

ISSN 2415–8763

ЕКОНОМІКА І ПРАВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Экономика и право здравоохранения
Economy and legislation of health care

№ 2 (4), 2016

НАУКОВО-
ПРАКТИЧНИЙ
ЖУРНАЛ

ISSN 2415–8763

**ЕКОНОМІКА І ПРАВО
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

№ 2 (4), 2016

Економіка і право охорони здоров'я

№ 2 (4), 2016

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

ПЕРІОДИЧНІСТЬ ВИХОДУ – 2 рази на рік

ЗАСНОВАНИЙ – грудень 2014 року

ЗАСНОВНИКИ

Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»
Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»
Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР – Слабкий Г.О.

ЗАСТУПНИКИ ГОЛОВНОГО РЕДАКТОРА – Дзюба О.М., Ждан В.М., Смоланка В.І.

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ РЕДАКТОР – Ситенко О.Р.

ЛІТЕРАТУРНІ РЕДАКТОРИ – Ратаніна О.М., Шумило О.В.

ДИЗАЙН І ВЕРСТКА – Кривенко Є.М.

ГОЛОВА СЕКРЕТАРІАТУ – Дудник С.В.

СЕКРЕТАРІАТ – Касинець С.С. (Полтава), Бутенко І.В. (Київ), Качала Л.О. (Ужгород)

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ (голова редакційної колегії – д.мед.н., проф. Ковальова О.М.)

Голованова І.А., Істомін С.В., Карамзіна Л.А., Лазур Я.В., Мельник П.С., Мікловда В.П.,
Нагорна А.М., Приходько В.О., Рогач І.М., Рогач О.Я., Ситенко О.Р., Слабкий Г.О.,
Фера О.В., Чепелевська Л.А., Черемухіна О.М., Чопей І.В., Шатило В.Й.

РЕДАКЦІЙНА РАДА (голова редакційної ради – д.мед.н., проф. Лехан В.М. (Дніпропетровськ))

Васильєв К.К. (Одеса), Вороненко Ю.В. (Київ), Голубчиков М.В. (Київ), Грузєва Т.С. (Київ),
Децик О.З. (Івано-Франківськ), Камінська Т.М. (Харків), Клименко В.І. (Запоріжжя),
Кобер Л. (Словаччина), Коваленко О.С. (Київ), Кочет О.М. (Київ), Краков'як Я. (Польща),
Кудренко М.В. (Київ), Лашкул З.В. (Запоріжжя), Лобас В.М. (Красний Лиман), Любінець О.В. (Львів),
Медведовська Н.В. (Київ), Миронюк І.С. (Ужгород), Моїсеєнко Р.О. (Київ), Овоц А. (Польща),
Огнев В.А. (Харків), Тодоров І.Я. (Ужгород), Толстанов О.К. (Київ), Шафранський В.В. (Київ)

Рекомендовано до друку Вченою радою
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень
МОЗ України» (протокол № 6 від 28.07.2016 р.)

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

провулок Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна
телефон: +380 44 576-41-19; 576-41-09
факс: +380 44 576-41-20; 576-41-09
e-mail: s.nauka@ukr.net

Свідоцтво про державну реєстрацію
КВ № 21125-10925Р від 24.12.2014 р.

Підписано до друку 29 липня 2016 р.
Загальний наклад 100 прим. Зам. № 3701

ВИДАВЕЦЬ:

ДУ «Український інститут
стратегічних досліджень МОЗ України»
Адреса: пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна

ВИДАВНИК:

«СПД ФО «Коломіцин В.Ю.»
Свідоцтво про державну реєстрацію
В02 № 257914 від 09.12.2002 р.

Надруковано у МВЦ «Медінформ»
03179, м. Київ, вул. Котельникова, 95,
тел./факс +380 44 501-35-69

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців, виготівників
і розповсюджувачів видавничої продукції
ДК № 1194 від 15.01.2003 р.

Усі статті рецензовано. Відповідальність за достовірність фактів та інших відомостей у публікаціях несуть автори.
Цілковите або часткове розмноження в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні,
допускається лише з письмового дозволу редакції.

ЗМІСТ / CONTENT

ЕКОНОМІКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я / HEALTH CARE ECONOMICS

<i>Лехан В.М., Крячкова Л.В., Волчек В.В., Росточило С.С., Борвінко Е.В., Кий–Кокарева В.Г.</i> Резерви підвищення ефективності використання ліжкового фонду терапевтичного профілю	5
<i>Lekhan V.M., Kriachkova L.V., Volchek V.V., Rostochylo S.S., Borvinko E.V., Kiy–Kokareva V.G.</i> Reserves for efficient use of hospital beds therapeutic profile	
<i>Gorbenko O.V.</i> The role of patients and community representatives in value-based assessment of health technologies and respective decision-making processes within healthcare	10
<i>Горбенко О.В.</i> Роль пацієнтів і представників громадськості в ціннісній оцінці медичних технологій та прийнятті відповідних рішень у системі охорони здоров'я	
<i>Шевченко М.В.</i> Об'єднання фінансових ресурсів і закупівля медичних послуг: міжнародний досвід і українські реалії	23
<i>Shevchenko M.V.</i> Combining of financial resources and purchase of medical services: international experience and Ukrainian realities	
<i>Myronyuk I.S., Mulesa O.Yu.</i> Mathematical prediction of the number of officially registered HIV-positive people in the region as a tool for planning expenses in different directions of epidemic counteraction	31
<i>Миронюк І.С., Мулеса О.Ю.</i> Математичне прогнозування чисельності офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб у регіоні як інструмент планування витрат за напрямками протидії епідемії	
<i>Яценко Ю.Б., Шевченко М.В.</i> Фінансова децентралізація в системі охорони здоров'я	39
<i>Yaschchenko Yu.B., Shevchenko M.V.</i> Financial decentralization in the health system	
<i>Слабкий Г.О., Ковальова О.М.</i> Соціально-економічні аспекти формування здорового початку життя дітей (аналітичний огляд наукової літератури)	44
<i>Slabkiy G.O., Kovaleva O.M.</i> Socio-economic aspects of the formation of the healthy life start of children (analytical review of scientific literature)	
<i>Потокій Н.Й., Миронюк І.С.</i> Оцінка доцільності впровадження в Закарпатській області ранньої діагностики ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями	49
<i>Potokiy N.Y., Myronyuk I.S.</i> The assessment of HIV-infection diagnostic launch in Transcarpathian region among children, born by HIV-infected mothers	
<i>Слабкий В.Г.</i> Визначення термінів в економіці охорони здоров'я	57
<i>Slabkiy V.G.</i> Definitions of terms in the economics of health care	

