

Андрій КЛАНЦА

Інститут підготовки кадрів Державної служби зайнятості України

УМОВИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ ЯК СКЛАДОВОЇ ЧАСТИНИ НАЦІОНАЛЬНОЇ БЕЗПЕКИ ДЕРЖАВИ

Наводиться теоретико-методологічний аналіз основних факторів громадського здоров'я як умови національної безпеки. На підставі цього пропонується авторська концепція ранжування керованих, некерованих та опосередкованих умов, які визначають сферу повноцінної життєдіяльності людини в сучасному світі, ідентифікується функціональний вплив основних факторів громадського здоров'я на створення оптимуму показників соціальної безпеки громадянина в умовах зростаючих внутрішніх та зовнішніх викликів.

Ключові слова: охорона здоров'я, громадське здоров'я, національна безпека, національні інтереси, моніторинг здоров'я нації, соціальна безпека у сфері громадського здоров'я, демографічні загрози, оптимальна життєдіяльність.

Andrii Klantsa. The conditions of ensuring of public health in Ukraine as a component of national security of the state

The theoretical and methodological analysis of the main factors of public health as a condition of national security is presented based on the author's concept of ranking of managed, uncontrolled and mediated conditions that determine the sphere of full-fledged human life in the modern world, the functional influence of the main factors of public health I am to create the optimum indicators of social security of a citizen in conditions of growing internal and external challenges is identified.

Key words: health care protection, public health, national security, national interests, monitoring of the nation's health, social security in public health, demographic threats, optimal livelihoods.

Стан громадського здоров'я традиційно визначає соціально-економічний, політичний та геополітичний потенціал держави, залежний від впливу певних факторів, які забезпечують відповідний стиль життєдіяльності суспільства, впливають на якість та безпеку його життя. У цьому контексті фактори дозволяють простежити рівень залежності громадського здоров'я від зовнішніх об'єктивних і суб'єктивних умов та причин фізичної повноцінності буття людини в сучасному світі. З огляду на це фактори являють собою опредмечені форми процесу й результату умов налагодження повноцінної життєдіяльності людини шляхом досягнення відповідних параметрів гармонійності та утвердження фізичної досконалості як умов професійного розвитку та саморозвитку людини.

Ідентифікуючи фактори, які розкривають зміст інтегрованої взаємодії умов та причин, які визначають якість фізичної життєдіяльності людини в сучасному світі, доцільно враховувати й «змінні», що визначають сферу якості здоров'я та життя людини. Ідеться про обставини, які за певних умов блокують розвиток життєдіяльності людини, виступаючи в ролі транскрипційних самостійних констант, на яких базується сфера оптимального буття людини. Це тим самим дозволяє розуміти фактори забезпечення громадського здоров'я як універсальну умову забезпечення суб'єктивного добробуту особистості в межах певної константної реальності.

Цікавою є методологічна конструкція підходів до ідентифікації здорового способу життя в межах різних дослідних шкіл. Так, А. Грін та С. Макдоналд під визначальним фактором громадського здоров'я розуміють здоровий спосіб життя, ідентифікуючи його як «максимальну кількість біологічних і соціально цілісних форм та способів життєдіяльності, які адекватні потребам і можливостям індивіда, усвідомлено реалізуються ним з метою формування, збереження та зміцнення здоров'я, декларуючи в такий спосіб його здатність до продовження роду і досягнення активного довголіття» [11] (тут і далі переклад наш. – А. К.). Згідно з

