



Ю.В. Сенюк,

к.ф.-м.н., національний координатор Національної мережі громадського здоров'я України, віце-президент Асоціації вчених за інноваційний розвиток України, радник голови Національної науково-технологічної асоціації України, вул. Раєвського, 34-36, м.Київ, 01042, Україна iuriiseniuk@gmail.com

О.Ф.Морозов,

д.т.н., професор, член Національної координаційної ради Національної мережі громадського здоров'я України, член Президії Асоціації вчених за інноваційний розвиток України, радник голови Національної науково-технологічної асоціації України, заслужений діяч науки і техніки України, вул. Раєвського, 34-36, м.Київ, 01042, Україна morozov1110@hotmail.com



СИСТЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ЯК ІННОВАЦІЙНА ПРОБЛЕМА ТА ФУНДАМЕНТ СТАЛОГО ІНКЛЮЗИВНОГО РОЗВИТКУ УКРАЇНИ

Анотація. У роботі розглядаються шляхи, які здатні забезпечити сталу соціально-економічну динаміку власної країни – базовий критерій продуктивності її держави та ефективності державної влади. Уся сукупність вищенаведених авторами в статті міркувань і слугує обґрунтуванням постановки питання щодо формування системи громадського здоров'я як інноваційної проблеми та фундаменту сталого інклюзивного розвитку України. Фундаменту, який формує здоров'я кожного в інтересах фізичного, духовного і соціального благополуччя всіх.

Ключові слова: економіка, розвиток, країна, система, громадське здоров'я.

Постановка проблеми. У фокусі успішної еволюційної динаміки будь-якої країни як органічної цілісності – здатність її держави забезпечувати ефективно розв'язання в національному і глобальному просторі двох взаємопов'язаних проблем – збереження та розвитку. Збереження передусім генофонду нації та її продуктивних сил. Роз-

виток перш за все національного капіталу, і на цій основі – підвищення рівня та якості життя народу, а відтак – ефективне відтворення національного генофонду. Ці проблеми в сучасному взаємозалежному світі дійсно взаємопов'язані, бо неможливо розвивати те, що не зберіг, як і без розвитку зберегти навіть те, що мав, і тому є надзвичайно актуальними.

Отже, в здатності забезпечити сталу соціально-економічну динаміку власної країни – базовий критерій продуктивності її держави та ефективності державної влади. Зворотний бік сталого розвитку – високий рівень конкурентоспроможності і обороноздатності країни та стабільності її національної безпеки. І навпаки, контрпродуктивна держава, орієнтована на перерозподіл минулого, а не творення майбутнього, – сама стає джерелом головної небезпеки для соціально-економічного благополуччя власного народу. Яскравий приклад цього – сучасна Україна, яка лише тепер, в жорстких умовах втрати частини суверенної території та збройного конфлікту, проходить випробування на практичну здатність перейти від контрпродуктивної до продуктивної держави і забезпечити ефективність влади. А відтак, забезпечити розвиток, єдиною можливою версією якого – системна інноваційна та інклюзивна.

Проте, системний перехід до розвитку передбачає, передусім, принципову зміну самої основи цього розвитку, принаймні у трьох напрямках: відповідної заміни національної економічної моделі, інноваційної диверсифікації основного капіталу та формування інклюзивної системи стратегічного управління в режимі міжсекторального партнерства влади, бізнесу та громадськості. Така система вибудовується в напрямку «знизу-вверх», на відміну від нинішнього державного управління, вибудованого «зверху-вниз».

Із модельної точки незалежна Україна після 1991 року поступово перейшла від політично керованої та інтегрованої економіки до монетаристської (фінансово регульованої) і дезінтегрованої, втративши при цьому значну частину ВВП через зупинку виробництва проміжної продукції та розпад міжнародної кооперації (сучасною мовою, через вихід із «глобальних ланцюжків вартості» – ГЛВ (GVCs – Global Value Chains)), спрямованої на виробництво та споживання технічно складних товарів. У результаті – «маємо те, що маємо», а маємо – «пастку бідності», перспективу якої описує «Закон Матвія», коли бідні стають ще біднішими, а багаті – багатшими.

Аби зійти з цієї «дороги безсилля і зубожіння», маємо змінити саму модель і перейти хоча б до інвестиційно-стимульованого економічного зростання за рахунок прискореного нарощування гуманітарного потенціалу та створення власних механізмів його капіталізації. Винайдення такого механізму вимагає власних інституційних інновацій, здатних через індустріалізацію інноваційних технологій перетворити пов'язаний з нею гуманітарний потенціал на капітал, з відповідним обліком його на балансі підприємств в якості нематеріальних активів. За рахунок цього, власне, і повинна відбутись модернізація виробництва та диверсифікація національного капіталу.

Між тим, основу гуманітарного капіталу «інновацій і креативності» формує капітал людський – здорової активності. Саме тому роз-

будова системи громадського здоров'я, головна мета якої якраз і полягає в сталому зростанні людського капіталу, постає як інноваційна проблема, яка очікує свого креативного розв'язання. При цьому перехід економіки на інноваційну траєкторію передбачає провідну (в світі – на рівні близько 80%) роль гуманітарного капіталу в загальній структурі основних фондів, що і означає відповідну зміну капітальної основи такого розвитку.

І нарешті, перехід від ексклюзивної до інклюзивної моделі інноваційного розвитку, стійкість якого забезпечує висока динаміка своєчасного запровадження не тільки технологічних, а й соціальних та інституційних інновацій, передбачає формування з усіх жителів певної території цілісних «живих» та активних спільнот – організацій. Лише така цілісність здатна до свідомого визначення стратегічних і суспільно вартісних цілей та формування адекватних їм «організмичних» систем сталого розвитку як інноваційного органічного саморозвитку. Звісно, в єдності із збереженням «здорового тіла» громади, бо лише в ньому нуртує «здоровий дух» інноваційної креативності.

Відтак, цілісність – необхідна умова тієї стратегічної цільності, головним пріоритетом якої якраз і є розширене відтворення здоров'я спільноти, яке Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) ще у своєму Статуті в 1948 році, а в 1978-му в Алма-Атинській декларації визначила не як відсутність захворювань чи фізичних вад, а як стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя [1]. І єдиний шлях до формування такої цілісності – системна розбудова «організмичної спільноти» та стратегічне управління стійкістю її функціональності і дієздатності та сталістю інноваційного розвитку на інклюзивній основі. Саме тому децентралізована система громадського здоров'я, вибудована в напрямку «знизу-вверх», слугує інноваційним фундаментом для системи сталого інклюзивного розвитку. Водночас – економічним простором індустріалізації інновацій 6-го технологічного укладу та ринком біохарчових, біомедичних і екологічних технологій, біофармацевтичних та органічних товарів, медико-рекреаційних, оздоровчих і реабілітаційних послуг тощо.

Однак в Україні, через пострадянську інерцію, досі зберігається тільки централізована інституційна архітектура державного управління охороною здоров'я, вибудована «зверху-вниз». Головна її турбота – лікування захворювань в рамках вертикально-інтегрованої структури управління галуззю. Тож постановка питання про необхідність розбудови системи громадського здоров'я, ініційованого публічним обговоренням відповідного законопроекту МОЗ України, по суті є дійсно інноваційною проблемою. А її розв'язання вимагає, як мінімум, міжгалузевого, а ще й міжсекторального горизонтально-інтегрованого підходу. А також відповідного реформування системи управління такою складною інституційною конструкцією. А головне – розбудови фундаменту цієї системи на первинному рівні територіальних громад, передусім – об'єднаних (ОТГ).

Уся сукупність вищенаведених міркувань і слугує обґрунтуванням саме такої постановки питання щодо формування системи громад-

ського здоров'я як інноваційної проблеми та фундаменту сталого інклюзивного розвитку України. Фундаменту, який формує здоров'я кожного в інтересах фізичного, духовного і соціального благополуччя всіх.

Теоретико-методологічний інструментарій: поточний стан та потреби. Кажучи про здоров'я кожного, традиційна медицина передусім виходить із вузького його розуміння, намагаючись передусім оцінити фізичний стан та психічну адекватність людини. Для цього вона використовує широкий арсенал як прямих антропоскопічних, антропометричних та антропофізіологічних методів, так і вибудованих на основі систематизації всього масиву можливих даних похідних класифікаторів, які забезпечують групування морфологічних та функціональних такого роду характеристик в різні конституціональні (нормостенічний, астеничний чи гіперстенічний) та соматичні (мікро-, мезо- і макро) типи [2].

Проте, в ширшому сенсі фізичне здоров'я – це інтегральний показник життєдіяльності індивідуума з достатнім для збереження основних параметрів гомеостазу рівнем адаптаційних можливостей стосовно мінливих умов зовнішнього середовища. Це (гомеостаз) означає здатність здорового організму, незалежно від зовнішніх обставин, підтримувати сталість внутрішнього середовища (стану крові, лімфи та міжклітинної рідини) та стійкість основних фізіологічних функцій (кровообігу, дихання, обміну речовин тощо) в межах, достатніх для забезпечення нормальної життєдіяльності людини. В якості інтегрального, цей показник повинен враховувати впливи всіх принципових складових оточуючого середовища, як об'єктивних соціально-економічних та екологічних, так і більш суб'єктивованих суспільно-політичних і власних мотиваційних, суттєвих для її способу життя. Загалом вважається, що індивідуальне здоров'я залежить не менш як на 50% від якості і способу життя, на 20% – від власної генетики, ще на 20% – від екології і не більше 10% – від послуг медицини [3].

