліцензія МОЗ України – серія АЕ №638840

Вих № 7 від «14» березня 2020р.
 На № _____ від _____

Довідка

про впровадження матеріалів дисертаційного дослідження Заюкова Івана
 Вікторовича «Самозбереження здоров'я зайнятого населення України»

Довідка підтверджує отримання для використання матеріалів наукового
 дослідження, висновків і пропозицій Заюкова І. В. у роботі Медичного центру
 «Моє здоров'я» (МЦМЗ).

Результати даного дослідження звертають увагу на проблемах профілактики
 здоров'я зайнятих громадян, вирішення яких дозволить суттєво скоротити високий
 рівень захворюваності та смертності, особливо від серцево-судинних і
 онкологічних захворювань, зменшити рівень виробничого травматизму та
 професійних захворювань не тільки в Вінницькому регіоні, але і в Україні в цілому.
 Крім того, ми погоджуємось з автором дослідження Заюковим І. В., що ефект від
 профілактичних заходів зменшення рівня захворювань перевищує лікувальний
 ефект, а профілактика професійної захворюваності здатна суттєво підвищити
 рівень професійної працездатності та продуктивності праці. Ми вважаємо, що
 реалізація профілактичних програм збільшення здоров'я зайнятих громадян, як
 свідчить досвід медичної практики МЦМЗ, може розглядатися як один із
 важливих елементів запропонованого Заюковим І. В. механізму самозбереження
 здоров'я зайнятого населення в Україні.

Матеріали даного дисертаційного дослідження будуть використані в роботі
 МЦМЗ для формулювання рекомендацій з приводу розробки заходів формування
 вітальної поведінки у зайнятого населення Вінницької області та передачі її на
 вищий – державний рівень.

Висновки запропоновані в науковому дослідженні Заюковим І. В., зокрема
 щодо запровадження корпоративних програм здоров'я на підприємствах України,
 реалізації окремих елементів моделі управління профілактичними заходами щодо
 збереження здоров'я зайнятих громадян слугуватимуть основою для реалізації
 нової концепції національної системи охорони здоров'я, зокрема громадської, на
 прикладі Вінницького регіону, органів місцевого самоврядування, територіальних
 громад щодо формування у економічно активного населення області знань в
 напрямку самозбереження їхнього здоров'я.

Головний лікар ТОВ «МЦ
 «Моє здоров'я» (МЦМЗ)

Підпис підтверджую



Д.А. Хмільовий

Продовження додатка А



ЦЕНТРАЛЬНИЙ КОМПЕТ ПРОВІСЛІВКИ
ПРАЦІВНИКІВ ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

**ВІННИЦЬКА ОБЛАСНА ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОФЕСІЛІВКИ
ПРАЦІВНИКІВ ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

21036, м. Вінниця, Хмельницька ниса, 2, тел. 07-40-69.67.46-76, ф.у. 50(670) 507009 + 5547
«Кредобанк» у м.Вінниця, МФД 32536

«12» Серпня 2010 н. 86

ДОВІДКА

про впровадження результатів наукового дослідження
доцента кафедри безпеки життєдіяльності та психології безпеки
Вінницького національного технічного університету
доцента, к. е. н. Заюкова Івана Вікторовича

Вінницька обласна організація Професілівки працівників освіти і науки
висловлює вдячність за надані матеріали наукового дослідження Заюкова І. В.
«Самозбереження здоров'я зайнятого населення України».

Надані матеріали дисертаційного дослідження дозволять більш
обґрунтовано підійти до проблеми удосконалення системи захисту
конституційних прав зайнятих громадян, зокрема в частині створення
безпечних і здорових умов праці та формування консультативних засад
розвитку механізму самозбереження здоров'я зайнятого населення України.
Запропоновані рекомендації і пропозиції Заюковим І. В. сприятимуть
створенню на підприємствах України, зокрема Вінницької області, «ідеальних
умов праці».

Концептуальні та аналітичні розрахунки дисертаційного дослідження
Заюкова І. В. відзначаються високим рівнем якості та будуть використані в
подальшій роботі Вінницької обласної організації Професілівки працівників
освіти і науки, зокрема будуть враховані під час обговорення нового
трудового законодавства України.

Голова облорганізації Професілівки



С.Пугачев

Продовження додатка А

KH/15 bz 12.02 20p



ЗАТВЕРДЖУЮ

Перший проректор з науково-педагогічної роботи з організації навчального процесу та його науково-методичного забезпечення ВНТУ

проф. Васілевський О. М.
2020 р.

АКТ

про впровадження результатів дисертаційної роботи на тему
«Самозбереження здоров'я зайнятого населення України» (спеціальність 08.00.07 –
демографія, економіка праці, соціальна економіка та політика)
доцентом кафедри безпеки життєдіяльності та педагогіки безпеки
Вінницького національного технічного університету (ВНТУ)
Заюковим Іваном Вікторовичем у навчальний процес ВНТУ

Члени комісії, у складі: директора Головного центру організації та методичного забезпечення навчання, професора Лисенка Г. Л.; декана факультету машинобудування та транспорту, професора Бурснікова Ю. А.; завідувача кафедри БЖДПБ, професора Кобилієвського О. В., склали цей акт про те, що у Вінницькому національному технічному університеті використовуються з 2010 року результати наукових досліджень Заюкова І. В. з формування концептуальних засад розвитку самозбереження здоров'я зайнятого населення України. Експериментальні дослідження здійснювались за участі 5 викладачів кафедри БЖДПБ під час викладання дисциплін циклу безпеки («Основи охорони праці та безпека життєдіяльності», «Цивільний захист і охорона праці у галузі») 202 студентам-економістам у 16 навчальних групах, з них: бакалаврів – 154, магістрів – 48.

У процесі вивчення цих дисциплін використовувалися навчально-методичні матеріали, зокрема: дві монографії: «Сучасні підходи до професійної підготовки економічно активного населення як складової інноваційного розвитку економіки України» (2007), «Самозбереження здоров'я зайнятого населення України: теоретико-методологічні та прикладні аспекти забезпечення» (2019); три навчальних посібники: «Охорона праці. Підсумкова державна атестація бакалаврів» (2013), «Охорона праці. Підсумкова державна атестація спеціалістів, магістрів» (2013), «Охорона праці в галузі управління та адміністрування» (2019); практикум «Безпека життєдіяльності» (2017); дев'ять методичних вказівок (МВ). Здобувач Заюков І. В. приймав участь у формуванні змісту таких тем: правові та організаційні основи охорони праці; державне управління охороною праці, державний нагляд і громадський контроль за охороною праці; організація охорони праці на підприємстві; міжнародні норми в галузі охорони праці; основні законодавчі та нормативно-правові акти з охорони праці в галузі; система управління охороною праці в організації. Ці розробки виконані на базі сучасних інформаційно-комунікаційних технологій, що дозволяє використовувати їх для самостійної роботи та під час дистанційної індивідуальної роботи студентів-економістів. За результатами наукових досліджень за цією тематикою було видано 3 монографії, 18 фахових статей, зокрема 1 в наукометричній базі SCOPUS, та 28 тез у матеріалах науково-методичних конференцій.

Вважаємо, що результати дисертаційної роботи Заюкова І. В. впроваджено у навчально-виховний процес Вінницького національного технічного університету.

Директор ГЦ ОМЗН, професор, к. т. н.

Г. Л. Лисенко

Декан ФМТ, професор, к. т. н.

Ю. А. Бурсніков

Завідувач кафедри БЖДПБ,
професор, д. пед. н.

О. В. Кобилієвський

Додаток Б

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ТА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Монографії

1. Заюков І. В. Самозбереження здоров'я зайнятого населення України: теоретико-методологічні та прикладні аспекти забезпечення. Вінниця: ПП ТД «Едельвейс і К», 2019. 388 с. (22,55 д. а.). (Рецензію д. е. н., проф. С. В. Коляденко на монографію І. В. Заюкова надруковано: *Економіка: реалії часу*. 2020. № 1. URL: <https://economics.opu.ua/files/archive/2020/No1/r1.pdf>).

Колективні монографії

2. Заюков І. В. Стратегічні напрями реалізації державної соціальної політики щодо самозбереження здоров'я населення України. *Управління соціально-економічними системами* / Бердянський університет менеджменту і бізнесу; наук. ред. Л. І. Антошкіна, А. Л. Баланда, В. А. Вісящев. Донецьк: Юго-Восток, 2013. 379 с. (15,8 д. а. / 0,4 д. а.). *Особистий внесок здобувача полягає у розробці стратегічних пріоритетів формування соціальних передумов збереження здоров'я населення України, зокрема його зайнятої частини.*

3. Заюков І. В. Зростання інвестицій в людський капітал (здоров'я) як фактор розвитку національної економіки. *Фінансове забезпечення інноваційного розвитку національної економіки* / Макіївський економіко-гуманітарний інститут; наук. ред. О. М. Ніколаєва. Донецьк: Дмитренко Л., 2014. 276 с. (11,5 д. а. / 0,4 д. а.). *Особистий внесок здобувача полягає в обґрунтуванні важливості інвестування коштів в людський капітал (здоров'я) зайнятого населення як важливого чинника соціально-економічного зростання України.*

4. Заюков І. В., Небава Н. И. Изменение менталитета в свете задач устойчивого развития. *Управление устойчивым развитием в условиях переходной экономики* / Национальный горный университет – Бранденбургский технический университет; науч. ред. М. Шмидт, Б. Хансман, Д. Палехов: Днепропетровск – Коттбус-Зенфтенберг (Германия), 2015. 430 с. (17,92 д. а. / 0,48 д. а.). *Особистий внесок здобувача полягає в обґрунтуванні ідеї зміни менталітету населення України в аспекті формування соціального капіталу як важливої детермінанти збереження здоров'я.*

5. Заюков І. В. Медичне соціальне страхування як елемент механізму самозбереження здоров'я зайнятого населення України. *Фінансовий механізм забезпечення сталого розвитку соціально-економічних систем* / Бердянський університет менеджменту і бізнесу; наук. ред. Л. І. Антошкіна, С. А. Навроцький. Бердянськ: Ткачук О.В., 2016. 283 с. (11,8 д. а. / 0,4 д. а.). *Особистий внесок здобувача полягає в обґрунтуванні необхідності якнайшвидшого запровадження механізму медичного соціального страхування, зокрема в аспекті механізму мотивації зайнятих громад до збереження здоров'я.*

6. Заюков І. В. Реалізація корпоративних програм «Здоров'я на робочому місці» як складової економічної безпеки: світовий досвід. *Інноваційна діяльність та економічна безпека підприємств* / Національна металургійна академія України; наук. ред. Л. М. Савчук. Дніпро : Пороги, 2017. 480 с. (20,0 д. а. / 0,42 д. а.). *Особистий внесок здобувача полягає у реалізації корпоративних програм «Здоров'я на робочому місці» як складової організаційно-економічного механізму збереження здоров'я зайнятого населення України.*

7. Заюков І. В. Дослідження мотивів зайнятості працівників на роботах, які знецінюють людський капітал здоров'я. *Теорія і практика діяльності підприємств* / Національна металургійна академія України; наук. ред. Л. М. Савчук. Дніпро: Пороги, 2017. 456 с. (19,0 д. а. / 0,42 д. а.). *Особистий внесок здобувача полягає у систематизації мотивів, які знецінюють людський капітал здоров'я.*

8. Заюков І.В. Оцінка рівня доступності для зайнятого населення послуг охорони здоров'я. *Сучасні тенденції розвитку регіонів, підприємств та їх об'єднань* / Національна металургійна академія України; наук. ред. Л.М. Савчук. Дніпро: Пороги, 2018. 364 с. (15,17 д. а. / 0,4 д. а.). *Особистий внесок здобувача полягає у дослідженні доступності зайнятих громадян до послуг системи охорони здоров'я як елемента організаційно-економічного механізму збереження здоров'я зайнятого населення України.*

9. Заюков І.В. Формування організаційно-економічного механізму самозбереження здоров'я зайнятого населення України: макроекономічний аспект. *Управління соціально-економічним розвитком країни, регіону, підприємства в умовах кризи (фінансова, аграрна галузі та невиробнича сфера)*

/ Національна металургійна академія України; наук. ред. Л.М. Савчук. Дніпро: Біла К.О., 2019. 440 с. (18,33 д. а. / 0,46 д. а.). *Особистий внесок здобувача полягає у розробці організаційно-економічного механізму самозбереження здоров'я зайнятого населення України на макрорівні.*

**Статті у періодичних наукових виданнях інших держав, які входять до
Організації економічного співробітництва та розвитку та/або
Європейського Союзу**

10. Zayukov I., Overchuk V., Burdiak V., Velykyi Y., Butyrska I., Butenko V. Statistical Data Analysis of Socio-Economic and Demographic Losses of Labor Resources in Ukraine. *Montenegrin Journal of Economics*. 2020. Vol. 16. № 2. P. 179–192. DOI: 10.14254/1800-5845/2020.16-2.14 (*Scopus*) (1,08 д. а. / 0,18 д. а.). *Особистий внесок автора полягає у розрахунку втрат для економіки через смертність від раку.*

11. Nebava I., Savina N., Zayukov I., Vasazhenko N., Lesko Y., Smolarz A., Ormanbekova A. Model of electronic public health management on the example of the territorial community of Vinnytsia region. *Photonics Applications in Astronomy, Communications, Industry, and High-Energy Physics Experiments*. 2019. Vol. 11176. (6 November 2019). DOI: 10.1117/12.2537421. URL: <https://spie.org/Publications/Proceedings/Paper/10.1117/12.2537421?SSO=1> (*Scopus*) (0,42 д. а. / 0,12 д. а.). *Особистий внесок автора полягає у побудові електронної моделі громадського здоров'я на прикладі Вінницького регіону.*

**Статті у наукових виданнях, включених до переліку наукових фахових
видань України**

12. Заюков І. В. Компоненти сучасної демографічної кризи в Україні та їх вплив на трудовий потенціал. *Україна: аспекти праці*. 2008. № 4. С. 41–46 (0,4 д. а.).

13. Заюков І. В. Безпека праці – умова збереження та розвитку трудового потенціалу України. *Економіка промисловості*. 2008. № 4. С. 189–196 (0,4 д. а.).

14. Заюков І. В. Оцінювання прямих втрат трудового потенціалу України в умовах демографічної кризи. *Бізнес Інформ*. 2009. С. 53–56 (0,4 д. а.).

15. Заюков І. В. Забезпечення взаємозв'язку між рівнем освіти та розміром доходів громадян – вагоме джерело розвитку трудового потенціалу. *Вісник Сумського державного університету. Серія Економіка*. 2009. № 2. С. 152–158 (0,5 д. а.).

16. Заюков І. В. Можливості реалізації в Україні трудового потенціалу літніх осіб. *Вісник Дніпропетровської фінансової академії. Економічні науки*. 2009. № 2. С. 5–10 (0,43 д. а.).

17. Заюков І. В. Підвищення якості освіти в умовах ринкових трансформацій – шлях до розвитку трудового потенціалу. *Науковий вісник Чернівецького університету. Економіка*. 2009. Вип. 49. С. 46–50 (0,43 д. а.).

18. Заюков І. В. Трудовий потенціал України як важлива складова людського розвитку. *Зайнятість та ринок праці*. 2009. № 21–22. С. 139–148 (0,4 д. а.).

19. Заюков І. В. Вирішення проблеми фінансування медицини як перспективний шлях людського розвитку України. *Актуальні проблеми розвитку економіки регіону*; за ред. І. Г. Ткачук. Прикар. нац. ун-т ім. В. Стефаника. 2010. Вип. 6. Т. 2. С. 116–121 (0,43 д. а.).

20. Заюков І. В. Удосконалення системи фінансування охорони здоров'я як важливий чинник розвитку трудового потенціалу України. *Вісник Хмельницького національного університету. Серія Економіка*. 2010. № 6. С. 46–51 (0,4 д. а.).

21. Заюков І. В. Демографічний аспект розвитку конкурентоспроможності робочої сили України. *Регіональна бізнес-економіка та управління*. 2011. № 1. С. 141–148 (0,5 д. а.).

22. Заюков І. В. Оцінка втрат трудового потенціалу України через передчасну смертність внаслідок зовнішніх причин. *Україна: аспекти праці*. 2011. № 4. С. 19–23 (0,4 д. а.).

23. Заюков І. В. Формування концепції здорового способу життя – важлива складова капіталізації людського капіталу. *Вісник Донецького університету економіки та права*. 2011. № 2. С. 51–55 (0,43 д. а.).

24. Заюков І. В., Гучок І. С. Проблема фінансування витрат на створення безпечних умов праці зайнятого населення України. *Бізнес Інформ*. 2012. № 5.

С. 165–169 (0,43 д. а. / 0,22 д. а.). *Особистий внесок автора полягає у формуванні економічної мотивації зайнятих громадян до збереження здоров'я на виробництві.*

25. Заюков І. В. Аналіз неформальної зайнятості молоді в Україні. *Часопис економічних реформ*. 2014. № 4. С. 86–92 (0,43 д. а.).

26. Заюков І. В. Проблеми та перспективи зайнятості молоді в Україні. *Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу*. 2014. № 4. С. 107–112 (0,4 д. а.).

27. Заюков І. В., Стахов О. І. Проблеми та перспективи зайнятості інвалідів в Україні. *Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу*. 2015. № 1. С. 127–132 (0,4 д. а. / 0,2 д. а.). *Особистий внесок автора полягає у розробці рекомендацій щодо залученості інвалідів до активної зайнятості з урахуванням їх людського капіталу здоров'я.*

28. Заюков І. В. Територіальні особливості самооцінки здоров'я населення України. *Стратегічні пріоритети*. 2016. № 1. С. 55–62 (0,4 д. а.).

29. Заюков І. В. Тенденції сучасного ринку праці та його вплив на стан здоров'я зайнятого населення України. *Економіка: реалії часу*. 2016. № 4. С. 40–49. URL: <https://economics.opu.ua/files/archive/2016/No4/40.pdf> (*Index Copernicus та інші*) (0,71 д. а.).