цим підходом під здоровим способом життя доцільно розуміти дві умови життєдіяльності людини, а саме генетичну заданість та соціальну активність, яка дозволяє людині цілісно реалізуватись у конкретних умовах її життєдіяльності. Саме тому С. Сайвеж та А. Вікейс сутність здорового способу життя пропонують чітко ідентифікувати через синхронність генетичної обумовленості конкретних умов життєдіяльності людини, «спрямованих на формування, збереження та зміцнення здоров'я і на повноцінну реалізацію людиною її соціобіологічних функцій» [22]. У такий спосіб розкривається чітко індивідуалізований аспект реалізації здорового способу життя людини, оскільки він базується на її індивідуально-типологічних особливостях та морфофункціональних проявах сприйняття та впливу на конкретну ситуацію, у якій перебуває людина. Отже, учені конкретизували основні фактори, які розкривають зміст особистісно-мотиваційних особливостей конкретної людини, дозволяють простежити динаміку її ціннісних орієнтирів та життєвої статичності. До таких факторів здорового способу життя вони зараховують: оптимальний руховий режим; тренування імунітету і загартовування; раціональне харчування; психофізіологічну регуляцію; психосексуальну і статеву культуру; раціональний режим життя; відсутність шкідливих звичок; валеологічну самоосвіту [22].

Метою статті є теоретико-методологічний аналіз основних факторів забезпечення громадського здоров'я як умови національної безпеки держави. Досягнення цієї мети обумовлює вирішення таких завдань: розробити власну концепцію ранжування керованих, некерованих та опосередкованих умов, які визначають сферу повноцінної життєдіяльності людини в сучасному світі та забезпечують створення оптимуму показників соціальної безпеки суспільства та громадянина, які визначають потенціал національної безпеки держави.

Більшість факторів навколишнього середовища, які негативно позначаються на стані громадського здоров'я, традиційно активізуються внаслідок взаємодії людини та навколишньої дійсності. Однак через надмірний вплив людини на навколишнє середовище, це середовище не лише становить потенційну небезпеку для життєдіяльності людини та можливості втрат її фізичного існування, але й сприяє створенню умов для її гармонійного фізичного й духовного розвитку. З огляду на це аби «середовище проживання сприяло підтримці і зміцненню здоров'я людини, збереженню її оптимальної життєдіяльності, необхідні певні дії для створення такого середовища або дії, що зменшують несприятливі прояви» [3]. До таких дій Дж. Грейнт відносить активну роль медичних працівників, які виконують первинні медико-санітарні функції, відповідні інституції, що забезпечують реалізацію наглядових функцій (держепідемогляд і под.).

Окремим фактором повноцінності громадського здоров'я є здорове харчування, оскільки саме воно є необхідною структурною умовою забезпечення працездатності та активного довголіття, задовольняючи фізіологічні потреби людини, відновлюючи її енергію. За даними експертної групи біодосліджень Британського інноваційного інституту, починаючи з 1992 р. відбулося «різке і глибоке погіршення харчування більшості населення у світі. Зокрема, у 1995 р. порівняно з 1991 р. споживання (включаючи імпорт) м'ясопродуктів у цілому знизилося на 28 %, масла – на 37 %, молока і цукру – на 25 %, а у 1996 р. миське населення в середньому стало отримувати менше ніж 55 г білка на день» [26]. Головною причиною погіршення харчування є «різке розшарування за доходами», унаслідок чого відбувся спад споживання цінних продуктів харчування, який зосередився виключно на тій частині населення, яка відчувала крайню бідність і не була готовою змінити своє соціальне становище. Фактологічним підтвердженням причинності зниження індикаторів неякісного харчування також слугують високі показники «зростання чисельності породіль, у яких на момент пологів була анемія. Якщо у 1980-ті рр. анемія до моменту пологів була у 4 – 5 % породіль, і це викликано в основному індивідуальними особливостями

здоров'я, то в період реформ анемія породіль стала соціальною загрозою. У 2000 р. вона була у 43,9 % породіль, у 2003 р. – у 41,8 %, а у 2016 р. – у 67 %» [21]. Це свідчить про те, що зниження показників здорового харчування під час вагітності є провокативно-деструктивним фактором порушення конструктивної цілісності громадського здоров'я, а отже, детермінованою умовою зниження загального добробуту суспільства.