В свою чергу, сама якість життя також є інтегральною оцінкою індивідуумом свого статусу у суспільстві в контексті його цілей та можливостей, відтак – суб'єктивним відображенням стану соціально-економічного та суспільно-політичного благополуччя у суспільстві. Це означає, що на таку оцінку впливають як об'єктивні фактори соціально-економічних, екологічних та інших умов життя людини, так і суб'єктивні фактори вибору людиною певного способу життя з притаманною йому специфікою фізичної, трудової, інтелектуальної та суспільно-культурної активності, а також певним рівнем задоволеності цими умовами та способом власного життя [2].

Таким чином, на загал, здоров'я – це комплексний феномен зовнішньої фіксації і внутрішнього відображення у свідомості людини в певний момент циклу її гомеостатичної життєдіяльності результатів інтерактивної комунікації та багаторівневий взаємодії з іншими в контексті динамічної реалізації нею власних життєвих цілей і переконань та управління доступними можливостями в певному просторі та історичному часі. Саме тому така фіксація може здійснюватися як на рівні індивідуума та приналежної йому групи, так і на

рівні населення певної адміністративно-територіальної одиниці (поселення, міста, району, області) або загалом країни чи популяції [4]. Здійснюватися як інтегральний статичний показник і як прояв складного динамічного інтерактивного процесу.

Із позицій динаміки можна розглядати здоров'я як процес реалізації його потенціалу та використання ресурсів. При цьому під потенціалом здоров'я розуміють сукупність можливостей індивідуума адекватно реагувати на впливи зовнішніх факторів, а під ресурсами здоров'я – морально-функціональні та психологічні можливості організму змінювати баланс здоров'я в позитивний бік. Тоді баланс здоров'я розглядається як вираз стану динамічної рівноваги між можливостями його потенціалу та факторами, що впливають на людину, зокрема й оточуючого середовища [4].

Такий підхід до поведінкових проявів здоров'я індивіда з позицій нелінійності його життєвої динаміки (в сенсі циклів життя) та її історичності є принципово важливим, оскільки уся сукупність антропоскопічних, антропометричних та антропофізіологічних індикаторів не виходить за межі чисто біологічних характеристик, які в принципі ще не виділяють людину із тваринного світу. Адже таке виділення відбулось внаслідок когнітивної революції, яку вирізняють принципово «нові способи думання та комунікації, передусім – мовної (вербальної), що відбулась в період між 70 та 30 тисячами років тому» [5, с.30]. Серед найдивовижнішої властивості такої комунікації, відсутньої у тварин, – здатність обговорювати вигадки. Внаслідок таких «вигаданих уявлень з'явилися легенди, міфи, боги та релігії» [5, с.33], які фактично стають джерелом інновацій і креативності, та й загалом розвитку, безпосереднім чином впливаючи на стан духовного здоров'я людей, їхніх груп та цілих народів. Саме в результаті такої комунікації «сапієнси винаходять все більш складні ігри, кожне наступне покоління їх доповнює, продовжуючи таким чином розвиток» [5, с.50].

Відтак, в результаті когнітивної революції постала проблема співвідношення та взаємодії біології та історії, коли перша задає біологічні рамки поведінки людини, а історія розгортається всередині цих рамок. Саме ця історія в динаміці фактично є еволюцією як соціально-економічного, так і духовно-культурного благополуччя, врешті-решт спрямованого на покращення умов розширеного біологічного відтворення виду. І саме тому успіх такого відтворення «вимірюється не наявністю чи відсутністю голоду чи хвороб, а кількістю повторень його ДНК в наступних поколіннях» [5, с.102].

Однак мета ця досягається через історичну еволюцію узгоджених дій людей в соціумі. Це означає, що якби ми зводили здоров'я тільки до біології та «обговорювали тільки біологічний бік справи, це виглядало би як радіорепортаж з мундіалю, коли коментатор описує тільки футбольне поле, ніяк не висвітлюючи дії гравців» [5, с.50]. І з цієї точки зору «питання розуму, свідомості, мислення ... повинно бути поставлене передусім як питання про інструменти, які забезпечують наше життя як людей, а не тварин, та як питання про наявні та повсякденні способи найкращої адаптації та виживання людей як людей» [6, с.42].

Через таку інтегральність і комплексність поняття здоров'я та нерозривність інтерактивного зв'язку між індивідуальними та соціально-економічними його аспектами постає складна проблема з визначенням його показників та індикаторів. З точки зору розширеного відтворення генофонду до безпосередніх індикаторів здоров'я необхідно віднести [7]:

- повноцінність біологічного відтворення;
- очікувану тривалість життя;
- очікувану тривалість працездатності (рівень дієздатності).

При цьому інші складові благополуччя, які впливають опосередковано на стан здоров'я, доречно відділити від безпосередніх його індикаторів. Серед них :

- середньодушовий дохід, житлові умови, харчування та інші індикатори матеріального стану людини;
- екологічні умови;
- мораль і релігію, право та правопорядок, культуру, освіту, тощо;
- політичні та громадянські свободи;
- стан системи охорони здоров'я, кількість лікарів на душу населення, витрати на охорону здоров'я в процентах від ВВП, доступність первинної медичної допомоги та ін.;
- шкідливі звички;
- показники захворюваності.

Відтак, переходячи від індивідуального до громадського здоров'я, його розглядають як здатність населення відтворювати повноцінне потомство, забезпечувати достатню тривалість життя та адекватну йому суспільно-трудова активність. І тоді система громадського здоров'я – це наука та мистецтво щодо запобігання хвороб, збільшення тривалості життя та забезпечення здоров'я шляхом цілеспрямованих зусиль суспільства [7]. А розділення безпосередніх та опосередкованих індикаторів здоров'я могло би стати корисним в умовах української практики практичної монополії держави на охорону здоров'я при факультативній ролі приватної медицини та потреби розбудувати фактично «з нуля» фундамент системи громадського здоров'я.

На нетривіальний характер цієї проблеми та необхідності системних підходів до її розв'язання вказує як великий комплекс сучасних індикаторів здоров'я та складність апаратно-метрологічного забезпечення їхнього ефективного застосування на практиці, так і відсутність чіткого розділення між сферою лікування хвороб та надання медичних послуг і розширеним відтворенням здоров'я нації. Зокрема, перелік ВООЗ тільки основних індикаторів здоров'я (Core Health Indicators), згрупованих в 4 домени (індикатори статусу здоров'я (Health status indicators), індикатори факторів ризику (Risk factor indicators), індикатори доступності медичних послуг (Service coverage indicators) та індикатори системи здоров'я (Health system indicators)), налічує сотню позицій, не рахуючи додаткових та тих, які пов'язані з моніторингом досягнення глобальних цілей сталого розвитку (SDGs), ухвалених в 2015 році ООН [8]. Їхнє групування в домени та піддомени в рамках повного «ланцюжка інформативності» представлено на рис. 1.



Рис. 1. 100 core health indicators (plus health – related SDGs) by results chain (100 основних індикаторів здоров'я ВООЗ в рамках ланцюжка інформативності – від фінансування системних потреб до ідентифікації стану здоров'я та факторів впливу). Джерело: запозичено з [8]

Як бачимо, представлений на рис.1 перелік згрупованих в 4 домени основних «індикаторів здоров'я» ґрунтується переважно на медико-демографічних 34-х «індикаторах нездоров'я» (Health status Indicators) та 26-ти факторах ризику (Risk factor indicators), які, окрім загроз інфекційних, неінфекційних захворювань та травматизму, включають в себе також харчування та екологічні фактори. Решта індикаторів стосується доступності медичних послуг (Service coverage indicators) з підтримки репродуктивного та ментального здоров'я, материнства і дитинства, імунізації та ранньої діагностики населення, боротьби зі шкідливими звичками (алкогольною та наркотичною залежністю) та іншими оздоровчими потребами, а також повноти та ефективності організації системи охорони здоров'я (Health systems indicators), із фокусуванням уваги на якості, безпеці та достатності за своїми побутовими, технічними і кадровими можливостями медичної допомоги, а відтак – на відповідному фінансуванні та ефективному управлінні цією системою в рамках відповідних стратегій чи національних програм.

Ці індикатори здебільшого характеризують результати реалізації потенціалу здоров'я і практично не несуть інформації щодо ресурсів здоров'я. Окрім того, тільки опосередковано торкаються аспектів соціально-економічного благополуччя (через фінансування та матеріально-технічне і кадрове забезпечення потреб системи охорони здоров'я тощо) і не зачіпають духовної його складової, принципово важливої для життєдіяльності місцевих громад.

Така ситуація зумовлена тим, що з початком 90-х років минулого століття у зв'язку з бурхливою експансією глобалізації та пов'язаною з нею інтенсифікацією міжнародного руху капіталу, з ініціативи ЮНКТАД (Конференції ООН з торгівлі та розвитку) активізувався запит на адекватні новим реаліям теорії і моделі корпоративних систем інвестиційної діяльності. Такий теоретико-модельний інструментарій спроможний був би адекватно врахувати інтегральний вплив великої кількості зовнішніх і внутрішніх як об'єктивних соціально-економічних, так і суб'єктивних суспільно-політичних та мотиваційних чинників прийняття корпоративних управлінських рішень щодо експорту чи імпорту інвестицій. При цьому з'ясувалось, що в рамках (нео-)класичних підходів розробити єдину теорію такої глобально орієнтованої фірми (транснаціональної корпорації – ТНК) не вдається. Тож доводиться задовольнятися спрощеними моделями ТНК та на цій основі вибудовувати відповідні корпоративні стратегії.

