

СОЦІАЛЬНА І ГУМАНІТАРНА ПОЛІТИКА



УДК 351.77-027.21/.22](091)

ІСТОРИЧНІ ДЖЕРЕЛА СТРАТЕГІЇ «ЗДОРОВ'Я У ВСІХ ДЕРЖАВНИХ ПОЛІТИКАХ» (XIX–XX СТОЛІТТЯ)



М. М. Білінська,

доктор наук з державного управління, професор, заслужений працівник освіти України, віце-президент Національної академії державного управління при Президентові України

Є. А. Кульгінський,

кандидат медичних наук, доцент, докторант кафедри управління охороною суспільного здоров'я, Національна академія державного управління при Президентові України

У статті наведено короткий огляд історії суспільного визнання важливості суспільних детермінант здоров'я й відповідних заходів у сфері державних політик. Досліджено період XIX–XX ст., коли в Європі сформувався сучасний рух за охорону суспільного здоров'я. Ідея того, що умови життя й праці справляють величезний вплив на здоров'я і що здоров'я формується в умовах повсякденного життя, отримало широке визнання, стало базисом для розробки низки державних стратегій. Розглянуто соціальні й політичні контексти, у яких були реалізовані такі заходи. Надано сутнісні характеристики історичних подій, які привели до виникнення стратегії «Здоров'я у всіх державних політиках» – HiAP (Health in All Policies).

Ключові слова: сфера охорони здоров'я, суспільні детермінанти здоров'я, оцінка впливу політичних рішень, історичні джерела.

М. М. Bilynska,

Doctor of Science in Public Administration, Professor, Professor of the Public Health Administration Chair, Vice-President of the National Academy for Public Administration under the President of Ukraine

E. A. Kulgin'skiy,

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

HISTORICAL SOURCES STRATEGY «HEALTH IN ALL POLICIES OF GOVERNMENT» (XIX–XX CENTURIES)

During the XIX–XX centuries in Europe had been formed the modern movement for the protection of public health. The idea that living and working conditions have a huge impact on the health, and that health is formed in the conditions of daily life, has been widely recognized, it became the basis for the development of a number of public policies.

The optimism of the post Second World war period led to the creation of UN agencies, including WHO. Established in 1948, the WHO Charter clearly sets out a broader approach to health issues and removes the need to address the issue of health by general intersectoral work.

A formal movement health promotion began in 1970th of the twentieth century and was based on a focus on changes in the lives and safety of treatment which is combined with psychological theories to reducing the risk of disease. The recognition that these approaches were limitedly successful the absence of deeper structural changes in the conditions that shape the health of people in their everyday life, are resulting in an increase of interest to the role played by all sectors of the public administration to strengthen or destruction of health.

In 1990th of the twentieth century it was provided scientific and practical concept of "Health in All Policies » (HiAP), which has implemented in a number of strategies for state and interstate level. HiAP approach is based on rights and obligations related to human health. It stressed the consequences of the impact of government policies on the determinants of health and aimed to increasing the accountability of politicians to influence for health of the population on all levels of political decision-making.

Key words: Health care, social determinants of health, evaluation of the impact of policy decisions, historical sources, health in all policies.

© Білінська М. М., Кульгінський Є. А., 2015

М. Н. Билинская,

доктор наук государственного управления, профессор, профессор кафедры управления общественным здравоохранением, вице-президент Национальной академии государственного управления при Президенте Украины

Е. А. Кульгинский,

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

ИСТОРИЧЕСКИЕ ИСТОЧНИКИ СТРАТЕГИИ «ЗДОРОВЬЕ ВО ВСЕХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПОЛИТИКАХ» (XIX–XX ВЕКА)

В статье приводится короткий обзор истории общественного признания важности общественных детерминант здоровья и соответствующих мер в сфере государственных политик. Исследован период XIX–XX вв., когда в Европе сформировалось современное движение за сохранение общественного здоровья. Идея того, что условия жизни и труда оказывают значительное влияние на здоровье и что здоровье формируется в условиях повседневной жизни, получило широкое признание, что стало базисом для разработки ряда государственных стратегий. Рассматриваются социальные и политические контексты, в которых были реализованы такие меры. Приведены сущностные характеристики исторических событий, которые привели к возникновению стратегии «Здоровья во всех государственных политиках» – HiAP (Health in All Policies).

Ключевые слова: сфера здравоохранения, общественные детерминанты здоровья, оценка влияния политических решений, исторические источники.

Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок з важливими науковими та практичними завданнями. Ідея про те, що формування індивідуального і суспільного здоров'я найчастіше зумовлено факторами, що не належать до сфери охорони здоров'я, багато обговорювалася державними, політичними діячами, науковцями в різні часи та в різних контекстах.

Суть ідеї зводиться до концепції суспільних детермінант здоров'я (що об'єднують соціальні, економічні й екологічні детермінанти), які є основою для застосування підходу HiAP (Health in All Policies). Детальний опис такого підходу буде зроблено в наступній публікації.

Аналіз останніх публікацій за проблематикою та визначення невирішених раніше частин загальної проблеми. У секторі охорони здоров'я велика увага приділяється організації та фінансуванню доступної і високоякісної допомоги. Це дуже важливий напрям діяльності, однак здоров'я не забезпечується тільки наданням медичних послуг, воно значною мірою зумовлено соціальними детермінантами здоров'я, які, разом узяті, впливають на здоров'я індивідів і цілих співтовариств [1; 2].

Здоров'я людей залежить від соціального, фізичного та економічного середовища, в якому вони живуть, а також від їхніх індивідуальних особливостей та поведінки. Нерівності стосовно здоров'я, тобто соціальні нерівності, яким можна запобігти, що мають неправомірний характер і є несправедливими відмінностями щодо здоров'я всередині країн і між ними, визначаються відмінностями соціальних детермінант або умов, що впливають на обставини, в яких люди народжуються, ростуть, навчаються, живуть і старіють, а також систем, створених для боротьби із захворюваннями [1; 3].

Державна політика може суттєво змінити ситуацію в питаннях здоров'я та справедливості сто-

совно здоров'я шляхом створення здорового оточення, що сприяє здоровому способу життя [1].

Формулювання цілей (мети) статті. Мета статті – зробити короткий огляд історії суспільного визнання важливості суспільних детермінант здоров'я і відповідних заходів у сфері державних політик для формування наукової позиції щодо важливості міжсекторального співробітництва у сфері охорони здоров'я; надати сутнісні характеристики історичних подій, які привели до виникнення стратегії «Здоров'я у всіх державних політиках» – HiAP (Health in All Policies).

Виклад основних результатів та їх обґрунтування. XIX ст. ознаменувалося народженням сучасного руху за охорону суспільного здоров'я в Європі. Ідея, що умови життя й праці справляють величезний вплив на здоров'я і що здоров'я формується в умовах повсякденного життя, отримала широке визнання. Промислова революція, що розпочалася в Сполученому Королівстві Великобританії, поширилася в Європі, що сприяло створенню великих міст зі швидко зростаючою чисельністю населення. Інфекційні захворювання (включаючи холеру, тиф) швидко поширювалися в антисанітарних умовах, у яких доводилося жити робітничому класу. В Англії доповідь Е.Чедвика «Про санітарні умови життя промислових робітників у Сполученому Королівстві» привела до прийняття в 1848 р. «Закону про суспільну охорону здоров'я», що надав місцевим органам влади повноваження ліквідувати антисанітарні умови і створити відповідні системи водопостачання й каналізації в містах [4]. Реформатори суспільних відносин, такі як Л.Вілерме у Франції, Ф.Енгельс в Англії та Р.Вірхов у Сілезії, усвідомлювали, що бідні люди є більш уразливими щодо хвороб, ніж багаті, і що соціальні умови в цій залежності мають життєво важливе значення. Усі науковці до-

кументально підтверджували несправедливі розбіжності в показниках здоров'я й виступали за вживання заходів у низці секторів державного управління з метою поліпшення умов життя бідних. Ф.Енгельс писав про умови життя робітничого класу в Манчестері 1844 р. [5]. Будучи переконаним у тому, що здатність протистояти хворобам є відображенням належності до певного класу й суспільного становища людини, він висловив припущення, що зміни в умовах праці й життя, імовірно, матимуть вирішальне значення в профілактиці захворювань. У 1848 р. Р.Вірхов зробив аналогічний висновок у повідомленні про епідемії тифу в регіоні пруської Верхньої Сілезії, відзначивши, що основною причиною епідемії є соціальні умови й умови праці [6]. Учений став найбільш авторитетним лідером революції 1848 р. в Німеччині й членом пруського парламенту.

