

СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНА РОЛЬ ЗДОРОВ'Я У ЛЮДСЬКОМУ РОЗВИТКУ

(Камінська Т.М.)

Взаємозв'язок економіки та громадського здоров'я цікавить економістів з різних точок зору. В постіндустріальній системі, де людина стає головним чинником економічного зростання, інвестиції у якість її життя набувають першорядного значення. Якщо здоров'я погіршується, то це миттєво позначається на працездатності робітників, креативності у реалізації своїх можливостей та тривалості життя. Останній параметр є складовою індексу розвитку людського потенціалу взагалі, який щорічно досліджує ООН з метою ранжування країн світу. У 2016 р. він коливався від 0,949 у Норвегії до 0,743 в Україні та 0,352 у Центрально-Африканській республіці [6]. Крім того, важливим є показник тривалості саме здорового, якісного життя. Навіть у країнах ЄС обмеження якості життя і продуктивності дорівнює десь 20 років, а в нас цей показник значно гірший. Для українців взагалі характерна низька тривалість очікуваного життя (71,1 р. у 2015 р.) [6]. Це пояснюється хворобами і від'ємним природним приростом населення. Наприклад, упродовж 2016 р. на 100 померлих припадало 68 живонароджених. Загальна чисельність населення зменшилася за рік на 176,0 тис. осіб [1].

Уявлення про здоров'я та його значущість вивчають науковці різного профілю – медики, філософи, юристи, психологи. Економісти розглядають здоров'я як соціально-економічне благо. Соціальним благом воно є тому, що не відчужується від людини, яка є соціальною істотою, бо існує у суспільстві та взаємодіє з іншими людьми. Інтенсивність спілкування, формування соціальних мереж впливають на спосіб життя (яскравий приклад – залежність споживання алкоголю та тютюну підлітками від поведінки найближчого оточення). Важливою умовою поліпшення громадського здоров'я є теж соціальна складова – рівний доступ усіх громадян до якісного медичного обслуговування незалежно від платоспроможності. В Конституції України це закріплено у ст. 49. Це важливо, бо бідні люди зазвичай більше хворіють і витрачають на лікування пропорційно більшу частку своїх доходів, ніж заможні споживачі медичних послуг. Крім того, позитивні соціальні екстерналії породжують вакцинація та флюорографія населення, тому що перешкоджають поширенню інфекційних захворювань у суспільстві. Отже, недарма програма ВООЗ європейського регіону «Здоров'я-2020» визнає громадське здоров'я як головний соціальний ресурс суспільства.

Економічним благом здоров'я є завдяки таким чинникам. На відміну від дарових благ, воно потребує трудових витрат, що пов'язані, по-перше, з профілактикою захворювань і здоровим способом життя людини; по-друге, з прямими витратами на лікування й альтернативними витратами через втрату людиною непрацездатності (їх несуть і вона сама, і держава). Тому попит на медичні послуги є похідним від потреби у здоров'ї та пов'язаний зі здатністю їх оплатити. Крім того, надання медичних послуг супроводжуються певними

економічними відносинами між лікарнею, з одного боку, і суб'єктами інфраструктури, страховими та фармацевтичними компаніями, органами влади, з іншого боку, а також між і лікарями й пацієнтами.

Здоров'я як соціально-економічне благо розглядають двоїсто – з точки зору кінцевого та проміжного, інвестиційного блага. Кінцеве благо здоров'я забезпечує добробут і безпеку людини, надає їй свободу, активність та самоствердження, пізнання навколишнього світу, що саме й відрізняє людину від інших живих організмів. Відсутність необхідної фізичної форми, навпаки, все це унеможлиблює. Індивід зазвичай ставить своє здоров'я на верхній шабель в ієрархії цінностей: воно є абсолютним і завжди найважливішим благом, без якого неможливі отримання інших благ і відчуття щастя. Як проміжне, інвестиційне благо міцне здоров'я створює передумови для якісного і стабільного відтворення людського капіталу та активної економічної самореалізації індивіда. І навпаки, нездорове населення збільшує суспільні витрати на медицину. Страждає також бізнес: хвороби зменшують не тільки прибутки підприємств, але й продуктивність праці та якість людського потенціалу. Доступність і добра якість охорони здоров'я – важливий чинник залучення у країну висококласних спеціалістів, науковців, підприємців, а також перешкода витоку мізків.

