



Doi: <https://doi.org/10.15407/dse2017.01.054>

УДК 314.47 (477)

JEL CLASSIFICATION: I 10, J 21, J 21

Н.М. ЛЕВЧУК

д-р екон. наук, старш. наук. співроб., голов. наук. співроб.

Інститут демографії та соціальних досліджень

ім. М.В. Птухи НАН України

01032, м. Київ, бул. Т. Шевченка, 60

E-mail: levchuk.nata@gmail.com

ЗДОРОВ'Я І ТРИВАЛІСТЬ ЖИТТЯ В УКРАЇНІ У КОНТЕКСТІ ФОРМУВАННЯ ПЕРЕДУМОВ ІННОВАЦІЙНОЇ ЗАЙНЯТОСТІ

Стаття присвячена дослідженню здоров'я і тривалості життя в Україні у контексті формування передумов інноваційної зайнятості населення. Аналіз самооцінки стану здоров'я залежно від характеру праці зайнятих, виконаний на основі результатів соціологічного опитування (World Value survey 2011), виявив чіткі відмінності: особи, зайняті творчою і незалежною працею, мають кращі суб'єктивні показники стану здоров'я. Розраховано значення та проведено аналіз очікуваної тривалості здорового життя чоловіків та жінок при досягненні 20-ти років і старше (за допомогою методу Sullivan). Жінки живуть довше, але порівняно з чоловіками більшу частину свого життя мають поганий стан здоров'я. Якщо у 20-річних чоловіків очікуваний період життя у поганому стані здоров'я – 13,1 % від його загальної тривалості, то у жінок – 20,7 %. На основі даних Державної служби статистики України розраховано підсумкові показники смертності населення працездатного віку (20–64 років). Показано, що висока передчасна смертність призводить до значних втрат трудового потенціалу: не збережені життя становлять майже 40 % чоловіків та 16 % жінок в інтервалі працездатного віку.

Ключові слова: здоров'я, самооцінка стану здоров'я, тривалість життя, тривалість здорового життя, передчасна смертність, інноваційна зайнятість, характер праці.

Н.М. Левчук

д-р екон. наук, глав. науч. сотруд.

Институт демографии и социальных исследований

им. М.В. Птухи НАН Украины

01032, г. Киев, бул. Т. Шевченко, 60

E-mail: levchuk.nata@gmail.com

ЗДОРОВЬЕ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ В УКРАИНЕ В КОНТЕКСТЕ ФОРМИРОВАНИЯ ИННОВАЦИОННОЙ ЗАНЯТОСТИ

Статья посвящена исследованию здоровья и продолжительности жизни в Украине в контексте формирования предпосылок инновационной занятости населения. Анализ самооценки состояния здоровья в зависимости от характера труда занятых, выполненный на основе результатов социологического опроса (World Value survey 2011), показал четкие различия: представители группы занятых творческим и независимым трудом имеют более благоприятные субъективные показатели состояния здоровья.

© ЛЕВЧУК Н.М., 2017

Рассчитаны значения и проведен анализ ожидаемой продолжительности здоровой жизни мужчин и женщин при достижении 20-ти лет и старше (с помощью метода Sullivan). Женщины живут дольше, но по сравнению с мужчинами большую часть своей жизни имеют плохое состояние здоровья. Если для 20-летних мужчин ожидаемый период жизни с плохим здоровьем составляет 13,1 % от его общей продолжительности, то у женщин — 20,7 %. На основе данных Государственной службы статистики Украины рассчитаны обобщающие показатели смертности населения трудоспособного возраста (20–64 лет). Показано, что высокая преждевременная смертность приводит к значительным потерям трудового потенциала: несохраненные жизни составляют почти 40 % мужчин и 16 % женщин в интервале трудоспособного возраста.

Ключевые слова: здоровье, самооценка здоровья, продолжительность жизни, продолжительность здоровой жизни, преждевременная смертность, инновационная занятость, характер труда.

N.M. Levchuk
Dr. (Economics), Chief Researcher,
Ptoukha Institute for Demography and Social Studies
of the National Academy of Sciences of Ukraine
01032, Kyiv, Taras Shevchenko Blvd., 60
E-mail: levchuk.nata@gmail.com

HEALTH AND LIFE EXPECTANCY IN UKRAINE IN THE CONTEXT OF INNOVATIVE EMPLOYMENT

The aim of the article is to explore health and life expectancy in Ukraine in the context of innovative employment. We analyzed the differences in self-rated health by work characteristics using data from World Value Survey 2011. We found that workers doing creative tasks reported having good health more often than those doing routine tasks. Healthy life expectancy for males and females at age 20 and over was calculated using Sullivan's method, with years of life lived divided into healthy and unhealthy. The results indicate that women live longer but spend more years in a poor health compared to men. There is a large burden of ill-health among women: the proportion of years lived with poor health to total persons-years is 13,1 % for males and 20,7 % for females (at age 20 and over). Several indicators of mortality in working ages (20 to 64 years) are calculated based on data from State Statistics Service of Ukraine. They show a high toll of premature mortality in Ukraine: almost 40 % of 20-year-old men and 16 % of 20-year-old women in Ukraine die before they reach 65. Premature mortality causes a very high labor cost.