Грунтуючись на роботі Р.Вірхова, С.Нейман підготував проект закону про охорону суспільного здоров'я в 1848 р. [2]. У законі йшлося про те, що суспільна охорона здоров'я повинна охоплювати суспільство в цілому, розглядаючи загальні фізичні й соціальні умови, які можуть негативно позначитися на здоров'ї (наприклад стан водопроводу й каналізації, промисловості, якість продуктів харчування й житлових умов), і захистити від того, що заважає їй стежити за своїм здоров'ям. Рекомендації С.Неймана були спрямовані на поліпшення харчування, житлових умов, збільшення кількості робочих місць і надання безкоштовної освіти. Досліджуючи зв'язки між багатством, бідністю й здоров'ям у Парижі, Л.Вілерме виявив явну залежність між відносним рівнем бідності й смертністю в 12 міських районах Парижа [7].

Таким чином, Ф.Енгельс, Р.Вірхов, С.Нейман і Л.Вілерме обґрунтували, що структури захворюваності відображають більш широкий спектр соціальної нерівності і що для зміцнення здоров'я й зниження частоти інфекційних захворювань необхідні відповідні заходи з боку уряду й міських влад.

Стало очевидним, що не розвиток медичних технологій, а підвищення матеріального добробуту привело до зниження смертності в період із середини XIX до середини XX ст. [8]. Також з'ясувалося, що економічне зростання само по собі не гарантує поліпшення здоров'я. Результати економічного зростання вплинули на здоров'я населення завдяки заходам держави щодо вдосконалення системи каналізації, міського планування й освіти. За це потрібно було боротися [9], і громадянське суспільство відіграло важливу роль у боротьбі за забезпечення сприятливих для здоров'я умов і пропаганді інвестицій у здоров'я. Наприклад, ак-

тивна асоціація «Здоров'я міст», заснована в Англії в 1844 р., провела громадські збори з вимогою вжити місцевою владою і центральним урядом заходів щодо поліпшення умов життя промислового робітничого класу, який формується, з метою збереження його здоров'я [10]. Діяльність профспілок, що зароджувалася, також відіграла важливу роль у боротьбі за здоров'я робітничого класу.

Друга половина XIX ст. охарактеризувалася реформами центральної й муніципальної влади, які привели до поліпшення житлових умов шляхом створення систем водопостачання й каналізації, міського планування, поліпшення продовольчого постачання, а також заходів щодо забезпечення освіти й грамотності населення. М.Л'юїс [11] також зазначає, що демократизація середини-кінця XIX ст. не тільки надала населенню виборче право, а й створила контингент виборців, які виступають на підтримку державних асигнувань для керування процесами вільного ринку.

Європейські суспільні рухи за охорону здоров'я XIX ст., по суті, демонструють політичний характер охорони суспільного здоров'я і те, як поєднання громадянських позицій і політичних дій приводить до розробки здорової суспільної політики [11]. Жодне з успішних досягнень не було результатом самостійних дій уряду, кожне з них передбачало участь ініціативних груп, що лобіювали і відстоювали здорові умови життя й змушували уряди вживати заходів щодо їх забезпечення.

У всіх промислово розвинених країнах період з 1900 р. до кінця 1930-х рр. характеризувався занепокоєністю щодо зміцнення здоров'я націй шляхом його покращання й подовження життя, а також якістю життя і чисельністю населення. Втручання держави в галузі освіти, соціальних послуг, промисловості й регулювання праці вплинули на здоров'я населення [12; 13]. У Сполучених Штатах Америки «Новий курс» президента Франкліна Д.Рузвельта у відповідь на Велику депресію 1930-х рр. виявився також сприятливим для здоров'я населення, оскільки привів до підвищення рівня зайнятості населення й забезпечив певний соціальний захист від наслідків депресії. Інші соціальні реформи цього періоду також вплинули на здоров'я, в тому числі пошук форми ідеальних міст і поліпшення медико-санітарної освіти (особливо для матерів і дітей). У цей час у багатьох промислово розвинених країнах турбота про стан здоров'я стала розглядатися як обов'язок громадянина, гідного своєї країни. Була також закріплена ідея, що уряди несуть певну відповідальність за здоров'я громадян і що умови життя відіграють ключову роль у питаннях здоров'я.