30. Zayukov I. V. Behavioral aspects of self-preservation of health of human resources in Ukraine. *Економіка і організація управління*. 2016. № 3. С. 172–180 (0,57 д. а.).

31. Заюков І. В. Дослідження передумов впливу шоків здоров'я на пропозицію ринку праці України. *Наукові праці Кіровоградського національного технічного університету. Економічні науки*. 2016. Вип. 30. С. 139–146 (0,5 д. а.).

32. Заюков І. В. Неформальне професійне навчання як інструмент підвищення гнучкості ринку праці. *Україна: аспекти праці*. 2017. № 2. С. 14–20 (0,43 д. а.).

33. Заюков І. В. Оцінка соціально-демографічних факторів впливу на здоров'я зайнятого населення України. *Економіка: реалії часу. Науковий журнал*. 2017. № 4. С. 44–52. URL: <https://economics.opu.ua/files/archive/2017/No4/44.pdf> (*Index Copernicus та інші*) (0,57 д. а.).

34. Заюков І. В. Дослідження мотивів звернень зайнятого населення за медичною допомогою: самозберігаючий аспект. *Економіка: реалії часу*. 2017. № 6. С. 70–78. URL: <https://economics.opu.ua/files/archive/2017/No6/70.pdf> (*Index Copernicus та інші*) (0,64 д. а.).

35. Заюков І. В. Оцінка соціально-економічних ефектів в аспекті самозбереження здоров'я населення. *Східна Європа: Економіка, бізнес та управління*. 2018. Вип. 1. С. 273–277. URL: <http://srd.pgasa.dp.ua:8080/xmlui/handle/123456789/1909?locale-attribute=en> (0,4 д. а.).

36. Заюков І. В. Теоретико-методологічні основи мотивації працездатного населення до самозбереження здоров'я. *Східна Європа: Економіка, бізнес та управління*. 2018. Вип. 3. С. 276–276 URL: <http://srd.pgasa.dp.ua:8080/xmlui/handle/123456789/1834> (0,46 д. а.).

37. Заюков І. В. Вплив професійного стресу на умови праці та здоров'я зайнятого населення України. *Україна: аспекти праці*. 2018. № 3. С. 44–51 (0,4 д. а.).

38. Заюков І. В. Вплив поведінкових факторів на стан здоров'я і самозбереження здоров'я зайнятого населення України. *Східна Європа: Економіка, бізнес та управління*. 2018. Вип. 6. С. 492–496. URL: <https://economics.opu.ua/files/archive/2017/No4/44.pdf> (0,4 д. а.).

39. Заюков І. В. Вплив тривалості робочого часу на здоров'я зайнятого населення України. *Приазовський економічний вісник. Електронний науковий журнал*. 2018. № 6. С. 385–392. URL: http://www.nas.gov.ua/text/pdfNews/Zaiiukov_life_expectancy_conference_IDSD_november2017.pdf (0,5 д. а.).

Публікації за матеріалами конференцій

40. Заюков І. В., Кобилянський О. В. Здоров'я громадян як чинник соціально-економічного розвитку України. *Техногенно-екологічна безпека України: стан та перспективи розвитку: матеріали V Всеукраїнської науково-практичної Інтернет-конференції студентів, аспірантів та молодих вчених*. 10–20 листопада 2015 р., м. Ірпінь. Ірпінь : НУДПСУ, 2015. С. 36–39 (0,21 д. а. / 0,11 д. а.). *Особистий внесок автора полягає у обґрунтуванні пріоритетів покращення здоров'я громадян України.*

41. Заюков І. В., Кобилянський О. В. Соціально-економічні аспекти впливу освіти на здоров'я працездатних громадян. *Здоров'я і суспільні виміри в академічному просторі та поза ним*: матеріали Міжнародної конференції. 6 жовтня 2017 р., м. Вінниця. Вінниця: ВНМУ ім. М. І. Пирогова, 2017. С. 75–77. URL: <http://sph.ukma.edu.ua/events/tezy-konferentsiji-zdorovya-ta-suspilni-vumiry/> (0,14 д. а. / 0,07 д. а.). *Особистий внесок автора полягає у систематизації факторів впливу на здоров'я людини, зокрема працездатної.*

42. Заюков І. В., Ткачук О. В. Посилення ролі капіталу здоров'я в аспекті формування соціально-орієнтованого бізнес-середовища. *Фінансове регулювання зрушень в економіці України*: збірник тез доповідей Міжнародної науково-практичної Інтернет-конференції. 21–22 березня 2017 р., м. Мукачєво. Мукачєво : Мукачівський державний університет, 2017. С. 445–447 (0,25 д. а. / 0,12 д. а.). *Особистий внесок автора полягає в узагальненні корпоративних програм «Здоров'я на робочому місці» в розвинених країнах світу.*

43. Заюков І. В., Кобилянський О. В. Соціальні умови покращення громадського здоров'я в Україні. *Здоров'я людини: теорія і практика*: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої 25-річчю Медичного інституту Сумського державного університету. 17–19 жовтня 2017 р., м. Суми. Суми: Сумський державний університет, 2017. С. 26–27 (0,09 д. а. / 0,042 д. а.). *Особистий внесок автора полягає у розробці стратегії покращення громадського здоров'я.*

44. Заюков І. В. Фінансування системи охорони здоров'я в умовах трансформаційних процесів України. *Розвиток соціально-економічних систем у трансформаційних умовах*: матеріали VI Міжнародної наук.-прак. конференції. 1–2 лютого 2017 р., м. Бердянськ. Бердянськ : Ткачук О. В., 2017. С. 113–115 (0,13 д. а.).

45. Заюков І. В. Профілактика та самозбереження здоров'я зайнятого населення як фактор розвитку соціально-економічних систем України. *Актуальні проблеми соціально-економічних систем в умовах трансформаційної економіки*: матеріали Всеукраїнської наук.-прак. конференції. 12–13 квітня 2016 р., м. Дніпропетровськ. Дніпропетровськ, 2016. С. 197–206 (0,34 д. а.).

Відомості про апробацію результатів дисертації

1. IV Міжнародна Інтернет-конференція «Розвиток України в ХХІ столітті: економічні, соціальні, екологічні, гуманітарні та правові проблеми» (м. Тернопіль, 2009 р.), дистанційна участь;
2. Всеукраїнський науково-практичний семінар «Особливості реформування економіки України в умовах глобальної економічної кризи» (м. Вінниця, 2009 р.), виступ з доповіддю;
3. Всеукраїнська науково-практична конференція «Соціально-економічні та демографічні проблеми забезпечення і розвитку трудового потенціалу регіонів» (м. Тернопіль, 2009 р.), дистанційна участь;
4. Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні проблеми розвитку соціально-економічних систем» (м. Бердянськ, 2011 р.), виступ з доповіддю;
5. VII Міжнародна науково-практична Інтернет-конференція «Простір і час сучасної науки» (м. Київ, 2011 р.), дистанційна участь;
6. VII Міжнародна науково-практична конференція «Ключові питання сучасної науки» (м. Софія, Болгарія, 2011 р.), дистанційна участь;
7. VIII Міжнародна науково-практична конференція «Наука і інновації – 2012» (м. Перемишль, Польща, 2012 р.), дистанційна участь;
8. Всеукраїнська науково-практична конференція «Актуальні проблеми використання економічного потенціалу: держава, регіон, підприємство» (м. Бердянськ, 2012 р.), дистанційна участь;
9. XIII Міжнародна науково-практична Інтернет-конференція «Розвиток України в ХХІ ст.: економічні, соціальні, екологічні, гуманітарні та правові проблеми» (м. Тернопіль, 2013 р.), дистанційна участь;
10. X Міжнародна науково-практична конференція «Дослідження майбутнього» (м. Софія, Болгарія, 2014 р.), дистанційна участь;
11. II Міжнародна науково-практична конференція молодих вчених «Економічний і соціальний розвиток України в ХХІ ст.: національна візія та виклики глобалізації» (м. Тернопіль, 2014 р.), дистанційна участь;

12. I Міжнародна науково-практична конференція «Поведінкові засади розвитку підприємств в контексті менеджменту: генезис і перспективи» (м. Вінниця, 2014 р.), виступ з доповіддю;

13. Всеукраїнська науково-практична конференція «Актуальні проблеми соціально-економічних систем в умовах трансформаційної економіки» (м. Дніпропетровськ, 2016 р.), дистанційна участь;

14. VI Всеукраїнська науково-практична конференція курсантів, студентів та ад'юнктів «Проблеми та перспективи розвитку охорони праці» (м. Львів, 2016 р.) дистанційна участь;

15. VI Міжнародна науково-практична конференція студентів і молодих вчених «Розвиток соціально-економічних систем у трансформаційних умовах» (м. Бердянськ, 2017 р.), дистанційна участь;

16. Міжнародна науково-практична Інтернет-конференція «Фінансове регулювання зрушень у економіці України» (м. Мукачево, 2017 р.), дистанційна участь;

17. VII Всеукраїнська науково-практична конференція «Педагогіка здоров'я» (м. Чернігів, 2017 р.), дистанційна участь;

18. IX Міжнародна науково-практична конференція «Інформаційні технології, системний аналіз і моделювання соціоекологічних систем» (м. Київ, 2018 р.), дистанційна участь;

19. Наукова практична конференція «Проблеми розвитку потенціалу підприємств в глобальних економічних умовах» (м. Київ, 2018 р.), дистанційна участь;

20. Міжнародна науково-практична конференція «Сучасний стан та перспективи розвитку економіки, менеджменту, фінансів та права» (м. Полтава, 2019 р.); дистанційна участь.

Додаток В

Вектор оцінок коефіцієнтів регресії

Елементи математичної моделі впливу факторів щодо збереження здоров'я зайнятого населення (на основі програмного пакета СКМ Maple 15)

$$Y(x) = \begin{pmatrix} -12,78 \\ -0,36 \\ -3,13 \\ -0,11 \\ -0,37 \\ 0,05 \\ 1,11 \\ -0,33 \\ 1,01 \\ 0,05 \\ 0,0008 \\ 0,39 \\ -0,0034 \\ -57,35 \end{pmatrix}$$

Рисунок А.1 – Вектор оцінок коефіцієнтів регресії

Обчислення незміщеної оцінки дисперсії

(на основі програмного пакета СКМ Maple 15)

$$X \cdot Y(x) = \begin{bmatrix} 1 & 10,52 & 7,60 & 20,80 & 55,20 & 23,80 & 63,80 & 17,70 & 73 & 302,90 & 4191 & 38 & 1692,33 \\ 1 & 12,10 & 7 & 26,80 & 59,70 & 23,80 & 54,60 & 37,70 & 70 & 359,50 & 4885 & 28 & 1665,28 \\ 1 & 10,57 & 6,80 & 25,90 & 62,40 & 33,20 & 58,50 & 25,20 & 70 & 356,80 & 4526 & 35 & 1560,26 \\ 1 & 8,20 & 8,30 & 18,80 & 53,40 & 23,10 & 65,60 & 18,35 & 72 & 318 & 4759 & 50 & 1703,32 \\ 1 & 14,97 & 9,50 & 39,90 & 56,70 & 11,90 & 58,30 & 35,40 & 67 & 510,70 & 1453 & 35 & 1875,32 \\ 1 & 9,72 & 8,90 & 29,10 & 59 & 23,50 & 57,70 & 46,90 & 71 & 366,60 & 3604 & 38 & 1668,26 \\ 1 & 11,90 & 7,90 & 29,80 & 62 & 23,80 & 62 & 29,15 & 72 & 313,20 & 4334 & 29 & 1494,31 \\ 1 & 11,21 & 8,30 & 29,30 & 65,60 & 21,10 & 57,60 & 31,65 & 71 & 365,10 & 4812 & 27 & 1494,29 \\ 1 & 6,32 & 7,60 & 25,60 & 69,80 & 23 & 58 & 19,60 & 72 & 311,70 & 3416 & 33 & 1834,25 \\ 1 & 2,68 & 6,90 & 21,60 & 53,50 & 22,80 & 62,50 & 31,10 & 72 & 311,20 & 2355 & 46 & 1918,38 \\ 1 & 6,10 & 8,80 & 30 & 62,20 & 33,20 & 61,90 & 24,75 & 73 & 303,60 & 3126 & 15 & 1777,32 \\ 1 & 6,89 & 10,60 & 26,50 & 57,10 & 33,80 & 25,30 & 25,05 & 75 & 244,20 & 3741 & 45 & 1733,34 \\ 1 & 9,34 & 7 & 25,80 & 60,15 & 15,50 & 57,40 & 27,65 & 71 & 355,20 & 5601 & 32 & 1421,28 \\ 1 & 10 & 9,50 & 34,10 & 57,10 & 18,70 & 61,50 & 32,10 & 67 & 494,50 & 1551 & 22 & 1940,31 \\ 1 & 10,84 & 8,90 & 30,60 & 55,90 & 34,90 & 57,30 & 47,10 & 71 & 343,30 & 2508 & 15 & 1890,34 \\ 1 & 9,79 & 9,30 & 26,40 & 56,10 & 30,50 & 62,90 & 31,95 & 73 & 323,10 & 2846 & 31 & 1710,34 \\ 1 & 7,30 & 8,30 & 28,60 & 51,80 & 28,70 & 57,10 & 24,15 & 72 & 335,50 & 4244 & 34 & 1635,27 \\ 1 & 10,04 & 6,80 & 24,80 & 59,20 & 29 & 56,60 & 25,45 & 72 & 291,60 & 6187 & 35 & 1613,30 \\ 1 & 1,49 & 11,40 & 23,10 & 39,70 & 32,80 & 62,90 & 29,70 & 65 & 555,20 & 1053 & 13 & 1877,42 \\ 1 & 10,50 & 9,20 & 22,60 & 63,40 & 37,30 & 64,30 & 22,20 & 70 & 358,80 & 3311 & 38 & 1652,34 \\ 1 & 8,55 & 9,40 & 18,10 & 53,80 & 32,40 & 67,70 & 19,65 & 69 & 412,80 & 9146 & 42 & 1777,38 \end{bmatrix} \begin{pmatrix} -12,78 \\ -0,36 \\ -3,13 \\ -0,11 \\ -0,37 \\ 0,05 \\ 1,11 \\ -0,33 \\ 1,01 \\ 0,05 \\ 0,0008 \\ 0,39 \\ -0,0034 \\ -57,35 \end{pmatrix} = \begin{bmatrix} 87,64 \\ 68,81 \\ 81,52 \\ 94,20 \\ 69,03 \\ 70,30 \\ 74,35 \\ 68,35 \\ 78,64 \\ 87,40 \\ 69,55 \\ 35,27 \\ 77,94 \\ 70,98 \\ 56,16 \\ 74,26 \\ 80,25 \\ 77,43 \\ 69,99 \\ 78,52 \\ 88,02 \end{bmatrix}$$

$$Y - X \cdot Y(x) = \begin{bmatrix} 85,40 \\ 69,60 \\ 73 \\ 88,10 \\ 68 \\ 68,30 \\ 67,30 \\ 65,20 \\ 77,80 \\ 81,10 \\ 66,70 \\ 30 \\ 78 \\ 57,80 \\ 49,20 \\ 71,80 \\ 80 \\ 81,50 \\ 66 \\ 79,40 \\ 87,60 \end{bmatrix} - \begin{bmatrix} 87,64 \\ 68,81 \\ 81,52 \\ 94,20 \\ 69,03 \\ 70,30 \\ 74,35 \\ 68,35 \\ 78,64 \\ 87,40 \\ 69,55 \\ 35,27 \\ 77,94 \\ 70,98 \\ 56,16 \\ 74,26 \\ 80,25 \\ 77,43 \\ 69,99 \\ 78,52 \\ 88,02 \end{bmatrix} = \begin{bmatrix} -2,24 \\ 0,79 \\ -8,52 \\ -6,10 \\ -1,03 \\ -2,00 \\ -7,05 \\ -3,15 \\ -0,84 \\ -6,30 \\ -2,85 \\ -5,27 \\ 0,06 \\ -13,18 \\ -6,96 \\ -2,46 \\ -0,25 \\ 4,07 \\ -3,99 \\ 0,88 \\ -0,42 \end{bmatrix}$$

$$(Y - X \cdot Y(x))^T = [-2,24 \quad ,79 \quad -8,52 \quad -6,10 \quad -1,03 \quad -2,00 \quad -7,05 \quad -3,15 \quad -,84 \quad -6,30 \quad -2,85 \quad -5,27 \quad ,06 \quad -13,18 \quad -6,96 \quad -2,46 \quad -,25 \quad 4,07 \quad -3,99 \quad ,88 \quad -,42]$$

