

DOI: 10.15421/151961

УДК: 351:614.2: 351.773(043.3)(477)

## Проблеми формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я: огляд дискусійного поля

*Максим Долгіх, Міжрегіональна академія управління персоналом*

У статті обґрунтовано, що система охорони здоров'я країни знаходиться в умовах постійних трансформаційних змін. Будучи багаторівневою й розгалуженою структурою, система, перетворюючись, формує складні підходи щодо визначення механізмів управління у державному і приватному секторах охорони здоров'я. Саме у них держава відтворює нову систему механізмів управління, розглядати які потрібно у сукупності впливів мезо-, макро- і мікрофакторів із застосуванням нових форм управління на всіх рівнях.

Відповідно до Національної стратегії реформування медичної системи України на період 2015–2020 років визначено ключові проблеми, потенційні напрями і шляхи їх розв'язання для формування нової державної політики у галузі, зокрема, глибинні нормативні трансформації та впровадження нових фінансових механізмів для забезпечення прав людини у сфері охорони здоров'я. За таких умов медична система країни має базуватися на трьох засадничих принципах: орієнтованість на людину, орієнтованість на результат, орієнтованість на втілення кращих технологій та кращого досвіду надання медичних послуг.

Перегляд історично-наукових джерел показує, що управління системою охорони здоров'я потребує системних змін та якісно нових підходів, пошуку альтернативних шляхів реформування організаційно-економічного механізму медичної галузі, розробки нових моделей взаємодії механізмів державного управління для збереження працездатного населення. Також ми вважаємо, що механізми державного управління охороною здоров'я, які існують на даний час у нашій державі, не відповідають його сучасним змінам.

**Ключові слова:** державне управління, розвиток, трансформація, модернізація, державне управління охороною здоров'я

## Problems of formation of public management mechanisms: health system: a discussion of the discussion field

*Maksym Dolgikh, Interregional Academy of Personnel Management*

The article substantiates that the country's health care system is in a state of constant transformation. Being a multi-level and branching structure, the system is evolving into complex approaches to defining governance mechanisms in the public and private healthcare sectors. It is in them that the state reproduces a new system of governance mechanisms, which need to be considered in the aggregate of the effects of meso, macro and microfactors with the use of new forms of government at all levels.

According to the National Strategy for the Reform of the Medical System of Ukraine for the period 2015-2020, key problems, potential directions and ways of their solution for the formation of a new state policy in the field, including deep regulatory transformations and introduction of new financial mechanisms for ensuring human rights in the field of protection, have been identified health. In such circumstances, the country's medical system must be based on three fundamental principles: human-centered, result-oriented, best-in-class, and best practices in healthcare delivery.

A review of historical and scientific sources shows that the management of the health care system requires systematic changes and qualitatively new approaches, finding alternative ways of reforming the organizational and economic mechanism of the medical industry, developing new models of interaction

of public administration mechanisms to preserve the able-bodied population. We also believe that the mechanisms of public health management currently in place in our country do not correspond to its current changes.

**Keywords:** *public administration, development, transformation, modernization, public health management*

## Проблеми формування механізмів публічного управління системою здравоохоронення: огляд дискусійного поля

*Максим Долгих, Межрегіональна академія управління персоналом*

В статті обґрунтовано, що система здравоохоронення країни знаходиться в умовах постійних трансформаційних змін. Будучи багатоуровневою і розгалуженою структурою, система, перетворюючись, формує складні підходи до визначення механізмів управління в державному і приватних секторах здравоохоронення. Саме в них держава виробляє нову систему механізмів управління, розглядаючи яку потрібно в сукупності впливів мезо-, макро- і мікрофакторів з використанням нових форм управління на всіх рівнях.

Згідно Національної стратегії реформування медичної системи України на період 2015–2020 років визначені ключові проблеми, потенціальні напрями і шляхи їх вирішення для формування нової державної політики в галузі, зокрема, глибокі нормативні трансформації і впровадження нових фінансових механізмів для забезпечення прав людини в сфері здравоохоронення. При таких умовах медична система країни повинна базуватися на трьох основних принципах: орієнтованість на людину, орієнтованість на результат, орієнтованість на впровадження найкращих технологій і найкращого досвіду надання медичних послуг.

Перегляд історично наукових джерел показує, що управління системою здравоохоронення потребує системних змін і якісно нових підходів, пошуку альтернативних шляхів реформування організаційно-економічного механізму медичної галузі, розробки нових моделей взаємодії механізмів державного управління для збереження спроможного населення. Також ми вважаємо, що механізми державного управління здравоохороненням, які існують в даний час в нашій країні, не відповідають його сучасним змінам.

**Ключові слова:** *державне управління, розвиток, трансформація, модернізація, державне управління здравоохороненням*

### Постановка проблеми.

Виявляючи значення у житті кожної людини і суспільства загалом має здоров'я. Рівень розвитку медицини є одним із основних індикаторів успішності державної політики у розвинених країнах світу. Саме середня тривалість життя, доступність лікарських засобів і якість надання медичних послуг визначають, наскільки влада відповідально ставиться до своїх обов'язків перед громадянами, а також детермінують правильність її руху на шляху до реалізації дієвої політики внутрішнього добробуту країни. Виходячи з цього, на наш погляд, питання, які пов'язані з охороною здоров'я, його збереженням чи покращенням, є значущими і потребують особливої наукової уваги.

Варто відзначити, що у забезпеченні належного рівня життя особливо важливу роль відіграє система охорони здоров'я. Людське здоров'я, як нам відомо, визнається у світі настільки важливим, що показник його стану найпершим входить до індексу людського розвитку – універсального показника рівня розвитку суспільства тієї чи іншої країни, з одного боку, а з іншого – чутливого індикатора дієвості системи державного управління. Це є одним із аргументів того, що охорона здоров'я суспільства є однією із важливих державних функцій [7].