Кінцева та проміжна роль здоров'я взаємопов'язані, бо інвестиційна функція людського капіталу неможлива без доброго фізичного та соціального стану індивіда. В них зацікавлені і суспільство, і держава, і фірми задля зростання макроекономічної ефективності. Ще німецькі сучасники фізіократів і класика політекономії А. Сміта – камералісти – вважали громадське здоров'я та позитивний демографічний стан першоджерелом багатства країни. В умовах нової, нематеріальної економіки, чинником якої є знання та інтелектуальний капітал, громадське здоров'я наближується до макроекономічної категорії поряд з національним багатством, національним доходом, якістю життя, освітнім рівнем населення. Більше того, з'являються нові фактори національної й глобальної конкурентоспроможності. Так, серед опорних стовпів, які формують Індекс глобальної конкурентоспроможності (якість інститутів, інфраструктура макроекономічне середовище середня та вища освіта, ефективність ринку товарів і послуг, ефективність ринку праці, розвиненість фінансового ринку, рівень технологічного розвитку, ємність внутрішнього ринку, вишуканість бізнесу, інноваційний потенціал), вагоме місце посідає охорона здоров'я. Відповідно до даних 2016-2017 рр., Україна посіла у цьому індексі 85-е місце серед 138 країн світу [5].

Проте нова економіка вирізняється ризиками захворюваності внаслідок напруженої інтелектуальної діяльності, гіподинамії, комп'ютерної залежності, надмірного споживання матеріальних благ та урбанізації. Як свідчать результати дослідження, опублікованого на сайті Rand.org, найбагатші держави втрачають через банальне недосипання своїх громадян кількість робочих днів у такому грошовому еквіваленті: Німеччина – 60 млрд дол. (1,56% ВВП), Велика Британія – 50 млрд дол. (1,86% ВВП), Японія – 138 млрд дол. (2,92 % ВВП), США – 411 млрд дол. (2,28 %) ВВП [2].

На ці втрати впливають падіння продуктивності праці через втому та відсутність відпочинку. А в Україні, до того ж, економічні збитки від ДТП знаходяться на рівні 1,5-2,5% ВВП країни (майже 40 млрд грн на рік) [4].

Свою лепту в захворюваність вносять інформаційні технології, які змінюють характер виробництва, програмують свідомість і спосіб життя людей, що стає все динамічнішим, роблять залежність індивідів від спілкування у соціальних мережах та недобросовісної конкуренції. Сприймання та обробка величезного потоку інформації, неформальне зняття обмежень робочого дня, постійна новизна, розмивання звичної ієрархічної системи управління, прийняття багатьох рішень у режимі on-line психічно перевантажують людей. Відрив інформаційних та фінансових послуг від реального сектора економіки відтворює віртуальний і фіктивний капітал, провокує кризи, зменшення податкових надходжень до держбюджету, що ускладнює якісне фінансування охорони здоров'я.

В Україні на громадське здоров'я негативно впливають бідність, нестабільність економічного і політичного розвитку, неграмотність людей щодо ризиків життю та, на жаль, ставлення до нього за остаточним принципом. Відповідно до результатів опитування, що провела соціологічна служба «Рейтинг» у 2016 р., 62% українців заявили, що останній рік не відвідували лікарів, 38% опитаних визнали, що палять. З тих, хто не палить, 23% колись палили. 50% опитаних не займаються спортом [10]. Діюча кланово-олігархічна система, надзвичайно сильне розшарування людей за рівнем життя, нескінченний перерозподіл власності, тривалі безробіття і злидні підривають громадське здоров'я та вкорочують життя (табл. 1).

Таблиця 1.

