

Є. А. КУЛЬГІНСЬКИЙ,

кандидат медичних наук, доцент,

докторант кафедри управління охороною суспільного здоров'я,

Національна академія державного управління при Президентові України



Проблеми та шляхи застосування принципів здоров'я в усіх державних політиках у країнах із низьким рівнем доходів (огляд літератури)

У статті розглянуто ступінь застосовності сучасних принципів формування державної політики Health in All Policies (Здоров'я в усіх державних політиках) (HiAP) до умов менш розвинених країн і способи застосування підходу HiAP у таких країнах.

У низці проаналізованих джерел ідеться про важливість наявності HiAP у широкому колі політичних рішень, що стосуються зміцнення добробуту суспільства. Коли соціальна політика спрямована на вирішення завдань, істотних для розвитку, тоді така політика може відігравати перетворювальну роль у сприянні здоров'ю та добробуту людей, а також іншим соціально-економічним цілям. Після аналізу фактичних даних щодо взаємозв'язку між економічним розвитком і здоров'ям населення висвітлюється роль соціальної політики в подоланні перешкод на шляху зміцнення здоров'я в контексті розвитку. Також розглядаються ключові аспекти умов розвитку (економічні, соціальні та політичні), які зумовлюють можливості для зміцнення здоров'я або застосування підходу HiAP у публічному управлінні.

Ключові слова: публічне управління охороною здоров'я, здоров'я в усіх державних політиках, країни з низьким рівнем доходу, реформа галузі охорони здоров'я.

KULGINSKIY E. A.,

member of Doctorate Programme, Public Health Administration Chair, National Academy for Public Administration under the President of Ukraine

PROBLEMS AND WAYS OF APPLYING THE PRINCIPLE OF HEALTH IN ALL GOVERNMENT POLICIES IN LOW-INCOME COUNTRIES (LITERATURE REVIEW)

In this article the degree of applicability of the modern principles of public policy Health in All Policies (health in all government policies) (HiAP) to the conditions of the less developed countries, and ways to implement HiAP approach in such countries. As Ukrainian government is currently in a difficult period of transformation, of this principle can be crucially important to reform health care.

A number of reviewed literature refers to the importance of HiAP in a wide range of policy decisions aimed at strengthening the welfare society. As social policy aimed at solving problems that are essential for development, it can play a transformative role in promoting health and welfare, and other social and economic objectives. After reviewing the evidence on the relationship between economic development and health discussed the role of social policy in overcoming obstacles to the promotion of health in the context of development also addresses key aspects of the conditions of

development (economic, social and political) that determine the opportunities for strengthening health or approach HiAP.

Politics of Health is the main battleground, where “competing visions of moral and political foundations of society and the nature of the economy, fighting”. As shown in the analysis of these scientific sources, the complex relationship between socio-economic development and health and require individual state approach to health issues in low-income countries, which recognize determinants of health in a broad context, at the same while reaffirming that health – a key factor in achieving social and economic development goals. We highlighted the main options for economic, political and social contexts in economies with low incomes. This diversity acknowledges that the strategy must meet HiAP context of each state conditions, determine the political system and institutions of a particular country, the level of socio-economic development and inequality, problems and priorities regarding health and government opportunities and available resources.

Even in circumstances where health systems are weak, and limited access to basic health issues can be addressed collectively, as part of broader development strategies. Government policies aimed at strengthening health systems should be linked to transforming economic and social development policy, which together can be more effective in improving the major determinants of health. Ultimately, policy choices will depend on the value that society gives justice and health on the political regime and space to create alliances, management of resources and the formation of redistributive policies, as well as the capacity of the state (in cooperation with other players, including enterprises, NGOs and citizens) to promote, support and implement such policies at different levels. Thus, sustainable approach to health promotion ultimately must be firmly embedded in the legal plane commitment of the state to conduct a comprehensive, universal legal and social policy as part of the social contract between citizens and the state, supported by fair redistributive financing mechanisms.

Key words: public health management, health in all public policies, countries with low income, the reform of the health sector.

КУЛЬГИНСКИЙ Е. А.,

кандидат медицинских наук, доцент, докторант кафедры управления общественным здравоохранением, Национальная академия государственного управления при Президенте Украины

ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИНЦИПОВ ЗДОРОВЬЯ ВО ВСЕХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПОЛИТИКАХ В СТРАНАХ С НИЗКИМ УРОВНЕМ ДОХОДОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

В статье рассмотрены степень применимости современных принципов формирования государственной политики Health in All Policies (Здоровье во всех государственных политиках) (HiAP) к условиям менее развитых стран и способы применения подхода HiAP в таких странах.

