

УДК 351.77

ФОЙГТ Наталія Антонівна,  
канд. екон. наук, старш. наук. співроб.,  
докторант НАДУ

## **СТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТОК СУЧАСНИХ КОНЦЕПЦІЙ ТЕОРІЇ УПРАВЛІННЯ СУСПІЛЬНИМ ЗДОРОВ'ЯМ**

Аналізується процес формування теорії управління здоров'ям населення, визначаються існуючі теоретичні підходи й моделі та вивчається взаємодія теоретичних концепцій з поточною управлінською практикою.

Ключові слова: управління охороною здоров'я, зміцнення здоров'я, нерівність у здоров'ї, детермінанти здоров'я.

### ***Фойгт Н. А.* Становление и развитие современных концепций теории управления общественным здоровьем**

Анализируется процесс формирования теории управления здоровьем населения, определяются существующие теоретические подходы и модели и изучается взаимодействие теоретических концепций с текущей управленческой практикой.

Ключевые слова: управление охраной здоровья, укрепление здоровья, неравенство в здоровье, детерминанты здоровья.

### ***Foygt N. A.* The formation and development of modern concepts of the theory of public health**

The development of theories of population health management it is analyzed. Existing theoretical approaches and models are defined. The interaction between theoretical concepts and current management practices is explored.

Key words: public health management, health promotion, inequalities in health, determinants of health.

**Постановка проблеми.** Сучасні глобальні політичні, економічні й соціальні тенденції спричинили кардинальні зміни в концепціях організації охорони здоров'я і соціальної допомоги. Наприкінці ХХ ст. ООН, позиціонуючи себе як «організація, що покликана спрямовувати світову громадськість на подолання нових соціальних, політичних, економічних та екологічних викликів» [38], наголосила на необхідності пріоритезації проблем здоров'я населення та активізації зусиль щодо його зміцнення як одну з очевидних і необхідних відповідей на зазначені тенденції. Проте поточний стан наукових і політичних дебатів у цій царині свідчить про відсутність необхідної єдності в підходах щодо розвитку теоретичних аспектів управління здоров'ям населення та шляхів упровадження теорії в практику охорони здоров'я.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Базуючись на висновках Доповіді Лейлонда (1974 р.) [22], Алма-Атинської декларації про первинну охорону здоров'я (1978 р.) і Стратегії Здоров'я для всіх до 2000 р. ВООЗ (1981 р.), учасники Першої міжнародної конференції зі зміцнення здоров'я в Оттаві (1986 р.) зосередили увагу на потенціалі розширення ролі зміцнення здоров'я як на рівні громад і організацій, так і на індивідуальному рівні. Узагальнивши висловлені думки, учасники конференції визначили п'ять стратегій зміцнення здоров'я: побудова здорової державної політики, створення підтримуючого середовища, посилення дієвості громади, розвиток персональної компетенції та переорієнтація послуг охорони здоров'я. Пізніше, на Четвертій міжнародній конференції в Джакарті, ці базові стратегії були конкретизовані й висунуті на порядок денний розвитку зміцнення здоров'я у ХХІ ст. у вигляді таких положень:

- підвищення соціальної відповідальності за здоров'я через повсюдне й неухильне здійснення інституціями державного, недержавного і приватного сектору політики і практики запобігання шкоди здоров'ю;
- активізація інвестування в розвиток здоров'я з використанням мультисекторального підходу та пріоритезацією потреб окремих груп;
- консолідація й розвиток партнерства заради здоров'я між різними секторами на всіх суспільних рівнях;
- розширення можливостей громади та уповноваження кожного з її членів в усьому, що пов'язано зі здоров'ям;

– забезпечення інфраструктури зміцнення здоров'я шляхом створення цільових установ, таких, наприклад, як школи та робочі місця.

