

дане форсування пенсійної реформи принесе більше шкоди, ніж користі, тому такими важливими складовими є систематизація і планування в проведенні реформи. Успішна реалізація навіть добре продуманої пенсійної реформи неможлива за відсутності ретельно розробленої й випробуваної адміністративно-інформаційної системи. Потрібна належна координація заходів ринкових реформ з іншими складовими ринкових реформ. Необхідно створити детальний план фінансування пенсійної реформи.

Запровадженню накопичувальної системи має передувати реформування солідарної системи, вдосконалення порядку перерахування та сплати пенсійних внесків і створення необхідної законодавчо-нормативної бази разом із системою примусового стягнення внесків. Бажано провести фінансовий аналіз для забезпечення адекватності всіх пенсій у перехідний період. До початку запровадження накопичувальної системи потрібно мати надійну банківську систему, а розвиток ринку капіталу мусить досягти певного рівня.

Важливою складовою процесу реформування має стати загальнонаціональна програма інформування громадськості й ознайомлення населення з цілями та завданнями реформи пенсійного забезпечення. Усе

це сприятиме забезпеченню належного рівня життя людей похилого віку в сучасних умовах і на віддалену перспективу на засадах соціальної справедливості та гармонізації відносин між поколіннями.

Література

1. Загальнообов'язкове державне пенсійне страхування : навч. курс / Б.О. Зайчук, О.Б. Зарудний, С.Б. Березіна, В.Т. Олександров, С.М. Недбаєва. – К. : НВП "АВТ", 2004. – 256 с.
2. Закон України "Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування" // Відомості Верховної Ради України. – 2003. – № 49–51. – Ст. 376.
3. Закон України "Про недержавне пенсійне забезпечення" // Відомості Верховної Ради України. – 2003. – № 47–48. – Ст. 372.
4. Конституція України // Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 30. – С. 141.
5. Розпорядження Кабінету Міністрів України "Про схвалення Стратегії розвитку пенсійної системи" від 15.12.2005 р. № 525-р // Офіційний вісник України. – 2006. – № 51. – Ст. 3205.
6. Юровский Б. Пенсии государственные и негосударственные: на что можно рассчитывать / Б. Юровский. – Харьков : Консульт, 2006. – 208 с.

УДК 352.354

ОСОБЛИВОСТІ БЮДЖЕТНОГО ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Рожков Г.С.

кандидат медичних наук

заступник головного державного санітарного лікаря Київської міської санітарно-епідеміологічної станції

Annotation

The author analyzes the problems of forming state and local budgets for health protection population, structure of charges of funds on the system of health protection.

Анотація

Проаналізовано проблеми формування державного та місцевих бюджетів, структури видатків фондів у галузі охорони здоров'я населення.

Ключові слова

Фінансування, державний бюджет, місцевий бюджет, видатки, охорона здоров'я, орган державної влади, бюджетний період, бюджетні кошти.

I. Вступ

Регіональна політика держави в соціально-гуманітарній сфері, до якої належить охорона здоров'я, має передбачати забезпечення рівного доступу громадян, що проживають на те-

риторіях з різними економіко-географічними характеристиками, до життєво необхідних послуг цивілізації, у тому числі щодо охорони здоров'я. Аналіз видатків на охорону здоров'я в Україні засвідчує нерівномірність отримання медичної допомоги представниками різних соціальних груп і територій, нерегульованість бюджетних відносин.

II. Постановка завдання

Мета статті – дослідити проблеми бюджетного фінансування системи охорони здоров'я в Україні.

III. Результати

Питання фінансування системи охорони здоров'я розглядали такі науковці, як М. Білинська, Ю. Вітренко, В. Лехан, Я. Радиш, І. Солоненко. Вони зосереджували увагу на питаннях розподілу коштів державного фінансування на різні види медичних послуг, ефективності фінансування певних програм,

впровадження загальнообов'язкового соціального страхування тощо. Водночас питання структури видатків на охорону здоров'я, зокрема формування місцевих бюджетів, залишилось недостатньо висвітленим.

