

Міністерство освіти і науки України
 Національний технічний університет
 «Дніпровська політехніка»
 Навчально-науковий інститут державного управління
 Кафедра державного управління і місцевого самоврядування

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА
кваліфікаційної роботи ступеня магістра

студентки Ширінкіної Дар`ї Сергіївни

академічної групи 281М-22з-3 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: «Удосконалення державної політики підтримки здорового способу життя в Україні»

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтинговою	інституційною	
кваліфікаційної роботи	Липовська Н.А.	91	відмінно	
розділів:				

Рецензент:				
------------	--	--	--	--

Нормоконтролер:				
-----------------	--	--	--	--

Дніпро
2023

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи ступеня магістра на тему «Удосконалення державної політики підтримки здорового способу життя в Україні».

80 с., 91 використане джерело.

ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ, ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ, ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я.

Об'єкт дослідження – суспільні відносини, що складаються у сфері охорони здоров'я в Україні.

Предмет дослідження – удосконалення державної політики підтримки здорового способу життя в Україні.

Мета дослідження – обґрунтувати особливості державної політики підтримки здорового способу життя в Україні та напрями її удосконалення.

У першому розділі досліджуються теоретико-методологічні основи формування та реалізації державної політики підтримки здорового способу життя в Україні.

Другий розділ присвячено аналізу концептуальних засад забезпечення формування та реалізації державної політики здоров'язбереження в Україні.

У третьому розділі визначено стратегічні завдання удосконалення державної політики здоров'язбереження та інструменти їх реалізації з урахуванням зарубіжного досвіду.

Сфера практичного застосування результатів роботи – органи управління охорони здоров'я.

ABSTRACT

Explanatory note of the qualification work of the master's degree on the topic "Improving the state policy of supporting a healthy lifestyle in Ukraine".

80 pp., 91 verses of dzherel.

PUBLIC ADMINISTRATION, PUBLIC HEALTH POLICY, PUBLIC HEALTH POLICY, PUBLIC HEALTH.

The object of research is the social relations in the field of health care in Ukraine.

The subject of the study is the improvement of the state policy of supporting a healthy lifestyle in Ukraine.

The purpose of the study is to substantiate the peculiarities of the state policy of supporting a healthy lifestyle in Ukraine and directions for its improvement.

The first chapter examines the theoretical and methodological foundations of the formation and implementation of the state policy of supporting a healthy lifestyle in Ukraine.

The second section is devoted to the analysis of the conceptual foundations of ensuring the formation and implementation of state health care policy in Ukraine.

The third chapter defines the strategic tasks of improving the state health care policy and the tools for their implementation, taking into account foreign experience.

The sphere of practical application of the results of the work is health care management bodies.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1	
Теоретико-методологічні підходи до визначення державної політики підтримки здорового способу життя	9
1.1. Еволюція визначення концепту здоров'язбереження.....	9
1.2. Формування культури здоров'язбереження.....	20
РОЗДІЛ 2	
Концептуальні засади формування та реалізації державної політики здоров'язбереження.....	29
2.1. Концепція державної політики здоров'язбереження	29
2.2 Приципи державної політики здоров'язбереження	41
РОЗДІЛ 3	
Напрями удосконалення державної політики здоров'язбереження.....	51
3.1. Зарубіжний досвід реалізації політики здоров'язбереження.....	51
3.2. Формування державної політики України в галузі охорони здоров'я в контексті вимог ХХІ століття	64
ВИСНОВКИ.....	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	81

ВСТУП

Сучасне українське суспільство характеризується не лише змінами в економіці, активізацією політичних процесів, а й реформуванням соціальної сфери, важливим елементом якої є охорона здоров'я. Система охорони здоров'я в Україні поки залишається недостатньо визначеною проєкцією. Тому актуальним є реформування, а фактично створення нової системи охорони здоров'я, яка б посідала провідне місце серед основних пріоритетів державної політики.

На нашу думку, це має бути новий, стрижневий напрям, покладений в основу всіх видів політики. Адже державна політика покликана своєчасно виявляти нагальні проблеми в розвитку суспільства, аналізувати їх, встановлювати причини виникнення, труднощі, суперечності та знаходити шляхи їх розв'язання. І однією з таких проблем є стан здоров'я людини і нації. Адже показники цього стану (тривалість життя, фізичне та психічне здоров'я тощо) в Україні надто загрозливі. Це свідчить про нагальну необхідність переосмислення сутнісних засад розвитку суспільства як середовища буття і самореалізації людини, як системи міжособистісних комунікацій задля повноцінного, гармонічного, безпечного життя громадянина і соціуму. Саме таке розуміння цінності життя і здоров'я людини має бути покладене в основу всієї системи публічного управління, гуманістичної політики демократичної держави.

Завдання переосмислення суспільних пріоритетів та вироблення державно-політичних орієнтирів, напрямів і засобів їх досягнення стоять насамперед перед наукою. Це і зумовило мету даного дослідження, його евристичний потенціал та практично-політичну спрямованість.

Осмисленню поставлених проблем сприяло опрацювання доробку українських учених, зокрема Д. Арзянцевої, О. Вакуленко, О. Возіанова, В. Горбатенка, М. Головатого, Л. Жаліла, Н. Комарова, Н. Кризиної, Д. Карамішева, І. Кресіної, Л. Кочубей, В. Лехан, В. Лобас, В. Москаленка,

О. Мінцера, Н. Нижник, М. Новікова, О. Поживілової, Є. Перегуди, А. Підаєва, О. Пунди, Н. Рингач, Я. Радиша, Т. Семигіної, І. Солоненко, І. Сенюти, Н. Хоми та ін.

Для вивчення зарубіжного досвіду реалізації державної політики здоров'язбереження залучався доробок таких учених, як С. Буасай, П. Браун, Т. Браят, К. Бортчвік, М. Бентлі, Дж. Бекстер, К. Батлер, Лоуренс Д. Браун, М. Вайс, М. Моралес-Суарес-Варела, К. Глонті, І. Гротто, С. Джексон, Т. Двік, С. Карліс, І. Кікбуш, Л. Кордвел, М. Коен, Б. Лев, Л. Легер, К. Мохіндра, С. Міллер, Дж. Масуд, Р. Муді, Мк. Мітчел, Ж. Мартін-Морено, М. О'Ніл, А. Педерсон, Ф. Перкінс, А. Проур, Дж. Патз, В. Поланд, А. Робертсон, В. Речел, Е. Розенберг, М. Сейшел, М. Тоусенд, В. Хекбарт, Е. Хандор, С. Хаман, М. Хетч, Т. Хорев, Х. Хелпін та ін.

Мета дослідження – обґрунтувати особливості державної політики підтримки здорового способу життя в Україні та напрями її удосконалення.

Для досягнення мети були поставлені такі завдання:

- проаналізувати теоретичні засади політики здоров'язбереження;
- розкрити механізми формування культури здоров'язбереження;
- виявити особливості та концептуальні засади формування та реалізації державної політики здоров'язбереження;
- дослідити міжнародний досвід формування та реалізації політики здоров'язбереження;
- визначити основні шляхи удосконалення формування та реалізації державної політики здоров'язбереження.

Об'єкт дослідження – суспільні відносини, що складаються у сфері охорони здоров'я в Україні.

Предмет дослідження – удосконалення державної політики підтримки здорового способу життя в Україні.

Для реалізації поставлених у магістерській роботі мети й завдань використовувався комплекс взаємопов'язаних та взаємодоповнюючих загальнонаукових і спеціальних методів дослідження, спрямованих на

отримання об'єктивних та достовірних результатів. В основу дослідження покладено системний підхід, який дав змогу розглянути керовану й керуючу підсистеми державної політики здоров'язбереження.

Дослідження динаміки становлення та розвитку сфери збереження здоров'я в Україні, її тенденцій і закономірностей з метою обґрунтування відповідних управлінських рішень проведено за допомогою статистичних методів.

Методи наукової абстракції, експертних оцінок та узагальнення, а також прогностичний метод застосовувалися для формулювання висновків, рекомендацій і пропозицій щодо обґрунтування шляхів удосконалення державної політики здоров'язбереження.

Інформаційною основою дослідження слугували законодавчі та нормативні акти вищих державних органів влади та органів місцевого самоврядування, наукова література, статті зарубіжних і вітчизняних учених у періодичних виданнях, результати соціологічних досліджень вітчизняних та зарубіжних центрів, офіційні публікації Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Зважаючи на об'єкт дослідження як систему, а також на характер методичного апарату, останній використаний згідно із системним підходом та системним аналізом, що дало змогу досягти основної мети магістерської роботи, запропонувати рекомендації щодо удосконалення державної політики здоров'язбереження та сформулювати основні висновки за результатами дослідження.

Структурно магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИЗНАЧЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ПІДТРИМКИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

1.1. Еволюція визначення концепту здоров'язбереження

При аналізі методологічної функції поняття «політика здоров'язбереження» як засобу пізнання і перетворення реальності можна вийти на той клас явищ, котрий охоплюється даним поняттям. Насамперед саму ідеологію здоров'язбереження ми розуміємо як специфічну форму свідомості та самосвідомості, її структуру – як результат саморозвитку систем політичних поглядів, як інтерпретацію специфічної соціальної реальності – політика – здоров'я в ціннісно-світоглядному вирішенні.

Формування поняття «політика здоров'язбереження» та з'ясування її місця у категоріальному апараті державноуправлінської науки передбачає пізнання об'єктивної логіки реального історичного процесу, закономірностей його відображення у політичних теоріях, законах політичного та ідеологічного розвитку.

Дане поняття розкриває як специфіку двох видів розвитку – політичного та ідеологічного, так і їх взаємодію. Тут ідеологічний процес розкривається з політичного боку, а політичний – з ідеологічного. Як наслідок ми отримуємо синтезоване знання про політичний та ідеологічний процеси.

Створення теоретичного фундаменту дослідження формування політики здоров'язбереження актуалізує потребу уточнення термінів і визначень, які є засадничими у сферах, дотичних до проблем здоров'я та підготовки людини до здорового способу життя задля здоров'язбереження.

Так, спираючись на концепцію *avoidable or preventable mortality*, розроблену наприкінці ХХ ст. в пошуках способу визначення ефективності медичної допомоги та національної/регіональної політики з охорони здоров'я

(D. Rutstein, W. Holland та ін.), з огляду на її еволюцію впродовж останніх десятиліть, Н. Рингач здійснено спробу адаптувати розроблену фахівцями ЄС методику для потреб державного управління в Україні. Окрему увагу приділено вдосконаленню визначення поняття «смертність, якій можна запобігти». В українській літературі зустрічався термін «запобіжна смертність» (М. Телішевська, 1991 р.), однак, на думку Н. Рингач, більш прийнятною для державного управління сферою охорони здоров'я і більш правильною з огляду на правила українсько-го правопису є дефініція «смертність, якій можна запобігти» або «керована смертність». Н. Рингач тлумачить її як смертність від певних хвороб у визначеному віці, якої можна уникнути (повністю або частково) за умови здійснення адекватної національної політики у сфері суспільного здоров'я, ефективної організації надання кваліфікованої своєчасної медичної допомоги та свідомого співробітництва населення. На нашу думку, тут йдеться про три основних аспекти: внесок у збереження життя і здоров'я програм і заходів у сфері суспільного здоров'я як відображення соціальної політики держави, безпосередній вплив організації системи медичної допомоги та формування самозбережної поведінки населення [1, с. 15-16].

О. Вакуленко, Л. Жаліло, Н. Комарова, Р. Левін, І. Солоненко, О. Яременко, підтримуючи дослідження в межах ВООЗ, виявили наявність дійового засобу попередження загрози здоров'ю людства і досягнення цілей, висунутих політикою здоров'я для всіх цілей health promotion. Дослівний переклад цього словосполучення припускає кілька тлумачень (просування, заохочення до здоров'я, сприяння здоров'ю, стимулювання, підтримка здоров'я тощо), що неповно відповідають змісту цієї системи заходів, про яку йдеться. Тому професійні перекладачі використовують різноманітні варіанти як лексичний аналог, наприклад, «пропаганда здоров'я», «пропагування здоров'я», «пропаганда здорового способу життя» тощо. Враховуючи дещо суперечливе ставлення суспільства до терміну «пропаганда», фахівці, що співпрацюють в українсько-канадському проекті «Молодь – за здоров'я»,

основу якого становить система health promotion, останнім часом використовують вислів «формування здорового способу життя» [2].

Натомість О. Оржиховська підтримує О. Шиян у тому, що термінологічне словосполучення «формування здорового способу життя» не є повним відповідником англійського терміну «health promotion» (промоція здоров'я, пропаганда здоров'я, сприяння здоров'ю) [3].

Слова «здоров'я» та «збереження» є одними з найбільш широкоживаних не лише серед медичних працівників, а й у суспільстві в цілому. Особлива увага була привернута до цих слів після створення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Цьому передували багаторічні зусилля, щодо налагодження міжнародного співробітництва в галузі охорони здоров'я. В Україні після Угоди про асоціацію України з Європейським Союзом увага до цієї проблеми посилилася. Звичним для нас у політико-правовій площині є використання словосполучення «охорона здоров'я». Принципово новими для української спільноти виступають слова «здоров'я» та «збереження».

Слово «hygieia» (ὑγιεία від грець. – здоров'я) використовувалося в якості привітання у піфагорійців. З ім'ям богині здоров'я й пов'язують походження слова «гігієна» [4]. Англійське слово «health» (здоров'я) походить від давньоанглійського слова «hael», що означає «whole» – «цілий», «повний», «непошкоджений», «рідний», вказуючи на те, що «здоров'я» стосується цілісності особи, а також її здоров'я [5, с. 167; 803]. Здоров'я – це природний динамічний стан організму, який характеризується його самоврівноваженістю і адаптацією у навколишньому середовищі у духовному, фізичному, а також соціальному сенсі. У Статуті Всесвітньої організації охорони здоров'я зазначено, що «здоров'я – це стан повного фізичного, духовного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб та фізичних вад» [6]. У новій концепції здоров'я робоча група ВООЗ пропонує таке визначення цього терміну: «Здоров'я – це ступінь здатності індивіда чи групи, з одного боку, реалізувати свої прагнення і задовольняти

потреби, а з іншого – змінювати середовище чи кооперуватися з ним. Тому здоров'я розглядається як ресурс, а не мета життя» [7]. Не виключено, що роз'яснення цього терміну неодноразово змінюватиметься у майбутньому. В науковому обігу існує широкий спектр тлумачень – від зредукованих до рівня технічного чи біологічного знання і до філософсько-релігійних. Нині налічується понад триста дефініцій здоров'я, автори яких використовують найрізноманітніші критерії, що, на їх думку, характеризують сутність здоров'я.

Як зазначає О. Міхеєнко, визначення понять є однією з основних умов будь-якого дослідження. Розвиненість та виваженість термінологічного апарату є не лише ознакою ступеня науковості дисципліни, показником професійної компетентності та рівня кваліфікації фахівця, а й визначає об'єктивність дослідження, його базові методологічні засади, скерувати подальшу діяльність у правильному напрямі. Успішність оздоровлення людини значною мірою залежить від розуміння сутності здоров'я, чинників і процесів, які формують цей стан. Конкретизація сутності індивідуального здоров'я – одна з найголовніших методологічних проблем, вирішення якої дасть змогу розв'язати питання про шляхи та можливості практики оздоровлення організму людини [8].

Термін «збереження» можна розкрити через інтерпретовані в Академічному тлумачному словнику варіанти «зберігати», «зберегтися», «збережений», «зберегти». Їх можна розуміти у двох варіантах: 1) дію чи стан; 2) тримати щось у певних умовах, оберігаючи від псування, руйнування [9].

Таким чином, поєднання цих двох слів утворює нове сло восполучення «здоров'язбереження». Термін «здоров'язбереження», а також синонімічні категорії «збереження здоров'я», «охорона здоров'я», «зміцнення здоров'я» досить часто використовуються в наукових працях. Водночас термін «здоров'язбереження» ще не має однозначного визначення.

Це зумовлено принаймні двома основними причинами. По-перше, поняття «здоров'язбереження» не було певним чином монополізовано

медичною галуззю. По-друге, здоров'язбереження особистості як пріоритетне педагогічне завдання, як безпосередній результат освітньої діяльності активно обговорюється в педагогіці та філософії.

Позаяк термін «здоров'язбереження» є складним сполученням, вважаємо за доцільне запропонувати аббревіатуру. Як відомо, аббревіатура (лат. *abbreviatio* – скорочую) – це складне скорочене слово [10]. Враховуючи, що Україна тісно пов'язана з європейськими країнами і має стратегічні наміри вступу до Європейського Союзу, виникає необхідність перекладу терміну англійською мовою і визначення аббревіатури за правилом – перших літер слів. Однак ми отримуємо деякі труднощі з перекладом. Дослівно слово «здоров'я» перекладається англійською мовою як *health* та можливі варіації слова «збереження» – *maintenance, conservation, custody, enshrining, keeping, preservation, preserving, reservation, retention, saving, savings, storage, storing* [11, с. 243, 455]. С. Серьогін зауважує, що наявність мовної асиметрії між англійською мовою та іншими мовами континентальної Європи спричиняє виникнення серйозних проблем при перекладі юридичних текстів з англійської мови [12, с. 25–28]. А деякі дослідники радять користуватися латинською мовою, що є загальним засобом міжнародного спілкування. Користуючись підказками словників, ми можемо зупинитися на словосполученні «*health maintenance*» [13]. Для зручного використання даного словосполучення пропонуємо авторську аббревіатуру «НМ». А враховуючи, що наше дослідження лежить у площині публічноуправлінської науки і метою наших досліджень є пошук найбільш ефективних шляхів розвитку системи громадського здоров'я, розширення принципів і цінностей, що будуть покладені в її основу, під здоров'язбереженням слід розуміти процес зміцнення та збереження здоров'я, спрямований на перетворення емоційно-психологічної, фізичної та інтелектуальної сфер людини, утвердження ціннісного ставлення до особистого здоров'я і здоров'я інших, загальне усвідомлення особистої відповідальності людини за власне здоров'я.

Політика здоров'язбереження – це політика в соціально-культурній

сфері, відповідно до якої держава або суб'єкти публічної адміністрації (посадові особи), органи місцевого самоврядування, громадські об'єднання спрямовують свою діяльність на підвищення рівня здоров'я, поліпшення якості життя і збереження генофонду Українського народу [14, с. 775; 450, с. 106-107].

Полісистемні властивості здоров'я трактуються в рамках різних підходів до розуміння здоров'язбереження. В межах суто медичного підходу Н. Башавець поняття «здоров'язбереження» трактує як цілеспрямовану, усвідомлену, мотивовану діяльність щодо збереження свого фізичного, психічного, духовного і соціального здоров'я як ціннісної основи для самореалізації [15].

Т. Кадобний вважає, що медицина повинна бути зорієнтована не тільки на надання медичної допомоги, а й на заходи здоров'язбереження, продовження життя пацієнтів. Для цього існує необхідність впровадження системного принципу здоров'язбереження, відповідно до якого здоров'я кожної конкретної людини і суспільства в цілому безпосередньо залежатиме від способу життя, поведінки, думок, виховання, мислення і переживання [16, с. 22].

В. Козлова розглядає здоров'язбереження як систему заходів, що забезпечують гармонійний психічний, фізичний, духовний розвиток особистості, попередження захворювань, а також як діяльність, спрямовану на збереження і зміцнення здоров'я [17]. Зміцнення здоров'язбереження Г. Євтушенко розглядає насамперед як поліпшення медичного обслуговування та медичної допомоги, доступу населення до якісних медичних послуг, що можливе шляхом зміцнення матеріально-технічної бази галузі, її кадрового потенціалу, подальшого реформування [18, с. 154-165].

В рамках валеологічного підходу існує абсолютно інше бачення, сформоване свого часу М. Амосовим. Його прихильниками є Ю. Ярчук, В. Гриценко, В. Белов, А. Котова, О. Пустовойт. Він зводиться до того, що лікарський досвід сучасного медпрацівника не є достатнім для ефективної

оздоровчо-просвітницької діяльності, оскільки лікар не володіє глибокими знаннями про фізичну культуру, харчування, загартування, подолання шкідливих звичок тощо. Медицина не досліджує хворого на предмет здоров'я і тому не може дати конкретних порад і рекомендацій [19, с. 115]. На відміну від медицини суб'єктом валеології є практично здорова людина, а предметом – її здоров'я, причому шлях до нього прямий – формування, підтримання і розширення зони здоров'я [20, с. 52].