Тому аналіз проблем формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я є важливим не тільки для системи охорони здоров'я, а й для кожного громадянина та національної безпеки держави.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми.**

Проблеми розвитку та реформування механізмів державного управління у різних галузях, зокрема в охороні здоров'я, розглядають сучасні науковці, серед яких: М. Білинська, О. Баєва, З. Гладун, Д. Карамішев, В. Лазоришинець, В. Луговий, В. Лобас, З. Надюк, Н. Нижник, А. Пільтяй, М. Ткач, І. Фуртак, О. Черниш, В. Шафранський, Н. Ярош та інші

Вагомий внесок у дослідження питань реформування державного управління системою охорони здоров'я України вносять наукові праці Ю. Вороненко, Н. Герасименко, Л. Гриценко, В. Москаленко, К. Найштетік, Ф. Радиша, Г. Слабкого, М. Солоненко, М. Шутова та інших.

Водночас на сьогодні відступній системний аналіз проблем формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я.

**Мета статті** – здійснення системного аналізу проблем формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я.

**Результати дослідження.**

Як правило, саме дослідження таких дефініцій: «управління», «публічне управління», «здоров'я», «охорона здоров'я», «система охорони здоров'я», «публічне управління системою охорони здоров'я» вимагає всебічної оцінки визначення поняття «публічне управління системою охорони здоров'я», а також факторів, що призвели до його історичного становлення та розвитку, що висвітлені у працях вітчизняних та зарубіжних вчених.

Праці, які присвячені проблемам державного управління, були надруковані у 90-х рр. ХХ ст. такими українськими науковцями, як: І. Акімова, В. Бакуменко, О. Валевський, О. Дем'янчук, О. Кілієвич, В. Ребкало, В. Романов, О. Сулема, В. Тертичка, та інші, які сформулювали та розробили фундаменталь-

ні наукові підходи до державної влади і методологічні основи ухвалення громадських рішень та проаналізували середовище розробки та впровадження механізмів державного управління.

Останніми роками у державній політиці України простежується тенденція щодо збільшення інтересу до проблем державної влади у сфері охорони здоров'я серед таких українських науковців, як: В. Лехан, Г. Слабкий, І. Солоненко, Я. Радиш, Л. Жаліло та інші, які вважають, що в Україні галузь охорони здоров'я перебуває у стані занепаду. Проте, попри великий інтерес цих учених до питань управління соціальними системами, серед яких і медична галузь України, вони ще не стали предметом спеціального дослідження.

Нам відомо, що обґрунтування і формування дефініції того чи іншого поняття, процесу, чи явища – одна з найскладніших процедур дослідження науки загалом. Адже правильне розуміння наукових понять вирішує майже половину наукових завдань.

Історики вважають, що першими серед тих, хто займався вивченням основ «правильного» мислення, доказів, формулювання понять та прийомів, підходів та законів, здобуваючи при цьому нові знання, були Платон і Арістотель (384–322 рр. до н.е.). Учені поділяли думку про те, що шлях до розуміння сутності явища лежить через його визначення.

Важливо зазначити, що існують деякі закони, що регулюють процес надання медичної допомоги людям у стародавніх цивілізаціях. Наприклад, ще у стародавньому Вавілоні у Кодексі Хаммурапі (XVIII ст. до н.е.) було зазначено, якщо хірург шляхом операції зможе врятувати життя пацієнту, то він отримає 10 шекелів срібла. Якщо ж здоров'ю пацієнта буде завдано збитків, то такому лікарю слід відрізати руку [12, с. 20]. Подібні відносини між пацієнтом та лікарем були характерні для Стародавньої Індії, де, згідно з правилами Ману (X–V століття),

лікаря карали за невдале лікування людини [12, с. 20].

Найпершу модель охорони здоров'я визначали прості товарно-грошові відносини між пацієнтом і лікарем, але у зв'язку із розвитком суспільства, складністю умов життя, формуванням певних економічних законів, що регулюють діяльність такої моделі, потреба у медичній допомозі зросла. Навіть у первісно-суспільний період, коли люди були підпорядковані єдиній меті – забезпеченню умов існування та виживання в природних умовах, їх діяльність була пов'язана зі збереженням здоров'я. Збереження їх здоров'я під час полювання, міжособних розбратів були пов'язані з певними богами, оберегами тощо. Інформація про збереження здоров'я передавалася з покоління у покоління у вигляді історій про лікарські засоби, зокрема, рослинного походження.

Систематизацію знань про людське здоров'я було вперше започатковано в епоху рабовласницького ладу країн (IV тисячоліття до н.е. – V століття н.е.). Філософи, лікарі активно шукали способи збереження здоров'я та працездатності людини [13, с. 194]. Доказами визнання важливості охорони здоров'я є наявність таких праць, положення яких збереглися і до сьогодні: китайська книга «Кунфу», пам'ятка маловідомої індійської епохи – збірник трактатів «Аюр-Веда-Гараки», праці давньогрецького лікаря Гіппократа і видатного лікаря Сходу, філософа й поета Ібн-Сіні (Авіценни), який писав «...головний скарб для кожного, не те, що в тебе в кишнях чи те, що ти вже маєш... А здоров'я є найголовнішим скарбом та, щоб його зберегти, потрібно багато що знати та вміти» [13, с. 194] та ін.

У працях античних філософів IV–III ст. до н.е. Сократа, Платона, Арістотеля були відображені теоретичні положення державного устрою, у яких акцентована увага на раціональному відтворенні населення. У своїй праці «Держава» Платон підкреслює те, що основою розвитку будь-якої держави є здорові громадяни [12, с. 33].