Варто зазначити, що Україна належить до держав з високими показниками диференціації населення за рівнем доходів, що тим самим детермінує умови значного розширення та глибинної відмінності між різними дохідними групами в суспільстві. Хоча за станом на 1 січня 2017 р. серед населення України «зросло споживання високоефективних продуктів харчування і знизилось малоефективних, однак споживання м'яса і м'ясопродуктів, фруктів та ягід перебуває на низькому рівні нормативних показників розвинутих країн» [6]. Це свідчить про те, що досі в Україні зберігається суттєва диференціація в споживанні ефективних продуктів харчування між різними прибутковими групами населення. Так, «основна частина населення через низьку купівельну спроможність не може забезпечити себе продуктами харчування, необхідними для підтримки активного і здорового життя» [6].

Аби гарантувати здорове харчування населення, держава має здійснювати програмну політику забезпечення його якісними продуктами, що передбачає «розвиток вітчизняного агропромислового і рибогосподарського комплексів, оперативне реагування на внутрішні та зовнішні загрози стабільності продовольчого ринку, досягнення і підтримання фізичної та економічної доступності для кожного громадянина країни безпечних харчових продуктів в обсягах і асортименті, які відповідають встановленим раціональним нормам споживання харчових продуктів, необхідних для активного і здорового способу життя; розробку системи виховання і навчання навичкам здорового харчування різних груп населення, починаючи з перших років життя людини» [20]. Варто зазначити, що основний зміст програмної політики в цій сфері має бути зацентований на зміцненні здоров'я дітей, а це, у свою чергу, повинно супроводжуватися виробленням та утвердженням цінностей, знань та звичок ведення здорового способу життя та налагодження здорового харчування від народження людини.

Інтегративним фактором громадського здоров'я як умови національної безпеки держави є медичне забезпечення. У функціональному й ранжувальному відношенні медичне забезпечення посідає найнижче місце, оскільки традиційно людина своє самопочуття пов'язує з власним потенціалом життєдіяльності, а не зі сподіваннями на зовнішню ресурсну силу, у ролі якої і виступають інститути, покликані надавати послуги у сфері медичного забезпечення. Підтвердженням такої позиції є також і той факт, що основним спрямуванням медицини протягом багатьох століть було попередження захворювань, однак її сучасний розвиток чітко увиразнив її нову тенденцію – спеціалізацію лікування хвороб та зменшення уваги збереженню здоров'я. У загальнопланетарному відношенні лише від 7 до 15 % громадян якість свого життя та продовження його тривалості пов'язують з ефективним медичним забезпеченням. Це теоретично аргументує занижену роль інститутів медичного забезпечення в життєдіяльності людини в сучасному світі. Однак з метою утвердження життєдіяльності людини увиразнюється потреба до іманентної зміни цієї тенденції й відповідного ставлення до інституціоналізації ролі медичного забезпечення.

Водночас у межах медичного забезпечення на особливу увагу заслуговує концепція відомого філософа С. Чепмена, який розмежував поняття «здоров'я – медицина» та «медицина – здоров'я», які мають різне функціонально-смісловне навантаження, що тим самим розкриває їх смислову суперечність [16]. Це, зокрема, учений пояснює тим, що не обов'язково ефективна діяльність інститутів медичного забезпечення здатна гарантувати якість здоров'я громадян і навпаки – якість здоров'я громадян не обов'язково визначається якістю медичних послуг. Методологічна

причина цього полягає у відмінному функціональному імперативі, який закладається в основу науки про хвороби та в основу науки про здоров'я. Аби ретранслювати цей імператив для сучасних умов життєдіяльності людини, медицина як окрема наука має бути спрямована на утвердження нового профілю боротьби за здоров'я громадян, гарантуючи розширення показників тривалості життя, а відтак і параметрів національної безпеки сучасної держави.