Стратегія зміцнення здоров'я, визначена в Оттаві, а потім розвинута й доповнена на конференціях в Аделаїді (здорова державна політика), Сундсвалі (підтримуюче середовище) і Джакарті (партнерство), відображена в урядових документах і програмах підтримки і зміцнення суспільного здоров'я в Україні.

Усеохоплююча сутність зміцнення здоров'я передбачає широкий спектр дослідницьких ініціатив не тільки у сфері власне зміцнення здоров'я, але й у багатьох суміжних сферах наукового знання. Дослідження зміцнення здоров'я самі по собі здійснюються для практичних потреб зміцнення здоров'я як галузі охорони здоров'я, таких, скажімо, як розробка практичних підходів у вирішенні певних проблем, осягнення комплексу потрібних дій, обставин, за яких слід упроваджувати ці дії, та визначення контингентів населення, для яких ці дії впроваджуватимуться. На противагу прикладним дослідженням, теоретичні студії в галузі зміцнення здоров'я здебільшого присвячені аналізу набутого досвіду зміцнення здоров'я або ціннісної бази політики і практики в цій сфері [25; 33].

Усі названі дослідження утворюють певну систему, у зв'язку з чим виникає необхідність виділення теоретичних концепцій, присвячених управлінню здоров'ям населення, серед багатьох дослідницьких парадигм, що так чи інакше пов'язані з цією сферою знання. Важливим завданням є також визначення потенціалу кожної окремої теоретичної концепції щодо можливості її трансформації в більш прикладну, практичну форму дослідження управління суспільним здоров'ям. Спектр дослідницьких напрямів є доволі широким (епідеміологія, антропологія, демографія, психологія, організаційні й політичні науки, соціологія тощо), отже, ще однією важливою проблемою є подолання світоглядних, гносеологічних, дефініційних та інших міждисциплінарних суперечностей.

**Мета статті.** Метою статті є ретроспективний аналіз передумов формування сучасних теоретичних концепцій у сфері управління здоров'ям населення як наукової дисципліни та напряму управлінсько-політичної практики, осягнення комплексу необхідних дій, обставин, за яких слід упроваджувати ці дії, та визначення контингентів населення, для яких ці дії впроваджуються.

**Виклад основного матеріалу.** Фундаментальні та прикладні дослідження в галузі управління здоров'ям населення включають широке коло проблем: від профілактичної діяльності на рівні населення до інтервенції на індивідуальному рівні, опосередковані впливом на структурні й культурні детермінанти здоров'я. Усвідомлення дослідниками багатоланковості феномену здоров'я, його забезпечення й підтримки передбачає відповідну багатоланковість теоретичних підходів і наукових рішень. А. Уайтлоу та Дж. Вільямс зазначають, що в таких умовах маскуються суперечності між конкуруючими парадигмами й напрямками. Зокрема, ці автори попереджують, що «спроби генерації «глобальних» моделей управління здоров'ям можуть пригнічувати конструктивні дебати навколо часткових альтернативних перспектив здоров'я» [37, с. 480], і роблять висновок про те, що, оскільки згадані протиріччя є перманентними, для вироблення єдиного теоретичного поля їх вирішення в більшості випадків не є необхідним. Головними центрами уваги в аналізі тієї чи іншої концепції вони вважають професійні й політичні аспекти технічних, методологічних і дослідницьких проблем. Визначення ж способу подолання міждисциплінарних протиріч ці автори вважають основним завданням практиків у ході впровадження тієї чи іншої конкретної політики [37, с. 487 – 488].