В ряде проанализированных источников говорится о важности наличия HiAP в широком кругу политических решений, которые касаются укрепления благосостояния общества. Когда социальная политика направлена на решение задач, существенных для развития, тогда такая политика может играть преобразующую роль в содействии здоровью и благополучию людей, а также другим социально-экономическим целям. После анализа фактических данных по взаимосвязи между экономическим развитием и здоровьем населения освещается роль социальной политики в преодолении препятствий на пути укрепления здоровья в контексте развития. Также рассматриваются ключевые аспекты условий развития (экономические, социальные и политические), которые обуславливают возможности для укрепления здоровья или применение подхода HiAP в публичном управлении.

Ключевые слова: публичное управление здравоохранением, здоровье у всех государственных политиках, страны с низким уровнем дохода, реформа здравоохранения.

Постановка проблеми. Перед лідерами галузі публічного управління охороною здоров'я України постають питання, які політичні рішення або механізми можуть ураховувати детермінанти здоров'я та забезпечувати кращі й більш справедливі результати щодо здоров'я в умовах соціальної кризи, гібридної війни та падіння рівня доходів населення. Протягом ХХ ст. в публічному управлінні охороною суспільного здоров'я розвинених країн світу відбулося кардинальне зрушення щодо розуміння керівниками сфер управління

неможливості забезпечення лише ресурсами сфери охорони здоров'я всіх проблем, пов'язаних зі здоров'ям населення країн. За результатами численних проспективних мультицентрових досліджень, було доведено, що суто медична галузь впливає на рівень здоров'я в межах 10%, приблизно 40% рівня здоров'я людини формується генетичними факторами і можуть бути умовно регульованими, 20% пов'язується зі способом життя особи, а решта 30% – екологічні чинники, якість питної води та їжі, санітарія й гігієна.

Саме на такому тлі сформувався новий публічно-управлінський підхід, який базується на принципі міжсекторального співробітництва, взаємодії, взаємовпливу та взаємовідповідальності всіх сфер публічного управління. Однак наразі доцільно говорити саме про публічне управління, ураховуючи процеси децентралізації влади й підвищення ролі та відповідальності місцевого самоврядування у розв'язанні проблем здоров'я людини. Саме тому нами в статті буде застосовуватися термін “публічне управління” в сенсі охоплення сфери державного управління та місцевого самоврядування. Такий підхід отримав назву “Health in All Policies” – “Здоров'я в усіх державних політиках” (HiAP).

Застосування підходу HiAP документально підтверджено в основному для більш розвинених економік і систем управління [1–4]. Підхід HiAP сягає своїми витокami в країни з низьким рівнем доходів – від раннього руху за суспільну охорону здоров'я на початку XIX ст. в Європі до руху зі зміцнення здоров'я в Латинській Америці в 1930-ті рр. і початковим етапом формування європейських держав загального добробуту [2; 5]. У таких контекстах, часто за відсутності ефективно функціонуючої системи охорони здоров'я, значні поліпшення в стані здоров'я населення відбулися через втручання з-за меж сектору охорони здоров'я у сфері забезпечення питною водою, продовольством та харчуванням, санітарних умов, житлових умов, освіти, транспорту. Оскільки Українська держава наразі перебуває в складному трансформаційному періоді, застосування такого підходу може стати вирішально важливим для проведення реформ галузі охорони здоров'я.

Мета статті: дослідити застосування принципів та підходу HiAP у країнах із низьким рівнем доходів населення.

Виклад результатів дослідження. Стало постулатом сучасної науки і практики публічного управління, що здоров'я розглядається як істинне благо, а також як засіб і показник розвитку країни і людини. Давно встановлено, що здоров'я значною мірою формується за межами сектору охорони здоров'я. Тому логічно припустити, що зміцнення здоров'я населення має бути єдиною метою державної політики, що враховує основні детермінанти здоров'я. Однак на практиці застосування підходу HiAP, як правило, фіксується в країнах із сильним сектором охорони здоров'я, високим ступенем міжсекторальної координації, громадським консенсусом, наявністю фінансових, людських і технічних ресурсів, а також із цілеспрямованою політикою досягнення соціальних цілей, таких як здоров'я і благополуччя [6; 7]. Ці умови часто слабо виражені або відсутні в країнах із низьким рівнем доходу.