На нашу думку, концепція античного здоров'я того часу мала, скоріше, більш аристократичний, ніж демократичний характер, оскільки поширювалась лише на вибраних і була спрямована більшою мірою на поліпшення здоров'я окремої персони (аристократа), ніж на підвищення загального рівня суспільного здоров'я громадян.

Арістотель розглядає питання зростання населення як одне із найсерйозніших для суспільного існування. «Людина може продумати народження дітей, що більш імовірно визначити, аніж право на власність, тому народження не може бути більше певного числа. Кількість можна визначити, враховуючи народження з смертельними випадками та шлюби, які не можуть мати дітей. Якщо залишити поза увагою дане питання, як у багатьох країнах, наслідком цієї невизначеності може стати бідність людей, заколоти, які призводять до бідності та лиходійства» [12, с. 33].

Варто наголосити, що саме змістовне розширення концепції здоров'я відбулося з часом. Римляни ухвалили документ, у якому наголошувалося на гігієні та помірності у харчуванні. На відміну від Арістотеля, який змусив людину відповідати за власну долю, римське розуміння здоров'я почало враховувати і стани психічного здоров'я та соціального благополуччя. У той час зміст проблем соціального здоров'я почав варіюватися між двома проблемами – проблемами тіла і проблемами душі. Для вирішення цієї дилеми знадобиться ще багато часу, а її розв'язання буде досить актуальним ще і у III тисячолітті [12, с. 34].

Праця Корнелія Цельса (I ст. до н.е. – I ст. н.е.) «Медицина» дійшла до наших днів і саме в ній є корисна інформація для рабовласників, яким потрібно було мати великі шпиталі для хворих рабів і лікувати їх доступними і раціональними способами. Потрібно зазначити, що шпиталі для рабів виникли лише тоді, коли рабів стало лікувати економічно вигідно, а власне раби стали



дорогими [12, с. 33]. У даному аспекті, на нашу думку, для розвитку історії людства і прогресивного економічного зростання в подальшому вкрай важливим є перегляд гідності людської праці та її цінності.

На виховання дітей в умовах натурального господарства витрачали не багато, бо робота сила в господарстві є вкрай потрібною. Раніше, феодала, могутність яких визначалася, зокрема, і кількістю їх підданих, також були зацікавлені у збільшенні чисельності селян. Підтримує процес народження, заохочує до одностатевості та забороняє регулювання дітонародження і Християнська церква.

У цей період була встановлена політика збільшення здорового населення, спрямована на компенсацію втрат, спричинених спалахами епідемій. У XII ст. у Франції почав відбуватися процес регулювання народжуваності, встановлюючи зниження податків. На наш погляд, здоров'я та демографічні процеси тісно пов'язані. Також у репродуктивному процесі населення смерть відіграє важливу роль. Не має точної інформації про рівень смертності у далекому минулому, але встановлено, що у часи до XVIII ст. на різних континентах і країнах кількість смертей була дуже високою, а середня тривалість життя людини, відповідно, була короткою.

У Стародавній Греції таблиці, складені за надгробками IV ст. до н. е., засвідчили той факт, що середня тривалість життя становила не більше 20 років, а в різних європейських країнах у період з XIII до XVIII ст. вона складала від 20 до 40 років. Постійно висока смертність (40–50 душ на 1000 населення) зросла в кілька разів під час спалахів чуми, холери та через неврожай, що призвели до голоду [4].

Відомо також, що у середньому найбільш привілейовані групи населення живуть довше, із нижчими показниками смертності, ніж більшість населення на той час. Спочатку тенденція щодо зниження рівня смертності поширилася на всі верстви населення. За-

гальна тривалість життя населення, народженого у середині XIX ст. в Уельсі та Англії, була 42,6 років, а для населення, народженого в останній чверті XIX ст. – 48,5 років [4, с. 61].

Починаючи з середини XIX ст., тенденції щодо смертності населення супроводжуються змінами у бік її спаду. Спочатку цей процес охопив низку Скандинавських країн і лише згодом він поступово поширився на всі країни Європи та Північної Америки. Для більшості країн, що розвиваються (Африка, Латинська Америка та Азія), висока смертність населення зберігалася стабільною аж до XX ст.

Характерною ознакою смертності людства протягом XIX ст. було розширення діапазону відмінностей у показниках між верствами окремих соціальних груп населення. На час бурхливого розвитку капіталізму матеріальне становище і особливо житлова ситуація різко погіршилися, що призвело до зростання смертності. Знищення десятків тисяч селян та дрібних майстрів, забруднення води, повітря та ґрунту промисловими відходами у містах, важкі умови праці в промисловості – усе це погіршило санітарний стан населених місць, сприяло підвищенню захворюваності, особливо епідемічних хвороб, та стало фактором пришвидшення зростання смертності у промислових містах, особливо серед робітників та їх сімей.

Хоча наприкінці XIX ст. рівень смертності був нижчим у більшості країн Європи, ніж у попередні періоди, але все ще залишався досить високим – приблизно 20–28 смертей на 1000 населення. Рівень смертності в цих країнах почав швидко знижуватися лише на початку XX ст., а вже перед початком Другої світової війни досяг відносно невисокого рівня.

В епоху Просвітництва, у XVII–XVIII ст., у Європі Д. Локк і Ж.-Ж. Руссо запропонували нові підходи до вирішення проблем щодо збереження здоров'я. Д. Локк розробив систему освіти джентльмена зі здоровим

духом у здоровому тілі. Методика вченого базувалася на єдності фізичної, розумової та психічної складових здоров'я через фізичне виховання, формування сильного людського характеру та гнучкого розуму.

