

**ІНСТИТУЦІАЛІЗАЦІЯ САМОЗБЕРІГАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ:  
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ ПІДХІД**© 2020 **ОГАНЕЗОВА А. В.**УДК 334.02:314.14:316.4.066  
JEL Classification: J12; J180; J280; J820**Оганезова А. В.****Інституціалізація самозберігальної поведінки: теоретико-методологічний підхід**

Актуальність теми обумовлена відсутністю в економічних дослідженнях конкретних алгоритмів активізації самозберігальної поведінки, що визначає здоров'я населення, отже, і людський капітал. Вирішення цієї проблеми автором бачиться в інституціоналізації самозберігальної поведінки. В роботі розроблено методологічний підхід формування інституту самозберігальної поведінки, який включає теоретичний аналіз наукових підходів до вивчення здоров'я і самозберігальної поведінки, практичний аналіз і діагностування самозберігальної поведінки населення країни, обґрунтування необхідності та розробку механізмів інституціоналізації самозберігальної поведінки. Методологія інституціоналізації самозберігальної поведінки базується на інституціональному підході і теорії факторів ризику здоров'я. Самозберігальна поведінка представлена як зобов'язання індивіда по збереженню свого здоров'я, які виражаються в діях, спрямованих на соціально-економічний добробут, що дозволяють вести здоровий спосіб життя, забезпечують екологічні параметри повсякденного життя, характеризують участь у медичних заходах. Проведений аналіз самозберігальної поведінки з позиції теорії факторів ризику здоров'я в Україні показав, що в країні сформована інституційна пастка – інститут здоров'ярівнівної поведінки. Для її трансформації запропоновано механізм інституціоналізації самозберігальної поведінки, який складається з нормативно-правового, організаційно-економічного, інформаційного інструментів; вони координують дії економічних суб'єктів при взаємодії таким чином, щоб нівелювати негативний вплив факторів ризику здоров'я, і посилюють позитивний вплив, що сприяє підвищенню особистої відповідальності за здоров'я.

**Ключові слова:** самозберігальна поведінка, здоров'я, інституційний підхід, інститут, методологічний підхід**DOI:** <https://doi.org/10.32983/2222-0712-2020-2-397-406>**Рис.:** 2. **Табл.:** 2. **Бібл.:** 32.**Оганезова Анна Вікторівна** – кандидат економічних наук, доцент, доцент кафедри менеджменту та економіки в сімейній медицині, Харківська медична академія післядипломної освіти (вул. Амосова, 58, Харків, 61176, Україна)**E-mail:** [av.oganezova@gmail.com](mailto:av.oganezova@gmail.com)**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-3643-1948>**SPIN:** <http://elibrary.ru/3911-5949>УДК 334.02:314.14:316.4.066  
JEL Classification: J12; J180; J280; J820**Оганезова А. В. Институционализация самосохранительного поведения: теоретико-методологический подход**

Актуальность темы обусловлена отсутствием в экономических исследованиях конкретных алгоритмов активизации самосохранительного поведения, которое определяет здоровье населения, следовательно, и человеческий капитал. Решение этой проблемы автором видится в институционализации самосохранительного поведения. В работе представлен методологический подход формирования института самосохранительного поведения, который включает теоретический анализ научных подходов к изучению здоровья и самосохранительного поведения, практический анализ и диагностирование самосохранительного поведения населения страны, обоснование необходимости и разработку механизмов институционализации самосохранительного поведения. Методология институционализации самосохранительного поведения базируется на институциональном подходе и теории факторов риска здоровья. Самосохранительное поведение представлено как обязательства индивида по сохранению своего здоровья, которые выражаются в действиях, направленных на социально-экономическое благополучие, позволяющих вести здоровый образ жизни, обеспечивающих экологические параметры повседневной жизни, характеризующих его участие в медицинских мероприятиях. Проведенный анализ самосохранительного поведения с позиции теории факторов риска здоровья в Украине показал, что в стране сфор-

UDC 334.02:314.14:316.4.066  
JEL Classification: J12; J180; J280; J820**Oganezova G. V. Institutionalization of Self-Preservation: Theoretical and Methodological Approach**

The relevance of the topic is due to the absence in economic studies of specific algorithms for activating self-preservation that determines the health of a country's population, and therefore, its human capital. The author sees the solution to this problem in institutionalization of self-preservation. The paper presents a methodological approach to the formation of the institution of self-preservation, which includes a theoretical analysis of scientific approaches to studying health and self-preservation, practical analysis and diagnosis of self-preservation of the country's population, substantiation of the need for mechanisms for institutionalizing self-preservation and their development. The methodology for institutionalizing self-preservation is based on an institutional approach and the theory of health risk factors. Self-preservation is described as an individual's obligations to preserve his/her health, which are manifested in actions aimed at achieving socio-economic well-being, allowing a healthy lifestyle, ensuring ecological parameters of everyday life, characterizing his/her participation in medical events. The analysis of self-preservation in Ukraine from the standpoint of the theory of health risk factors shows that an institutional trap – the institution of health-damaging behavior was formed in the country. For its transformation, a mechanism for institutionalizing self-preservation is proposed. The mechanism consists of regulatory, organizational, economic and information tools that coordinate the interaction of economic entities in such a way as to neutralize the nega-

мирована інституціональна ловушка – інститут здоров'язрушительного поведіння. Для її трансформації пропонується механізм інституціоналізації самозберігального поведіння, який складається з нормативно-правового, організаційно-економічного, інформаційного інструментів; вони координують дії економічних суб'єктів при взаємодії таким чином, щоб знизити негативний вплив факторів ризику здоров'я, і посилюють позитивний вплив, що сприяє підвищенню особистої відповідальності за здоров'я.

**Ключеві слова:** самозберігальне поведіння, здоров'я, інституціональний підхід, інститут, методологічний підхід.

**Рис.: 2. Табл.: 2. Бібл.: 32.**

**Оганезова Анна Вікторівна** – кандидат економічних наук, доцент, доцент кафедри менеджменту та економіки в сімейній медицині, Харківська медична академія післядипломної освіти (ул. Амосова, 58, Харків, 61176, Україна)

**E-mail:** av.oganezova@gmail.com

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-3643-1948>

**SPIN:** <http://elibrary.ru/3911-5949>

positive impact of health risk factors and enhance their positive impact, which contributes to increased personal responsibility for health.