Розглянемо наукові розробки щодо взаємозв'язку управління охороною здоров'я, економічним розвитком і роллю соціальної політики. У численних дослідженнях автори обґрунтовують, що між здоров'ям і економічними показниками існують складні відносини, а взаємозв'язок між рівнем середнього доходу і здоров'ям населення вже давно прийнятий як індикатор. Зростання доходів населення іноді розглядається як передумова доброго здоров'я [8], і навпаки, хороше здоров'я сприяє підвищенню продуктивності праці та економічному зростанню, водночас являючись невід'ємною частиною інших аспектів добробуту [9–11]. Однак широкий спектр додаткових факторів визначає, чи дійсно економічне зростання (або підвищення) доходів веде до поліпшення здоров'я і для яких саме соціальних груп. Як видно з “Кривої тисячоліття Престона” (див. рис. 1) [12], у країнах з аналогічним рівнем доходів можуть спостерігатися значні відмінності в результативності впливів на здоров'я. Прикладами бідних країн, які здійснили прорив у питаннях охорони здоров'я, є, зокрема, це – Китай (за Мао Цзедуна), Коста-Рика, Куба, Шрі-Ланка і штат Керала в Індії. Водночас у країнах, незалежно від рівня доходів, спостерігаються суттєві відмінності у ставленні до впливів на здоров'я: за расовими, національними та гендерними критеріями, за рівнем доходів, місцем проживання (місто/сільська місцевість), за іншими критеріями нерівності або виключення.

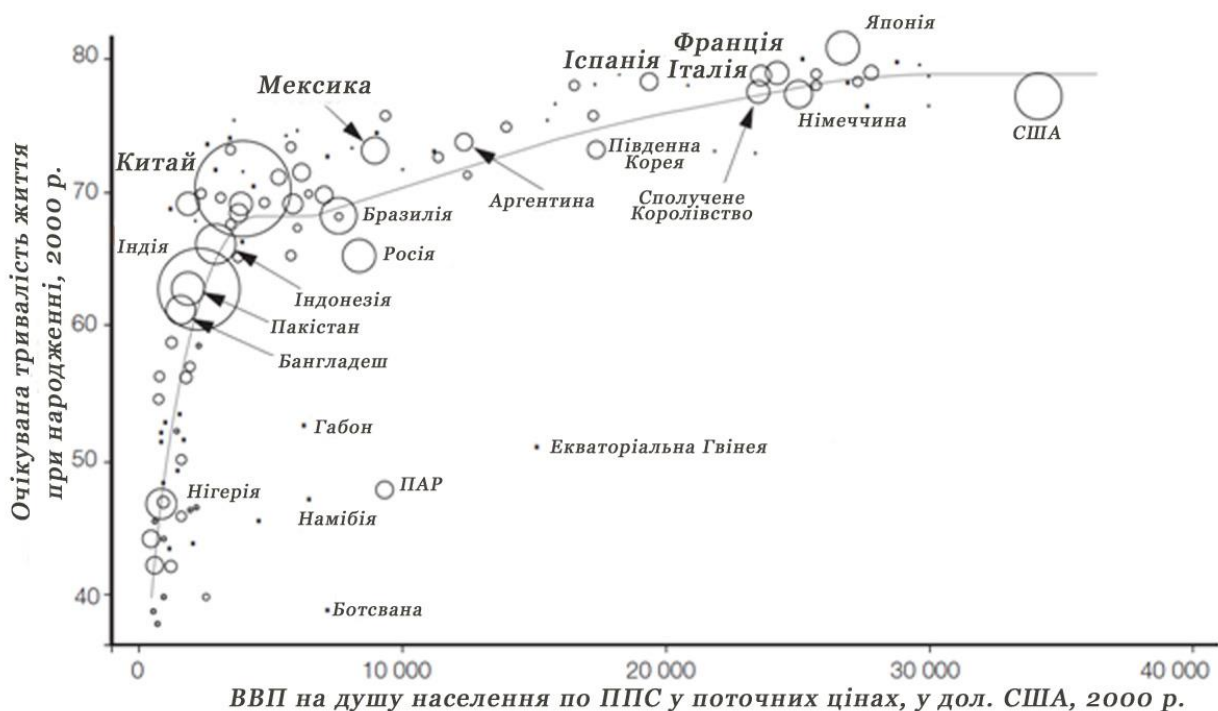


Рис. 1. Економічний розвиток і здоров'я

Джерело: Deaton, 2004 (12). Примітка: діаметри кіл пропорційні чисельності населення; ППС: паритет купівельної спроможності (в дол. США).

Проведений нами аналіз джерел, які висвітлюють зв'язок між несправедливостями в наданні послуг у сфері охорони здоров'я та соціальними

детермінантами здоров'я, виявив кілька похідних усередині й за межами сектору охорони здоров'я, які визначають вплив на здоров'я [13–17]. Більш високий рівень особистих доходів може поліпшити здоров'я шляхом надання більш широкого доступу до санітарії, гідних житлових умов, освіти та медичного обслуговування [18–20]. Наявність освіти (особливо у жінок) тісно пов'язана з поліпшенням практики здорового способу життя та здоров'я дітей [21–24]. Однак такі причинно-наслідкові зв'язки не означають автоматично, що індивідуальні тенденції аналогічні тенденціям усього суспільства. Такі фактори, як стать, вік, національність, раса, клас та місце проживання впливають на підтримання належного здоров'я, і можуть слугувати причинами значної нерівності у доступі до медичних послуг та різниці в стані здоров'я [25–28].