МЕДИЧНЕ ПРАВО / MEDICAL LAW

<i>Шафранський В.В., Слабкий Г.О., Качала Л.О. Основи Європейської політики і стратегія для XXI століття: стратегічне керівництво в інтересах здоров'я</i> <i>Shafranskiy V.V., Slabkiy G.O., Kachala L.O. The foundations of European policy and strategy for the 21st century: strategic guide for the benefit of health</i>	72
<i>Ярош Н.П. Нормативно-правове регулювання розвитку стандартизації у сфері охорони здоров'я населення України</i> <i>Yarosh N.P. Legal regulation of standardization in the field of health in Ukraine</i>	76
<i>Пінчук І.Я. Якісно нова функціонально-організаційна система психіатричної допомоги в межах проведення реформування системи охорони здоров'я України: організаційно-правовий аспект</i> <i>Pinchuk I.Ya. The new functional-organizational system of psychiatric care under the reform of healthcare of Ukraine: organization and legal aspect</i>	81
<i>Рудий С.А., Гук А.П. Порівняння структурних елементів управління систем охорони здоров'я окремих країн Європи та України</i> <i>Rudyi S.A., Huk A.P. Compare of health care system management elements of certain European countries and Ukraine</i>	89
<i>Красовський К.С. Аналіз політики щодо тютюнових акцизів в Україні у 2013–2016 роках з точки зору охорони здоров'я</i> <i>Krasovsky K.S. Analysis of tobacco excise tax policy in Ukraine in 2013–2016 from the public health perspective</i>	100

ІСТОРИЯ МЕДИЦИНИ / HISTORY OF MEDICINE

<i>Ціборовський О.М., Сорока В.М. Приказна медицина в Київській губернії: кроки розвитку</i> <i>Tsiborovskiy O.M., Soroka V.M. The departmental medicine in Kyiv province: steps of the development</i>	108
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО ПОЧАТКУ ЖИТТЯ ДІТЕЙ (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД НАУКОВОЇ ЛІТЕРАТУРИ)

¹ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

²ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

Мета – дослідити вплив соціально-економічних факторів на формування здорового початку життя дітей.

Метод: бібліосемантичний.

Результати. Проаналізовано сучасну наукову літературу щодо впливу бідності на стан здоров'я дітей та економічних втрат держав від відсутності гарантованого державного пакету медичних і соціальних послуг усім дітям на початку їхнього життя.

Висновки. Рекомендовано використання передового досвіду зі зниження негативного впливу бідності на здоров'я дітей в Україні.

Ключові слова: діти, соціально-економічні фактори, здоров'я, вплив.

ВСТУП

У період реформування сектору охорони здоров'я в Україні важливою є розробка нормативно-правових документів, які забезпечують гарантований обсяг надання медичних послуг усім дітям, особливо з найбільш вразливих прошарків населення. Бідність є важливим соціально-економічним фактором, що визначає рівень здоров'я окремого індивідуума протягом усього його життя і безперечно викликає відмінності в стані здоров'я між дітьми, які виростили в різних умовах. Діти, які розвиваються в бідності, особливо в ранньому віці або протягом тривалого періоду піддаються ризику розвитку порушень здоров'я, не детермінованих генетично, і більшість з цих порушень є попереджувальними [7]. На сьогодні добре відомо, що бідність у глобальному масштабі впливає на зростання рівня смертності та травм, а також виникнення низки специфічних станів, таких як низька вага при народженні, нейроповедінкові розлади, хронічні захворювання, а також підвищена сприйнятливості дітей до дії факторів навколишнього середовища. Фізичне оточення дітей у сім'ях із низьким рівнем доходів є більш небезпечним, ніж у дітей із сімей з високим рівнем доходів, оскільки вони частіше піддаються впливу хімічних речовин, які надходять в організм дитини разом із забрудненим повітрям, їжею та/або водою, проживають у будинках із більш низькою якістю і відсутністю санітарно-побутових умов та з небезпечними околицями [5]. Слід зазначити, що навіть короткострокові періоди бідності можуть піддавати дітей до дії таких чинників, як небезпечне харчування і житло, бездомність, недостатній доступ до закладів охорони здоров'я та проблеми в навчанні. Таким чином, величезна сукупність психосоціальної та екологічної несправедливості, на тлі низького рівня доходу як у сім'ї, так і в громаді, позбавляє дітей здорового початку життя.

Мета роботи – дослідити вплив соціально-економічних факторів на формування здорового початку життя дітей.

Метод: бібліосемантичний.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На сьогодні добре відомі патофізіологічні механізми прямого та опосередкованого впливу бідності на стан здоров'я дітей. Зокрема, бідність має прямий негативний вплив на ранній розвиток мозку через механізми виникнення токсичного стресу [38] – стану, що характеризується «надмірною або тривалою активацією фізіологічних систем реагування на стрес під час відсутності буферного захисту, що надаються стабільними і чуйними відносинами в родині» [12]. При цьому стані відбувається часта або постійна активація гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи, унаслідок якої підвищується рівень стресових гормонів (кортикотропін-рилізінг гормону, кортизолу, норадреналіну, адреналіну) з одночасним вивільненням інших медіаторів, таких як запальні цитокіни [9, 20]. Короткочасне підвищення цих гормонів може бути захисною реакцією і необхідним для виживання, проте дуже високі їх рівні або тривала дія можуть бути шкідливими і навіть токсичними для організму людини [37]. Дисрегуляція цих фізіологічних медіаторів (наприклад, занадто великий або занадто малий викид кортизолу) може мати ефект «зношення та припинення» функції ряду органів і систем організму [1]. Все більше досліджень вказують на те, що мешкання дітей у бідних умовах асоціюється з нейроендокринною дисрегуляцією, яка може змінити функцію мозку і призводити до розвитку хронічних серцево-судинних, імунних та нервово-поведінкових порушень як у дитячому віці, так і в подальшому, у дорослому житті [39].

Бідність може мати й опосередкований вплив на розвиток дитини через неадекватне харчування внаслідок обмеженої доступності дітей до корисних (з точки зору їх складу) поживних і безпечних продуктів, що в кінцевому рахунку визначає рівень продовольчої безпеки в країні [2, 4]. Наприклад, у такій розвиненій країні, як США, майже 20% сімей із дітьми в загальній популяції [16] та 40% дітей, що живуть в умовах убогості, стикаються з

проблемами продовольчої небезпеки [17]. В Україні, зважаючи на економічну ситуацію, ці відносні цифри, напевно, є значно вищими.