Педагогічний підхід, заснований на сучасних педагогічних інноваціях, дає змогу виокремити технології, спрямовані на здоров'язбереження, зокрема здоров'язбережні технології, оздоровчі технології, технології навчання здоров'ю, виховання культури здоров'я [21, с. 1-6], або такі групи здоров'язбережних технологій: медико-гігієнічні, екологічні здоров'язбережні технології, лікарсько-оздоровчі технології, фізкультурно-оздоровчі технології, соціально-адаптувальні та особистісно-розвивальні технології, технології забезпечення безпеки життєдіяльності, здоров'язбережні освітні технології [22, с. 383-384].

На думку представників педагогічного підходу, організаційно-педагогічне забезпечення реалізації здоров'язбережних технологій в освітньому процесі повинно бути побудоване з урахуванням комплексу педагогічних умов, і представлене цільовою умовою – формуванням ціннісного ставлення до здоров'я; змістовою – валеологізацією змісту освіти та виховного процесу; технологічною – формуванням аксіологічного, гносеологічного, діяльнісного й вольового компонентів здоров'язбереження та компонентів готовності до здоров'язбереження (мотиваційний, когнітивно-пізнавальний, фізкультурно-оздоровчий, рефлексивно-корегувальний), а також валеопедагогічним моніторингом [23, с. 29-32].

Інша наукова позиція будується на тому, що основними компонентами здоров'язбереження в освітньому процесі є аксіологічний, гносеологічний, діяльнісний, вольовий. Так, Ю. Палічук виділяє три блоки змісту здоров'язбережної освіти: інваріантний, варіативно-фаховий, варіативно-

індивідуальний. На думку науковця, змістовий компонент здоров'язбереження охоплює розумове, фізичне, психогігієнічне, моральне, екологічне і статеве виховання, а функції здоров'язбереження можна звести до формувальної, інформативно-комунікативної, діагностичної, адаптивної, рефлексивної, інтеграційної [24, с. 56-62].

Порівняння понять «компетентність», «здоров'я», «здоров'язбереження» дало змогу О. Антоновій та Н. Поліщук дати визначити поняття «здоров'язбережна компетентність», під якою, слід розуміти інтегральну якість особистості, що проявляється у загальній здатності та готовності до здоров'язбережної діяльності, що ґрунтується на інтеграції знань, умінь, навичок, ціннісних орієнтацій особистості, спрямованих на збереження фізичного, соціального, психічного та духовного здоров'я – свого та оточення [25, с. 27-31].

За таких підстав В. Морозова, Л. Лаврова, В. Музирова, В. Савченко виводять поняття здоров'язбережної освіти як стратегічного напрямку реалізації державної політики, де освіта переорієнтовується на гуманні, демократичні принципи управління, організації та здійснення навчально-виховного процесу, створює оптимально сприятливі умови для розвитку, навчання і особистісної та професійної реалізації, дає науково обґрунтовані знання щодо здоров'я, здорового способу життя, виховує ставлення до здоров'я, загальнолюдських цінностей, як пріоритетних, формує навички здорової і безпечної поведінки, готує нову еліту вчителів, які володіють і постійно застосовують у своїй діяльності сучасні здоров'язбережні засоби, методи і технології навчання [26].

За останні роки в Україні розгорнулася плідна робота з дослідження державної політики та вироблення практичних рекомендацій щодо державної політики в галузі охорони здоров'я. Дослідників у цій галузі в Україні небагато, але чітко простежується тенденція підвищення інтересу до цих проблем. Питання здоров'язбереження в працях такого характеру не висвітлюються. Більшість науковців або не розглядають здоров'язбереження

взагалі, або вважають його частиною системи охорони здоров'я і розглядають його як частину і ціле.

У навчальному посібнику з аналізу політики охорони здоров'я, автором якого є Т. Семигіна, пропонується таке визначення: «політика охорони здоров'я – це політика, яка ґрунтується на тому, що держава визнає право кожного на охорону здоров'я, забезпечує його захист, а також гарантує всім громадянам реалізацію їхніх прав у галузі охорони здоров'я» [27, с. 72]. Головним напрямом політики держави у сфері охорони здоров'я, на думку автора, є створення як ідеології і стратегії збереження здоров'я, так і конкретних структур та інституцій для її реалізації, у тому числі законодавчої бази правового регулювання [27, с. 73].

У монографії «Політичні аспекти охорони здоров'я: на перетині глобального і локального» Т. Семигіна дійшла висновку: сучасна політика охорони здоров'я ґрунтується на тому, що уряди країн несуть відповідальність за стан здоров'я населення, а не лише за стан та фінансування системи надання медичної допомоги. Політика охорони здоров'я є одним із способів легітимації влади і оперує нормативними (ціннісними) уявленнями про здоров'я як бажаний рівень соціально- демографічних показників [28, с. 26].

За визначенням українських науковців Н. Кризиної, Н. Нижник, О. Поживілової державна політика України в галузі охорони здоров'я – це комплекс прийнятих загально-державних рішень чи взятих зобов'язань щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення держави як найважливішої складової її національного багатства шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових та медичних заходів з метою забезпечення генофонду української нації, її гуманітарного потенціалу [29, с. 316].

На думку В. Співака, політика охорони здоров'я ґрунтується на базових підходах, відповідно до яких держава визнає право кожного на охорону здоров'я, забезпечує його захист, а також гарантує всім громадянам реалізацію

їхніх прав у галузі охорони здоров'я. Така політика є відносно самостійною сферою суспільних відносин, пов'язаною з реалізацією національних і глобальних цілей, соціально-економічним реформуванням суспільства. Її результати є критерієм визначення рівня суспільного добробуту, розвитку суспільства та його безпеки [30, с. 385].

Характеризуючи управлінський підхід, С. Петрова відзначає, що державна політика України у сфері охорони здоров'я – це комплекс прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо збереження і зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення держави як найважливішої складової її національного багатства шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, наукових, медичних заходів з метою збереження суспільного здоров'я [31].

На думку Н. Кризиної, основними напрямками, стратегічними цілями національної політики України в галузі охорони здоров'я мають бути: забезпечення збереження і зміцнення здоров'я населення; забезпечення державою пріоритетного фінансування комплексних народногосподарських програм лікування, профілактики, реабілітації та інших заходів щодо охорони здоров'я; розробка концептуальних засад виходу з кризи та переходу до сталого розвитку системи охорони здоров'я України; визначення глобальних державних та регіональних цілей, показників і критеріїв управління у зв'язку з переходом до стабільного розвитку галузі охорони здоров'я України; подальше вдосконалення державної медичної допомоги; удосконалення мережі та структури закладів охорони здоров'я; поліпшення медико-демографічної ситуації: збільшення народжуваності, зменшення рівня смертності новонароджених та осіб працездатного віку, збільшення тривалості життя; поліпшення профілактичної роботи всіх ланок охорони здоров'я, удосконалення санітарно-епідемічної служби; підвищення рівня санітарної культури населення, формування здорового способу життя. Науковець наголошує, що для здійснення аналізу і вибору стратегії державної політики

щодо перебудови системи охорони здоров'я слід включити певні механізми державного управління в процес перетворень, пристосовуючи їх до конкретних проблем і можливостей [32].

На думку Л. Руснак, особливістю державного управління діяльністю в сфері охорони здоров'я є спрямованість діяльності держави на забезпечення публічних інтересів шляхом використання переважно адміністративних засобів впливу на відносини та поведінку господарюючих суб'єктів [33, с. 62].

На думку А. Підаєва, О. Возіанова, В. Москаленка та В. Пономаренка, державне регулювання охорони здоров'я – це здійснення державою комплексних заходів (організаційних, правових, економічних тощо) у соціальній, економічній, політичній, духовній сферах для збереження й підвищення рівня здоров'я населення в цілому та кожної людини зокрема, запобігання на загальнодержавному рівні негативним суспільним явищам і хворобам, що безпосередньо стосуються до рівня здоров'я населення [34, с. 25-26].

На позиції управлінського підходу стоїть і О. Рогова. Вона зазначає, що сучасна система управління охороною здоров'я має орієнтуватися на різноспрямовані інтереси провайдерів і споживачів медичної допомоги, враховуючи наявні фінансові, кадрові, матеріально-технічні ресурси медицини, водночас дбати про реалізацію державних соціальних гарантій у сфері охорони здоров'я [35, с. 53].

Є. Долотенко вважає, що складність системи охорони здоров'я викликає труднощі в управлінні цією сферою, оскільки треба враховувати: рівні управління (державний, регіональний, місцевий); особливості управління органами і закладами охорони здоров'я, об'єднаними в галузеві (відомчі) системи; особливості управління медичними закладами за формами власності; ієрархію об'єктів, яка будується на принципах поділу надання медичної допомоги первинними, вторинними і третинними центрами охорони здоров'я; недосконалість законодавчої бази регулювання у сфері охорони здоров'я [36, с. 93-94].

Я. Радиш трактує державну політику в галузі охорони здоров'я як комплекс прийнятих загальнодержавних рішень або взятих зобов'язань держави щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я населення України шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових, профілактичних та медичних заходів з метою збереження генофонду нації, її гуманітарного потенціалу та урахуванням вимог нинішнього і майбутніх поколінь, в інтересах як конкретної особистості, так і суспільства в цілому [37, с. 16].

О. Щепін державну політику в галузі охорони здоров'я розуміє як комплекс прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення держави як найважливішої складової її національного багатства шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових та медичних заходів з метою забезпечення генофонду української нації, її гуманітарного потенціалу.

На думку Н. Солоненко, пріоритет заходів із збереження і зміцнення здоров'я та формування здорового способу життя є основними напрямками еволюції парадигми сучасної охорони здоров'я [38, с. 8].

Прихильником єдиних підходів до планування в системі охорони здоров'я є Д. Карамішев. На його думку, державна політика в галузі охорони здоров'я – це загальний напрям, який визначає характер дій держави щодо збереження та зміцнення здоров'я громадян України як найважливішої складової національного надбання [39, с. 280].

1.2. Формування культури здоро здоров'язбереження

У рамках педагогічного підходу точка зору В. Кульчицького та Т. Кульчицької зводиться до того, що формування культури здоров'язбереження повинно включати три основні складові: виховання, культуру і поведінку здоров'язбереження.

Виховання спрямоване на всебічний, гармонійний розвиток особистості. Виховання здоров'язбереження передбачає формування у людини певних якостей відповідно до вимог морального, розумового, трудового, фізичного й естетичного виховання. Завданнями такого виду виховання повинні бути: формування переконань, що здоров'я є ціннісним елементом духовного життя людини; формування умінь і навичок поведінки щодо свого здоров'я, науково обгрунтованого ставлення до екологічних, глобальних проблем, що загрожують здоров'ю, формування санітарно-гігієнічних умінь та навичок; тренування та загартування організму тощо.

Сучасні умови розвитку українського суспільства висувують нові вимоги до системи освіти та виховання підростаючого покоління. Молодь гостро відчуває наслідки деформації суспільства, переживає свою соціальну незахищеність, падіння духовності, зростання психічної нестабільності. Перегляд стратегії, змісту, методичного забезпечення навчально-виховного процесу, стану здоров'я дітей і молоді, який погіршується з кожним роком, вимагає зміни у ставленні системи освіти до цієї проблеми [40, с. 31].

Культура – освітній процес, що відкриває широкі перспективи щодо формування світогляду людини. Проблема культури здоров'язбереження як світоглядної орієнтації набуває особливої значущості, що пояснюється постійним погіршенням стану здоров'я, зумовленим несприятливими соціально-економічними умовами. Завданням культури здоров'язбереження є: створення оптимальних умов для формування здорового організму людини; виховання волі, розвиток спритності, краси тіла і рухів; відмова від тютюнопаління, вживання алкоголю і наркотиків; усвідомлення відповідальності перед майбутнім поколінням за збереження генофонду нації тощо.

На думку В. Горащука, культура здоров'я – це важливий компонент загальної культури людини, обумовлений матеріальним і духовним середовищем життєдіяльності суспільства, що виражається в системі цінностей, знань, потреб, умінь і навичок з формування, збереження й

зміцнення їздоров'я [41, с. 167-174]. Суспільство і держава зацікавлені в тому, щоб процес оволодіння громадянами культурою здоров'я був цілеспрямованим і ефективним [41, с. 132]. Елементом культури здоров'я є уважне і правильне ставлення людини до самої себе, прагнення до самопізнання, розвитку і самовдосконалення своєї особистості [42, с. 179].

Поведінка здоров'язбереження є результатом виховання і культури. Завданням поведінки здоров'язбереження є: оволодіння особистістю нормами моральної поведінки; розвиток почуттів; формування переконань; застосування здобутих у цій сфері знань, умінь та навичок тощо.

У практичній політиці цей підхід визначає потребу керуватися при розробці заходів щодо здоров'язбереження тим принципом, що, з одного боку, держава відповідає за здоров'я своїх громадян, а з іншого – громадянин відповідає за здоров'я своє та своєї країни. Певна новизна такого підходу для українського суспільства полягає у незвичності усвідомлення тези особистої відповідальності громадянина за власне, а тим більше суспільне здоров'я. Ця теза нетрадиційна для вітчизняного менталітету, зважаючи на давню звичку покладатися на державу з усіх кардинальних проблем суспільного розвитку [2].

Як зазначає О. Марків, здатність до збереження здоров'я розглядається як основа буття людини, де основним є усвідомлення важливості здоров'я, здорового способу життя для життєдіяльності особистості, це характеристики, особливості, які спрямовані на збереження фізичного, психічного, соціального, духовного здоров'я – свого та оточуючих [43, с. 176-182].

Основне завдання наукової спільноти полягає саме у визначенні причинно-наслідкових зв'язків виникнення катастрофічного стану здоров'я населення. Національна ідея, на думку М. Проданчука, має звучати як «збереження здоров'я – збереження нації». Звичайно, це прикрий привід для розбудови національної ідеї. Ця проблема не є суто медичною, вона безпосередньо стосується науки, культури й освіти. Іншими словами, саме науковці відповідають за всі ці напрями і є носієм фундаментальних

можливостей, для того, щоб правильно сформулювати цю національну ідею й закликати політичні сили, владу і все суспільство до її реалізації. Альтернативні погляди щодо напрямів і стратегії вдосконалення державної політики охорони здоров'я дозволили Т. Чекановій виділити три основних підходи щодо переходу до нової системи державного управління охороною здоров'я. Перший підхід передбачає: перетворення усіх медичних закладів на недержавні автономні структури, приватну індивідуальну практику, багатоканальне фінансування за рахунок державного і місцевого бюджетів, ресурсів підприємств, сімейних бюджетів, добровільного страхування, благодійних фондів, розповсюдження їх на певні контингенти і види медичної допомоги, вільний вибір лікаря. Тобто йдеться про перехід на ринкові відносини, конкуренцію між закладами, керівними структурами, вільне ціноутворення. Прихильники такого підходу піддавалися критиці за соціальне розшарування в медичному середовищі, виникнення нерівності в медичному обслуговуванні еліти і «загалу».

Другий підхід обґрунтовує утримання державної медицини за кошти державного і місцевих бюджетів, комунальної і приватної – за кошти громад і громадян, запровадження госпрозрахунку, право на безкоштовну медичну допомогу кожного пацієнта.

Представники третього підходу вважають, що всі реформи призвели до руйнування системи радянської медицини. Запровадження обов'язкового медичного страхування і сімейної медицини – це помилка і механічне копіювання досвіду Заходу (там спочатку запроваджувався приватний сектор, а потім безкоштовне медичне обслуговування). Тобто акцент фактично робився на відновленні старої системи державного управління медичним обслуговуванням при збереженні поступового введення в дію деяких ринкових механізмів.

Т. Чеканова вважає більш раціональним другий підхід до реформування державної політики в системі охорони здоров'я, оскільки він дає змогу поєднати державну, комунальну і приватну форми власності, зберегти

гарантований державою обсяг медичної допомоги, єдину методологію і методику ціноутворення в державних медичних закладах і вільну – в приватних, використати національні надбання і світовий досвід у галузі охорони здоров'я. Конкуренція моделей державної політики виправдана, оскільки дозволяє обрати такий концептуальний підхід до впровадження державної політики, який робить її ефективною [44, с. 8-9].

Важливим стратегічним напрямом удосконалення системи охорони здоров'я щодо посилення її здоров'язбережної функції є її економічна складова. Одна група науковців переконливо стверджує, що фінансування охорони здоров'я – це прерогатива держави. Так, О. Литвинова, Л. Романюк, В. Коломийчук вважають, що ефективність системи охорони здоров'я в Україні може забезпечуватися підвищенням соціального статусу лікаря; переглядом принципу оплати праці лікаря (від хвороби до здоров'я); запровадженням державних важелів регулювання цін на медикаментозні засоби співрозмірно до середньостатистичних доходів населення та виділення коштів на охорону здоров'я; раціональним використанням наявних ресурсів; інтенсивним розвитком медичної галузі [45, с. 97]

Г. Євтушенко, В. Куценко вважають, що система охорони здоров'я як здоров'язбережний чинник економічного зростання потребує успішного розв'язання фінансових, економічних та організаційних завдань.

Водночас потребує більш ефективного та раціонального використання ресурсів, насамперед грошових, у тому числі зарахунок модернізації медичних закладів, упровадження нових технологій та загальної інтенсифікації галузі; вдосконалення системи управління сферою охорони здоров'я з урахуванням сучасних управлінських технологій, нових принципів організації охорони здоров'я населення. Управління системою охорони здоров'я має включати моніторинг ресурсів охорони здоров'я та результатів діяльності системи охорони здоров'я, регулювання в рамках систем «централізація – децентралізація», «державне регулювання та самоврядування», «державні і ринкові механізми регулювання» [18, с. 163-164].

Поліпшення стану системи охорони здоров'я шляхом упровадження обов'язкового медичного страхування пропонує А. Надточій, за рахунок запровадження механізму медичного страхування, перевівши неофіційні платежі населення у правове поле, наділяючи і пацієнтів, і медичний персонал відповідними правами, обов'язками і відповідальністю [46, с. 159].

Також, на думку Т. Педченка, найбільш прийнятною для України формою реалізації соціальних гарантій держави в охороні здоров'я є запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, що дасть можливість страхувати соціальні ризики, пов'язані зі здоров'ям людей, підвищити ефективність державного регулювання галузю охорони здоров'я та гарантувати високу якість надання медичної допомоги [47, с. 13].

На залученні додаткових джерел фінансування наполягає і Е. Ковжарова. Головним засобом реалізації цього напрямку, на її думку, має стати розширення практики добровільних форм медичного страхування в його основних формах – діяльність страхових компаній і товариств взаємного страхування (лікарняних кас) [48, с. 14].

На основі позитивного досвіду країн Східної Європи щодо запровадження системи страхового фінансування галузі охорони здоров'я в Україні І. Голованова та О. Краснова пропонують розробити програму створення системи страхової медицини з урахуванням специфіки її сучасного стану. Найприйнятнішою для України, на їх думку, є бюджетно-страхова модель. Джерелами фінансування галузі в рамках цієї моделі може бути державний бюджет та фонд соціального медичного страхування. Проте в період переходу до бюджетно-страхової моделі їй, імовірно, бракуватиме фінансування. Тому варто залучати додаткові джерела: кошти, що акумулюються завдяки наданню платних медичних послуг, кошти добровільного медичного страхування і надходження, отримані за рахунок благодійництва. Для підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я в Україні необхідні реформи, які б охоплювали управління

цією системою, її фінансування та надання медичних послуг [49, с. 22].

Прихильником страхової моделі й запровадження її у вітчизняну охорону здоров'я й фармацію є Г. Панфілова. На її думку страхові відносини зможуть поліпшити організацію надання доступної та якісної фармацевтичної допомоги населенню [50, с. 30-31].