Зміна економічних, соціальних та інших детермінант здоров'я вимагає вжиття заходів за межами сектору охорони здоров'я – визнання цього покладено в основу будь-якого підходу до застосування НіАР. Питання полягає в тому, у якій формі можуть бути вжиті ці заходи в контексті розвитку конкретної держави. Низка досліджень присвячена визначенню ролі соціальної політики в системі таких заходів.

Соціальна політика як суспільне явище містить набір цінностей, інститутів і процесів, які зумовлюють соціально корисні результати в будь-якій країні. В ідеальному варіанті соціальна політика може бути перетворювальною, такою, що сприяє структурним змінам або переходам від одних механізмів управління до інших – економічних, демографічних, епідеміологічних і соціальних. Ці зміни є спільною проблемою всіх країн, що розвиваються. Виважена й ефективна соціальна політика може підтримувати управління структурними перетвореннями з використанням методів, які підвищують добробут, дають економічні вигоди і надають доступ до основних товарів і послуг для всіх.

Як визначає Тхандіка Мкандавіре [29], найважливіші функції соціальної політики в контексті розвитку включають:

- захист, особливо бідних і соціально незахищених верств населення, від несприятливих і непередбачених обставин, уключаючи незадовільний стан здоров'я;
- виробництво, або підтримку економічного розвитку шляхом розвитку людського капіталу та здорової робочої сили;
- перерозподіл доходів, скорочення нерівностей, у тому числі щодо здоров'я;
- суспільне відтворення, що включає спільну відповідальність з догляду за особами похилого віку, хворими та особами зі спеціальними потребами (інвалідами) і дітьми.

Інші функції перетворювальної соціальної політики можуть включати в себе більш широкі цілі: зміцнення солідарності та соціальної єдності; стимулювання участі та розширення прав і можливостей; зміцнення справедливих і демократичних процесів та інститутів [30].

Цей підхід перетворювальної соціальної політики відбивається в низці політичних рішень і програм залежно від контексту. Утручання держави має бути спрямовано на розв'язання проблеми дефіциту матеріальних ресурсів, забезпечення основних життєвих стандартів, скорочення нерівності та соціальної ізоляції, прогресивне збільшення охоплення, а також якості та видів наданих послуг (базової інфраструктури, охорони здоров'я, освіти, послуг із догляду). Доступ до пільг має базуватися на системі належних соціальних виплат, доступ до працевлаштування – за допомогою створення робочих місць. Регулювання ринку праці та підвищення продуктивності праці має важливе значення для забезпечення фінансово-бюджетної стійкості домогосподарства і держави в цілому.

Забезпечення послуг із догляду та репродуктивних потреб будь-якого суспільства, у тому числі відтворення робочої сили, передбачає включення жінок у суспільне життя та економіку шляхом зменшення обсягу їхньої роботи по дому (у цьому контексті насамперед ідеться про будівництво дошкільних дитячих установ). Разом узяті перетворювальні напрями соціальної політики мають сприяти забезпеченню безпеки та підвищенню добробуту протягом усього життєвого циклу людини.

Ураховуючи залежність результатів ужитих заходів у сфері охорони здоров'я від економічних і соціальних факторів (дохід, освіта, зайнятість, етнічна належність, стать, соціальний стан тощо), сектор охорони здоров'я не зможе зробити значні кроки із забезпечення кращого здоров'я для всіх у країнах з низьким рівнем доходу без підтримки комплексної державної соціальної політики. Така політика може допомогти збалансувати нерівномірний розподіл соціальних детермінант здоров'я між групами населення. За її відсутності вищезазначені нерівності підсилюють уразливе становище особи і домогосподарства в цілому, у тому числі й щодо здоров'я.

Підхід до соціальної політики за залишковим принципом, який зосереджений головним чином на захисті бідних і соціально незахищених верств населення – або тих, хто опинився на узбіччі соціального суспільства чи піддався негативному впливу розвитку ринкової економіки – не зможе створити широку правову базу для синергетичних зв'язків між економічною і соціальною політикою, які сприятимуть включенню питань здоров'я в інші сфери політики. Таким чином, більш широкі соціальні процеси та політичні стратегії мають об'єднатися, щоб сформувати єдиний “режим” добробуту, який буде впливати на детермінанти здоров'я і визначати результати розвитку в будь-якому контексті та для будь-яких прошарків населення.

У цілому, як зображено на рис. 2, перетворювальна соціальна політика пропонує шляхи вирішення питань здоров'я і соціального благополуччя (кінцева мета НіАР) через поліпшення широких соціально-економічних, культурних та екологічних умов, що покладені в основу впливів на здоров'я. Одночасно вона сприяє забезпеченню економічного зростання, демократії, єдності, справедливості та стійкості – ключових аспектів сталого розвитку суспільства.