Отже, прямий та непрямий вплив бідності може підвищувати смертність дітей, сприяти розвитку хронічних захворювань і зумовлювати нейроповедінкові розлади. Так, діти з нижчих соціально-економічних верст населення мають у 5 разів вищий рівень смертності від ненавмисних травм, ніж діти з вищих соціально-економічних верств [36]. Науковці в США підраховали, що якби діти найбідніших спільнот мали рівень смертності від ненавмисних травм і вбивств, подібних до смертності в найбагатших громадах, рівень дитячої смертності в цілому скоротився би на одну третину [40].

Бідність прямо і опосередковано (через їжу, більші експозиції дії чинників навколишнього середовища) впливає на фізичний розвиток дітей. Зокрема, є відомості про народження дітей із низькою вагою при народженні в бідних родинах, що може бути пов'язано як із недостатністю харчування [24], так і з високим рівнем поширеності підліткової вагітності і неадекватним допологовим доглядом [19]. На сьогодні відомо, що ризик підліткової вагітності в 10 разів збільшується в осіб із найнижчим рівнем доходів, порівняно з особами, які мають вищий рівень доходів [41], при цьому підліткова вагітність підвищує ризики залишитися в бідності і в майбутньому [10]. Є докази впливу бідності і на подальший фізичний розвиток дітей, зокрема, в роботі Polhamus B. зі співавторами показано, що діти, які до 4 років жили в бідних родинах, мали нижчий ріст порівняно з дітьми із забезпечених сімей [33].

Окрім фізичного розвитку бідність асоціюється з погіршенням нервово-психічного розвитку дітей. Так, епігенетичні, анатомічні та нейроендокринні порушення, пов'язані з хронічно дією токсичного стресу, можуть викликати труднощі із саморегулюванням, виконавчими функціями. Такі діти є неуважними, імпульсивними, із зухвалою поведінкою, погано навчаються в школі і мають неврегульовані взаємини з однолітками [46]. Діти з родин із низьким рівнем доходу порівняно з дітьми, які виховуються в сім'ях із достатніми доходами, частіше мають синдром дефіциту уваги / гіперактивності, порушення розвитку мови [21], навичок читання, високий рівень депресії й антигромадську поведінку [31]. Депресія в дітей із бідних сімей у віці до 18 років асоціюється зі зловживанням наркотиків, поганою успішністю і безробіттям [47]. Інші вчені свідчать, що поєднання порушеної саморегуляції і хронічного стресу може приводити до неадекватної поведінки, зокрема куріння, надмірного вживання алкоголю, переїдання, розбещеності і токсикоманії, що, своєю чергою, швидкоплинно відключає реакцію організму на стрес і упродовж подальшого дорослого життя спричиняє підвищені рівні захворюваності та передчасної смертності [11, 44].

Діти з бідних домогосподарств мають менший доступ до навчальних матеріалів, у т.ч. книг, стимулюючих іграшок, а також реабілітаційних центрів [43].

Бідність асоціюється з розвитком хронічних станів, таких як ожиріння, цукровий діабет, серцево-судинні захворювання, тобто стани, поширення яких за останні десятиріччя викликає велике занепокоєння спеціалістів із громадського здоров'я. У цьому аспекті проведені цікаві дослідження із сильними доказами зв'язку між бідністю та

розвитком вищевказаних станів. Так, у роботах американських вчених показано, що діти з найбідніших громад у 7 разів частіше страждають на надлишкову вагу [28] і мають найвищі показники ожиріння [30, 33]. Причини ожиріння, імовірно, є багатофакторними. По-перше, такі діти вживають продукти з високим вмістом калорій, трансгенних жирів і вуглеводів, що, як, правило, є дешевшими. По-друге, вони більшою мірою піддаються дії хімічних речовин, які мають руйнівний вплив на ендокринну систему [35]. По-третє, бідні діти віком від 6 до 18 років більше мають сидячий спосіб життя і піддаються впливу тютюну порівняно з однолітками з більш забезпечених родин [33]. Як відомо, саме надмірна вага, сидячий спосіб життя, неадекватне харчування, паління є основними факторами ризику розвитку захворювань серцево-судинної системи, тому наявність саме вказаних факторів ризику, що асоціюються з бідністю, призводить до розвитку серцево-судинних і легеневих захворювань у дорослому житті [22]. Зокрема, у роботі Ziol-Guest K.M. показано, що низький дохід сім'ї упродовж перших 2 років життя пов'язаний із дворазовим збільшенням частоти гіпертензії на початку дорослого життя [13]. Крім того, у дітей, які живуть у бідності, відмічається більш ослаблена відповідь серцево-судинної системи на гостру дію стресорних факторів [3].

Доведено зв'язок між низьким соціальним рівнем на початку життя і розвитком хронічних запальних захворювань у дорослому житті [26]. Дорослі (30–41 рік), які зазнали дитячої бідності, більш схильні до розвитку артриту і обмежень у повсякденній діяльності порівняно з дорослими, які не відчували дитячої бідності [13].

Ранній початок життя в бідних умовах асоціюється зі збільшенням частоти нападів астми і гіршим загальним станом здоров'я дітей [25, 32]. Слід зазначити, що вплив бідності на розвиток астми може посилюватися дією таких факторів, як скученість, забруднення повітря, вологість та підвищений ризик контакту з різними видами паразитів [48].

Як зазначалося вище, бідні підлітки в більшій мірі підлягають дії алкоголю і тютюну, що, своєю чергою, підвищує ризики розвитку емфіземи, цирозу печінки, а також раку [27]. Таким чином, хронічна підвищена активність гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи, що формується в дітей, які розвиваються в умовах бідності, пригнічення серцево-судинної реакції на стрес, синергічна дія хімічних речовин, які дитина може отримати з повітрям, їжею та при контакті зі шкірою, підтверджує думку багатьох вчених щодо наявності ряду факторів ризику, які формуються в дитячому віці, але зумовлюють рівень здоров'я окремо взятого індивідуума старшого віку [34].