**Keywords:** self-preservation, health, institutional approach, institute, methodological approach.

**Fig.: 2. Tabl.: 2. Bibl.: 32.**

**Oganezova Ganna V.** – Candidate of Sciences (Economics), Associate Professor, Associate Professor of the Department of Management and Economics in Family Medicine, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education (58 Amosova Str., Kharkiv, 61176, Ukraine)

**E-mail:** av.oganezova@gmail.com

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-3643-1948>

**SPIN:** <http://elibrary.ru/3911-5949>

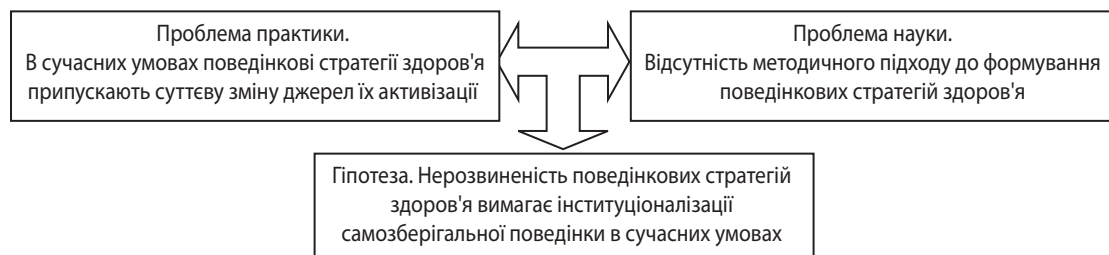
**Вступ.** Здоров'я в сучасній економіці набуває особливої важливості, тому що поряд із освітою воно становить основу людського капіталу. В Україні «упродовж тривалого часу в ... суспільстві формувалася не культ здоров'я, а «пільги на хворобу» (в організації праці на виробництві, відпочинку, харчування, соціального забезпечення, надання пільгового житла тощо)» [1]. Погіршення стану здоров'я населення України в 90-ті роки, яке і зараз продовжує залишатися на низькому рівні порівняно з розвиненими західними країнами (високі показники захворюваності, інвалідності, смертності, низька тривалість життя), свідчить про низькі норми самозберігального поведінки (СЗП), відсутність механізмів її стимулювання. Тому в сучасних умовах необхідно змінити джерела активізації поведінкових стратегій здоров'я, їх нерозвиненість вимагає інституціоналізації СЗП, тобто рутинізації поведінки індивідів у сфері збереження власного здоров'я. Особливу важливість заявлена тема набуває в період пандемії COVID-19. Тому розробка методологічного підходу до інституціоналізації СЗП актуальна.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** СЗП досліджується в педагогіці, валеології, медицині, соціології, демографії [2; 3]. Процеси індустріалізації викликали інтерес до здоров'я і СЗП у економістів у зв'язку з необхідністю збільшення людського капіталу, зменшення демо-

графічних і економічних втрат. Найбільшу популярність здобули роботи Гроссмана М. [4], який з позиції теорії людського капіталу розробив моделі попиту на здоров'я. В Україні здоров'я, СЗП розглядаються в роботах Камінської Т. М. [5], Лібанової Е. М. [6], Левчук Н. М. [7], Шушпанова Д. Г. [8]. Проте питання розробки методології інституціоналізації СЗП і механізмів, які для цього потрібні, досліджені недостатньо, що визначає напрям нашого наукового пошуку.

**Метою** статті є розробка методологічного підходу до формування інституту СЗП. У роботі використано системний підхід, контент-аналіз, метод логічного моделювання та конструювання, графічний метод.

**Виклад основного матеріалу.** У процесі дослідження було встановлено, що наявна модель поведінки населення України щодо турботи про власне здоров'я носить реактивний характер (людина починає піклуватися про здоров'я, звертається за медичною допомогою тільки тоді, коли настає хвороба), витрати (інвестиції) на здоров'я носять шоківий характер і пов'язані з різким погіршенням здоров'я. Для того щоб інвестиції в здоров'я мали постійний характер, потрібні стимули, «виховання волі до здоров'я», формування поведінкових стратегій здоров'я. Для вирішення проблеми була сформульована гіпотеза про необхідність інституціоналізації СЗП (рис. 1).



**Рис. 1.** Проблеми науки та практики щодо формування СЗП і гіпотеза їх рішення

Джерело: розроблено автором

Формування інституту СЗП вимагає об'єктивності та надійності наукових висновків і залежить від загального підходу до розуміння сутності досліджуваних явищ і процесів, тобто передбачає вибір теоретико-методологічних стратегій дослідження – наукового фундаменту, з позиції якого пояснюються основні явища, розкриваються закономірності, які вирішальним чином впливають на теоретичну інтерпретацію цих явищ у майбутньому. Тому автором був розроблений методологічний підхід до формування СЗП, який містить такі етапи:

1. Визначення сутності СЗП.
2. Теоретичні підходи до формування інституту СЗП.
3. Аналіз СЗП в Україні.
4. Діагностика СЗП.
5. Розробка механізмів інституціоналізації СЗП.

Розглянемо кожен з них детальніше.

У демографії СЗП визначається як «система дій і установок особистості, спрямованих на збереження здоров'я і продовження життя» [9, с. 169]; його рекомендується розглядати «... в тому числі, як економічне, оскільки передбачає доцільне споживання і різну діяльність з підтримки здоров'я, а також виступає в якості компонента робочої сили» [10]. Також СЗП розглядають як попит (інвестиційний або споживчий) на здоров'я [11]. Автор виявив «вузьке» і «розширене» трактування СЗП: згідно з першим СЗП – це діяльність індивіда з підтримки власного здоров'я: набір індивідуальних практик, норм, особистих установок, що ведуть до поліпшення або погіршення здоров'я (споживання алкоголю, тютюну, наркотиків, куріння, фізична активність, тип харчування, безпечний секс та інші можливі індивідуальні поведінкові норми).