Keywords: health, self-rated health, life expectancy, healthy life expectancy, premature mortality, innovative employment, nature of work.

Постановка проблеми. У розвинутих країнах у міру суспільно-економічного прогресу роль кількісних параметрів населення зменшується, тоді як значення якісних характеристик зростає. Стан здоров'я є ключовою якісною характеристикою населення, а благополуччя стосовно здоров'я та висока тривалість життя є тими передумовами, без яких неможливе зростання продуктивності праці, формування креативно-інноваційної зайнятості та економічне зростання. У період постіндустріального розвитку інноваційній економіці відповідає сучасний інноваційний тип зайнятості, що передбачає здатність швидко пристосовуватись до технологічних нововведень та нових форм праці, виконання висококваліфікованої інтелектуальної праці та готовність до постійного підвищення освітньо-професійного рівня упродовж життя. Проте такі необхідні складові інноваційної зайнятості як освіченість, креативність та підприємливість значно важче реалізувати за умови поганого стану здоров'я. Здоров'я та довголіття є необхідною й першочерговою базою будь-якого виду економічної активності, а в умовах постаріння населення та робочої сили роль якісних чинників у формуванні й нарощуванні трудового потенціалу набуває ще більшої ваги.

Актуальність теми. Нині середня тривалість життя у країнах Європейського Союзу становить близько 80 років, а пенсійний вік у багатьох з них - понад 65 років. Сут-

тевий прогрес у показниках тривалості життя у цих країнах став можливим завдяки зрушенням, що відбулися в ході так званого епідеміологічного переходу, зокрема: а) смертність від інфекційних патологій знизилась до мінімального рівня; б) провідну роль у структурі причин смерті почали відігравати хронічні неінфекційні захворювання; в) модальний вік смерті від цих хвороб суттєво підвищився. У результаті поступового витіснення екзогенних причин смерті ендегенними процес вимирання поколінь усе тісніше пов'язується з постарінням: відбувається суттєве зменшення смертей у старші вікові групи.

В Україні поки що не відбулося суттєвих якісних зрушень у формуванні нового режиму смертності, тобто такого що створює передумови для значного підвищення тривалості життя і, як наслідок, стимулювання прогресивних змін у зайнятості населення та соціально-економічних характеристиках. Упродовж тривалого часу у нашій країні спостерігається несприятлива динаміка смертності населення й тривалості життя. Фактично єдиною ознакою процесу епідеміологічної модернізації стало істотне зниження смертності дітей, хоча вона все ще залишається доволі високою. Смертність дорослого населення України, починаючи з середини 1960-х рр., не лише не знижувалась, а й мала чітку тенденцію до зростання (за винятком окремих коротких періодів). На нашу думку, недооцінка економічної значущості наслідків високої передчасної смертності працездатного населення в Україні становить один із важливих ризиків на шляху до активізації модернізаційних змін у сфері зайнятості.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Вагомий внесок у розвиток теоретичних положень і вирішення прикладних проблем у сфері зайнятості населення з фокусом на необхідності посилення інтелектуалізації та інноваційності праці належить таким вітчизняним вченим як: В.М. Геєць (V. Geiets), О.О. Герасименко (O. Gerasymenko), Л.М. Ємельяненко (L. Emelianenko), Л.М. Ільч (L. Illich), А.М. Колот (A. Kolot), Е.М. Лібанова (E. Libanova), Л.С. Лісогор (L. Lisogor), І.Л. Петрова (I. Petrova), О.І. Цимбал (O. Tsybal) та ін. [1–3]. Дослідження у царині медико-демографічної тематики, зокрема щодо стану здоров'я та смертності населення України, успішно проводять І.О. Курило (I. Kurylo), Н.О. Рингач (N. Rungach), О.П. Рудницький (O. Rudnytskyi), П.Є. Шевчук (P. Shevchuk) [4,5]. Аналізом соціального градієнта у стані здоров'я та смертності населення займається широке коло зарубіжних вчених, зокрема: Є. Андреев (E. Andreev), Т. Валконен (T. Valkonen), Р. Вілкінсон (R. Wilkinson), Д. Жданов (D. Jdanov), А. Кунст (A. Kunst), Дж. Лінч (J. Lynch), Т. Максимова (T. Maksimova), Дж. Макенбах (J. Mackenbach), М. Мармот (M. Marmot), В. Школьніков (V. Shkolnikov), Д. Ясіліоніс (D. Jasilionis) [6–13]. Водночас в Україні такі дослідження майже не проводять, насамперед через відсутність необхідної статистики здоров'я та смертності у соціальному розрізі. Недостатньо опрацьованими є питання, пов'язані із дослідженнями соціальної диференціації смертності населення, зокрема питання взаємозв'язку між станом здоров'я та характеристиками зайнятості. Практично відсутні розвідки з питань оцінки очікуваної тривалості здорового життя в Україні, яка поєднує показники тривалості життя та стану здоров'я. Наскільки нам відомо, ВООЗ виконує розрахунок очікуваної тривалості здорового життя при народженні, однак відсутні більш детальні оцінки цього показника для населення працездатного віку.

Метою запропонованої роботи є дослідження здоров'я і тривалості життя в Україні у контексті формування передумов інноваційної занятості.