Обґрунтування статусності фактору медичного забезпечення в системі забезпечення громадського здоров'я також обумовлене і тим, що в сучасному світі майже кардинально змінилася структура захворювань, а саме «інфекції становлять в статистиці захворюваності лише близько 10 %, тоді як неінфекційні соматичні хвороби, функціональні розлади психіки, алкоголізм, наркоманія становлять 40 % захворюваності. Із сотень багатьох відомих хвороб у 85 % випадків смертей причинами є лише десять – атеросклероз, гіпертонічна хвороба, ожиріння, імунодепресія, аутоімунні хвороби, метаболічні порушення, психічні депресії, злоякісні захворювання» [14]. Це свідчить про те, що сучасна медицина є достатньо обмеженою у своєму ресурсному потенціалі щодо попередження відповідних форм патологій та захворювань, які мають чітко виражену об'єктивну основу. А тому її первинні спрямування передусім повинні стосуватися збереження здоров'я, а вже потім лікування захворювань. Це і створило достатньо усталену тенденцію в сучасному світі, яка демонструє, що 80 % населення планети, яке перебуває в передхворобливому стані, згодом переходить у категорію хворих і навіть досить швидко важких хворих.

З огляду на це у 1986 р. Огавська хартія зі зміцнення здоров'я закликала Всесвітню організацію з охорони здоров'я приділяти увагу питанням здоров'я, а не хвороб, що тим самим має змінити взаємини між інститутами медичного забезпечення та населенням. Беручи це до уваги, відомий учений Г. Шелтон наголосив на тому, що найбільшою потребою нашого століття «мають стати правильні знання про фізіологію нашого організму і закони, які керують життям, здоров'ям і хворобою» [1]. В іншому випадку світу загрожують глобальні катаклізми, пов'язані з втратою біологічної життєдіяльності людини. Аби протистояти цьому, слід вирішити проблему діалектичної єдності здоров'я людини, її способу життя та спроможності відповідних інститутів надати їм необхідне медичне забезпечення. Це свідчить про запровадження нової теорії здоров'я, яка б артикулювала ідею його збереження та зміцнення шляхом запровадження цілісної системи, яка б поєднувала основні компоненти гармонійної життєдіяльності людини, серед яких: фізіологія, емоції, психіка, душа, інтелект. Це має бути своєрідною гностичною нормою для фізичного оздоровлення людини та її гармонійного душевного існування.

Нова теорія здоров'я, на нашу думку, повинна стати методологічною основою для впровадження гностичних прийомів виявлення та локалізації передхворобливих станів громадян шляхом реалізації активних прийомів первинної профілактичної діяльності. Це дозволить досягнути відповідної цілісності між створенням безпечного навколишнього середовища та безпечної і гармонійної життєдіяльності людини, що тим самим сприятиме усуненню не лише факту захворюваності, але й з'ясуванню причинності, яка йому передує. Йдеться про нову модель здоров'я людини в сучасному світі, яка дозволить здійснити не лише функціональну корекцію життєдіяльності людини, але й проранжувати закономірності, які слугують забезпеченню оздоровлення та гармонійності її повноцінного буття. Тобто йдеться про активізацію адаптаційних можливостей людини в сучасних умовах. Саме тому, на думку К. Вулппа, «аби змусити працювати ці сили організму на оздоровлення, необхідно стимулювати їх за допомогою засобів, які сформувались в еволюції людства, серед яких рух, температурні впливи, натуральне харчування, нормалізація психічної ситуації» [23]. У його розумінні це дозволить вирішити дві позиції забезпечення гармонійної

життєдіяльності людини: стратегічну – досягнення здоров'я і тактичну – усунення явищ, які провокують захворюваність людини.

Доцільність утвердження нової моделі здоров'я в сучасному світі сьогодні обумовлена різким падінням показників ефективності медицини. Це, на думку С. Лейна, пов'язано з неврахуванням низки стратегічних тенденцій, які знизили її інституційну роль. До таких тенденцій він зараховує:

1. Розуміння людини як втілення набору органів, а не цілісної системи, у якій всі фізичні складники пов'язані з іншими, нематеріальними – емоції, психіка, душа, інтелект.

2. Будь-які лікарські препарати і хірургічне втручання, являючи собою «гуманну» допомогу ззовні, забезпечують лише тимчасове і поверхове лікування.

3. Самовідновлення і саморегуляція є невід'ємною якістю організму, у переважній більшості людей таке уявлення сприймається як помилкове, яке сформувалося під впливом навчання, медицини, реклами тощо [25].