Ж.-Ж. Руссо розробив теорію природного виховання, що відіграла прогресивну роль у збереженні здоров'я покоління того часу через загартовування та обмеження у їжі. Таким чином, філософія тих часів остаточно залучила людину до природного світу, навела докази, що розум допоможе вплинути на покращення здоров'я із найкращого боку [5].

Ф. Аквінський, Н. Макіавеллі у своїх працях наполягали на збільшенні чисельності працездатного, здорового населення. Ф. Аквінський вважав, що суспільство стає багатшим, коли кількість працездатного населення зростає [12, с. 34]. У праці «Утопія» Т. Морр звертає увагу саме на збільшення населення, висловлює підтримку максимальному значенню чисельності міст, розумному розселенню, регулюванню шлюбів та чисельності сімей [12, с. 34].

Під час краху феодалізму та виникнення капіталістичних відносин меркантилізм є одним із способів подальшого збільшення чисельності здорового населення. С. Булгаков зазначав, що розвиток багатосторонньої економіки залежить від приросту населення. З одного боку, приріст населення створює цей зростання, а з іншого – впливає з цього зростання [12, с. 34]. Фізіократи пов'язують зростання чисельності населення із поліпшенням умов його життєдіяльності. За словами Ф. Кене, найкращий і єдиний спосіб збільшення населення – це розвиток продуктивної робочої сили [12, с. 35].

В основі класичної англійської політекономії прослідковується думка про те, що праця – це певна цінність, адже зростання капіталу відбувається разом зі збільшенням попиту на робочу силу, а також із відтворенням фізичної сили. А. Сміт казав, що голод, бідність та смертність знищили б увесь робітничий клас, а потім знищили б і всі інші класи, так відбувалося б допоки населення не змогло спробувати

існувати на капітали та доходи, що залишилися від масового розкрадання [10].

Т. Мальтус у своїй праці «Досвід про закон народонаселення» розглядає суперечність між темпом зростання кількості населення і зростанням засобів його існування [5]. Він зазначає, що профілактичні бар'єри – особлива здатність людини передбачати та оцінювати довгострокові результати. Завдяки цій здатності можна уникнути розмноження. На його думку, існує низка перешкод, які завдають шкоду здоров'ю та скорочують природну тривалість життя людини, серед них: важка, надмірна, чи шкідлива робота; надзвичайна бідність; голод; нездорові умови життя у великих містах; надмірність хвороб; війни тощо.

Висновки зроблені Т. Мальтусом можна узагальнити таким чином [5, с. 63]:

- 1) засобами існування неминуче обмежується кількість народонаселення;
- 2) усюди, де зростають засоби існування, незмінно зростає народонаселення;
- 3) перешкоди, зупиняючи розвиток репродуктивних сил, повертають населення до рівня життя.

Процес відтворення робочої сили у конкретних історичних умовах капіталістичного способу виробництва докладно розглянув К. Маркс у своїй роботі «Капітал». Згодом К. Маркс доходить висновку про дві складові цієї економічної категорії: споживчу і мінову вартості робочої сили [12, с. 34].

Також К. Маркс вважає, що для капіталізму властивий свій особливий закон перенаселення і народонаселення. Саме неоптимальність капіталу (то його збільшення, то скорочення) привертає та відвертає робочу силу, створюючи цим коливання попиту на працю. Скорочення попиту призводить до збільшення перенаселення людьми, які не знаходять собі заробітку [12, с. 34].

Критично оцінюючи теоретичні розробки К. Маркса, С. Булгаков стверджував, що надати детальну та остаточну формулу щодо характеру відтворення населення у період

різних історичних епох абсолютно неможливо, оскільки фактори, які впливають на процес відтворення, можуть відрізнятися у багатьох різних та протилежних напрямках і однаково можливі як для перенаселення, так і для низької кількості населення [12, с. 34].

Творчим доробком концепції А. Сміта, Д. Рікардо та інших представників класичної політекономії є теорія відтворення робочої сили К. Маркса. К. Маркс, подібно до класиків, трактував людину як основний капітал, приділяючи велику увагу значенню її розвитку, її виробничому досвіду, її накопиченій освіті та її витратам на організацію та проведення вільного часу [12, с. 34].

К. Маркс виокремлює необхідність організації додаткової праці, як головного поняття його економічної теорії, яке може виявитися корисним під час аналізу як простого, так і розширеного відтворення робочої сили окремої персони чи населення загалом. Не всі школи, які розглядають постіндустріальне відтворення, визначають здоров'я як найважливіший фактор для розвитку цього процесу. На наш погляд, такий підхід до аналізу репродуктивного процесу впливає з того, що тенденції перенаселення постіндустріальної епохи є домінуючими.

Ж. Кангіль дав пояснення категорії здоров'я як не тільки фізичної, а й соціальної норми, і відзначив: «Для визначення, що є нормальним для певного організму, потрібно оглянутися, що є навколо» [11].

Дискусія щодо «нормального» та «патологічного» пов'язана з ім'ям Е. Дюркгейма, яким і був введений термін «соціальна патологія» [11]. Отже, хворобу та здоров'я почали визначати, виходячи з потреб та очікувань навколишнього середовища та готовності сім'ї, громади допомогти тим, хто має довгострокову втрату працездатності. Йдеться також про особисте усвідомлення ситуацій пацієнтів. У соціологічних категоріях – це аналіз соціальних станів, які вимагають, щоб операціоналізація відображалася у формі наявних фіксованих «фактів» та «факторів».

Соціальна заангажованість виникає тоді, коли людину називають пацієнтом, але медичні заклади не лише роблять оцінку меж лікарських засобів та призначених процедур, але й виходять за межі фізичного стану, торкаючись ідентичності кожної людини та посиляючись на певну наявну позицію у суспільстві.