Виклад основного матеріалу. Україна суттєво відстає за показником тривалості життя та іншими параметрами дожиття населення від країн Європейського Союзу. Так, у 2013 р. очікувана тривалість життя при народженні в Україні становила 66,3 року в чоловіків та 76,2 року в жінок. Розрив із розвинутими країнами є доволі суттєвим: тривалість життя чоловіків в Україні була нижчою на 14 років, ніж у Швеції, та майже на 7 років, ніж у країні-сусіді Польщі. У жінок цей розрив становив 8 і 5 років відповідно. Суттєві відмінності зберігаються протягом усього періоду трудового життя. Зокрема, очікувана тривалість життя чоловіків при досягненні 20-ти років становила в Україні 47,3 року, тоді як у Швеції, Швейцарії, Італії – понад 60 років (рис. 1).

Аналіз повікової смертності показує, що основні втрати тривалості життя в Україні припадають на працездатний інтервал, внаслідок чого значна частина населення не доживає до пенсійного віку. Саме висока передчасна смертність осіб працездатного віку відіграє головну роль у формуванні низької тривалості життя у нашій країні. Про відсутність прогресу в збереженні людських життів у працєактивному періоді свідчить також порівняння окремих підсумкових показників смертності населення в Україні, Польщі та Швеції (табл. 1). Зокрема, із 100 тис. осіб віком 20–64 роки у 2013 р. не доживали до 65 років 39,7 % чоловіків в Україні, 25,2 % у Польщі та лише 10,5 % у Швеції. Тобто, незбережені життя чоловіків в Україні через високу передчасну смертність в інтервалі трудоактивного віку майже у чотири рази вищі, ніж у Швеції, та у півтора рази вищі, ніж у Польщі. Як наслідок, середнє укорочення життя в працєактивному віці становить 5,4 року в Україні, 2,8 у Польщі та 1,2 у Швеції. Незбережені життя жінок в Україні у 2,5 рази нижчі, ніж у чоловіків.

Рис. 2, де зображено повікову ймовірність померти, демонструє виразні відмінності у шансах дожиття чоловіків України порівняно з вищезазначеними країнами. По-перше, в Україні показники смертності є значно вищими, ніж у Польщі та Швеції, упродовж усього повікового профілю. По-друге, підйом смертності в Україні починається значно раніше, тобто у молодшому віці. Зокрема, у Польщі крива тримається майже на однаковому рівні в інтервалі віку від 20 до 30 років, а у Швеції –

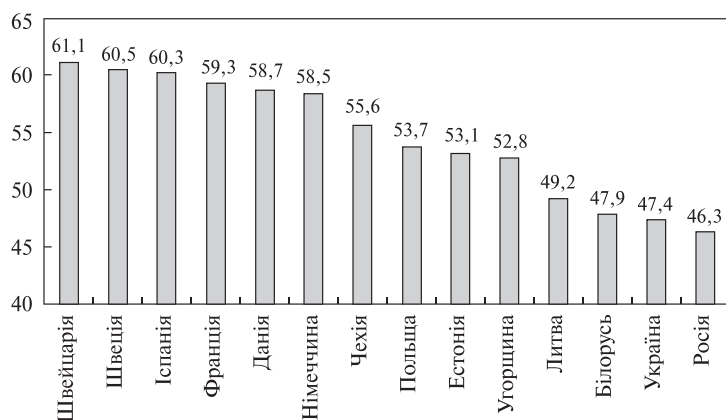


Рис. 1. Очікувана тривалість життя чоловіків при досягненні віку 20 років в Україні та інших європейських країнах у 2013 р.

Джерело: для України – дані Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України; для інших країн – дані *Human Mortality Database*.

Таблиця 1. Окремі підсумкові показники смертності населення працездатного віку (20–64 років) в Україні, Польщі та Швеції у 2013 р.

Країна	Середнє укорочення життя в працездатному віці, років		Незбережені життя: із 100 тис., що дожили до 20 років, померли раніше 65 років			
			Кількість		%	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Україна	5,4	2,0	39701	16115	39,7	16,1
Польща	2,8	1,0	25187	10586	25,2	10,6
Швеція	1,2	0,7	10459	6789	10,5	6,8

Джерело: авторські розрахунки за даними Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України та *Human Mortality Database*.

від 20 до 40 років. Це означає, що смертність чоловіків зазначеного віку зберігається відносно стабільною і майже не зростає, після чого спостерігається її підйом. Натомість в Україні полого ділянка кривої відсутня, і стрімкий підйом смертності починається вже з 20 років. Як наслідок, площа, заштрихована між двома кривими на рис. 2, відображає масштаби надсмертності українських чоловіків і водночас резерви її можливого зниження. Найбільший розрив спостерігається у віці від 30 до 60 років. Так, показники смертності чоловіків віком 30–44 роки в Україні перевищують у 2,5 раза відповідні показники Польщі і у сім разів показники Швеції. У 45–59 років відмінності становлять 1,6 раза відносно Польщі та 4,8 раза відносно Швеції.