Зсув у сьогоdnішньому політичному порядку денному в бік управління здоров'ям населення має бути атрибутований до ряду впливів, які узагальнено можна визначити як: а) управління в умовах пізнього модернізму; б) зростання нерівності в досягненні здоров'я та в) зростання громадської активності. Це визначає перелік аспектів, у яких доцільно сфокусувати і стимулювати розвиток теоретичних положень щодо досліджень та практики управління здоров'ям. Поняття «теоретичні положення» у такому сенсі було сформульовано К. Діном стосовно проблеми пов'язання теорії та методики в дослідженнях здоров'я населення. На думку цього автора, «теоретичні положення можуть трактуватись як розвиваюча схема вивчення причинно-наслідкових процесів для накопичення знання у певних галузях» [11, с. 29]. У цьому контексті вирішувані проблеми стосуються скоріше комплексності динамічних взаємозв'язків між компонентами положення, ніж передбачення глобальних наслідків очікуваного результату [11, с. 30 – 32]. Крім того, Нок [26] і Фразер зі співавторами [13] визнали, що в багатьох дослідженнях результатів втручань в охорону здоров'я базова теоретична модель або зовсім не сформульована,

або сформульована надто обмежено. На сьогоднішній день теоретичні розробки в галузі управління здоров'ям продовжують базуватись на поведінкових моделях і теоріях, оприлюднених ще в 70-х рр. XX ст. [2; 6; 8; 29; 32;35]. Відтоді, за винятком декількох досліджень [19; 20; 37], хоч якісь узгоджені спроби перевести теоретичний розвиток у бік регулювання відповідної політики майже не здійснювались. Поряд з цим практика управління здоров'ям іноді також здійснювала певні бар'єри для розвитку компетентної критики.

За визначенням А. Гідденса, ми живемо в період «пізнього модернізму, коли докорінні і швидкі соціальні зміни вирішальним чином впливають на традиційну практику і поведінку» [18, с. 16]. Основними рушійними силами та ознаками цього періоду експерти вважають спричинені глобалізацією масштабні соціальні трансформації, розвиток кібернетичних та інформаційних технологій, зміну природи та структури навантаження хвороб, старіння населення, зростання споживчої культури [14; 15; 31]. Обставини, що склалися, підвищують ступінь невизначеності та реструктурують поняття ризику для здоров'я, у зв'язку з чим генерування нового наукового знання у сфері суспільного здоров'я концентрується навколо проблем визначення цього ризику та способів його зниження [18; 23 – 25]. Певною мірою цей процес регулюється конкретною культурною традицією. Як зазначає Д. Лаптон, «ризик, визначені суспільством як такі, що потребують уваги, на рівні суспільної культури сприймаються як важливі, навіть не маючи жодного стосунку до реальних небезпек» [23, с. 80]. Згідно з цим автором, моральне та політичне забарвлення ризиків суспільного здоров'я має фіксуватись на рівні клінічних та епідеміологічних досліджень і враховуватись під час впровадження конкретної політики управління здоров'ям [23, с. 81].

Новітні тенденції суспільного поступу стимулювали, зокрема, розвиток і становлення в медицині парадигми доказовості [4; 5], хоча її теоретичні перспективи були закладені ще в 70-х рр. XX ст. роботами М. Фокалта [16; 17] і розвинуті дослідженнями з визначення й оцінки нових форм управління, а також формування методологічної й методичної бази доказовості. Серед останніх на особливу увагу заслуговують методологічні аспекти економіки здоров'я. За іронією долі, впровадження на початку 90-х рр. XX ст. рішень Оттавської конференції на рівні урядових програм зміцнення здоров'я в країнах Європи [34] збіглося з глобальним

занепокоєнням щодо ескалації витрат на охорону здоров'я [24]. Через усвідомлення того, що більшість проблем зі здоров'ям пов'язана з індивідуальним способом життя [3], проблеми обсягу витрат стали конкурувати з необхідністю подолання наслідків існуючих ризиків. Для прийняття рішень щодо зміцнення й охорони здоров'я ключовим елементом нової культури здоров'я стала необхідність інформованості на основі доведеності потреб, а особливо доведення ефективності відповідних програм та ефективності вкладених коштів. Отже, враховуючи обмеженість коштів, вибір мав бути зроблений між конкуруючими способами використання ресурсів охорони здоров'я. Класичним прикладом ефективності програми зміцнення здоров'я є економічна ефективність лікування і попередження коронарної хвороби серця. Експерти констатують, що «хоча не всі форми профілактики є успішними, або за обсягом результату відповідають обсягу вкладених коштів, доведено, що детально сплановані і цілеспрямовані програми, особливо ті, що стосуються куріння та дієти, можуть суттєво знизити фактори ризику і обіцяють значний економічний ефект у формі додаткових років тривалості життя» [30, с. 65].