Ще один аналізуючий підхід до соціального здоров'я можна зустріти у роботах Ж-Ф. Ніса, який розглядає його з погляду капіталу та ресурсів [11]. Наголошуючи на складному характері обставин, за яких людина змушена жити, Ж-Ф. Ніс трактує здоров'я нації, з одного боку, як конвертований капітал із відповідною віддачею, а з іншого – як розвиток різних економічних та культурних інновацій, як активну та відповідальну поведінку самого громадянина, тому що саме він повинен бути готовим до «напруг» та наслідків негативних станів екологічного та соціального середовища.

У 1991 р. Г. Еспінг-Андерсен запропонував класифікувати моделі соціального захисту залежно від типу державного устрою [1]. Він приділяв особливу увагу ліберальній системі державного устрою. На його думку, формування цієї системи відбувалося ще за часів переважання ринкових відносин і панування приватної власності, під впливом ліберальної трудової етики. Характерною рисою цієї системи є прагнення держави до адресної допомоги, що призвело до відокремлення державної допомоги від вільного загального ринку медичних послуг. Ліквідація бідності є головною метою такого підходу.

Латинські принципи ведення державної політики, що виокремлюються Е. Андерсеном, були наведені у низці «папських листів», виданих у ХХ ст. у Ватикані. Згідно з ними допомога є головним принципом, який у християнському соціальному вченні означає, що при вирішенні проблем, що виникають, допомога повинна бути надана найближчою інстанцією (самим індивідом або членами його сім'ї). Наступний приклад – місцева громада, включаючи церкву та

громадські організації, а також сусідів; якщо це не працює, особа повинна скористатися страховими послугами. Останній приклад – державний сектор, який характеризується низьким рівнем витрат на соціальний захист населення.

Розвиток науково-технічного прогресу, удосконалення технологічних процесів у зв'язку з переходом суспільства до постіндустріального розвитку сформулювали завдання, насамперед, щодо переведення робочої сили на новий рівень. Нестача висококваліфікованих кадрів, системні зміни робочої сили і постійно зростаючі завдання щодо подальшої активізації економічного росту послужили причиною саме для виникнення і розвитку теорії людського капіталу.

На наш погляд, найбільш повне вивчення генезису теорії людського капіталу представлено у працях А. Добриніна, С. Дятлова та С. Курганського.

Людський капітал – це притаманна постіндустріальному стану суспільства епохи науково-технічної революції форма вираження продуктивних сил людини, включена до ринково-орієнтованої системи соціальної економіки як провідний елемент визначального чинника соціального відтворення та економічного зростання [2].

Звертаючи увагу на високу динамічність процесів, що відбувалися у сучасному суспільстві внаслідок науково-технічної революції, обміну інформацією та спілкуванням, суспільство охарактеризовано вченими як інформаційне, а сучасна система суспільного відтворення – як інноваційне відтворення. Саме в інформаційному середовищі людина є свого роду «економічною особою», яка виконує певну сукупність важливих економічних функцій і дій, які дозволяють визначити її економічну поведінку у ринковій та перехідній економіках. При цьому основним носієм інформації та ресурсів є людина з високим рівнем освіти, з розвиненими можливостями до накопичення, зберігання та обробки інформаційних ресурсів, а також загальним, науковим та специфічним

рівнями підготовки до роботи.

Варто зауважити, що, погоджуючись із вичерпністю традиційних ресурсів і підтверджуючи факти переходу саме розвинутого суспільства до свого якісно нового стану, потрібно піклуватися про умови перебування кожної людини як носія властивостей продуктивного, трудового, інформаційного та інших ресурсів.

Щодо концепції людських ресурсів, то згідно з нею людина є найціннішим, невідновлюваним ресурсом, таким, що визначається єдністю трудових функцій; єдністю функцій щодо залучення до системи соціальних зв'язків і єдністю унікальних професійних та особистісних якостей, що дозволяють найбільш ефективно використовувати наявні виробничі ресурси. На наш погляд, у контексті цієї концепції, серед зазначених елементів слід відокремити здоров'я як основоположний елемент, який визначає потенціал людини до виконання трудових функцій, розвитку професійної та особистої кваліфікації та участі у системі зв'язків у соціумі.

Людські ресурси – це ресурси, які дають змогу здобути соціальні позиції та отримати життєво важливі блага. Якщо подивитися на різні фактори, що формують поняття людських ресурсів, то можна побачити, що пріоритет надається здоров'ю. Т. Чубарова вважала, що здоров'я належить до низки споживчих функцій індивіда, тому що люди отримують справжнє задоволення від того, що вони здорові. Здоров'я як інвестиційна ціль є частиною людського капіталу, або людської цінності, певним стимулом для заробітку грошей. Здоров'я визначає можливість проведення днів без хвороб, а тому збільшує кількість днів, коли можна займатися будь-якою ринковою та неринковою діяльністю. Саме здоров'я приносить велику користь особистості не лише від задоволення гарним станом самопочуття, але й через те, що воно збільшує кількість здорових днів (прибутків відповідно) та вільного часу для заробітку фінансів [12, с. 38].



Індивід не тільки пред'являє попит на здоров'я, але і виробляє його сам. Він з часом успадковує початкові амортизовані запаси здоров'я, але може і самостійно інвестувати у підтримку свого здоров'я та збільшувати його запаси. При цьому потрібно пам'ятати, що споживачеві потрібно здоров'я, а не численні медичні послуги. Потреби людей в охороні здоров'я – це непрямі «вимоги» до здоров'я. Процес «виробництва» здоров'я також вимагає часу, який витрачає сам індивід. У результаті, людина не тільки оздоровлюється, а й бере активну участь у виробництві, поєднуючи знання та ресурси відповідно до рівня технологій [12, с. 38].