Масштабна передчасна смертність чоловіків зумовлює не лише значні кількісні втрати чоловічого населення, вона є фактором зменшення фонду робочого часу, обмежує формування трудового потенціалу та призводить до значних економічних втрат. Витоки проблеми низької тривалості життя в Україні тісно пов'язані зі складною

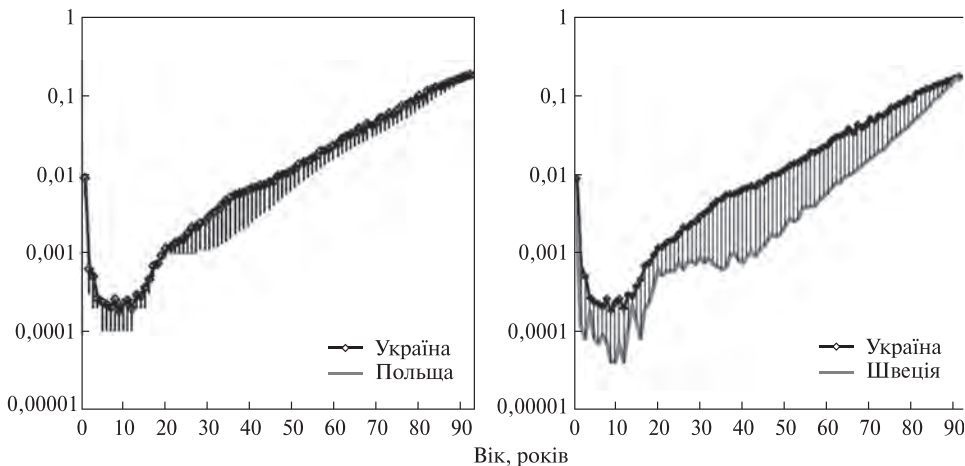


Рис. 2. Повікова ймовірність померти для чоловіків в Україні порівняно з Польщею та Швецією, 2013 р.

Джерело: для України – дані Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України; для Польщі та Швеції – дані *Human Mortality Database*.

демографічною історією країни та відставанням її соціально-економічного розвитку. Несприятлива медико-демографічна ситуація формувалася упродовж багатьох десятиліть, і механізм її подовженого існування є досить складним, а негативні наслідки стають причиною подальшого посилення кризових явищ. Погіршення соціально-економічних умов та падіння рівня життя населення у 1990-ті рр. стали могутнім каталізатором посилення й загострення негативних демографічних тенденцій, накопичених у попередній період. З одного боку, населення за високого рівня бідності не може повноцінно задовольняти свої основні потреби, дбати про своє здоров'я і тому має вищі ризики хвороб і передчасної смерті. З іншого боку, хворі люди мають гірші можливості зайнятості, меншу продуктивність праці і, як наслідок, вищі ризики бідності. Протягом 2000-х рр. негативний вплив економічних факторів дещо послабився; проте нині з'явилися нові чинники дестабілізації, спричинені кризовою ситуацією та збройним конфліктом на сході країни і черговим падінням рівня життя населення.

У ході епідеміологічного переходу та підвищення тривалості життя у розвинутих країнах відбулася трансформація зв'язку між смертністю та захворюваністю, яка полягала, насамперед, у тому, що гострі захворювання стали замінюватися хронічними хворобами. Як наслідок, актуалізувалося питання, яке раніше не розглядалось: чи подовження тривалості життя супроводжується подовженням періоду працездатної та продуктивної життєдіяльності, чи є це періодом життя у стані благополучного здоров'я чи, навпаки, збільшення тривалості життя неминуче супроводжується накопиченням хронічних захворювань, поширенням інвалідності та втратою працездатності. Це призвело до того, що благополуччя зі станом здоров'я стало оцінюватися не лише за кількістю років життя, а й за їх якістю. Очікувану тривалість життя можна розділити на періоди, зокрема визначити тривалість періоду здорового життя, тобто у стані доброго здоров'я та без інвалідності, і кількість років життя, прожитих у стані поганого (неповного) здоров'я, що обмежує можливості життєдіяльності [14]. Підвищення тривалості здорового життя стало одним із пріоритетів європейської політики у сфері охорони громадського здоров'я. Завдання також полягає у тому, аби збільшення періоду здорового життя відбувалось швидше, ніж подовження тривалості життя загалом. Благополуччя зі станом здоров'я населення разом із іншими чинниками (насамперед, освіта та кваліфікація) розглядається у тісному зв'язку зі зростанням продуктивності праці та можливостями генерування інновацій у процесі праці.

Нами обчислено тривалість здорового життя в Україні у віці 20 років і старше. Розрахунок здійснено за методом *Sullivan* на основі самооцінок стану здоров'я згідно з результатами опитування *World Values Survey*, проведеного в 2011 році [15]. Зокрема, за результатами опитування, кожен третій в Україні (36,6 %) оцінив свій стан здоров'я як добрий; 45,7 % – як задовільний та 17,7 % – як поганий. Для порівняння: у Польщі майже дві третини оцінили свій стан здоров'я як добрий і лише 10 % повідомили про поганий стан здоров'я (рис. 3).

У цьому випадку тривалість здорового життя означає період життя у стані доброго або задовільного стану здоров'я, визначеного на основі самооцінок здоров'я, тобто суб'єктивних характеристик здоров'я респондентів. Такий підхід є дещо спрощеним трактуванням поняття про «тривалість здорового життя», але водночас він є виправданим у разі відсутності детальної інформації про стан здоров'я опитуваних та їхній медичний анамнез. Різні зарубіжні дослідження показали, що самооцінка стану здоров'я тісно корелює із показниками захворюваності [6, 16]. Результати розрахунків представлені у табл. 2 та на рис. 4.