Захворюваність населення в Україні (кількість уперше зареєстрованих випадків захворювань, тис.) [1]

Роки	Ново-утворення	Хвороби системи кровообігу	Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	Хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини	Хвороби сечостатевої системи	Вроджені аномалії (вади розвитку), деформації та хромосомні порушення
1990	310	1149	1799	1374	1224	41
1994	328	1401	2135	1439	1489	49
1998	372	1690	2122	1600	1881	59
2002	382	2370	1950	1598	2039	57
2006	414	2431	1906	1597	2172	53
2010	418	2390	1921	1532	2138	52
2012	433	2318	1852	1445	2047	54
2014	363	1880	1570	1247	1756	48
2015	366	1844	1567	1246	1779	48

* Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції.

Наведена таблиця свідчить про послідовне зростання хвороб з 1990 по 2012 рр.: шкіри та підшкірної клітковини – на 2,9%; кістково-м'язової і сполучної тканини – на 5,17%; онкологічних – на 39,7%, сечостатевої системи – на 67,2%; системи кровообігу – у 2 рази. Упродовж 2014-2015 рр. радикальних позитивних змін загального тренду не відбувалося. Внаслідок цього виникає небезпека для нормального людського розвитку.

Умовами для збереження життя людини є достатній рівень доходів, здоровий спосіб життя, якісна медицина. В сучасних умовах медицина підтримує не тільки фізичну, але й інтелектуальну працездатність робітників, їх витривалість до розумової, дослідницької праці. Питання полягає у ефективній організації охорони здоров'я. Ринок приватних медичних послуг і безпосередні платежі від пацієнтів до лікаря переважають у багатьох країнах, що розвиваються. Державний сектор охорони здоров'я тут незначний. У США, Швейцарії, Філіппінах, Південній Кореї та Австралії поширена система приватного медичного страхування. До цієї групи наближуються також Азербайджан і Грузія. Однак приватна медицина породжує нерівність доступу до них різних громадян. Тому навіть у США, всупереч ліберальним традиціям, державне фінансування охорони здоров'я тривалий час зростає (табл. 2).

Таблиця 2

Фінансування охорони здоров'я в США (дол., на душу населення) [8]

Показники	Роки		Зростання	
	1985	2015	1985-2015 (дол.)	1985-2015 (%)
Загальні витрати*	1735	9451	7716	544,7
Державні витрати	699	4672	3973	668,4
Приватні витрати	634	3682	3048	580,8

*Загальні витрати на охорону здоров'я охоплюють, окрім державних і приватних витрат, фінансування недержавних некомерційних медичних організацій, а також неофіційні (out-of-pocket) платежі лікарям.

Як бачимо, за даними ОЕСР, у найбагатшій країні світу зростання державних витрат на охорону здоров'я на душу населення впродовж 1985-2015 рр. випередило зростання приватних витрат на 925 дол., або на 87,6%.

У європейських країнах джерелом фінансування державної охорони здоров'я є або податкові надходження громадян і підприємств до держбюджету, або страхові платежі робітників і роботодавців до національних фондів соціального (обов'язкового) медичного страхування з територіальними підрозділами. Перше джерело переважає у системі охорони здоров'я Беверіджа (назва - на честь англійського економіста-реформатора системи соціального забезпечення У. Беверіджа). Вона функціонує у Великобританії, Данії, Ірландії та скандинавських країнах, частково в Італії, Португалії. Ресурси страхового фонду переважають у системі охорони здоров'я Бісмарка (назва на честь німецького канцлера Отто Фон Бісмарка, який наприкінці ХІХ ст. перетворив розрізнені медичні фонди в єдину й розгалужену систему медичного страхування). Вона функціонує у Німеччині,

Австрії, Бельгії, Нідерландах, Франції, Люксембурзі, деяких країнах Латинської Америки. При цьому обидві системи спираються на особливу роль держави у перерозподілі ресурсів задля соціальної справедливості й солідарності населення, коли реалізується принцип «здоровий платить за хворого, багатий за бідного, молодий за похилого».Обов'язкове медичне страхування характерно також для Канади і стало буденною справою для нових країн ЄС та Росії.

У свою чергу, державна медицина теж має недосконалості, які полягають у надмірному адмініструванні та у неспроможності виявляти й оптимально задовольняти потреби хворих людей або передбачати всі наслідки рішень, що приймаються на топ-рівні. Законодавча підтримка пріоритету приватної або суспільної медицини є питанням політичного вибору. Крім того, держава має допомагати некомерційним неурядовим медичним організаціям.