На такі наукові доробки авторів наштовхнув сам законодавець. Так, перша модель обов'язкового медичного страхування заснована на ст. 49 Конституції, відповідно до якої «кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування» [51]. Законом України «Про страхування» (ст. 7) визначено вид обов'язкового медичного страхування [52]. Ст. 18 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначає, що держава забезпечує створення і функціонування системи медичного страхування населення. Страхування громадян здійснюється за рахунок Державного бюджету України, коштів підприємств, установ і організацій та власних внесків громадян [53].

Друга модель – загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування – заснована на ст. 46 Конституції України: громадяни мають право на соціальний захист, що включає право на забезпечення їх у разі повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття з незалежних від них обставин, а також у старості та в інших випадках, передбачених законом. Це право гарантується загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням за рахунок страхових внесків громадян, підприємств, установ і організацій, а також бюджетних та інших джерел соціального забезпечення; створенням мережі державних, комунальних, приватних закладів для догляду за непрацездатними. І хоча цією статтею окремий вид медичного страхування не визначений, у Законі України «Про загально- обов'язкове державне соціальне страхування» (ч. 1 ст. 4) з'явився такий вид загальнообов'язкового державного соціального страхування, як медичне страхування [54].

В рамках економічного підходу слід виділити групу науковців, які є

прихильниками політики «розвитку людського капіталу». Зокрема, С. Климко зауважує, що сутність людського капіталу характеризується сукупністю економічних відносин щодо суми теоретичних і практичних знань працівників, їх досвіду, уміння і навичок, освітнього, професійного рівня підготовки особистості. Людський капітал підвищує можливості суспільства у виробництві нових товарів і послуг, здатний приносити його власнику протягом певного часу дохід. Критерієм виміру людського капіталу є інвестування в людину, всі види інвестицій у неї, що сприяють зростанню продуктивності праці та її інтелектуалізації, підвищенню персоніфікованих доходів людини. Залежно від рівнів формування і використання людського капіталу, способів їх взаємодії і взаємодоповнення відтворення людського капіталу набуває специфічних рис на загальнодержавному, галузевому, регіональному, корпоративному та індивідуальному рівнях [55, с. 11].

Д. Насипайко розглядає людський капітал як елемента національного багатства [56, с. 13].

Специфіка людського капіталу як квінтесенції конкурентоспроможності, економічного зростання та ефективності полягає в його безальтернативності, а його розвиток залежить від ефективного функціонування економіки та державного регулювання інвестиційних процесів. Оцінка людського капіталу ускладнюється наявністю антропологічної складової, що відображає єдність у людині соціального і біологічного, суспільного та індивідуального. До основних цілей механізму державного регулювання інвестицій в людський капітал М. Ажажа відносить: а) політичні – функціонування системи забезпечення державного регулювання політики інвестицій в людський капітал на рівні регіону; б) соціальні – функціонування системи забезпечення ефективної інвестиційної діяльності; в) духовні – забезпечення єдності духовних цінностей суспільства та його членів; утвердження в суспільній свідомості ідеалів і цінностей справедливого суспільства; г) правові – створення передумов для цілісного, всебічного та гармонійного розвитку особи, реалізації її духовних сил та задоволення

духовних потреб, імплементації норм міжнародного гуманітарного права у систему інвестиційних цінностей суспільства [57, с. 9-10].

Отже, здоров'я є важливим соціальним та економічним чинником, від рівня якого значно залежать економічні ресурси, фізичний, духовний і моральний потенціал суспільства.

Грунтовний аналіз змісту й вимог законодавства, що регулює організацію охорони здоров'я, здійснено в працях багатьох науковців.

Зокрема, науковці вважають, що із метою вдосконалення правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я потрібно узгодити саму концепцію розвитку законодавства, а потім відповідно до плану законотворчих робіт опрацювати проекти окремих законодавчих актів, удосконалити нормативно-правову базу на якісно новому системному рівні [58, с. 195].

Державна політика потребує нормативного закріплення, оскільки лише після цього вона набуває загальнообов'язкового характеру і стає загальнодержавним напрямом розвитку в певній сфері суспільного життя. При цьому має йтися не просто про нормативне, а саме про законодавче закріплення основних засад державної політики у сфері охорони здоров'я.

Зупиняючись на недоліках, Т. Семигіна наголошує, що зміст політики охорони здоров'я є далеким від сучасних професійних концепцій. Хоча в українських нормативно-правових актах декларується прихильність ідеям сприяння здоров'ю, проте охорона здоров'я в Україні медикалізована й орієнтована на лікування та медичну профілактику хвороб. Політика і система охорони здоров'я не здатні забезпечити формування здорового способу життя, передовсім у молоді, догляд для людей із проблемами здоров'я, ефективно реагувати на глобальні епідемії тощо [28, с. 18].

РОЗДІЛ 2

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЗДОРОВ'Я ЗБЕРЕЖЕННЯ

2.1. Концепція державної політики здоров'язбереження

Переважає більшість наукових досліджень у сфері охорони здоров'я та політики держави в цій галузі присвячена проблемам удосконалення організації та фінансування системи закладів охорони здоров'я, інформатизації сфери, розвитку фармацевтичного сектора, ресурсного підходу до вдосконалення організаційно-функціонального механізму державно-го управління системою охорони здоров'я, обґрунтування моделі організаційного розвитку закладу охорони здоров'я тощо. Фрагментарно питання здоров'язбереження висвітлені в концепціях впливу способу життя на формування здоров'я української нації (І. Кочін), підвищення рівня здоров'я населення (О. Антонова), комплексної оцінки адаптаційних можливостей у формуванні й збереженні індивідуального здоров'я людини (Г. Воскобойнікова), концепт-ієрархії здорового способу життя в сучасному спортивному дискурсі (О. Приходько-Лях), концепції здорового харчування (К.Зубкова, М. Ліганенко, К. Кузнецова).

Водночас важливою проблемою в процесі вдосконалення сфери охорони здоров'я в Україні залишається обґрунтування концепції державної політики здоров'язбереження. В її основі повинна бути ідея збереження здоров'я не лише людини хворої, а і здорової людини.

Коли ми говоримо про хвору людину то відразу згадуємо науку медицину, що займається вивченням патологічних процесів в організмі людини, різноманітних захворювань, патологічних станів, методів їх лікування. А от на відміну від медицини суб'єктом валеології є практично здорова людина, а предметом – її здоров'я, причому шлях до нього прямий – формування, підтримання і розширення зони здоров'я. Здається, зрозумілий і

логічний поділ. Чому тоді більшість заходів які проводить уряд у державі стосується хворих людей? Хто буде піклуватися про здорових і відносно здорових? Чому про них забули у ХХІ столітті? Можливо, тому, що з розвитком суспільства соціальна сутність людини все частіше деформує її біологічну природу, здебільшого тенденції розвитку суспільства не орієнтовані на підтримку нормальних функцій людського організму. Ці порушення є абіологічними за сутністю. Абіологічні тенденції в умовах і способі життя вкрай загострюють головну проблему громадського здоров'я – протиріччя між зростаючими суспільними потребами у хорошому здоров'ї і його несприятливими реальними зсувами [59, с. 157].

Здоров'я не виключає наявності в організмі людини об'єктивно хворобливих засад. Тому замість терміну «здорова людина» на думку А. Погосян доцільніше вживати «практично здорова людина», тобто така, в якій відхилення від норми, що спостерігаються в організмі, не позначаються на її само- почутті [60, с. 17].

Спробуємо виділити основні ознаки здорової людини: нормальне функціонування організму на всіх рівнях його організації – клітинному, гістологічному, органному та ін. Нормальний перебіг фізіологічних і біохімічних процесів, що сприяють індивідуальному виживанню і відтворенню; динамічна рівновага організму, його функцій і факторів зовнішнього середовища або статична рівновага (гомеостаз) організму і середовища. Критерієм оцінки рівноваги є відповідність структур і функцій організму навколишніх умов; здатність до повноцінного виконання соціальних функцій, участь у соціальній діяльності та суспільно корисній праці; здатність людини пристосовуватися до постійно мінливих умов існування в навколишньому середовищі (адаптація). Здоров'я ототожнюють з поняттям адаптація, так як, щоб система могла зберігатися, вона повинна змінюватися, пристосовуватися до змін, що відбуваються в навколишньому середовищі; відсутність хвороб, хворобливих станів і хворобливих змін; повне фізичне, духовне, розумове і соціальне благополуччя, гармонійний

розвиток фізичних і духовних сил організму, принцип його єдності, саморегуляції і гармонійної взаємодії всіх його органів [61].

Можливий також підхід С. Громбах для індивідуальної оцінки здоров'я. В основу угруповання покладено стан здоров'я організму, що оцінюється за відсутності або наявності функціональних порушень, морфологічних відхилень, хронічних захворювань і ступеня їх тяжкості. Виділяють наступні групи здоров'я: I група – здорові; II група – здорові з функціональними і деякими морфологічними відхиленнями, функціональними відхиленнями після перенесених захворювань, що страждають частими гострими захворюваннями, мають порушення зору середніх ступенів; III група – хворі з хронічними захворюваннями в компенсованому стані, а також з фізичними вадами, значними наслідками травм, однак частково пристосовані до праці і інших умов життя; IV група – хворі з хронічними захворюваннями в субкомпенсованому стані, що ускладнює пристосування до праці і умов життя; V група – хворі в декомпенсованому стані, мають інвалідність [61]. Як видно з класифікації С. Громбах не виключає існування стану «здорової людини».

Під діагностикою здоров'я здорової людини різні автори розуміють окремий або інтегральний кількісний показник, який характеризує ресурс здоров'я. На переконання В. Гриценка, В. Белова, А. Котової, О. Пустовойт відомі сьогодні вітчизняні методики оцінки рівня здоров'я, його резерву як за окремими показниками, так й інтегральним не відображають триєдину (фізичну, психічну, соціальну) природу здоров'я [20, с. 51].

У медичному форматі існують відносні показники, які при народженні людини і протягом її життя визначають рівень її здоров'я щодо вроджених або набутих хвороб, а також показники індивідуального здоров'я (генетичні, біохімічні, метаболічні, морфологічні, функціональні, психологічні, соціально-духовні, клінічні).

Не зважаючи на таку класифікацію і належність до однієї з груп, людина може відчувати себе здоровою, адже відсутність фізичної складової здоров'я

людини може замінити інша його складова, наприклад, емоційна чи психологічна. Стан здоров'я не є чимось статичним. Це динамічний процес, а отже, стан здоров'я може покращуватися або погіршуватися. Кожна людина являє собою відкриту динамічну систему, тому існує широкий діапазон поняття «здоров'я» – від абсолютного здоров'я до граничних із хворобою станів.

Тож на основі цих підстав при обґрунтуванні концепції ми дотримуємося позиції, що здоров'я – це нормальний стан організму, який характеризується оптимальною саморегуляцією, повною узгодженістю при функціонуванні всіх органів та систем, рівновагою між організмом та зовнішнім середовищем при відсутності хворобливих проявів. Тому основною ознакою здоров'я є здатність до значної пристосованості організму до впливів різноманітних чинників зовнішнього середовища. Завдяки цьому здоровий організм може витримувати значні фізичні та психічні навантаження, не тільки пристосовуючись до дії екстремальних чинників зовнішнього середовища, але й повноцінно функціонувати в цих умовах. Таким чином, здоров'я доцільно розглядати і як здатність організму активно та повноцінно пристосовуватися до змін оточення. Можна сказати, що здоров'я – це здатність організму перебувати в рівновазі з оточенням. Або: здоров'я – це функціональний стан організму людини, який забезпечує тривалість життя, фізичну та розумову працездатність, достатньо високий рівень самопочуття, а також відтворення здорового потомства. Отже, здоров'я людини не зводиться до фізичного стану, а передбачає психоемоційну рівноваженість, духовне та соціальне здоров'я.

Концепція політики здоров'язбереження – це своєрідна концепція якісних змін. Здоровий спосіб життя передбачає виконання певних правил, що забезпечують гармонійний розвиток, високу працездатність, духовну рівновагу та здоров'я людини. В основі здорового способу життя – індивідуальна система поведінки й звичок, що забезпечує людині потрібний рівень життєдіяльності й здорове довголіття. Здоровий спосіб життя – це

практичні дії, спрямовані на запобігання захворювань, зміцнення всіх систем організму й поліпшення загального самопочуття людини.

У світоглядні орієнтири необхідно закладати основи збереження здоров'я, щоб людина з повагою ставилася до себе та цінувала своє здоров'я як найвищу цінність, розуміла його як гармонію фізичної, психічної, психологічної, духовної та соціальної складових та відповідально й дбайливо ставилася до нього. Адже у людини завжди є свобода вибору дій, вчинків та способу життя. І дуже важливо, щоб цей вибір був правильним, спрямованим на збереження здоров'я, дотримання основ здорового способу життя, формування культури здоров'я та оволодіння здоров'язбережнюючою компетентністю.

У спеціальній літературі вказується на два підходи до формування, зміцнення та збереження здоров'я. Прихильники першого шляху покладаються на те, що здоров'я, благополуччя, щастя тощо забезпечать їм інші – батьки, держава, лікар, вчитель тощо. Отже, цей підхід є пасивним і тривале благополуччя стає неможливим. Другий підхід є активним (діяльним), спрямованим на локалізацію першопричин захворювань і пов'язаним зі способом життя людини. Значущість способу життя у процесі формування та збереження здоров'я людей не викликає сумнівів, тому що переважна більшість наукових джерел визначає його основним фактором цього процесу. Аналіз спеціальної літератури показав, що існує декілька точок зору на поняття «здоровий спосіб життя». Одні дослідники вважають, що це спосіб життя окремої людини з метою профілактики хвороб і зміцнення здоров'я. Інші (П. Виноградов, Б. Єрасов, О. Мільштейн, В. Пономарчук, В. Столяров і ін.) розглядають здоровий спосіб життя як глобальну соціальну проблему, складову частину життя суспільства в цілому. У психолого-педагогічному напрямі (Р. Аксьонов, В. Бальсевич, М. Віленській, Р. Дітлс, І. Мартинюк, Л. Кобелянська та ін.) здоровий спосіб життя розглядається крізь призму свідомості, психології людини, мотивації [62, с. 198] .

Основні концептуальні напрями реформування системи охорони

здоров'я, свого часу були затверджені Указом Президента України від 07.12.2000 р. № 1313 «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України» відповідно до якого Постановою Кабінету Міністрів України від 09.09.2001 р. № 960 «Про затвердження заходів щодо виконання Концепції розвитку охорони здоров'я населення України», де до 2005 р. були розроблені заходи щодо виконання Концепції розвитку охорони здоров'я населення України. У 2014 р. проектом розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України» передбачене поетапне виконання заходів до 2025 р. [63]. Згодом, на підставі підписання Угоди про асоціацію між Україною, з одного боку, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами – з іншого боку (глава 22 «Громадське здоров'я»), Україна взяла зобов'язання розвивати співробітництво в галузі охорони здоров'я з метою підвищення рівня його безпеки та захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку та економічного зростання, у тому числі керуючись підходом «охорона здоров'я у всіх політиках держави» був розроблений проєкт Концепції розвитку системи громадського здоров'я в Україні [64].

У 2015 р. на розгляд Верховної Ради України поданий проєкт Закону України «Про засади державної політики охорони здоров'я». Положеннями законопроекту передбачено створення правових передумов для запровадження єдиного, універсального, комплексного підходу, який базується на основних цінностях в сфері охорони здоров'я при формуванні та реалізації засад державної політики охорони здоров'я в Україні. Законопроектом передбачено уточнення та доповнення визначень, які гармонізовані із вимогами міжнародних організацій в частині таких термінів як «державна політика охорони здоров'я», «здоровий спосіб життя», «моніторинг та оцінка результативності реалізації державної політики охорони здоров'я», «національна система охорони здоров'я», «регіональна система охорони здоров'я», «політики охорони здоров'я міжнародних

організацій», «суб'єкти охорони здоров'я». Вперше пропонується ввести нові терміни, які спрямовані на захист населення від можливих фінансових ризиків, фінансових катастроф та зубожіння («справедливий розподіл тягаря витрат на охорону здоров'я») та недопущення перешкод у доступності для кожної особи своєчасного медичного обслуговування («чутливість до потреб, безпосередньо не пов'язаних з медичним обслуговуванням чи медичною допомогою»). Чітко аргументовані основні акценти, на яких базуються засади формування державної політики охорони здоров'я; деталізовані основні завдання, об'єкти та суб'єкти, принципи реалізації державної політики охорони здоров'я. Окреслено пріоритети державної політики охорони здоров'я, які базуються на найкращих міжнародних практиках та європейських цінностях у сфері охорони здоров'я, у тому числі і громадського здоров'я, відповідні механізми фінансування. Запропоновано інструменти для формування та реалізації державної політики на національному та регіональному рівнях. Уточнено повноваження суб'єктів державної політики охорони здоров'я відповідно до підходу «охорона здоров'я у всіх політиках держави», координації їх діяльності у сфері охорони здоров'я. Деталізовано підходи та вимоги до моніторингу реалізації державної політики охорони здоров'я, порядку його проведення та оцінки результативності [65].

Авторським колективом проекту зроблені перші спроби на законодавчому рівні закріпити такі поняття: державна політика охорони здоров'я – сукупність цілей, завдань, засобів, узгоджених дій та заходів органів державної влади і органів місцевого самоврядування, їх посадових осіб, спрямованих на реалізацію конституційних гарантій охорони здоров'я населення та права особи на своєчасну, доступну, якісну медичну допомогу та ефективне медичне обслуговування, забезпечення захисту прав і свобод людини щодо охорони здоров'я відповідно до сучасних викликів життя; та здоровий спосіб життя – комплекс життєво важливих цінностей здоров'я та колективних зразків поведінки, пов'язаних зі здоров'ям, заснованих на виборі альтернатив, що доступні людям відповідно до їхніх життєвих можливостей;

якість і стиль життя, в яких відображається активність людини по відношенню до свого здоров'я [65]. Незважаючи на закріплення поняття «здоровий спосіб життя», практичні рекомендації з обґрунтування прийняття конкретних рішень в запровадженні державної політики здоров'язбереження у проекті відсутні.

Всі вищеперераховані документи й ті, що приймалися за час реформи галузі, стосуються широкого кола управлінських, організаційних, фінансових питань, а не комплексу спеціально створених заходів, які були б спрямовані на збереження здоров'я людини, утвердження здорового способу життя, профілактику захворювань, зміну мислення і світогляду людини щодо здоров'я і власної відповідальності за стан здоров'я всієї країни, продовження активного та працездатного віку тощо. А це значно ускладнює процес формування галузі, розвитку відносин та знижує ефективність реформ.

Структурні реформи, які запроваджуються у системі охорони здоров'я, вимагатимуть розвитку інвестицій в охорону здоров'я та пріоритизації їх використання на засадах доказів. Ситуація значно ускладнюється через війну в Україні та тимчасову окупацію АР Крим. Зросла кількість вимушених переселенців з окупованих територій. На окупованих територіях населення не має (або має значно обмежений) доступу до медикаментів та медичних послуг, постачання води та енергетичних ресурсів (електроенергія, газ) є нестабільним. Інфраструктура зазнала значних руйнувань під час ведення військових дій. Також кожного року українці відчувають неефективність системи охорони здоров'я у частині її профілактики та достовірної науково-обґрунтованої інформації, при загостренні хронічних хвороб внаслідок поширення ГРВІ, грипу, вірусної пневмонії коли система неспроможна забезпечити достатній рівень послуг у цій ситуації. А це діти, вагітні жінки, люди похилого віку, люди з надмірною вагою, хворі на цукровий діабет, серцево-судинні захворювання, у кого є хронічні захворювання легень та інші захворювання.

Саме ці особливості визначають коло проблем, з якими стикається

країна на сучасному етапі, адже формування нового типу мислення та ставлення суспільства до свого здоров'я породжує безліч суперечностей, які, власне, і є першопричинами кризи всієї системи охорони здоров'я, наслідки якої ми відчуваємо донині.