Другим за силою впливу чинником змін у політиці управління здоров'ям населення є повернення до ключових причин високої захворюваності й передчасної смертності тих причин, які є зовнішніми стосовно індивіда і регулюють його поведінку й активність. Декілька широко застосовуваних моделей здоров'я [10; 12; 21] ілюструють перелік контекстуальних факторів, включаючи економічне, психологічне, культурне й фізичне середовища, які оформлюють як здоров'я населення загалом, так і нерівності в досягненні здоров'я, пов'язані з соціоекономічним статусом, статтю, віком та іншими соціальними позиціями. Свого часу у Великобританії було здійснено незалежне опитування про нерівність у здоров'ї (його результати відомі як доповідь Ачесона), в основу якого було покладено соціоекономічну модель здоров'я. Ця модель виявила вплив загальних, соціальних, побутових і виробничих умов, які самі по собі визначали кількісні та якісні параметри соціальної і громадської взаємодії, які, у свою чергу, формували ставлення й поведінку до здорового способу життя. У доповіді було зафіксовано глибину і спектр відмінностей у смертності між вищими й нижчими соціально-економічними групами і сформульовано пріоритети політики щодо скорочення нерівності за доходами через перерозподіл ресурсів на користь тих, хто опинився поза ринком праці. Основним

висновком авторів доповіді є те, що політичні зусилля мають бути спрямовані «знизу наверх», тобто від деконтекстуалізованих індивідів до соціальних і економічних структур. «Ми вважаємо, що без зсуву ресурсів до менш забезпечених контингентів населення, як працюючих, так і не працюючих, не можна розраховувати на скільки-небудь помітне зменшення нерівності у здоров'ї, застосовуючи тільки вплив «зверху вниз»» [1, с. 33].

Цей погляд підкріплюється зростаючою кількістю свідчень безпосередності зв'язку між нерівністю за доходом і передчасною смертністю в країнах, що розвиваються [36]. Одним з пояснень такого взаємозв'язку є сила або слабкість психосоціальної мережі, зокрема, особливостей повсякденного життя індивіда, які оформлюють його соціальну взаємодію. «Соціальний капітал», як його визначає Р. Патнем [28, с. 67] «є атрибутом соціальної організації, такої як соціальна мережа, соціальні норми, соціальна довіра, які уможливають координацію і співробітництво заради взаємної вигоди». Висунуто гіпотезу про те, що більш егалітарні суспільства здатні формувати більш високий рівень соціального капіталу, який, у свою чергу, скорочує нерівність у здоров'ї і підвищує тривалість життя. Джилліс [20] констатує, що поняття соціального капіталу повертає до життя соціальний підхід до громадського здоров'я загалом і, зокрема, до управління здоров'ям населення, оскільки воно дозволяє досліджувати ті процеси, в яких соціальні контакти, здійснювані через різні мережі, діють як буфер проти негативного впливу на здоров'я відносної або абсолютної депривації.

**Висновки.** Оптимістичним висновком з наведеного є усвідомлення того, що антагонізм між різними епідеміологічними та методологічними парадигмами теорії управління здоров'ям населення поступово вирішується через зростання розуміння доцільності й бажаності плюралістичних і синтетичних підходів у цій царині. Що дійсно цікавить фінансуючі й контролюючі інституції, так це ясність і прозорість цілей та змісту наукових пропозицій, а також специфікація методологічної стратегії досягнення заявлених результатів. Передусім вони очікують достовірності й якості. Завданням наукового співтовариства є забезпечення якомога більш високих стандартів досліджень з використанням повного переліку відповідних якісних і кількісних методів.