У більшості країн Організації економічного співробітництва й розвитку (ОЕСР) період із середини 1940-х до 1970-х рр. став періодом створення держав загального добробуту й поширення багатьох важливих соціальних детермінант здоров'я на населення країни в цілому. Це був час високого рівня зайнятості й досягнення більшої згоди щодо важливості загальної освіти, добробуту й охорони здоров'я. Як і в XIX ст., ця еволюція відбулася в результаті політичних і суспільних рухів, які боролися за створення держав загального добробуту. Вони сприяли усуненню несправедливостей відносно здоров'я, причому найбільш прогресивні держави загального добробуту мали найнижчий рівень несправедливостей відносно здоров'я своїх громадян [14; 15].

Оптимізм післявоєнного періоду привів до створення установ ООН, у тому числі ВООЗ. Центральне місце в роботі ООН займає прийняття Загальної декларації прав людини в 1948 р., присвяченої забезпеченню прав для всіх людей Землі. У підготовленому в тому самому році Уставі ВООЗ викладено більш широкий підхід до питань здоров'я й відображено необхідність вирішувати ці питання шляхом спільної міжсекторальної роботи. Наведемо виписку з Уставу ВООЗ стосовно міжсекторальної співпраці:

Стаття 2

Функціями Організації, що ведуть до досягнення зазначеної мети, будуть:

- у співробітництві (де це є необхідним) з іншими спеціалізованими установами, якщо буде потреба, сприяти запобіганню нещасним випадкам;
- у співробітництві (де це знадобиться) з іншими спеціалізованими установами сприяти поліпшенню харчування, житлових умов, санітарних умов, умов відпочинку, економічних умов або умов праці й інших гігієнічних умов навколишнього середовища;
- пропонувати прийняття конвенцій, угод і правил, розробити рекомендації з питань міжнародної охорони здоров'я й виконувати ті обов'язки, які у зв'язку із цим можуть бути покладені на Організацію і які відповідають її цілям.

Джерело: ВООЗ, 1948 р. [16].

Починаючи з 1960-х рр. багато країн, що розвиваються, стали на шлях до незалежності, чим підвищили своє значення в глобальній політиці, а в 1970-х рр. вони закликали до встановлення нового міжнародного економічного порядку. В цей час Міжнародна організація праці розробила стратегію основних потреб, у яку були включені питання задоволення матеріальних (наприклад у продовольстві й харчуванні, питній воді, житлі, одязі, здоров'ї, освіті) і нематеріальних потреб, що стосуються участі народу в прийнятті рішень з пи-

тань їх повсякденного життя й самостійності. Вони дістали широку підтримку як усередині ООН, так і серед донорів і країн, що розвиваються.

Суспільний рух за соціальну медицину, який зародився ще в XIX ст. у Латинській Америці, розвивався із акцентуванням уваги на соціальній базі здоров'я [17]. Сальвадор Альєнде (міністр охорони здоров'я (1939 р.), Президент Чилі в 1970–1973 рр.), був одним з основних прихильників цього напрямку. Він зазначав, що «...всі початі медичні заходи принесуть користь тільки тоді, якщо вони супроводжуються економічними й фінансовими рішеннями, які сприяють підвищенню рівня життя наших громадян» [19].

Деякі країни, що розвивалися, такі як Коста-Ріка, Куба, Шрі-Ланка, а також індійський штат Керала, впровадили інноваційні підходи, які ґрунтувалися на наданні не тільки первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), а й послуг із забезпечення здорових умов життя (наприклад освіта, житло, водопостачання й каналізація) [19–21]. Аналіз підходів цих країн свідчить про те, що вони досягли відносно високого рівня здоров'я, дотримуючись стратегій розвитку, які є пріоритетним в забезпеченні базових потреб населення. Д.Вернер і Д.Сандерс зазначають, що ці країни «зосередили свою увагу на наданні рівноправних форм обслуговування чи виробництва, спрямованих на залучення якомога більшої частини населення». Крім того, «у цих країнах запроваджено об'єднаний суспільний підхід до вирішення проблем і задоволення взаємних потреб. Дух єдності й спільної роботи в ім'я загального добра став основним мотивом» [22]. Освіта стала доступною широким верствам населення, що привело до ліквідації неграмотності. Сільське господарство було організовано на основі дрібних фермерських господарств, які вирощують продукти харчування для місцевого споживання, а не на експорт. Первинна медико-санітарна допомога стала основою системи охорони здоров'я.