Людина як споживач і виробник трудових ресурсів є їх частиною. На певному етапі розвитку суспільства, у період виробництва, трудові ресурси як незалежна економічна категорія формують економічні відносини у процесі виробничої діяльності та розвивають процеси використання та перерозподілу працездатного населення у економіці країни. Трудові ресурси визначають трудовий потенціал суспільства, який має якісний та кількісний аспекти.

1. Кількісний аспект вимірюється такими параметрами:

- кількість робочого часу, витраченого населенням на формування поточного рівня продуктивності праці та її інтенсивності;
- загальна кількість працездатного населення.

2. Якісний аспект вимірюється такими параметрами, як:

- фізична спроможність працездатного населення;
- якість рівня підготовки працездатного населення;
- загальна чисельність здорового населення.

Сьогоднішня соціальна репродуктивна система існує в умовах обмежених традиційних ресурсів, а економічне зростання все більше залежить від використання інформаційних ресурсів та джерел їх розвитку. Слід визначити, що людський капітал є найваж-

ливішою цінністю суспільства та основним фактором економічного зростання країни у сучасних умовах суспільного відтворення. Процес розвитку людського капіталу вимагає значних витрат від особистості та суспільства загалом.

С. Дятлов визначив людський капітал крізь призму функціонального підходу, який сприяє підвищенню продуктивності виробництва і, таким чином, впливає на його ефективність, при цьому збільшуючи рівень надходження доходів [6, с. 191].

Одним із найскладніших елементів державного регулювання теперішнього суспільства є надання медичних послуг громадянам. Категорію послуг К. Маркс визначив таким чином: «... особлива вартість споживання, яку надає ця праця, схожа на будь-який товар, але особлива споживча вартість цієї роботи отримала назву «послуги», через те, що саме праця постачає послуги не в розумінні речі, а в розумінні діяльності ...» [8]. Отже, робимо висновок, що лише економічна доцільність робить послугу предметом продажу. Надання послуг, у економічному баченні, є діяльністю з їх виробництва і реалізації. Володіючи товарною формою, послуга є самостійним об'єктом звернення до неї. Ця послуга невіддільна від свого джерела, будь то машина чи навіть людина, тоді як у матеріальному вигляді – вона існує незалежно від відсутності або присутності її джерела.

Аналізуючи науковий доробок Ю. Хуторнюк, відзначимо, що «послуга – являється економічними відносинами не по результатам праці, а лише з приводу праці як діяльності», та зазначимо, що Ю. Хуторнюк виводить своє аргументоване поняття: «послуга – це суто економічні відносини, які виникають з приводу результату праці, що і створює вартості споживання, які проявляються у корисній дії товару, або ж самої діяльності для задоволення розумових потреб людини» [9]. З економічної точки зору дані визначення не відокремлюються практично від сутності послуги та характеризують її як економічні відносини, а не як конкретну діяльність.

І. Чабаненко наголосив не на самому процесі праці як діяльності, а на його результаті як найголовнішому елементі послуги. Ми вважаємо, що стосовно медичних послуг це більш правильно. Споживач, у процесі отримання медичної послуги, розраховує на результат – здоров'я, а не на лікування як процес, хоча результат медичної послуги неможливо оцінити до моменту її отримання, у зв'язку з особливостями кожної людини і різною реакцією організму у процесі її надання. Послуга, з цього боку, складається з лікування як процесу праці. У будь-якому випадку громадянин покладається на своє здоров'я і послуга надається лише за станом його здоров'я. Однак, оскільки зміст послуги не є її результатом (особливістю роботи), найбільш точно визначення послуги можливе шляхом уточнення її мети.

Різні погляди на розвиток державного регулювання процесу надання медичних послуг зроблено у роботах Р. Солтман, Дж. Фігейрас, вагому частину яких присвячено аналізу його сучасних стратегій. Е. Річардсон, В. Лехан та Г. Слабкий давно досліджували розвиток державного регулювання надання медичної допомоги у пострадянських країнах та моделі її фінансування.

Витрати на виробництво медичного продукту не завжди можуть бути відтворені як бажані для людини. У цьому випадку роль держави у забезпеченні репродуктивного процесу полягає у створенні та підтримці умов для широкої доступності ринку послуг для охорони здоров'я. У праці «Здоров'я і багатство: міжнародне дослідження витрат на охорону здоров'я» Дж. Максвелл [3, с. 92], аналізуючи концепцію системних змін у медичній галузі, заявив, що вона, здебільшого, досить поширена за межі національних кордонів. За його словами, на це впливають дві основні групи факторів. Перша група стосується впливу різних політичних, ідеологічних, соціальних, історичних, культурних та економічних факторів, що визначають потребу у системних змінах медичної системи. Вони діють ззовні і впливають на структуру галузі, в якій розробляється

державна політика охорони здоров'я. У багатьох випадках реформа охорони здоров'я не є відокремленим явищем, а є невід'ємною частиною більш широких структурних зусиль влади щодо модернізації різних державних програм соціального забезпечення у різних сферах господарства.

Щодо другої групи факторів, то вони стосуються сучасних проблем охорони здоров'я певної держави. Це можуть бути проблеми, пов'язані зі здоров'ям суспільства, які певним чином змінюють модель медичного обслуговування, якого потребує суспільство, із загостренням труднощів у фінансуванні медичної галузі та із різними її організаційно-структурними проблемами.

Звернемося до ще одного дослідження, зробленого Р. Солтманом у 1992 р. [3, с. 93], що стосувалося системних змін державного регулювання медичної галузі. Після детального аналізу систем охорони здоров'я країн північної Європи він дійшов висновку, що медичні ресурси у Європі формуються та накопичуються по-різному. Деякі з цих відмінностей мають історичне походження, а інші – відображають результат політичних чи фінансових рішень, що багато в чому пояснюється різними цінностями суспільства.