Наведені тенденції слугують підтвердженням ще одного факту низької залежності громадського здоров'я від інституціональних параметрів медичного забезпечення, висуваючи на передній план пошук нових констант для зміни такого ставлення до забезпечення повноцінної життєдіяльності людини. З огляду на це стратегічна мета держави та системи її національної безпеки має полягати в збереженні та охороні здоров'я громадян як головного пріоритету вироблення державної політики. Це розкриває багатоаспектність громадського здоров'я як цілісного об'єкта, який враховує низку факторів, що впливають на показники життєдіяльності суспільства. Отже, до таких факторів Ф. Шорт пропонує віднести: генетичні та біологічні фактори, властиві людині; фактори середовища перебування населення, включаючи демографічні, екологічні, економічні, соціальні та політичні; фактори життєдіяльності членів суспільства в трудовому та побутовому мікросередовищі, які визначають їх спосіб життя; фактори «вантажу хвороб» у суспільстві (захворюваність, хворобливість, інвалідність населення і под.); фактори рівня розвитку охорони здоров'я [4].

Наведена вище шкала факторів громадського здоров'я як цілісного об'єкта дозволяє охарактеризувати прояв особистісного ставлення громадян до власного здоров'я, що конкретизується у відповідних факторах, які підтверджуються відповідною статистикою. У загальнотенденційному контексті, який описують експерти світового банку, це свідчить про те, що в країнах пострадянського простору «64,1 % – не дотримуються режиму харчування; 76,4 % – не займаються ранковою гімнастикою; 33,7 % – регулярно курять, із них 48 % – викурюють від 11 до 20 і більше цигарок на день; 84,7 % – вживають алкогольні напої, у тому числі кожен четвертий вживає міцні напої регулярно» [18]. Статистика вказує на той факт, що більшість громадян у ставленні до свого здоров'я виходить із певної стереотипності його підтримання та збереження, декларуючи ставлення до нього як до «легковідновлювального ресурсу», слабо усвідомлюючи потребу турботи про нього. Через це в суспільстві відсутня методологічна звичка гностично турбуватися про здоров'я та індикативно протистояти шкідливим звичкам.

У межах кожної держави має успішно функціонувати цілісна й мобільна система розвитку охорони здоров'я, яка б забезпечувала нормативні показники «належної життєдіяльності» громадян у суспільстві. Такий підхід передбачає запровадження практики комплексного моніторингу деконструктивних викликів громадського здоров'я за різними напрямками, зокрема: профілактична спрямованість охорони здоров'я; якість харчування; поширення ВІЛ-інфекції, туберкульозу, наркоманії, алкоголізму [27].

Запровадження комплексного моніторингу деконструктивних викликів у сфері громадського здоров'я включає відповідний інструментарій: методи описової статистики [8]; інтегрований аналіз динаміки соціально-економічних показників

життєдіяльності суспільства та їх ранжування [29]; регресивний аналіз побудови профілей територій за якісними показниками поширення загроз безпеки [28]. З огляду на це комплексний моніторинг деконструктивних викликів у сфері громадського здоров'я дозволяє перетворити негативний вплив факторів громадського здоров'я на конструктивну площину зміцнення якості суспільної життєдіяльності громадян шляхом попередження та блокування процесів поширення відповідних хвороб та епідемій, які мають чітко виражений соціальний компонент. Відповідно до цього умовою зміцнення громадського здоров'я повинна стати профілактична діяльність інститутів у сфері охорони здоров'я, які б слугували отриманню належного соціально-економічного ефекту, який виявляється через: попередження та зниження захворюваності та смертності [5]; збільшення тривалості життя [9]; забезпечення активності працездатності громадян [7].