Продовження додатка В

$$s_e^2 = \begin{pmatrix} -2.24 & .79 & -8.52 & -6.10 & -1.03 & -2 & -7.05 & -3.15 & -.84 & -6.3 & -2.85 \\ -5.27 & .06 & -13.18 & -6.96 & -2.46 & -.25 & 4.07 & -3.99 & .88 & -.42 \end{pmatrix} \cdot \begin{pmatrix} -2,24 \\ 0,79 \\ -8,52 \\ -6,10 \\ -1,03 \\ -2,00 \\ -7,05 \\ -3,15 \\ -0,84 \\ -6,30 \\ -2,85 \\ -5,27 \\ 0,06 \\ -13,18 \\ -6,96 \\ -2,46 \\ -0,25 \\ 4,07 \\ -3,99 \\ 0,88 \\ -0,42 \end{pmatrix} = 518.18$$

$$s_e^2 = (Y - X \cdot Y(x))^T \cdot (Y - X \cdot Y(x)) = 518.18$$


```

restart; with(linalg) : q := 1 :
X := matrix(21, 14, [[q, 10.52, 7.6, 20.8, 55.2, 23.8, 63.8, 17.7, 73,
302.9, 4191, 38, 1692, 0.334], [q, 12.1, 7, 26.8, 59.7, 23.8, 54.6, 37.7,
70, 359.5, 4885, 28, 1665, 0.28], [q, 10.57, 6.8, 25.9, 62.4, 33.2, 58.5,
25.2, 70, 356.8, 4526, 35, 1560, 0.264], [q, 8.2, 8.3, 18.8, 53.4, 23.1,
65.6, 18.35, 72, 318, 4759, 50, 1703, 0.319], [q, 14.97, 9.5, 39.9, 56.7,
11.9, 58.3, 35.4, 67, 510.7, 1453, 35, 1875, 0.317], [q, 9.72, 8.9, 29.1,
59, 23.5, 57.7, 46.9, 71, 366.6, 3604, 38, 1668, 0.264], [q, 11.9, 7.9,
29.8, 62, 23.8, 62, 29.15, 72, 313.2, 4334, 29, 1494, 0.309], [q, 11.21,
8.3, 29.3, 65.6, 21.1, 57.6, 31.65, 71, 365.1, 4812, 27, 1494, 0.286],
[q, 6.32, 7.6, 25.6, 69.8, 23, 58, 19.6, 72, 311.7, 3416, 33, 1834,
0.246], [q, 2.68, 6.9, 21.6, 53.5, 22.8, 62.5, 31.1, 72, 311.2, 2355, 46,
1918, 0.376], [q, 6.1, 8.8, 30, 62.2, 33.2, 61.9, 24.75, 73, 303.6, 3126,
15, 1777, 0.324], [q, 6.89, 10.6, 26.5, 57.1, 33.8, 25.3, 25.05, 75,
244.2, 3741, 45, 1733, 0.336], [q, 9.34, 7, 25.8, 60.15, 15.5, 57.4,
27.65, 71, 355.2, 5601, 32, 1421, 0.283], [q, 10, 9.5, 34.1, 57.1, 18.7,
61.5, 32.1, 67, 494.5, 1551, 22, 1940, 0.307], [q, 10.84, 8.9, 30.6,
55.9, 34.9, 57.3, 47.1, 71, 343.3, 2508, 15, 1890, 0.345], [q, 9.79, 9.3,
26.4, 56.1, 30.5, 62.9, 31.95, 73, 323.1, 2846, 31, 1710, 0.339], [q,
7.3, 8.3, 28.6, 51.8, 28.7, 57.1, 24.15, 72, 335.5, 4244, 34, 1635,
0.273], [q, 10.04, 6.8, 24.8, 59.2, 29, 56.6, 25.45, 72, 291.6, 6187, 35,
1613, 0.298], [q, 1.49, 11.4, 23.1, 39.7, 32.8, 62.9, 29.7, 65, 555.2,
1053, 13, 1877, 0.417], [q, 10.5, 9.2, 22.6, 63.4, 37.3, 64.3, 22.2, 70,
358.8, 3311, 38, 1652, 0.341], [q, 8.55, 9.4, 18.1, 53.8, 32.4, 67.7,
19.65, 69, 412.8, 9146, 42, 1777, 0.38]]) :
Y := matrix(21, 1, [[85.4], [69.6], [73], [88.1], [68], [68.3], [67.3],
[65.2], [77.8], [81.1], [66.7], [30], [78], [57.8], [49.2], [71.8],
[80], [81.5], [66], [79.4], [87.6]]) :
transpose(X) :
A := multiply(transpose(X), X) :
for i from 1 by 1 to 14 do
A[i, i] := A[i, i] + .001 :
end do:
# det(A) :
AA := inverse(A) :
B := multiply(transpose(X), Y) :
s := multiply(AA, B) :
YX := matrix(14, 1, [[-12.78], [-.36], [-3.13], [-0.11], [-.37],
[.05], [1.11], [-.33], [1.01], [0.05], [0], [.39], [0], [-57.35]]) :

X=print(X);
YX=print(YX);
X·YX=multiply(X, YX);
Y=print(Y);
#transpose(evalm(Y- multiply(X, YX) ));

multiply(transpose( evalm(Y- multiply(X, YX) )), evalm(Y
- multiply(X, YX)));

#s[ iii, 1]$iii = 1 ..10;#s[ iii, 1]$iii = 11 ..20; #s[ iii, 1]$iii = 21 ..30;#s[ iii,
1]$iii = 31 ..40;#s[ iii, 1]$iii = 41 ..50;#s[ iii, 1]$iii = 51 ..62;
jj := 1 :
s[ 1, 1];
for jj from 1 by 1 to 1 do
kk := jj·10 - 10 + 1 :
pol[jj] := s[kk + 1, 1]·x[kk] + s[kk + 2, 1]·x[kk + 1] + s[kk + 3, 1]·
x[kk + 2] + s[kk + 4, 1]·x[kk + 3] + s[kk + 5, 1]·x[kk + 4]
+ s[kk + 6, 1]·x[kk + 5] + s[kk + 7, 1]·x[kk + 6] + s[kk + 8,
1]·x[kk + 7] + s[kk + 9, 1]·x[kk + 8] + s[kk + 10, 1]·x[kk
+ 9] :
print(pol[jj]);
end do:
s[ 12, 1]·x[ 11] + s[ 13, 1]·x[ 12] + s[ 14, 1]·x[ 13] ;

```

Продовження додатка В

$$X = \begin{bmatrix} 1 & 10,52 & 7,60 & 20,80 & 55,20 & 23,80 & 63,80 & 17,70 & 73 & 302,90 & 4191 & 38 & 1692 & ,33 \\ 1 & 12,10 & 7 & 26,80 & 59,70 & 23,80 & 54,60 & 37,70 & 70 & 359,50 & 4885 & 28 & 1665 & ,28 \\ 1 & 10,57 & 6,80 & 25,90 & 62,40 & 33,20 & 58,50 & 25,20 & 70 & 356,80 & 4526 & 35 & 1560 & ,26 \\ 1 & 8,20 & 8,30 & 18,80 & 53,40 & 23,10 & 65,60 & 18,35 & 72 & 318 & 4759 & 50 & 1703 & ,32 \\ 1 & 14,97 & 9,50 & 39,90 & 56,70 & 11,90 & 58,30 & 35,40 & 67 & 510,70 & 1453 & 35 & 1875 & ,32 \\ 1 & 9,72 & 8,90 & 29,10 & 59 & 23,50 & 57,70 & 46,90 & 71 & 366,60 & 3604 & 38 & 1668 & ,26 \\ 1 & 11,90 & 7,90 & 29,80 & 62 & 23,80 & 62 & 29,15 & 72 & 313,20 & 4334 & 29 & 1494 & ,31 \\ 1 & 11,21 & 8,30 & 29,30 & 65,60 & 21,10 & 57,60 & 31,65 & 71 & 365,10 & 4812 & 27 & 1494 & ,29 \\ 1 & 6,32 & 7,60 & 25,60 & 69,80 & 23 & 58 & 19,60 & 72 & 311,70 & 3416 & 33 & 1834 & ,25 \\ 1 & 2,68 & 6,90 & 21,60 & 53,50 & 22,80 & 62,50 & 31,10 & 72 & 311,20 & 2355 & 46 & 1918 & ,38 \\ 1 & 6,10 & 8,80 & 30 & 62,20 & 33,20 & 61,90 & 24,75 & 73 & 303,60 & 3126 & 15 & 1777 & ,32 \\ 1 & 6,89 & 10,60 & 26,50 & 57,10 & 33,80 & 25,30 & 25,05 & 75 & 244,20 & 3741 & 45 & 1733 & ,34 \\ 1 & 9,34 & 7 & 25,80 & 60,15 & 15,50 & 57,40 & 27,65 & 71 & 355,20 & 5601 & 32 & 1421 & ,28 \\ 1 & 10 & 9,50 & 34,10 & 57,10 & 18,70 & 61,50 & 32,10 & 67 & 494,50 & 1551 & 22 & 1940 & ,31 \\ 1 & 10,84 & 8,90 & 30,60 & 55,90 & 34,90 & 57,30 & 47,10 & 71 & 343,30 & 2508 & 15 & 1890 & ,34 \\ 1 & 9,79 & 9,30 & 26,40 & 56,10 & 30,50 & 62,90 & 31,95 & 73 & 323,10 & 2846 & 31 & 1710 & ,34 \\ 1 & 7,30 & 8,30 & 28,60 & 51,80 & 28,70 & 57,10 & 24,15 & 72 & 335,50 & 4244 & 34 & 1635 & ,27 \\ 1 & 10,04 & 6,80 & 24,80 & 59,20 & 29 & 56,60 & 25,45 & 72 & 291,60 & 6187 & 35 & 1613 & ,30 \\ 1 & 1,49 & 11,40 & 23,10 & 39,70 & 32,80 & 62,90 & 29,70 & 65 & 555,20 & 1053 & 13 & 1877 & ,42 \\ 1 & 10,50 & 9,20 & 22,60 & 63,40 & 37,30 & 64,30 & 22,20 & 70 & 358,80 & 3311 & 38 & 1652 & ,34 \\ 1 & 8,55 & 9,40 & 18,10 & 53,80 & 32,40 & 67,70 & 19,65 & 69 & 412,80 & 9146 & 42 & 1777 & ,38 \end{bmatrix}$$

$$YX = \begin{bmatrix} -12,78 \\ -,36 \\ -3,13 \\ -,11 \\ -,37 \\ ,05 \\ 1,11 \\ -,33 \\ 1,01 \\ ,05 \\ 0 \\ ,39 \\ 0 \\ -57,35 \end{bmatrix}$$

$$\begin{aligned}
 & (Y - X \cdot Y(x))^T \cdot (Y - X \cdot Y(x)) = \begin{bmatrix} 518,18 \\ -1,7786 \end{bmatrix} \\
 & -0,3626x_1 - 3,1304x_2 - 1,151x_3 - 3,685x_4 + 0,0523x_5 + 1,1115x_6 - 3,337x_7 + 1,0068x_8 + 0,0500x_9 + 0,0008x_{10} \\
 & + 3,3885x_{11} - 0,0034x_{12} - 57,3536x_{13}
 \end{aligned}$$

$$Y = \begin{bmatrix} 87,64 \\ 68,81 \\ 81,52 \\ 94,20 \\ 69,03 \\ 70,30 \\ 74,35 \\ 68,35 \\ 78,64 \\ 87,40 \\ 69,55 \\ 35,27 \\ 77,94 \\ 70,98 \\ 56,16 \\ 74,26 \\ 80,25 \\ 77,43 \\ 69,99 \\ 78,52 \\ 88,02 \end{bmatrix} \quad XY(x) = \begin{bmatrix} 85,40 \\ 69,60 \\ 73 \\ 88,10 \\ 68 \\ 68,30 \\ 67,30 \\ 65,20 \\ 77,80 \\ 81,10 \\ 66,70 \\ 30 \\ 78 \\ 57,80 \\ 49,20 \\ 71,80 \\ 80 \\ 81,50 \\ 66 \\ 79,40 \\ 87,60 \end{bmatrix}$$

Додаток Д**АНКЕТА
ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЗАЙНЯТИХ ГРОМАДЯН**

Ми хочемо задати Вам декілька запитань стосовно ситуації в сфері збереження здоров'я зайнятого населення України. Вони будуть використані тільки в наукових цілях і не будуть передаватись іншим установам, організаціям або третім особам. Будь ласка, не турбуйтеся, Ви можете вільно висловлювати свої думки.

Заповнити анкету нескладно. Виберіть варіант (або варіанти) відповіді, що підходять Вам найбільше.

Заздалегідь Вам вдячні за співпрацю!

1. Статус населеного пункту, в якому Ви проживаєте:

- a) Міська місцевість.
- b) Сільська місцевість.

2. До якої категорії населення Ви відноситесь?:

- a) Безробітні (офіційно зареєстровані).
- b) Непрацюючі пенсіонери.
- c) Студенти.
- d) Працюючі в промисловості.
- e) Працюючі в сільському господарстві.
- f) Працюючі у невиробничій сфері (сфера послуг).
- g) Працюючі у невиробничій сфері (бюджетна сфера).
- h) Жінки у відпустці по догляду за дітьми.

3. Ваша стать?:

- a) Чоловіча.
- b) Жіноча.

4. Скільки Вам років?:

- a) До 18.
- b) 18–25.
- c) 26–29.
- d) 30–39.
- e) 40–49.
- f) 50–54.
- g) 55–59.
- h) 60 і більше.

5. Вкажіть статус Вашої економічної діяльності?:

- a) Роботодавець.
- b) Найманий працівник.

- c) Член колективного підприємства.
- d) Самозайнятий.
- e) Безплатно працюючий член сім'ї.
- f) Незайнятий.

6. Ваш сімейний стан:

- a) Одружений(а).
- b) Незареєстрований шлюб.
- c) Вдовець(ва).
- d) Розлучений(а).
- e) Неодружений(а).
- f) Офіційно не розлучений(а), проживаю зі співмешканцем.
- g) Офіційно не розлучений(а), проживаю один (з родичами).

7. Скільки дітей віком до 18 років проживають і користуються спільним бюджетом у Вашому домогосподарстві?:

- a) 0.
- b) 1.
- c) 2.
- d) 3.
- e) 4.
- f) 5 і більше.

8. Скільки разів на тиждень у Вас виникають розбіжності між членами родини (сварки)?:

- a) Живу в злагоді і сварок практично немає.
- b) Сварки бувають раз в тиждень.
- c) Сварки бувають кожен день.
- d) Сварки бувають раз в місяць.

9. Якщо у вас виникають конфлікти між членами родини, то з яких причин?:

- a) Матеріальні труднощі.
- b) Проблема «батьків і дітей».
- c) Відсутність розуміння один одного.
- d) Різні погляди на розподіл обов'язків щодо організації домашніх справ.
- e) Наявність шкідливих звичок у членів родини.

10. Вкажіть найвищий рівень освіти, який Ви отримали:

- a) Вища.
- b) Незакінчена вища.
- c) Середня спеціальна.
- d) Середня загальна.
- e) Неповна середня.
- f) Початкова.
- g) Маю вчений ступінь, наукове звання.

11. Який Ваш чистий середньомісячний дохід?:

- a) До 1000 грн.
- b) 1001–1500 грн.
- c) 1501–2000 грн.
- d) 2001–2500 грн.
- e) 2501–3000 грн.
- f) 3001–5000 грн.
- g) 5001–10000 грн.
- h) Більше 10000 грн.

12. Вкажіть, будь ласка, з яких джерел формується Ваш особистий дохід?:

- a) Заробітна плата за основним місцем роботи.
- b) Різні підробітки.
- c) Пільги.
- d) Пенсії.
- e) Соціальна державна допомога.
- f) Дохід з присадибної ділянки, або особистого селянського господарства.
- g) Допомога родичів, знайомих, друзів.
- h) Дохід від підприємництва.
- i) Акції (дивіденди).
- j) Прибуток власного підприємства.

13. За стандартами суспільства, в якому Ви живете, до якої категорії Ви можете себе віднести?:

- a) Дуже багатий(а).
- b) Заможний(а).
- c) Середній достаток.
- d) Небагатий(а).
- e) Бідний(а).
- f) Дуже бідний(а).

14. Якщо Ви маєте додаткову роботу (підробітки), то в який час Ви її виконуєте?:

- a) Під час відпустки.
- b) В нічний час.
- c) Під час основної роботи.
- d) Під час святкових і вихідних днів.

15. Понаднормована робота виконується Вами:

- a) Регулярно.
- b) Не регулярно.
- c) Залежно від виробничої необхідності.
- d) За власним бажанням.

16. Тривалість Вашого робочого тижня становить:

- a) Менше 20 годин.
- b) 21–39 годин.

- с) 40 годин.
- д) 41–48 годин.
- е) Більше 49 годин.

17. Яка тривалість Вашої робочої зміни (на добу)?:

- а) 4–6 годин.
- б) 6–8 годин.
- с) 8–10 годин.
- д) 10–12 годин.
- е) Більше 12 годин.
- ф) Графік ненормований.

18. Чи були Ви безробітними протягом останніх 12 місяців:

- а) Так, протягом всього періоду.
- б) Так, більшу частину періоду.
- с) Так, більше півроку.
- д) Так, менше півроку.
- е) Ні.

19. Якщо Ви були в стані безробіття, то скільки становила сума середньомісячної допомоги порівняно з Вашим попереднім середньомісячним доходом?:

- а) Майже весь заробіток.
- б) Більш ніж 50%.
- с) Приблизно 50%.
- д) Від 25 до 49%.
- е) Менш ніж 25%.

20. Якщо Ви опинялись в стані безробіття, то відразу?:

- а) Активно шукали нову роботу.
- б) Пасивно шукали роботу.
- с) Не шукав роботу, оскільки знаходився в стані стресу.
- д) Не шукав роботу, оскільки був запас заощаджень і була потреба в короткочасному відпочинку.

21. Загалом, наскільки Ви задоволені своєю роботою?:

- а) Дуже задоволений(а).
- б) Задоволений(а).
- с) Незадоволений(а).
- д) Дуже незадоволений(а).

22. Загалом, наскільки Ви задоволені рівнем заробітку чи доходу?:

- а) Дуже задоволений(а).
- б) Задоволений(а).
- с) Незадоволений(а).
- д) Дуже незадоволений(а).

23. Протягом останніх 12 місяців, чи були Ви відсутні на роботі більше ніж на один робочий день внаслідок?:

- а) Виробничої травми.
- б) Хвороби через роботу.
- с) Стресу через роботу.
- д) Будь-якого виду жорстокості на роботі чи насильства, зокрема сексуального.

24. Як Ви проводити свою відпустку?:

- a) Відпочиваємо на дачі (в селі).
- b) Відпочиваємо на території України.
- c) Відпочиваємо дома, нікуди не їздимо.
- d) Відпочиваємо за кордоном.
- e) Взагалі не відпочиваємо (не були у відпустках протягом останніх трьох років).
- f) Відпочивали по-іншому.