На нашу думку, рівень доступності медичних послуг, як і інших суспільних послуг, глибоко відображає соціокультурні очікування суспільства загалом. Однак, на думку Р. Солтмана, для демократичних суспільств труднощі у проведенні системних змін в охороні здоров'я пов'язані з більш складними взаємозв'язками між цінностями суспільства, нормами реалізації цих цінностей та існуванням осіб автономних та залежних від них. У цьому відношенні реформа системи охорони здоров'я не може бути зведена до суто механічних заходів, які мають реалізувати раціональний план для більш ефективного використання ресурсів. Це питання виявлення та використання державних механізмів, а не просто скорочення витрат на їх функціонування.

У світлі викладеного ми згодні з думкою Р. Робінзона і Дж. Ле Гранда, які вважають, що поняття системи охорони здоров'я не передбачає наявності однієї системи поглядів і цінностей, що поділяються всім населенням. Тому це поняття передусім передбачає, що постійна і щоденна напруженість між різними цінностями і поглядами у суспільстві може надати певну стабільність у медичній сфері країни. На їхню думку, для того щоб краще зрозуміти цю суперечність між різними поглядами, систему відносин у сфері охорони здоров'я потрібно розділити на чотири групи: цінності для держави та населення, розуміння соціальних подій, розподіл ресурсів та методи регулювання. Зв'язки між цими групами чинників створюють символічну структуру, яка дозволяє її ключовим акторам інтерпретувати події у світі та наділяти їх своїм власним змістом [3, с. 94]. Слід зазначити, що деякі дослідники розглядають природу охорони здоров'я як ключовий показник нормативних цінностей суспільства [3, с. 94]. Створення даної тези є процесом формування наукової концепції у деяких суспільствах, яка розглядається як соціальна чи колективна вигода, яку можуть мати всі громадяни, отримуючи необхідні медичні чи профілактичні послуги.

Створення та закріплення позитивних тенденцій примноження людського капіталу

вимагає вивчення внеску всіх учасників цього багаторівневого процесу: держави, організацій, людей. Визначення проблематики, позначеної темою цього дослідження, спочатку, спрямоване на відтворення здоров'я як найбільш значимого активу людського капіталу, а згодом – на теоретичне осмислення процесів, які, в умовах конкурентного ринку медичної діяльності, розширюють можливості використання механізму конвергенції державної та приватної систем охорони здоров'я, а також використання інституційних основ для регулювання ринку медичних послуг.

### **Висновки.**

Перегляд історично-наукових джерел показує, що управління системою охорони здоров'я потребує системних змін та якісно нових підходів, пошуку альтернативних шляхів реформування організаційно-економічного механізму медичної галузі, розробки нових моделей взаємодії механізмів державного управління для збереження працездатного населення. Також ми вважаємо, що механізми державного управління охороною здоров'я, які існують на даний час у нашій державі, не відповідають його сучасним змінам.

У перспективі подальших розвідок передбачається проаналізувати закордонний досвід формування інноваційних моделей розвитку системи охорони здоров'я.

### **БІБЛІОГРАФІЧНІ ПОСИЛАННЯ**

1. Березовська-Чміль О. Порівняльно-типологічна характеристика моделей соціальної політики. Вісник Прикарпатського університету. Політологія. 2016. Вип. 10. С. 39–43. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpu\\_Polit\\_2016\\_10\\_8](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpu_Polit_2016_10_8).
2. Білецький О.В. Формування і використання людського капіталу в інноваційній економіці : дис. на здоб. наук. ступ. канд. екон. наук (08.00.07). Дон. нац. ун-т, Вінниця, 2016. 225 с.
3. Вовк С. М. Механізми державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я: дис. на здоб. наук. ступ. докт. наук з держ. управл. за спец. 25.00.02 «Механізми державного управління». Донецькій державний університет управління, Маріуполь, 2019. 492 с.
4. Говорко О. В. Демографічні процеси в системі охорони здоров'я населення. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія : Міжнародні економічні відносини та світове господарство. 2017. Вип. 13(1). С. 60–63. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvuumevcg\\_2017\\_13%281%29\\_15](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvuumevcg_2017_13%281%29_15).
5. Історія економічних вчень: навчальний посібник / за ред. В. В. Кириленка. Тернопіль: «Економічна думка», 2007. 233 с.
6. Короленко Р. В. Теоретичні підходи до визначення поняття «людський капітал». Інноваційна економіка. 2013. № 2. С. 189–192. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/inek\\_2013\\_2\\_43](http://nbuv.gov.ua/UJRN/inek_2013_2_43).
7. Медяник Д.І., Липчанський В.О. Особливості ефективності управління закладами охорони здоров'я. Наукові записки. 2016. Вип.19. С.23–29.
8. Миколаєць І. В. Державне регулювання надання медичних послуг як складова соціального захисту населення. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2016. № 10. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1142>.
9. Миколаєць І. В. Становлення та розвиток державного регулювання надання медичних послуг. Інвестиції: практика та досвід. 2017. № 2 (23). С. 113–116.

10. Пармаклі Д.М., Філіппова С.В., Добрянська Н.А. Історія економічних вчень: навчальний посібник. Одеса. 2018. 113 с.
11. Федько О. А. Багатоаспектність поняття «здоров'я» у сучасній науковій думці. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2009. № 4. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua>.
12. Шевчук В.В. Удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України: дис. на здоб. наук. ступ. канд. наук з держ. управл. за спец. 25.00.02 «Державне управління». Миколаїв; Чорноморський національний університет імені Петра Могили, 2017. 219 с.
13. Юрченко О. М. Аналіз досліджень проблеми самозбереження в педагогічній теорії та практиці. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології : науковий журнал. 2015. № 1 (45). С. 192–200.