Офіційно державна система охорони здоров'я переважає і в Україні, відповідно до ст. 49 Конституції. Крім того, для її розвитку застосовуються кошти благодійних фондів, гуманітарна допомога, добровільні пожертви громадян. Проте офіційне фінансування співіснує з тіньовими, неформальними платежами лікарям. Вони порушують конституційне право громадян на рівний доступ до охорони здоров'я, і ця причина є головною для реформування галузі й впровадження обов'язкового медичного страхування. Виходячи з 95 ст. Конституції України, а також співвідношення переваг і ризиків різних моделей обов'язкового медичного страхування, оптимальною моделлю на сьогодні вбачається така, де джерелом видатків виступає виключно держбюджет. З метою запобігання монополізму краще було би, щоб коштами страхування опікувалось декілька (2-3) головних фондів. Залучення приватних страхових структур, а також додаткові податки для роботодавців і робітників поки ще недоречні через вірогідність зростання тіньової економіки.

Упровадження обов'язкового медичного страхування є першим кроком до формування обмеженого ринкового середовища, бо функції виробників і покупців медичних послуг розділяються. До цієї конкуренції додається також право обрання пацієнтом свого сімейного лікаря. Ціна його послуг, яку відшкодовують з державного фонду страхування, залежить від кількості укладених з пацієнтами контрактів. Крім того, створюються умови для конкуренції між лікарнями, які отримують статус автономних комунальних підприємств, за державне замовлення. Фонди медичного страхування укладають з ними договори, де прописані відшкодування вартості медичних послуг залежно від кількості та якості.

Запорукою реформування охорони здоров'я в Україні є щорічне збільшення фінансування галузі. Ми маємо орієнтуватися на постіндустріальний світ, з новою економікою, де діє тривалий тренд випереджального росту середніх витрат медичного обслуговування порівняно з їх зростанням в інших сферах економічної діяльності. Так, за даними ОЕСР, загальні витрати на медицину на душу населення зросли у

1981—2015 рр. (у дол. за ПКС) у Німеччині, Канаді, Нідерландах, Великій Британії та США, Ірландії, Іспанії, Норвегії, Португалії відповідно у 4,9; 5,2; 7,0; 7,9; 10,1; 8,1; 11,2; 8,6 рази. У середньому в країнах ОЕСР цей показник у 2013 р. склав 3453 дол. [8]. Ця тенденція має такі об'єктивні чинники: подальша демократизація суспільства, увага до прав людини, а також зростання її ролі у створенні нематеріальної складової ВВП, технологічний прогрес і запровадження дорогих медичних технологій; збільшення витрат на інновації у фармації; зростання людських очікувань на більшу якість і кількість медичних послуг, старіння населення. В Україні видатки зведеного бюджету на охорону здоров'я хоча і є низькими, але теж зростають: у 2009 р. вони дорівнювали 36,5 млрд грн, у 2015 р. – 57 млрд грн, у 2017 р. плануються на рівні 62 млрд грн. Однак це зростання відстає від потреб охорони здоров'я, розтринькується тіншовими схемами та припадає на галузь, яка є вельми затратною: існує перекис у співвідношенні між первинним (дільничних терапевтів, педіатрів, сімейних лікарів), вторинним (стаціонари) і високо спеціалізованим сегментом медицини на користь стаціонарів. Крім того, рівень необгрунтованої госпіталізації населення сягає надзвичайної величини — майже 70% від загальної госпіталізації.

Треба також урахувати, що існують побічні чинники зростання середніх витрат на медичні послуги. Це – агресивний маркетинг фармацевтичних компаній; асиметрія інформації для пацієнтів, які не мають медичну освіту і неспроможні оскаржити призначення додаткових, зайвих процедур. Тому провідні країни проводять ефективну політику стримання непродуктивних витрат на охорону здоров'я, яка є викликом і для України також, тому що наші суспільні ресурси охорони здоров'я вкрай обмежені. ВООЗ рекомендує урядам спрямовувати на галузь 6–8% ВВП для нормального відтворення життєдіяльності людей (критична межа – 3%). В Україні цей показник останні роки варіювався на рівні 3,5–3,8%.