«Розширене» трактування СЗП передбачає залучення до процесу збереження здоров'я інших суб'єктів ринку (роботодавців, держави), тобто СЗП залежить не тільки від самого індивіда, а від більш розширеного соціально-економічного контексту: зайнятість, дохід, трудовий режим, екологічна обстановка, медичне обслуговування та ін. Коли йдеться про деструктивні практики щодо власного здоров'я, використовують термін «здоров'яруйнівна поведінка» (ЗРП).

В економічних дослідженнях автором виділено кілька підходів, кожен з яких пояснює ту чи іншу модель поведінки – СЗП або ЗРП.

1. Соціоекономічний підхід [6–8; 10]. Згідно з цим підходом СЗП залежить від позиції людини в соціальній стратифікації, від соціально-економічного статусу індивіда (абсолютного і відносного доходу, освіти, професії, віку, сімейного стану, національності, статі тощо); вчені розглядають «соціальний градієнт здоров'я».
2. Інвестиційний підхід [4; 11]. Відповідно до цього підходу здоров'я – це капітал або складова частина людського капіталу; СЗП залежить від людського капіталу (від освіти), тому що саме освіта дає можливість краще використовувати знання для турботи про здоров'я, робити правильний раціональний вибір (інвестувати в здоров'я для отримання доходів у майбутньому); або СЗП за-

лежить від віддачі, результативності людського капіталу: поведінка освічених людей щодо збереження здоров'я відрізняється від неосвічених тільки в тому випадку, коли підвищується альтернативна вартість дозвілля (нездоров'я).

3. Інституційний підхід [12–14]. При цьому підході СЗП визначається діючими у країні інститутами; неефективні інститути є причиною так званих «шоттермізму» і «інвестиційної короткозорості» щодо здоров'я.
4. Теорія соціальної відповідальності [15; 16]. СЗП є соціальною відповідальністю індивіда, тому що підвищує його конкурентоспроможність. Йдеться про соціальну відповідальність індивіда перед сім'єю, роботодавцем, державою, суспільством; для ефективного виконання ролі сім'янина, працівника, громадянина необхідно мати хороше здоров'я.

Авторський підхід до СЗП пов'язаний з теоріями соціальної відповідальності та факторів ризику здоров'я. Фактори ризику здоров'я – це фактори, які детермінують здоров'я, а отже, й індивідуальні установки, що визначають здоров'я. Тоді в розширеному трактуванні СЗП є відповідальністю, зобов'язанням індивіда, а також роботодавця, держави щодо збереження здоров'я, які виражаються в діях, спрямованих на соціально-економічний добробут, що дозволяють вести здоровий спосіб життя; забезпечують екологічні параметри в повсякденному житті; характеризують участь у медичних заходах, що забезпечують її якість і доступність.

Автором був проведений аналіз СЗП населення України з урахуванням впливу факторів ризику здоров'я (табл. 1). Результати аналізу свідчать про низький рівень СЗП внаслідок негативних соціально-економічних умов, незначного поширення норм здорового способу життя, низької медичної активності з профілактичною метою, екологічної неосвіченості.

Спробуємо уявити власне бачення причин ситуації, що склалася з урахуванням теоретичних підходів, наведених вище. – проведемо діагностику. З позицій інвестиційного підходу: низькі норми СЗП обумовлені низькою цінністю людського капіталу в країні. Незважаючи на високий рівень освіченості населення в цілому, в Україні індивіди демонструють низькі норми СЗП, нерозвинені поведінкові стратегії інвестиційного ставлення до здоров'я. Детально це питання розкрито автором в роботі [17].

З позицій інституціонального підходу: низькі норми СЗП обумовлені неефективністю формальних і неформальних інститутів, а також ірраціональністю, опортунізмом індивідів щодо власного здоров'я (не виконується задекларована в Конституції норма про безкоштовну медичну допомогу; використовуються шкідливі речовини в харчовій промисловості, недостатньо очищується питна вода, не дотримуються правил охорони праці, техніки безпеки, сформований формальний підхід при проходженні професійних медичних оглядів; тощо) [3; 5–8].

Наведений аналіз дає підставу для такого висновку: СЗП в Україні має низький рівень і носить нерівномірний і неефективний характер, що свідчить про формування