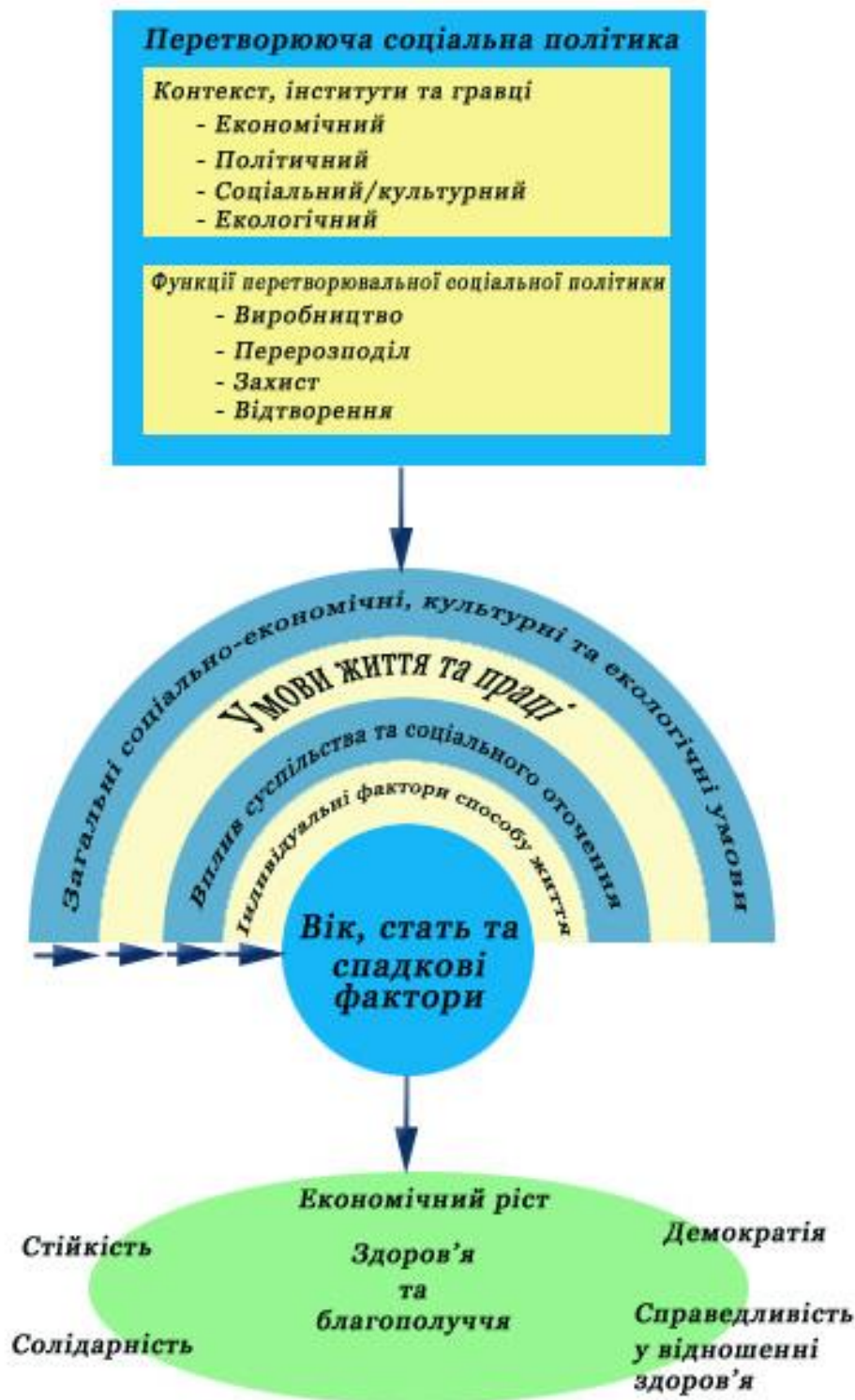


Рис. 2. Роль перетворювальної соціальної політики у зміцненні здоров'я і благополуччя

Джерело (для середнього блоку ілюстрації): Dahlgren & Whitehead, 1991 г. (170).

Ключові аспекти контексту розвитку, які найімовірніше будуть формувати можливості для НіАР, стосуються як специфічних умов (наприклад рівня бідності, рівня доходів та ресурсів), так і процесів перетворення,

уключаючи суспільні інститути та гравців, які виробляють державну політику і відповідають за її реалізацію. Число таких факторів, які можуть мати вирішальне значення у розробці стратегічних підходів до питань здоров'я населення, наведені в таблиці й далі розкриваються докладно.