Як відомо, загальні видатки на охорону здоров'я в Україні за останні 10–15 років значно зменшилися. Так, за деякими розрахунками, з 1989 по 1999 рр. вони скоротились майже у 8 разів. В умовах гострої нестачі бюджетних коштів дедалі більша частка амбулаторної та стаціонарної допомоги стає платною, що негативно впливає на її доступність для населення. У найбільш скрутному становищі опинилися найуразливіші категорії населення: діти, люди похилого віку та хронічно хворі. Проте недостатність фінансових ресурсів не запобігає їх нецільовому використанню. Жорсткий розподіл коштів, що надходять до системи охорони здоров'я за бюджетними статтями кошторису, паралізує пошук внутрішньогалузевих резервів. У результаті, національна система охорони здоров'я має дві дуже складні проблеми – брак ресурсів та їх нерациональне використання. Фінансується система за залишковим принципом, а функціонує як видаткова [17].

В умовах постійної кризи фінансування та відсутності дієвих структурних реформ у колісах високоцентралізованої, вертикально керованої радянської системи в 1990-х рр. почалися стихійні процеси децентралізації, а іноді й фрагментації галузі з утворенням підсистем надання медичної допомоги, не тільки відомчих, а й територіальних, що фінансуються з бюджетів різних рівнів, які погано узгоджуються між собою, дублюють одна одну і втрачають спадкоємність та етапність у наданні медичної допомоги в межах району, області та держави в цілому. Це, у свою чергу, призводить до подальшого зниження ефективності використання обмежених бюджетних коштів [25].

Бюджет системи охорони здоров'я. В Україні система охорони здоров'я офіційно фінансується з двох джерел: державного та місцевих бюджетів, згідно з правилами, встановленими Бюджетним кодексом України (2001 р.) [1].

Бюджет розраховується за подушним нормативом (формулою) залежно від чисельності населення, що мешкає на відповідній території. З моменту набуття чинності Бюджетним кодексом визначається подушний норматив бюджетного забезпечення на одного мешканця, що сприяє певній стабільності фінансування [14]. При розробленні бюджету на охорону здоров'я також враховують обсяг видатків за минулий рік, потужність медичних закладів та фінансові можливості, що встановлюються органами, що здійснюють фінансування, на наступний

бюджетний період. У Великобританії, де діє подібна до української система охорони здоров'я, яка фінансується із загальних податків, у розрахунку подушного нормативу фінансування, крім чисельності населення, враховують ще і його статево-вікову структуру та коефіцієнт смертності [16].

Розподіл бюджетних (державних і місцевих) коштів відбувається згідно з переліком дозволених статей, які ґрунтуються на нормах, встановлених Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України за такими критеріями: кількість ліжок у стаціонарах, кількість відвідувань в амбулаторно-поліклінічних закладах та кількість персоналу на відповідну чисельність населення, що обслуговується. Кошти витрачаються відповідно до повноважень, наданих головним розпорядникам бюджетних коштів, яких налічується понад 30 [3], через Державне казначейство України. Як уже зазначалося, бюджетні кошти розподіляються чітко за статтями, а саме: на заробітну плату та виплати персоналу, утримання будівель, медикаменти й медичне обладнання та харчування. Чисельність персоналу медичних закладів безпосередньо залежить від кількості та структури лікарняних ліжок для стаціонарів та від кількості відвідувань – для амбулаторної ланки [13], тобто базується на прогностичних показниках потужності закладів без врахування обсягу і якості виконаної ними роботи. Розподіл коштів на харчування та медикаментозне забезпечення визначається як добуток відповідних нормативних видатків й очікуваної кількості ліжко-днів. Через хронічний брак коштів у секторі охорони здоров'я вони спрямовуються переважно на так звані “захищені” статті (фонд зарплати, основні видатки та харчування), при цьому на власне лікувальний процес залишається не більше 10–15% загальних видатків.