Таблиця 1

## Аналіз факторів, що визначають СЗП в Україні

Фактор	Вплив фактора на СЗП		Результат
	2	3	
	<i>Соціально-економічні умови та образ життя</i>		
Доходи	За останні роки (2013–2019 рр.) рівень доходів населення знизився, зросла частка «працюючих бідних»; у структурі доходів основна частка належить заробітній платні; вона є найменшою серед європейських країн (в Україні – 460 доларів США, Німеччині – 4392, Польщі – 1253, Угорщині – 1187, Болгарії – 710 (2019 р.)) і тому не виконує відтворювальної функції робочої сили		
Зайнятість	Накладається зниження рівня економічної активності населення, скорочення зайнятості в базових галузях економіки, зростання зайнятості в неформальному секторі з переважно некваліфікованою і низькокваліфікованою працею, зростання рівня прихованого безробіття		
Харчування	Для населення характерний низький рівень калорійності харчування порівняно з країнами ЄС: в Україні – 2742 ккал/добу на особу, Польщі – 3485, Бельгії – 3793, Німеччині – 3539, Великій Британії – 3414, Румунії – 3363. В структурі доходів сім'ї витрати на харчування – 55,3%; в той час як у Великій Британії – 8,4 %, Німеччині – 10,5 %, Польщі – 16,9 % [18]. Перевагу надають дешевим продуктам харчування, які не забезпечують збалансований раціон; по 7 з 10 основних харчових продуктів споживання нижче встановленого раціонального рівня [19]. Низька якість споживаної води – виявлені невідповідні гігієнічним нормативам проби питної води джерел централізованого водопостачання [20]	<ul style="list-style-type: none"> <li>Низький рівень соціально-економічної активності;</li> <li>низькі показники поширення норм здорового способу життя (прогресуюча наркоманія, поширення тютюнопаління, алкоголізація, низька фізична активність населення тощо)</li> </ul>	Середня тривалість життя найнижча серед європейських країн – 71,76 р. (66,69 р. – чоловіки, 76,72 р. – жінки); смертність – найвища 1485,7 на 100 тис. осіб
Відпочинок	У структурі витрат домогосподарств витрати на культуру складають 1,5 %, в Європі – 11,0 %. Серед економічно активного населення не всі мають щорічну відпустку (роботодавці – 18,8%, самозайняті – 25,7 %). «У сучасних умовах пострадянського капіталізму відпусткою (власним здоров'ям) зазвичай жертвують, щоб не втратити престижну роботу та/або час для заробляння грошей» [21]		
Шкідливі звички (алкоголь, куріння, наркоманія, ВІЛ / СНІД)	Рівень споживання алкоголю більш ніж у сім разів перевищує допустимий рівень, найвищий рівень споживання алкоголю серед європейських країн – 15 літрів; на кожного українця щорічно припадає 7 літрів міцного алкоголю, 60 літрів пива та не менше 7 літрів вина [22]. Наркоманія зростає на 8 % за рік, що є одним з найвищих у світі показників, 70 % наркоманів – молоді до 25 років [23]. За період 1987–2017 рр. зареєстровано більше 315,6 тис. випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 102,2 тис. випадків захворювання на СНІД та майже 45,1 тис. випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом [24, с. 129]		
Рухова активність	В Україні лише 3 % населення віком від 16 до 74 років мали достатній рівень оздоровчої рухової активності (не менше 4–5 занять на тиждень тривалістю одного заняття не менше 30 хвилин). У країні 37 % чоловіків і 48 % жінок ведуть малорухливий спосіб життя. Серед молоді 15 % хлопчиків і 17,5 % дівчаток мають зайву масу тіла або ожиріння. Серед підлітків не сформована культура здорового відпочинку, не більше 20 % виконують ранкову гімнастику [24, с. 107]. За даними МООН України, 36 % учнів загальноосвітніх шкіл мають низький рівень фізичного здоров'я, а 34 % – нижчий за середній		

Закінчення табл. 1

1	2	3	4
<i>Екологічний фактор</i>			
Адекватність побутових умов життя	В країні незадовільні житлові умови: високий рівень перенаселеності приміщень через недостатній житловий простір; відсутність базових умов комфорту в житлових приміщеннях, перш за все, в сільській місцевості [25, с.137]. Водопроводом забезпечено 61,2% населення, каналізацією – 59,2%, опаленням – 68,9%, гарячим водопостачанням – 47,0%; понад 7 млн. домогосподарств в країні забезпечено житлом нижче встановленої чинним законодавством норми [26, с.305].	Низька активність щодо поліпшення якості побутових екологічних умов; низький ступінь розвитку навичок і традицій екологічно-грамотної поведінки.	
Якість трудового середовища	Понад 838,6 тис. осіб (2017 р.) працюють у шкідливих умовах (28,4 % від загальної чисельності працюючих) [27]; за результатами обстеження більше 50 % респондентів вважають, що їхнє здоров'я погіршилося через негативні фактори на робочому місці, 23 % зазначають істотне погіршення здоров'я, 5 % відчувають себе здоровішими завдяки роботі [28]. Роботодавці, керуючись інтересами прибутковості бізнесу, не дбають про здоров'я своїх працівників (економлять на безпеці праці, збільшують тривалість робочого дня, інтенсивність праці та інше) [29]		
<i>Медичне обслуговування</i>			
Попит на послуги програм ДМС	У країні договір ДМС має не більше 5–7 % працездатного населення, велика частина користувачів медичних страховок – кияни, а також жителі великих міст, для яких страховку придбав роботодавець [30]	Відсутність попиту на послуги програм добровільного медичного страхування;	
Медична грамотність, активність	Дослідження «Індекс Здоров'я України» (більше 10 000 осіб) у 2017 р. показало низький рівень звернення з проханнями на медогляди або нехтують рекомендаціями комісії і продовжують роботу в шкідливих умовах; значна частина захворюваності є прихованою та не фіксується візитом до лікаря й оформленням лікарняного листа, що знижує працездатність працюючих	низька медична грамотність та активність з профілактичною метою	
Відповідальність за здоров'я	Україна є однією із країн з найвищим рівнем суїцидів – більше 20 випадків на 100 тис. населення		

Джерело: складено автором

інституційної пастки – інституту ЗРП: дії індивідів призводять до втрати людського капіталу, проте вони продовжують слідувати неефективним практикам. ЗРП носить негативний зовнішній ефект: хвороби призводять до низької продуктивності, витрат на лікування, а можливо – і передчасної смерті (на особистому рівні), пропусків робочого часу через хворобу і передчасної смертності, а отже, втрати громадського сектора, додаткових витрат національної системи охорони здоров'я; можливий прямиий збиток здоров'ю та життю третіх осіб: насильство, каліцтва, вбивства, ДТП. Так, за розрахунками Левчук Н. М., сумарні середньорічні втрати тільки внаслідок алкозалежної смертності становили в Україні 2774 тис. людино-років, через тютюнозалежну смертність – 1987 тис. людино-років [7, с. 381].

Причини формування інституційної пастки мають об'єктивний і суб'єктивний характер. Зазначимо найбільш важливі:

- ослаблення інститутів вищого порядку (законів етики, захисту приватної власності, інституту довіри, судової системи), а також неефективність інститутів, які координують взаємодії всіх суб'єктів ринку, відсутність або слабкість інституту примусу до виконання формальних норм [5; 6];
- низька цінність людського капіталу [17];
- низькі норми оплати праці, що обмежує фінансові можливості для відтворення здоров'я [7; 8];
- рентоорієнтована поведінка роботодавців, відсутність стимулів зберігати здоров'я працівників [29];
- переважання ефекту заміщення над ефектом доходу на ринку праці (ринкова модель поведінки, заснована на постійному прагненні до зростання доходів, призводить сучасну людину до самоексплуатації – множинна зайнятість, роботоголізм, кароші, професійне вигорання) [28];
- неузгодженість інтересів різних груп економічних агентів: інтереси медичної спільноти (виробників послуг) і індивідів (споживачів послуг), роботодавців і працівників з питань збереження здоров'я лежать у різних площинах [5];
- занижена оцінка майбутнього часу («шоттермізм», «інвестиційна короткозорість»), обумовлена невизначеністю і нестабільністю ринкового середовища, призводить до збільшення попиту на товари і активи, що сприяють розтрачанню здоров'я, а не його збереженню [6–8].