Закономірно, що такі стратегії повинні були охоплювати повний цикл міжнародної інвестиційної діяльності (від прийняття корпоративного інвестиційного рішення до досягнення закладених в бізнес-проект результатів), а їхня ефективність надто залежала б від спроможності топ-менеджменту корпорації адекватно врахувати всі об'єктивні і суб'єктивні умови реалізації інвестиційного проекту в обох країнах, як донора, так і реципієнта капіталу. І оскільки неокласичні інвестиційні моделі, розроблені переважно на основі досвіду традиційних західних ТНК, не покривали всього економічного поля міжнародного руху капіталу, передусім у випадку експорту

інвестицій з нових «емерджентних» економік (і в першу чергу з країн – «східноєвропейських тигрів» та їхніх виринаючих «нізвідкіля» «ТНК-драконів»), виникла потреба у розробці відповідної методології моніторингу та аналізу емпірико-статистичних даних як надійної основи для прийняття управлінських рішень.

Також у 2006 році була представлена універсальна методологія ЮНКТАД, яка весь комплекс зовнішніх та внутрішніх умов, які закладаються в основу інвестиційних рішень, розділяє на три групи: об'єктивні соціально-економічні умови на макрорівні (ДЕТЕРМІНАНТИ), суб'єктивні політико-регуляторні (ДРАЙВЕРИ) та внутрішні корпоративні МОТИВИ. Як показали проведені соціологічні дослідження та подальший їх аналіз, увесь спектр можливих мотивів міжнародної експансії корпоративного капіталу зводився до чотирьох основних груп (в порядку зменшення вагомості): пошуку РИНКІВ (розширення простору нових можливостей – «життєвого простору» в соціумі), ЕФЕКТИВНОСТІ (через реструктуризацію та зменшення витрат за рахунок технологічних та організаційних інновацій), РЕСУРСІВ (з точки зору більшої доступності, вигоди та надійності) і СТРАТЕГІЧНИХ АКТИВІВ (інноваційного, гуманітарного та інституційного капіталу) [9]. При цьому у західних корпорацій з великим відривом домінує мотивація пошуку нових ринків, в той час як «ТНК-дракони», передусім китайські, надають перевагу стратегічним пріоритетам.

Оскільки такий підхід є доволі універсальним і здатним до аналізу циклічної діяльності як приватних, так і державних корпорацій (включно з самою державою), то методологія ЮНКТАД, разом з оперуванням різними формами капіталу, з моменту її появи, починає з економічної сфери міжнародного бізнесу та економічної географії поширюватись і на інші, включно з соціально-культурними та суспільно-політичними аспектами людської життєдіяльності. Зокрема й на моніторинг, аналіз та проектування найбільш ефективних систем громадського здоров'я.

Отже, розвиваючи спостереження, зроблені Е. Дюркгеймом ще наприкінці XIX століття щодо позитивного впливу на індивідуальне самопочуття соціальної інтеграції та суспільної підтримки [10] та спираючись на введене в 1990-ті роки в науковий і політичний обіг поняття соціального капіталу, який формується на основі суспільних норм і суспільної довіри в рамках сучасних соціальних мереж, останнім часом відмічається зростання його впливу на стан громадського здоров'я [11]. Тож на початку XXI сторіччя це ще більше актуалізувало соціальний підхід, уперше запропонований Е. Дюркгеймом [12].

Особливо вагоме зростання впливу соціального мережевого капіталу спостерігається в країнах з доходами нижче середніх та недостатнім рівнем можливостей системи санітарно-медичних послуг. У них такий капітал виступає настільки помітним і доступним ресурсом громадського здоров'я, що стає головним пріоритетом у розробці «соціо-центричних» стратегій, які до того ж передбачають використання цілеспрямованих «соціальних інтервенцій» [13]. Загалом така ситуація зумовлює стійке зростання

ролі громадянського суспільства як в реформуванні національних систем охорони здоров'я і розбудові інституційної основи громадського здоров'я, так і у вирівнюванні можливостей доступу до послуг цих систем найбільш соціально вразливим групам населення [14].

Емпіричний аналіз таких трансформаційних процесів в 25 країнах світу показав, що громадянське суспільство відіграє особливу та доволі незалежну роль у країнах з невисоким рівнем державних доходів [15], на що важливо звернути увагу при реформуванні медичної галузі в Україні. Окрім того, спільним недоліком в цих країнах є те, що при розробці своїх реформаторських пропозицій парламентарі і чиновники в них зазвичай пропонують моделі, сформовані в рамках емпіричної інерції на основі наявного у них макроекономічного досвіду. При цьому не враховуються досягнення сучасних теорій громадського здоров'я та досвід країн, які успішно здолали цей шлях, зосередивши головну увагу не на національному чи галузевому макро-, а на мікрорівні індивідуальної і міжперсональної мотивації та розбудові місцевих систем громадського здоров'я на базі територіальних громад [16].

Врешті, взаємодія двох трендів, спрямованих на конструювання інтегральних ідентифікаторів певного стану, як ініційованих міжнародною економікою, так і соціологією, дозволила на початку третього тисячоліття сформувані в передових країнах доволі розвинений інструментарій соціально-економічних детермінантів громадського здоров'я і закласти теоретико-методологічну основу для розробки конкурентоспроможних національних стратегій та адекватних їм політико-регуляторних драйверів його розширеного відтворення. Саме це дозволило відокремити ключові індикатори здоров'я, зображені на рис.1, від детермінантів і драйверів, які створюють необхідні об'єктивні та суб'єктивні передумови для ефективного функціонування систем громадського здоров'я.

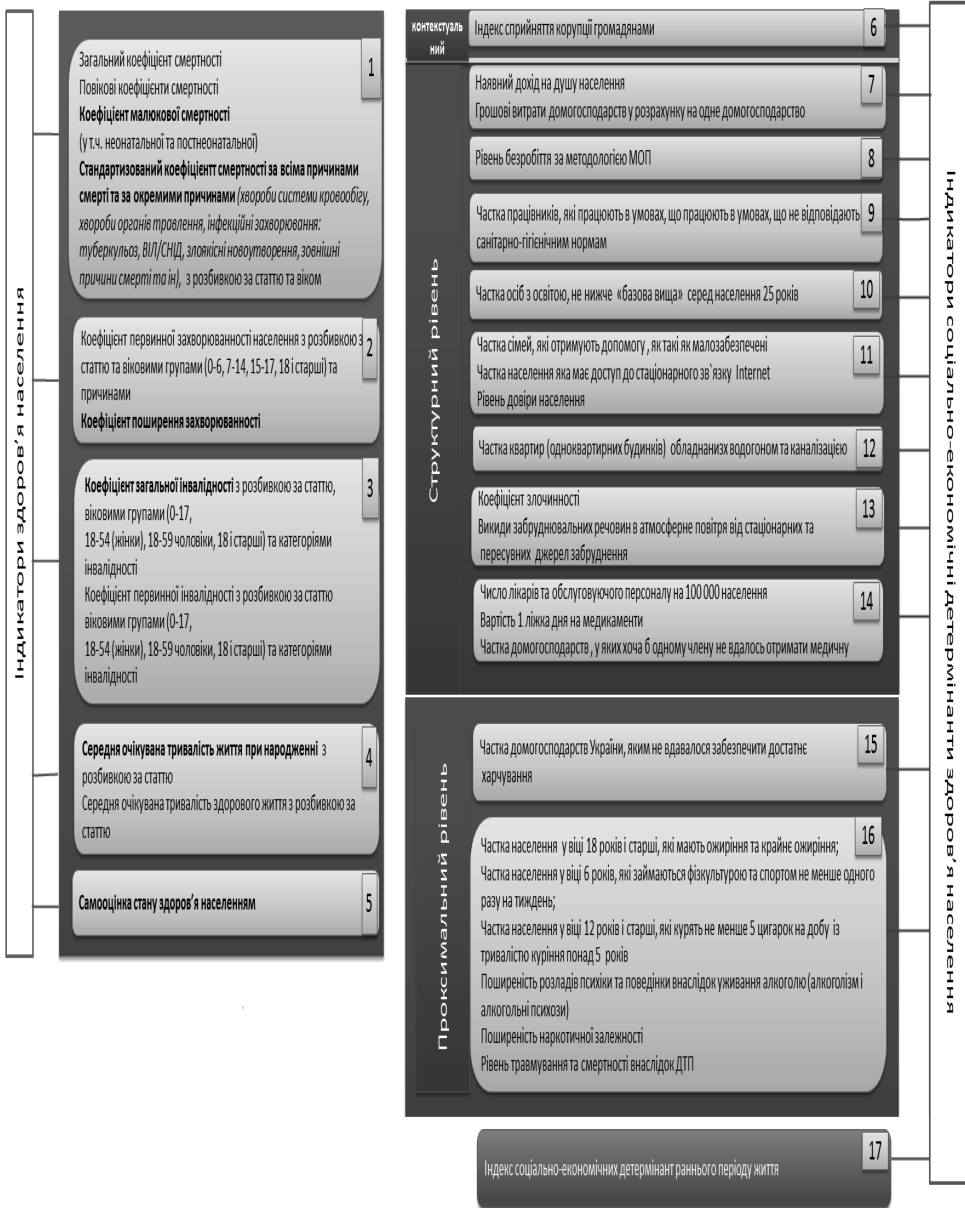


Рис.2. Основні індикатори та соціально-економічні детермінанти здоров'я населення. Джерело: запозичено в [17].