Порівняння офіційних даних щодо видатків на охорону здоров'я з основними демографічними показниками України та кількох держав Східної Європи свідчить, що ці показники в нашій країні принципово не відрізняються від аналогічних в інших державах, тим часом як видатки на охорону здоров'я є суттєво меншими [2].

Пояснювати такі відмінності можна порізному: або надзвичайною ефективністю української системи охорони здоров'я й медичного обслуговування, яка за відносно невеликі затрати працює з добрим результатом, або ж недостовірними даними щодо видатків на охорону здоров'я, які насправді є значно більшими, аніж декларуються. Однак якщо облік коштів державного бюджету (суспільних ресурсів) провадиться з достатньо високою точністю, то можна припустити, що приватні (особисті) видатки населення є заниженими. Отже, система охорони здо-

ров'я, забезпечуючи своє функціонування, починає фінансуватися за рахунок приватних коштів в умовах обмеженості суспільних ресурсів.

Ці розбіжності підтверджуються дослідженнями рівня тінізації української економіки при наданні медичної допомоги і свідчать, що медичні послуги та ліки доводиться оплачувати самим хворим або їхнім родинам. Так, було виявлено, що у 2000 р. лікування у стаціонарі було цілковито безоплатним лише для 2% пацієнтів. Також не знайдено жодної закономірної залежності величини неофіційних виплат за лікування у стаціонарі від того, в якій саме лікарні лікувались респонденти – відомчій чи муніципальній. У результаті дослідження, проведеного в Одесі в 1998–2000 рр., визначено рівень приватних видатків населення на медичну допомогу, який на той час більше ніж удвічі перевищував офіційний бюджет міста на охорону здоров'я [9].

Отже, очевидно стає невідповідність практики фінансування системи охорони здоров'я в Україні з основними, узагальненими на основі світового досвіду, вимогами до фінансування національних систем охорони здоров'я, а саме: 1) система фінансування не має бути видатковою; 2) видатки на фінансування мають бути передбачуваними; 3) система фінансування повинна забезпечувати збалансованість обсягів фінансування й обсягів медичної допомоги, що надається [21].

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) вказує на тенденцію, яка спостерігається в країнах з низькими або середніми показниками ВВП на душу населення (зокрема, й в Україні), коли видатки суспільних коштів на охорону здоров'я є насправді більшими, аніж це визнається політиками. При цьому в багатьох випадках суспільні видатки на цю сферу менші, ніж могли би бути за умови раціонального використання ресурсів. А коли населення країни поділене за певними ознаками, наприклад, географічними (міське та сільське населення) чи соціальними (пересічні і певні привілейовані або професійні групи), суспільні кошти частіше спрямовують на задоволення потреб саме обмежених або привілейованих груп, аніж усього населення [24].

Таким чином, бюджет системи охорони здоров'я в Україні формується за жорсткими вимогами та нормативами, при цьому частка коштів, що спрямовується власне на лікування, є мізерною. Водночас реальні видатки на утримання наявної системи охорони здоров'я є вочевидь вищими, насамперед, за рахунок залучення коштів пацієнтів, а створена система охорони здоров'я не сприяє рівномірному доступу різних соціальних груп до медичних послуг.

Національні рахунки в охороні здоров'я. Важливим інструментом фінансової статистики, який у розвинутих країнах дає змогу політикам та особам, що ухвалюють рішення, оцінювати загальні видатки на охорону здоров'я та їх фактичне використання, є національні рахунки в охороні здоров'я (далі – НРОЗ).