Досвід країн із низьким рівнем доходу й високим рівнем здоров'я, а також ідея основних потреб і нового міжнародного економічного порядку, що обговорювалася під егідою ООН, були покладені в основу прийнятої ВООЗ концепції первинної медико-санітарної допомоги [23]. Це, у свою чергу, сприяло розвитку підходу до здоров'я, який глибоко вкорінився у суспільному розумінні здоров'я, що базувалося на важливості міжсекторальних дій зі зміцнення здоров'я населення. З огляду на потребу в участі й координації роботи всіх секторів, Алматинська Декларація ВООЗ (1978 р.) закликала уряди сформувавши національну політи-

ку, стратегії й плани дій для розгортання й підтримки всебічної ПМСД. У зв'язку із цим ВООЗ розпочала «міжсекторальні дії в інтересах здоров'я» у співробітництві з основними установами ООН [24] за допомогою стратегій, розроблених в окремих регіональних офісах.

Глобальна стратегія ВООЗ «Здоров'я для всіх» стала скоріше орієнтиром щодо поліпшення доступу до ПМСД, ніж точним планом дій. Труднощі на шляху перетворення стратегії в конкретні дії були пов'язані з відсутністю політичної й економічної підтримки, рекомендацій з реалізації стратегії, консерватизмом медичної професії. Незважаючи на зосередженість на міжсекторальних діях, концепція комплексної системи ПМСД не виправдала очікувань. Її реалізація була додатково послаблена концепцією вибіркової ПМСД [27; 28], що декларувала більш вузький набір дій, спрямованих на специфічні захворювання, а також не зовсім відповідала більш комплексному баченню Алма-Атинської декларації і її зосередженості на соціальних детермінантах [29].

Найбільші світові донори, що надають допомогу в розвитку систем охорони здоров'я, продовжували підтримувати концепцію вибіркової первинної медичної допомоги. Це поєднувалося із програмами структурної перебудови, які ще більше обмежували здатність країн, що розвиваються, надавати комплексні медичні послуги. У свою чергу, послаблена позиція сектору охорони здоров'я перешкоджала забезпеченню міжсекторального співробітництва [25–27; 30]. Це відбулося в глобальному контексті зсуву в бік неоліберальної політики, що сприяє приватизації, в умовах підвищеної уваги до цільових підходів з більш чіткими, обмеженими за часом діями, а також на основі фінансування з урахуванням результатів, де витрати й вигода, а також потоки коштів можуть легко простежуватися. Такий підхід погано узгоджується з підходом інтегрованих міжсекторальних дій і політики [26].

Формальний рух за зміцнення здоров'я розпочався в 1970-ті рр. з орієнтації на зміни в способі життя й безпечному поведженні, які засновані на психологічних теоріях по зменшенню факторів ризику захворювань. Визнання того, що ці підходи мали досить обмежений успіх за відсутності більш глибоких структурних змін умов, що формують здоров'я людей у їх повсякденному житті, призвело до підвищення інтересу до ролі всіх секторів публічного управління в зміцненні або руйнуванні здоров'я.

Іншим напрямом, що зумовив звертання до підходу НіАР, стала модель салютогенеза [31; 32]. Ідея того, що зміцнення здоров'я є справою,

відмінною від профілактики захворювань, була в центрі уваги під час проведення серії конференцій ВООЗ зі зміцнення здоров'я, які почалися в Оттаві в 1986 р. [33]. В Оттавській хартії зі зміцнення здоров'я йдеться про те, що здоров'я перебуває там, «де люди навчаються, працюють, розважаються і кохають». Хартія визначила 5 сфер діяльності, які мають важливе значення у формуванні здоров'я, включаючи важливість здорової суспільної політики. Цей підхід передбачає включення «питань здоров'я до порядку денного політиків усіх рівнів і всіх секторів, спрямовуючи їх у бік усвідомлення впливів на здоров'я їхніх рішень і взяття на себе відповідальності за забезпечення заходів щодо охорони здоров'я» [33]. Кожна наступна конференція зі зміцнення здоров'я розширювала й поглиблювала ідеї, що стосувалися зміцнення здоров'я. Поступово все більше уваги стало приділятися проблемам країн із низьким і середнім рівнями доходу й визнанню того, що зміцнення здоров'я має розглядатися не лише на глобальному, а й на національному рівні.