Урешті в будь-якій сфері існують лідерські та лагові взаємозв'язки між теорією (тобто розумінням того, що, чому і як відбувається) та практикою. У сучасному управлінні здоров'ям населення спостерігається очевидний лаг між доволі просунутою практикою й досі невикристалізованою теорією, унаслідок чого визначення характеру зв'язку між практикою і політикою стає дедалі важчим. Отже, необхідно здійснити рішучі кроки в напрямку подолання відставання теорії від практики, залучення ширшого кола дисциплін до вирішення теоретичних проблем управління здоров'ям населення та забезпечення більш чіткої взаємодії між наукою, політикою і практикою.

### Список використаних джерел

1. **Acheson Report.** Independent Inquiry into Inequalities in Health. – L. : The Stationery Office, 1998.
2. **Ajzen I.** Attitude-behaviour relations: a theoretical analysis and review of empirical literature / I. Ajzen, M. Fishbein // Psychological Bulletin. – 1977. – V. 84. – P. 888 – 918.
3. **Anderson R.** Health promotion: an overview / R. Anderson // L. Baric (ed.) European Monographs in Health Education Research. – V. 6. – Edinburgh : Scottish Health Education Group, 1984. – P. 1 – 126.
4. **Armstrong D.** Political Anatomy of the Body: Medical Knowledge in Britain in the Twentieth Century / D. Armstrong. – Cambridge : Cambridge University Press, 1983. – 160 p.
5. **Armstrong D.** The rise of surveillance medicine / D. Armstrong // Sociology of Health and Illness. – 1995. – V. 17. – P. 393 – 404.
6. **Bandura A.** Social Learning Theory / A. Bandura. – L. : Prentice Hall, 1977. – 247 p.
7. **Beck U.** Risk Society: Toward a New Modernity / U. Beck. – L. : Sage, 1992. – 260 p.
8. **Bem D.** Self-perception theory: an alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena / D. Bem // L. Berkowitz (ed.) Advances in Experimental Social Psychology 6. – N. Y. : Academic Press, 1972. – P. 1 – 62.



9. **Bunton R.** More than a woolly jumper: health promotion as social regulation / R. Bunton // *Critical Public Health*. – 1992. – V. 3. – P. 4 – 11.
10. **Dahlgren G.** Policies and strategies to promote equity in health / G. Dahlgren, M. Whitehead. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 1992 (document number: EUR/ICP/RPD 414 (2). – Access mode : [whqlibdoc.who.int/euro/1993/EUR\\_ICP\\_RPD414\(2\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/1993/EUR_ICP_RPD414(2).pdf).
11. **Dean K.** Integrating theory and methods / K. Dean // In K. Dean (ed.) *Population Health Research: Linking Theory and Methods*. – L. : Sage, 1993. – P. 9 – 36.
12. **Evans R.** Producing health, consuming health care / R. Evans, G. Stoddart // R. Evans, M. Barer, T. Marmor (eds) // *Why Are Some People Healthy and Others Not: The Determinants of Health of Populations*. – N. Y. : Aldine De Gruyter, 1994. – P. 27 – 64.
13. **Evaluating** health promotion: doing it by numbers / Fraser E., Bryce C., Crosswaite C., McCann K. & Platt S. // *Health Education Journal*. – 1995. – № 54. – P. 214 – 225.
14. **Featherstone M.** Cultures of technological embodiment: an introduction / M. Featherstone, R. Burrows // *Body and Society*. – 1995. – V. 1. – P. 1 – 20.
15. **Featherstone M.** The body in consumer culture / M. Featherstone // M. Featherstone, M. Hepworth., B. Turner (eds) // *The Body: Social Processes and Cultural Theory*. – L. : Sage, 1991. – P. 170 – 196.
16. **Foucault M.** *Discipline and Punish: The Birth of the Prison* / M. Foucault. – 2nd edition. – N. Y. : Random House, 1995. – 352 p.
17. **Foucault M.** *The Birth of the Clinic* / M. Foucault. – L. : Tavistock, 1973.
18. **Giddens A.** *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age* / A. Giddens. – Cambridge : Polity Press, 1991. – 261 p.
19. **Gillies P.** *HEA Research Strategy 1996 – 1999* / P. Gillies, D. McVey. – L. : Health Education Authority, 1996.
20. **Gillies P.** Social capital and its contribution to public health / P. Gillies // E. Ziglio, D. Harrison (eds) // *Social Determinants of Health: Implications for the Health Professions*. – Genoa : Italian National Academy of Medicine, 1998. – P. 46 – 50.
21. **Labonte R.** *A Community Development Approach to Health Promotion* / R. Labonte. – Edinburgh : Health Education Board for Scotland / Research Unit in Health and Behavioural Change, University of Edinburgh, 1998.