Щоб трансформувати інституціональну пастку, необхідні механізми інституціоналізації (рис. 2).

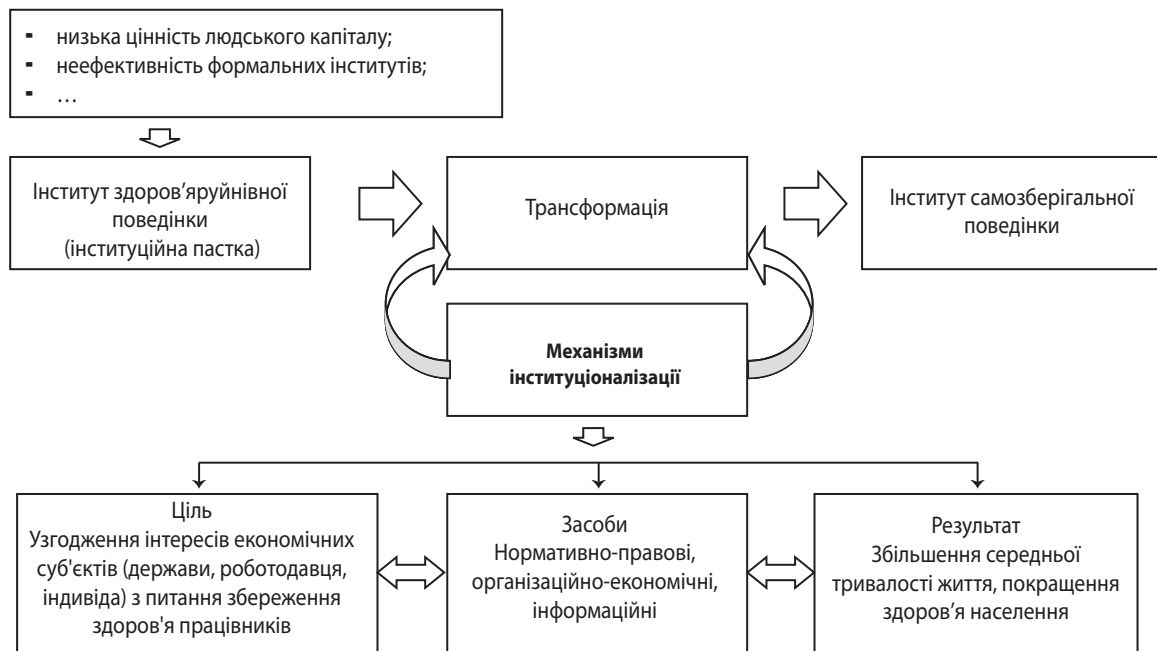


Рис. 2. Формування інституту самозберігальної поведінки

Джерело: розроблено автором

Інституціоналізація – це процес формалізації і закріплення норм і практик поведінки суб'єктів ринку, добровільних зобов'язань морально-етичного та економічного характеру і дотримання цінностей корпоративного громадянства. Інституціоналізація вважає формування нових інститутів або закріплення, стабілізацію або трансформацію вже існуючих інститутів. У процесі інституціоналізації встановлюється організована взаємодія всіх суб'єктів ринку з використанням необхідних норм і правил, пріори-

тетом в яких виступає збереження здоров'я. Механізм інституціоналізації «надає соціально-економічним зв'язкам, які лежать в основі інститутів, упорядкований, нормативний характер, в результаті якого встановлюється певний соціальний порядок» [32, с. 154]. Під механізмами інституціоналізації СЗП будемо розуміти заходи нормативно-правового, організаційно-економічного та інформаційного характеру, що сприяють рутинізації дій економічних суб'єктів щодо збереження здоров'я населення. Механізми інституціоналізації СЗП

можуть мати різний характер за ступенем впливу на поведінку економічних суб'єктів – регулюючий, стимулюючий, інформу-ючий. Дотримуючись логіки дослідження, автором розроблені механізми інституціоналізації СЗП, що впливають на чинники ризику здоров'я, тобто з точки зору їх координації дій економічних суб'єктів при взаємодії таким чином, щоб нівелювати негативний вплив на здоров'я ФРЗ і посилити позитивне (табл. 2). Враховуючи багатоаспектність проблеми формування джерел активізації ССП, представляється, що запропонований комплексний підхід полегшує прийняття управлінських рішень щодо суб'єкта, об'єкта, змісту соціальної відповідальності за збереження здоров'я та їх забезпечення.