Таким чином, виникла необхідність розробки нових підходів та програм для вирішення проблем громадського здоров'я, зокрема, збереження здоров'я здорової людини, оскільки система медичної допомоги фактично ігнорує профілактичну складову. Переорієнтація повинна відбутися від політики лікування до політики зміцнення здоров'я і попередження захворювань.

Реалізація концепції можлива як для всієї України одночасно, так і для її регіонів поступово. Однак це зовсім не означає, що вони не можуть розв'язувати проблему збереження здоров'я самостійно. Адже різні регіони країни мають неоднаковий рівень соціально-економічного і техніко-технологічного розвитку, антропотехногенних навантажень на довкілля, використання природних ресурсів, їх забруднення тощо. Можна виокремити три рівні концепції здоров'язбереження: загальносуспільний (планетарний), державний (регіональний) та індивідуальний.

Загальносуспільний рівень базується на залученні України до соціальних і економічних проектів міжнародного значення; обміні досвідом через світові інформаційні мережі і бази даних; участі у спостереженні за динамікою і рівнем загроз та можливими ризиками, прогнозуванні та їх подоланні; запровадженні жорстких санкцій до країн порушників; вивченні питань впливу всіх політик на здоров'я; інтеграції політики і соціальних сил у галузі знань; колективній екологічній політиці; розробці та впровадженні нового міжнародного законодавства; залученні науковців для вирішення питання здоров'язбереження. На цьому рівні Україна виступає учасником політичних відносин на міжнародній арені й є частиною політики здоров'язбереження в планетарному значенні.

Державний рівень базується на економічному розвитку України, зрілості її економічної та політичної систем, особливостях постіндустріальної

економіки. Для України в цьому процесі важливі: роль політичної еліти; формування моделі партнерства всередині держави (місцеве самоврядування, неурядові організації, сім'я, релігійні конфесії, тощо); використання інформаційних технологій та ЗМІ у процесі формування нового мислення, спрямованого на збереження здоров'я; міжнародна співпраця; розвиток економіки, шляхом впровадження в роботу стартапів та проектів, вигідних для збереження здоров'я, залучення в такі проекти вітчизняного виробника; впровадження і розробка правових механізмів; розуміння об'єктивних потреб, самоцінності кожної особистості; відповідальність перед суспільством і громадянином; залучення студентської молоді до наукових розробок і «ноу-хау»; використання на рівні академічної медицини профілактичних, реабілітаційних заходів, оздоровчих систем та впровадження нетрадиційної медицини.

До індивідуального рівня слід віднести саморозвиток та еволюцію світосприйняття особи; усвідомлення себе як окремої творчої індивідуальності; соціалізацію та соціально-психічну адаптацію особистості до типових ситуацій її життєдіяльності; запровадження нової форми освіти – освіти здоров'язбереження протягом життя; підвищення рівня виховання, культури та поведінки здоров'язбереження; усвідомлення людиною цінності власного здоров'я; формування нового мислення та ідеології здоров'язбереження; подолання шкідливих звичок; фізичну активність і здорове харчування; вироблення, розповсюдження нових знань і вмінь та здоров'язбережних технологій; суспільне визнання і самовираження через різноманітні легітимні канали політичної участі, відповідальність перед державою і суспільством; вдосконалення механізму контролю за діяльністю апарату державної влади у реалізації політики здоров'язбереження.

Індивідуальний рівень на відміну від загальносуспільного і державного майже виключає економічну складову, позаяк залежить від самої волі, рішення і поведінки людини. Але індивідуальний рівень є основою формування двох наступних. Економічна складова буде мінімізована за умови належного

виконання індивідом своїх обов'язків.

Трирівневий поділ обумовлено природою змін, що виникають у суспільстві. Це об'єктивні зміни, що стосуються всього суспільства, та суб'єктивні, характерні для окремої особи. Перехід до нового означає насамперед, зміну мотивації діяльності самої людини. У суспільстві, що мотивоване на збереження здоров'я, головним фактором розвитку стає знання, яке, окрім наукоємного продукту, створює новий тип економічних відносин – економіку здоров'я.

Метою державної політики здоров'язбереження є створення умов для збереження і зміцнення здоров'я людини як найвищої соціальної цінності, а також підвищення рівня фізичного, духовного здоров'я, психологічного та соціального благополуччя дітей і молоді шляхом пріоритетності здорового способу життя як основного чинника відновлення здоров'я, його збереження та зміцнення.

Основними засадами формування державної політики здоров'язбереження є визнання:

- 1) права на здоров'я та його охорону як одного з фундаментальних прав людини;
- 2) загальних моральних цінностей, поваги до людини та її гідності, рівності, солідарності;
- 3) визначального впливу громадського здоров'я на сталий розвиток та економічне процвітання як окремих регіонів, так і держави у цілому;
- 4) пріоритетності питань охорони здоров'я та їх взаємозв'язку з іншими сферами державної політики, солідарної відповідальності суб'єктів державної політики охорони здоров'я у цій сфері;
- 5) прозорості у прийнятті рішень щодо подальшого розвитку державної політики здоров'язбереження, залучення до їх розгляду та обговорення представників громадськості, інформування громадськості про такі рішення та врахування її думки;
- 6) наступності, безперервності та послідовності у впровадженні змін

здля прогнозованості результатів державної політики здоров'язбереження;

7) дотримання збалансованості інтересів громадян, громад, суб'єктів господарювання, професіоналів охорони здоров'я та держави;

8) системного підходу до організації національної та регіональних програм, заходів щодо забезпечення достатності та стабільності фінансового, матеріально-технічного, кадрового, інформаційного, організаційного та наукового забезпечення їх функціонування, у тому числі із застосуванням принципів та механізму державно-приватного партнерства;

9) узгодженості з політиками охорони здоров'я міжнародних організацій за такими напрямками: лідерство та управління; медичні послуги та їх постачання; фінансування системи охорони здоров'я; трудові ресурси та кадрова політика; медична продукція, медикаменти, вакцини та технології; інформація про здоров'я; громадське здоров'я.

Основними завданнями державної політики здоров'язбереження є розробка, впровадження безкоштовних і збільшення кількості оздоровчих заходів; залучення практичних спеціалістів для розробки і впровадження комплексних оздоровчих технологій; реалізація людиною своїх здібностей, формування і збереження професійного здоров'я; виховання у населення дотримання гігієни організму; попередження передчасної смертності шляхом скорочення травматизму на виробництві; вжиття заходів спрямованих на позбавлення шкідливих звичок; запровадження системи загартовування, системи спеціального тренування терморегуляторних процесів організму, що включає процедури, дія яких спрямована на підвищення стійкості організму до переохолодження або перегрівання; поліпшення якості життя осіб, що мають хронічні захворювання, та інвалідів, шляхом надання їм умов для реалізації наявного потенціалу здоров'я; розробка і впровадження мотиваційних технологій, що спонукають до здорового способу життя; запровадження комплексного підходу до підвищення якості життя.

2.2. Принципи державної політики здоров'язбереження

Державна політика здоров'язбереження реалізується на основі таких принципів:

1) принцип «здоров'язбереження у всіх політиках» забезпечить створення високоефективної системи формування державної політики здоров'язбереження, що відповідає найкращим практикам Європейського Союзу і його держав-членів та сприятиме адекватним відповідям на глобальні виклики, посилить роль і ефективність запропонованих урядом концепцій в охороні здоров'я;

2) принцип орієнтованості на здорову людину, який означає, що система має орієнтуватися на потреби людини, гарантувати якісні й безпечні послуги, чітко визначену систему профілактичних заходів, адаптованих до вимог часу;

3) принцип доступності профілактичних заходів, а також заходів спрямованих на оцінку стану здоров'я або виявлення захворювання незалежно від соціального статусу;

4) принцип об'єктивності – розроблення всіх документів, що визначають державну політику здоров'язбереження, на основі реальних показників, яких можна досягти та які можливо оцінити;

5) принцип спільної відповідальності має бути розкритий через вироблення концепту спільної цінності – збереження здоров'я. Цей принцип покладає відповідальність за стан здоров'я на громадян, громадські об'єднання, організації, ЗМІ, політичних акторів та інших суб'єктів здоров'язбережнього діалогу;

6) принцип дотримання і виконання оздоровчих заходів протягом усього життя передбачає залучення до активного способу життя та спорту всі вікові категорії населення;

7) принцип спільної цінності здоров'я нівелює традиційний поділ між відповідальністю бізнесу та відповідальністю уряду чи громадянського суспільства, людини. Він може бути корисний для знаходження шляхів

підвищення продуктивності здоров'я для досягнення як комерційних, так і соціальних цілей.

8) принцип наукового підходу – обумовлений особливим способом мислення та пізнання об'єктивної реальності, що формується умовами дослідження процесу здоров'язбереження, високим рівнем знань про здоровий спосіб життя, професійної підготовки осіб, що реалізують політику здоров'язбереження, та цілісним спрямуванням практичних заходів. Науковий підхід дозволить визначити проблему, провести її аналіз, прийти до її вирішення через науково-практичний пошук;

9) принцип реалізації внутрішньої гармонії фізичного, духовного, психічного стану людини, а також гармонії з екологічною і соціальною сферою;

10) принцип спрямованості на кількісну оцінку резервних можливостей організму здорової людини і їх корекцію для реалізації потенціалу здоров'я;

11) принцип поступовості передбачає послідовність реалізації цілей і завдань з формування здорового способу життя залежно від віку, особистісних якостей, умов життя, настроїв індивіда, моральних засад соціального середовища. При формуванні здорового способу життя фізичні та розумові навантаження слід збільшувати поступово, послідовно доповнюючи стиль буття новими факторами, які сприяють здоров'ю;

12) принцип сталого розвитку полягає у розвитку суспільства шляхом зміцнення його здоров'я для задоволення потреб нинішнього покоління з урахуванням інтересів майбутніх поколінь;

13) принцип економічної доцільності полягає у тому, що витрати на проведення заходів із впровадження здорового способу життя повинні у майбутньому зменшити витрати на амбулаторне і стаціонарне лікування;

14) принцип координації, взаємозв'язку та узгодженості довгострокових стратегій, планів і програм розвитку на державному, регіональному та місцевому рівнях;

15) принцип партнерства означає, що важливими складовими запровадження системних змін є партнерство в усіх аспектах реформування, у т.ч. фінансовому, встановлення чітких пріоритетів, забезпечення профілактичного вектору розвитку, впровадження моніторингу зрушень, індикаторів оцінки та контролю, а також широка поінформованість суспільства та відкритість системи громадського здоров'я;

16) принцип нового гуманізму – повинен бути таким переконливим, щоб радикально оновити, якщо не повністю змінити принципи й норми, які видаються нині непохитними, сприяти зародженню нових відповідних до вимог нашого часу цінностей і мотивацій, кардинально змінити погляди й поведінку окремих елітарних груп і верств суспільства.

Об'єктами державної політики здоров'язбереження є діяльність національної та регіональних систем охорони здоров'я, суб'єктів охорони здоров'я, спрямована на збереження, відновлення та зміцнення здоров'я здорової людини та населення в цілому.

Суб'єктами державної політики охорони здоров'я є Президент України, Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України, Верховна Рада Автономної Республіки Крим, Рада міністрів Автономної Республіки Крим, центральні та місцеві органи виконавчої влади, органи місцевого та органи професійного самоврядування, їх посадові особи.

До розробки та забезпечення реалізації державної політики здоров'язбереження повинні залучатися асоціації та інші об'єднання органів місцевого самоврядування, громадські об'єднання, юридичні та фізичні особи.

Для реалізації концепції здоров'язбереження соціально орієнтована держава має визнати людину найвищою соціальною цінністю, надавати соціальну допомогу індивідам, які потрапили у скрутну життєву ситуацію, з метою забезпечення кожному гідного рівня життя, перерозподіляти економічні блага відповідно до принципу соціальної справедливості, своє призначення вбачати в забезпеченні громадського миру і злагоди в суспільстві.

На думку Н. Хоми, однією з перспективних є модель держави, яка активізує, в якій по-новому розподіляється відповідальність між державою, суспільством і громадянами, позаяк зростає роль особистої відповідальності особи за свій добробут. Завданням такої моделі є активне інвестування в людину, її потенціал; створення умов для саморозвитку особи, насамперед через трудову активність; запобігання соціальним негараздам, а не їх пом'якшення. Водночас необхідно врахувати специфіку соціальної структури українського суспільства (значний відсоток осіб похилого віку, велика кількість неповних сімей тощо). Загальносвітова тенденція полягає в тому, що соціальна держава зобов'язана забезпечувати тільки основні потреби людини (інфраструктуру, освіту, охорону здоров'я, прожитковий мінімум) і не допускати утриманських настроїв, поглиблювати у свідомості громадян особисту відповідальність за поліпшення умов свого життя. Тому вітчизняна модель соціальної держави має насамперед сприяти механізмам висхідної соціальної мобільності, формувати соціальний ліфт для всіх груп населення, виступити соціально-політичним арбітром у відносинах між соціальними верствами; в її основі – кодифіковане соціальне законодавство, розвинене громадянське суспільство, соціально відповідальний бізнес [66, с. 214].

Ідеальним для такої моделі, на думку В. Співака, є суспільство з розвиненими економічними, політичними, духовними та іншими відносинами і зв'язками, яке взаємодіє з державою та функціонує на засадах демократії і права. Система соціально-економічних і політичних відносин у такому суспільстві спрямована на забезпечення гідного життя людини, захист її прав і свобод як найвищої цінності визнаної громадянським суспільством і правовою державою [67, с. 616].

Для України оптимальним варіантом розвитку політики охорони здоров'я буде той, який базується на сучасній парадигмі громадського здоров'я й переорієнтації пріоритетів систем охорони здоров'я з лікування на немедичну профілактику, а також на активізації участі населення у програмах громадського здоров'я. Цей варіант, на думку Т. Семигіної, має орієнтуватися

на перехід до суб'єкт-суб'єктного типу соціальної дії, кероване впровадження державно-приватного партнерства [68, с. 7].

Проблему пропонується реалізувати шляхом створення єдиної багатосекторальної системи збереження здоров'я з координаційною роллю Міністерства охорони здоров'я України. Ця система включатиме: органи державної влади, органи місцевого самоврядування, бізнес-середовище, об'єднання громадян, науковців тощо; гармонізацію законодавчої і нормативно-правової бази з європейським законодавством, створення правових передумов для запровадження єдиного, універсального, комплексного підходу до збереження здоров'я здорової людини, який базується на основних цінностях у сфері охорони здоров'я при формуванні та реалізації засад державної політики здоров'язбереження в Україні; запровадження інтегрованого підходу до проблем здоров'я людини і факторів, що його обумовлюють, для раціонального використання людських та наявних матеріальних ресурсів; поєднання принципів централізації та децентралізації через передачу окремих функцій у системі громадського здоров'я та ресурсів органам місцевого самоврядування на обласному рівні; удосконалення аналітичної та інформаційної складових у сфері охорони здоров'я; уніфікацію підходів до збору, обробки, накопичення та використання інформації про здоров'я населення; створення інформаційних баз даних та обмін інформацією; проведення постійних інформаційно-просвітницьких заходів, спрямованих на формування у населення навичок здорового способу життя, в тому числі позитивної реклами; відповідальність за збереження здоров'я та зміцнення соціальної свідомості; запровадження нових механізмів і пріоритетів фінансування, забезпечення прозорості та підзвітності використання доступних ресурсів; підтримання національного виробника з виготовлення продукції здорового харчування і безпечної для здоров'я хімічної та косметичної продукції; залучення студентської молоді до еко-проектів.

Забезпечення формування політики здоров'язбереження необхідно

закріпити за Кабінетом Міністрів України, Міністерством охорони здоров'я України та центральними органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування. Реалізацію політики здоров'язбереження доцільно покласти на органи МОЗ, що значно прискорить виконання завдань запропонованої концепції, скоротить час і кошти, а також позбавить від кадрових та бюрократичних питань, з делегуванням повноважень до відокремлених міжрегіональних структурних підрозділів з наступними ключовими функціями: підготовка пропозицій щодо формування державної політики у сфері здоров'язбереження; запобігання розповсюдженню інфекційних хвороб та боротьба з особливо небезпечними соціальними інфекційними хворобами (туберкульоз, СНІД); підтримка і розширення співпраці з традиційними міжнародними дво- та багатосторонніми партнерами: Світовим банком, Всесвітньою організацією охорони здоров'я, інституціями ООН (Дитячим фондом ООН, Програмою розвитку ООН, Програмою ООН з ВІЛ/СНІД, Фондом народонаселення ООН), Європейською Комісією, агентствами міжнародного розвитку; підвищення безпеки продуктів харчування; спрощення торгівлі шляхом модернізації санітарної та фітосанітарної сфери; запровадження здорового способу життя; пропаганда ефективних дій у відповідь на епідемії та досягнення цілей універсального доступу до профілактики; подолання та антиреклама шкідливих звичок; залучення інститутів громадянського суспільства до використання здоров'язберігаючих технологій; лікування, догляд та підтримка хворих у реабілітаційний період; організація та проведення наукових та операційних досліджень; розроблення та реалізація комплексних заходів та програм з профілактики та лікування захворювань, які спричиняють найбільший негативний соціально-демографічний та економічний вплив для окремих регіонів; ведення чіткої та прозорої регіональної системи звітності за результатами впровадження програм і проєктів у сфері громадського здоров'я та проведення громадських слухань з обговорення стану здоров'я населення; підтримка та розвиток систем епіднадзора, оцінка та комплексний аналіз основних факторів ризику

(поведінкові, біологічні, інші) та соціальних детермінант здоров'я; розробка і реалізація регіональних стратегій з питань формування усвідомленого і відповідального ставлення населення до власного здоров'я та особистої безпеки; проведення кампаній у сфері здоров'язбереження із залученням бізнес-партнерів, громадськості та спортивних організацій.

Створення єдиної системи здоров'язбереження передбачає:

- запровадження принципу «здоров'язбереження у всіх політиках» повинен стати невід'ємною частиною «здоров'я у всіх політиках» шляхом внесення до законодавчих та нормативно-правових актів окремого розділу щодо важливості й необхідності запровадження здорового способу життя, дотримання санітарно-гігієнічних норм і правил;

- уточнення та доповнення визначень, які гармонізовані із вимогами міжнародних організацій в частині таких термінів, як «система громадського здоров'я», «державна політика здоров'язбереження», «здоровий спосіб життя», «моніторинг та оцінка результативності реалізації державної політики здоров'язбереження», «збереження здоров'я здорової людини»;

- розробку і прийняття Закону України «Про засади державної політики здоров'язбереження у системі громадського здоров'я», що сприятиме комплексному формуванню та реалізації державної політики здоров'язбереження, заснованої на європейських стратегіях спільних цінностей здоров'я, взаємодії з іншими секторами економіки та залученні нових партнерів, а також створенню та забезпеченню умов досягнення та підтримки високого рівня здоров'я населення, поліпшенню громадського здоров'я, а також забезпеченню універсальності умов отримання доступу до якісної і безпечної медичної допомоги, справедливості та солідарності в системі охорони здоров'я;

- розробку і прийняття Концепції збереження здоров'я здорових в Україні. Під збереженням здоров'я здорової людини в цій Концепції необхідно розуміти сукупність заходів політичного, духовного, економічного, правового, соціального, культурного, наукового, медичного, санітарно-епідемічного

характеру, спрямованих на оптимізацію умов для формування, активного збереження, відновлення і зміцнення здоров'я, що забезпечують зниження захворюваності і збільшення популяції здорових і практично здорових людей;

- встановлення на законодавчому рівні контролю за обов'язковим звітуванням політичних акторів за реалізацію політичних програм у питаннях, що стосуються покращення здоров'я населення;

- законодавче закріплення зобов'язань політичних партій, громадських об'єднань, органів місцевого самоврядування включати до програмних документів своєї діяльності вирішення питань здоров'язбережного й екологічного значення;

- створення онлайн-сторінок на сайтах органів публічної адміністрації з інформацією про проведення заходів здоров'язбережного характеру;

- закріплення за Міністерством охорони здоров'я обов'язку налагодження ефективного механізму співпраці з усіма дотичними центральними органами виконавчої влади у питаннях запровадження політики здоров'язбереження;

- визначення ролі та функцій центральних органів виконавчої влади як основних урядових структур, відповідальних за розробку політичних рішень та законодавства з профілактики і запровадження здорового способу життя;

- запровадження стратегічного планування із залученням зацікавлених сторін, для визначення цілей у сфері здоров'язбереження та відповідних заходів на національному, регіональному та місцевому рівнях;

- посилення наукової складової з метою удосконалення функцій моніторингу та оцінки ризиків;

- забезпечення проведення загальнонаціональних інформаційно-просвітницьких кампаній щодо переваг здорового способу життя, шляхів попередження захворювань;

- проведення переговорів з бізнес-асоціаціями з метою вироблення моделі співпраці у зміцненні здоров'я, промоції здорового/активного способу

життя та здорового харчування;

- запровадження грантових програм для громадських об'єднань і наукових установ та формування соціального замовлення;
- планування цільових видатків на виконання загально-державних і територіальних програм профілактичного спрямування, із залученням коштів державного бюджету, місцевих бюджетів та інших джерел, не заборонених законодавством;
- відновлення мережі оздоровчих і профілактичних закладів з урахуванням особливостей і специфіки кожного регіону країни;
- допомогу громадським об'єднанням, що ставлять за мету своєї діяльності збереження здоров'я здорової людини та проводять екозаходи;
- розробку пропозицій, створення законів та їх подальше вдосконалення щодо сучасних технологій, які дають можливість складувати чи захоронювати відходи так, щоб вони не впливали на навколишнє середовище і здоров'я людини. Залучення іноземних інвесторів до реалізації проектів такого змісту.