25. Можливість організації Вашого відпочинку може обмежитись внаслідок:

- a) Виробничої необхідності – «Завершення справ».
- b) Страху від втрати роботи.
- c) Дефіциту коштів.
- d) Відпустка роботодавцем не передбачена.

26. На Вашу думку, що може викликати стрес на робочому місці?:

- a) Фізичні навантаження, які викликають втому.
- b) Монотонна, рутинна робота.
- c) Інтелектуальні навантаження.
- d) Незручний час роботи.
- e) Перевищення тривалості робочої зміни.
- f) Нерегулярний графік роботи.
- g) Переслідування працівника (моббінг).
- h) Небезпечна та шкідлива робота.
- i) Слабкий соціальний захист.

27. Чи відчували Ви стрес від роботи?:

- a) Так.
- b) Ні.

28. Які шкідливі та небезпечні виробничі фактори на Вас впливають під час роботи?:

- a) Постійна робота на відкритому повітрі.
- b) Праця стоячи більше ніж 5 годин на добу.
- c) Часті відрядження.
- d) Рутинна (монотонна) робота.
- e) Дія вібрації.
- f) Важка робота (перенесення вантажів понад 10 кг).
- g) Хімічні шкідливі речовини.
- h) Підвищений рівень шуму.
- i) Низька температура.
- j) Висока температура.
- k) Низька або висока вологість повітря в приміщенні.
- l) Значні психоемоційні навантаження.
- m) Низька або висока освітленість робочого місця.
- n) Висока запиленість або загазованість робочого місця.
- o) Відсутність вентиляції.

29. Оцініть рівень небезпеки від шкідливих (небезпечних виробничих факторів), які присутні на Вашому робочому місці:

Оцінка небезпеки	Хімічні речовини	Механізми	Виробничі випромінювання	Температура	Шум	Вібрація	Загазованість	Підземні роботи	Монотонність	Емоційні навантаження
Безпечні										
Небезпечні										
Дуже небезпечні										
Ваша відповідь										

30. За яких умов Ви би погодились працювати в шкідливих (важких, небезпечних) умовах?:

- a) Можливість отримати квартиру.
- b) Можливість отримувати більшу заробітну плату.
- c) Можливість отримувати додатково пільги і компенсації.
- d) Можливість отримати підвищену пенсію.
- e) Можливість раніше вийти на пенсію.
- f) Можливість набуття відповідного досвіду роботи.
- g) Можливість отримання стажу.
- h) Ніколи не працював би в шкідливих умовах.
- i) Працював би, оскільки в разі відмови був би звільнений.
- j) Працював би, оскільки в разі втрати існуючої роботи, були б проблеми при знаходженні іншої роботи.
- k) Працював би, оскільки місце проживання знаходиться біля роботи.
- l) Працював би, оскільки знайомий з колективом, де налагодженні гарні стосунки.

31. Які соціальні пільги сплачує Ваше підприємство?:

- a) Оплата чергових відпусток.
- b) Оплата лікарняних листів.
- c) Оплата відпустки по вагітності, по догляду за дитиною.
- d) Повна або часткова оплата лікування в державних або комерційних медичних закладах.
- e) Оплата путівок в санаторії, дома відпочинку, турбази, дитячі бази відпочинку.
- f) Безкоштовне утримання дітей в дошкільних закладах.
- g) Безкоштовне або пільгове харчування.
- h) Дотації на проїзд співробітників. Оплата проїзних квитків.
- i) Надання кредитів для будівництва або ремонту житла.
- j) Оплата орендованого житла.

32. Яким є Ваше заняття (посада)?:

- a) Керівник (заступник керівника підприємства, установи).
- b) Керівник підрозділу підприємства, установи (відділу, цеху).
- c) Кваліфікований спеціаліст (посада, що потребує вищої освіти).
- d) Спеціаліст (посада, що потребує середньої спеціальної освіти).
- e) Службовець обслуговувального персоналу (друкарка, лаборант тощо).
- f) Кваліфікований робітник.
- g) Підсобний робітник.
- h) Робітник, зайнятий у сільському господарстві.
- i) Військовослужбовець.

33. Скільки професій, спеціальностей або кваліфікацій, підтверджених дипломом (чи іншим сертифікатами) Ви маєте на даний момент?:

- a) Не маю жодної.
- b) Одну.
- c) Дві.
- d) Три.
- e) Більше трьох.

34. Чи використовуєте Ви отриманні в навчальних закладах знання у Вашій роботі?:

- a) Використовую повністю.
- b) Використовую значною мірою.
- c) Мало використовую.
- d) Дуже мало використовую.
- e) Взагалі не використовую.

35. Який Ви маєте загальний трудовий стаж?:

- a) До 10 років.
- b) 11–20.
- c) 21–30.
- d) 31–40.
- e) Більше 40 років.

36. Протягом останніх 5 років скільки разів Ви змінювали основне місце роботи / прибуткове заняття?:

- a) Не змінював(ла).
- b) Один раз.
- c) Два рази.
- d) Більше ніж два рази.

37. За яким типом контракту Ви працюєте?:

- a) На основі усної домовленості (без встановленого строку).
- b) Періодичний, день від дня; випадковий.
- c) Тимчасовий (менше ніж 3 місяці).
- d) Із встановленим строком (3–11 місяців).
- e) Із встановленим строком (12 місяців).
- f) Із встановленим строком (більше 12 місяців).
- g) Постійний.
- h) Самозайнятий(а).

38. Наскільки Ви впевнені в тому, що не втратите теперішню роботу чи прибуткове заняття у найближчі 12 місяців?:

- a) Дуже впевнений(а).
- b) Достатньо впевнений(а).
- c) Не впевнений(а).
- d) Можливо, втрачу роботу.
- e) Очікую, що втрачу роботу.
- f) Не знаю.

39. Загалом, наскільки Ви задоволені чи незадоволені характером роботи, яку Ви виконуєте?:

- a) Дуже задоволений(а).
- b) Задоволений(а).
- c) Незадоволений(а).
- d) Дуже незадоволений(а).

40. Протягом останніх 12 місяців, чи були Ви відсутні на роботі більше 1 тижня з причини травми, хвороби або стресу, пов'язаних з умовами праці?:

- a) Так.
- b) Ні.

41. Чи відчували Ви жорстокість чи насильство на роботі?:

- a) Грубість, яка викликала емоційне або психологічне страждання.
- b) Фізичний тиск.
- c) Тиск з боку керівництва.
- d) Крадіжка.

42. Одні люди стежать за своїм здоров'ям, ставляться до нього уважно, інші – ні. До якої категорії людей Ви себе відносите?:

- a) Уважно ставлюсь до свого здоров'я, проходжу медичні огляди.
- b) Звертаюсь до лікаря тільки у разі гострої необхідності.
- c) Ніколи не звертаюсь до лікаря.

43. Як Ви оцінюєте стан свого здоров'я?:

- a) Дуже поганий.
- b) Поганий.
- c) Задовільний.
- d) Хороший.
- e) Відмінний.

44. Як Ви оцінюєте свій стан здоров'я за стобальною шкалою?:

- a) 10 балів.
- b) 20 балів.
- c) 30 балів.
- d) 40 балів.
- e) 50 балів.
- f) 60 балів.
- g) 70 балів.
- h) 80 балів.
- i) 90 балів.
- j) 100 балів.

45. Чи хворієте Ви такими хворобами?:

- a) Хронічна хвороба, яка потребує постійного медичного обслуговування.
- b) Хронічна хвороба, яка не потребує постійного медичного обслуговування.
- c) Часті простудні, вірусні, інфекційні захворювання.
- d) Іноді хворію на простудні, вірусні, інфекційні захворювання.
- e) Майже не хворію.

46. Скільки часу Ви витрачаєте на сон (на добу)?:

- a) Менше 6 годин.
- b) 6–8 годин.
- c) 9–10 годин.
- d) Більше 11 годин.

47. Чи займаєтесь Ви фізичною культурою та спортом?:

- a) Так.
- b) Так, до 30 хвилин на добу.
- c) Так, до 60 хвилин на добу.
- d) Так, займаюсь професійно.
- e) Ні, взагалі не займаюсь.

48. Які шкідливі звички Ви маєте?:

- a) Споживаю алкогольні напої раз в місяць.
- b) Споживаю алкогольні напої раз в тиждень.
- c) Споживаю алкогольні напої декілька раз в тиждень.
- d) Споживаю алкогольні напої щоденно.
- e) Палю цигарки до 10 штук в день.
- f) Палю цигарки до 20 штук в день.
- g) Палю цигарки більше 20 штук в день.
- h) Споживаю наркотичні речовини раз в тиждень.
- i) Споживаю наркотичні речовини більше одного разу на тиждень.
- j) Споживаю наркотичні речовини раз в місяць.
- k) Маю надмірну вагу тіла, яка перевищує норму на 3 кг.
- l) Маю надмірну вагу тіла, яка перевищує норму на 5 кг.
- m) Маю надмірну вагу тіла, яка перевищує норму на 10 кг.
- n) Маю надмірну вагу тіла, яка перевищує норму більш ніж на 10 кг.
- o) Відсутні шкідливі звички взагалі.

49. Який у Вас стаж куріння цигарок?:

- a) До 1 року.
- b) 1–3 роки.
- c) 4–5 років.
- d) 6–8 років.
- e) 9–10 років.
- f) Більше 10 років.

50. За останні 12 місяців Ваш стан здоров'я:

- a) Покращився.
- b) Не змінився.
- c) Погіршився.

51. Як Ви ставитесь до релігії?:

- a) Позитивно.
- b) Негативно.
- c) Нейтрально.

52. Протягом якого терміну останнім часом Ви звертались в лікарню?:

- a) Протягом останніх 30 днів.
- b) Протягом останніх 60 днів.
- c) Протягом останніх 100 днів.
- d) Протягом останніх 180 днів.

53. Чи задоволені Ви своїм життям?:

- a) Зовсім незадоволений(а).
- b) Скоріше незадоволений(а).
- c) Важко відповісти.
- d) Скоріше задоволений(а).
- e) Повністю задоволений(а).

54. Чого в теперішній час у Вашому житті не вистачає?:

- a) Уміння жити в нових суспільних умовах.
- b) Здоров'я.
- c) Роботи, що підходить.
- d) Необхідної медичної допомоги.
- e) Можливості підробляти.
- f) Можливості придбання найнеобхідніших продуктів.
- g) Дотримання в країні прав людини.

55. Які, на Вашу думку, причини можуть викликати протестну поведінку робітників Вашого підприємства? (Відмітити найбільш вагомі):

- a) Несправедлива оцінка оплати праці (розподіл доходу).
- b) Заборгованість і несвоєчасна виплата зарплати.
- c) Велика різниця в оплаті праці робітників і керівництва підприємства.
- d) Довготривалі безоплатні відпустки або їх загроза з ініціативи адміністрації.
- e) Загроза звільнення, страх втратити роботу.
- f) Невиконання положень колективного договору.
- g) Заборгованість і несвоєчасність виплата відшкодування шкоди постраждалим на виробництві.
- h) Несприятливі умови та охорона праці.
- i) Відсутність пільг і компенсацій при звільненні у разі закриття підприємства.
- j) Низька поінформованість про стан справ на підприємстві.
- k) Низький рівень участі робітників в управлінні виробництвом.
- l) Наявність родинних зв'язків на різних рівнях управління підприємством.

56. Чи задоволені Ви?:

- a) Життям в цілому.
- b) Роботою в цілому.
- c) Умовами праці.
- d) Оплатою праці.
- e) Можливістю професійного зростання.

57. Чи змінювали Ви свою роботу порівняно з попереднім роком?:

- a) Місце роботи і професія залишились попередніми.
- b) Змінили професію, але не змінили місце роботи.
- c) Змінили місце роботи, але не змінили професію.
- d) Змінили і місце роботи і професію.

58. Якщо у Вас виникали проблеми зі здоров'ям, то куди Ви звертались?:

- a) В державні або комунальні заклади охорони здоров'я.
- b) В комерційні заклади охорони здоров'я.
- c) Звертались до знайомого лікаря в медичні заклади незалежно від форм власності.
- d) Звертались до лікаря в медичні заклади незалежно від форм власності, якого рекомендували родичі, сусіди, знайомі.
- e) Звертався до знахарів, екстрасенсів.
- f) Нікуди не звертались, а зразу займались самолікуванням.

59. Що Вас має підштовхнути звернутись до медичного закладу?:

- a) Коли у Вас з'явилися легкі прояви нездужання.
- b) Коли у Вас висока температура при відсутності інших ознак.
- c) Коли Ви точно впевнені, що потрібно звертатись до лікаря.
- d) Тільки при наявності важкого хворобливого стану при неможливості фізичного пересування.
- e) Ніколи, і ні за яких обставин не звернувся би до лікаря.

60. Протягом минулого року скільки разів Ви звертались до лікаря?:

- a) Декілька раз в місяць.
- b) Один раз в місяць.
- c) 2–3 рази протягом року.
- d) Один раз протягом року.
- e) Рідше одного разу в два роки.

61. Як Ви вважаєте, які причини відмови від звертання до лікаря під час хвороби:

- a) Коли не потрібний лікарняний лист.
- b) Коли впевнений, що можна перенести хворобу «на ногах».
- c) Дефіцит часу.
- d) Впевнені, що все пройде само.
- e) Звикли лікуватись самостійно.
- f) Вважаєте, що хвороба не несе безпосередньої небезпеки.
- g) Висока завантаженість на роботі.
- h) Висока завантаженість в родині.
- i) Відсутність коштів на лікування.
- j) Впевнений, що медична допомога ніякої користі не принесе.

62. Чи проходити Ви добровільні щорічні медичні профілактичні огляди?:

- a) Так.
- b) Ні.

*Продовження додатка Д***63. Як Ви вважаєте, що перешкоджає проходженню Вами добровільних щорічних профілактичних медичних оглядів?:**

- a) Дефіцит часу внаслідок завантаженості роботою на виробництві чи в побуті.
- b) Відсутність безкоштовної медичної діагностики.
- c) Вартість медичної діагностики досить висока.
- d) Величезні черги в діагностичних медичних кабінетах.
- e) Низька якість проведення медичної діагностики.

64. Скільки робочих днів протягом останнього року Ви пропустили через хворобу?:

- a) 1 день.
- b) 2–3 дні.
- c) 4–7 днів.
- d) 8–10 днів.
- e) Більше 10 днів.
- f) Взагалі не пропускав.

65. Якщо у Вас була легка недуга, то які причини спонукали Вас виходити на роботу?:

- a) Не хочу пропускати роботу, звичка.
- b) При пропуску робочих днів, втрачаю заробіток.
- c) Пропуски через хворобу не влаштовують адміністрацію підприємства.
- d) Боюсь втратити роботу.
- e) Не дозволяє суміщення посади.
- f) Робота нелегальна і відсутність на роботі не влаштує роботодавця.
- g) Продовжувати роботу зобов'язують терміни виконання замовлення при одноразовому виконанні робіт.
- h) Займаю адміністративну посаду і відповідаю за організацію робіт.
- i) Мене нема ким замінити, оскільки існує дефіцит кадрів на підприємстві.
- j) Створені умови праці, які дозволяють перебувати на робочому місці в хворобливому стані, «кабінетна робота».

66. Як Ви вважаєте, якщо введуть загальнообов'язкове державне медичне страхування, то скільки Ви на нього готові відраховувати із вашої заробітної плати?:

- a) 1–2%.
- b) 3–4%.
- c) 5–6%.
- d) 7–9%.
- e) 10–12%.
- f) Більше 13%.

67. Яка Ваша поведінка при необхідності придбання медикаментів та лікарських засобів?:

- a) Купував(ла) медикаменти, виписані або рекомендовані лікарем медичного закладу.
- b) Купував(ла) медикаменти, які рекомендували працівники аптеки.
- c) Купував(ла) медикаменти, які рекомендували співробітники, друзі, знайомі, сусіди тощо.
- d) Не купував(ла), оскільки не було коштів.
- e) Не купував(ла), оскільки не було часу.

Продовження додатка Д

- f) Купував(ла) лише медикаменти вітчизняного виробництва.
- g) Купував(ла) лише медикаменти іноземного виробництва.
- h) Придбавав(ла) медикаменти (лікарські засоби) за пільгових умов.
- i) Отримував(ла) медикаменти безкоштовно.

68. Ваші дії у випадку необхідності проведення платної медичної операції:

- a) Самостійно оплатив би медичну операцію.
- b) Звернувся(лась) би за допомогою до родичів.
- c) Звернувся(лась) би за допомогою до співробітників, друзів, знайомих.
- d) Взяв(ла) би кредит в фінансовій установі.
- e) Звернувся(лась) би за допомогою в державні організації (установи).
- f) Звернувся(лась) би за допомогою в громадські організації або благодійні фонди.
- g) Навіть не уявляю, що би я став(ла) робити.

69. Перебуваючи на лікуванні в лікарні державної (колективної) форми власності за необхідності отримати лікарські засоби та медикаменти, що Ви робили?:

- a) Отримували їх безкоштовно.
- b) Частково отримували безкоштовно, частково оплачували за свій рахунок.
- c) Всі медикаменти та медичні засоби оплачували власним коштом.
- d) Оплачували офіційно в касу лікарні або в аптеку, яка знаходиться при лікарні.
- e) Платили безпосередньо лікарям або медичному персоналу лікарні.
- f) Під час лікування добровільно мотивували лікарів коштами або подарунками.