Звісно, нагальна потреба в реформуванні системи охорони здоров'я в Україні та розбудові його громадянської основи вимагає від держави і суспільства володіння цим сучасним інструментарієм. Однак його використання та адаптація до українських реалій несистемне. Один з таких прикладів – у пропозиції запровадження власної системи індикаторів здоров'я населення представлений на запозиченому в [17] рис.2.

Як видно з рис.2, запропоновані індикатори здоров'я – це спрощена версія порівняно з рекомендацією ВООЗ, схематично пред-

ставленою на мал. 1, що, на думку автора української пропозиції, більш точно відповідає скромним медико-статистичним можливостям Міністерства охорони здоров'я України. Однак сутнісна логіка тут залишається такою ж: стан здоров'я оцінюється переважно статистикою «нездоров'я» (смертності, захворюваності, інвалідності) та очікуваної при народженні тривалості життя, до якої додається суб'єктивна оцінка. Перші три групи показників – із сфери макростатистики, останній – скоріше індивідуальний, бо важко собі уявити одночасне опитування всієї країни, а вибіркоче соціопитування дає тільки «оцінку оцінки». Таким чином, серед запропонованих індикаторів – жодного об'єктивного, прийнятного для виміру на індивідуальному рівні.

Ще більша плутанина з «індикаторами соціально-економічних детермінантів». Всіляко підтримуючи українські спроби перейти при аналізі і проектуванні системи громадського здоров'я, як системи стратегічно керованої сумісної діяльності з власними ресурсно-інвестиційними та управлінськими потребами, на сучасну мову детермінантів і драйверів з метою обґрунтування підходу, який буде запропонований нижче, мусимо зробити декілька критичних зауважень.

Передусім, це стосується внутрішньої суті індикаторів і детермінантів. Якщо «індикатори здоров'я» мали б характеризувати внутрішні параметри функціонування організму (індивідуального, групового чи національного), то детермінанти – об'єктивні зовнішні соціальні та економічні умови його існування і функціонування. Якщо ж виходити з того, що в запропонованій версії більше «індикаторів детермінантів» стосується структурного рівня, то логічно всю сукупність таких індикаторів з системної точки зору доречно згрупувати загалом на трьох рівнях: функціональному, структурному та інституційному. Однак в такому випадку ми отримуємо іншу проблему – домінування на рівні державного управління ресурсно-функціональних підходів при практично повній відсутності компетенції в сфері не те що інституційного, а хоча б структурного проектування та управління.

Водночас запозичення з робіт із сфери соціального капіталу «контекстуальних» індикаторів, не кажучи вже про звуження цього підходу тільки до рівня сприйняття корупції у суспільстві, практично також мало чим допомагає. В розвинених країнах спроба інструментами соціології «зазирнути» як всередину «суб'єктивності» індивідуума, так і в простір ментального здоров'я спільноти, має свій сенс, оскільки суспільство і місцеві громади в цих країнах – суб'єктні чи хоча б суб'єктно орієнтовані. І тоді будь-який управлінський або апелюючий до громадського самоуправління зовнішній текст обов'язково має враховувати внутрішній контекст суб'єкта, якому він адресований. Інакше – ефект «зіпсованого телефону». Принципово інша ситуація в пострадянських країнах – вони досуб'єктні, і специфіка контекстуального сприйняття з позицій громадського здоров'я державних управлінських рішень чиновниками практично не враховується.

З цієї точки зору врахування контекстуальних особливостей суб'єктивного сприйняття вербальних і невербальних впливів з боку держави і суспільства має велике значення загалом в процесах між-персональної комунікації, а відтак – у формуванні соціального капіталу. Проте його звуження лише до рівня ставлення до корупції, при всій актуальності цієї проблеми для України, є скоріше імітацією з розряду «на потребу дня». Хоча в цілому необхідність оволодіння контекстуальним підходом для ідентифікації стану громадського здоров'я, як це буде показано нижче, об'єктивно має набагато більше значення для формування його «самоузгодженого потенціалу», ніж це здається на прагматичний погляд ресурсно орієнтованого державного управління.

А в цілому пропозиція фактично є імітаційно-адаптаційним спрощенням, яке стосується не суті здоров'я та проблем його фіксації, а здебільшого спрощення форми та мінімізації набору необхідних для такої фіксації індикаторів. Серйозне обговорення суті громадського здоров'я та визначення його індикаторів на індивідуальному рівні пройшло в рамках проведеного 16 лютого поточного року з ініціативи голови Полянської ОТГ І. І. Дрогобецького в с. Поляна (Свалявський район Закарпатської області) спільно з Національною науково-технологічною асоціацією України, Ужгородським національним, Кошицьким (Словаччина) технічним та Дебреценським (Угорщина) державним університетами Міжнародного науково-практичного круглого столу «Система електронного управління публічним здоров'ям територіальної громади» [18].

Зокрема, в установочній доповіді одного з авторів цієї статті [19] була порушена проблема розробки математичної моделі громадського здоров'я на основі ідентифікації його стану у кожного члена громади. На основі цих даних формується математичний функціонал, який у факторизованій формі описує громадське здоров'я. Таке здоров'я закладає фундамент людського капіталу громади як економічної бази для формування її гуманітарного капіталу. Тож саме просторово-діяльнісний капітал територіальної громади виступає базовим економічним детермінантом її соціально-економічного розвитку, а показники середньодушового ВВП, які формують ресурсні можливості підтримки функціональності системи управління громадським здоров'ям, – похідними. Водночас стратегія сталого розвитку ОТГ, як стратегія прискореного нарощування його детермінантів, потребує відповідних драйверів, які закладаються в основу місцевої тактики з розширеного відтворення соціально-економічного та духовно-культурного благополуччя, а водночас – громадського здоров'я.

Врешті, у рамках такого підходу формується відповідний запит і на інший формат місцевої статистики, що вимагає критичного аналізу всієї сукупності наявних індикаторів медично-демографічної статистики, її реконфігурації та принципового доповнення базовими даними саме про здоров'я первинного суб'єкта – територіальної громади, а не лише про смертність, захворюваність та інвалідність. І саме така статистика має бути покладена в основу майбутньої національної системи громадського здоров'я.

Така постановка питання в рамках цього круглого столу аргументовано прозвучала в доповідях на ньому професорів О.Ф. Морозова [20] і О.А. Полякова [21]. Зокрема, професор О.Ф. Морозов звернув увагу на те, що внутрішній потенціал соціально-економічного розвитку і здоров'я громади завжди значно більший, ніж його зовнішній прояв, який фіксується діючими індикаторами. Тому, якщо постає проблема конструювання відповідних математичних моделей, необхідно використовувати апарат теорії комплексних чисел, і тільки на цій основі можна оцінити зокрема і потенціал здоров'я.

Одночасно професор О.А. Поляков запропонував формат базового документа, який мав би фіксувати основні індикатори стану індивідуального здоров'я – «Паспорт здоров'я». При цьому, спираючись на багаторічні дослідження Інституту геронтології НАМН України, ним були запропоновані інтегральні показники – «залишкова працездатність», і по аналогії – «залишкова життєздатність», як фактори в функціоналі громадського здоров'я. В сукупності з доповіддю професора О.М. Васильєва з презентацією можливостей ідентифікації персоналізованої норми стану здоров'я індивідуума з використанням української системи дистанційної діагностики і терапії на основі штучного інтелекту «К.А.Н.Т.» [22] це давало уявлення про принципово повний набір паспортизованих індикаторів індивідуального здоров'я. Одночасно формувало образ пілотного центру громадського здоров'я ОТГ з соціально доступними сучасними технологіями дистанційної апаратної діагностики та функціональної медицини як основи відповідної цифрової платформи і як первинної ланки майбутньої національної системи.

Проте загострювало актуальність фундаментальних проблем – щодо сутності індивідуального та громадського здоров'я, розрізнення здоров'я і нездоров'я, а головне – живого і неживого, оскільки науки, які традиційно опікуються здоров'ям людини, критеріїв його не мають [23]. І це не дивно, позаяк класичні науки всі побудовані на основі принципу редукціонізму, коли складне явище зводиться до найпростіших складових і процесів, які і стають предметом досліджень з боку предметно-спеціалізованих галузей знань. Таким чином науки про організм і здоров'я зводять їх до біології та фізіології, а та, в свою чергу – до фізики тих чи інших процесів та ролі в них органів людського тіла.

Проте живий організм людини – це «цілісність та органічна єдність тіла і духу», причому цілісність самоорганізована, а в основі такої самоорганізації – самоузгоджений потенціал, сформований в полі ефективних далекодіючих сил, та «когерентне поле», з допомогою якого поєднується все живе. З точки зору загальної теорії систем Л. фон Берталамфі, така жива цілісність є відкритою динамічною системою, яка знаходиться в процесі постійного взаємообміну енергією та речовиною з довкіллям. Це її принципово відрізняє від неживих систем закритого типу. Як відкрита динамічна система вона характеризується наростаючою складністю і тому не піддається класичному «розчленуванню». Відтак, адекватне відображення в наукових конструкціях такої органічної

цілісності та режиму її здорового функціонування вимагає принципово інших – постнекласичних знань та методологічних підходів [24].