НРОЗ – це визнаний у світовій практиці метод обчислення, опису й аналізу фінансування національних систем охорони здоров'я. На сьогодні він застосовується у більше ніж 50 країнах з низьким або середнім доходом. За цим методом політики і керівники галузі мають змогу розробляти, впроваджувати та відстежувати стратегії реформування й функціонування системи охорони здоров'я. Особливо корисний він на першому етапі реалізації стратегії охорони здоров'я – визначенні мети і завдань. Також НРОЗ дають змогу порівнювати фінансування національної системи охорони здоров'я та інших країн. Інформація НРОЗ у поєднанні з нефінансовими відомостями (рівень захворюваності та смертності, доступність медичної допомоги тощо) допомагає політикам ухвалювати обґрунтовані рішення та уникати потенційно загрозливих. Завдяки методиці НРОЗ (на основі наявних фінансових та статистичних інформаційних потоків) можна встановити: джерела коштів на систему охорони здоров'я (державні, приватні та донорські), розпорядників коштів (агентів, що здійснюють фінансування), організацій, які надають медичні послуги (провайдерів) та розподіл цих коштів за конкретним функціям охорони здоров'я, що надаються провайдерами за рахунок цих коштів [26].

Доволі цікавими, з огляду на структуру загальних видатків на охорону здоров'я в Україні, видаються попередні дані проекту із впровадження національних рахунків в охороні здоров'я.

Впродовж 2003–2006 рр. у загальних видатках на охорону здоров'я частка державних видатків становила 61%, приватних (особистих) видатків громадян – 39%, частка зовнішньої допомоги була відносно низькою – менше 1%.

Особливу увагу привертає розподіл суспільних коштів із державного бюджету для надання медичної допомоги населенню у 2006 р. Так, із 61% бюджетних коштів – 21% (1/3) становлять кошти центрального бюджету, що спрямовуються на: фінансування медичної допомоги у закладах, безпосередньо підпорядкованих МОЗ України, та державних цільових програм (11,5 із 21%). Решта 9,6 із 21% становлять кошти, що витрачаються на фінансування надання медичної допомоги в різних відомчих закладах і закладах АМН України. Тобто майже половина коштів центрального бюджету спрямовується на фінансування паралельної системи

відомчих медичних закладів, які не інтегровані в загальну схему надання медичної допомоги населенню. Інші 40% (2/3) становлять кошти місцевих бюджетів, з яких переважно і фінансуються комунальні заклади охорони здоров'я.

Отже, попередні дані обчислень загальних видатків на охорону здоров'я в Україні, зроблені за методикою НРОЗ, красномовно підтверджують, що в Україні не функціонує єдина універсальна система безкоштовної медичної допомоги, натомість створені корпоративні системи, що часто діють на одній і тій же території, дублюючи функції одна одної. Відтак, актуальним є впровадження реальної міжгалузевої взаємодії закладів охорони здоров'я з надання медичної допомоги населенню за територіальним принципом.

Місцеві бюджети та місцеві видатки на охорону здоров'я. За даними офіційної статистики, значна частина суспільних коштів (у 2006 р. майже 80%), що спрямовуються на фінансування системи охорони здоров'я, реалізується через місцеві бюджети [11]. Фактично в Україні відбулась децентралізація надання медичних, соціальних, освітніх та інших послуг. І хоча з року в рік розширюється коло власних і делегованих повноважень органів місцевого самоврядування, цей процес не підкріплюється відповідним забезпеченням дохідної бази місцевих бюджетів, особливо формуванням дохідних джерел на постійній основі. Це пов'язане не тільки із загальними фінансово-економічними обмеженнями у державі на перехідному етапі, а й, насамперед, неадекватним розподілом ресурсів між центральним і місцевими бюджетами та міжбюджетною трансфертною політикою, якою не передбачена можливість взаєморозрахунків за лікування хворих між бюджетами різних рівнів і адміністративно-територіальних одиниць. Важливим є те, що найбільше це позначається саме на соціальних програмах, зокрема забезпеченні соціальних гарантій щодо надання безоплатної медичної допомоги населенню територіальних громад.