Основні показники та фактори розширеного контексту розвитку

Показники	Фактори та приклади
Економічні	Рівень економічного розвитку: дохід на душу населення, економічне зростання; рівень бідності; розподіл доходів і багатства. Економічна структура і профіль: структура економіки і зайнятості; урбанізація; індустріалізація; інтеграція у світову економіку; залежність від зовнішньої допомоги; фінансово-бюджетні можливості. Економічна політика та інститути: політика в галузі макроекономіки та зайнятості; лібералізація; регулювання
Соціальні	Соціальні відносини і структури нерівності: стать, раса / етнічна належність, класова належність, релігія, місце проживання. Соціальна політика, інститути, суб'єкти: залишкова, перерозподільна, універсальна, регресивна/прогресивна, відносна роль держави, приватний сектор, інші недержавні гравці та домогосподарства. Соціальна інфраструктура й послуги: рівень забезпеченості, ступінь комерціалізації, системи державного / приватного забезпечення та фінансування
Політика та управління	Політичний режим: демократичний/авторитарний. Стратегічне управління інститутами та можливостями: механізми, що забезпечують прозорість, звітність, участь, бюрократичні, технічні та нормативні можливості, кадрові, адміністративні та фінансові ресурси
Демографічні	Демографічний профіль: вікова структура населення, рівень і тенденції народжуваності, зростання чисельності населення, мобільність населення/ міграція
Здоров'я і системи охорони здоров'я	Санітарно-епідеміологічний / з охорони здоров'я профіль: очікувана тривалість життя при народженні, материнська і дитяча смертність, фактори ризику (наприклад куріння і вживання алкоголю, неповноцінне харчування, непридатна для пиття вода, погані санітарні умови, небезпечні умови праці); тягар основних хвороб, розподіл по захворюваннях або соціально-економічних групах. Системи охорони здоров'я: фінансування, страхове забезпечення, кадровий потенціал, приватні системи медико-санітарного обслуговування порівняно з державними, нагляд та інформаційні платформи, політика і нормативно-правові акти, профілактика порівняно з лікуванням, стандарти охорони здоров'я. Інфраструктура для здоров'я: санітарія, освіта, чиста питна вода; безпечний транспорт. Результати функціонування системи: доступність, якість та ефективність медичних послуг, справедливість у наданні послуг у сфері охорони здоров'я

У країнах з низьким доходом, а також серед малозабезпечених верств населення в багатьох країнах із середнім рівнем доходу, є серйозні дефіцити ключових складових суспільної охорони здоров'я: належного харчування, санітарії, гідних засобів до існування, базового догляду, а також відсутність освітньої інформації з питань здоров'я. Досвід трьох десятиріч, починаючи з 1950-х рр. – період значних поліпшень у галузі здоров'я людини в таких

несхожих країнах, як Чилі, Китай, Індія і Туніс [31] – продемонстрував зв'язок між зміцненням здоров'я населення і поліпшенням доступу до харчування, поліпшенням санітарії, прогресом у наданні первинної медико-санітарної допомоги, освітою та базовою інфраструктурою. Такі досягнення стали можливі завдяки діям уряду, часто за підтримки ідеології єдності й егалітаризму [32–35].

Виникнення неоліберальної політики в 1980-ті рр., її введення за допомогою умов Вашингтонського консенсусу в країнах із низьким рівнем доходів стало особливо руйнівним для соціальних секторів, підбиваючи принцип розширення контексту для просування здоров'я і добробуту для всіх у багатьох країнах із низьким рівнем доходу [30; 36; 37]. Забезпечення доступу до медичних послуг, а також сама наявність і доступність послуг були поставлені під загрозу, оскільки державний сектор урізав витрати, постачальники послуг були приватизовані, а послуги перетворені на джерело доходу [38]. У країнах Африки на південь від Сахари, Латинській Америці та Азії спостерігалось різке зростання особистих платежів населення, якість послуг погіршилася, системи охорони здоров'я зруйнувалися, а показники здоров'я погіршилися [30].

Слід зазначити, що деяке ослаблення цієї тенденції спостерігалось в 1990-ті рр., однак соціальна політика залишалася в основному залишковою за фінансуванням, а роль держави головним чином полягала в подоланні труднощів на ринку праці або негативних наслідків ринкового розвитку. Незважаючи на документально підтвержені негативні впливи на здоров'я та недотримання справедливості в наданні послуг у сфері охорони здоров'я, комерціалізація соціальних послуг (уключаючи охорону здоров'я) залишається практично нестримуваною [38]. Там, де приватизовані послуги або механізми відшкодування витрат поєднуються з цільовим підходом до соціальної політики, бідні часто не мають доступу до послуг, а самі витрати на медичну допомогу стають однією з основних причин бідності.