Все це дало науковій підставі розглядати живий людський організм в якості цілісного квантово-механічного об'єкта, ідентифікація стану здорового функціонування якого вимагає адекватних моделей та інструментарію. При цьому вдалося експериментально «побачити» те, про що в стародавньому Китаї знали ще 5 тисяч років тому, що, окрім видимих анатомо-морфологічних характеристик, організм живої людини відрізняє невидимий оком «електро-магнітний каркас». Цей каркас сформований 26 (12-ма парними та двома непарними) каналами («меридіанами»), які проходять через внутрішні органи людини і виходять на поверхню тіла як «біологічноактивні точки» (БАТ), відомі ще як «точки акупунктури». БАТ фактично є не тільки вихідними точками для «зчитування» інформації щодо здоров'я чи нездоров'я певного органу і підсистеми, а й вхідними точками для «адресної» мікрорезонансної терапії [25].

Створення відповідної радіометричної системи з генератором хвиль міліметрового діапазону дозволило не тільки «побачити» меридіани та вивчити їх певні властивості та розміщення БАТ, а й експериментально підтвердити головний критерій розрізнення живого і неживого – наявність чи відсутність когерентного поля, ввести об'єктивований інтегральний критерій відмінності стану здоров'я організму від нездоров'я. Схематично ця відмінність на рівні самоузгодженого потенціалу людини представлена на запозиченому в [26] рис. 3.

Розглядаючи людський організм як цілісну квантово-механічну систему з власним самоузгодженим потенціалом вдається об'єктивними інструментальними методами розрізнити стан здоров'я та хвороби. Тож представлений на рис. 3 самоузгоджений потенціал означає фактично перехід від класичного простору зовнішньої функціональності організму і відповідних індикаторів, які її фіксують, до не-класичного (фазового) простору станів, основний з яких є станом здоров'я. Як когерентне поле, створений силами і полями дальності, цей потенціал фактично з'єднує організм з усім Всесвітом та планетарним полем свідомості. Гармонія з цим полем – стан певного «комфорту» від «зчитуваної» на рівні колективного несвідомого та підсвідомого єдності частини (індивідуума) з цілим і розуміння свого призначення в цій цілісності і є відображенням того невловимого в полі зовнішньої функціональності стані духовного здоров'я.

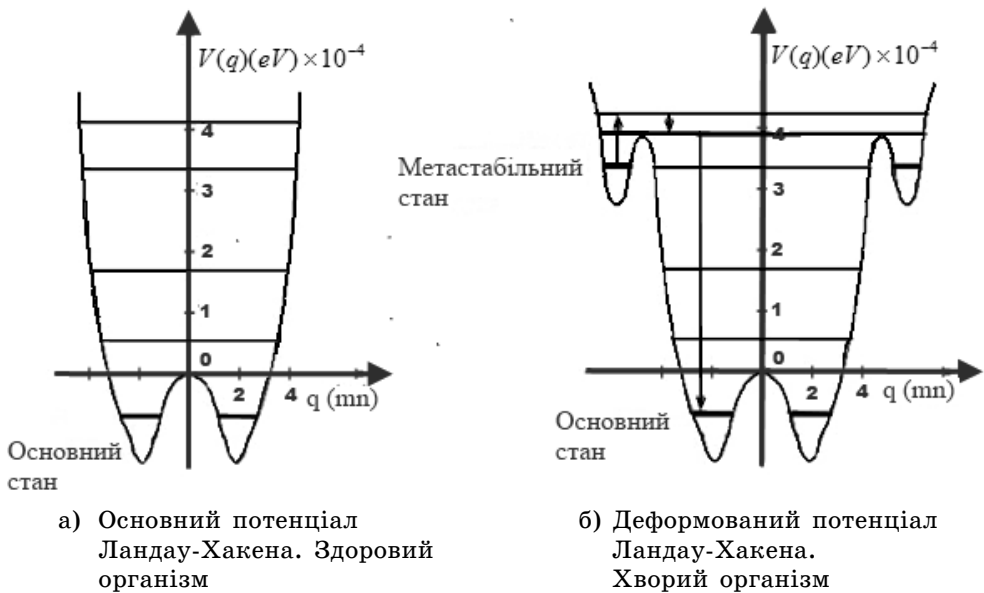


Рис.3. а)-повний (здоровий) та б)-метастабільний (хворий) стан організму, визначений за формою самоузгодженого потенціалу (потенціалу Ландау-Хакена) та за характеристичними частотами.
Джерело: [26]

Саме цей потенціал духовного здоров'я відповідає за народження в людській уяві ще на довербальному рівні «картин» можливого майбутнього, відмінних від оточуючої соціальної реальності. Назовні це може бути проявлене в формі як візуалізованих образів, так і вербалізованих фантазій і мислеформ, які, в свою чергу, слугують «інтелектуальною сировиною» для формування інноваційно-креативного потенціалу та його подальшої інституалізації у відчуженій формі гуманітарного капіталу. Відтак – індивідуальним джерелом саморозвитку як узгодженого з іншими у співрозвитку.

У своїй спрощеній класичній формі така єдність уявної потенціальності та реалізованої у зовнішніх проявах функціональної реальності може бути представлена з допомогою математичного апарату теорії комплексних чисел. І той факт, що потенціал здоров'я носить комплексний характер, пояснює, чому його не вдається зафіксувати на рівні використання лише реальних індикаторів. Цей апарат може бути корисним при переході від індивідуального здоров'я людини, як основного стану цілісної квантової макросистеми, до групового здоров'я територіальної спільноти, в свою чергу відомого з квантової теорії в якості «ансамблевого ефекту», що позначає дуже перспективний для сталого інклюзивного розвитку громад напрям майбутніх досліджень.

Водночас, вказані на рис.3 характеристики здорового (див. Рис. 3-а) і хворого (див. Рис. 3-б) стану організму, що визначені за формою самоузгодженого потенціалу (потенціалу Ландау-Хакена) та за характеристичними частотами, мають нерозривний зв'язок із реальним процесом змін стану здоров'я людей, може ідентифікуватись в межах

некласичного (фазового) простору множини станів, основним з яких є повний (див. Рис. 3-а) стан здоров'я. Тут потрібно враховувати, що пізнання подальших взаємозалежностей вимагає з'ясування обставин, обумовлених можливостями акцентованого нами причинного опису різних станів здоров'я людей як фізичного явища, яким й скористався С. П. Сітько [26]. Проте внаслідок існування поки що невідокремлюваного зв'язку свідомості (уявного) із живим (матеріальним) організмом ми повинні спокійно сприймати те, що проблема відокремлення живого від неживого зараз ще не піддається розкриттю наочним описом і поясненню причинності в прямому розумінні.

Тому, ще раз повернувшись до рис.3, що відображає нинішній підхід, зрозуміємо таке. При здоровому функціонуванні організм знаходиться в основному стані, в якому, при фізичному діагностуванні в міліметровому діапазоні хвиль, відсутні характеристичні (вони ж – «терапевтичні») частоти. І навпаки, хворий організм характеризується метастабільним потенціалом, який ідентифікується персоніфікованими («паспортними») в межах певного діапазону, пов'язаного з конкретним органом, частотами мм-діапазону. При лікуванні саме на ці частоти терапевтично впливають електромагнітним випромінюванням з надмалими (за рахунок резонансного ефекту) інтенсивностями та керовано переходять з метастабільного в основний, повний стан здоров'я. Це, на думку авторів, один із множини шляхів до створення ефективних елементів системи управління громадським здоров'ям, рівнем працездатності членів громад, серед яких інтегральні показники – «залишкова працездатність» і, по аналогії, – «залишкова життєздатність» як фактори в функціоналі громадського здоров'я.

Практична реалізація такої моделі вимагає від національної соціально-політичної практики принципово інших, не галузевих диференційних, а цілісних інтегральних підходів до вирішення нагальних проблем активного функціонування та поступу своїх спільнот.

У результаті такого усвідомлення в 2015 році ООН визначає 17 основних цілей сталого розвитку (SDG – sustainable development goals), чільне місце серед яких посідає боротьба з бідністю (SDG1) та добре здоров'я і благополуччя (SDG3). Тому і ВООЗ, розуміючи, що внутрішнім ключем для сталого розвитку слугує індивідуальне здоров'я і активне довголіття людини, в 2018 році приймає «Глобальний план дій з фізичної активності 2018-2030: більше активних людей для більш здорового світу» (ГПД) [27].

В основі Глобального плану дій є усвідомлення нової реальності, коли більше 70% населення планети проживає в містах і їм притаманний дефіцит фізичної активності. Врешті, тільки прямі мінімальні втрати світової економіки сягають 54 млрд дол. на рік, ще 14 млрд економіка планети не добирає через недостатню продуктивність їхньої праці, а національні держави витрачають на ліквідацію соціальних наслідків малорухомого способу життя населення до 3% бюджетних коштів, а це вже сотні мільярдів доларів щорічно. Враховуючи безпосередній вплив фізичної активності на стан здоров'я населення як внутрішнього ключа до соціального, культурного та

економічного розвитку своїх націй, ВООЗ поставив завдання до 2030 року на 15% збільшити рівень активності.