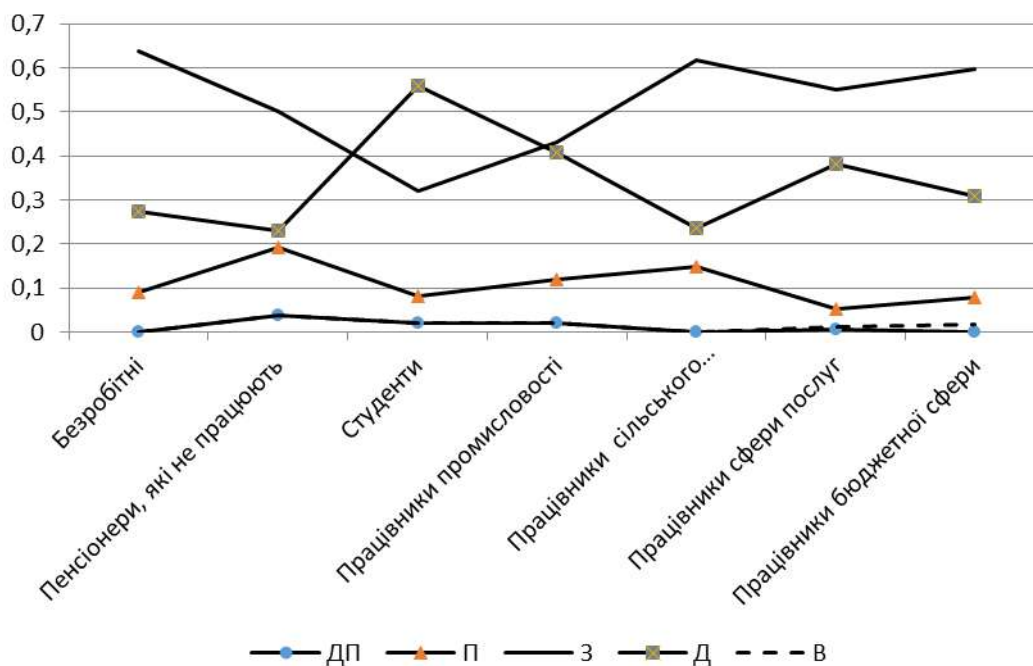
70. Чи вдалося Вам реалізувати себе в сьогоденні житті?:

- a) Так, повністю вдалось.
- b) Так, частково.
- c) Ні, не вдалося.

Дякуємо за інтерв'ю!

Додаток Е

Самооцінювання здоров'я респондентами

Рис. Е.1. Відмінності самооцінки здоров'я зайнятих громадян від віку^{*1}

Примітка. 1 – результати, наведені на рисунку Е.1, розраховувались як кількість респондентів, які оцінили своє здоров'я відповідними термами («Дуже погане» (ДП), «Погане» (П), «Задовільне» (З), «Добре» (Д), «Відмінне» (В), до загальної кількості респондентів в даній віковій групі, які дали відповіді на поставлені запитання. При оцінюванні відповідного впливу був використаний метод суб'єктивної оцінки здоров'я респондентів за самооцінкою Дані в додатку Е ґрунтуються на соціологічному опитуванні респондентів Вінницької області в 2014 році.

Джерело складено автором за результатами опитування.

Таблиця Е.1

Відмінності самооцінки здоров'я зайнятих громадян залежно від статусу населеного пункту^{*1}

Населений пункт	Характеристика стану здоров'я				
	ДП	П	З	Д	В
Міська місцевість	0,0097	0,0754	0,5133	0,3868	0,0145
Сільська місцевість	0,0079	0,1269	0,4761	0,3650	0,0238

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Таблиця Е.2

Відмінності самооцінки здоров'я зайнятих громадян від статі^{*1}

Стать	Характеристика стану здоров'я				
	ДП	П	З	Д	В
Чоловіча	0,0087	0,0789	0,4692	0,4254	0,0175
Жіноча	0,0097	0,0938	0,5307	0,3495	0,0161

Джерело: складено автором за результатами опитування.

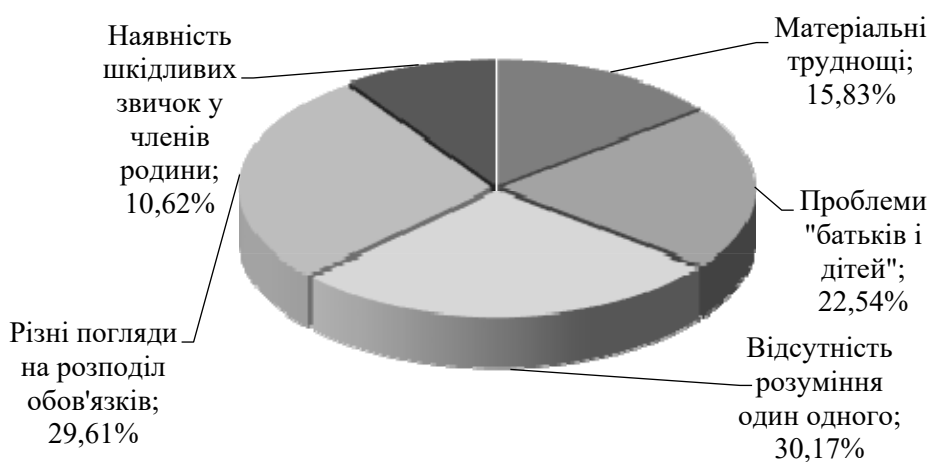
Продовження додатка Е

Таблиця Е.3

Відмінності самооцінки здоров'я зайнятих громадян від сімейного статусу^{*1}

Сімейний статус	Характеристика стану здоров'я				
	ДП	П	З	Д	В
Одружений	0,0029	0,0895	0,5880	0,2955	0,0238
Незареєстрований шлюб	0,0416	0,0833	0,7083	0,1666	-
Вдівець	0,1578	0,2631	0,3684	0,2105	-
Розлучений	—	0,1379	0,5172	0,3448	-
Неодружений	—	0,0480	0,2480	0,6960	0,0080
Офіційно не розлучений і проживаю зі співмешканцем	—		—	—	—
Офіційно не розлучений і проживаю один (з родичами)	—	—	1	—	—

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Рис. Е.2. Причини конфліктів в родинях респондентів^{*1}

Джерело: складено автором за результатами опитування.

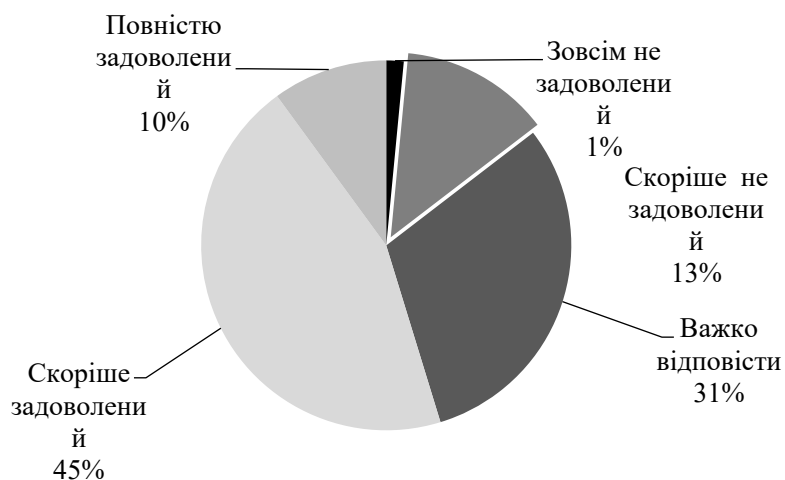
Таблиця Е.4

Відмінності самооцінки здоров'я зайнятих громадян від сімейних конфліктів^{*1}

Показники	Характеристика стану здоров'я				
	ДП	П	З	Д	В
Живу в злагоді і сварок практично немає	0,0043	0,0698	0,4803	0,4192	0,0262
Сварки бувають раз в тиждень	0,0129	0,0838	0,6129	0,2838	0,0064
Сварки бувають кожен день	0,0256	0,1282	0,4615	0,3589	0,0256
Сварки бувають раз в місяць	0,0087	0,1140	0,4210	0,4473	0,0087

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Продовження додатка Е

Рис. Е.3. Рівень задоволеності респондентами власним життям^{*1}

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Таблиця Е.5

Потреби респондентів в житті^{*1}

Показники	Кількість відповідей	%
Уміння жити в нових суспільних умовах	91	16,95
Здоров'я	186	34,64
Підходяща роботи	163	30,36
Необхідна медична допомога	55	10,25
Можливість підробляти	57	10,62
Можливість придбати найнеобхідніші продукти	21	3,91
Дотримання в країні прав людини	147	27,38

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Таблиця Е.6

Рівень задоволеності респондентів окремими аспектами життя^{*1}

Показники	Кількість відповідей	%
Життям в цілому	330	61,45
Роботою в цілому	125	23,28
Умовами праці	84	15,64
Оплатою праці	41	7,64
Можливістю професійного зростання	42	7,82

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Продовження додатка Е

Таблиця Е.7

Рівень реалізації себе в житті^{*1}

Показники	Кількість відповідей	%
Так, повністю вдалось	66	12,29
Так, частково	399	74,30
Ні, не вдалось	72	13,41

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Таблиця Е.8

Наявність у зайнятого населення шкідливих звичок^{*1}

Шкідливі звички	Питома вага відповідей, %
Споживаю алкогольні напої раз в місяць	28,31
Споживаю алкогольні напої раз в тиждень	10,99
Споживаю алкогольні напої декілька разів в тиждень	2,61
Споживаю алкогольні напої щоденно	0,38
Палю цигарки до 10 штук в день	12,48
Палю цигарки до 20 штук в день	5,22
Палю цигарки більше 20 штук в день	1,12
Споживаю наркотичні речовини раз в тиждень	0,38
Споживаю наркотичні речовини більше одного разу на тиждень	2,42
Споживаю наркотичні речовини раз в місяць	—
Маю надмірну вагу тіла, яка перевищує норму на 3 кг	5,59
Маю надмірну вагу тіла, яка перевищує норму на 5 кг	5,22
Маю надмірну вагу тіла, яка перевищує норму на 10 кг	7,83
Маю надмірну вагу тіла, яка перевищує норму більше ніж на 10 кг	5,78
Відсутні шкідливі звички взагалі	29,80

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Таблиця Е.9

Самооцінка здоров'я зайнятих громадян залежно від тривалості сну^{*1}

Показники	Характеристика стану здоров'я				
	ДП	П	З	Д	В
Менше 6 годин	0,0289	0,2318	0,5217	0,2173	—
6–8 годин	0,0049	0,0671	0,5323	0,3880	0,0074
9–10 годин	—	0,0535	0,3750	0,5000	0,0714
Більше 11 годин	0,1000	0,1000	—	0,6000	0,2000

Джерело: складено автором за результатами опитування.

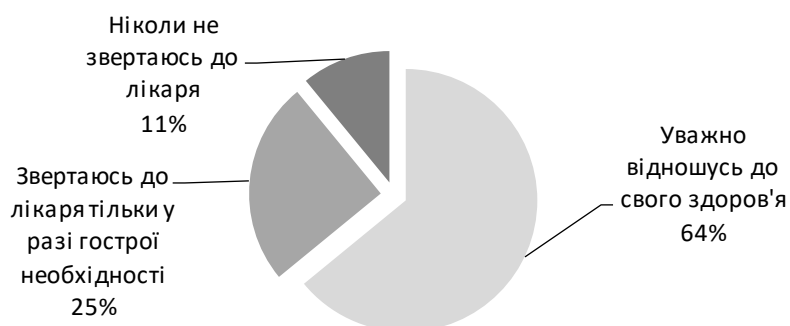
Продовження додатка Е

Таблиця Е.10

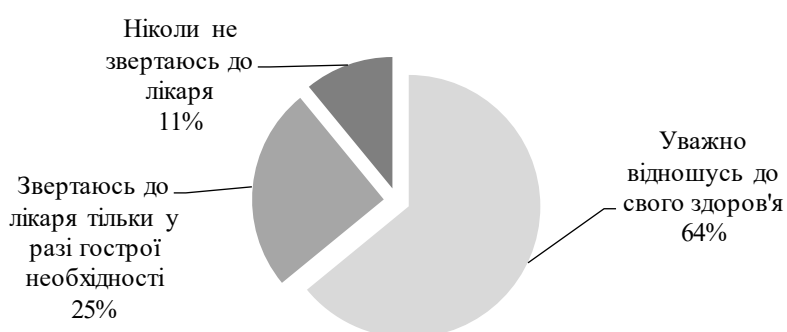
Вплив фізичної активності на здоров'я респондентів^{*1}

Показники	Характеристика стану здоров'я				
	ДП	П	З	Д	В
Так, займаюсь фізичною культурою та спортом	0,0259	0,0844	0,4480	0,4415	–
Так, до 30 хв на добу	–	0,0493	0,5679	0,3827	–
Так, до 60 хв на добу	–	–	0,4736	0,4736	0,0526
Так, займаюсь професійно	–	–	0,4000	0,5333	0,0666
Ні, взагалі не займаюсь	0,0040	0,1204	0,5301	0,3212	0,0240

Джерело: складено автором за результатами опитування.

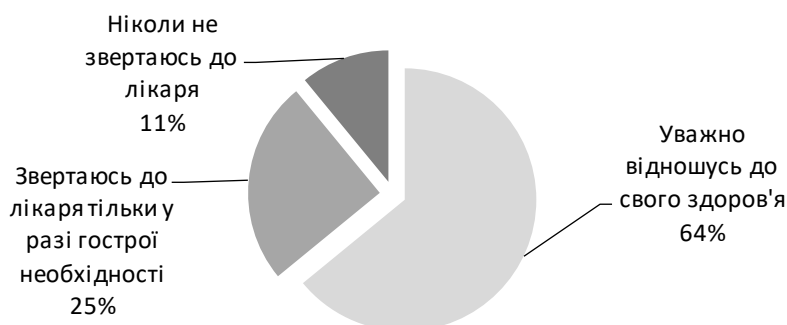
Рис. Е.4. Ставлення громадян до свого здоров'я^{*1}

Джерело: складено автором за результатами опитування.

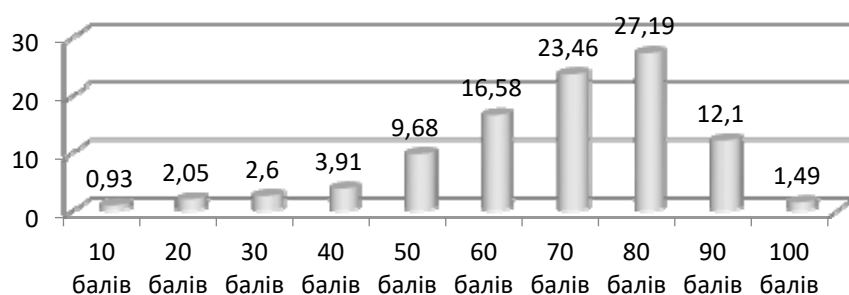
Рис. Е.5. Ставлення громадян до свого здоров'я^{*1}

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Продовження додатка Е

Рис. Е.6. Ставлення громадян до свого здоров'я^{*1}

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Рис. Е.7. Самооцінка стану здоров'я за 100-бальною шкалою, %^{*1}

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Рис. Е.8. Опитування респондентів щодо наявності протягом останніх дванадцяти місяців захворювань^{*1}

Джерело: складено автором за результатами опитування.

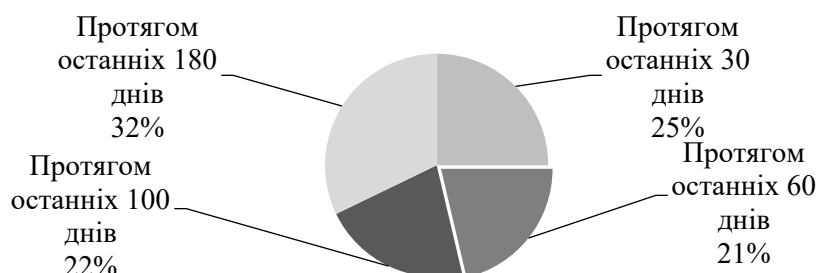


Рис. Е.9. Оцінювання звернень зайнятого населення до медичних установ*¹
Джерело: складено автором за результатами опитування.

Таблиця Е.11

Частота звернень респондентів до лікаря*¹

Показники	Кількість відповідей	%
Декілька разів на місяць	26	4,84
Один раз на місяць	57	10,61
2–3 рази протягом року	236	43,95
Один раз протягом року	130	24,21
Рідше одного разу на рік	88	16,39

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Таблиця Е.12

Звернення громадян при виникненні проблем із здоров'ям*¹

Показники	Кількість відповідей	%
В державні або комунальні заклади охорони здоров'я	343	63,87
В комерційні заклади охорони здоров'я	72	13,40
Звертались до знайомого лікаря в медичні заклади незалежно від форм власності	119	22,16
Звертались до лікаря в медичні заклади незалежно від форм власності, але до того, якого рекомендували родичі, сусіди, знайомі	56	10,43
Звертався до знахарів, екстрасенсів	6	1,12
Нікуди не звертались, а зразу займались самолікуванням	51	9,50

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Таблиця Е.13

Мотиви звернення респондентів в медичні заклади^{*1}

Показники	Кількість відповідей	%
Коли у Вас з'явилися прояви нездужання	51	9,50
Коли у Вас висока температура при відсутності інших ознак	73	13,59
Коли Ви точно впевнені, що потрібно звертатись до лікаря	351	65,36
Тільки при наявності важкого хворобливого стану, при неможливості фізичного пересування	75	13,97
Ніколи і ні за яких обставин не звернувся би до лікаря	4	0,75

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Таблиця Е.14

Мотиви відмови від звертання до лікарів^{*1}

Показники	Кількість відповідей	%
Коли не потрібний лікарняний лист	62	11,55
Коли впевнений, що можна перенести хворобу «на ногах»	185	34,45
Дефіцит часу	153	28,49
Впевнені, що все пройде само	143	26,63
Звикли лікуватись самостійно	209	38,92
Вважають, що хвороба не несе безпосередньої небезпеки	115	21,42
Висока завантаженість на роботі	40	7,45
Висока завантаженість в родині	20	3,72
Відсутність коштів на лікування	72	13,41
Впевнений, що медична допомога ніякої користі не принесе	59	10,99

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Таблиця Е.15

Частота пропусків робочих днів в зв'язку з хворобою^{*1}

Показники	Кількість відповідей	%
1 день	26	4,84
2–3 дні	96	17,88
4–7 днів	111	20,67
8–10 днів	75	13,97
Більше 10 днів	80	14,89
Взагалі не пропускав	149	27,75

Джерело: складено автором за результатами опитування.