**Висновки.** У роботі автором було обґрунтовано гіпотезу про необхідність інституціоналізації СЗП. Отримані результати демонструють обмеженість, неефективність і небезпеку поведінкового підходу, що активно просувається в Україні в здоров'яохоронній політиці, який акцентує увагу на особистій відповідальності за здоров'я і не враховує економічного контексту. Важливим для державних чиновників, що визначають соціальну політику, є розуміння того факту, що формування СЗП у сучасних умовах, вимагає міжсекторальних рішень, не пов'язаних безпосередньо з наданням медичної допомоги населенню. Визнаючи особливу роль охорони здоров'я в активізації поведінкових стратегій здоров'я, найбільш продуктивним є комплексна взаємодія медичних організацій з організаціями інших відомств (соціальний захист, освіта, економіка тощо). Представлений в роботі підхід цілком може слугувати методологічною основою для практичних дій органів державної влади та суб'єктів ринку (індивідів, роботодавців, держави) в напрямку формування СЗП як найважливішого в даний час фактора збільшення тривалості життя.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Слабкий Г. Профілактика – не тільки здоровий спосіб життя. *Ваше здоров'я*. 2017. URL: <http://www.vz.kiev.ua/ru/profilaktyka-ne-tilky-zdorovyj-sposib-zhyttya>
2. Короленко А. В. Модели самосохранительного поведения населения: подходы к изучению и опыт построения. *Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз*. 2018. Т. 11. № 3. С. 248–263.
3. Спивак М. В. Державна політика здоров'язбереження: світовий досвід і Україна : монографія. Київ : Ін-т держави і права ім. В. М. Корецького НАН України ; Логос, 2016. 536 с.
4. Grossman M. The Relationship Between Schooling and Health. *Eastern Economic Journal*. 2008. Vol. 34. P. 281–292.
5. Камінська Т. М. Економічні інтереси суб'єктів охорони здоров'я. *Вісник НЮА ім. Ярослава Мудрого*. 2010. № 3. С. 54–63.
6. Нерівність в Україні: масштаби та можливості впливу : монографія / за ред. Е. М. Лібанової. Київ : ІДСД ім. М. В. Птухи НАН України, 2012. 404 с.
7. Левчук Н. М. Асоціальні явища в Україні у демографічному вимірі : монографія. Київ : ІДСД ім. М. В. Птухи НАН України, 2011. 492 с.
8. Шушпанов Д. Г. Соціально-економічні детермінанти нерівності у здоров'ї населення : автореф. дис. ... канд. екон. наук : 08.00.07. Київ, 2019. 43 с.
9. Борисов В. А. Демографія. М. : NOTABENE, 2001. 272 с.
10. Назарова И. Б. Здоровье занятого населения. М. : МАКСПресс, 2007. 526 с.
11. Скоробогатов А. С. Зависимость между человеческим капиталом и самосохранительным поведением. *Terra Economicus*. 2010. Т. 8. № 4. С. 20–36.
12. Дитон А. Великий побег: Здоровье, богатство и истоки неравенства. М. : Изд-во Ин-та Гайдара ; Фонд «Либеральная Миссия», 2016. 368 с.
13. Мосейко Е. Е. Институциональный подход к накоплению капитала здоровья. *Вестник СГСЭУ*. 2013. № 3 (47). С. 21–25. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/institutsionalnyu-podhod-k-nakopleniyu-kapitala-zdorovya>
14. Розмаинский И. В., Татаркин А. С. Неверие в будущее и «негативные инвестиции» в капитал здоровья в современной России. *Вопросы экономики*. 2018. № 1. С. 128–150. URL: <https://www.institutiones.com/general/3110-neverie-v-budushee-i-negativnye-investicii-v-kapital-zdorovya.html>
15. Грішнова О. А., Міщук Г. Ю., Олійник О. О. Соціальна відповідальність у трудових відносинах: теорія, практика, регулювання ризиків. Рівне : НУВГП, 2014. 216 с.
16. Колот А. Соціальна відповідальність людини як чинник стійкої соціальної динаміки: теоретичні засади. *Україна: аспекти праці*. 2011. № 3. С. 3–9.
17. Oganezova A. The health behavior in the context of innovative development. *Innovative Economics and Management*. 2018. No. 2. С. 17–23.
18. Смоляр В. І. Стан фактичного харчування населення незалежної України. *Проблеми харчування*. 2012. № 1–2. С. 5–9.
19. Шликова В. О., Леванда О. М. Доходи, умови харчування й тривалість життя населення: порівняльний аналіз України та країн ЄС. *Демографія та соціальна економіка*. 2018. № 1 (32). С. 140–152.
20. Зоріна О. В., Протас С. В. Гігієнічна оцінка якості водопровідних питних вод за санітарно-хімічними показниками та удосконалення науково-методологічних підходів до їх оцінки з урахуванням вимог європейського законодавства. *Scientific Journal «ScienceRise: Biological Science»*. 2018. No. 4 (13). С. 4–11.
21. Беленок О.А., Мацко-Демиденко І.В. Рекреаційна поведінка громадян України в контексті здоров'язбереження. *Український соціум*. 2017. № 1 (60). С. 31–48.
22. Балакірева О. М., Бондар Т. В., Павлова Д. М. Динаміка поширення куріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед молоді, яка навчається. *Український соціум*. 2016. № 4 (59). С. 21–41.
23. Рущенко І. П., Сердюк О. О. Моніторинг адиктивної поведінки харківської молоді: концептуалізація даних емпіричних спостережень. *Український соціум*. 2016. № 4 (59). С. 42–56.
24. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 рік. Київ : МВЦ «Медінформ», 2018. 458 с.
25. Черненко Л. М. Житлові умови населення України та вибір пріоритетних напрямів житлової політики. *Демографія та соціальна економіка*. 2018. № 1 (32). С. 126–139.
26. Тищенко О. П. Європейський підхід до розвитку житлового господарства: орієнтири для України. *Актуальні проблеми економіки*. 2015. № 3 (165). С. 301–309.
27. Нагорна А. М. Медико-соціальні та демографічні детермінанти формування трудового потенціалу в Україні. *Український журнал з проблем медицини праці*. 2018. № 2 (55). С. 3–19.
28. Условия труда «гробят» здоровье сотрудников. URL: <https://grc.ua/article/13246>