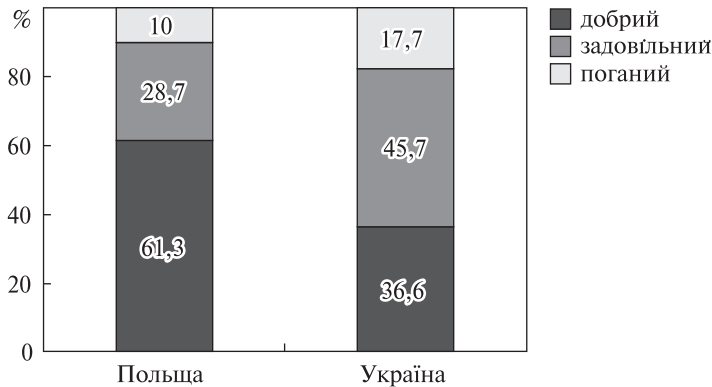


Рис. 3. Самооцінка стану здоров'я в Україні та Польщі, 2011–2012 рр. (обидві статі)

Джерело: розраховано за даними *World Values Survey, 6th Wave* (2011–2012 рр.).

Таблиця 2. Очікувана тривалість життя (ОТЖ) та здорового життя (ОТЗЖ) при досягненні 20, 40 і 65 років в Україні, 2011 р.

Показник	Чоловіки		Жінки	
	роки	%	роки	%
У віці 20 років				
Очікувана тривалість життя	47,1	100,0	56,9	100,0
Очікувана тривалість здорового життя	41,0	86,9	45,1	79,3
Різниця: ОТЖ – ОТЗЖ	6,2	13,1	11,8	20,7
У віці 40 років				
Очікувана тривалість життя	29,7	100,0	37,9	100,0
Очікувана тривалість здорового життя	23,8	80,1	26,8	70,8
Різниця: ОТЖ – ОТЗЖ	5,9	19,9	11,1	29,2
У віці 65 років				
Очікувана тривалість життя	12,7	100,0	16,5	100,0
Очікувана тривалість здорового життя	8,1	64,3	8,6	51,9
Різниця: ОТЖ – ОТЗЖ	4,5	35,7	8,0	48,1

Джерело: ОТЖ – за даними Інституту демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України; ОТЗЖ – очікувана тривалість здорового життя, тобто у стані доброго або задовільного здоров'я – авторські розрахунки за даними *World Values Survey, 6th Wave* (2011 р.).

Очікувана тривалість життя чоловіків в Україні у віці 20 років становить 47,1 року, з яких 41 рік (87,1 %) припадає на період здорового життя. При досягненні 65 років у чоловіків очікувана тривалість життя становить 12,7 років, з яких 8,1 (63,8 %) припадає на період здорового життя. Для порівняння наведемо дані щодо Швеції: очікувана тривалість життя чоловіків у 2012 р. при досягненні віку 65 років становила 18,5, з яких на період життя без серйозних порушень здоров'я та обмеження працездатності припадає 14 років (76 %).

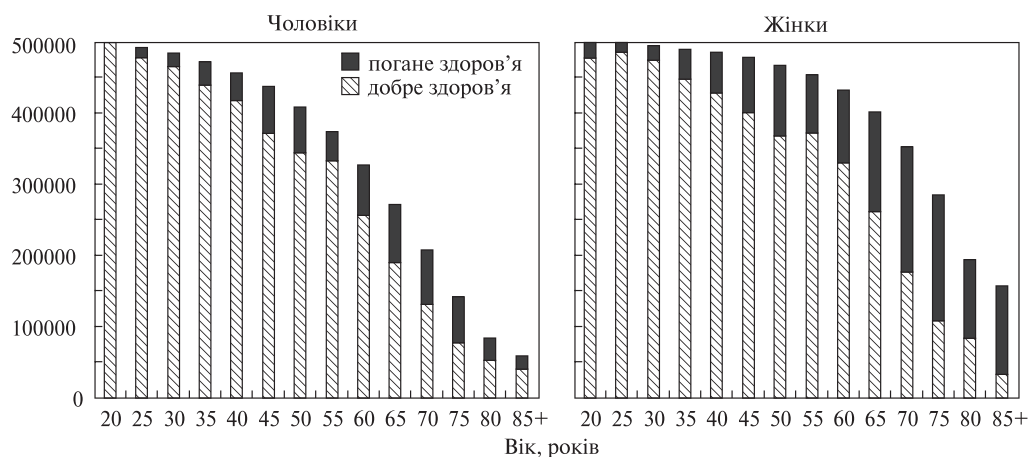


Рис. 4. Кількість людино-років, прожитих у доброму та поганому здоров'ї, у віці 20 років і старше в Україні, 2011 р. Розраховано на основі чисел тих, хто живуть, із таблиць смертності (Lx), з урахуванням стану здоров'я за самооцінкою. Добре здоров'я об'єднує тих, хто оцінив свій стан здоров'я як добрий або задовільний

Джерело: авторські розрахунки на основі даних Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України та *World Values Survey, 6th Wave* (2011 р).