Для цього ГПД планує до 2030 року досягти 4-х стратегічних цілей:

- 1) творення активної спільноти на основі 4-х політичних напрямків, орієнтованих на утвердження в житті місцевих громад позитивних норм здорового способу життя;
- 2) творення активного довкілля міст і місцевих громад відповідно до 5 напрямів цілеорієнтованої політики;
- 3) творення активних людей, сімей і громад з допомогою 6 відповідних політик;
- 4) творення активних систем на базі 5 політичних напрямків, орієнтованих на формування цілісних регіональних інноваційних екосистем інклюзивного розвитку.

Розробка і реалізація цих цілей в національній політиці передбачає не стільки традиційну участь політиків і чиновників, скільки людей і місцевих громад. Тільки через таке «соціальне включення» всіх можна сформувати у людей позитивну мотивацію для втілення в повсякденне життя норм здорового способу життя та відповідної зміни їхньої поведінки. Відтак, досягнення цілей ГПД сприяє реалізації SDG3, окрім того, безпосередньо впливає на втілення в життя SDGs 2.2; 4.1 та 4.2; 5.1; 8; 9.1; 10.1 та 10.3; 11.2, 11.3, 11.6 та 11.7; 12.8 та 12с; 13.1 та 13.2; 15.1 та 15.5; 16.1 та 16.6 і 17 (див. рис.1). Отже, ця програма забезпечує безпосередню участь в досягненні 13 з 17 визначених ООН цілей сталого розвитку.

Таким чином, формування системи публічного здоров'я розглядається світовою та європейською спільнотами як творення нового фундаменту для сталого інклюзивного розвитку кожної країни зокрема і всього людства загалом. У його основі – інституційна трансформація місцевої громади та формування регіональних інноваційних екосистем цілісного органічного саморозвитку у гармонійному співрозвитку з іншими. Саме в цьому сенсі здоров'я територіальної громади має розглядатись як первинна основа розбудови системи громадського здоров'я в Україні. Одночасно – як фундамент для інноваційного розвитку всієї країни.

Українська логіка, закладена в проект закону України «Про систему громадського здоров'я». Розроблений в надрах Міністерства охорони здоров'я України законопроект «Про систему громадського здоров'я» [28], як трактується з пояснювальної записки до нього, виходить з дещо (якщо не сказати принципово) іншої, ніж європейська, логіки. Побіжно згадавши європейську стратегію «Здоров'я 2020» в контексті не стільки розбудови цілісної системи громадського здоров'я, скільки «чіткого встановлення і розмежування повноважень ... між органами влади та іншими суб'єктами відносин в системі громадського здоров'я», розробники проекту основну увагу зосередили на спробі налагодити структуру старого пострадянського фундаменту, сформованого великою кількістю застарілих і «різновекторних» нормативно-правових актів стосовно забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя, охорони здоров'я та довкілля тощо.

Об'єктивно визначивши нинішній стан функціонування закладів охорони здоров'я та колишнього санітарного і епідемічного нагляду

як «квазісистему», вони констатують, що нині «в Україні відсутня єдина нормативно визначена система громадського здоров'я, спроможна реагувати на виклики, пов'язані з проблемами здоров'я і благополуччя населення». З окресленої вище європейської еволюційної логіки зрозуміло, що збудувати сучасну архітектуру системи публічного здоров'я на старій пострадянській інституційній основі неможливо. Проте основні зусилля розробників законопроекту зосередились саме на «ремонті» цього «квазіфундаменту», і, врешті-решт, під гаслом розбудови «системи громадського здоров'я» фактично зосередились, як підтверджують останні речення пояснювальної записки, на звичних питаннях санітарно-епідемічного благополуччя (обмовка в дусі Фрейда): «Прийняття законопроекту про санітарно-епідемічне благополуччя забезпечить, насамперед, вирішення проблемних питань, пов'язаних із повноваженнями органів влади у сфері санітарно-епідемічного благополуччя».

Не заперечуючи важливості цих проблем, які займають належне місце серед ґрунтовно опрацьованих уже в українській літературі ОФГЗ (див., напр., [29]), все ж перехід до системи громадського здоров'я передбачає принципову заміну її інституційної основи та подальшу системну розбудову у напрямку «знизу-вверх». Звісно, ця основа повинна бути фундаментом для розбудови цієї системи як цілісності – від територіальної громади і її первинних інститутів громадського здоров'я – до уряду та національних суб'єктів міжсекторального стратегічного управління, горизонтальної інтеграції і координації. Проте міністерський законопроект фактично витриманий в старій етатичній логіці «державної медицини» і обмежується «косметичним ремонтом» діючої структури охорони здоров'я («квазісистеми») та прибудови до неї нових дорадчо-консультаційних центрів громадського здоров'я на національному та регіональному рівнях.

Вочевидь, через свій «факультативний» характер ці інститути не формують нової інституційної основи, а лише «вписуються» в діючу структуру державного управління охороною здоров'я. Більше того, не мають адекватного власного фундаменту «на землі», в громадах, а відтак окреслюють тільки «дах» будови громадського здоров'я, яка по суті приречена на те, щоби «висіти в повітрі».

З іншого боку, нинішня «квазісистема» породжує соціальну нерівність, фінансуючи за державний кошт відомчу медицину, зберігаючи для депутатів і вищих держслужбовців спецобслуговування та різні спецдоплати «на оздоровлення», декларуючи при цьому намір впливати на детермінанти, які цю нерівність мали б ліквідувати. Така ситуація свідчить про конфлікт інтересів між депутатським корпусом і суспільством у випадку ухвалення Закону України «Про систему громадського здоров'я» у варіанті із збереженими преференціями для можновладців.

Отже, і дух, і буква відповідних документів ВООЗ, а головне – нагальні потреби збереження українського генофонду на тлі волаючої про свою неефективність діючої державної «квазісистеми» охорони здоров'я, вимагають принципово інших, громадянських підходів і орієнтованої на розвиток територіальних громад адекватної інноваційним викликам часу інституційної архітектури цілісної системи

громадського здоров'я. Відтак, очікують на відповідну ініціативу громадянського суспільства України.

Українська громадянська ініціатива: мережевий організм громадського здоров'я на тлі державної організації охорони здоров'я. Для стимуляції підходу, закладеного Міжнародним науково-практичним круглим столом «Система електронного управління публічним здоров'ям територіальної громади», на базі Полянської ОТГ 29–30 червня пройшов Фестиваль громадського здоров'я «Поляна сили», а в його рамках – саміт здорового способу життя. Цей Фестиваль зібрав представників з усієї України, а на саміті, після обговорення доповідей і презентацій, ініційовано створення Національної мережі громадського здоров'я. Окрім того, для забезпечення функціональності мережі із регіональних координаторів з усіх областей України та м. Києва обрана Національна координаційна рада [30].

Головна мета Фестивалю громадського здоров'я – стати майданчиком практичної демонстрації кращих практик, технологій і досвіду системної організації та управління громадським здоров'ям, інтегрованих в систему сталого інклюзивного розвитку територіальної громади. У ній інтелектуальну частину представляє саміт здорового способу життя, орієнтований на аналіз та проблематику реалізації пілотних моделей, відповідних електронних систем і цифрових платформ для моніторингу й управління громадським здоров'ям ОТГ. Принципова схема нарощування капіталізації в рамках інноваційно-інвестиційної моделі розвитку ОТГ та формування на цій основі щораз вищої доданої вартості представлена на рис.4.

При цьому, як підкреслювалося раніше, громадське здоров'я розглядається в якості основи формування людського капіталу громади, а відтак – фундаменту гуманітарного капіталу.

Проблеми інноваційно-інвестиційного розвитку. — 2018. — № 16



Рис.4. Шлях інноваційно-інвестиційного розвитку територіальної громади.
Джерело: розроблено авторами.

При цьому «якірними» інститутами цієї системи є сучасна місцева біофабрика та бізнес-інкубатор інноваційних малих і середніх підприємств (МСП), як атрактор для капіталізації науково-технологічних розробок та інноваційних проектів і висококваліфікованих кадрів із сфери функціональної медицини, функціонального харчування, біоагрокотехнологій тощо. Як бачимо з цього малюнка, формування системи громадського здоров'я розглядається не стільки як комплекс соціально витратних організаційно-технічних заходів, а як цілісна продуктивна кластерна система зі своїм внутрішнім ринком інноваційних оздоровчих товарів та послуг, відкрита для міжрегіональної та транскордонної (як у випадку із Закарпаттям) виробничо-технічної, науково-технологічної та інноваційно-інвестиційної співпраці.



Рис.5. Модель «потрійної інтеграції» для сталого інклюзивного розвитку інноваційно орієнтованого територіального утворення.

Джерело: розроблено авторами.

Відтак, йдеться про дві її складових – управління громадським здоров'ям та якісне лікування хвороб, що в рамках моделі «потрійної інтеграції» схематично представлено на рис. 5.

Тут фактично йдеться про формування практично зруйнованої як системи сучасної місцевої економіки на кластерній основі з власним експортним потенціалом та залученням МСП у формування як регіональних і міжрегіональних, так і транскордонних та міжнародних ланцюжків високої доданої вартості (Global Value Chains – GVCs).

Звісно, така глобально інтегрована місцева економіка як детермінант соціального благополуччя ОТГ повинна виступати органічною

складовою національної системи громадського здоров'я та відповідних багаторівневих цифрових платформ.