У такий спосіб це ставить питання про посилення функцій забезпечення соціально-економічної безпеки держави у сфері громадського здоров'я шляхом «формування правового забезпечення діяльності інститутів держави у відповідній сфері, посилення організаційно-економічних механізмів, їх функціонування, розроблення та запровадження заходів і методів регулювання і організації системи охорони здоров'я, координації міжнародної взаємодії у зазначеній сфері діяльності» [15]. Аби держава мала належний ресурсний потенціал попередження та стримання дії деструктивних факторів порушення системи громадського здоров'я, повинна бути ефективною державна політика у сфері охорони здоров'я та запроваджений ефективний інструментарій державної підтримки цієї галузі. Такий інструментарій передусім включає прийняття державних, регіональних, обласних, цільових, галузевих та міжгалузевих програм, які б слугували вдосконаленню системи зміцнення громадського здоров'я. Це передусім передбачає такі три основні параметри: 1) підвищення якості та забезпечення доступності медичної допомоги для всіх верств населення; 2) удосконалення системи фінансування галузі; 3) удосконалення системи підготовки медичних кадрів [12]. Цей інструментарій, на нашу думку, слугуватиме підвищенню потенціалу безпеки життєдіяльності громадян, який розуміють як «комплексну характеристику результату функціонування охорони здоров'я, яка виражає можливий ступінь відображення загроз громадському здоров'ю» [12].

Таким чином, стратегічними напрямками забезпечення національної безпеки у сфері забезпечення громадського здоров'я на середньострокову перспективу мають стати «посилення профілактичної спрямованості охорони здоров'я, орієнтація на збереження здоров'я людини, удосконалення інституту сім'ї, охорони материнства, батьківства і дитинства як основи забезпечення життєдіяльності суспільства» [12]. Аби в такий спосіб структурно нівелювати деструктивну дію інтегративних факторів громадського здоров'я, які призводять до порушення стабільності функціонування системи національної безпеки держави, доцільно запровадити програмну методологію їх блокування, яка б включала: формування національних програм (проектів) з лікування соціально небезпечних захворювань (онкологічні, серцево-судинні, діабетологічні, фтизіатричні захворювання, наркоманія, алкоголізм), які б включали розробку єдиних національних підходів до діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів [17]; розвиток системи управління якістю та доступністю медичної допомоги, підготовка фахівців у галузі охорони здоров'я [2]; забезпечення якісної зміни структури захворювань і ліквідації передумов епідемій, у тому числі зумовлених особливо небезпечними інфекційними патогенами, за рахунок розробки й реалізації перспективних технологій та національних програм державної підтримки профілактики захворювань [13].

У межах дослідження також варто акцентувати увагу й на тому факті, що запровадження програмної методології блокування негативних факторів громадського здоров'я слугує зміцненню та розширенню сфери національної безпеки держави. З огляду на це, на думку Т. Ленда, «зміцненню національної безпеки слугує

підвищення якості та доступності медичного обслуговування за рахунок використання перспективних інформаційних і телекомунікаційних технологій, державної підтримки перспективних розробок у галузі фармацевтики, біотехнологій і нанотехнологій, а також модернізації економічних механізмів функціонування охорони здоров'я та розвиток матеріально-технічної бази державної й муніципальної систем охорони здоров'я з урахуванням регіональних особливостей» [10].

Дослідження громадського здоров'я як умови національної безпеки держави також конгломеративно дозволяє його ідентифікувати як явище, яке має чітко виражений тимчасовий вимір, що визначає сферу його наслідків. Такий контекст дозволяє враховувати соціальні наслідки зниження рівня громадського здоров'я населення, прогнозувати незмінність об'єктивних втрат майбутніх поколінь громадян, які недооцінюють його гностичну цінність та можливість поширення окремих видів захворювань. Саме тому пріоритет громадського здоров'я має бути покладений в основу діяльності органів державної влади всієї вертикалі від центрального до місцевого рівня. У стратегічному й тактичному відношенні це має супроводжуватися запровадженням програмно-цільового підходу до планування «соціально-економічних, лікувально-профілактичних, еколого-гігієнічних заходів, спрямованих на забезпечення медико-санітарної безпеки у сфері громадського здоров'я» [24]. Однак у межах запровадження цього підходу варто враховувати фактор високої інерційності медико-демографічних процесів, які відбуваються в сучасному суспільстві. Це свідчить про те, що досягнути суттєвої й позитивної динаміки у сфері громадського здоров'я надзвичайно складно, оскільки навіть радикальна зміна стилю життя людини ще не гарантує досягнення високих показників її якості життя. На думку С. Лінхердта, «помітні кардинальні зрушення у якості здоров'я людей відбуваються лише внаслідок поліпшення показників соціально-економічного розвитку суспільства, що індикативно відображатиметься на рівні здоров'я громадян у короткотривалій перспективі» [19].