Для ефективної підтримки здоров'я відносно здорових людей виконання концептуальних положень передбачає поєднання медико-профілактичної, оздоровчої і економічної систем. Виконання програмних заходів дасть змогу державним органам і закладам охорони здоров'я розширити лікувально-профілактичні функції. Для зниження витрат на впровадження системи здоров'язбереження відносно здорової людини пропонується використовувати в межах коштів, передбачених бюджетом, а також витрат з реклами і виготовлення тютюнової і алкогольної продукції в діяльність суб'єктів господарювання.

Важливо також зазначити, що запровадження концепції здоров'язбереження в основі якої – збереження і підтримка здоров'я здорової і відносно здорової людини, жодним чином не завадить, а лише зміцнить стратегічний напрям на поліпшення громадського здоров'я і може стати органічним доповненням Концепції загальнодержавної програми «Здоров'я

2030: український вимір». Зокрема, відповідатиме напряму вжиття заходів з профілактики та раннього виявлення захворювань, здійснення контролю за перебігом захворювань та запобігання їх несприятливим наслідкам, формування системи громадського здоров'я, мотивацію населення до здорового способу життя, запровадження заходів з реабілітації, організації спеціальних заходів з медичного забезпечення за окремими класами хвороб та нозологічними формами, що разом з проведенням реформи системи надання медичної допомоги забезпечить зниження потреби у медичній допомозі, раціональне використання ресурсів галузі, застосування солідарного принципу фінансування, підвищення якості та надання ефективної медичної допомоги, що призведе до поліпшення здоров'я та зниження первинної інвалідизації населення, загальної смертності та смертності населення в працездатному віці.

Отже, державну політику здоров'язбереження слід розуміти як систему принципів та напрямів діяльності держави у сфері збереження і зміцнення здоров'я та забезпечення безпеки України. Політика здоров'язбереження є складовою частиною державної політики громадського здоров'я.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ

3.1. Зарубіжний досвід реалізації політики здоров'язбереження

Реформа охорони здоров'я та захисту пацієнтів у США сьогодні є одним з найбільш великомасштабних проєктів в історії США з середини 1960-х р. Реформа почала проводитися поетапно з 2010 р. за ініціативою Президента країни Барака Обами і дотепер вважається його головним досягненням.

Необхідність у розробці єдиної версії реформи охорони здоров'я в США виникла після того, як наприкінці 2009 р. обидві палати Конгресу прийняли два різні варіанти законопроєкту. Головною метою реформи є скорочення кількості людей, які не мають можливості купити собі медичну страховку, і зробити саму систему охорони здоров'я та медичного страхування більш доступною широким верствам населення, а також менш дискримінаційною порівняно з попередньою системою. Реалізація проєкту для американського бюджету, за підрахунками, обійдеться в 950 мільярдів доларів за 10 років. Законопроєкт, схвалений Сенатом, вимагає 871 млрд доларів, а варіант нижньої палати – трохи більше трильйона. Згідно з варіантом реформи, розробленим Бараком Обамою, до 2019 р. медичну страховку отримає 31 мільйон американців, які не мають її наразі. Крім того, додаткові пільги в галузі охорони здоров'я отримає середній клас та малий бізнес.

Зокрема, в плані Обами не згадується підтримувана багатьма і розкритикована іншими ініціатива створення державної системи медичного страхування, яка б була альтернативою для приватних страховиків. Обама залишив без уваги і тему виділення федеральних коштів на проведення операцій з переривання вагітності. Однак, прихильники закону, винесеного на голосування Палати представників, переконані, що з його допомогою доступ до медичного обслуговування додатково отримають 36 млн. американців.

Таким чином, медичну страховку матимуть 96% населення країни [69].

Низка положень реформи набрали чинності вже в 2010 р. Страхові компанії відтоді не мали права відмовляти хворим людям у страховці, запроваджувалися обмеження на вартість страховки для людей з серйозними захворюваннями. Страховики також не могли відмовлятися надавати поліс хворим дітям. Батьки змогли вписувати в свої страхові плани дітей, поки тим не виповниться 26 років. Для людей, які живуть без страховки і страждають на різні захворювання, створена спеціальна програма, в рамках якої вони можуть на пільгових умовах отримати страховку. Встановлені ліміти на вартість страховки, а також на вартість візитів до лікаря (в США страховка, як правило, покриває лише частину витрат, наприклад, дві третини, решту пацієнт виплачує сам).

У 2011 р. зміни торкнулися системи соціального страхування Medicare. Терапевти і педіатри, що працюють з незаможними групами населення, отримують надбавку до зарплати, а ті, хто користується їхніми послугами, зможуть щорічно проходити безкоштовну диспансеризацію. Для них також передбачено низку додаткових послуг. Незаможні, які потребують постійного догляду, отримують можливість жити в спеціалізованих медичних центрах. Фармацевтичні компанії тепер щорічно змушені сплачувати податок, який буде розраховуватися виходячи з їхньої частки на ринку. Нововведення не торкнулися тільки компаній, чий річний дохід становить менше 5 мільйонів доларів.

2012 р. запущено програми з підвищення ефективності та контролю за лікарнями, дитячими поліклініками та будинками для літніх людей. 2013 р. очікувалося збільшення податків, що направляються на підтримку системи Medicare. Також введено 2,9-відсотковий акцизний збір на продаж медичного обладнання.

З 2014 р. наявність страховки є обов'язковою умовою для більшості людей, що проживають у США. В іншому випадку їм доведеться платити штраф. З 2014 р. багато хто зміг обміняти свої страхові плани на нові, які

обіцяють бути більш економічними і повними. Великі організації, що не надають своїм співробітникам страховки, сплачують штрафи. У наступні роки реформа, продовжилася. Будуть підвищуватися вимоги до страховиків і роботодавців. Під загрозою штрафів їм доведеться знаходити можливості надавати клієнтам і співробітникам якомога економічніші плани з максимальним покриттям. Виконання цього пункту президентської програми має суттєво вплинути на економіку США. Нині обов'язкове медичне страхування не підтримують 51% громадян [69].

Реалізація президентської програми Барака Обама у частині виконання положень реформи охорони здоров'я є прикладом реалізації політичного рішення і усвідомлення політиками необхідності радикальних змін в охороні здоров'я. Хоча деякі противники медичної реформи вбачали в політичних рішеннях Президента порушення прав людини, позаяк відбувається примусове зобов'язання страхувати своє здоров'я. Закон, підписаний Обамою у 2010 р., оскаржували у Верховному суді 26 штатів, заявляючи, що він порушує права людини. Однак Верховний суд США підтримав реформу охорони здоров'я, ініційовану Президентом, і визнав, що обов'язкове медичне страхування не суперечить Конституції країни [70].

Після перемоги на виборах у 2016 р. республіканці під керівництвом Дональда Трампа скасували суперечливу реформу Обама в галузі охорони здоров'я і введення загального обов'язкового медичного страхування. Багато консервативних республіканців продовжують вважати, що держава не повинна втручатися в систему охорони здоров'я своїх громадян. Дональд Трамп вважав таку політику занадто жорсткою і планував створити хоча б одну мережу для найбільш вразливих пацієнтів та фінансувати систему охорони здоров'я шляхом підвищення корпоративного оподаткування [71]. Втім, він підтримав збереження у повному обсязі програм медстрахування для літніх людей та інвалідів, а також для малозабезпечених родин. Однією з найбільш скандальних пропозицій Дональда Трампа в ході передвиборчої кампанії стала обіцянка заборонити аборти і карати жінок за спроби

позбавитися від небажаної вагітності. У відповідь на критику, яку викликала ця заява, Дональд Трамп пом'якшив свою позицію, зазначивши, що рішення про заборону абортів повинні прийматися владою окремих штатів, а не на федеральному рівні а кримінальній відповідальності будуть підлягати лікарі.

Якщо ж порівняти результативність заходів з охорони здоров'я стосовно до конкретних захворювань, то тут Сполучені Штати, безсумнівно, випереджають всі інші країни. Хворі на рак, запалення легень, серцеві захворювання і СНІД у США мають набагато більше шансів вижити, ніж десь іще. Так, за результатами дослідження, опублікованого в британському медичному журналі Lancet, Америка посідає перше місце у світі за відсотком тих, що вижили при захворюванні на рак. Приблизно 62,9% чоловіків-американців, у яких був діагностований рак, прожили після цього більше п'яти років. Ще більше ця частка серед жінок – 66,2%, або дві третини. За цим показником серед чоловіків друге місце посідає Ісландія (61,8%), а серед жінок – Швеція (60,3%). У більшості країн з державною системою охорони здоров'я справи значно гірші. Так, в Італії після діагнозу «рак» лише 59,7% чоловіків і 49,8% жінок вдається прожити не менше п'яти років. В Іспанії відповідні цифри становлять 59% для чоловіків і 49,5% для жінок. Нарешті, показники Великобританії просто жахливі: там з діагнозом «рак» живуть більше п'яти років 44,8% чоловіків і 52,7% жінок [72].

Одне слово, уряд США прагне йти послідовно у пошуках нових і більш творчих рішень, для ангажування споживачів у процесі ухвалення рішень про оздоровлення, щоб забезпечити стимули, та мудрого використання послуг. Однак оцінити систему охорони здоров'я дуже важко.

Для США характерна приватна система медичного страхування (модель переваги споживачів). Багато власників страхового поліса скаржаться на зростання цін на медичні послуги і непередбачуваність умов надання страхового покриття. Лікарі відзначають, що виплати від страхових компаній надто малі, щоб вони могли продовжувати практику. Нестримну інфляцію витрат на охорону здоров'я в США звично пояснюють багатьма різними

чинниками.

Старіння населення і розвиток медичних технологій є викликом кожній національній системі охорони здоров'я, однак американська система різко виділяється на цьому тлі. Явне фіаско Сполучених Штатів у плані стримування росту витрат на охорону здоров'я перш за все є наслідком глобальної комерціалізації цієї сфери. Домінування приватних страхових компаній, фармацевтичних компаній, нова хвиля приватних спеціалізованих шпиталів, власниками яких є лікарі, і намагання усіма гравцями на цьому ринку зробити свій прибуток максимальним збільшують витрати на охорону здоров'я і викривлюють розподіл ресурсів [73].

В межах даного підрозділу, необхідно також відмітити, що США є донором і ініціатором запровадження Африканської стратегії охорони здоров'я. Цей проєкт відбувається з залученням агенства США з міжнародного розвитку, Бюро міжнародного розвитку Африки, науково-дослідних центрів охорони здоров'я в Дакарі та різного роду громадських організацій. У 2016 р. основними напрямками Африканської стратегії охорони здоров'я є подолання малярії, туберкульозу та інших інфекційних захворювань, піклування про здоров'я немовлят та породіль, забезпечення ліками та речами першої необхідності населення у найвіддаленіших куточках Африки, а також, заходи спрямовані на профілактику захворювань ВІЛ/СНІД. Стратегія охоплює такі країни як Малі, Сенегал, Гвінею, Ліберію, Бенін, Гану, Нігерію, Камерун, Демократичну Республіку Конго, Ефіопію, Кенію, Танзанію, Раунду, Бурунді, Анголу, Замбію, Малавію, Мозамбік, Зімбабве, Намібію, Ботсвану, Свазиленд, Лесото, Південну Африку [74].

До списку країн, яким допомагають США, потрапили країни Близького Сходу і Північної Африки (Алжир і Єгипет), та країни Азії (Афганістан, Бангладеш, Індонезія, М'янма, Філіппіни, В'єтнам).

Серед країн Європи і Євразії допомога надається Україні. З 2011 по 2016 рр. діяла Програма забезпечення доступу до ліків та покращення їх якості.

Проєкт Лідерство, менеджмент та управління розрахований з 2012 по

2016 рр. співпрацював з керівниками органів охорони здоров'я, менеджерами з розробки і впровадження політики на всіх рівнях, щоб показати, що інвестиції в управління та менеджмент приводять до зміцнення систем охорони здоров'я, а також значного поліпшення стану здоров'я. В основі Проєкту закладені принципи національної відповідальності, рівності чоловіків і жінок в управлінні, а також розробка ефективних підходів в управлінні. Особлива увага приділяється належному управлінню в секторі медичних послуг, зміцненню галузі за рахунок підзвітності, взаємодії, участі всіх зацікавлених суб'єктів, прозорості та стратегічного управління.

У Прикордонному регіоні США зберігається модель охорони здоров'я США. Регіон межує з такими штатами, як Техас, Нью-Мексико, Аризона і Каліфорнія [75].

Корінні американці отримують медичні послуги через службу охорони здоров'я індійського населення. У 2008-2009 рр., приватне медичне страхування становило від 44% в Нью-Мексико до 53% у Каліфорнії. Державне медичне страхування Medicare (для людей до 65 років, які є громадянами США або постійно, на законних підставах проживають останні п'ять років у Прикордонному регіоні) покриває 9%–12% населення, а Medicaid (для малозабезпечених та інвалідів – громадян США або юридичних осіб) – 15%–19% населення. Показники незастрахованого населення в прикордонних штатах становлять 19% в Каліфорнії, 26% у Техасі.

Водопостачання в прикордонному регіоні США в найближчі 50 років у зв'язку зі зміною клімату стане найбільшою проблемою. Серед основних загроз здоров'ю населення слід назвати міграцію, збільшення насильства вздовж мексиканської сторони кордону, пов'язане насамперед із здійсненням національної політики на викорінення організованої злочинності і боротьбу з незаконним обігом наркотиків, низьке охоплення імунізацією, обмежений доступ до послуг охорони здоров'я, обмеження у наданні первинної медичної допомоги вздовж американської сторони кордону, хитке здоров'я корінного населення, надзвичайні ситуації, високі темпи дитячого ожиріння, цукровий

діабет, підліткова вагітність і туберкульоз [75].

США постійно збільшує інвестиції у сферу охорони здоров'я Мексики, що суттєво впливає і на розвиток в Прикордонному регіоні. Стратегії з підтримки здоров'я в регіоні розраховані до 2030 р. Ці заходи ініціювала Комісія американо-мексиканського кордону з охорони здоров'я і навколишнього середовища, Секретаріат Мексики з охорони навколишнього середовища і природних ресурсів та Агентство з охорони навколишнього середовища США.

Канада – друга за площею країна світу, економіка якої глибоко інтегрована в світову економіку та до певної міри залежна від міжнародної торгівлі, особливо зі своїм найбільшим торговельним партнером, Сполученими Штатами Америки. Це дає змогу фінансувати державі систему охорони здоров'я, забезпечувати універсальний доступ до бази медичних послуг. Федеральний уряд та уряд провінцій несуть основну відповідальність за управління та надання медичних послуг канадців. Федеральний уряд надає додаткові послуги для мігрантів і меншин, що проживають на території Канади. Канада – країна іммігрантів. Глобальна репутація Канади як високорозвиненої, мирної, вільної від етнічних конфліктів країни, безумовно, сприяє зростанню імміграції в країну. Нові канадці, як прийнято тут називати новоприбулих іммігрантів, розселяються переважно у великих містах, що зумовлено ситуацією на ринку праці. Імміграція дає значний внесок в економіку країни. Тому Канада безперешкодно надає іммігрантам послуги у сфері охорони здоров'я [76].

Федеральний уряд несе відповідальність за охорону здоров'я у питаннях забезпечення необхідним (наприклад, регулювання надходжень і використання лікарських препаратів, біопрепаратів, медичного обладнання та продуктів харчування) і безпеки споживачів. Уряд відіграє важливу роль у зміцненні здоров'я, включаючи профілактику і контроль інфекційних і хронічних захворювань, епідагляд, готовність та реагування на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я і спалахи захворювань, а також дослідження

в галузі охорони здоров'я.

У Законі Канади 1984 р., що передбачає державне медичне страхування і фінансову підтримку, визначена головна мета політики охорони здоров'я – захист, зміцнення та відновлення розумового і фізичного благополуччя жителів Канади, сприяння відкритому доступу до медичних послуг без фінансових або інших бар'єрів.

Для вирішення проблем охорони здоров'я у 2005 р. була створена Міжурядова Служба, яка заснована на тісній співпраці. Міжурядова Служба є ключовим механізмом у зміцненні потенціалу суспільної охорони здоров'я Канади. Вона покликана передбачити несприятливі події, готуватися і реагувати на надзвичайні ситуації в охороні здоров'я, вирішувати проблеми різного характеру.

Близько 70% загального обсягу видатків на охорону здоров'я в Канаді фінансуються з державних джерел, включаючи загальний дохід через федеральну, провінційну та територіальну податкові системи.

Міністерство охорони здоров'я Канади вважає, що профілактика та пропаганда здорового способу життя можуть знизити витрати на охорону здоров'я і поліпшити якість життя в довгостроковій перспективі. З цією метою уряд підтримує наукові дослідження і зміцнення партнерських відносин з вітчизняними і зарубіжними дослідниками. Міністерство працює спільно з провінціями і територіями для розробки ефективних напрямів роботи, в яких канадська система охорони здоров'я може бути поліпшена і забезпечити стабільність у майбутньому. Місія міністерства вбачається також у: високоякісних наукових дослідженнях, від яких залежить якість роботи у майбутньому; консультаціях з канадцами, для визначення, яким чином задовольняти їх потреби в медичній допомозі; поширенні інформації про профілактику захворювань; залученні канадців до активної участі у збереженні власного здоров'я, підвищенні рівня їх фізичної активності й дотриманні правильного харчування. Отримані в ході цих консультацій зауваження і пропозиції допомагають визначити напрями політики та

законодавства щодо поліпшення роботи галузі. З цією метою створені електронний Канадський вісник та консультаційний портал для канадців.

Важливу функцію виконує інформаційна складова у системі охорони здоров'я Канади. Канадці мають доступ до інформації як наукового, так і профілактичного характеру. Основні заходи із збереження здоров'я людини відбуваються за такими напрямками: вакцинація, боротьба з тютюнопалінням, наркоманією і алкоголем, профілактика дитячого ожиріння; захворювань у вагітних та захворювань порожнини рота; психологічна підтримка; залучення до активного способу життя; профілактика травматизму, пропаганда сексуального здоров'я, екологічної безпеки.

У Мексиканських Сполучених Штатах система охорони здоров'я, як правило, фінансується за рахунок податків, працівників і внесків роботодавців, власних коштів громадян та приватних медичних страхових премій. Програма страхування була створена, щоб спрямувати державні кошти і тимсамим домогтися більшої справедливості в доступі до медичних послуг, в рамках спільних внесків до федерального уряду і уряду штатів [77, с. 220-221].