Така політика також послаблює можливості країн з ще більш складними проблемами, пов'язаними з питаннями здоров'я і демографії. Країни з низьким рівнем доходів і країни з доходами нижче середнього рівня все частіше стикаються з подвійним епідеміологічним тягарем – тягарем інфекційних і хронічних захворювань; обидва значною мірою підвищують рівень смертності й захворюваності [39]. Деякі країни мають більш молоде населення, інші стикаються зі скороченням працездатного населення у зв'язку з ВІЛ/СНІДом, решта вступають у фазу швидкого старіння населення. У кожному разі результатом є високий показник частки утриманців у перерахунку на здорових працівників стосовно іншої частини населення, що має наслідки для економічного зростання, бюджетних надходжень і (дуже гендерно чутливого) тягаря соціального відтворення або догляду за дітьми, хворими та людьми похилого віку.

Кожна країна, що розвивається, також має свою власну історію та шляхи розвитку, що сприяє появі специфічних комбінацій проблем у галузі охорони здоров'я. Безпека дорожнього руху є однією з основних проблем громадської

охорони здоров'я в багатьох країнах, що швидко розвиваються, таких як Індія, Таїланд і В'єтнам. Куріння є найбільшою причиною смертності в Китаї, яку можна запобігти, а забруднення повітря є основною причиною смертності й захворюваності в Бангладеш, Китаї, Індії, Малайзії та В'єтнамі. Безпека продуктів харчування і лікарських препаратів є повторюваною проблемою в багатьох контекстах, так само як і гігієна праці, і травматизм. Ці взаємопов'язані проблеми економічного розвитку і здоров'я вимагають ужиття заходів у різних секторах і на різних рівнях.

Доведено, що саме соціальні інститути покладено в основу видів нерівності, що визначають проблеми охорони здоров'я, доступ до медичної допомоги і впливу на здоров'я. Верстви населення, що вразливі більш ніж за одним показником – наприклад, статтю, етнічною належністю, місцем проживання або доходу, – набагато ймовірніше матимуть погане здоров'я і обмежений доступ до медичних послуг. Така статистика міжсекторального характеру, що наявна в багатьох країнах, вимагає втручання відразу в кількох сферах державної політики.

Висновки та напрями подальших досліджень. Політика в галузі охорони здоров'я є основним полем битви, де “конкуруючі бачення етичної і політичної основи суспільства, а також характеру економіки, ведуть боротьбу” [38]. Як впливає з аналізу зазначених наукових джерел, складні відносини між соціально-економічним розвитком і здоров'ям населення та особи вимагають державницького підходу до питань здоров'я в країнах із низьким рівнем доходів, який визнає детермінанти здоров'я в широкому контексті, водночас підтверджуючи, що здоров'я – ключовий фактор у досягненні соціальних та економічних цілей розвитку. Нами було висвітлено основні варіанти економічних, політичних і соціальних контекстів в економіках із низьким рівнем доходів. Така різноманітність підтверджує, що стратегії НіАР мають відповідати контексту умов кожної держави: визначатися політичною системою та інститутами конкретної країни, рівнем її соціально-економічного розвитку і нерівності, проблемами та пріоритетами у сфері охорони здоров'я, а також можливостями уряду і наявними ресурсами.

Навіть в умовах, коли системи охорони здоров'я є слабкими, а доступ до послуг обмеженим, основні питання здоров'я можна вирішувати сукупно, у рамках більш широкої стратегії розвитку. Державна політика, спрямована на зміцнення системи охорони здоров'я, має бути пов'язана з перетворювальною економічною і соціальною політикою розвитку, які разом можуть бути ефективнішими в поліпшенні основних детермінант здоров'я. У кінцевому рахунку, вибір політики буде залежати від значення, яке суспільство надає справедливості щодо послуг у сфері охорони, власне здоров'я, від політичного режиму і простору для створення альянсів, управління ресурсами і формування перерозподільної політики, а також від можливостей держави (у співпраці з іншими гравцями, включаючи підприємства, недержавні організації і громадян) пропагувати, підтримувати і реалізовувати таку політику на різних рівнях.

Отже, стійкий підхід до зміцнення здоров'я в кінцевому підсумку має бути міцно впроваджений у нормативно-правову площину прихильності