У 1980-ті рр. рух за зміцнення здоров'я привів до появи родинної концепції міжсекторальних дій з питань здоров'я й здорової суспільної політики, яка була використана для опису єдності дій у виробленні державної політики зі зміцнення здоров'я й усунення несправедливостей відносно здоров'я. Міжсекторальні дії в інтересах здоров'я передбачають спільну роботу з іншими секторами; сучасна суспільна політика наголошує на необхідності посилення впливів державної політики на здоров'я. Аналогічно до підходу НіАР основна мета цієї концепції – зміцнення здоров'я й усунення несправедливостей відносно здоров'я шляхом єдиних дій, що виходять за межі сектору охорони здоров'я.

З 1980 р. контекст вироблення політичних рішень сильно змінився. Як наслідок НіАР ставить більший акцент на багаторівневому принципі вироблення політичних рішень у сучасному глобалізованому світі. Це вимагає однозначного визначення гравців і рівнів управління, на яких приймаються рішення, що безпосередньо стосуються забезпечення права на здоров'я, а також взяття на себе відповідальності за впливи на здоров'я. Коло питань НіАР також поширюється на контекст надання медико-санітарної допомоги й рішення, що впливають на нормативно-правовий контекст, збирання доходів, розподіл ресурсів, доступ до послуг і навчання фахівців.

У 1980-х і 1990-х рр. реалізація ідеї міжсекторальних дій була найбільш успішною на місцевому рівні. Діяльність у межах проекту ВООЗ «Здорові міста» з метою реалізації положень Оттав-

ської хартії здійснювалася разом із міськими владами для реалізації серед муніципалітетів цілої низки заходів з метою зміцнення здоров'я [34]. Ці ініціативи, у яких відображалася більша турбота про здоров'я населення, були реалізовані в сотнях міст по всьому світу, охопили процеси розвитку міста й міського планування.

У 1990-ті рр. виокремилася науково-практична концепція «Здоров'я у всіх державних політиках» (HiAP), яка наразі реалізується в низці стратегій державного і міждержавного рівня.

Підхід HiAP базується на правах і обов'язках, пов'язаних зі здоров'ям людини. Він акцентує увагу на наслідках впливу державної політики на детермінанти здоров'я, і має на меті підвищити відповідальність політичних діячів за вплив на здоров'я населення на всіх рівнях прийняття політичних рішень.

У таблиці нами показано, які соціальні зрушення формували ідею міжсекторального співробітництва у сфері охорони здоров'я, що наприкінці ХХ ст. отримало назву Health in All Policies (HiAP).

Історичні джерела стратегії «Здоров'я у всіх державних політиках»

Період	Розвиток ідеї HiAP	Соціальний та економічний контекст
XIX ст.	Прогресивні соціальні реформатори відзначають вплив індустріалізації на рівноправність щодо здоров'я: наприклад, Л.Вілерме (Франція), Ф.Енгельс (Сполучене Королівство Великобританії), Р.Вірхов (Сілезія). Рух за медико-санітарну реформу в Сполученому Королівстві Великобританії; Е.Чедвік та Асоціація «Здоров'я міст». Соціальні й політичні рухи громадянського суспільства й профспілок сприяли забезпеченню значних поліпшень у харчуванні й побутових умовах населення (житлове будівництво й міське планування), що привело до кінця XIX ст. до збільшення тривалості життя	Промислова революція – масові соціальні безладдя. Ліберальний уряд початку – середини XIX ст. У Європі: соціальний і політичний рух за поліпшення умов життя й праці. Розвиток профспілок
XX ст.	1948 – створення ВООЗ. Латиноамериканський рух за соціальну медицину в період 1950–1960 рр.; підхід з позиції первинних потреб і приклад країн з низьким рівнем доходів і високим рівнем здоров'я. 1978 р. – Алма-Атинська декларація ВООЗ з первинної медико-санітарної допомоги. 1986 р. – Оттавська хартія ВООЗ зі зміцнення здоров'я; Проект «Здорові міста» (1995 р. – ВООЗ – Проект «Двадцять кроків для розвитку здорового міста»); 1988 р. – Аделаїда – рекомендації зі здорової суспільної політики й наступні конференції ВООЗ зі зміцнення здоров'я	Перша світова війна – фокусування більшої уваги на здоров'ї населення. Національне будівництво, евгенічний рух. Велика депресія, «Новий курс» у Сполучених Штатах Америки. Формування держав загального добробуту, що гарантують освіту, охорону здоров'я, житло й соціальний захист. Розвиток неолібералізму, зниження ролі держави, у тому числі програми структурної перебудови в період 1980–1990 рр.; Вашингтонський консенсус (1989); заснування в 1995 р. Світової Організації Торгівлі (СОТ); Первинна медико-санітарна допомога; Доповідь Світового банку про світовий розвиток: інвестиції в охорону здоров'я
XXI ст.	Цілі тисячоліття в галузі розвитку (ЦТР). 2000 р. – Хартія здоров'я народів. ЄС: «Здоров'я у всіх стратегіях» 2008 р. – Комісія із соціальних детермінант здоров'я. 2011 р. – Нарада високого рівня Генеральної Асамблеї ООН з профілактики неінфекційних захворювань і боротьбі з ними, Ріо-де-Жанейрська політична декларація із соціальних детермінант здоров'я. 2013 р. – 8-ма Глобальна конференція зі зміцнення здоров'я	Світова фінансова криза, захист банків від банкрутства й режим твердої економії. Дедалі більше усвідомлення неминучості екологічної кризи