Національна програма охорони здоров'я 2007–2012 рр. (PRONASA) та Програма сектора охорони здоров'я на 2007–2012 рр. (PROSESA) мали забезпечити доступ до основних послуг і скорочення нерівності шляхом цілеспрямованих втручань маргінальних співтовариств і вразливих груп населення. Недоліком національної політики в галузі охорони здоров'я є відсутність закону, де б могли бути визначені цілі, напрями, принципи та функції роботи як медичних установ, так і галузі в цілому. Це вимагає додаткових зусиль задля належного управління та різних домовленостей і угод із зацікавленими сторонами в секторі.

У 2006 р. була запроваджена нова модель амбулаторного догляду. В Мексиці запроваджено декілька програм, що обслуговують понад 10 мільйонів осіб. Їх робота має два аспекти – профілактика захворювань та залучення громадськості. Головним завданням програм є профілактика

інфекційних захворювань, боротьба з поширенням ВІЛ/СНІД тощо. Програми підтримують людей з обмеженими можливостями, дітей і жінок, літніх людей, соціально вразливі групи. Також у межах програм на національному, державному та місцевому рівнях відбувається підготовка персоналу з питань розвитку та збереження сім'ї.

У 2011 р. уряд Мексики став ініціатором запровадження нового податку для вирішення проблеми зайвої ваги населення. Палата представників Мексики схвалила рішення про запровадження «податку на ожиріння», який становить 5% від продажу усіх продуктів харчування, які містять понад 275 калорій на кожні 100 грамів [78].

На думку уряду, такий податок здатен подолати традицію харчування у фастфудах і вирішити проблему зайвої ваги, що, у свою чергу, скоротить обсяг фінансових витрат на забезпечення національної системи охорони здоров'я. Уряд планує залучити до неї близько 75 мільйонів осіб, що становить 70% населення країни. Саме такий відсоток людей у Мексиці страждають на ожиріння (загалом в країні проживають 107 мільйонів осіб). Це призводить до додаткових витрат системи охорони здоров'я, які становлять близько 38 мільярдів песо щорічно. Крім цього, планується запровадити податок у розмірі 1 песо на кожен літр прохолодних напоїв із зайвим вмістом цукру [78].

Ідею нового податку підтримали громадські організації, що беруть участь у програмах поліпшення стану здоров'я населення. Вони вважають, що це сприятиме розвитку економіки країни і зниженню непродуктивних витрат за рахунок поліпшення загального стану здоров'я жителів країни.

Національна програма боротьби з ожирінням включає пропаганду здорового способу життя, щоденні заняття фізичними вправами, обмеження вживання висококалорійних продуктів харчування та збільшення кількості овочів і фруктів, заміну газованих напоїв водою.

12 серпня 1992 р. уряди Мексики, Канади та США підписали угоду про створення Північноамериканської зони вільної торгівлі (НАФТА). Її характеризують розширення торгівлі та її лібералізація, інтернаціоналізація

обороту капіталу й усунення перешкод для його руху, глибокі зміни у фінансовій сфері, яка більше за інші форми співробітництва відчуває наслідки електронної революції, розгортання діяльності транснаціональних корпорацій та поширення їх експансії, дедалі більша орієнтація попиту на світовий ринок, утворення міжнародних фінансових інститутів, а це суттєво впливає на соціальну сферу, особливо охорону здоров'я.

Особливість інтеграційного союзу в Північній Америці полягає в тому, що він розвивається в умовах великої асиметрії, нерівності між партнерами. Багаторазово перевершуючи і Канаду, і Мексику за економічним і науково-технічним потенціалом, Сполучені Штати займали і продовжують займати провідні позиції у континентальній економіці [79, с. 67-69]. Однак сусідство країн призводить до того, що врешті-решт вони мають однакові проблеми – міграцію і наркобізнес.

У 2005 р. під час саміту перших керівників трьох північноамериканських держав у Техасі було підписано заяву про Північноамериканське партнерство у сфері безпеки та процвітання. Згодом основними питаннями на порядку денному у сфері безпеки та економічного процвітання в серпні 2006 р. були визначенні загальні підходи у координації програм у сфері охорони здоров'я.

Екологічна складова здоров'язбереження забезпечується окремим документом, що визначає основні напрями співпраці у природоохоронній сфері між Канадою, Мексикою та Сполученими Штатами Америки, це Північноамериканська угода про екологічне співробітництво (North American Agreement on Environmental Cooperation – NAAEC). Вона була підписана 14 вересня 1993 р., та набула чинності 1 січня 1994 р., як і головна угода про зону вільної торгівлі. Угода складається з декларації принципів і цілей, які стосуються збереження та захисту навколишнього середовища, а також містить конкретні заходи щодо подальшого співробітництва з цих питань між трьома країнами. Відповідно до підписаної окремої «екологічної» угоди була створена міжурядова організація: Комісія з екологічного співробітництва

(Commission for Environmental Cooperation, CEC), спрямована на підтримку співпраці партнерів по НАФТА у питаннях вирішення екологічних проблем континенту, включно з усіма ймовірними викликами та можливостями, що поставатимуть перед ними в контексті загальноконтинентальної вільної торгівлі. Серед основних завдань, які поставлені перед Комісією з екологічного співробітництва, є такі: сприяння співпраці та участі громадськості у збереженні, охороні та зміцненні північноамериканського навколишнього середовища в контексті зростаючої економіки, торгівлі, а також соціальних зв'язків між Канадою, Мексикою та Сполученими Штатами. Крім цього, партнерство у сфері екологічної безпеки передбачає розробку та впровадження інноваційних механізмів для вирішення проблеми зміни клімату, оцінку викидів до навколишнього середовища, обмін інформацією між Канадою, Мексикою та США, створення карт зміни земельного покриву для відстеження змін земної поверхні тощо. Серед головних напрямів реалізації Північноамериканської угоди про екологічне співробітництво та діяльності Комісії з екологічного співробітництва можна виділити такі: контроль за зміною клімату, підтримка локальних екосистем, впровадження «зеленої економіки», контроль за забрудненням довкілля, дотримання екологічного права [80, с. 129].

Серед сучасних проєктів з підтримки локальних еко-систем – Арктична ініціатива для перелітних птахів (2015– 2016 рр.), спрямована на співпрацю місцевих громад Канади, Мексики та США, по території яких проходять шляхи сезонних перельотів арктичних птахів, з мережею заповідників берегових птахів Західної півкулі у справі збереження видів, які знаходяться під загрозою зникнення; проєкт із залучення фермерів та інших землевласників до підтримки метеликів виду данаїда монарх (2015-2016 рр.), метою якого є сприяння відновленню середовища проживання, місць гніздування та міграційних коридорів цих метеликів у Канаді, Мексиці та Сполучених Штатах, що має сприяти збереженню їх, а також інших природних запилювачів, на землях, відведених під сільськогосподарське виробництво.

Окрім зазначених, ціла низка інших проєктів, спрямованих не тільки на збереження екосистем, а й на освітні екологічні програми.

Наступним важливим напрямом співпраці Канади, Мексики та США є впровадження так званої «зеленої економіки», що в цілому спрямовано на екологізацію економіки у Північній Америці. Заходи в рамках цього напрямку охоплюють такі сфери діяльності: скорочення викидів від транскордонних перевезень на прикордонних пунктах в'їзду, підвищення енергоефективності та «зеленого будівництва», «озеленення» ланцюжка поставок у секторі обробної промисловості, поліпшення системи управління відходами, зведення до мінімуму викидів парникових газів та відходів у навколишнє середовище, сприяння зростанню «зеленої» промисловості тощо [80, с. 130].

Важливим аспектом партнерства Канади, Мексики та США є налагодження зв'язків з місцевими громадами та залучення їх до співпраці з міжурядовими органами. Важливою складовою є орієнтація на екологічні освітні цілі; відкритість до громадськості (тримовний сайт з актуальною інформацією, акаунти у соціальних мережах). Однак сама державна політика здоров'язбереження залежить від економічних показників і впливу США не тільки для країн НАФТА, а й країн Африки, а також у питанні вироблення і налагодження страхового механізму через надання робочих місць і залучення робочої сили до виробництва.

Приклад членства Мексики у НАФТА засвідчує, що інтеграція країни, що розвивається, і розвинутих країн мала подвійний ефект. З одного боку, подібне партнерство привело до відчутних економічних досягнень, а з іншого – Мексика зазнала значних економічних, політичних і соціальних потрясінь, породжених асиметричними відносинами між країнами НАФТА. Інтеграція з північними сусідами поставила на порядок денний необхідність реформування усього державно-політичного апарату Мексики, який виявився нездатним вирішувати соціально-економічні проблеми, пов'язані з інтеграцією держав з різними рівнями розвитку.

3.2. Формування державної політики України в галузі охорони здоров'я, в контексті вимог ХХІ століття

Розглядаючи питання формування державної політики України в галузі охорони здоров'я, в контексті вимог ХХІ століття, слід зазначити, що охорона здоров'я – це складна, багаторівнева система, яка розвивається, видозмінюється під впливом часових, соціальних і багатьох інших чинників. Під час модернізації цієї політики треба враховувати інтеграційні процеси в європейській і світовій практиці [81, с. 78]. У нормативному плані важливо використати підхід «охорона здоров'я у всіх політиках», що поступово наблизить її до європейських показників. Адже виникла потреба адаптації політики і системи охорони здоров'я, а також переорієнтації її з лікування хвороб на профілактику захворювань та підвищення рівня здоров'я. Швидкий прогрес у відносинах з Європою у сфері охорони здоров'я повністю залежить від зусиль України та конкретних досягнень у виконанні зобов'язань щодо спільних цінностей. Європейська політика сусідства відкриває нові перспективи для партнерства у сфері охорони здоров'я [82, с. 92].

У цьому контексті доречно навести позицію М. Сейшел та В. Хекбарт, що звертаються до європейського досвіду. Європейський Союз виробив послідовну і комплексну основу для політики реагування на виклики в галузі охорони здоров'я, яка поєднує законодавство, співпрацю та фінансування: Стратегія ЄС Здоров'я «Разом за здоров'я». Такий підхід пояснюється тим, що економічна криза загострила проблеми народжуваності, захворювання, технологічних змін, а також основних загроз для здоров'я. Це стало додатковим навантаженням на систему охорони здоров'я і збільшує зусилля ЄС щодо економічного зростання, що викладено в стратегії «Європа 2030». Європейська комісія прийняла основи політики у вигляді пакету документів соціального і медичного спрямування. Статті, що входять до пакету соціальних інвестицій, включають документи, присвячені «Інвестиції в здоров'я». Це розширює стратегію ЄС у галузі охорони здоров'я шляхом

зміцнення своїх основних цілей, твердо зосереджується в рамках європейської політики 2020 і підтверджує, що здоров'я є цінністю, а витрати на охорону здоров'я повинні зростати.

Здорове населення і стабільні системи охорони здоров'я мають вирішальне значення для економічного зростання. З позиції ЄС інвестування в систему охорони здоров'я означає, що ефективне економічне витрачання, структурні реформи та інновації можуть забезпечити кращі результати щодо здоров'я. Інвестування в здоров'я людей і економічне зростання дасть можливість людям залишатися активними довше і в кращому фізичному стані. Також інвестиції в здоров'я понизять показники соціальної нерівності та бідності [83, с. 24-26].

Такої позиції дотримується і дослідниця А. Робертсон. Вона стверджує, що здоров'я – це продукція із соціальним, економічним і політичним контекстом. Держава повинна робити все можливе для того, щоб зрівняти можливості кожного з громадян із забезпечення належного рівня оздоровлення [84, с. 158]. Науковці переконані, що політика держави повинна впроваджуватися найкращими фахівцями у цій сфері з найвищим рівнем довіри. Головна ідея такого підходу – подолання соціальної нерівності. У ході законодавчої реформи мають бути вирішені такі питання, як належна якість продуктів харчування, заборона розповсюдження наркотиків, вживання тютюну та алкоголю. Для бідних країн і країн, що розвиваються, державна політика у цій сфері повинна зосереджуватися на макроекономіці. Це дасть можливість вирішити низку питань на рівні прийняття програм та надання допомоги міжнародними фінансовими установами після економічних криз та виходу з боргових зобов'язань [85, с. 167].

М. О'Ніл та А. Педерсон переконують, що політику охорони здоров'я повинно формувати законодавство, а уряд на всіх рівнях повинен проводити політику з подолання шкідливих звичок, таких, як вживання алкоголю та паління, агітацію за здоровий і рухливий спосіб життя, впроваджувати оздоровчо-політичні ініціативи [86, с. 139-140].

I. Кікбуш зупинився на позиції, яка зводиться до того, що здоров'я набиратиме силу в якості глобального суспільного надбання тоді, коли воно буде пов'язане з іншими транснаціональними питаннями щодо зміцнення політичної спроможності виробляти глобальні суспільні блага для людини. Без відповіді залишаються важливі питання, вирішення яких могли б дати поштовх для нових політичних підходів у охороні здоров'я, що дасть можливість зробити значний крок вперед. По-перше, поява нової парадигми розвитку охорони здоров'я на період після 2025 року, в основу якої покладена робота Організації Об'єднаних Націй з подолання транскордонних проблем в умовах глобалізації. По-друге, існує занепокоєння, чи буде проявлятися фінансова ініціатива, яка останніх 20 років сприяла вирішенню питань у сфері охорони здоров'я. По-третє, чи відповідає сучасна політика новим викликам у сфері охорони здоров'я? Чи підходить вона, як і раніше, для вирішення сучасних глобальних проблем охорони здоров'я? По-четверте, велика кількість глобальних проблем в охороні здоров'я може бути вирішена тільки при взаємодії з іншими секторами.

Здоров'я за своєю суттю має політичний характер, стверджує I. Кікбуш. Належне фінансування і система управління адаптовані до складних багатосторонніх взаємодій, здатні доповнювати та інтегрувати багато тематичних ініціатив. Наступну глобальну епоху охорони здоров'я оцінюватимуть за її політичними платформами, які будуть основою для забезпечення безпеки здоров'я і які сфокусуються на виробництві глобальних суспільних благ для здоров'я за допомогою сильних міжнародних організацій, за підтримки урядів, які мають політичну волю та інституційний потенціал [87, с. 16-18].

Аналізуючи програми з охорони здоров'я у Швеції з 1978 р. по 2014 р., група дослідників дійшла висновку, що всі документи, які стосуються охорони здоров'я, були спрямовані як на індивідуальний, так і на колективний підхід у вирішенні управлінських питань у цій сфері. Дуже важливо у програмних документах, що розраховані на великий проміжок часу,

враховувати політичні, економічні й соціальні фактори. Автори переконані, що формування політики залежить від внутрішніх і зовнішніх факторів, серед яких природні зміни, ідеологія, міжнародні стратегії, національні цілі в галузі охорони здоров'я, місцеві і регіональні проблеми, силові та економічні фактори.

Щодо недоліків в охороні здоров'я, які гальмують політику в цій сфері шведський досвід показує: відсутність міжгалузевої державної оздоровчої політики, у тому числі національні цілі й стратегії; відсутність усвідомлення того, як інші сектори впливають на оздоровчий розвиток населення; відсутність співпраці і координації між сектором здоров'я та іншими секторами. Якщо говорити про позитивні моменти, то серед них можна виділити методи роботи на місцевому і національному рівнях. На місцевому рівні політики і державні службовці співпрацюють тісніше. Це означає, що пропозиції та ідеї можуть обговорюватися миттєво і швидко реалізовуватися. Свою ефективність тут показав неформальний підхід до роботи, що полегшує співпрацю місцевої влади з партіями, місцевими університетами і організаціями.

К. Глонті та В. Речел досліджували цілі, що були покладені в основу політики охорони здоров'я у 12 пострадянських країнах: Вірменія, Азербайджан, Білорусь, Грузія, Казахстан, Киргизстан, Молдова, росія, Таджикистан, Туркменістан, Україна і Узбекистан. Потім вони порівняли їх з цілями у сфері охорони здоров'я, що були викладені в національній стратегії охорони здоров'я в контексті ініціативи Організації Об'єднаних Націй та Цілей розвитку тисячоліття. Вчені дійшли висновку, що всього кілька пострадянських країн прийняли цілі охорони здоров'я в національній стратегії охорони здоров'я, у визначеній кількості та встановлені часові терміни. Інші країни, так і залишилися на вихідних позиціях у сфері охорони здоров'я, і їх робота зосереджена навколо питань, що стосуються інфекційних захворювань та здоров'я матері і дитини, що притаманне країнам колишнього СРСР. Також основною проблемою такої політики є кількісний підхід до показників, який

заважає проводити профілактику захворювань, контрольні заходи та лікування [88, с. 20-23].

На нашу думку, це може свідчити про перевагу європейського підходу, що поєднує в собі законодавство, співпрацю та фінансування.

Комплексний підхід пропонує Лоуренс Д. Браун, що базується на роботі зацікавлених суб'єктів політики охорони здоров'я, до яких він відносить державні установи (керівники, законодавці, суди, бюрократичний апарат) і зацікавлених сторін у приватному і громадському секторах (групи за інтересами, ЗМІ), що формують розробку і здійснення політики і програми суспільної охорони здоров'я. На практиці він вважає доцільним застосування п'яти заходів з боку суб'єктів, щопевним чином мають здатність перетинатися під час їх реалізації. Перший захід – це захист (зосередження на подоланні екологічної небезпеки, очищення води, забезпечення якісної їжі тощо). Другий – профілактика, щеплення, скринінг (наприклад, цукровий діабет, рак молочної залози і товстої кишки). Тут важливе партнерство між громадськістю та медичним співтовариством у визначенні ризиків та виявлення і застосування профілактики й лікування. Третій – пропаганда, стратегії, що сприяють здоровому способу життя, агітація до заохочення їсти більше свіжих фруктів і овочів і менше жирної, солоної їжі, займатися спортом, приділяти увагу психічно-емоційному стану тощо. Четвертий – прогноз, що дасть змогу фахівцям зробити правильні розрахунки, визначити негативні чинники впливу на рівень здоров'я, їх наслідки. Це дасть можливість покращити планування і взаємодію в даній сфері. П'ятий – постачання. Заклади охорони здоров'я, особливо в маленьких містечках, областях, селах повинні мати достатній рівень медикаментозного забезпечення для надання допомоги не тільки захищеним верствам населення, а й тим, хто знаходиться за межею бідності, або не мають страховки, або є громадянами іншої держави. Тут важливо підтримувати зв'язок і співпрацювати з усіма організаціями і рухами щодо впровадження благодійних програм, грантів, утворення пайових фондів, державних асигнувань тощо [89, с. 168-172].

На думку інших науковців (С. Джексон, Ф. Перкінс, Е. Хандор, Л. Кордвел, С. Хаман, С. Буасай), для державної політики охорони здоров'я важливий підхід, заснований на співпраці держави й громадян і має такі складові: ключова стратегія; належний клімат на індивідуальних, соціальних і структурних рівнях; громадська активність та співпраця у питаннях планування, управління, фінансування та ін.; законодавство, спрямоване на подолання бідності та вирішення соціальних проблем. Процес розробки політичного курсу може характеризуватися двома підходами: раціональним або діалоговим підходом. Бар'єрами у комплексному розвитку політики охорони здоров'я є неналежна увага з боку суб'єктів охорони здоров'я, неналежний медичний підхід, особисті інтереси зацікавлених суб'єктів. Такої точки зору дотримуються і Л. Ришетник та М. Вайс, стверджуючи, що державна політика, у тому числі оздоровча, – результат переговорів і компромісу, часто між політичними, комерційними, професійними і громадськими посередниками.

Політика охорони здоров'я повинна бути спрямована на досягнення політичної мети, що має такі складові: підвищення питомої ваги оздоровчого сектора фінансування для первинного лікування і оздоровлення; реалізація заходів, котрі довели свою ефективність і безпечність; реалізація програм, котрі є ефективними, реальними і політично прийнятними; визначення соціальних, економічних, екологічних детермінант здоров'я і несправедливості щодо здоров'я; виконання спільних програм у даному напрямі з державним і недержавним сектором; заохочення інших секторів до прийняття політики і програми, які зміцнюють сферу охорони здоров'я, фінансованих програм у сфері охорони здоров'я або які безпосередньо стосуються детермінант здоров'я. С. Міллер, М. Тоусенд, А. Проур, П. Браун і Л. Легер теж вважають підтримання належного рівня здоров'я і благополуччя громадян шляхом співпраці держави з альянсами, що впроваджують інноваційні технології. Співпраця з екологічним сектором управління і раціональне використання природних ресурсів, на їх думку, може стати

потенційною стратегією у політиці охорони здоров'я.