22. **Lalonde M.** A New Perspective on the Health of Canadians. – Ottawa : Department of Supply and Services, 1974.
23. **Lupton D.** The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body / D. Lupton. – L. : Sage, 1995. – 181 p.
24. **Macdonald G.** Where next for evaluation? / G. Macdonald // Health Promotion International. – 1996. – V. 11. – P. 171 – 173.
25. **Nettleton S.** Sociological critiques of health promotion / S. Nettleton, R. Bunton // R. Bunton, S. Nettleton., R. Burrows (eds). The Sociology of Health Promotion: Critical Analyses of Consumption, Lifestyle and Risk. – L. : Routledge, 1995. – P. 41 – 58.
26. **Noack H.** Review and evaluation of health promotion / H. Noack // Working paper prepared for «New Players for a New Era: Leading Health Promotion into the Twenty-First Century». Fourth International Conference on Health Promotion. – Jakarta, Indonesia, 21 – 25 July, 1997.
27. **Petersen A.** Risk, governance and the new public health / A. Petersen // A. Petersen, R. Bunton (eds) // Foucault, Health and Medicine. – L. : Routledge, 1997. – P. 189 – 206.
28. **Putnam R.** Bowling alone: America's declining social capital / R. Putnam // Journal of Democracy. – 1995. – V. 6. – P. 65 – 78.
29. **Rogers E.** Communication of Innovations: A Cross-Cultural Approach / E. Rogers, F. Shoemaker. – 2 nd edn. – N. Y. : The Free Press, 1971. – 476 p.
30. **Scottish** Office Department of Health (SODoH) Coronary Heart Disease in Scotland: Report of a Policy Review. – Edinburgh : Scottish Office Department of Health, Public Policy Unit, 1996.
31. **The efficacy** of health promotion, health economics and later modernism / R. Burrows, R. Bunton, S. Muncer // Health Education Research. – 1995. – V. 10. – P. 241 – 249.
32. **The health** belief model and personal health behavior / Becker M. (ed.). – Health Education Monographs. – 1974. – V. 2. – 146 p.
33. **Thorogood N.** What is the relevance of sociology for health promotion? / N. Thorogood // R. Bunton, G. Macdonald (eds). Health Promotion: Disciplines and Diversity. – L. : Routledge, 1992. – P. 42 – 65.

34. **UK Department** of Health (DoH) Health of the Nation. – L. : HMSO, 1992. – Cm 1968.
35. **Wallston K.** Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales / K. Wallston, B. Wallston, R. Devellis // Health Education Monographs. – 1978. – V. 6. – P. 160 – 170.
36. **Wilkinson R.** Unhealthy Societies: The Affliction of Inequality / R. Wilkinson. – L. : Routledge, 1996. – 272 p.
37. **Whitelaw A.** Relating health education research to health policy / A. Whitelaw, J. Williams // Health Education Research. – 1994. – V. 9. – P. 519 – 526.
38. **World Health Organization.** Introducing the Lifestyle and Health Department / WHO. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 1991.