Як слідує з рис.5, йдеться про 3 рівні інтеграції: на базовому рівні територіальної громади здійснюється інтеграція можливостей децентралізованої місцевої системи громадського здоров'я, представленої відповідним центром громадського здоров'я ОТГ, та первинним рівнем медичної допомоги, представленим амбулаторіями та фельдшерсько-акушерськими пунктами в рамках централізованої державної системи охорони здоров'я. В електронному просторі ці дві системи представлені, відповідно, місцевою цифровою платформою ePublic Health та eMedical Records в рамках єдиної eHealth integrated Platform. Якщо перша з них (ePublic Health) базується на паспортах здоров'я громадян та функціоналі здоров'я громади, то друга (eMedical Records) відповідальна за моніторинг та ведення статистичного обліку захворюваності (на основі амбулаторних карток та історій хвороб) і оцінюванні якості медичних послуг.

На другому рівні відбувається інтеграція місцевих систем між-персональної комунікації та міжсекторальної взаємодії і розвитку (eCommunity platform) набагато ширша, ніж дуже обмеженої в своїх можливостях міжсекторальної (PPP- public-private partnership (не плутати з пострадянським державно-приватним партнерством!) взаємодії у випадку досуб'єктних пострадянських країн платформою «електронного врядування» (eGovernment), а єдину регіональну систему сталого інклюзивного розвитку в рамках відповідної цифрової платформи та власним центром управління публічними товарами та послугами (модернізований eGovernment), який поряд з інтеграцією eCommunities забезпечує ефективний зв'язок третім рівнем – інфраструктурою глобалізації. Регіональний рівень принципово необхідний з точки зору виходу на порогові індикатори економічної самодостатності (а це окрема, практично не досліджена в Україні проблема), без яких таке інноваційно орієнтоване територіальне утворення (не плутати з областю в рамках адміністративно-територіального устрою держави!) буде збитковим. Саме це підтверджує сучасний світовий досвід постіндустріального розвитку, передусім – «емерджентних економік» типу Китаю (більше про це – в [31]).

Третій рівень виконує роль інтерфейсу глобальної інноваційно-інвестиційної інтеграції в GVCs, відкриваючи таким чином міжнародний економічний простір для участі українських МСП як в індустріальних, так і в інноваційних кластерах, а відтак – для участі в індустріалізації вітчизняних технологічних інновацій, а не переважно тільки їхньої комерціалізації. З точки зору громадського здоров'я – це означає надати пріоритет для капіталізації технологій 6-го технологічного укладу і формування на цій основі високої доданої вартості. Відтак, відкрити перспективу, аби українцям визволитись з «пастки бідності», в яку їх загнала власна держава, а разом – і себе. Визволитись – це і означає формувати необхідні макроекономічні детермінанти для соціального благополуччя, без яких забезпечити пристойний рівень здоров'я нації практично неможливо.

І це ще один дуже вагомий аргумент, чому ні в якому випадку не можна йти шляхом формування системи громадського здоров'я,

запропонованого МОЗ України у вищезгаданому законопроекті. Справа в тому, що задовільний рівень послуг у цій сфері за рахунок держави може дозволити собі економіка з доходами не нижче середньосвітових. У нас цей показник набагато нижчий, до того ж щороку все глибше державу засмоктує боргове трясовиння. Тож які б добрі наміри не були виписані навіть в найкращому законі, але виконаному в етатичному стилі, реалізувати його все одно буде неможливо через вкрай обмежені ресурсні можливості держави і нині, і, зважаючи на борги, і завтра.

Отже, суттєва допомога тут може бути реалізована з боку українського суспільства в рамках громадянської основи системи здоров'я.

Принципова різниця між державною та громадянською концепціями громадського здоров'я показана в таблиці.

Таблиця.

Порівняльні характеристики державної та громадянської концепцій громадського здоров'я

Параметри	Державна	Громадянська
Характер	Сервісний Надання медичних послуг	Виробничий Формування людського капіталу
Тип організації	Вертикально-інтегрований	Горизонтально-інтегрований
Тип управління	Централізований галузевий	Децентралізований територіальний
Об'єкт управління	Медичні заклади і їх персонал	Громадське здоров'я і його показники
Суб'єкт управління	Галузеве міністерство	Територіальна община (ото)
Базисний громадський рівень	Амбулаторії, ФАПі	Центри громадського здоров'я
Джерело фінансування	Державний і місцевий бюджети	Публічно-приватне партнерство і самофінансування
Корпоративна мотивація	Споживання віддачі від існуючого капіталу	Реструктуризація існуючого капіталу і формування нового капіталу
Економічний вплив на державу	Вагомий фактор бюджетних витрат	Фундаментальний фактор економічного розвитку
Спільний тип розвитку	Ексклюзивний	Інклюзивний
Місце і роль людини	Пацієнт-споживач послуг	Замовник і драйвер капіталізації громадського здоров'я

Таблиця підкреслює принципові відмінності між державною та громадянською концепціями здоров'я, найсуттєвішою з яких є сервісний характер першої, орієнтованої на споживання витратної частини бюджетних коштів, і продуктивний характер другої, спрямо-

ваної на формування людського капіталу активного здоров'я, а на його основі – і гуманітарного інноваційно-креативного капіталу.

Звісно, державна система централізована, а в фокусі її уваги – лікар і хворі, натомість громадська – децентралізована, «заточена» і зацікавлена в здорових та здоровому способі життя. У них принципово різні системи управління, які різняться і суб'єктами, і об'єктами управління, а головне – самою моделлю, ексклюзивною в першому та інклюзивною в другому випадку.

І нарешті, з точки зору впливу на сталий розвиток державна система своїми витратами зменшує його потенціал, натомість громадська випереджаючими темпами розбудовує капітальну основу, сприяючи прискоренню економічного розвитку.

Загалом ці дві системи (державна і громадянська) не антагоністичні, а компліментарні, і повинні доповнювати одна одну в рамках єдиної національної системи громадського здоров'я. Однак основою її має слугувати не віджила централізована пострадянська система державної медицини, а децентралізована громадянська. Проте її розбудова – це інноваційна проблема, розв'язання якої вимагає не тільки технологічних, а й, головне, соціальних та інституційних інновацій. Однак згенерувати такі інновації без мобілізації духовно-креативного потенціалу українського суспільства одними лише зусиллями медичних працівників та державних управлінців принципово неможливо. Звідси – нагальна потреба в формуванні мережевої «нейро-семантичної» громадянської цілісності і відпрацювання кращих пілотних зразків на базі передових громад-піонерів. Першою в якості майданчика для відпрацювання та подальшого розповсюдження таких пілотних моделей якраз і виступила Полянська ОТГ на Закарпатті.

Заключне слово. Перехід до системи громадського здоров'я в Україні є фундаментальною проблемою, оскільки об'єктивно зачіпає життєві інтереси кожного українця. Важкою проблемою для держави, яка втрапила в «борговий зашморг», і ще важчою для народу країни, майбутнє якої без докорінних реформ визначене дією «Закону Матвія» – бідні стануть ще біднішими, а багаті – багатшими. Тому будь-яке вирішення цієї проблеми в традиційному для України інерційному пострадянському стилі (приймемо навіть гарний закон, однак «обріжемо» його фінансування, коли буде прийматись бюджет на наступний, ще важчий від попереднього рік) не принесе полегшення народу, а пенсіонерам – бодай хоча б якусь надію.

Вирішення цієї проблеми, що влаштовує країну в умовах, що склалися, не зможуть запропонувати лікарі і чиновники від медицини – у них для цього просто немає хоча б мінімальної компетенції. Тому потрібне вирішення інноваційне.

Саме тому перехід до громадської системи розширеного відтворення здоров'я населення і генофонду українців є амбітним, але вкрай актуальним й перспективним національним інноваційним проектом Національної мережі громадського здоров'я України, яка є ініціатором і розробником власних інституційних інновацій для вирішення проблеми відновлення держави. Водночас проект є потенційним

внутрішнім ринком для технологічних інновацій, однак його формування потребує солідаризації з інноваціями соціальними.

Одночасно ця проблема, як не парадоксально, формує історичний шанс. Шанс для переходу від політики «державного зубожіння» до сталого розвитку, основа якого закладається в територіальних громадах. Шанс для того, щоби «останні» могли стати «першими». Однак реалізувати його без мобілізації інноваційно-креативного потенціалу всього українського суспільства практично неможливо.

Із інноваційної точки зору перед країною потенційно є три шляхи: імітаційний, модернізаційний та інституційно-інноваційний [31]. Поки держава, запропонувавши міністерський законопроект «Про систему громадського здоров'я», продемонструвала намір йти імітаційним шляхом – під гаслом орієнтації на Європейський план дій (ЄПД) у сфері громадського здоров'я змінити дещо за формою без зміни пострадянської етатичної суті системи охорони здоров'я.

Модернізаційний шлях може бути відкритий у випадку ефективних реформ у медицині, які аж ніяк не зводяться тільки до децентралізованого (і то в обмеженій версії) розподілу державного фінансування медичних послуг населення, однак без головного – забезпечення протоколів щодо необхідної якості лікування, а відтак – без модернізації матеріально-технічної та кадрово-кваліфікаційної бази і відповідного механізму достатнього фінансування. Однак у теперішньому стані цей шлях є важко досяжним для нинішнього характеру Української держави. Тому, скоріш за все, на ньому нас також очікує доля «останніх».

Єдино можливий, і на перший погляд, фантастичний варіант – інноваційно-креативна мобілізація громадянського суспільства та об'єднаних територіальних громад.