Отже, початок життя дитини в бідності пов'язаний із довічними труднощами та віддаленими несприятливими наслідками. При цьому порушення розвитку і психосоціальні проблеми лягають значним фінансовим тягарем не тільки на дітей та їхню родину, але й на іншу частину суспільства [6]. Цей економічний тягар стосується двох аспектів. По-перше, це витрати на соціальні та медично-реабілітаційні потреби таких дітей, а по-друге, це втрачений економічний прибуток, який би могли дати ці діти в дорослому житті за умови нормального їхнього фізичного та нервово-психічного розвитку. Так, у дослідженні 2008 р., присвяченому прогнозуванню майбутньої втраченої продуктивності через бідність дітей у суспільстві показано, що загальні щорічні втрати

становлять близько 500 млрд дол. США, за рахунок скорочення економічного прибутку, зростання витрат на охорону здоров'я та боротьбу зі злочинністю [42].

Вчені доводять, що втрата когнітивних навичок у дітей, які ростуть в умовах бідності, зменшує їхні наукові та економічні досягнення і впливає на довгострокові економічні наслідки для суспільства [18]. Так, втрата одного балу при оцінюванні шкалою інтелекту (IQ) зменшує середню величину доходів за усе життя людини приблизно на 12 000 євро або 18 000 дол. США (за розрахунками 2008 р.) [14].

За науковими даними, національний середній бал IQ корелює з валовим внутрішнім продуктом, при цьому причинно-наслідкові кореляції можуть бути у двох напрямках [29]. Зокрема, бідність може призвести до низького IQ, а низький IQ, своєю чергою, – до бідності. Значний внесок у такі причинно-наслідкові зв'язки можуть додавати і фактори навколишнього середовища, так звані нейротоксиканти – хімічні речовини, що впливають на мозок і нервову систему дітей, особливо в ранньому віці. Більшю мірою це є характерним для країн, що розвиваються, і в яких хімічний контроль є неефективним порівняно з більш розвиненими країнами [23, 45]. Тому дія промислових хімічних речовин під час розвитку плода/дитини може робити істотний внесок в існуючий зв'язок між IQ і валовим внутрішнім продуктом. Якщо ця теорія вірна, то країни, що розвиваються, можуть витратити десятиліття для того, щоб вийти з бідності, але боротьба із забрудненням навколишнього середовища на цьому етапі може бути відкладена, що, своєю чергою, призведе до ще більшої бідності, формуючи тим самим порочне коло.

Відомо, що антисоціальна, навіть кримінальна поведінка, насильство, тобто нервово-поведінкові

порушення, що виникли внаслідок бідності, можуть призводити до збільшення потреби в спеціальних освітніх послугах, інституціоналізації (утримання в спеціалізованих закладах), і навіть до позбавлення волі.

Запобігання впливу бідності та нейротоксикантів на розвиток дітей може дати велику економію суспільству. Так, у дослідженні Landrigan P.J. показано, що сумарні річні витрати на нервово-поведінкові розлади, розвиток яких можна приписати до дії факторів навколишнього середовища та бідності, становлять 9,2 млрд дол. [15]. Але через труднощі, властиві оцінці повних економічних наслідків нервово-поведінкових порушень, цілком імовірно, що ці витрати є значно вищими.

ВИСНОВКИ

Таким чином, поведінкові та соціальні наслідки порушень нервово-психічного розвитку, що виникли внаслідок бідності, потенційно є надзвичайно вартісними [8], а тому їх запобігання може бути досить рентабельним для держави.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

З поліпшенням розуміння корінних причин і віддалених наслідків бідності необхідно розробити та застосувати на практиці втручання, які допоможуть усунути негативний вплив бідності та факторів навколишнього середовища на дітей та їхні родини. Наукові дані мають стати підґрунтям для розроблення політики і програм із поліпшення перебігу раннього дитинства та мінімізації несприятливих подій, пов'язаних із бідністю.

ЛІТЕРАТУРА

1. Adverse childhood experiences and physiological wear-and-tear in midlife: findings from the 1958 British birth cohort / C. Barboza Solís, M. Kelly-Irving, R. Fantin [et al.] // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. – 2015. – Vol. 112 (7). – P. E738–E746.
2. Alaimo K. Food insufficiency and American school-aged children's cognitive, academic, and psychosocial development / K. Alaimo, C. M. Olson, E. A. Frongillo // Pediatrics. – 2001. – Vol. 108 (1). – P. 44–53.
3. Allostasis and allostatic load in the context of poverty in early childhood / C. Blair, C. C. Raver, D. Granger [et al.] // Dev. Psychopathol. – 2011. – Vol. 23 (3). – P. 845–857.
4. Anderson S. A. Core indicators of nutritional state for difficult-to-sample populations / S. A. Anderson // J. Nutr. – 1990. – Vol. 120 (suppl. 11). – P. 1557S–1600S.
5. Aratani Y. Homeless Children and Youth / Y. Aratani. – New York, NY : National Center for Children in Poverty, Columbia University, Mailman School of Public Health, 2009. – P. 33–37.
6. Belfield C. R. The Price We Pay: Economic and Social Consequences of Inadequate Education / C. R. Belfield, H. M. Levin (eds.). – Washington, DC : Brookings Press, 2007. – P. 21–31.
7. Brooks-Gunn J. The effects of poverty on children / J. Brooks-Gunn, G. J. Duncan // Future Child. – 1997. – Vol. 7 (2). – P. 55–71.
8. Carpenter D. O. Environmental causes of violence / D. O. Carpenter, R. Nevin // Physiol. Behav. – 2010. – Vol. 99. – P. 260–268.
9. Childhood maltreatment predicts adult inflammation in a life-course study / A. Danese, C. M. Pariante, A. Caspi [et al.] // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. – 2007. – Vol. 104 (4). – P. 1319–1324.
10. Consequences of teen-age parenting / C. W. Nord, K. A. Moore, D. R. Morrison [et al.] // J. Sch. Health. – 1992. – Vol. 62 (7). – P. 310–318.
11. Cumulative effect of psychosocial factors in youth on ideal cardiovascular health in adulthood: the Cardiovascular Risk in Young Finns Study / L. Pulkki-Råback, M. Elovainio, C. Hakulinen [et al.] // Circulation. – 2015. – Vol. 131 (3). – P. 245–253.