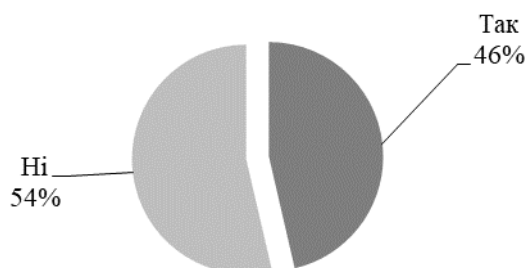


Рис. Е.10. Проходження респондентами добровільних профілактичних медичних оглядів^{*1}

Джерело: складено автором за результатами опитування.

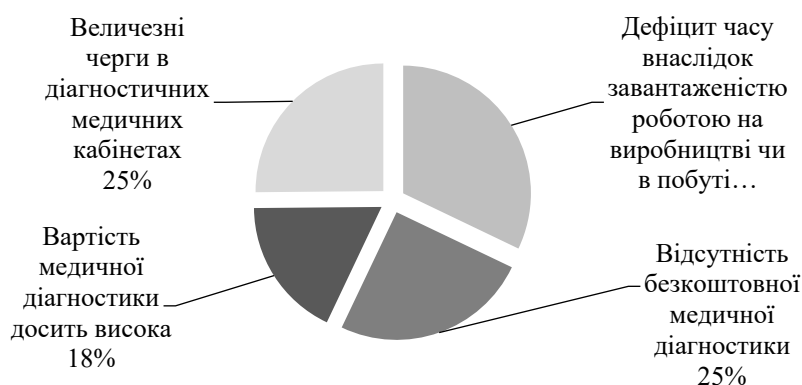


Рис. Е.11. Причини перешкоджання проходження респондентами добровільних профілактичних медичних оглядів^{*1}

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Таблиця Е.16

Поведінка при лікуванні в медичних закладах та за необхідності отримання лікарських засобів і медикаментів^{*1}

Показники	Кількість відповідей	%
Отримували їх безкоштовно	35	6,52
Частково отримували безкоштовно, частково оплачували за свій рахунок	86	16,01
Всі медикаменти та медичні засоби оплачували власним коштом	257	47,86
Оплачували офіційно в касу лікарні або в аптеку, яка знаходиться при лікарні	61	11,35
Платили безпосередньо лікарям або медичному персоналу лікарні	56	10,43
Під час лікування добровільно мотивували лікарів коштами або подарунками	44	8,19

Джерело: складено автором за результатами опитування.

Таблиця Е.17

Поведінка респондентів при необхідності придбання медикаментів та лікарських засобів^{*1}

Показники	Кількість відповідей	%
Купував(ла) медикаменти, виписані або рекомендовані лікарем медичного закладу	391	72,81
Купував(ла) медикаменти, які рекомендували працівники аптеки	154	28,68
Купував(ла) медикаменти, які рекомендували співробітники, друзі, знайомі, сусіди тощо	147	27,37
Не купував(ла), оскільки не було коштів	12	2,23
Не купував(ла), оскільки не було часу	14	2,60
Купував(ла) лише медикаменти вітчизняного виробництва	15	2,79
Купував(ла) лише медикаменти іноземного виробництва	22	4,09
Придбавав(ла) медикаменти (лікарські засоби) на пільгових умовах	11	2,05
Отримував(ла) медикаменти безкоштовно	16	2,98

Джерело: складено автором за результатами опитування.

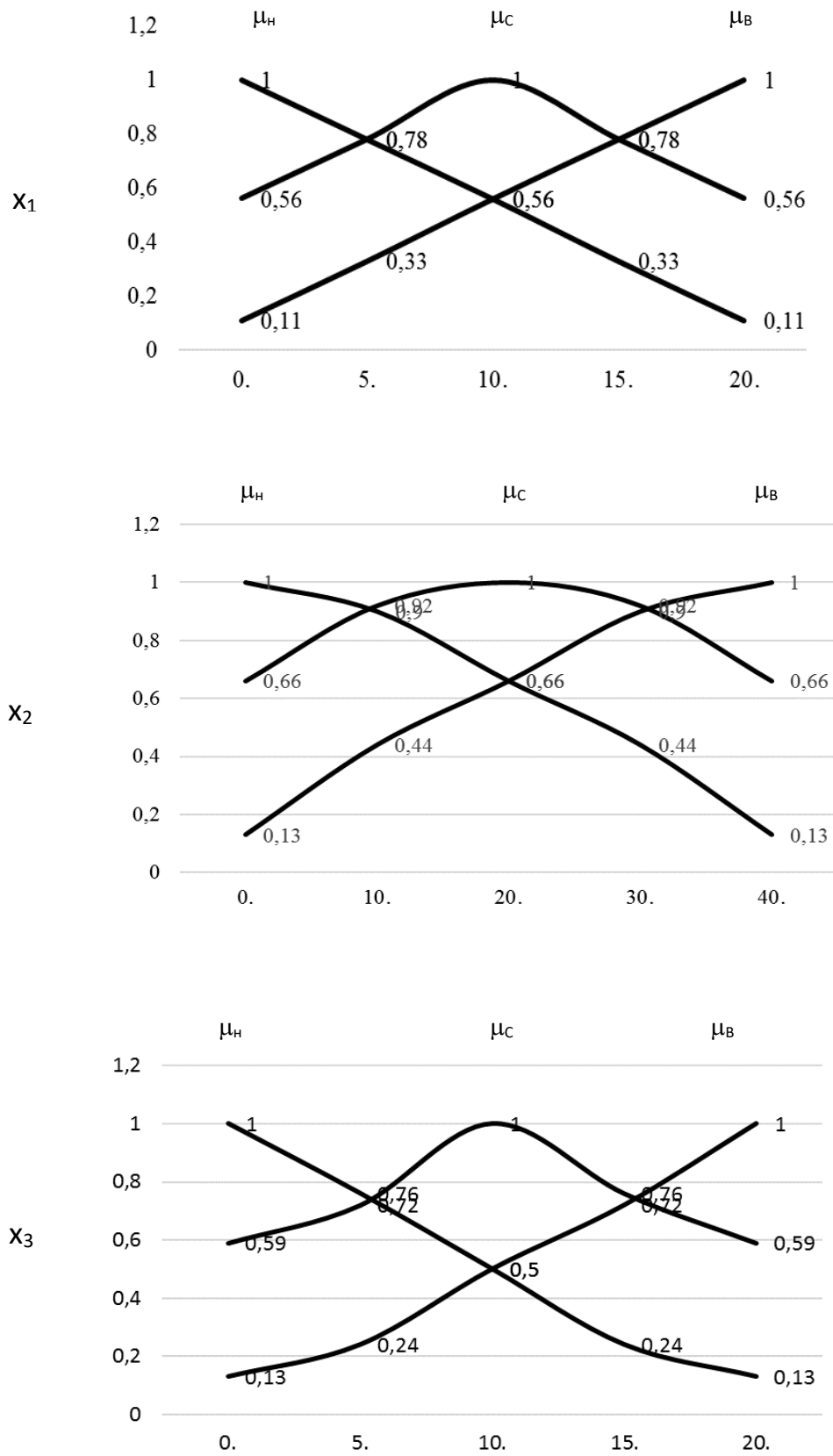
Таблиця Е.18

Поведінка респондентів при необхідності проведення платної медичної операції^{*1}

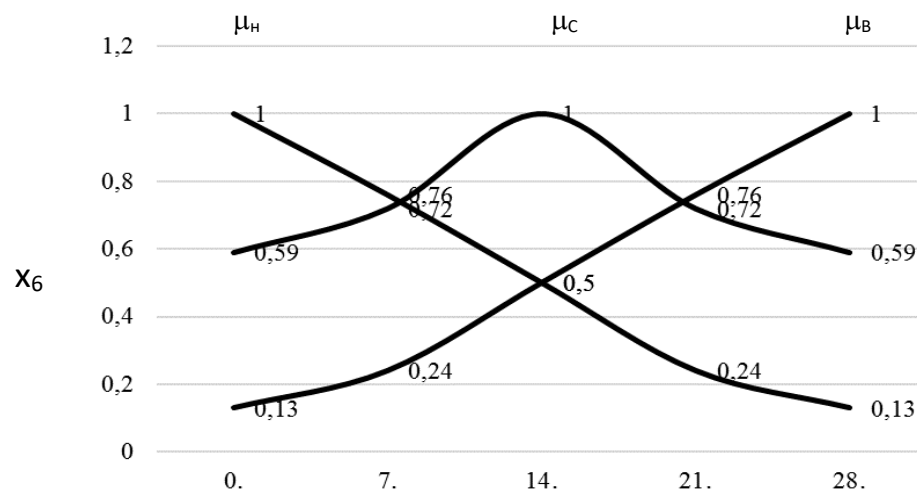
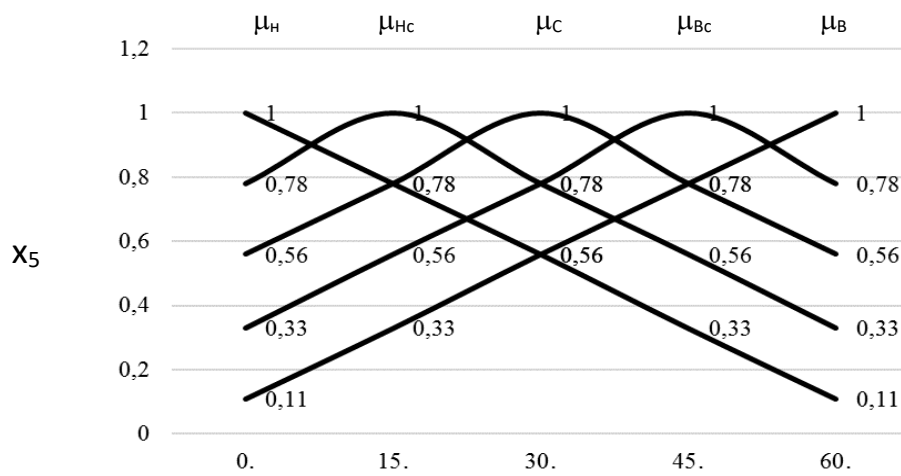
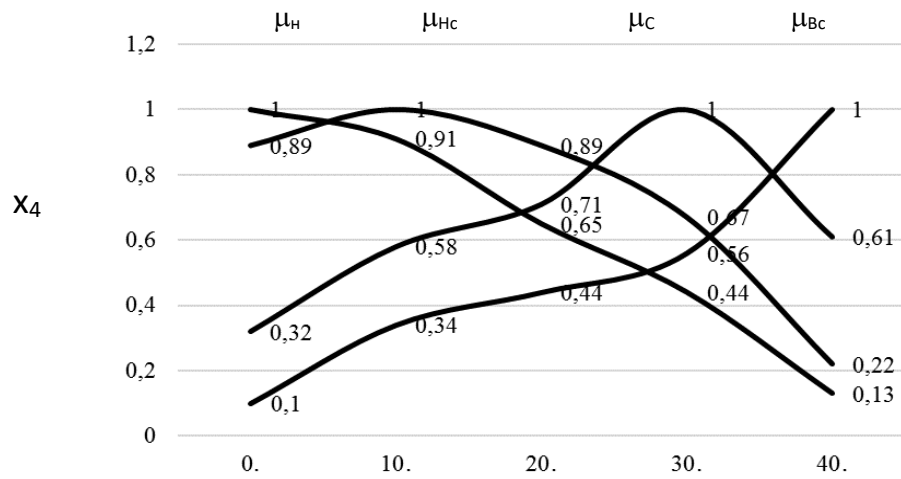
Показники	Кількість відповідей	%
Самостійно оплатив би медичну операцію	199	37,06
Звернувся(лась) би за допомогою до родичів	153	28,49
Звернувся(лась) би за допомогою до співробітників, друзів, знайомих	90	16,76
Взяв(ла) б кредит в фінансовій установі	31	5,77
Звернувся(лась) би за допомогою в державні організації (установи)	23	4,28
Звернувся(лась) би за допомогою в громадські організації або благодійні фонди	19	3,54
Навіть не уявляю, що би я став(ла) робити	89	16,57

Джерело: складено автором за результатами опитування.