На європейському просторі поширюється міжсекторальне управління поліпшенням здоров'я громадян, і це актуально для України також. Воно охоплює охорону довкілля, контроль за відходами виробництва і землекористування, захист прав споживачів, стан житлового господарства, транспорту і доріг, умови праці, готовність урядів до пандемій та надзвичайних ситуацій, спосіб життя людей. Українці, наприклад, страждають від алкоголю, високого рівня самогубств, насилля і війн, великої кількості хворих на СНІД, а також ДТП. Завдяки цим чинникам Україна посіла лише 118 місце у рейтингу здоров'я населення (отримала 54 бала зі 100), що наведено міжнародним медичним журналом «The Lancet». Такий же результат показали Росія і Сирія; Північна Корея – 116 місце з 55 балами. Серед позитивних чинників суспільного здоров'я в Україні автори дослідження виділяють велику кількість питної води, високий рівень гігієни і захищеність від малярії. Перші місця в рейтингу посідають Ісландія, Сінгапур і Швеція – у них 85 балів. У десятку країн також увійшли Андорра, Великобританія, Фінляндія, Іспанія, Нідерланди, Канада і Австралія [7].

Європейські держави використовують багатий арсенал засобів заради громадського здоров'я, а саме – інформаційну, профілактичну і податкову політику, маркування і брендінг, нові стандарти щодо продовольства, фінансові стимули для споживачів, пацієнтів і провайдерів. Такий підхід забезпечує кращі результати для незахищених верств населення за рахунок корекції їхньої поведінки щодо власного здоров'я, гарантування їм необхідного рівня доходів, умов життя і праці. Якість медичної допомоги, запобігання хронічним захворюванням і скорочення нерівності доступу до охорони здоров'я – ці три чинники разом гарантуватимуть процвітання і соціальне інтегрування суспільства європейських країн. Усе зазначене вище, безумовно, слід взяти на озброєння фахівцям української охорони здоров'я з урахуванням національних особливостей розвитку країни.

Таким чином, здоров'я є соціально-економічним благом і забезпечує не тільки добробут та щасливе життя для людини, але й інвестиційний потенціал для розвитку економіки та суспільства загалом. Воно є складовою обмежених ресурсів економічного зростання та людського розвитку. І тому в охороні здоров'я також (подібно іншим сферам економіки) існує суперечність між безмежними потребами людей у підтриманні своєї життєдіяльності та рідкісними ресурсами. Вирішення цієї суперечності спонукає вдосконалення економічних відносин в охороні здоров'я, яке спрямоване на соціально-економічну ефективність медичної діяльності і витрат на галузь.

Реформування охорони здоров'я не повинно обмежуватися тільки збільшенням його фінансування. Необхідно впровадження моделі обов'язкового медичного страхування, яка на першому етапі використовує лише бюджетні ресурси, не додає додаткового пресу на бізнес і не стимулює тіньової економіки. Умовою для раціонального страхування та профілактики захворювань є структурно-технологічна перебудова галузі, а саме випереджальний розвиток первинної медицини (у порівнянні з вторинною, де переважають лікарні) і підвищення її якості; підтримання ефективного третинного сектору, радикальне впровадження інтенсивних медичних технологій. Супроводом цих перетворень є децентралізація фінансування охорони здоров'я й відносна економічна свобода медичних закладів, розвиток контрактних відносин між надавачами медичних послуг і пацієнтами, а також медичними закладами та їх покупцями, замовниками (територіальними органами влади), розвиток конкуренції за бюджетні кошти, відчутне зростання доходів медичних працівників, мінімізація посередників в фармації, підтримка некомерційної недержавної медицини. У системі громадського контролю над якістю охорони здоров'я провідну роль має відігравати лікарське товариство (медичні асоціації), що виконують також освітню та юридичну функції, виступаючи на захист лікарів та пацієнтів.