12. Early childhood adversity, toxic stress, and the role of the pediatrician: translating developmental science into lifelong health [Electronic resource] / A. S. Garner, J. P. Shonkoff ; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care; Section on Developmental and Behavioral Pediatrics // *Pediatrics*. – 2012. – Vol. 129 (1). – Access mode : www.pediatrics.org/cgi/content/full/129/1/e224. – Title from screen.
13. Early childhood poverty, immune-mediated disease processes, and adult productivity / K. M. Ziol-Guest, G. J. Duncan, A. Kalil [et al.] // *Proc. Natl. Acad. Sci USA*. – 2012. – Vol. 109 (suppl. 2). – P. 17289–17293.
14. Economic benefits of methylmercury exposure control in Europe: monetary value of neurotoxicity prevention / M. Bellanger, C. Pichery, D. Aerts [et al.] // *Environ. Health*. – 2013. – Vol. 12. – P. 3.
15. Environmental pollutants and disease in American children: estimates of morbidity, mortality, and costs for lead poisoning, asthma, cancer, and developmental disabilities / P. J. Landrigan, C. B. Schechter, J. M. Lipton [et al.] // *J. Environ. Health Perspect*. – 2002. – Vol. 110. – P. 721–728.
16. Feeding America's Children: Food Insecurity and Poverty [Electronic resource]. – Washington, DC : The Brookings Institution; 2014. – Access mode : www.brookings.edu/blogs/social-mobility-memos/posts/2014/09/15-feeding-americas-children-poverty. – Title from screen.
17. Food security status of US households with children in 2011 [Electronic resource] / US Department of Agriculture. – Access mode : www.ers.usda.gov/topics/food-nutrition-assistance/food-security-in-the-us/key-statistics-graphics.aspx#UagrGTF1yo. – Title from screen.
18. Gould E. Childhood lead poisoning: conservative estimates of the social and economic benefits of lead hazard control / E. Gould // *Environ. Health Perspect*. – 2009. – Vol. 117. – P. 1162–1167.
19. Gould J. B. Socioeconomic status and low birth weight: a racial comparison / J. B. Gould, S. LeRoy // *Pediatrics*. – 1988. – Vol. 82 (6). – P. 896–904.
20. Haroon E. Psychoneuroimmunology meets neuropsychopharmacology: translational implications of the impact of inflammation on behavior / E. Haroon, C. L. Raison, A. H. Miller // *Neuropsychopharmacology*. – 2012. – Vol. 37 (1). – P. 137–162.
21. Hart B. Meaningful Differences in the Everyday Experience of Young American Children / B. Hart, T. Risley. – Baltimore, MD : Brookes Publishing, 1995. – P. 26–49.
22. Household income and cardiovascular disease risks in U.S. children and young adults: analyses from NHANES 1999–2008 / M. K. Ali, K. M. Bullard, G. L. Beckles [et al.] // *Diabetes Care*. – 2011. – Vol. 34 (9). – P. 1998–2004.
23. How developing nations can protect children from hazardous chemical exposures while sustaining economic growth / L. Arasande, R. I. Massey, J. DiGangi [et al.] // *Health Aff*. – 2011. – Vol. 30. – P. 2400–2409.
24. Langley-Evans S. C. Developmental origins of adult disease // S. C. Langley-Evans, S. McMullen // *Med. Princ. Pract*. – 2010. – Vol. 19 (2). – P. 87–98.
25. Longitudinal patterns of poverty and health in early childhood: exploring the influence of concurrent, previous, and cumulative poverty on child health outcomes [Electronic resource] / N. Béatrice, G. Lise, Z. M. Victoria [et al.] // *BMC Pediatr*. – 2012. – Vol. 12. – Access mode : <http://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-12-141>. – Title from screen.
26. Low early-life social class leaves a biological residue manifested by decreased glucocorticoid and increased proinflammatory signaling / G. E. Miller, E. Chen, A. K. Fok [et al.] // *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. – 2009. – Vol. 106 (34). – P. 14716–14721.
27. Lowry R. The effect of socioeconomic status on chronic disease risk behaviors among US adolescents / R. Lowry, L. Kann, J. L. Collins // *JAMA*. – 1996. – Vol. 276 (10). – P. 792–797.
28. Ludwig D. S. Opportunities to reduce childhood hunger and obesity: restructuring the Supplemental Nutrition Assistance Program (the Food Stamp Program) / D. S. Ludwig, S. J. Blumenthal, W. C. Willett // *JAMA*. – 2012. – Vol. 308 (24). – P. 2567–2568.
29. Lynn R. IQ and the wealth of nations / R. Lynn, T. Vanhanen. – Praeger, Westport; 2002. – P. 24–42.
30. Metallinos-Katsaras E. A longitudinal study of food insecurity on obesity in preschool children / E. Metallinos-Katsaras, A. Must, K. J. Gorman [et al.] // *J. Acad. Nutr. Diet*. – 2012. – Vol. 112 (12). – P. 1949–1958.
31. Murali V. Poverty, social inequality and mental health / V. Murali, F. Oyebode // *Adv. Psychiatr Treat*. – 2004. – Vol. 10 (3). – P. 216–224.
32. Nikiéma B. Poverty and chronic illness in early childhood: a comparison between the United Kingdom and Quebec [Electronic resource] / B. Nikiéma, N. Spencer, L. Séguin // *Pediatrics*. – 2010. – Vol. 125 (3). – Access mode : www.pediatrics.org/cgi/content/full/125/3/e499pmid:20123770. – Title from screen.
33. Pediatric Nutrition Surveillance 2009 Report / B. D. K. Polhamus, E. Borland, H. Mackintosh [et al.]. – Atlanta, GA : US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2011. – P. 25–47.
34. Power C. Origins of health inequalities in a national population sample / C. Power, S. Matthews // *Lancet*. – 1997. – Vol. 350 (9091). – P. 1584–1589.
35. Prenatal phthalate exposure is associated with childhood behavior and executive functioning / S. M. Engel, A. Miodovnik, R. L. Canfield [et al.] // *Environ. Health Perspect*. – 2010. – Vol. 118. – P. 565–571.
36. Protect the ones you love: child injuries are preventable [Electronic resource] / Centers for Disease Control and Prevention. – Access mode : www.cdc.gov/safechild/NAP/background.html. – Title from screen.
37. Reynolds R. M. Glucocorticoid excess and the developmental origins of disease: two decades of testing the hypothesis – 2012 Curt Richter Award Winner / R. M. Reynolds // *Psychoneuroendocrinology*. – 2013. – Vol. 38 (1). – P. 1–11.
38. Salivary cortisol mediates effects of poverty and parenting on executive functions in early childhood / C. Blair, D. A. Granger, M. Willoughby [et al.] // *Child Dev*. – 2011. – Vol. 82 (6). – P. 1970–1984.