Таблиця 2

## Механізми інституціоналізації СЗП з урахуванням ФРЗ

Фактори ризику здоров'я	Механізми інституціоналізації самозберігальної поведінки		Інформаційні
	Нормативно-правові	Організаційно-економічні	
Фактор «Соціально-економічне благополуччя і спосіб життя»	<ul style="list-style-type: none"> <li>Стандарти заробітної плати.</li> <li>Антиалкогольне, антитютюнове законодавство.</li> <li>Гармонізація національних стандартів та інших нормативно-правових актів у сфері питної води та питного водопостачання, виробництва продуктів харчування до стандартів ЄС</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Створення інфраструктури для заняття фізкультурною і спортом. Податкові відрахування для людей, що займаються спортом; пільгове субсидування платних занять спортом.</li> <li>Формування національної системи управління якістю харчової продукції; моніторинг якості продуктів харчування з використанням біомаркерів.</li> <li>Пільгові умови (субсидії, система оподаткування, механізми ціноутворення) виробникам, продавцям «здорових» продуктів харчування (фруктів, овочів); фіксування мінімальної ціни на «шкідливі» продукти; податки на алкогольну, тютюнову продукцію, на шкідливі продукти харчування (солонка газувана вода). Пряма заборона або обмеження деяких можливостей вибору (наприклад, обмеження часу продажу алкогольних напоїв; заборона на куріння в громадських місцях)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ЗМІ, навчальні програми в школі, виші, спрямовані на формування вподобань.</li> <li>Коригування вподобань (наприклад: інформація на упаковках товарів, консультації фахівців, реклама).</li> <li>Створення міжвідомчої системи освіти ЗСЖ, з питань здорового харчування</li> </ul>
Екологічний фактор	Стандарти екологічної захищеності людей в рамках будівництва та експлуатації житлового середовища	Державно-приватне партнерство в сфері будівництва для підвищення доступності сучасного житла. Податкові пільги роботодавцям, які впроваджують програми здоров'я на робочому місці	Інформування щодо санітарно-гігієнічних та екологічних норм життєдіяльності
Фактор «Медичне обслуговування»	Норми, що встановлюють відповідальність за медичну активність (звернення по медичну допомогу, поведінка під час хвороби, споживання лікарських засобів тощо)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Введення обов'язкового медичного страхування, добровільне медичне страхування.</li> <li>Соплатежі населення за медичну допомогу</li> </ul>	Санітарна просвіта (пропаганда заходів щодо профілактики хвороб і боротьби з нею; доступ до процедур, здатних протидіяти природному процесу старіння)

Джерело: розроблено автором



29. Oganezova A. Employers' responsibility for maintaining the health of the employees in Ukraine: the results of empirical research. *Revista ESPACIOS*. 2020. Vol. 41 (15). 2020. P. 29.

30. Харламов П. Ціна здоров'я: що відбувається з індивідуальним медичним страхуванням в Україні. 2019. URL: <https://mind.ua/publications/20192337-cina-zdorovya-shcho-vidbuvaetsya-z-individualnim-medichnim-strahuvanniam-v-ukrayini>

31. Індекс здоров'я. Україна. Київ, 2016. 52 с.

32. Логинова Л. В. Механізм інституціоналізації інтересів: сутність і роль в модернізації общества. *Філософія і общество*. 2008. № 4 (52). С. 148–157. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/mehanizm-institutsionalizatsii-interesov-suschnost-i-rol-v-modernizatsii-obschestva>