Усе частіше використовувани в останніх міжнародних деклараціях терміни «весь уряд» й «все суспільство» акцентують увагу на досягненнях уряду або широких соціальних цілях і, в контексті здоров'я, на ролі сектору охорони здоров'я в досягненні цих цілей. Підхід, що можна позначити терміном «весь уряд», застосовується до урядових структур. Однак підхід, позначений терміном «усе суспільство», не створює різниці між ролями гравців, що беруть участь у формуванні політики, і ставить, наприклад, приватний сектор в один ряд із демократично обраними органами управління й громадськими організаціями. Терміни «весь уряд» і «все суспільство» перетинаються з концепцією НіАР по деяких напрямках, але вони більше відображають урядові або більш широкі цілі, які охоплюють питання здоров'я; НіАР звичайно розглядається насамперед з позиції сектору охорони здоров'я, до якого потім підключаються інші сектори.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Таким чином, ідея оцінки впливу на здоров'я й зменшення несправедливостей відносно здоров'я в усіх секторах не нова й бере свій початок принаймні з XIX ст. Протягом XIX–XX ст. в Європі сформувався сучасний рух за охорону суспільного здоров'я. Ідея того, що умови життя й праці справляють величезний вплив на здоров'я і що здоров'я формується в умовах повсякденного життя, отримала широке визнання, стала базисом для розробки низки державних стратегій.

Заходи у сфері охорони суспільного здоров'я, в тому числі в міжсекторальний підхід, неминуче є

видом політичної діяльності й не підпорядковуються раціональним лінійним процесам розвитку.

Реформи охорони суспільного здоров'я не можуть відбуватися без наявності політичної волі. Суспільні рухи відіграють важливу роль у створенні цієї волі (боротьба за право на здоров'я й умови, що йому сприяють) і діють як попередники політичних і адміністративних реформ, які спрямовані на поліпшення соціальних умов й умов навколишнього середовища.

У сфері глобальної охорони здоров'я міжнародні донори більше прагнуть підтримувати процедури із чітко встановленими термінами й показниками, у яких остаточний результат може бути вимірний, а рух коштів – відслідкований. Крім того, медичне співтовариство не змогло забезпечити постійну підтримку заходів, що виходять за рамки їх професійної компетенції і безпосередніх повноважень.

У 1990-ті рр. XX ст. з'явилася науково-практична концепція «Здоров'я у всіх державних політиках» (НіАР), яка наразі реалізується в низці стратегій державного і міждержавного рівня. Підхід НіАР базується на правах і обов'язках, пов'язаних зі здоров'ям людини. Такий підхід зосереджений на наслідках впливу державної політики на детермінанти здоров'я і спрямований на підвищення відповідальності політичних діячів за вплив на здоров'я населення на всіх рівнях прийняття політичних рішень.

Усе це є свідченням того, що визначена та обґрунтована науково-практична концепція у сфері охорони суспільного здоров'я потребує вдосконалення та подальших фахових дискусій науковців і практиків.