39. Shonkoff J. P. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress / J. P. Shonkoff, A. S. Garner ; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care; Section on Developmental and Behavioral Pediatrics // Pediatrics. – 2012. – Vol. 129 (1). – Access mode : www.pediatrics.org/cgi/content/full/129/1/e232_ – Title from screen.
40. Singh G. K. Widening socioeconomic disparities in US childhood mortality, 1969–2000 / G. K. Singh, M. D. Kogan // Am. J. Public Health. – 2007. – Vol. 97(9). – P. 1658–1665.
41. Smith T. Influence of socioeconomic factors on attaining targets for reducing teenage pregnancies / T. Smith // BMJ. – 1993. – Vol. 306 (6887). – P. 1232–1235.
42. The economic costs of childhood poverty in the United States / H. Holzer, D. W. Schanzenbach, G. J. Duncan // J. Child. Poverty. – 2008. – Vol. 14 (1). – P. 41–61.
43. The home environments of children in the United States part I: variations by age, ethnicity, and poverty status / R. H. Bradley, R. F. Corwyn, H. P. McAdoo [et al.] // Child. Dev. – 2001. – Vol 72 (6). – P. 1844–1867.
44. The impact of episodic and chronic poverty on child cognitive development / J. M. Najman, M. R. Hayatbakhsh, M. A. Heron [et al.] // J. Pediatr. – 2009. – Vol. 154 (2). – P. 284–289.
45. The world's worst pollution problems: assessing health risks at hazardous waste sites. Blacksmith Institute. – New York, 2012. – P. 23–34.
46. Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children, 1997–2008 / C. A. Boyle, S. Boulet, L. A. Schieve [et al.] // Pediatrics. – 2011. – Vol. 127 (6). – P. 1034–1042.
47. What explains the relation between family poverty and childhood depressive symptoms? / M. Tracy, F. J. Zimmerman, S. Galea [et al.] // J. Psychiatr. Res. – 2008. – Vol. 42 (14). – P. 1163–1175.
48. Williams D. R. Social determinants: taking the social context of asthma seriously / D. R. Williams, M. Sternthal, R. J. Wright // Pediatrics. – 2009. – Vol. 123 (suppl. 3). – P. S174–S184.

Дата надходження рукопису до редакції: 17.06.2016 р.

Социально-экономические аспекты формирования здорового начала жизни детей (аналитический обзор научной литературы)

Г.А. Слабкий¹, Е.М. Ковалева²

¹ГУ «Украинский институт стратегических исследований Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина

²ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

Цель – исследовать влияние социально-экономических факторов на формирование здорового начала жизни детей.

Метод: библиосемантический.

Результаты. Проанализирована современная научная литература по влиянию бедности на состояние здоровья детей и экономических потерь государств от отсутствия гарантированного государственного пакета медицинских и социальных услуг всем детям в начале их жизни.

Выводы. Рекомендовано использование передового опыта по снижению негативного влияния бедности на здоровья детей в Украине.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: дети, социально-экономические факторы, здоровья, влияние.

Socio-economic aspects of the formation of the healthy life start of children (analytical review of scientific literature)

G.O. Slabkiy¹, O.M. Kovaleva²

¹PE «Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine», Kyiv, Ukraine

²HSEEU «Ukrainian Medical Stomatological Academy», Poltava, Ukraine

Purpose – to consider the influence of socio-economic factors upon the formation of healthy start of children's life.

Method: bibliosemantic.

Results. Modern scientific works regarding the impact of poverty on the health of children and the economic losses of the states from the lack of guaranteed State package of medical and social services for all kids at the beginning of their lives were analyzed.

Conclusions. It is recommended to use best practices to reduce the negative impact of poverty on the health of children in Ukraine.

KEY WORDS: children, socio-economic factors, health, impact.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., проф., в.о. директора ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

Ковальова Олена Михайлівна – д.мед.н., проф., проф. кафедри педіатрії № 1 з пропедевтикою та неонатологією ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», вул. Шевченка, 23, м. Полтава, 36011, Україна.

ОСНОВИ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ ПОЛІТИКИ І СТРАТЕГІЯ ДЛЯ ХХІ СТОЛІТТЯ: СТРАТЕГІЧНЕ КЕРІВНИЦТВО В ІНТЕРЕСАХ ЗДОРОВ'Я

¹Міністерство охорони здоров'я України, м. Київ, Україна

²ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»,
м. Київ, Україна

³ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Мета – проаналізувати основи Європейської політики «Здоров'я-2020» з точки зору стратегічного керівництва в інтересах здоров'я.

Метод: контент-аналіз.

Результати. Висвітлено основи розумного стратегічного керівництва в інтересах здоров'я з виокремленням п'яти типів: керівництво через співробітництво; керівництво шляхом залучення громадян; керівництво шляхом регламентування та переконання; керівництво через незалежні заклади та експертні органи; керівництво за допомогою адаптованих стратегій, стійких структур і прогнозування.

Висновки. Основи Європейської політики «Здоров'я-2020» щодо стратегічного керівництва в інтересах здоров'я потребують впровадження в державній політиці із забезпечення високого рівня здоров'я населення.

Ключові слова: основи Європейської політики «Здоров'я-2020», стратегічне керівництво, типи розумного стратегічного керівництва, визначення, міжсекторальний підхід.

ВСТУП

Усі держави-члени Європейського регіону Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) прийняли рішення про створення нових основ політики «Здоров'я-2020», загальна мета яких – «значно поліпшити здоров'я і підвищити рівень благополуччя населення, зменшити нерівність щодо здоров'я та забезпечити існування універсальних, соціально-справедливих, стійких і високоякісних систем охорони здоров'я, орієнтованих на людину» [2].

Політика «Здоров'я-2020» узгоджується і з концепцією здоров'я як одного із прав людини, і зі зменшенням існуючої нерівності щодо здоров'я. Політика «Здоров'я-2020» не суперечить існуючим зобов'язанням, прийнятим державами раніше, у т.ч. Декларації тисячоліття Організації Об'єднаних Націй [1] і Цілям в області розвитку, визначеним у тій же декларації [5], які передбачають такий світ, де країни працюють разом як партнери з метою поліпшення життя всіх людей, особливо тих, хто знаходиться в найбільш несприятливій ситуації.

Мета роботи – проаналізувати основи Європейської політики «Здоров'я-2020» з точки зору стратегічного керівництва в інтересах здоров'я в ХХІ ст.

Матеріали та методи: контент-аналіз основ Європейської політики «Здоров'я-2020» у контексті стратегічного керівництва в інтересах здоров'я в ХХІ ст.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У політиці «Здоров'я-2020» під терміном «стратегічне керівництво охороною здоров'я» розуміють

усю сукупність процесів стратегічного керівництва у сфері охорони здоров'я. Це передбачає відповідальність за такі напрями діяльності: розробка та реалізація національних і субнаціональних стратегій охорони здоров'я; постановка цілей і завдань в області охорони здоров'я для поліпшення здоров'я; надання високоякісної та ефективної медичної допомоги; забезпечення ключових функцій системи охорони громадського здоров'я.