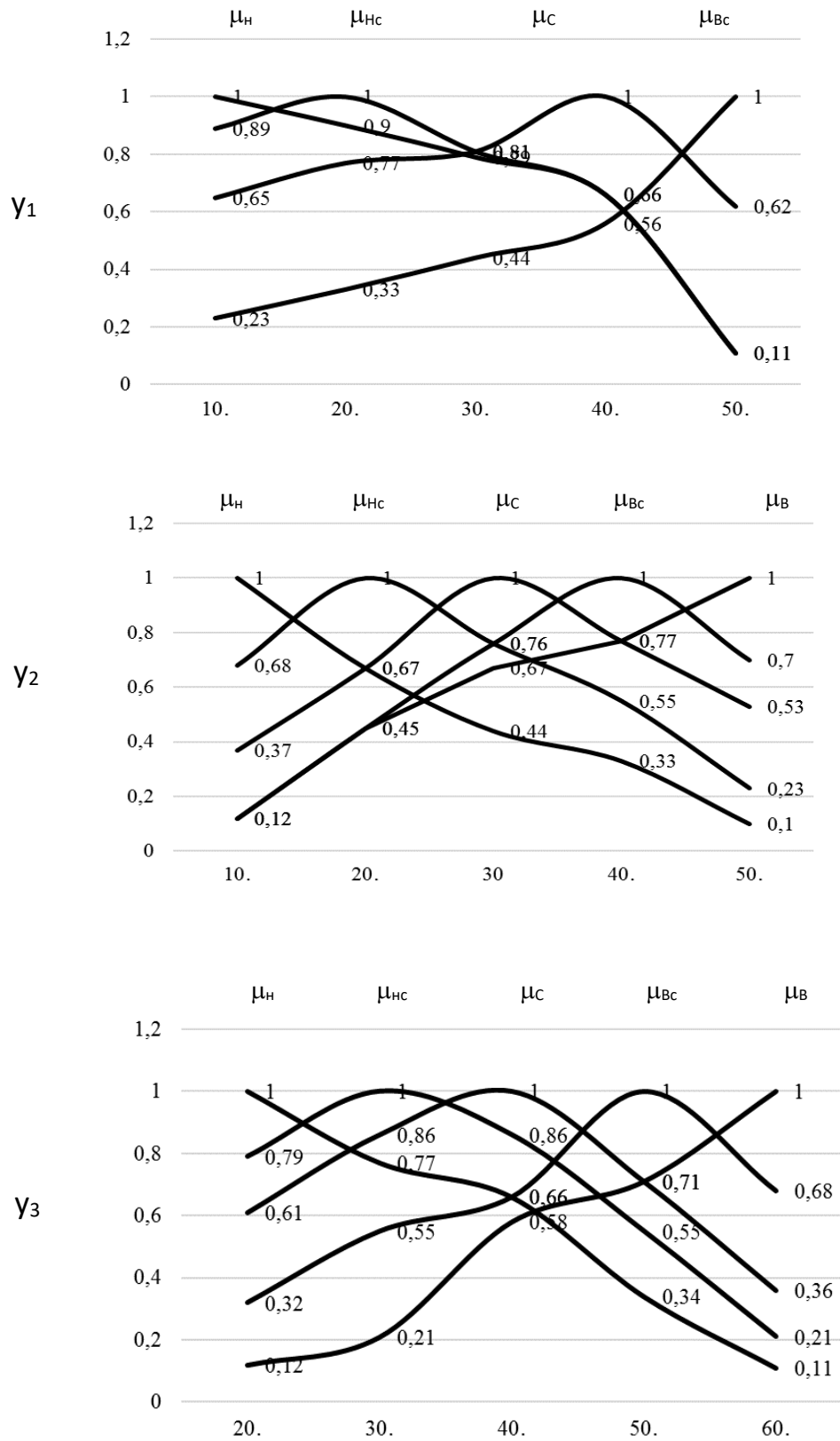
Додаток Ж Функції належності



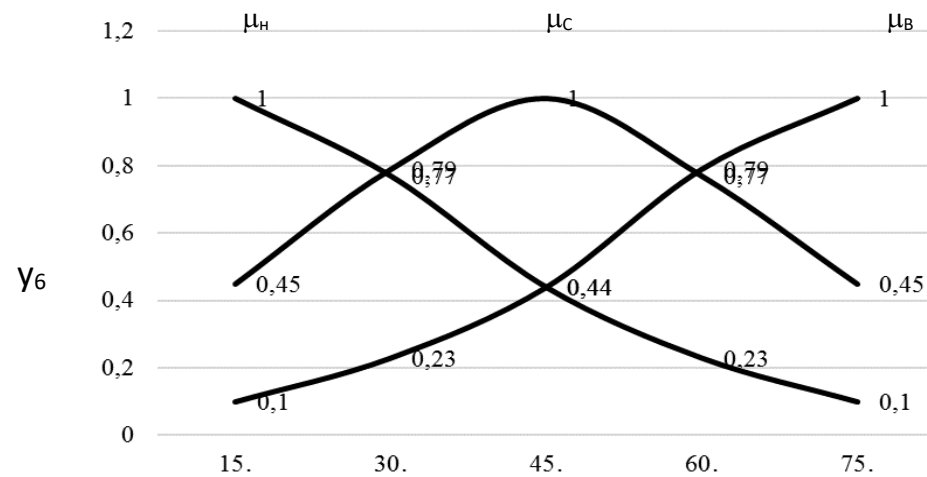
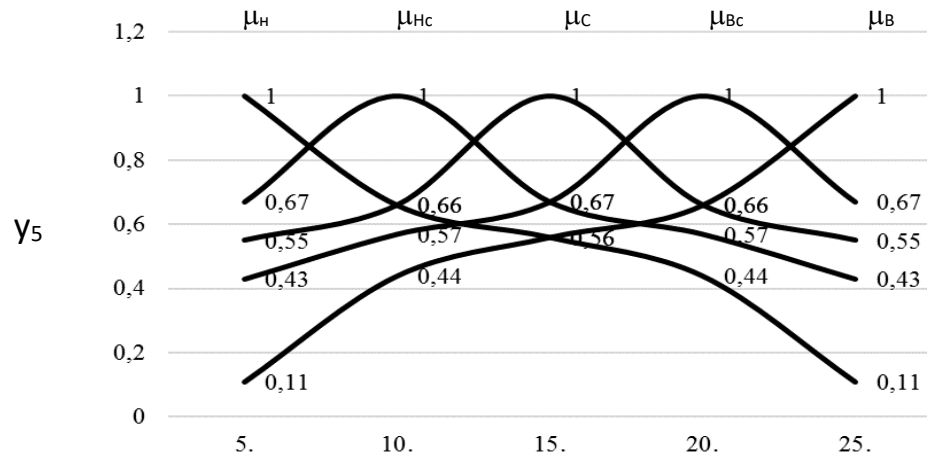
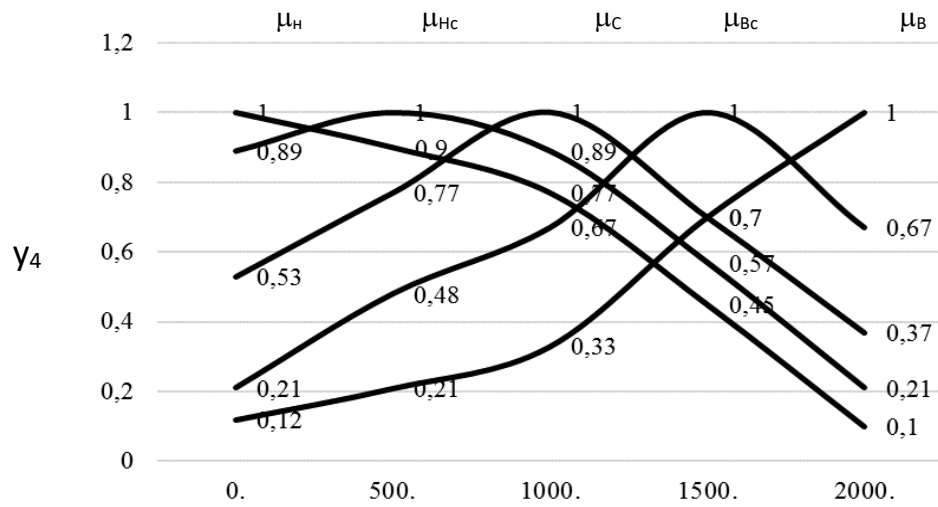
Продовження додатка Ж

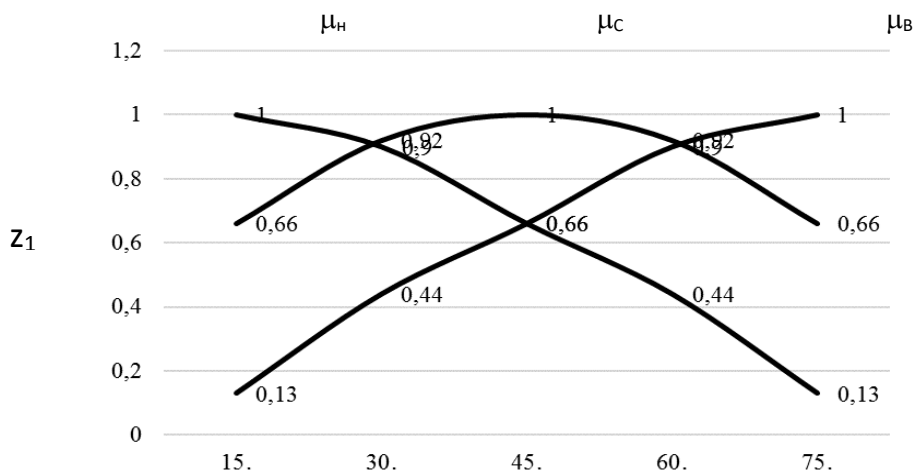
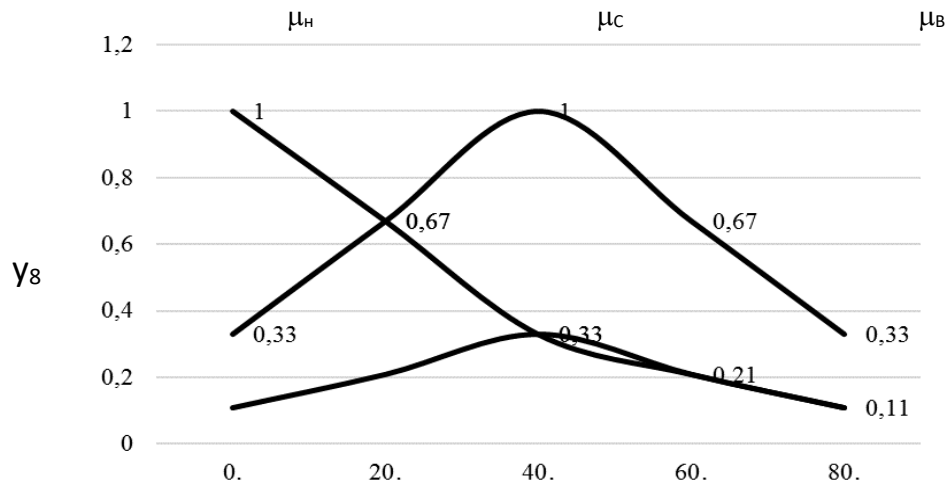
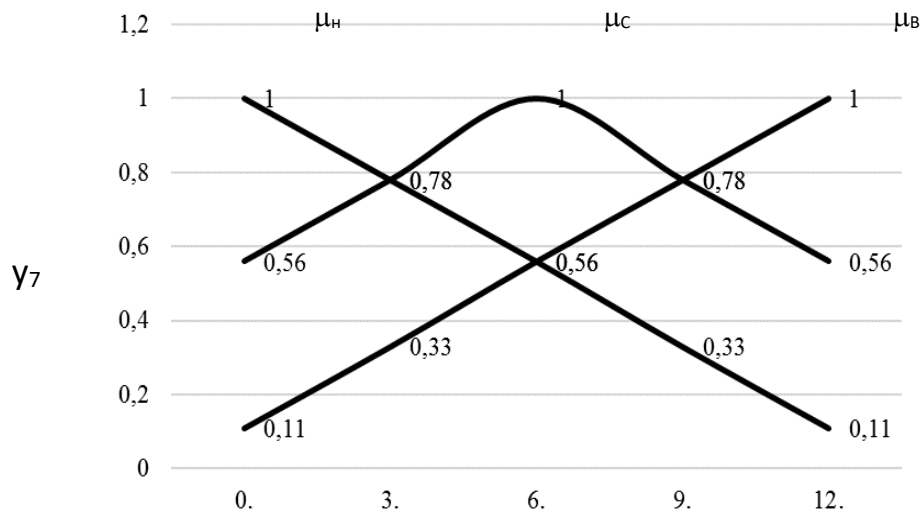


Продовження додатка Ж



Продовження додатка Ж





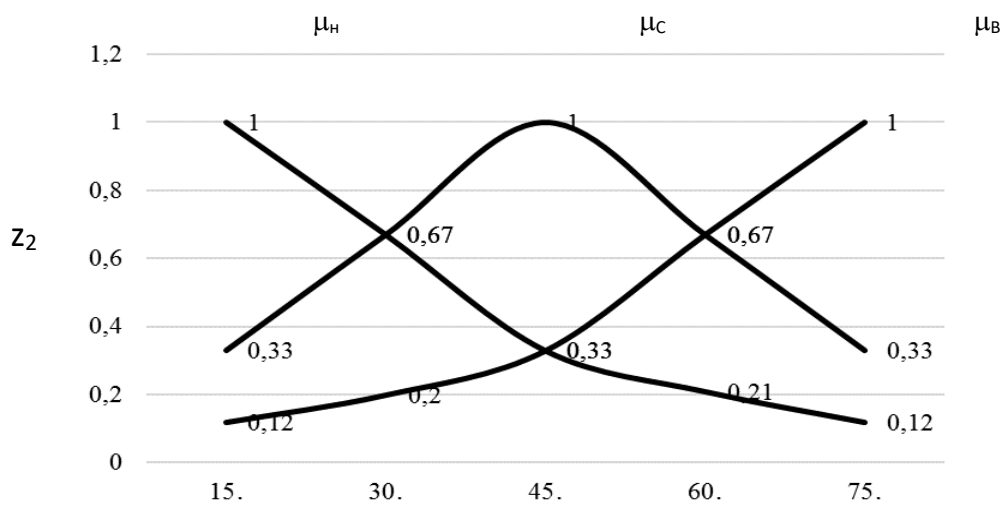


Рисунок Г.1 – Функції належності параметрів

де x – поведінкові фактори впливу;

y – соціально-економічні фактори впливу;

z – демографічні фактори впливу.

Джерело: складено автором за [478, с. 142–145].

Додаток II

Аналітичні моделі функцій належності

Таблиця II.1

Параметри рівнянь моделей функцій належності на рівні психосоціальних факторів впливу

Фактор впливу	$\mu_T(U^*)$	$U^* \in (U_i, U_{i+1})$		$\mu_T(U^*) \in (\mu_i, \mu_{i+1})$		$\mu_T(U^*) = (a U^* + b) / c$		
		U_i	U_{i+1}	μ_i	μ_{i+1}	a	b	c
1	2	3	4	5	6	7	8	9
X ₁	$\mu_H(x_1)$	0	5	1	0,78	-0,22	5	5
		5	10	0,78	0,56	-0,22	5	5
		10	15	0,56	0,33	-0,23	5,1	5
		15	20	0,33	0,11	-0,22	4,95	5
	$\mu_C(x_1)$	0	5	0,56	0,78	0,22	2,8	5
		5	10	0,78	1	0,22	2,8	5
		10	15	1	0,78	-0,22	7,2	5
		15	20	0,78	0,56	-0,22	7,2	5
	$\mu_B(x_1)$	0	5	0,11	0,33	0,22	0,55	5
		5	10	0,33	0,56	0,23	0,5	5
		10	15	0,56	0,78	0,22	0,6	5
		15	20	0,78	1	0,22	0,6	5
X ₂	$\mu_H(x_2)$	0	10	1	0,9	-0,1	10	10
		10	20	0,9	0,66	-0,24	11,4	10
		20	30	0,66	0,44	-0,22	11	10
		30	40	0,44	0,13	-0,31	13,7	10
	$\mu_C(x_2)$	0	10	0,66	0,92	0,26	6,6	10
		10	20	0,92	1	0,08	8,4	10
		20	30	1	0,92	-0,08	11,6	10
		30	40	0,92	0,66	-0,26	17	10
	$\mu_B(x_2)$	0	10	0,13	0,44	0,31	1,3	10
		10	20	0,44	0,66	0,22	2,2	10
		20	30	0,66	0,9	0,24	1,8	10
		30	40	0,9	1	0,1	6	10
X ₃	$\mu_H(x_3)$	0	5	1	0,76	-0,24	5	5
		5	10	0,76	0,5	-0,26	5,1	5
		10	15	0,5	0,24	-0,26	5,1	5
		15	20	0,24	0,13	-0,11	2,85	5
	$\mu_C(x_3)$	0	5	0,59	0,72	0,13	2,95	5
		5	10	0,72	1	0,28	2,2	5
		10	15	1	0,76	-0,24	7,4	5
		15	20	0,76	0,59	-0,17	6,35	5
	$\mu_B(x_3)$	0	5	0,13	0,24	0,11	0,65	5
		5	10	0,24	0,5	0,26	-0,1	5
		10	15	0,5	0,72	0,22	0,3	5
		15	20	0,72	1	0,28	-0,6	5
	$\mu_H(x_4)$	0	10	1	0,91	-0,09	10	10
		10	20	0,91	0,65	-0,26	11,7	10

Продовження таблиці II.1

Фактор впливу	$\mu_T(U^*)$	$U^* \in (U_i, U_{i+1})$		$\mu_T(U^*) \in (\mu_i, \mu_{i+1})$		$\mu_T(U^*) = (a U^* + b) / c$		
		U_i	U_{i+1}	μ_i	μ_{i+1}	a	b	c
1	2	3	4	5	6	7	8	9
X ₄		20	30	0,65	0,44	-0,21	10,7	10
		30	40	0,44	0,13	-0,31	13,7	10
		0	10	0,89	1	0,11	8,9	10
		10	20	1	0,89	-0,11	11,1	10
	$\mu_{HC}(x_4)$	20	30	0,89	0,67	-0,22	13,3	10
		30	40	0,67	0,22	-0,45	20,2	10
		0	10	0,32	0,58	0,26	3,2	10
		10	20	0,58	0,71	0,13	4,5	10
	$\mu_C(x_4)$	20	30	0,71	1	0,29	1,3	10
		30	40	1	0,61	-0,39	21,7	10
		0	10	0,1	0,34	0,24	1	10
		10	20	0,34	0,44	0,1	2,4	10
	$\mu_{BC}(x_4)$	20	30	0,44	0,56	0,12	2	10
		30	40	0,56	1	0,44	-7,6	10
X ₅	$\mu_H(x_5)$	0	15	1	0,78	-0,22	15	15
		15	30	0,78	0,56	-0,22	15	15
		30	45	0,56	0,33	-0,23	15,3	15
		45	60	0,33	0,11	-0,22	14,85	15
	$\mu_{HC}(x_5)$	0	15	0,78	1	0,22	11,7	15
		15	30	1	0,78	-0,22	18,3	15
		30	45	0,78	0,56	-0,22	18,3	15
		45	60	0,56	0,33	-0,23	18,75	15
	$\mu_C(x_5)$	0	15	0,56	0,78	0,22	8,4	15
		15	30	0,78	1	0,22	8,4	15
		30	45	1	0,78	-0,22	21,6	15
		45	60	0,78	0,56	-0,22	21,6	15
	$\mu_{BC}(x_5)$	0	15	0,33	0,56	0,23	4,95	15
		15	30	0,56	0,78	0,22	5,1	15
		30	45	0,78	1	0,22	5,1	15
		45	60	1	0,78	-0,22	24,9	15
	$\mu_B(x_5)$	0	15	0,11	0,33	0,22	1,65	15
		15	30	0,33	0,56	0,23	1,5	15
		30	45	0,56	0,78	0,22	1,8	15
		45	60	0,78	1	0,22	1,8	15
X ₆	$\mu_H(x_6)$	0	7	1	0,76	-0,24	7	7
		7	14	0,76	0,5	-0,26	7,14	7
		14	21	0,5	0,24	-0,26	7,14	7
		21	28	0,24	0,13	-0,11	3,99	7
	$\mu_C(x_6)$	0	7	0,59	0,72	0,13	4,13	7
		7	14	0,72	1	0,28	3,08	7
		14	21	1	0,72	-0,28	10,92	7
		21	28	0,72	0,59	-0,13	7,77	7
	$\mu_B(x_6)$	0	7	0,13	0,24	0,11	0,98	7
		7	14	0,24	0,5	0,26	-0,14	7
		14	21	0,5	0,76	0,26	-0,14	7
		21	28	0,76	1	0,24	0,28	7

Таблиця II.2

Параметри рівнянь моделей функцій належності на рівні соціально-економічних факторів

Фактор впливу	$\mu_T(U^*)$	$U^* \in (U_i, U_{i+1})$		$\mu_T(U^*) \in (\mu_i, \mu_{i+1})$		$\mu_T(U^*) = (a U^* + b) / c$		
		U_i	U_{i+1}	μ_i	μ_{i+1}	a	b	c
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Y ₁	$\mu_H(y_1)$	10	20	1	0,9	-0,1	11	10
		20	30	0,9	0,79	-0,11	11,2	10
		30	40	0,79	0,66	-0,13	11,8	10
		40	50	0,66	0,11	-0,55	28,6	10
	$\mu_{Hc}(y_1)$	10	20	0,89	1	0,11	7,8	10
		20	30	1	0,81	-0,19	13,8	10
		30	40	0,81	0,66	-0,15	12,6	10
		40	50	0,66	0,11	-0,55	28,6	10
	$\mu_C(y_1)$	10	20	0,65	0,77	0,12	5,3	10
		20	30	0,77	0,81	0,44	6,9	10
		30	40	0,81	1	0,19	2,4	10
		40	50	1	0,62	-0,38	25,2	10
	$\mu_{Bc}(y_1)$	10	20	0,23	0,33	0,1	1,3	10
		20	30	0,33	0,44	0,11	1,1	10
		30	40	0,44	0,56	0,12	0,8	10
		40	50	0,56	1	0,44	-12	10
Y ₂	$\mu_H(y_2)$	10	20	1	0,67	-0,33	13,3	10
		20	30	0,67	0,44	-0,23	11,3	10
		30	40	0,44	0,33	-0,11	7,7	10
		40	50	0,33	0,1	-0,23	12,5	10
	$\mu_{Hc}(y_2)$	10	20	0,68	1	0,32	3,6	10
		20	30	1	0,76	-0,24	14,8	10
		30	40	0,76	0,55	-0,21	13,9	10
		40	50	0,55	0,23	-0,32	18,3	10
	$\mu_C(y_2)$	10	20	0,37	0,67	0,3	0,7	10
		20	30	0,67	1	0,33	0,1	10
		30	40	1	0,77	-0,23	16,9	10
		40	50	0,77	0,53	-0,24	17,3	10
	$\mu_{Bc}(y_2)$	10	20	0,12	0,45	0,33	-2,1	10
		20	30	0,45	0,76	0,31	-1,7	10
		30	40	0,76	1	0,24	0,4	10
		40	50	1	0,7	-0,3	22	10
	$\mu_B(y_2)$	10	20	0,12	0,45	0,33	-2,1	10
		20	30	0,45	0,67	0,22	0,1	10
		30	40	0,67	0,77	0,1	3,7	10
		40	50	0,77	1	0,23	-1,5	10