В окрему групу слід виокремити прихильників підходу, що ґрунтується на принципі екологічного громадського капіталу в ХХІ столітті. Основною ідеєю є акцент на політику, в якій людина і її здоров'я є частиною екосистеми. Як стверджує М. Бентлі, така політика повинна спрямовуватися на розв'язання глобальних проблем та подолання негативних наслідків. Дж. Масуд, В. Поланд та Дж. Бекстер в основі такого підходу бачать подолання екологічних ризиків, підтримання культури співжиття і запровадження екологічних цінностей, розвиток екосистеми, прийняття екологічних політичних рішень і контроль за їх виконанням, заохочування, оцінювання екологічної діяльності й проведення різних розрахунків, прогнозів, підтримання фізичної активності та відповідальність. Р. Муді, К. Бортчвік та інші у запровадженні такої політики вбачають вирішення питання глобального потепління і подолання його наслідків шляхом громадської участі у питаннях охорони здоров'я, практики роботи влади і неурядових організацій. Така політика насамперед спрямована на зміну стосунків у державі й запровадження нових концептів, а також розподіл функцій між усіма учасниками, пропагування санітарної просвіти через соціальний маркетинг та встановлення індивідуальної відповідальності [90, с. 250-256].

Прихильниками екологічного підходу є Дж. Патз та М. Хетч. Науковці переконують, що політика охорони здоров'я повинна враховувати кліматичні зміни, які являють собою серйозну проблему для глобальної охорони здоров'я. Вчені доводять цю необхідність на основі даних, що показують, як впливає клімат на здоров'я. Ці показники ґрунтуються на погодніх явищах, змінах температури, підвищенні рівня моря та зміні кількості опадів. Науковці вбачають прямий вплив природних аномалій на здоров'я людини та попереджають про наслідки, які можуть спровокувати високу смертність від спеки, алергічні захворювання від забрудненого повітря, інфекційні захворювання, голод. Таким чином, життя на планеті залежить від ураганів,

торнадо, посух, пожеж, сильних опадів, гроз і повінів. Зміна клімату у найближчі десятиліття поставить життя і здоров'я людей підзагрозу. Вразливі групи населення у зв'язку із зміною клімату по всьому світу порушують пропорційність співжиття на планеті.

Прихильниками залучення науковців і фахівців різних наукових галузей до реалізації політики здоров'язбереження є Е. Розенберг, І. Гротто, Т. Двік, Т. Хорев, М. Коен, Б. Лев. Вони відзначають, що система охорони здоров'я Ізраїлю за такого підходу розвивалася протягом минулого століття і досягла загального покращення після 1995 р. Показники стану здоров'я різко поліпшилися за останні десятиліття і нині в цілому конкурують з країнами-членами Організації економічного співробітництва і розвитку. Ініціатива Здоровий Ізраїль (Healthy Israel 2020) була запущена Міністерством охорони здоров'я у 2005 р. з метою створення плану профілактики щодо поліпшення якості життя, підвищення загального рівня довголіття. Політика охорони здоров'я розширила свої напрями і відбулася її повна переорієнтація. Як зазначають автори, це відбулося на основі вивчення наукової бази. В політику охорони здоров'я почали впроваджувати теоретичні положення і висновки наукових доповідей, публікацій фахівців, результати наукових конференцій. Ключовими в новій політиці стали три основні моменти щодо способу життя: ожиріння, підвищення рівня активності, здорове харчування. Згодом робота зосередилася на боротьбі проти тютюну на рівні законодавства, на контролі за алкоголем, дитячим травматизмом, попередженням раку шкіри і програмах щодо запобігання хронічних захворювань. Проведення наукових семінарів, поширення звітів та наукової інформації через традиційні та соціальні медіа підвищили пріоритети і прискорили виконання програми з реалізації політики охорони здоров'я.

Як зазначає Т. Браят, політика охорони здоров'я і профілактика захворювань, як правило, покладаються на традиційні форми наукових знань, які є напрями в державній і місцевій політиках у цій сфері. Ці знання, як правило, пов'язані з медичними, клінічними і епідеміологічними

показниками.

Таким чином, інформація про кількісні показники поставила акцент на питаннях способу життя громадян, а не на політичних і соціально-економічних питаннях, які насамперед впливають на здоров'я і благополуччя. На процес формування політики охорони здоров'я впливають ідеологія уряду та конкуренція між медичними та іншими суб'єктами охорони здоров'я. Серед напрямів, які можливі у політиці охорони здоров'я, Т. Браят дотримується класичної класифікації: перший, звичайний, за якого зміни в політиці охорони здоров'я є продовженням існуючої політики з невеликими варіаціями. Такі зміни можуть називатися поступовими. Другий, парадигмальний – це принципово новий напрям у державній політиці, нова парадигма мислення щодо проблеми охорони здоров'я. Наприклад, нова парадигма може бути спрямована на лікарні, діагностичні послуги у сфері збереження здоров'я і профілактику захворювань. Останні передбачають спрямованість на соціальні, політичні, економічні й екологічні умови в якості внеску в здоров'я людини. Такі зміни можна розглядати як парадигму в розумінні здоров'я і причин захворювань. Важливе місце у політиці охорони здоров'я автор відводить інформації, ідеології та пропаганді, а також тій частині політики, яка орієнтована на навчання. Мк. Мітчел та К. Батлер переконані, що в країнах, що розвиваються, політика здоров'я відходить на задній план, поступаючись стрімкому розвитку політики у сфері технологій.

Х. Хелпін, М. Моралес-Суарес-Варела та Ж. Мартін-Морено вважають за потрібне використовувати наукові знання як ефективну попереджувальну стратегію, що повинна міститися в концепті Нової охорони здоров'я. Традиційна громадська оздоровча діяльність може досягти надзвичайних успіхів особливо в санітарно-гігієнічній, інфекційній та сфері вакцинації. Нова охорона здоров'я звертається до більш цілісного, мультидисциплінарного і багатосекторного підходу, покращуючи здоров'я населення, приймаючи до уваги можливі ризики, потреби кожного індивіда та соціальний рівень [91, с. 122].

Отже, концептуальні положення і підходи зарубіжних учених до політики здоров'язбереження і впровадження здорового способу життя засновані на тих знаннях, що здоров'я населення залежить від життєзабезпечення планети, що впровадження наукових знань у політику може вирішити низку нагальних проблем, що діяльність урядів спрямована на зміну парадигми мислення, встановлення відповідальності людини за власний стан здоров'я, поділ функцій і чітке їх виконання при реалізації соціальними суб'єктами політики охорони здоров'я, формування глобальних цілей, поступове впровадження змін та інновацій, громадську участь у вирішенні питань охорони здоров'я, роботі органів публічної влади і неурядових організацій.

Праці ж українських учених описують політику в сфері охорони здоров'я населення, що переживає серйозну кризу, зокрема проблему управління у сфері охорони здоров'я, яка розглядається переважно з позиції галузевого, медико-орієнтованого підходу. Дослідники приділяють увагу функціональним можливостям органів місцевого самоврядування, органів державної влади, суб'єктів управління, правам людини на охорону здоров'я тощо. Питанням здорового способу життя та формуванню політики здоров'язбереження не приділяється належна увага. Аналіз нечисленних публікацій щодо сфери охорони здоров'я дає підстави для висновку, що у вітчизняній науці не робиться особливого наголосу на такій складовій як політика здоров'язбереження.

У науці проблема впливу державної політики на здоров'язбереження практично не стала окремим предметом дослідження. Проте представники багатьох галузей гуманітарного знання так або інакше звертаються до даної тематики. Більшість із таких досліджень мають міждисциплінарний характер. Зрозуміло, що сьогодні, як ніколи, актуальними для української політичної науки є питання вироблення концептуальних підходів до політики здоров'язбереження, сучасного її розуміння, засобів, цінностей, моделей, сучасних уявлень про суб'єктів такої політики, впровадженням її в практику.

ВИСНОВКИ

1. Соціальна держава являє собою таку модель організації публічної влади, яка реалізована у XXI столітті для підтримання миру, соціальної солідарності та взаємної відповідальності влади, бізнесу і громадянського суспільства. Основою такої солідарності є суспільний діалог і компроміс, тобто здатність держави і громадян до узгодження своїх інтересів для досягнення суспільного блага, яким є економічне зростання, соціальна справедливість, культурний і духовний розвиток, демократичні гуманістичні цінності, життя і здоров'я людини.

Події та явища, що відбуваються на глобальному рівні, значною мірою визначають процеси, які впливають на здоров'я людини. Нині існує великий ризик недооцінки масштабів впливу різноманітних космічних і геологічних процесів, техногенних чинників на глобальну зміну клімату на Землі. Накопичилася величезна кількість загальновідомих і маловідомих світовій громадськості фактів, що свідчать про зміни на планеті, які відбулися у відносно короткий проміжок часу і масштаби яких, безумовно, перевищують середньостатистичну тривалість «політичного життя» тих осіб, які сьогодні приймають рішення щодо долі країн та безпеки всього людства.

Політичний інтерес до здоров'язбереження цілком закономірний, однак до кінця не усвідомлений суспільством. На процес формування цінності здоров'я мали вплив політичні й культурно-релігійні чинники. Здоров'я людини можна розглядати крізь призму гуманістичних цінностей. Гуманізм – поняття інтегративне, його ядром є людина. Проблема взаємовідносин індивід – суспільство є центральною в цьому визначенні й у цьому світогляді.

2. Ідеологія, покладена в основу діяльності Української держави, позбавлена здоров'язбережних складових. Тому і загальні показники стану здоров'я населення України погіршуються з кожним роком. Соціальна функція держави не спрямована на мінімізацію відмінностей в доступі громадян до суспільних благ і не забезпечує стабільність (самозбереження)

соціуму. Пріоритетні напрями соціальної політики – медицина, сфера обслуговування і догляд, система громадського здоров'я, медичне страхування, підтримка здоров'я сім'ї, максимальне збереження фізичного, інтелектуального, духовно-етичного і культурного потенціалу країни – вимагають пильної уваги та великих зусиль як держави, так і громадянського суспільства.

Створення теоретичного фундаменту дослідження формування державної політики здоров'язбереження актуалізує потребу уточнення термінів і визначень, які є засадничими у сферах, дотичних до проблем здоров'я та підготовки людини до здорового способу життя задля здоров'язбереження. Найбільше опрацьовано дане поняття фахівцями медичної, педагогічної і валеологічної галузей, що суттєво ускладнює процес реалізації цієї політики, позаяк їх основні ідеї і погляди не мають політико-правового втілення. Більшість науковців не проводять паралелі між галуззю охорони здоров'я як сферою діяльності і системою громадського здоров'я з її здоров'язбережними складовими.

Деякі інші позиції у зарубіжних дослідників. В їх концепціях здоров'я – це продукція із соціальним, економічним і політичним контекстом. Політика здоров'язбереження передбачає як індивідуальний, так і колективний підхід, ґрунтується на екозберігаючих складових, відкрита для акторів усіх рівнів, має наукове підґрунтя, поширює ідеологію здоров'язбереження через освіту.

3. Пропозиція запровадження концепції здоров'язбереження, в основі якої буде не лише хвора, а й здорова людина, зумовлена тим, що наразі важливе зміщення акцентів від процесів лікування і заліковування на профілактику і попередження хвороби.

Метою державної політики здоров'язбереження є створення умов для збереження і зміцнення здоров'я людини як найвищої соціальної цінності, а також підвищення рівня фізичного, духовного здоров'я, психологічного та соціального благополуччя шляхом пріоритетності здорового способу життя як основного чинника відновлення здоров'я, його збереження та зміцнення.

В основі такої політики – науковий підхід, принцип «здоров'язбереження у всіх політиках», орієнтація на здорову людину, доступність профілактичних заходів, об'єктивність, спільна відповідальність, дотримання і виконання оздоровчих заходів протягом усього життя, спільна цінність здоров'я, реалізація внутрішньої гармонії фізичного, духовного, психічного стану людини, спрямованість на комплексну оцінку резервних можливостей організму здорової людини, поступовість, економічна доцільність, координація, партнерство, новий гуманізм.

4. Державну політику здоров'язбереження слід розуміти як систему принципів та напрямів діяльності держави у сфері збереження і зміцнення здоров'я та забезпечення безпеки України. Політика здоров'язбереження є складовою державної політики громадського здоров'я.

Запровадження політики здоров'язбереження дає можливість сформулювати новітнє світобачення, що зміщує центр уваги на гармонію людини, довкілля та соціуму шляхом формулювання нової місії людини – бути здоровою, а відтак щасливою та успішною.

Політика здоров'язбереження має спиратися на європейську людиноцентричну систему цінностей. Важливою метою політики здоров'язбереження є здорова людина. Концепція здорової людини включає, по-перше, розуміння людиною соціальної цінності здоров'я, фізичного, духовного і соціального благополуччя, що забезпечує повноцінне виконання трудових, психічних і біологічних функцій при максимальній тривалості життя, а також нерозривного зв'язку з природою; по-друге, світоглядну орієнтацію людини, усвідомлення нею своєї ролі й значення для держави і суспільства. У цьому сенсі капітал здоров'я справляє потужний вплив на продуктивність праці і відповідно на динаміку соціально-економічного розвитку держави.

5. Країни Західної Європи досягли значних успіхів у соціально-економічній сфері, нормалізації здоров'язбережних відносин між роботодавцями, з одного боку, і профспілками та найманими працівниками –

з іншого.

У країнах Південної Америки на законодавчому рівні за- фіксовані нові підходи до проблеми профілактики захворювань, збереження і зміцнення здоров'я, реабілітації і догляду. Світовий досвід має низку прикладів як успішних, так і невдалих спроб запровадження політики здоров'язбереження. Ефективність політики здоров'язбереження визначається двома чинниками: 1) відповідністю обраної моделі географічним та демографічним умовам і потребам населення, особливостям державного устрою, політичної практики; 2) розробкою національних програм і стратегій на тривалі періоди, врахуванням аналітичних даних, прогнозів на майбутнє.

Детальний огляд реформ у сфері здоров'язбереження у зарубіжних країнах дає підстави виділити основні тенденції:

- переосмислення цінності здоров'я людини, розуміння людського капіталу як сформованого або розвиненого у результаті інвестицій і накопиченого людьми (людиною) певного запасу здоров'я і знань про нього;
- визначення ролі держави у зміцненні системи громадського здоров'я;
- децентралізація функцій, повноважень та ресурсів здоров'язбережної політики;
- формування особистості, соціально адаптованої до сучасних умов суспільного розвитку, здатної функціонувати у світі складних технологій;
- реформування змісту освіти шляхом запровадження інтегрованих та спеціалізованих навчальних програм здоров'язбережного змісту;
- поєднання різних моделей державно-приватного партнерства;
- вихід на нові ринки і розвиток зв'язку наука-бізнес-промисловість.

Ініціатори реформ системи громадського здоров'я ставили перед собою низку завдань: налагодити здоров'язбережний діалог між владою і громадянами і знизити недовіру до уряду; покращити рівень і якість надання послуг; мінімізувати витрати; поступово перейти від системи стаціонарного на амбулаторне лікування; впровадити різні системи догляду, в тому числі

електронного; постійно проводити профілактичні заходи; турбуватися про здоров'я здорових людей.

У питаннях здоров'язбереження громадяни безпосередньо наділені правами, які підлягають захисту з боку інститутів Європейського Союзу та країн-членів, причому особливість цього зв'язку така, що норми права Європейського Союзу мають пріоритет щодо законодавства кожної держави – члена. Тому, хоча здоров'я, як і раніше, вважається питанням, яке держави-члени вільно можуть вирішувати в рамках міжнародного права, ця свобода водночас обмежена інтересами інших членів Союзу.

6. Підтверджена відповідним політико-правовим забезпеченням імперативність прагнення України до повномасштабної участі в політичному й економічному житті Європи логічно зумовлена геополітичним розташуванням та історичним розвитком нашої держави. Сприйняття України як партнера, суб'єкта забезпечення безпеки в регіоні детерміноване також розвитком системи громадського здоров'я з її здоров'язбережними складовими.

Проблемами внутрішньої політики здоров'язбереження в Україні є: відсутність реакції національної системи охорони здоров'я на зміну ринково-економічної ситуації в країні; неналежне кадрове забезпечення галузі охорони здоров'я; диспропорції у фінансово-організаційній структурі охорони здоров'я; невідповідність медичних технологій рівню розвитку науки; низька мотивація та недостатнє стимулювання медичного персоналу; неоднозначні позиції у питанні запровадження страхової медицини; корупція у сфері охорони здоров'я; відсутність стратегії та послідовності у реалізації реформ, єдиної політичної волі щодо напрямів і засобів реформування галузі.

Становлення політики здоров'язбереження в Україні має три періоди. Перший, з 1991 до 1999 р., характеризується пострадянським баченням перспектив розвитку галузі охорони здоров'я, застарілою структурою управління й матеріально-технічною базою галузі, відсутністю спроб докорінної модернізації галузі з використанням сучасних наукових досягнень.

Цей період умовно можна назвати стагнаційним. Другий, з 2000 до 2013 р., почався із затвердження Концепції розвитку охорони здоров'я населення України та схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір» у 2011 р. У деяких наукових працях обґрунтовуються реформаторські підходи до вирішення проблем галузі, однак вони не підтримані ні владою, ні політичними партіями і мають суто теоретичний характер. Галузь зазнала корупції, а зазначені Концепція і Програма залишилися деклараціями. Це період концептуального осмислення політики здоров'язбереження.

Третій період розпочався у 2014 р. (і триває дотепер) з прийняттям низки нормативних актів і ухваленням урядом Концепції розвитку системи громадського здоров'я. Цей документ заклав засади нового світоглядного переосмислення цілей, завдань і параметрів державної політики здоров'язбереження, яка набула людиноцентричного характеру. Фокус системи охорони здоров'я змістився в бік від політики лікування до політики зміцнення та збереження здоров'я людини і суспільства і попередження захворювань. Цей період можна назвати здоров'яорієнтованим.

7. У перспективі здоров'язбережний діалог здорова людина – здорова держава слід будувати на основі взаємодії чотирьох блоків: особистого духовного і фізичного розвитку людини; джерел розвитку людини; оцінки сталості й гармонійності функціонування системи громадського здоров'я; управлінського впливу для визначення та реалізації політики здоров'язбереження.

Соціальне призначення здоров'язбережного підходу – поліпшення, відновлення та збереження здоров'я здорової людини. Нове бачення стратегії у галузі громадського здоров'я повинно втілювати механізми і прояви збереження здоров'я, методи його діагностики і прогнозування, а також корекцію шляхом оптимізації механізмів збереження здоров'я з метою підвищення його рівня, поліпшення якості життя і соціальної адаптації індивіда. Реалізація здоров'язбережної політики передбачає застосування

таких здоров'язбережних технологій: освітніх; безпекожиттєдіяльнісних; соціально-адаптувальних, особистісно-розвивальних, фізкультурно-оздоровчих, лікарсько-оздоровчих, медико-гігієнічних, екологічнозбережних.

Утвердження державної політики здоров'язбереження через перераховані технології передбачає певні етапи. На першому етапі (інформаційно-когнітивному) відбувається концентрація уваги акторів на особливостях організації, динаміки і формування знань про навколишній світ, про користь і переваги здорового організму людини. Логічним завершенням цього етапу є аналіз того, як той чи інший політичний діяч сприймає дану політичну проблему, реагує на розвиток ситуації в системі громадського здоров'я.

Другий (діяльнісно-практичний) етап повинен виявити рівень практичних навичок застосування відповідних знань і технологій, забезпечити здоров'язбережний діалог у суспільстві.