Однак саме він – найбільш реалістичний для державного майбутнього України. Саме на такий шлях орієнтує ця стаття. І саме в цьому випадку проблема буде перевернута «з голови на ноги», і на тлі обмежених ресурсів держави до її вирішення можуть долучитись набагато більш потужні можливості нації. Бо саме тут те «поле благополуччя», де державні і суспільні зусилля можуть ефективно об'єднатись в інтересах «здоров'я – для всіх».

Список використаних джерел

1. **Алма-Атинська декларація** ВООЗ.
2. **Лисицын Ю.П.** Общественное здоровье и здравоохранение. // Учебник. - 2-е изд. - М.: ГЕОТАР-Медиа, 2010. - 512с.
3. **Общественное здоровье и здравоохранение: учебник.** // В.А. Медик, В.К. Юрьев. - 3-е изд., перераб. и доп. //- Киров: Кировская ГМА, 2012 - 288с.
URL:http://vmede.org./said/?page=4&id=Obshestvennoe_3d_medik_2012&menu=Obshestvennoe_3d_medik_2012.
4. **Уровни изучения, показатели и критерии оценки здоровья.** Социальная медицина.
URL:https://studme.org/1628041427495/meditsina/urovni_izuchenia_pokazateli_kriterii_otsenki_zdorovyua.

5. Харари Ю.Н. Sapiens. Краткая история человечества. // М.: Синдбад, 2018. – 512 с. 6. Кувакин В. Не дай себя обмануть. // Введение в теорию критического мышления. М.: МГУ, 2007.

URL: <http://old.nkozlov.ru/print/library/s132/d3928/>.

7. **Методология оценки общественного здоровья: определение, показатели, индикаторы, мониторинг.**

URL: <http://www.rosmedstrah.ru/articles.php?id=469&show=1&theme=3>.

8. **Global Reference List of 100 Core Health Indicators (plus health-related SDGs).** Geneva: WHO/HIS/IER/GPM/, 2018.

URL: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/299951/WHO-HIS-IER-GPM-2-018.1-eng.pdf>.

9. **World Investment Report 2006.** – Geneva : UNCTAD, 2006.

10. Дюркгейм Э. Самоубийство: социологический этюд.- // Пер. с французского. – М.: Мысль, 1994, – 399 с.

11. Giordano G.N., Bjork J., Lindstrom N. “Social capital and self-rated health — a study of temporal (causal) relationships”, *Social Science & Medicine*, vol.75, 2012, No.2, pp.340-348.

12. Tsai A.C. “From social networks to health: Durkheim after the turn of the millenium”, *Social Science & Medicine*, 2015, vol.125, special issue, pp.1-7.

13. Perkins J.M., Subramanian S.V., Christakis N.A. “Social networks and health: A systematic review of sociocentric network studies in low- and middle-income countries “, *Social Science & Medicine*, 2015, vol.125, special issue, pp.60-78,.

14. Giarelli G., Annandale E., Ruzza C. “Introduction: The role of civil society in healthcare systems reforms”, *Social Science & Medicine*, 2014, vol.123, Special Section, pp.160-167.

15. Olafsdottir S., Bakhtiari E., Barman E. “Public or private ? The role of the state and civil ociety in health and health inequalities across nations”, *Social Science & Medicine*, 2014.vol.123, Special Section, pp.174-181,

16. Abond F.E., Singla D.R. “Challenges to changing health behaviors in developing countries: A critical overview”, *Social Science & Medicine*, 2012, vol.75, Part Special Issue,pp.589-594.

17. У Полянській ОТГ на Закарпатті розробляють унікальний проект щодо охорони громадського здоров'я. Україна, газета «День», 17.02.2018.

URL: <https://day.kyiv.ua/uk/news/170218-u-polyanskiy-otg-na-zakarpatti-rozroblyaut-unikalnyi-proekt-po-ohoroni-gromadskogo-zdorovya>.

18. Сенюк Ю.В. Публічне здоров'я як капітальна основа соціально-економічного розвитку територіальної громади. Установча доповідь – Матеріали Міжнародного науково-практичного круглого столу «Система електронного управління публічним здоров'ям територіальної громади», Поляна, 16.02.2018.

19. Морозов О.Ф. Методологія та менеджмент проекту «Розробка та впровадження системи електронного управління публічним здоров'ям ОТГ. Матеріали Міжнародного науково-практичного круглого столу «Система електронного управління публічним здоров'ям територіальної громади», Поляна, 16.02.2018.

20. Поляков О.А. Публічне здоров'я: його функціонал, індикатори, їхнє вимірювання та методика формування «Паспорта здоров'я». Матеріали Міжнародного науково-практичного круглого столу «Система електронного управління публічним здоров'ям територіальної громади», Поляна, 16.03.2018.

21. Васильєв О.М. Соціальнодоступна дистанційна система діагностики та терапії на основі штучного інтелекту «К.А.Н.Т.». Матеріали Міжнародного науково-практичного круглого столу «Система електронного управління публічним здоров'ям територіальної громади», Поляна, 16.02.2018.

22. Ситько С.П. О физике живого, человеке как квантовой системе и новой медицинской парадигме. «Устная история».

URL: <http://oralhistory.ru/talks/orh-1583>.

23. Сидоренко Л. И. Физика живого как наука о живом. Фізика живого, том 9, 2001, N2, с.131-137.
URL:<http://www.philsci.univ.kiev.ua/biblio/Sidorenko-fizika-jivogo.htm>.
24. Ситько С. П. Фундаментальные проблемы биологии с позиций физики живого. Сайт С.П.Курдюмова «Синергетика».
URL:<http://spkurdyumov.ru/mathmethods/fundamentalnye-problemy-biologii/>
25. Ситько С. П. Болезнь и лечение в представлениях квантовой медицины. Сборник трудов IV Международного конгресса «Слабые и сверхслабые поля и излучения в биологии и медицине», 2006.
URL: <http://www.biophys.ru/archive/congress2006/pro-p109.pdf>.
26. Глобальный план действий по повышению физической активности на 2018-2030 гг.
URL:http://apps.who.int/go/ebwha/pdf_files/EB142/B142_CONF3-ru.pdf.
27. Проект Закону України «Про систему громадського здоров'я».
URL:http://moz.gov.ua/uploads/1/5636-pro_20180620_1.pdf.
28. Слабкий Г. О., Миронюк В. І., Качала Л. О. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст. Україна. Здоров'я нації, 2017.
URL:http://irbid-nbu.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbu/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&I21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/Uzn_2017_3_8.pdf.
29. Матеріали Міжнародного науково-практичного круглого столу «Система електронного управління публічним здоров'ям територіальної громади», Полляна, 26.03.2018.
30. Морозов О.Ф., Сенюк Ю.В. Яка інноваційна система необхідна майбутньому України? Український журнал «Економіст», 2018, N5, с.4-21.

Юрий Владимирович Сенюк,

*к.ф.-м.н., национальный координатор Национальной сети общественного здоровья Украины, вице-президент Ассоциации ученых за инновационное развитие Украины, советник главы Национальной научно-технологической ассоциации Украины,
ул. Раевского, 34-36, г.Киев, 01042, Украина
iuriiseniuk@gmail.com*

Александр Федорович Морозов,

*д.т.н., профессор,
член совета Национальной сети общественного здоровья Украины, член Президиума Ассоциации ученых за инновационное развитие Украины, советник главы Национальной научно-технологической ассоциации Украины, заслуженный деятель науки и техники Украины,
ул. Раевского, 34-36, г.Киев, 01042, Украина,
morozov1110@hotmail.com*

Система общественного здоровья как инновационная проблема и фундамент устойчивого инклюзивного развития Украины

Аннотация. В статье рассматриваются пути, которые способны обеспечить постоянную социально-экономическую динамику собственной страны – базовый критерий производительности ее государства и эффективности государственной власти. Совокупность вышеприведенных авторами в статье соображений служит обоснованием постановки вопроса по формированию системы общественного здоровья как инновационной проблемы и фундамента устойчивого инклюзивного развития Украины. Фундамента, который

формирует здоровье каждого в интересах физического, духовного и социального благополучия всех.

Ключевые слова: экономика, развитие, страна, система, общественное, здоровье.

Yuri Senyuk,

Ph.D., National Coordinator of the National Network of Public Health of Ukraine, Vice-President of the Association of Scientists for Innovative Development of Ukraine, Advisor to the Head of the National Science and Technology Association of Ukraine,

Str.Raevsky, 34-36, м.Kiev, 01042, Ukraine

iuriiseniuk@gmail.com

Alexander Morozov,

Doctor of technical sciences, professor,

Member of the Council of the National Network of Public Health of Ukraine, member of the Presidium of the Association of Scientists for Innovative Development of Ukraine, Adviser to the Head of the National Science and Technology Association of Ukraine,

Honored Worker of Science and Technology of Ukraine

Str.Raevsky, 34-36, м.Kiev, 01042, Ukraine

morozov1110@hotmail.com

Public Health System. As an Innovative Problem and the Foundation for Sustainable Development of Ukraine

Abstract: The article examines ways that can provide a stable socio-economic dynamics of their own country – a basic criterion for the productivity of its state and the efficiency of state power. The whole set of the above mentioned by the authors in the article of reasoning serves as the justification for this statement of the question of the formation of the public health system as an innovation problem and the foundation of sustainable inclusive development of Ukraine. The foundation, which forms the health of everyone in the interests of physical, spiritual and social well-being of all.

Key words: *economy, development, country, system, public, health.*