Стратегічне керівництво охороною здоров'я створює стимули для поліпшення показників діяльності, підвищення підзвітності та прозорості, а також для повноцінного залучення користувачів медичними послугами до керівництва охороною здоров'я завдяки організаційній структурі, яка дає змогу організувати ресурси, надавачів послуг і їхні послуги та забезпечити здійснення єдиної політики й досягнення національних цілей в області охорони здоров'я.

За даними ВООЗ, сьогодні міністерства охорони здоров'я більш активно займаються ініціюванням міжсекторальних підходів до охорони здоров'я і діють як посередники та захисники інтересів населення у сфері збереження та відновлення здоров'я. За визначенням Таллінської Хартії [4], сектор охорони здоров'я має встановлювати співробітництво з іншими секторами за принципом взаємної підтримки і конструктивного партнерства, що забезпечить не тільки надання індивідуальних медико-санітарних послуг, але й досягнення загальних цілей суспільства і держави в охороні здоров'я. Сектор охорони здоров'я також є партнером інших секторів, коли зміцнення здоров'я населення може мати позитивний вплив на досягнення їх цілей.

У зв'язку з цим міністерства охорони здоров'я та інституції охорони громадського здоров'я під час

формування стратегій, які сприяють укріпленню здоров'я та благополуччя населення, повинні виконувати нові функції – виходити за рамки своїх відомств і просувати стратегії, які сприяють досягненню здоров'я для всіх, у партнерстві за межами сектору охорони здоров'я. Таким чином, нові форми стратегічного керівництва в інтересах здоров'я необхідні в усьому суспільстві та в усій системі державного управління. В європейській політиці «Здоров'я-2020» наведено таке визначення стратегічного управління: «намагання органів державного управління (уряду) та інших діючих суб'єктів керувати суспільствами, цілими країнами і навіть групами країн в їх діях із досягнення здоров'я як невід'ємної складової благополуччя, використовуючи для цього як загальнодержавний підхід, так і підхід за участю всього суспільства» [3]. У цьому визначенні здоров'я та благополуччя окреслено ключові атрибути успішного і нормально функціонуючого суспільства в XXI ст. Для того щоб відповідальність усього суспільства і загальнодержавна відповідальність за охорону здоров'я стали реальністю, необхідне сильне керівництво. Стратегії, дії і соціальна прихильність охороні здоров'я не можуть виникнути самі по собі. У сучасному суспільстві вплив на здоров'я настільки різнобічний і розгалужений по всіх секторах суспільства, що для зміцнення здоров'я необхідні дії на основі нового мислення і нової парадигми – традиційні лінійні раціональні моделі планування уже недостатні.

Сьогодні спостерігається процес переходу від моделі стратегічного керівництва, в центрі якої стоїть держава, до моделі співробітництва, за якої стратегічне керівництво є продуктом спільної діяльності широкого кола суб'єктів, що діють на рівні держави і суспільства: парламенти, міністерства, відомства, організації, комісії, бізнесові структури, громадські об'єднання, засоби масової інформації, громадяни. Таке стратегічне керівництво в інтересах здоров'я розосереджено по горизонталі. Це сприяє здійсненню сумісних дій у загальних інтересах сектору охорони здоров'я та інших секторів.

Одне з найважливіших завдань полягає у формуванні свідомості та можливості включити цілі охорони здоров'я у загальний процес соціально-економічного розвитку суспільства і розвитку його людського потенціалу. Досягнення такого ступеня взаємодії всередині системи державного управління, коли здійснюватимуться дії на міжвідомчому рівні, – безсумнівно, непросте завдання. Це пояснюється складністю питань, які підлягають вирішенню, «каверзним» характером проблем і відсутністю гнучкості бюрократичних організаційних систем. Ситуація також ускладнюється розподілом впливу і ресурсів у суспільстві, конфліктами інтересів усередині системи державного управління, браком стимулів і недостатньою прихильністю на найвищому рівні.

Нова концепція стратегічного керівництва в інтересах здоров'я, запропонована ВООЗ, об'єднує і розширює існуючі раніше концепції міжсекторальних дій та здорової державної політики в рамках більш широких

міжсекторальних дій та взаємопов'язаної відповідальності всього суспільства і загальнодержавної відповідальності за охорону здоров'я. Тут важливим елементом є принцип урахування інтересів здоров'я у всіх стратегіях, який потребує винесення питання про охорону здоров'я на більш високий рівень у політичному порядку денному, активізації діалогу на рівні політики з питань здоров'я населення і його детермінант, а також підвищенню відповідальності за кінцеві результати для здоров'я.

У цьому плані важливим нормативним документом є проект Всесвітнього Банку «Глобальні показники стратегічного керівництва» [8], в якому визначено важливі взаємозв'язки між належним стратегічним керівництвом і здоров'ям. Як стратегічне керівництво в інтересах здоров'я, так і стратегічне керівництво охороною здоров'я базуються на системі цінностей і принципів, яка називається належним стратегічним керівництвом. Розумне стратегічне керівництво – це набір механізмів для досягнення результатів на основі принципів належного стратегічного керівництва. Дослідники вказують на необхідність комбінованого підходу до стратегічного керівництва в інтересах здоров'я: ієрархічний, розосереджений і колективний. Виділяють п'ять типів розумного стратегічного керівництва в інтересах здоров'я:

Керівництво шляхом співробітництва. Тут включаються процеси співробітництва, які поєднують комунікацію, довіру, прихильність та розуміння вибору інструментів і механізмів, а також необхідності прозорості й підзвітності.

Керівництво шляхом залучення громадян. У міру того, як керівництво поширюється на все суспільство, робота з населенням може підвищити рівень прозорості та підзвітності. Партнерські відносини з населенням та розширення його прав і можливостей також важливі для збереження системи цінностей. Однією з провідних сил є технології. Наприклад, об'єднання соціальних засобів масової інформації в мережі дають змогу громадянам змінювати те, як державні органи і органи охорони здоров'я ведуть справи. У рамках таких складних відносин широка участь заінтересованих сторін, прозорість і підзвітність стають провідником інновацій.