Третій (підсумково-результативний) етап полягає в узагальненні політико-соціальних, економічних, медичних показників та проведенні соціологічних досліджень ефективності політики здоров'язбереження, її впливу на свідомість і здоров'я громадян.

Четвертий (опосередковано-коригуючий) етап – це правильно організоване і своєчасно забезпечене усунення недоліків у реалізації політики здоров'язбереження чи недоопрацювань на рівні підтримання оптимальних здоров'язбережних умов для розвитку і життєдіяльності людини.

Державно-приватне партнерство у реалізації політики здоров'язбереження слід розглядати як трирівневу модель співпраці. Перший рівень – держава, другий – бізнес, третій – громадські організації, волонтери, що взаємодіють через різні механізми.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. *Рингач Н.О.* Державне управління охороною здоров'я як складовою системи забезпечення національної безпеки: автореф. дис. д-ра наук з держ. упр.: 25.00.02. Київ, 2010. 36 с.
2. *Вакуленко О., Жаліло Л., Комарова Н., Левін Р., Солоненко І., Яременко О.* Теоретико-методологічні засади формування здорового способу життя. URL: <http://www.health.gov.ua/publ/conf.nsf/09e0043b46a8b8e7c2256d8e006> (дата звернення: 01.11.2023).
3. *Оржеховська О.* Холістична концепція здоров'я у британській школі: перспективи для України // Порівняльно-педагогічні студії № 1(15), 2013. URL: <file:///C:/Users/userrrr!!!/Downloads/18844-28291-1-SM.pdf> (дата звернення: 29.10.2023).
4. *Гігієна.* Матеріал з Вікіпедії – вільної енциклопедії. URL: <http://uk.wikipedia.org/wiki/> (дата звернення 15.11.2023).
5. *Довідка* щодо результатів здійснення ДПП (I півріччя 2022). Міністерство економічного розвитку і торгівлі України. URL: <http://www.me.gov.ua/Documents/Deta> (дата звернення: 10.11.2023).
6. *Здоров'я та його складові. Збереження здоров'я* // Mails Web Medical. URL: <http://mailswm.com/zdorovja-ta-jog-skladovi/> (дата звернення: 24.11.2023).
7. *Поняття, що характеризують здоров'я людини.* URL: <http://intranet.tdmu.edu.te.ua/data/kafedra/interna> (дата звернення: 17.11.2023).
8. *Міхеєнко О.І.* Конкретизація сутності поняття «здоров'я» як методологічне підґрунтя практики оздоровлення організму людини. URL: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/userXP/%D0%9C%D0%BE%D0%B8%20%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%8B/Downloads/Mikheenko.pdf> (дата звернення: 18.11.2023).
9. *Академічний тлумачний словник (1970-1980).* Словник української мови: в 11 томах. – Т. 3. 1972. Стор. 428. URL: <http://sum.in.ua/p/3/428/2> (дата

звернення: 27.11.2023)

10. *Уроки державної мови* // Редакція газети «Хрещатик». URL: <http://mova.kreschatic.kiev.ua/58.htm> (дата звернення: 08.11.2023).
11. *Англо-український словник* / М.Л. Подвезько, М.І. Балла: Вид. «Радянська школа». Київ. 1974. 663 с.
12. *Серьогін С.* Верховенство права в Україні: проблеми розуміння та застосування. Монографія. – Дніпропетровськ. Видавництво «Грані», 2014. 124 с.
13. *Freelang* Ukrainian-English-Ukrainian online dictionary. URL: <http://www.freelang.net/online/ukrainian.php?lg=gb> (дата звернення: 27.11.2023).
14. *Spivak M.* Problems of understanding and application of term «to save heal-ty» are in a political science environment// *British Journal of Science and Education*, London, 2015, № 1. P. 771–777.
15. *Історія розвитку проблеми здоров'язбереження молоді.* URL: http://narodnaosvita.kiev.ua/Narodna_osvita/vupysku/9/statti/basha-vec.htm (дата звернення: 07.11.2023)
16. *Кадобний Т.Б.* Філософія здоров'язбереження. Філософія, методологія, психолого-педагогічні аспекти формування культури здоров'язбереження : збірник тез науково-методологічного семінару кафедри філософії та суспільних дисциплін ТДМУ імені І.Я. Горбачевського. Тернопіль, Вектор, 2013. 60 с.
17. *Козлова В.А.* Проблеми формування мотивації студентів на здоров'язбереження. URL: <http://www.sportpedagogy.org.ua/html/journal/2011-04/11kvathppdf> (дата звернення: 08.11.2023).
18. *Євтушенко Г.І.* Парадигма здоров'язбереження – важливий чинник економічного зростання // *Збірник наукових праць Національного університету державної податкової служби України.* 2011. № 1. С. 154–165.
19. *Ярчук Ю.Г.* Здоровий спосіб життя: реальний стан і державна політика // *Соціальна робота в Україні: теорія і практика.* 2012. № 3–4. С.

- 112–126.
20. *Гриценко В.* Здоров'я людини як багатоаспектна проблема // Вісник Національної академії наук України. 2006. № 6. С. 51–56.
21. *Ващенко О.* Готовність вчителя до використання здоров'язберігаючих технологій у навчально-виховному процесі // Здоров'я та фізична культура. 2016. № 8. С. 1–6.
22. *Сутність, види та особливості здоров'язберігаючих технологій у дітей в умовах сучасного навколишнього середовища* // Гігієна населених місць. 2020. № 55. С. 328–386.
23. *Пестерніков Є.* Людський капітал України 2025. Підсумки форсайту. URL: <http://www.management.com.ua/hrm/hrm253.html> (дата звернення: 20.11.2023).
24. *Палічук Ю.І.* Структура, зміст і функції здоров'язбереження в освітньому процесі економічного вищого навчального закладу // Наукові записки Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка. Сер. Педагогіка / гол. ред. Г. Терещук; редкол.: Л. Вознюк, В. Кравець, В. Мадзігон та ін. Тернопіль, 2021. № 4. С. 56–62.
25. *Антонова О.Є., Поліщук Н.М.* Здоров'язберігаюча компетентність особистості як наукова проблема (аналіз поняття) // Вища освіта у медсестринстві: проблеми і перспективи: зб. статей всеукраїнської науково-практичної конференції. 10-11 листопада 2021. Житомир: Полісся, 2021. С. 27–31.
26. *Морозова В.В., Лаврова Л.В., Музирова В.О., Савченко В.А.* Методичні рекомендації: Стратегічні напрямки здоров'язбереження в навчальних закладах Дніпропетровщини. URL: <http://www.doipro.dp.ua/navchalno-metodichna-robot/fizich> (дата звернення: 07.11.2023).
27. *Семигіна Т.* Аналіз політики охорони здоров'я: навч. посіб. / Т. Семигіна. Київ: ВЦП НаУКМА, 2012. 479 с.
28. *Семигіна Т.В.* Політичні аспекти охорони здоров'я: на перетині гло-

- бального і локального: монографія. Київ: Видавничий дім «Києво-Могилянська академія», 2013. 400 с.
29. *Чернецький В.Ю.* Інституційний механізм реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я // Економіка будівництва і міського господарства. 2012. Т. 8. № 4. С. 315–322.
30. *Співак В.М.* Політика охорони здоров'я в системі складових забезпечення соціального добробуту населення // Держава і право. Юридичні і політичні науки. 2014. Вип. 64. С. 379–386.
31. *Петрова С.В.* Державна політика України у сфері охорони здоров'я в контексті реформи медичного обслуговування // Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування 2014 № 2. URL: http://el-zbirn-du.at.ua/2014_2/14.pdf (дата звернення: 22.11.2023).
32. *Кризина Н.П.* Аналіз державної політики в галузі охорони здоров'я в працях українських учених. URL: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej3/txts/GALUZEVE/08-KRIZINA.pdf> (дата звернення: 11.11.23).
33. *Руснак Л.М.* Особливості державного управління діяльності у сфері охорони здоров'я // Держава та регіони. Сер.: Право. 2013. № 2. С. 58–63.
34. *Скрипник О.А.* Еволюція принципів формування та прийняття державно-управлінських рішень у системі державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні // Держава та регіони. Сер.: Державне управління. 2013. № 2. С. 24–27.
35. *Рогова О.Г.* Теоретичні засади державного управління у сфері охорони здоров'я // Теорія та практика державного управління. 2012. Вип. 2. С. 50–55.
36. *Долотенко Є.В.* Особливості державного управління системою охорони здоров'я в Україні // Держава та регіони. Сер.: Державне управління. 2021. № 1. С. 89–95.
37. *Радши Я.Ф.* Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис та тенденції розвитку: автореф. дис... д-ра наук з держ. упр.: 25.00.01. Київ,

2003. 35 с

38. *Солоненко Н.Д.* Державне управління перебудовою галузі охорони здоров'я в умовах обмежених ресурсів в Україні: автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02. Київ, 2004. 20 с.
39. *Карамішев Д.В.* Програмно-цільовий підхід до реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я // Університетські наукові записки. 2006. № 1. С. 279–284.
40. *Кульчицький В.Й., Кульчицька Т.В.* Формування культури здоров'я – одини із головних аспектів виховання особистості. Філософія, методологія, психолого-педагогічні аспекти формування культури здоров'язбереження : збірник тез науково-методологічного семінару кафедри філософії та суспільних дисциплін ТДМУ імені І. Я. Горбачевського. Тернопіль: Вектор, 2023. 414 с.
41. *Горащук В.П.* Теоретичні та методичні засади формування культури здоров'я школярів: дис.... доктора. пед. наук: 13.00.01 Харків, 2004. 60 с.
42. *Назарук В.Л.* Складові культури здоров'я в професійній діяльності майбутнього лікаря та їх характеристика. Вісник Запорізького національного університету. № 1(7). 2017. С. 177–183.
43. *Марків О.Т.* Здоров'я людини як фундаментальна цінність культури // Гілея. Філософські науки. 2009. Вип. 27. С. 176–182.
44. *Чеканова Т.Д.* Взаємодія адміністративних та політичних механізмів у системі управління охороною здоров'я: автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02. Одеса, 2008. 20 с.
45. *Литвинова О.Н.* Економічні питання охорони здоров'я України // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2022. № 1. С. 95–97.
46. *Надточій А.О.* Напрями реформування організаційно-економічного механізму функціонування системи охорони здоров'я в Україні // Теорія та практика державного управління. 2013. Вип. 4. С. 152–160.
47. *Педченко Т.В.* Державне управління системою охорони здоров'я на засадах

- загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування: автореф. дис... канд. наук з держ. упр: 25.00.02. Київ, 2004. 20.
48. *Ковжарова Е.В.* Організаційно-економічні основи системи охорони здоров'я в Україні: автореф. дис... канд. екон. наук: 08.09.01. Київ, 2005. 19.
49. *Голованова І.А.* Економічне обґрунтування реформи галузі охорони здоров'я: досвід постсоціалістичних країн та доцільність його впровадження в Україні // Економічний часопис – XXI. 2014. № 3–4(2). С. 19–22.
50. *Панфілова Г.Л.* Теоретичне обґрунтування та реалізація організаційно-економічних принципів фармацевтичної допомоги за умов медичного страхування в Україні: автореф. дис. д-ра фармацевт. наук: 15.00.01. Харків, 2010. 41 с.
51. *Конституція України.* Закон від 28.06.1996 № 254к/96-ВР // База даних «Законодавство України»/ВР України. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80> (дата звернення: 15.11.2023).
52. *Про страхування.* Закон від 07.03.1996 № 85/96-ВР// База даних «Законодавство України»/ВР України. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/85/96-%D0%B2%D1%80> (дата звернення: 02.11.2023).
53. *Основи законодавства України про охорону здоров'я:* Закон від 19.11.1992 № 2801-ХІІ // База даних «Законодавство України»/ВР України. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 15.11.2023).
54. *Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування.* Закон від 23.09.1999 № 1105-ХІV // База даних «Законодавство України»/ВР України. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1105-14> (дата звернення: 08.11.2023).
55. *Климко С.Г.* Формування людського капіталу та механізм його використання в умовах ринкових перетворень: автореф. дис... канд. екон. наук: 08.01.01. Київ, 2004. 20 с.
56. *Насипайко Д.С.* Відтворення людського капіталу в контексті впливу на

- розвиток економіки: автореф. дис. канд. екон. наук: 08.00.07. Київ, 2010. 20 с.
57. *Ажажа М.А.* Державне регулювання інвестицій в людський капітал як фактор інтелектуального розвитку суспільства: автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02. Харків, 2008. 19 с.
58. *Пашков В.* Правовий господарський порядок у забезпеченні антикорупційної діяльності в сфері охорони здоров'я // Вісник Академії правових наук України. 2010. № 3. С. 185–195.
59. *Співак М.В.* Державна політика здоров'язбереження: збереження здоров'я здорових і відносно здорових людей / Держава і право: Збірник наукових праць. Серія Політичні науки. Випуск 73 / Ін-т держави і права ім. В.М. Корецького НАН України. Київ: Вид-во «Юридична думка», 2016. С. 155–166.
60. *Погосян А.П.* Правова концепція «Здорова людина – вища соціальна цінність держави»: постановка проблеми. Проблеми правознавства та правоохоронної діяльності № 3, 2010. С. 17.
61. *Мельникова Н.А., Лук'янова В.Н.* Основи медичних знань та здорового способу життя. Визначення поняття «здоров'я». Ознаки і показники індивідуального здоров'я. URL: <http://medbib.in.ua/opredelenie-ponyatiya-zdorove-priznaki.html> (дата звернення: 12.11.2023).
62. *Фішев С.О.* Деякі концепти формування в дітей та молоді культури здоров'я та здорового способу життя у процесі фізичного виховання // Слобожанський науково-спортивний вісник. 2023. № 3. С. 197–199.
63. *Проект* розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України». МОЗ України. URL: <http://www.moz.gov.ua/ua> (дата звернення: 29.11.2023).
64. *Проект* «Концепції розвитку системи громадського здоров'я в Україні». Повідомлення про оприлюднення. МОЗ України. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20160309_0.html (дата звернення:

- 03.10.2023).
65. *Проект Закону про засади державної політики охорони здоров'я*. Номер, дата реєстрації: 2409а від 17.07.2015// База даних «Законодавство України»/ВР України. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=56118 (дата звернення: 20.10.2023).
66. *Хома Н.* Соціальна держава третього тисячоліття: модернізована модель // Наукові записки Інституту політичних і етнонаціональних досліджень ім. І. Ф. Кураса. 2014. Вип. 3. С. 205–215.
67. *Співак В.М.* Громадянське суспільство в Україні: проблеми становлення та трансформації // Держава і право: Збірник наукових праць. Юридичні і політичні науки. Випуск 48. Київ: Ін-т держави і права ім. В.М. Корецького НАН України, 2010. С. 613–620.
68. *Семигіна Т.В.* Політика охорони громадського здоров'я в Україні у контексті процесів глокалізації (політологічний аналіз): автореф. дис. ...д-ра політ. наук: 23.00.02. Київ, 2013. 44 с.
69. *Реформа системи охорони здоров'я США: Обама представив власну версію законопроекту*. URL: <http://ua.korrespondent.net/world/1050125-reforma-sistemi-ohoroni> (дата звернення: 27.11.2023).
70. *Теннер М.* Якість послуг охорони здоров'я в різних країнах. Погляд на системи охорони здоров'я у світі // Тижневик «Громадянин України» № 19 (226). URL: <http://gukr.com/article2639.html> (дата звернення: 10.11.2023).
71. *Із бізнесу в президенти: 10 фактів з життя Дональда Трампа* // BBC Україна. URL: http://www.bbc.com/ukrainian/politics/2016/11/161106_trump_10 (дата звернення: 17.11.2023).
72. *Healthcare Systems: The USA* By Ben Irvine (2002) Updated by Emily Clarke (2011) and Elliot Bidgood (January 2013). URL: <http://www.digitalezorg.nl/digitale/uploads/2015/03/USABrief.pdf> (дата звернення: 07.11.2023).
73. *Медичне страхування в Австрії, Фінляндії, Швеції, Італії, Ізраїлі, США*

- (Огляд, складений з фрагментів статей) // Likar.info 13.11.2003. URL: <http://www.likar.info/biblioteka/article-43587-medichne> (дата звернення: 24.11.2023).
74. *African Strategies for Health*. URL: <http://www.africanstrategies4health.org/> (дата звернення: 02.11.2023).
75. *Mexico's Universal Health Care Is Work in Progress*. Elisabeth Malkinjan // *The New York Times*. Jan. 29, 2011. URL: <http://www.nytimes.com/2011/01/30/world/americas/30mexico.html> (дата звернення: 08.11.2023).
76. *Погляд на системи охорони здоров'я у світі*. № 29 (236). URL: <http://gukr.com/article2814.h> (дата звернення: 01.12.2023).
77. *The health system of Mexico*. Gómez Dantés O1, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. *Salud Publica Mex.* 2011; 53 Suppl 2. P. 220–232.
78. *Мексика запроваджує податок на ожиріння* // Міжнародні новини Інформаційно-комунікаційний сектор Іллінецької ОДП. URL: <http://www.lip-rda.gov.ua/index.php/mainmenu-44/1615-meksyka-zaprovadzhuie-podatok-na-ozhyrinnia> (дата звернення: 14.11.2023).
79. *Деркач Т.В.* Інноваційний розвиток країн НАФТА в умовах глобалізації світової економіки. *Економіка*. Випуск 10'2020. С. 67–75.
80. *Бессонова М.М.* Основні напрямки співпраці у сфері екології країн-учасниць НАФТА на сучасному етапі. *Наукові праці історичного факультету Запорізького національного університету*, 2015. Вип. 44, Т. 2. С. 128–132.
81. *Співак М.В.* Міжнародні нормативно-правові акти про здоров'я та їхній вплив на формування державної політики в галузі охорони здоров'я України // *Вісник Академії праці і соціальних відносин*. Київ: 2014 (2). С. 77–81.
82. *Співак М.В.* Наближення законодавства України до законодавства ЄС у сфері охорони здоров'я. *Адміністративне право України в умовах євроінтеграції: Матеріали науково-практичного семінару / ред. коле-гія:*

- О.В. Кузьменко (голова), І.Д. Пастух, О.К. Волох. Харків: НікаНова. С. 88–92.
83. *Seychell M, Hackbart B.* The EU health strategy – investing in health. *Public Health Reviews* 2023. Vol. 35. No.1. P. 1-26.
84. *Ann Robertson.* Shifting Discourses on Health in Canada: From Health Promotion to Population Health. *Oxford Journals Medicine & Health Health Promotion International*. Volume 13, Issue 2. P. 155–166.
85. *KS Mohindra.* Healthy public policy in poor countries: tackling macro – economic policies. *Oxford Journals Medicine & Health Health Promotion International* Volume 22, Issue 2. 13 March 2017. P. 163–169.
86. *Michel O'Neill, Ann Pederson and Irving Rootman.* Health promotion in Canada: declining or transforming? *Oxford Journals Medicine & Health Health Promotion International* Volume 15, Issue 2. 2020. P. 135–141.
87. *Kickbusch I.* A game change in global health: the best is yet to come. *Public Health Reviews*. 2023. *Public Health Reviews*, Vol. 35, No 1. 20 p.
88. *Glonti K, Rechel B.* Health targets in the former Soviet countries: responding to the NCD challenge? *Health Reviews*, Vol. 35, No 1. 2013. P. 1–24.
89. *Brown LD.* The political face of public health. *Public Health Reviews* 2020; 32: P. 155–173.
90. *Health promotion in South – East Asia: Indonesia, DPR Korea, Thailand, the Maldives and Myanmar.* Rob Moodie, Chris Borthwick, Seri Phongphit, Rhonda Galbally, Bridget H.-H. Hsu-Hage. *Oxford Journals Medicine & Health Health Promotion International* Volume 15, Issue 3. P. 249–257.
91. *Helen Ann Halpin, PhD, ScM, Maria M. Morales-Suárez-Varela MD, PhD, PhM, José M Martin-Moreno MD, MPH, DrPH.* Chronic Disease Prevention and the New Public Health. *Public Health Reviews*, Vol. 32, No 1, P. 120–154.