Таким чином, здійснений нами аналіз основних факторів громадського здоров'я як умови національної безпеки держави дозволив запропонувати авторську концепцію ранжування керованих, некерованих та опосередкованих умов, які визначають сферу повноцінної життєдіяльності людини в сучасному світі. Саме їх ідентифікація та врахування функціонального впливу слугують створенню оптимуму показників соціальної безпеки суспільства та громадянина, що безпосередньо позначається на рівні захищеності національної безпеки держави. Це в такий спосіб ставить питання про деталізацію гностичних показників, які забезпечують з'ясування індикативної якості громадського здоров'я, що тим самим закладає методологічні передумови подальшого розроблення цієї проблематики в межах вітчизняної державноуправлінської науки.

Список використаних джерел / List of references

1. **A test** of financial incentives to improve warfarin adherence / [K. Volpp, G. Loewenstein, A. Troxel etc.]. – Access mode : <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-272>.
2. **Jamison D. T.** Disease control priorities in developing countries / Dean T. Jamison // Oxford University Press. – 2016. – № 2. – 40 p.
3. **Capturing** Research Impacts: A review of international practice / [J. Grant, P. Brutscher, S. Kirk etc.] // RAND Europe. – 2010. – Access mode : http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/documented_briefings/2010/RAND_DB578.pdf.
4. **Chalmers I.** Commentary: skilled forensic capacity needed to investigate allegations of research misconduct / I. Chalmers, A. Haines // British Medical Journal. – 2011. – Access mode : <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d3977>.
5. **Conrad P.** The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders / P. Conrad, M. Thomas, M. Ateev // Baltimore, MD : The Johns Hopkins University Press. – 2015. – № 34. – P. 65.