## REFERENCES

- Balakirjeva, O. M., Bondar, T. V., and Pavlova, D. M. "Dynamika poshyrennia kurinnia, vzhivannia alkoholu ta narkotychnykh rechovyn sered molodi, yaka navchajetsia" [Dynamics of the Spread of Smoking, Alcohol and Drug use Among Young People Studying]. *Ukrainskyi sotsium*, no. 4(59) (2016): 21–41.
- Bieliienok, O. A., and Matsko-Demydenko, I.V. "Rekreasiina povedinka hromadian Ukrainy v konteksti zdoroviazberezhenia" [Recreational Behavior of Citizens of Ukraine in the Context of Health Care]. *Ukrainskyi sotsium*, no. 1(60) (2017): 31–48.
- Borisov, V. A. *Demografiya* [Demography]. Moscow: NOTABENE, 2001.
- Cherenko, L. M. "Zhytlovi umovy naselennia Ukrainy ta vybir priorityetnykh napriamiv zhytlovoi polityky" [Housing Conditions of the Population of Ukraine and the Choice of Priority Areas of Housing Policy]. *Demografiya ta sotsialna ekonomika*, no. 1(32) (2018): 126–139.
- Diton, A. *Velikiy pobeg: Zdorove, bogatstvo i istoki neravenstva* [The Great Escape: Health, Wealth, and the Origins of Inequality]. Moscow: Izd-vo In-ta Gaydara; Fond «Liberalnaya Missiya», 2016.
- Grossman, M. "The Relationship between Schooling and Health". *Eastern Economic Journal*, vol. 34 (2008): 281–292.
- Hrishnova, O. A., Mishchuk, H. Yu., and Oliinyk, O. O. *Sotsialna vidpovidalnist u trudovykh vidnosynakh: teoriia, praktyka, rehu-liuvannia ryzykiv* [Social Responsibility in Labor Relations: Theory, Practice, Risk Regulation]. Rivne: NUVHP, 2014.
- Indeks zdorovia. Ukraina* [Health Index. Ukraine]. Kyiv, 2016.
- Kaminska, T. M. "Ekonomichni interesy subiektiv okhorony zdorovia" [Economic Interests of Health Care Entities]. *Visnyk NYuA im. Yaroslava Mudroho*, no. 3 (2010): 54–63.
- Kharlamov, P. "Tsina zdorovia: shcho vidbuvaetsia z indyvidualnym medychnym strakhuvanniam v Ukraini" [The Price of Health: What Is Happening with Individual Health Insurance in Ukraine]. 2019. <https://mind.ua/publications/20192337-cina-zdorovya-shcho-vidbuvaetsya-z-individualnim-medichnim-strahuvanniam-v-ukrayini>
- Kolot, A. "Sotsialna vidpovidalnist liudyny yak chynnyk stiikoi sotsialnoi dynamiky: teoretychni zasady" [Human Social Responsibility as a Factor of Stable Social Dynamics: Theoretical Principles]. *Ukraina: aspekty pratsi*, no. 3 (2011): 3–9.
- Korolenko, A. V. "Modeli samosokhranitel'nogo povedeniya naseleniya: podkhody k izucheniu i opyt postroeniya" [Models of Self-preserving Behavior of the Population: Approaches to the Study and Construction Experience]. *Ekonomicheskiye i sotsialnyye peremeny: fakty, tendentsii, prognoz*, vol. 11, no. 3 (2018): 248–263.
- Levchuk, N. M. *Asotsialni yavlyshcha v Ukraini u demografichnomu vymiri* [Antisocial Phenomena in Ukraine in the Demographic Dimension]. Kyiv: IDSD im. M. V. Ptukhy NAN Ukrainy, 2011.
- Loginova, L. V. "Mekhanizm institutsionalizatsii interesov: sushchnost i rol v modernizatsii obschestva" [The Mechanism of Institutionalization of Interests: the Essence and Role in the Modernization of Society]. *Filosofiya i obschestvo*. 2008. <https://cyberleninka.ru/article/n/mehanizm-institutsionalizatsii-interesov-suschnost-i-rol-v-modernizatsii-obschestva>
- Moseyko, Ye. Ye. "Institutsionalnyy podkhod k nakopleniyu kapitala zdorovya" [Institutional Approach to the Accumulation of Health Capital]. *Vestnik SGSEU*. 2013. <https://cyberleninka.ru/article/n/institutsionalnyy-podkhod-k-nakopleniyu-kapitala-zdorovya>
- Nahorna, A. M. "Medyko-sotsialni ta demografichni determinanty formuvannia trudovoho potentsialu v Ukraini" [Medical, Social and Demographic Determinants of Labor Potential Formation in Ukraine]. *Ukrainskyi zhurnal z problem medytsyny pratsi*, no. 2(55) (2018): 3–19.
- Nazarova, I. B. *Zdorove zanyatogo naseleniya* [The Health of the Employed Population]. Moscow: MAKSPress, 2007.
- Nerivnist v Ukraini: masshtaby ta mozhyvosti vplyvu* [Inequality in Ukraine: Scale and Opportunities for Influence]. Kyiv: IDSD im. M. V. Ptukhy NAN Ukrainy, 2012.
- Oganezova, A. "Employers' responsibility for maintaining the health of the employees in Ukraine: the results of empirical research". *Revista ESPACIOS*, vol. 41 (15) (2020): 29–.
- Oganezova, A. "The health behavior in the context of innovative development". *Innovative Economics and Management*, no. 2 (2018): 17–23.
- Rozmainskiy, I.V., and Tatarkin, A. S. "Neveriye v budushcheye i «negativnyye investitsii» v kapital zdorovia v sovremennoy Rossii" [Disbelief in the Future and "Negative Investments" in Health Capital in Modern Russia]. *Voprosy ekonomiki*. 2018. <https://www.institutiones.com/general/3110-neverie-v-budushee-i-negativnye-investitsii-v-kapital-zdorovya.html>
- Rushchenko, I. P., and Serdiuk, O. O. "Monitorynh adyktivnoi povedinky kharkivskoi molodi: kontseptualizatsiia danykh empyrychnykh sposterezhen" [Monitoring the Addictive Behavior of Kharkiv Youth: Conceptualization of Empirical Observations]. *Ukrainskyi sotsium*, no. 4(59) (2016): 42–56.
- Shchorichna dopovid pro stan zdorovia naselennia, sanitarno-epidemichnu sytuatsiiu ta rezultaty diialnosti systemy okhorony zdorovia Ukrainy. 2017 rik* [Annual Report on the State of Health of the Population, the Sanitary and Epidemiological Situation and the Results of the Health Care System of Ukraine. 2017]. Kyiv: MVTs «Medinform», 2018.
- Shlykova, V. O., and Levanda, O. M. "Dokhody, umovy kharchuvannia i tryvalist zhyttia naselennia: porivnialnyi analiz Ukrainy ta krain YeS" [Incomes, Food Conditions and Life Expectancy: a Comparative Analysis of Ukraine and EU Countries]. *Demografiya ta sotsialna ekonomika*, no. 1(32) (2018): 140–152.
- Shushpanov, D. H. "Sotsialno-ekonomichni determinanty nerivnosti u zdorovi naselennia" [Socio-economic Determinants of Inequality in Public Health]: *avtoref. dys. ... kand. ekon. nauk* : 08.00.07, 2019.
- Skorobogatov, A. S. "Zavisimost mezhdru chelovecheskim kapitalom i samosokhranitel'nyim povedeniyem" [The Relationship between Human Capital and Self-preserving Behavior]. *Terra Economicus*, vol. 8, no. 4 (2010): 20–36.
- Slabkyi, H. "Profilaktyka - ne tilky zdorovy sposib zhyttia" [Prevention is not Just a Healthy Lifestyle]. *Vashe zdorovia*. 2017.

http://www.vz.kiev.ua/ru/profilaktyka-ne-tilky-zdorovyj-sposib-zhyttya

Smoliar, V. I. "Stan faktychnoho kharchuvannia naselennia nezaleznoi Ukrainy" [The State of the Actual Nutrition of the Population of Independent Ukraine]. *Problemy kharchuvannia*, no. 1-2 (2012): 5-9.

Spyvak, M. V. *Derzhavna polityka zdoroviazberezhennia: svitovyi dosvid i Ukraina* [State Health Policy: World Experience and Ukraine]. Kyiv: In-t derzhavy i prava im. V. M. Koretskoho NAN Ukrainy; Lohos, 2016.

Tyshchenko, O. P. "Yevropeyskyi pidkhid do rozvytku zhytlovoho hospodarstva: oriientyry dlia Ukrainy" [European Approach to Housing Development: Guidelines for Ukraine]. *Aktualni problemy ekonomiky*, no. 3(165) (2015): 301-309.

"Usloviya truda «grobyat» zdorove sotrudnikov" [Working Conditions «Ruin» the Health of Employees]. <https://grc.ua/article/13246>

Zorina, O. V., and Protas, S. V. "Hihienichna otsinka yakosti vodoprovodnykh pytnykh vod za sanitarno-khimichnymi pokaznykamy ta udoskonalennia naukovo-metodolohichnykh pidkhodiv do yikh otsinky z urakhuvanniam vymoh yevropeiskoho zakonodavstva" [Hygienic Assessment of the Quality of Tap Drinking Water According to Sanitary and Chemical Indicators and Improvement of Scientific and Methodological Approaches to Their Assessment Taking into Account the Requirements of European Legislation]. *Scientific Journal «ScienceRise: Biological Science»*, no. 4(13) (2018): 4-11.

Стаття надійшла до редакції 12.05.2020 р.