Рис. 4 показує, як змінюється в Україні з віком очікувана кількість людино-років, прожитих поколінням зі 100 тис. осіб віком 20 років, у доброму та поганому стані здоров'я. Як бачимо, жінки живуть довше, але порівняно з чоловіками проводять більшу частину свого життя у поганому стані здоров'я. Якщо у 20-річних чоловіків очікуваний період життя у поганому здоров'ї становить 13,1 % від його загальної тривалості, то у жінок – 20,7 %. Для 60-річних очікуваний період у неблагополучному стані здоров'я становить 35,7 % для чоловіків та 48,1 % для жінок.

Багато досліджень свідчать, що існує чітка диференціація стану здоров'я залежно від різних соціальних характеристик населення [7, 10–13]. На жаль, у нашому розпорядженні немає репрезентативних даних стосовно об'єктивних і суб'єктивних показників стану здоров'я, деталізованих відповідно до видів зайнятості і професійно-кваліфікаційних ознак. Водночас існує можливість розглянути зв'язок між самооцінкою стану здоров'я в Україні та характером праці зайнятих згідно з даними *World Values Survey, 2011*. Зокрема, було проаналізовано самооцінку стану здоров'я респондентів за їхніми відповідями на питання: а) творчий чи рутинний характер має праця, якою вони займаються; б) яким є ступінь незалежності / автономії при виконанні роботи (табл. 3, 4). Респонденти відповідали на ці питання за 10-бальною шкалою. Їхні відповіді було згруповано таким чином: а) характер праці: повністю або переважно рутинний (1–3 бали); наполовину рутинний / творчий (4–7 балів); повністю або переважно творчий (8–10 балів); б) ступінь незалежності / автономії при виконанні роботи: низький (1–3 бали); середній (4–7 балів); високий (8–10 балів).

Аналіз відповідей показав, що існують відмінності у самооцінці стану здоров'я залежно від характеру праці. Так, серед чоловіків частка тих, хто оцінив свій стан здоров'я як добрий, становила майже 49 % серед осіб, що виконують повністю або переважно творчу роботу, і 38,4 % серед осіб, чия праця має повністю або переважно рутинний характер (табл. 3). На поганий стан здоров'я вказали 13,3 % чоловіків, які

виконують творчу роботу, і 16,2 % тих, чия робота має рутинний характер. У жінок відмінності у самооцінках стану здоров'я ще істотніші: на поганий стан здоров'я поскаржились 17,4 % осіб, зайнятих творчою працею, і 26,4 %, зайнятих рутинною працею. Табл. 4 демонструє, що в міру підвищення ступеня незалежності / автономії при виконанні роботи самооцінка стану здоров'я покращується.

Таблиця 3. Самооцінка стану здоров'я залежно від статі і характеру праці зайнятих (рутинний чи творчий), Україна, 2011 р., %

Характер праці	Стан здоров'я			Усього
	Добрий	Задовільний	Поганий	
Чоловіки				
Повністю або переважно рутинний	38,4	45,4	16,2	100,0
Наполовину рутинний / творчий	43,8	43,0	13,2	100,0
Повністю або переважно творчий	48,9	37,8	13,3	100,0
Жінки				
Повністю або переважно рутинний	26,1	47,5	26,4	100,0
Наполовину рутинний / творчий	32,2	50,8	16,9	100,0
Повністю або переважно творчий	36,1	46,5	17,4	100,0

Характер праці: повністю або переважно рутинний: 1–3 бали; наполовину рутинний / творчий: 4–7 балів; повністю або переважно творчий: 8–10 балів.

Джерело: розраховано за даними *World Values Survey, 6th Wave* (2011 р.).

Таблиця 4. Самооцінка стану здоров'я залежно від статі і характеру праці зайнятих: (ступінь незалежності / автономії при виконанні роботи), Україна, 2011 р., %

Ступінь незалежності / автономії при виконанні роботи	Стан здоров'я			Усього
	добрий	задовільний	поганий	
Чоловіки				
Низький	36,3	48,4	15,3	100,0
Середній	43,1	43,1	13,8	100,0
Високий	47,0	38,7	14,4	100,0
Жінки				
Низький	25,6	48,0	26,4	100,0
Середній	31,3	51,8	16,8	100,0
Високий	34,3	44,5	21,2	100,0

Ступінь незалежності / автономії при виконанні роботи: низький: 1–3 бали; середній: 4–7 балів; високий: 8–10 балів.

Джерело: розраховано за даними *World Values Survey, 6th Wave* (2011 р.).