Список використаних джерел

1. McKeown T. The role of medicine: Dream, mirage, or nemesis? Princeton : Princeton University Press; 1979 .
2. Rosen G. A history of public health. Expanded edition. Baltimore, Johns Hopkins University Press; 1993.
3. Whitehead M (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22(3):429–445.
4. Kearns G (1988). Private property and public health reform in England 1830–1870. *Social Science & Medicine*, 26(1):187–199.
5. Engels F. The condition of the working class in England. New York, Oxford University Press, 1993.
6. Waitzkin H (1981). The social origins of illness: a neglected history. *International Journal of Health Services*, 11(1):77–103.
7. Birn A (2010). «Historicising, politicising and futurising». Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. In: Bhattacharya S, Messenger S, Overy C, eds. Social

References

- determinants of health: assessing theory, policy and practice. Hyderabad, Orient Black Swan: 76–113.
2. McKeown T. The role of medicine: dream, mirage or nemesis. London, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1976.
3. Szreter S (1988). The importance of social intervention in Britain's mortality decline c.1850–1914: a re-interpretation of the role of public health. *Social History of Medicine*, 1988, 1(1):1–38.
4. Ashton J, Seymour H. The new public health: the Liverpool experience. Milton Keynes, Open University Press, 1988.
5. Milton Lewis. The people's health. Vol. I: Public health in Australia, 1788–1950; Vol. II: Public health in Australia, 1950 to the present, *Contributions in Medical Studies*, No. 49, Westport, CT, and London: Praeger. 2003. Vol. vol. 1; : pp. xii, 311; Vol. vol. 2; : pp. xii, 346.
6. Powles J. Professional hygienists and the health of the nation. In: MacLeod RM, ed. *The commonwealth of science: ANZAAS and the scientific enterprise in*

- Australasia, 1888–1988. Melbourne, Oxford University Press. 1988, 292–307.
13. Baum F. The new public health. 3rd ed. South Melbourne, Oxford University Press, 2008.
 14. Lundberg O et al. (2008). The role of welfare state principles and generosity in social policy programmes for public health: an international comparative study. *The Lancet*, 372(9650):1633–1640.
 15. Chung H, Muntaner C (2008). Welfare regime types and global health: an emerging challenge. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(4):282–283.
 16. WHO (2006). Basic documents. Forty-seventh edition. Constitution of the World Health Organization. Geneva, World Health Organization (<http://apps.who.int/gb/bd/>, accessed 12 March 2013):2.
 17. Waitzkin H et al. (2001). Social medicine then and now: lessons from Latin America. *American Journal of Public Health*, 91(10):1592–1601.
 18. Allende S (2006). Chile's medical-social reality –1939 (excerpts). *Social Medicine*, 1(3):151–155.
 19. Rifkin SB, Muller F, Bichmann W (1988). Primary health care: on measuring participation. *Social Science & Medicine*, 26(9):931–940.
 20. Mburu FM, Boerma JT (1989). Community-based health care 10 years postAlma Ata. *Social Science & Medicine*, 28(10):1005–1006.
 21. Newell KW, ed. (1975). *Health by the people*. Geneva, World Health Organization.
 22. Werner D, Sanders D, Brelsford A (1997). Questioning the solution: the politics of primary health care and child survival. Palo Alto CA, HealthWrights:117.
 23. WHO (1978). Declaration of Alma-Ata. Geneva, World Health Organization [Electronic resource]. – URL: (http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf, accessed 7 February 2013).
 24. WHO (1986). Intersectoral action for health: the role of intersectoral cooperation in national strategies for Health for All. (A39/ technical discussions/1). Geneva, World Health Organization.
 25. Ollila E, Koivusalo M (2002). The World Health Report 2000: World Health Organization health policy steering off course – changed values, poor evidence, and lack of accountability. *International Journal of Health Services*, 32(3):503–514.
 26. Koivusalo M, Ollila E (1997). *Making a healthy world: agencies, actors, and policies in international health*. London, Zed Books.
 27. Walsh JA, Warren KS (1979). Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *New England Journal of Medicine*, 301(18):967–974.
 28. Warren KS (1988). The evolution of selective primary health care. *Social Science & Medicine*, 26(9):891–898.
 29. Baum F, Sanders D (1995). Can health promotion and primary health care achieve Health for All without a return to their more radical agenda? *Health Promotion International*, 10(2):149–160.
 30. Unger JP, Killingsworth JR (1986). Selective primary health care: a critical review of methods and results. *Social Science & Medicine*, 22(10):1001–1013.
 31. Antonovsky A (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1):11–18.
 32. Kickbusch I (1996). Tribute to Aaron Antonovsky – 'What creates health'. *Health Promotion International*, 11(1):5–6.
 33. WHO (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>, accessed 7 February 2013):1.
 34. Price C, Tsouros A, eds. (1996). *Our cities, our future: policies and action plans for health and sustainable development*. Copenhagen, WHO Healthy Cities Project Office:100.