6. **Economic** and Social Data Service // Understanding Society: Innovation Panel, Waves 1 – 8. – 2008. – Access mode : <https://discover.ukdataservice.ac.uk/catalogue/?sn=6849>.
7. **Fahey A.** Human Capital Formation and Poverty Eradication: Lessons Learned from Evidence-Based Practices and Policies / Alison Fahey // United Nations Expert Group. – 2016. – Access mode : <http://www.un.org/esa/socdev/egms/docs/2016/Poverty-SDGs/Fahey-Paper.pdf>.
8. **Global** strategy and plan of action on public health, innovation, and intellectual property // Geneva: WHO. – 2016. – Access mode : http://www.who.int/phi/publications/Global_Strategy_Plan_Action.pdf.
9. **Green A.** Policy-making for research data in repositories: a guide / A. Green, S. Macdonald, R. Rice // Edinburgh: EDINA and University Data Library, University of Edinburgh. – 2017. – Access mode : <http://www.disc-uk.org/docs/guide.pdf>.
10. **Green A.** Sound choices: enhancing capacity for evidence-informed health policy / A. Green, S. Bennett // World Health Organization Geneva. – 2007. – 172 p.
11. **Chan M.** Meeting the demand for results and accountability: a call for action on health data from eight global health agencies / Chan // PLoS Medicine. – 2010. – Access mode : <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000223> PMID:20126260.
12. **Human** Capital Formation and Poverty Eradication: Lessons Learned from Evidence-Based Practices and Policies Alison Fahey Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab (J-PAL) Submitted to the United Nations Expert Group Meeting: Strategies for Eradicating Poverty // United Nations Expert Group. – 2016. – Access mode : <http://www.un.org/esa/socdev/egms/docs/2016/Poverty-SDGs/Fahey-Paper.pdf>.
13. **Individual** placement and support, supported education in young people with mental illness: an exploratory feasibility study / [E. Killackey, K. Allott, G. Woodhead та ін.] // Early intervention in psychiatry. – 2007. – С. 33 – 34.
14. **Lang T.** Clinical research in resource-limited settings: enhancing research capacity and working together to make trials less complicated / Lang // PLoS Neglected Tropical Diseases. – 2010. – Access mode : <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0000619> PMID:20614013.
15. **Lewis J.** Information from NAHSTE (Navigational Aids for the History of Science Technology & the Environment) / John J Lewis // The Physical Society and Institute of Physics 1874 – 2002. – 2003. – Access mode : <https://evolutionnews.org/>.
16. **Lienhardt C.** Operational research for improved tuberculosis control: the scope, the needs and the way forward / C. Lienhardt, F. Cobelens // The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. – 2011. – Access mode : <http://fieldresearch.msf.org/msf/handle/10144/132590>.
17. **Mahmood S.** Strategies for capacity building for health research in Bangladesh: Role of core funding and a common monitoring and evaluation framework / Mahmood // Health Research Policy and Systems. – 2016. – Access mode : <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4505-9-31> PMID:21798006.
18. **Natural** Environment Research Council Data centres. Swindon: Natural Environment Research Council // UK Research Funding. – 2017. – Access mode : <http://www.rcuk.ac.uk/links/natural-environment-research-council>.
19. **Piwovar H.** Identifying data sharing in biomedical literature / H. Piwovar, W. Chapman // AMIA Annu Symp Proc. – 2017. – Access mode : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2655927/>.
20. **Policy** on data management and sharing // London: Wellcome Trust. – 2016. – Access mode : <http://www.wellcome.ac.uk/About-us/Policy/Policy-and-position-statements/WTX035043.htm>.
21. **Report** of the Commission on Intellectual Property, Innovation and Public Health. – Geneva, 2015. – 471 с. – (WHO).
22. **Reproducible** research: biomedical researchers' willingness to share information to enable others to reproduce their results / [C. Laine, M. Berkwits, C. Mulrow etc.] // Sixth International Congress on Peer Review and Biomedical Publication; 2012, 10 – 12 September; Vancouver, Canada. – 2012. – Access mode : <http://www.ama-assn.org/public/peer/abstracts-0910.pdf>.
23. **Saugato D.** Behavioral Design A New Approach to Development Policy / D. Saugato, M. Sendhil // CGD Policy Paper 016. Washington DC: Center for Global Development. – 2012. – Access mode : https://www.cgdev.org/files/1426679_file_Datta_Mullainathan_Behavioral_Design.pdf.

Public administration mechanisms

24. **Savage C.** Empirical study of data sharing by authors publishing in PLoS journals / C. Savage, A. Vickers // PLoS One. – 2009. – Access mode : <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0007078>.

25. **Short Fabic M.** A systematic review of Demographic and Health Surveys: data availability and utilization for research / M. Short Fabic, Y. Choi, S. Bird // Bull World Health Organ. – 2012. – Access mode : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3417790/>.

26. **Social Engineering: Evidence from a Suite of Take-up Experiments in Kenya.** Working Paper. World Bank. 2013 // The World Bank Annual Report 2013. Washington, DC: World Health Organization. – 2013. – Access mode : <http://www.who.int/features/qa/70/en/>.

27. **The Royal Society.** Science as an open enterprise: open data for open science // The Royal Society, London. – 2012. – Access mode : <https://royalsociety.org/~media/policy/projects/sape/2012-06-20-saoe.pdf>.

28. **Working** to overcome the global impact of neglected tropical diseases. First WHO report on neglected tropical diseases. – Geneva, 2012. – (WHO).

29. **World Medical Association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects** // Ferney-Voltaire: World Medical Association. – 2017. – Access mode : <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>.

Надійшла до редколегії 23.02.18