Дані табл. 3 і 4 доводять, що, незважаючи на помітно низькі самооцінки стану здоров'я в середньому в Україні, особи, зайняті переважно творчою і незалежною працею, оцінюють свій стан здоров'я краще, ніж ті, хто виконують переважно рутинну роботу. При цьому відмінності між чоловіками й жінками сильніше проявляються за ознакою «творчий чи рутинний характер праці». Сприятливіші суб'єктивні показники стану здоров'я у чоловіків порівняно з жінками, незалежно від характеру праці, пояснюються комплексом факторів [17]. Самооцінка стану здоров'я є відображенням не лише сприйняття особою свого стану здоров'я, відсутності чи наявності певних проблем, а й інших чинників, у тому числі, психоемоційного. Окрім суто фізіологічних відмінностей, жінки більше переймаються хворобами і водночас більше дбають про своє здоров'я, тоді як чоловіки схильні переоцінювати своє здоров'я, намагаючись відповідати суспільному стереотипу сильного й витривалого чоловіка. Існує також думка, що на гіршу самооцінку стану здоров'я жінок має вплив гендерна нерівність у суспільстві, зокрема подвійне навантаження жінки (вдома і на роботі), що зумовлює фізичне й психоемоційне напруження та підвищує ризик хвороб. Усі ці чинники призводять до того, що жінки частіше страждають від різного роду хронічних захворювань, ніж чоловіки, які рідше хворіють, але гірше переносять хвороби. Специфіка характеру та умов праці вочевидь лише поглиблює ці відмінності.

Висновки. На нашу думку, характер праці зайнятих разом з іншими характеристиками соціального статусу (рівень освіти, професія, дохід та інше) є проявом ефекту так званого соціального градієнту у показниках стану здоров'я. Він поєднує в собі, з одного боку, доступ до життєвих ресурсів, а з іншого — вплив знань і навичок, що у підсумку визначає траєкторію життєзберезувальної поведінки особи та впливає на її стан здоров'я. Виконаний у нашому дослідженні аналіз розподілу респондентів за самооцінкою стану здоров'я, дає підставу твердити про наявність зв'язку між самооцінкою стану здоров'я та характером праці зайнятих: зайняті творчою працею демонструють кращі суб'єктивні характеристики здоров'я, ніж ті, хто виконує переважно рутинну роботу. Оцінка сили і напряму цього зв'язку потребує окремого дослідження. На нашу думку, позитивний вплив творчо-інноваційного характеру праці на стан здоров'я може проявлятися як через сприятливіші умови праці, так і через вищий рівень освіти та кваліфікації зайнятих, що виявляють вищу культуру життєзберезувальної поведінки порівняно з менш освіченими і менш кваліфікованими.

Водночас зв'язок між демографічними й економічними факторами, між станом здоров'я та зайнятістю, є взаємним. Зайнятість, у тому числі інноваційна, неможлива без активного довголіття та працездатності. Незадовільний стан здоров'я спричинює вищий ризик не реалізувати трудовий потенціал і померти передчасно. Поганий стан здоров'я і низька тривалість життя є певними обмежувальними факторами, що гальмують можливості підвищення продуктивності праці та формування креативно-інноваційної зайнятості. За результатами нашого дослідження, незбережені життя в інтервалі працеактивного віку становлять в Україні майже 40 % чоловіків та 16 % жінок. Жінки порівняно з чоловіками мають довшу тривалість життя, менші втрати у працеактивному віці, проте проводять довший період життя у поганому стані здоров'я та мають більше навантаження хворобами. Якщо у 20-річних чоловіків очікуваний період життя у поганому здоров'ї становить 13,1 % від його загальної тривалості, то у жінок — 20,7 %. В умовах постаріння населення збереженню і якісному приросту трудового потенціалу значною мірою могла б сприяти реалізація ефективної політики щодо зниження передчасної смертності в працеактивному віці та поліпшення стану здоров'я населення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Людський розвиток в Україні: інноваційний вимір: кол. моногр. / НАН України ; Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи / за ред. Е.М. Лібанової. – К., 2008. – 316 с.
2. *Гець В.М., Семиноженко В.П.* Інноваційні перспективи України: монографія. / . – Харків : Константа, 2006. – 272 с.
3. *Лисогор Л.С.* Формування інноваційної зайнятості в умовах модернізації економіки та трансформації суспільних відносин // Економіка і організація управління: Збірник наукових праць. – Вінниця: ДонНУ, 2016. – № 3 (23). – С. 82–90.
4. Смертність населення України у трудоактивному віці / Лібанова Е.М., Левчук Н.М., Рингач Н.О., Рудницький О.П., Понякіна С.А., Шевчук П.Є.; Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України – К., 2007. – 210 с.
5. *Рынгач Н.А.* Экономический эквивалент потерь вследствие преждевременной смертности в Украине // Демография и социальная экономика. – 2016. – № 2. – С. 39–49. – doi: <https://doi.org/10.1540/dse2016.02.039>
6. *Andreev E.M., McKee M., Shkolnikov V.M.* Health expectancy in the Russian Federation: a new perspective on the health divide in Europe // Bulletin of the World Health Organization. – 2003. – № 81. – P. 778–788.
7. *Kunst A., Groenhouf F., Mackenbach J.*, and the EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Mortality by occupational class among men 30–64 years in 11 European countries / A. Kunst, F. Groenhouf, J. Mackenbach // Social Science and Medicine. – 1998. – № 46. – P. 1459–1476.
8. *Mackenbach J.P.* Health Inequalities: Europe in Profile. – UK Presidency of the EU, 2006. – 52 p.
9. *Marmot M.* Social determinants of health inequalities // Lancet. – 2005. – № 365 (9464). – P. 1099–1104.
10. *Wilkinson R.G., Pickett K.E.* Income Inequality and Socioeconomic Gradients in Mortality // American Journal of Public Health. – 2008. – № 98 (4). – P. 699–704.
11. *Андреев Е.М., Харьковская Т.Л., Школьников В.М.* Изменение смертности в России в зависимости от занятости и характера труда // Народонаселение. – 2005. – № 3. – С. 68–81.
12. *Максимова Т.М.* Социальный градиент в формировании здоровья населения. – М.: ПЕР СЭ, 2005. – 240 с.
13. *Тапилина В.С.* Социально-экономический статус и здоровье населения / В.С. Тапилина // Социологические исследования. – 2004. – № 3. – С. 126–137.
14. *Robine J.-M., Romieu I., Cambois E.* Health expectancy indicators // Bulletin of the World Health Organization. – 1999. – № 77 (2). – P. 181–185.
15. *Jagger C., Cox B., Le Roy S.* Health Expectancy Calculation by the Sullivan Method // EHEMU Technical Report. Third Edition. September 2006. – 44 p.
16. *Manor O., Matthews S., Power C.* Self-rated health and limiting longstanding illness: inter-relationships with morbidity in early adulthood // International Journal of Epidemiology. – 2001. – № 30. – P. 600–607.
17. *Idler E.* Discussion: gender differences in self-rated health, in mortality, and in the relationship between the two // Gerontologist. – 2003. – № 43 (3). – P. 372–375.