держави до проведення комплексної, універсальної і правової соціальної політики як частини суспільного договору між громадянами та державою, підкріпленого справедливими перерозподільними механізмами фінансування, що можна розглядати як перспективні напрями подальших досліджень у цій царині.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ståhl T et al., eds. (2006). *Health in All Policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health.
2. WHO (2008). *Health equity through intersectoral action: an analysis of 18 country case studies*. Ottawa, Public Health Agency of Canada.
3. Kickbusch I, Buckett K, eds. (2010). *Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010*. Adelaide, Department of Health, Government of South Australia.
4. Shankardass K et al. (2011). *Getting started with Health in All Policies: a resource pack*. Toronto, Centre for Research on Inner City Health (CRICH), St Michael's Hospital.
5. Allende S (2006). Chile's medical-social reality – 1939 (excerpts). *Social Medicine*,1(3):151–155.
6. Buckett K, ed. (2010). *Editorial. International Meeting on Health in All Policies, Adelaide 12–15 April 2010*. Adelaide, Government of South Australia.
7. Krech R, Buckett K (2010). The Adelaide Statement on Health in All Policies: moving towards a shared governance for health and well-being. *Health Promotion International*, 25(2):258–260.
8. Pritchett L, Summers L (1996). Wealthier is healthier. *Journal of Human Resources*, 31(4):841–868.
9. Bloom DE, Canning D (2000). The health and wealth of nations. *Science*, 287(5456):1207–1209.
10. Commission on Macroeconomics and Health (2001). *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva, World Health Organization.
11. López-Casasnovas G, Rivera B, Currais L (2005). *Health and economic growth: findings and policy implications*. Boston, The MIT Press.
12. Deaton A (2004). *Health in an age of globalization*. Washington DC, Brookings Trade Forum:83–130.
13. CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization.
14. Marmot M (2006). Health in an unequal world: social circumstances, biology and disease. *Clinical Medicine*, 6(6):559–572.
15. Raphael D (2006). Social determinants of health: present status, unanswered questions, and future directions. *International Journal of Health Services*, 36(4):651–677.
16. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M (2001). The social basis of disparities in health. In: Evans T et al., eds. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York, Oxford University Press:12–23.
17. Dahlgren G, Whitehead M (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm, Institute for Futures Studies.

18. McKeown T (1976). *The role of medicine: dream, mirage, or nemesis?* London, Nuffield Provincial Hospitals Trust.
19. Fogel RW (1986). Nutrition and the decline in mortality since 1700: some preliminary findings. In: Engerman SL, Gallman RE, eds. (1986). *Longterm factors in American economic growth*. Chicago, University of Chicago Press:439–556.
20. Schultz TP, Strauss J, eds. (2008). *Handbook of development economics. Volume 4*. Oxford, North-Holland (Handbooks in Economics 9).
21. Caldwell JC (1979). Education as a factor in mortality decline: an examination of Nigerian data. *Population Studies*, 33(3):395–413.
22. Schultz TP (1985). Studying the impact of household economic and community variables on child mortality. *Population and Development Review*, 10(suppl.):215–235.
23. Breierova L, Duflo E (2004). *The impact of education on fertility and child mortality: do fathers really matter less than mothers?* Cambridge MA, National Bureau of Economic Research (NBER Working Paper No. 10513).
24. Bicego GT, Boerma JT (1991). *Maternal education and child survival: a comparative analysis of DHS data*. Columbia MD, IRD/Macro International Inc.
25. Kawachi I, Kennedy BP (1999). Income inequality and health: pathways and mechanisms. *Health Services Research*, 34(1 Pt 2):215–227.
26. Deaton A (2003). Health, inequality, and economic development. *Journal of Economic Literature*, 41(1):113–158.
27. Wilkinson RG (1996). *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London, Routledge.
28. Wilkinson R, Pickett K (2009). *The spirit level: why equality is better for everyone*. London, Penguin.
29. Mkandawire T (2004). Introduction. In: Mkandawire T, ed. *Social policy in a development context*. Basingstoke, Palgrave Macmillan (Social Policy in a Development Context Series).
30. UNISD (2010). *Combating poverty and inequality: structural change, social policy and politics*. Geneva, United Nations Research Institute for Social Development.
31. UN DESA (2001). *World population prospects: the 2000 revision*. Geneva, United Nations Department of Economic and Social Affairs.
32. Myrdal G (1968). *Asian drama: an inquiry into the poverty of nations*. New York, Twentieth Century Fund.
33. Abugre C (2009). The financial crisis and social development in Africa: an opportunity for strategic change. *Coalition for Dialogue for Africa (CoDA) Conference – Global Financial Crisis: Alternative Responses of Africa, Tunis, 28 November 2009*.
34. Yi I (2010). Social protection, social security and social service in a development context: transformative social policy approach. *Journal of International Development Cooperation*, 10:57–84.
35. Adesina JO (2011). Beyond the social protection paradigm: social policy in Africa's development. *Canadian Journal of Development Studies*, 32(4):454–470.
36. Pender J (2001). From 'structural adjustment' to 'comprehensive development framework': conditionality transformed? *Third World Quarterly*, 22(3):397–411.
37. Mehrotra SK, Delamonica E (2007). *Eliminating human poverty: macroeconomic and social policies for equitable growth*. London, Zed Books Ltd.
38. Mackintosh M, Koivusalo M, eds. (2005). *Commercialization of health care: global and local dynamics and policy responses*. Basingstoke, Palgrave Macmillan (UNRISD Social Policy in a Development Context Series):xiv.

39. Kennedy G, Nantel G, Shetty P (2006). *The double burden of malnutrition: case studies from six developing countries*. Rome, Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO Food and Nutrition Paper No. 84).