Продовження таблиці II. 2

Фактор впливу	$\mu_T(U^*)$	$U^* \in (U_i, U_{i+1})$		$\mu_T(U^*) \in (\mu_i, \mu_{i+1})$		$\mu_T(U^*) = (a U^* + b) / c$		
		U_i	U_{i+1}	μ_i	μ_{i+1}	a	b	c
Y ₃	$\mu_H(y_3)$	20	30	1	0,77	-0,23	14,6	10
		30	40	0,77	0,66	-0,11	11	10
		40	50	0,66	0,34	-0,32	19,4	10
		50	60	0,34	0,11	-0,23	14,9	10
	$\mu_{Hc}(y_3)$	20	30	0,79	1	0,21	3,7	10
		30	40	1	0,86	-0,14	14,2	10
		40	50	0,86	0,55	-0,31	21	10
		50	60	0,55	0,21	-0,34	22,5	10
	$\mu_C(y_3)$	20	30	0,61	0,86	0,25	1,1	10
		30	40	0,86	1	0,14	4,4	10
		40	50	1	0,71	-0,29	21,6	10
		50	60	0,71	0,36	-0,35	24,6	10
	$\mu_{Bc}(y_3)$	20	30	0,32	0,55	0,23	-1,4	10
		30	40	0,55	0,66	0,11	2,2	10
		40	50	0,66	1	0,34	-7	10
		50	60	1	0,68	-0,32	26	10
	$\mu_B(y_3)$	20	30	0,12	0,21	0,09	-0,6	10
		30	40	0,21	0,58	0,37	-9	10
		40	50	0,58	0,71	0,13	0,6	10
		50	60	0,71	1	0,29	-7,4	10
Y ₄	$\mu_H(y_4)$	0	500	1	0,9	-0,1	500	500
		500	1000	0,9	0,77	-0,13	515	500
		1000	1500	0,77	0,45	-0,32	705	500
		1500	2000	0,45	0,1	-0,35	750	500
	$\mu_{Hc}(y_4)$	0	500	0,89	1	0,11	445	500
		500	1000	1	0,89	-0,11	555	500
		1000	1500	0,89	0,57	-0,32	765	500
		1500	2000	0,57	0,21	-0,36	825	500
	$\mu_C(y_4)$	0	500	0,53	0,77	0,24	265	500
		500	1000	0,77	1	0,23	270	500
		1000	1500	1	0,7	-0,3	800	500
		1500	2000	0,7	0,37	-0,33	845	500
	$\mu_{Bc}(y_4)$	0	500	0,21	0,48	0,27	105	500
		500	1000	0,48	0,67	0,19	145	500
		1000	1500	0,67	1	0,33	5	500
		1500	2000	1	0,67	-0,33	995	500
	$\mu_B(y_4)$	0	500	0,12	0,21	0,09	60	500
		500	1000	0,21	0,33	0,12	45	500
		1000	1500	0,33	0,7	0,37	-205	500
		1500	2000	0,7	1	0,3	-100	500
	$\mu_H(y_5)$	5	10	1	0,66	-0,34	6,7	5
		10	15	0,66	0,56	-0,1	4,3	5
		15	20	0,56	0,44	-0,12	4,6	5
		20	25	0,44	0,11	-0,33	8,8	5
	$\mu_{Hc}(y_5)$	5	10	0,67	1	0,33	1,7	5
		10	15	1	0,67	-0,33	8,3	5
		15	20	0,67	0,57	-0,1	4,85	5
		20	25	0,57	0,43	-0,14	5,65	5

Продовження таблиці II. 2

Фактор впливу	$\mu_T(U^*)$	$U^* \in (U_i, U_{i+1})$		$\mu_T(U^*) \in (\mu_i, \mu_{i+1})$		$\mu_T(U^*) = (a U^* + b) / c$		
		U_i	U_{i+1}	μ_i	μ_{i+1}	a	b	c
Y ₅	$\mu_C(y_5)$	5	10	0,55	0,66	0,11	2,2	5
		10	15	0,66	1	0,34	-0,1	5
		15	20	1	0,66	-0,34	10,1	5
		20	25	0,66	0,55	-0,11	5,5	5
	$\mu_{Bc}(y_5)$	5	10	0,43	0,57	0,14	1,45	5
		10	15	0,57	0,67	0,1	1,85	5
		15	20	0,67	1	0,33	-1,6	5
		20	25	1	0,67	-0,33	11,6	5
	$\mu_B(y_5)$	5	10	0,11	0,44	0,33	-1,1	5
		10	15	0,44	0,56	0,12	1	5
		15	20	0,56	0,66	0,1	1,3	5
		20	25	0,66	1	0,34	-3,5	5
Y ₆	$\mu_H(y_6)$	15	30	1	0,77	-0,23	18,45	15
		30	45	0,77	0,44	-0,33	21,45	15
		45	60	0,44	0,23	-0,21	16,05	15
		60	75	0,23	0,1	-0,13	11,25	15
	$\mu_C(y_6)$	15	30	0,45	0,79	0,34	1,65	15
		30	45	0,79	1	0,21	5,55	15
		45	60	1	0,77	-0,23	25,35	15
		60	75	0,77	0,45	-0,32	30,75	15
	$\mu_B(y_6)$	15	30	0,1	0,23	0,13	-0,45	15
		30	45	0,23	0,44	0,21	-2,85	15
		45	60	0,44	0,79	0,35	-9,15	15
		60	75	0,79	1	0,21	-0,75	15
Y ₇	$\mu_H(y_7)$	0	3	1	0,78	-0,22	3	3
		3	6	0,78	0,56	-0,22	3	3
		6	9	0,56	0,33	-0,23	3,06	3
		9	12	0,33	0,11	-0,22	2,97	3
	$\mu_C(y_7)$	0	3	0,56	0,78	0,22	1,68	3
		3	6	0,78	1	0,22	1,68	3
		6	9	1	0,78	-0,22	4,32	3
		9	12	0,78	0,56	-0,22	4,32	3
	$\mu_B(y_7)$	0	3	0,11	0,33	0,22	0,33	3
		3	6	0,33	0,56	0,23	0,3	3
		6	9	0,56	0,78	0,22	0,36	3
		9	12	0,78	1	0,22	0,36	3
Y ₈	$\mu_H(y_8)$	0	20	1	0,67	-0,33	20	20
		20	40	0,67	0,33	-0,34	20,2	20
		40	60	0,33	0,21	-0,12	11,4	20
		60	80	0,21	0,11	-0,1	10,2	20
	$\mu_C(y_8)$	0	20	0,33	0,67	0,34	6,6	20
		20	40	0,67	1	0,33	6,8	20
		40	60	1	0,67	-0,33	33,2	20
		60	80	0,67	0,33	-0,34	33,8	20
	$\mu_B(y_8)$	0	20	0,11	0,21	0,1	2,2	20
		20	40	0,21	0,33	0,12	1,8	20
		40	60	0,33	0,21	-0,12	11,4	20
		60	80	0,21	0,11	-0,1	10,2	20

Таблиця И.3

Параметри рівнянь моделей функцій належності на рівні медико-біологічних факторів

Фактор впливу	$\mu_T(U^*)$	$U^* \in (U_i, U_{i+1})$		$\mu_T(U^*) \in (\mu_i, \mu_{i+1})$		$\mu_T(U^*) = (a U^* + b) / c$		
		U_i	U_{i+1}	μ_i	μ_{i+1}	a	b	c
Z_1	$\mu_H(z_1)$	15	30	1	0,9	-0,1	16,5	15
		30	45	0,9	0,66	-0,24	20,7	15
		45	60	0,66	0,44	-0,22	19,8	15
		60	75	0,44	0,13	-0,31	25,2	15
	$\mu_C(z_1)$	15	30	0,66	0,92	0,26	6	15
		30	45	0,92	1	0,08	11,4	15
		45	60	1	0,92	-0,08	18,6	15
		60	75	0,92	0,66	-0,26	29,4	15
	$\mu_B(z_1)$	15	30	0,13	0,44	0,31	-2,7	15
		30	45	0,44	0,66	0,22	0	15
		45	60	0,66	0,9	0,24	-0,9	15
		60	75	0,9	1	0,1	7,5	15
Z_1	$\mu_H(z_2)$	15	30	1	0,67	-0,33	19,95	15
		30	45	0,67	0,33	-0,34	20,25	15
		45	60	0,33	0,21	-0,12	10,35	15
		60	75	0,21	0,12	-0,09	8,55	15
	$\mu_C(z_2)$	15	30	0,33	0,67	0,34	-0,15	15
		30	45	0,67	1	0,33	0,15	15
		45	60	1	0,67	-0,33	29,85	15
		60	75	0,67	0,33	-0,34	30,45	15
	$\mu_B(z_2)$	15	30	0,12	0,2	0,08	0,6	15
		30	45	0,2	0,33	0,13	-0,9	15
		45	60	0,33	0,67	0,34	-10,35	15
		60	75	0,67	1	0,33	-9,75	15

Джерело: авторські розрахунки.

Додаток К

Значення і функції належності факторів

Таблиця К.1

Значення і функції належності факторів, що впливають на РСЗЗН (дані за 2014 рік)

Фактор (U^*)	Значення	Значення функцій належності термів для оцінювання фактора (U^*)	Значення функцій належності змінної (X, Y, Z)
1	2	3	4
x_1	11,6	$\mu_H(x_1) = 0,487$ $\mu_{Hc}(x_1) = 0,929$ $\mu_C(x_1) = 0,630$	$\mu_H(X) = 0,630$ $\mu_{Hc}(X) = 0,723$ $\mu_C(X) = 0,599$ $\mu_{Bc}(X) = 0,418$ $\mu_B(X) = 0,149$
x_2	30,7	$\mu_H(x_2) = 0,418$ $\mu_{Hc}(x_2) = 0,902$ $\mu_C(x_2) = 0,907$	
x_3	15	$\mu_H(x_3) = 0,240$ $\mu_C(x_3) = 0,760$ $\mu_B(x_3) = 0,720$	
x_4	34,6	$\mu_H(x_4) = 0,297$ $\mu_{Hc}(x_4) = 0,463$ $\mu_c(x_4) = 0,820$ $\mu_{Bc}(x_4) = 0,762$	
x_5	57,3	$\mu_H(x_5) = 0,149$ $\mu_{Hc}(x_5) = 0,371$ $\mu_c(x_5) = 0,599$ $\mu_{Bc}(x_5) = 0,819$ $\mu_B(x_5) = 0,960$	
x_6	20	$\mu_H(x_6) = 0,277$ $\mu_C(x_6) = 0,760$ $\mu_B(x_6) = 0,723$	
y_1	40	$\mu_H(y_1) = 0,660$ $\mu_{Hc}(y_1) = 0,660$ $\mu_C(y_1) = 1$ $\mu_{Bc}(y_1) = 0,560$	
y_2	23,8	$\mu_H(y_2) = 0,583$ $\mu_{Hc}(y_2) = 0,909$ $\mu_C(y_2) = 0,795$ $\mu_{Bc}(y_2) = 0,568$ $\mu_B(y_2) = 0,534$	

Джерело: авторські розрахунки.

Продовження таблиці К.1

Фактор (U*)	Значення	Значення функцій належності термів для оцінювання фактора (U*)	Значення функцій належності змінної (X, Y, Z)
1	2	3	4
y ₃	52	$\mu_H(y_3) = 0,294$ $\mu_{Hc}(y_3) = 0,482$ $\mu_C(y_3) = 0,640$ $\mu_{Bc}(y_3) = 0,936$ $\mu_B(y_3) = 0,768$	$\mu_H(Y) = 0,433$ $\mu_{Hc}(Y) = 0,433$ $\mu_C(Y) = 0,415$ $\mu_{Bc}(Y) = 0,415$ $\mu_B(Y) = 0,135$
y ₄	170	$\mu_H(y_4) = 0,966$ $\mu_{Hc}(y_4) = 0,927$ $\mu_C(y_4) = 0,612$ $\mu_{Bc}(y_4) = 0,302$ $\mu_B(y_4) = 0,150$	
y ₅	20,2	$\mu_H(y_5) = 0,427$ $\mu_{Hc}(y_5) = 0,564$ $\mu_C(y_5) = 0,656$ $\mu_{Bc}(y_5) = 0,987$ $\mu_B(y_5) = 0,674$	
y ₆	45,5	$\mu_H(y_6) = 0,433$ $\mu_C(y_6) = 0,992$ $\mu_B(y_6) = 0,452$	
y ₇	5	$\mu_H(y_7) = 0,633$ $\mu_C(y_7) = 0,927$ $\mu_B(y_7) = 0,483$	
y ₈	5	$\mu_H(y_8) = 0,918$ $\mu_C(y_8) = 0,415$ $\mu_B(y_8) = 0,135$	
z ₁	54	$\mu_H(z_1) = 0,528$ $\mu_C(z_1) = 0,952$ $\mu_B(z_1) = 0,804$	$\mu_H(Z) = 0,192$ $\mu_{Hc}(Z) = 0,192$ $\mu_C(Z) = 0,602$ $\mu_{Bc}(Z) = 0,528$ $\mu_B(Z) = 0,528$
z ₂	63	$\mu_H(z_2) = 0,192$ $\mu_C(z_2) = 0,602$ $\mu_B(z_2) = 0,736$	

Джерело: авторські розрахунки.

Таблиця К.2

Значення і функції належності факторів, що впливають на РСЗН (дані за 2018 рік)

Фактор (U^*)	Значення	Значення функцій належності термів для оцінювання фактора (U^*)	Значення функцій належності змінної (X, Y, Z)
1	2	3	4
x_1	10	$\mu_H(x_1) = 0,56$ $\mu_{Hc}(x_1) = 1$ $\mu_C(x_1) = 0,56$	$\mu_H(X) = 0,447$ $\mu_{Hc}(X) = 0,447$ $\mu_C(X) = 0,727$ $\mu_{Bc}(X) = 0,56$ $\mu_B(X) = 0,292$
x_2	23,7	$\mu_H(x_2) = 0,579$ $\mu_{Hc}(x_2) = 0,970$ $\mu_C(x_2) = 0,749$	
x_3	14	$\mu_H(x_3) = 0,292$ $\mu_C(x_3) = 0,808$ $\mu_B(x_3) = 0,676$	
x_4	20,6	$\mu_H(x_4) = 0,637$ $\mu_{Hc}(x_4) = 0,877$ $\mu_c(x_4) = 0,727$ $\mu_{Bc}(x_4) = 0,447$	
x_5	36,5	$\mu_H(x_5) = 0,460$ $\mu_{Hc}(x_5) = 0,685$ $\mu_c(x_5) = 0,905$ $\mu_{Bc}(x_5) = 0,875$ $\mu_B(x_5) = 0,655$	
x_6	16,5	$\mu_H(x_6) = 0,407$ $\mu_C(x_6) = 0,9$ $\mu_B(x_6) = 0,593$	
y_1	40,8	$\mu_H(y_1) = 0,616$ $\mu_{Hc}(y_1) = 0,616$ $\mu_C(y_1) = 0,969$ $\mu_{Bc}(y_1) = 0,595$	
y_2	23,56	$\mu_H(y_2) = 0,588$ $\mu_{Hc}(y_2) = 0,915$ $\mu_C(y_2) = 0,788$ $\mu_{Bc}(y_2) = 0,560$ $\mu_B(y_2) = 0,528$	

Джерело: авторські розрахунки.

Продовження таблиці К. 2

Фактор (U*)	Значення	Значення функцій належності термів для оцінювання фактора (U*)	Значення функцій належності змінної (X, Y, Z)
1	2	3	4
y ₃	47,7	$\mu_H(y_3) = 0,413$ $\mu_{Hc}(y_3) = 0,621$ $\mu_C(y_3) = 0,777$ $\mu_{Bc}(y_3) = 0,921$ $\mu_B(y_3) = 0,680$	$\mu_H(Y) = 0,388$ $\mu_{Hc}(Y) = 0,388$ $\mu_C(Y) = 0,510$ $\mu_{Bc}(Y) = 0,510$ $\mu_B(Y) = 0,163$
y ₄	285	$\mu_H(y_4) = 0,943$ $\mu_{Hc}(y_4) = 0,953$ $\mu_C(y_4) = 0,667$ $\mu_{Bc}(y_4) = 0,364$ $\mu_B(y_4) = 0,171$	
y ₅	21	$\mu_H(y_5) = 0,374$ $\mu_{Hc}(y_5) = 0,542$ $\mu_C(y_5) = 0,638$ $\mu_{Bc}(y_5) = 0,934$ $\mu_B(y_5) = 0,728$	
y ₆	48,7	$\mu_H(y_6) = 0,388$ $\mu_C(y_6) = 0,943$ $\mu_B(y_6) = 0,526$	
y ₇	6	$\mu_H(y_7) = 0,560$ $\mu_C(y_7) = 1,000$ $\mu_B(y_7) = 0,560$	
y ₈	10,6	$\mu_H(y_8) = 0,825$ $\mu_C(y_8) = 0,510$ $\mu_B(y_8) = 0,163$	
z ₁	49,8	$\mu_H(z_1) = 0,589$ $\mu_C(z_1) = 0,974$ $\mu_B(z_1) = 0,737$	$\mu_H(Z) = 0,189$ $\mu_{Hc}(Z) = 0,189$ $\mu_C(Z) = 0,593$ $\mu_{Bc}(Z) = 0,589$ $\mu_B(Z) = 0,589$
z ₂	63,4	$\mu_H(z_2) = 0,189$ $\mu_C(z_2) = 0,593$ $\mu_B(z_2) = 0,745$	

Джерело: авторські розрахунки.