REFERENCES

1. Libanova, E.M. (Ed). (2008). *Lyuds'kyi rozvytok v Ukraini: innovatsiyni vymir (2008) [Human development in Ukraine: Innovative demension]*. K. : In-t demohrafiyi ta sotsial'nykh doslidzhen' im. M.V. Ptukhy NAN Ukrayiny [in Ukrainian].
2. Geets, V., & Semynozhenko, V. (2006). *Innovatsiini perspektyvy Ukrainy [Innovation Perspectives of Ukraine]*. Kharkiv: Konstanta [in Ukrainian].
3. Lisogor, L.S. (2016). Formuvannia innovatsiinoi zainiatosti v umovakh modernisatsii ta transformatsii suspilnykh vidnosyn [Innovative employment under condition of modernization economy and transformation of public relations]. *Ekonomika i organizatsiia upravlinnia - Economics and Organization Management*, 3(23), 82–90. Vinnytsia, Donetsk National University [in Ukrainian].

4. Libanova, E., Levchuk, N., & Ryngach, N et al. (2007). *Smertnist naseleennia Ukrainy u trudoaktyvnomu vitsi [Mortality in working ages in Ukraine]*. Kyiv: IDSS [in Ukrainian].
5. Ryngach, N. A. (2016). Economishecki ekvivalent poter vsledstvie prezhdevremennoi smertnosti v Ukraine [Economic equivalent of losses due to premature mortality in Ukraine]. *Demohrafiia ta sotsialna ekonomika - Demography and social economy*, 2, 39-49. – doi: <https://doi.org/10.1540/dse2016.02.039> [in Russian].
6. Andreev, E.M., McKee, M., & Shkolnikov, V.M. (2003). Health expectancy in the Russian Federation: a new perspective on the health divide in Europe. *Bulletin of the World Health Organization*, 81, 778-788 [in English].
7. Kunst, A., Groenohof, F., & Mackenbach, J., and the EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (1998). Mortality by occupational class among men 30–64 years in 11 European countries. *Social Science and Medicine*, 46, 1459-1476.
8. Mackenbach, J.P. (2006). *Health Inequalities: Europe in Profile*. UK Presidency of the EU.
9. Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365 (9464), 1099-1104.
10. Wilkinson, R.G., & Pickett, K.E. (2008). Income Inequality and Socioeconomic Gradients in Mortality. *American Journal of Public Health*, 98 (4), 699-704.
11. Andreev, E.M., Kharkova, T.L., & Shkolnikov, V.M. (2005). Izmeneniia smertnosti v Rosii v zavisimosti ot zaniatosti i kharactera truda [Changes in mortality by occupation in Russia]. *Narodonaselenie*, 3, 68-81 [in Russian].
12. Maksimova, T.M. (2005). *Sotsialnyi gradient v formirovanii zdorovia naseleniia [Social gradient in public health]*. Moscow [in Russian].
13. Tapilina, V.S. (2004). Sotsialno-ekonomicheskii status I zdorovie naseleniia [Socio-economic status and health]. *Sotsiologicheskie issledovaniia - Sociological studies*, 3, 126-137 [in Russian].
14. Robine, J-M., Romieu, I., & Cambois, E. (1999). Health expectancy indicators. *Bulletin of the World Health Organization*, 77 (2), 181-185 [in English].
15. Jagger, C., Cox, B., & Le Roy, S. (2006). *Health Expectancy Calculation by the Sullivan Method. EHEMU Technical Report*. Third Edition.
16. Manor, O., Matthews, S., & Power, C. (2001). Self-rated health and limiting longstanding illness: inter-relationships with morbidity in early adulthood. *International Journal of Epidemiology*, 30, 600-607 [in English].
17. Idler, E. (2003). Discussion: gender differences in self-rated health, in mortality, and in the relationship between the two. *Gerontologist*, 43 (3), 372-375 [in English].

Стаття надійшла до редакції журналу 16.12.2016.