Керівництво шляхом поєднання регламентування та переконання. Стратегічне керівництво стає більш рухливим, багаторівневим, із залученням значного числа заінтересованих сторін, більш адаптованим. Традиційні ієрархічні засоби керівництва доповнюються іншими механізмами, такими як «делікатна влада» і «делікатне право». До числа таких механізмів відноситься саморегулювання, керівництво через переконання, альянси, мережі і відкриті методи координації. Сьогодні при інтересі до «стратегії підштовхування» [6] критично аналізуються підходи до поліпшення здоров'я населення. При цьому все більше поширюються ієрархічні багаторівневі нормативні документи, які охоплюють рівні

від глобального до місцевого. Прикладом такого документу може бути Рамкова конвенція ВООЗ щодо боротьби з тютюном [3], яка стосується багатьох аспектів способу життя, поведінки та побуту людей.

Керівництво шляхом залучення незалежних закладів та експертних органів. Такі заклади та органи відіграють важливу роль у наданні фактичних даних і спостереженні за дотриманням етики, розширенні підзвітності та укріпленні демократичної підзвітності в питаннях охорони здоров'я і в таких сферах, як недоторканість особистого життя, оцінка ризиків, контроль якості, оцінка технологій охорони здоров'я і оцінка впливу на здоров'я людей.

Керівництво за допомогою адаптованих стратегій, стійких структур та прогнозування. Загальнодержавні підходи мають бути адаптованими і відображати труднощі причинно-наслідкових зв'язків, оскільки у складних проблемах не буває простих лінійних рішень. Децентралізація прийняття рішень і утворення самоорганізуючих або соціальних мереж допомагає заінтересованим сторонам оперативної і по-новому реагувати на надзвичайні ситуації. Втручання мають

носити повторний характер, поєднувати в собі безперервне навчання, накопичення знань та обмін ними між заінтересованими сторонами, а також передбачати механізми ініціювання дискусій та коригування політики. Керівництво за принципом випередження подій підвищує стійкість суспільства до несприятливих зовнішніх чинників, оскільки акценти в політиці переміщуються з ризиків на вирішення більш фундаментальних, системних проблем, а також з'являється можливість спільно обговорювати соціальні аспекти державної політики, засновані на цінностях і науці.

ВИСНОВКИ

Впровадження компонентів стратегії розумного керівництва прогнозовано створить умови, з одного боку, для збереження здоров'я населення, а з іншого – забезпечить справедливий і рівний доступ до якісної медичної допомоги, яка відповідатиме актуальним запитам суспільства, а також сприятиме розвитку системи громадського здоров'я в країні.

Перспективи досліджень полягають у подальшому вивченні даного питання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Декларация тысячелетия Организации Объединенных Наций [Электронный документ] / Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций. – Нью-Йорк : Организация Объединенных Наций, 2000. – Режим доступа : <http://www.un.org/russian/document/declarat/summitdecl.htm>. – Название с экрана.
2. Основы Европейской политики поддержки государства и общества в интересах здоровья и благополучия [Электронный документ]. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2012. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>. – Название с экрана.
3. Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну // Офіційний вісник України. – 2006. – № 13. – С. 128, ст. 861.
4. Системы здравоохранения — здоровье — благосостояние : Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения, Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г. : отчет [Электронный документ]. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2009. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/78951/E92150R.pdf. – Название с экрана.
5. Цели развития тысячелетия [Электронный документ]. – Нью-Йорк : Организация Объединенных Наций, 2013. – Режим доступа : <http://www.un.org/russian/millenniumgoals>. – Название с экрана.
6. Judging nudging: can nudging improve population health? / T. M. Marteau [et al.] // British Medical Journal. – 2011. – Vol. 342. – P. d228.
7. Kickbusch I. Governance for health in the 21st century [Electronic document] / I. Kickbusch, D. Gleicher. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2012. – Access mode : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf. – Title from screen.
8. Worldwide Governance Indicators Project [Electronic document]. – Washington, DC : World Bank, 2013. – Access mode : <http://info.worldbank.org/governance/wgi/resources.htm>. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 04.07.2016 р.

Основы Европейской политики и стратегия для XXI столетия: стратегическое управление в интересах здоровья

V.V. Shafranskiy¹, G.A. Slabkiy², L.A. Kachala³

¹Министерство здравоохранения Украины, г. Киев, Украина

²ГУ «Украинский институт стратегических исследований Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина

³ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», г. Ужгород, Украина

Цель – проанализировать основы Европейской политики «Здоровье-2020» с точки зрения стратегического руководства в интересах здоровья.

Метод: контент-анализ.

Результаты. Освещены основы разумного стратегического руководства в интересах здоровья с выделением пяти типов: руководство через сотрудничество; руководство путем привлечения граждан; руководство путем регламентирования и убеждения; руководство через независимые заведения и экспертные органы; руководство с помощью адаптированных стратегий, стойких структур и прогнозирования.

Выводы. Основы Европейской политики «Здоровье-2020» относительного стратегического руководства в интересах здоровья должны быть внедрены в государственную политику по обеспечению высокого уровня здоровья населения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: основы Европейской политики «Здоровье-2020», стратегическое управление, типы разумного стратегического руководства, определения, межсекторный подход.

The foundations of European policy and strategy for the 21st century: strategic guide for the benefit of health

V.V. Shafranskiy¹, G.O. Slabkiy², L.O. Kachala³

¹Ministry of Health Care of Ukraine, Kyiv, Ukraine

²PE «Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine», Kyiv, Ukraine

³SHEE «Uzhhorod National University», Uzhhorod, Ukraine

Purpose – to analyze the foundations of European policy Health-2020 from the position of strategic guidance for the benefit of health.

Methods: content analysis of the foundations of European policy Health-2020.

Results. The foundations of smart strategic guidance for the benefit of health with five types highlighted are presented: guidance through cooperation; guidance through engaging citizens; guidance through regulation and persuasion; guidance through independent institutions and expert agencies; guidance with the use of adapted strategies, sustainable structures and forecasting.

Conclusions. The foundations of European policy Health-2020 as for strategic leadership for the benefit of health should be implemented in the State policy of Ukraine on ensuring high level of the health of population in the country.

KEY WORDS: the Foundations of European policy Health-2020, strategic guidance, types of smart strategic guidance, determination, intersectoral approach.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Шафранський Віктор Вікторович – к.мед.н., в.о. Міністра охорони здоров'я України; вул. Михайла Грушевського, 7, м. Київ, 01021, Україна.

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., проф., в.о. директора ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

Качала Лариса Олександрівна – к.мед.н., доц., доцент кафедри громадського здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет», пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.