## REFERENCES

1. Berezovska-Chmil, O. (2016). Porivnialno-typolohichna kharakterystyka modelei sotsialnoi polityky [Comparative typological characteristics of social policy models]. *Visnyk Prykarpatskoho universytetu. Politolohiia – Newsletter Precarpathian University. Political science*, 10, 39–43. Retrieved from [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpu\\_Polit\\_2016\\_10\\_8](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpu_Polit_2016_10_8) [in Ukrainian].
2. Biletskyi, O.V. (2016). Formuvannia i vykorystannia liudskoho kapitalu v innovatsiinii ekonomitsi [Formation and use of human capital in innovative economies]. *Candidate's thesis*. Vinnytsia: Don. nats. un-t [in Ukrainian].
3. Vovk, S. M. (2019). Mekhanizmy derzhavnoho upravlinnia systemnymy zminamy u sferi okhorony zdorovia [The mechanism of public administration systemic changes in health care]. *Candidate's thesis*. Mariupol: Donetskii derzhavnyi universytet upravlinnia [in Ukrainian].
4. Novorko, O. V. (2017). Demografichni protsesy v systemi okhorony zdorovia naselennia [Demographic processes in the public health system]. *Naukovyi visnyk Uzhhorodskoho natsionalnoho universytetu. Seriya : Mizhnarodni ekonomichni vidnosyny ta svitove hospodarstvo – Herald UNU. International Economic Relations And World Economy*, 13(1), 60–63. Retrieved from [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvuumevcg\\_2017\\_13%281%29\\_15](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvuumevcg_2017_13%281%29_15) [in Ukrainian].
5. Kyrylenko, V.V. (Ed.). (2007). *Istoriia ekonomichnykh vchen: navchalnyi posibnyk [History of economic thought]*. Ternopil: “Ekonomichna dumka” [in Ukrainian].
6. Korolenko, R. V. (2013). Teoretychni pidkhody do vyznachennia poniattia «liudskiy kapital» [Theoretical approaches to the definition of the concept of “human capital”]. *Innovatsiina ekonomika – Innovative economy*, 2, 189–192. Retrieved from [http://nbuv.gov.ua/UJRN/inek\\_2013\\_2\\_43](http://nbuv.gov.ua/UJRN/inek_2013_2_43) [in Ukrainian].
7. Medianyuk, D.I., & Lypchanskyi, V.O. (2016). Osoblyvosti efektyvnosti upravlinnia zakladamy okhorony zdorovia [Features of efficiency of management of health care facilities]. *Naukovi zapysky – Scientific Papers*, 19, 23-29 [in Ukrainian].
8. Mykolalets, I. V. (2016). Derzhavne rehuliuвання nadannia medychnykh posluh yak skladova sotsialnoho zakhystu naselennia [State regulation of the provision of medical services as a component of social protection of the population]. *Derzhavne upravlinnia: udoskonalennia ta rozvytok*, 10. Retrieved from <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1142> [in Ukrainian].
9. Mykolalets, I. V. (2017). Stanovlennia ta rozvytok derzhavnoho rehuliuвання nadannia medychnykh posluh [Development and development of public administration of the provision of medical services]. *Investytsii: praktyka ta dosvid – Investment: Practice and Experience*, 2 (23), 113–116 [in Ukrainian].
10. Parmakli, D.M., Filyppova, S.V., & Dobrianska, N.A. (2018). *Istoriia ekonomichnykh vchen : navchalnyi posibnyk [History of economic thought]*. Odessa [in Ukrainian].
11. Fedko, O. A. (2009). Bahatoaspektnist poniattia «zdorovia» u suchasni naukovii dumtsi [The multidimensionality of the concept of “health” in modern scientific thought]. *Derzhavne upravlinnia: udoskonalennia ta rozvytok*, 4. Retrieved from <http://www.dy.nayka.com.ua> [in Ukrainian].
12. Shevchuk, V.V. (2017). Udokonalennia derzhavnoho rehuliuвання innovatsiinoho rozvytku systemy okhorony zdorovia Ukrainy [Improvement of state regulation of innovative development of the health care system of Ukraine]. *Candidate's thesis*. Mykolaiv: Chornomorskyi natsionalnyi universytet imeni Petra Mohyly [in Ukrainian].
13. Yurchenko, O. M. (2015). Analiz doslidzhen problemy samozberzhennia v pedahohichni teorii ta praktytsi [Analysis of research on the problem of self-preservation in pedagogical theories and practice]. *Pedahohichni nauky: teoriia, istoriia, innovatsiini tekhnolohii : naukovyi zhurnal – Pedagogical sciences: theory, history, innovative technologies*, 1 (45), 192–200 [in Ukrainian].

**Долгіх Максим Вікторович**

Аспірант

Міжрегіональна академія управління персоналом  
03039, м. Київ, вул. Фрометовская, 2

Email: [pkoi@ukr.net](mailto:pkoi@ukr.net)

**Dolgikh Maksym**

PhD student

Interregional Academy of Personnel Management  
2, Frometivska Str., Kyiv, 03039, Ukraine

ORCID: 0000-0001-7333-4595

Цитування: Долгіх М. В. Проблеми формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я: огляд дискусійного поля. *Аспекти публічного управління*. 2019. Т. 7, № 12. С.16-27.

Citation: Dolgikh, M.V. (2019). Problemy formuvannia mekhanizmv publicnoho upravlinnia systemoiu okhorony zdorovia: ohliad diskusiihnoho polia [Problems of formation of public management mechanisms: health system: a discussion of the discussion field]. *Public administration aspects*, 7(12), 16-27.

Стаття надійшла / Article arrived: 05.11.2019

Схвалено до друку / Accepted: 06.12.2019