З огляду на те, що охорона здоров'я є лише одним із багатьох чинників покращення громадського здоров'я, треба в Україні узяти на озброєння європейський підхід спільного менеджменту охорони здоров'я і суміжних

галузей та вироблення об'єднаних програм розвитку, що, до того ж, сприяє інтеграції обмежених суспільних ресурсів та їх ефективного використання.

Список використаних джерел

1. Державна служба статистики України [Електрон. ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua/>

2. Недосипання громадян коштує мільярдних збитків [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://firstsocial.info/news/nedosipannya-gromadyan-koshtuye-milyardnih-zbitkiv>

3. Понад 60% українців не ходять до лікарів – опитування – [Електронний ресурс] / BBC Україна. – 2017. – 24 січня. – Режим доступу : <http://www.bbc.com/ukrainian/news-russian-38735929>

4. Украинская экономика теряет 2,5% ВВП из-за ДТП [Електронний ресурс] / UBR. – 2016. - 27 грудня. – Режим доступу: <http://ubr.ua/finances/macroeconomics-ukraine/ukrainskaia-ekonomika-teriaet-25-vvp-iz-za-dtp-459955>

5. The Global Competitiveness Report 2016 – 2017. – [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://www.weforum.org/reports/the-global-competitiveness-report-2016-2017-1>

6. HumanDevelopmentReport 2016. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf

7. Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015 [Електронний ресурс] / Lancet. – 2016. – № 388. – Р. 1813–50. – Режим доступу : [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)31467-2.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)31467-2.pdf)

8. OECD Health Data: Health expenditure and financing: Health expenditure indicators. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

**Міністерство освіти і науки України
Харківський національний педагогічний
університет імені Г. С. Сковороди**

ЗАГАЛЬНА ТЕОРІЯ ЗДОРОВ'Я І ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ

**Колективна монографія
за загальною редакцією проф. Ю. Д. Бойчука**

GENERAL THEORY OF HEALTH AND HEALTHCARE

**A collective monograph
according to the general editing by prof. Yu. D. Boychuk**

Харків – 2017

УДК 613+37.011.33:613
ББК 51.1(4УКР)+74.580.053.34+74.200.533.4
З-14

Затверджено до друку Вченою Радою Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди, протокол № 6 від 29 серпня 2017 р.

Рецензенти:

Гольцев А. М. – директор Інституту проблем кріобіології та кріомедицини НАН України, доктор медичних наук, професор, академік НАН України, лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки;

Гончаренко М. С. – завідувач кафедри валеології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, доктор біологічних наук, професор, голова Всеукраїнської громадської організації «Українська асоціація валеологів»;

Лук'янова Л. Б. – директор Інституту педагогічної освіти та освіти дорослих НАПН України, доктор педагогічних наук, професор, член-кореспондент НАПН України

Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження : колективна
З-14 монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. – Харків: Вид. Рожко С. Г., 2017. – 488 с.

ISBN 978-966-97499-4-9

У монографії розглянуто медико-біологічні механізми здоров'я, етико-правові та психолого-педагогічні засади практичного здоров'язбереження.

Висвітлено теоретико-методологічні основи педагогіки здоров'я; сучасні підходи до створення здоров'язбережувального освітнього середовища; роль фізичного виховання у збереженні здоров'я; профілактика шкідливих звичок та соціально-небезпечних захворювань; здоров'язбережувальні освітні технології.

Монографія розрахована на викладачів вищих навчальних закладів, студентів, аспірантів, учителів шкіл різного типу та широкого кола науковців, які цікавляться сучасними питаннями здоров'язбереження.

General theory of health and healthcare : a collective monograph / according to the general editing by prof. Yu. D. Boychuk. – Kharkiv: Publisher Rozhko S. G., 2017. – 488 p.

The monograph examines the medical-biological mechanisms of health, ethical and psychological and pedagogical principles of practical health preservation.

The theoretical and methodological foundations of pedagogy of health; modern approaches to the establishment of a healthy preserving educational environment; the role of physical education in health preserving; prevention of harmful habits and socially dangerous diseases; health-saving educational technologies are highlighted.

The monograph is intended for teachers of higher educational establishments, students, graduate students, teachers of schools of different types and a wide range of scientists who are interested in modern issues of healthcare.