Важливість фінансової бази органів місцевого самоврядування зумовлена ще й тим, що об'єкти комунальної та спільної власності належать переважно до невинуваченої сфери і є неприбутковими організаціями та, як правило, перебувають на повному чи частковому утриманні за рахунок коштів місцевих бюджетів. Основна фіскальна мета прийняття Бюджетного кодексу України у 2001 р. – це визначення чіткого розподілу видатків, що здійснюються, з одного боку, між державою та місцевими бюджетами, а з іншого – між трьома видами місцевих бюджетів (обласним, районним та місцевим самоврядування) з метою посилення

їх відповідальності за ефективність видатків і поліпшення чинної видаткової політики [8].

Інша проблема полягає у співвідношенні коштів зведеного бюджету між центральним та місцевими бюджетами, з яких переважно і фінансується сфера охорони здоров'я. Так, загальна частка місцевих бюджетів у зведеному бюджеті на 2007 р. становить 37% [4]. Однак якщо в основу нормативів бюджетної забезпеченості покласти галузеві та національні соціальні стандарти, визначені Законом України "Про державні соціальні стандарти та державні гарантії" [5], то розрахункова частка місцевих бюджетів у зведеному бюджеті зростає до 55–60%. Саме така пропорція, напевно, допоможе гарантувати розвиток інфраструктури та соціального забезпечення місцевих громад [18].

На відміну від регіональної влади, керівники якої (голови обласних та районних держадміністрацій) призначаються, владу місцевого самоврядування (сільські та селищні голови, мери міст) уособлюють керівники, що обираються [6]. Обрані керівники більше уваги звертають як на свої обов'язки щодо розвитку соціальної сфери, зокрема медичного обслуговування місцевої громади, так і на закріплені законами права із забезпечення виконання державних соціальних стандартів в обслуговуванні населення, тому саме обрані мери міст першими відчували потребу в реформуванні системи медичного обслуговування власних громад і роблять перші успішні, хоч і повільні, кроки на цьому шляху [10].

На практиці розширення прав та обов'язків місцевої влади в сучасних умовах, як правило, не відповідає її економічним можливостям. У результаті, на місцях не розв'язуються життєві проблеми людей, занепадають міське господарство, соціально-культурна сфера та, особливо, освіта й галузь охорони здоров'я. За таких умов питання фінансової стабільності місцевих органів влади є дуже актуальним. Основними ознаками такої фінансової стабільності є володіння та самостійне розпорядження фінансовими ресурсами, величина яких відповідає б функціям і завданням місцевої влади. Фінансові ресурси місцевого самоврядування можуть бути збільшені як за рахунок фіксованих надходжень у місцеві бюджети (податки, збори, трансферти з державного бюджету), так і шляхом раціонального використання ресурсів для надання максимальної кількості соціальних, зокрема медичних, послуг населенню місцевої громади [12]. Для збільшення надходжень у місцеві бюджети насамперед, необхідно запровадити суто місцевий податок – податок на нерухоме майно, який є у більшості країн, зокрема країнах СНД, з огляду на його високу ефективність і справедливість [7].

Однак попри всю значущість підходів, спрямованих на збільшення надходжень у місцеві бюджети, за сучасних умов основною стратегією є фокусування на раціональному використанні поточних ресурсів, насамперед, на рівні конкретного міста, району, області. Особливо це стосується технологій, які допомагають визначити справжню вартість медичної допомоги, що надається населенню, у співвідношенні до її кінцевого обсягу та якості [22]. Після з'ясування цього співвідношення важливо звернути увагу на кількість і систему закладів охорони здоров'я на певній адміністративно-територіальній одиниці, які поглинають левову частку всіх ресурсів, спрямованих у галузь, та виявляють ознаки неефективного функціонування.

IV. Висновки

Галузь охорони здоров'я в Україні має низькі обсяги фінансування з державного бюджету. Водночас у країні фактично відбулась децентралізація надання медичних послуг, створено ряд відомчих мереж медичних закладів, суттєво зросла частка приватних ресурсів у структурі суспільних видатків на охорону здоров'я. Такі зміни вимагають перегляду наявної системи фінансування, впровадження нових нормативів і стандартів визначення, опису й аналізу фінансування національних систем охорони здоров'я, зокрема застосування національних рахунків охорони здоров'я.

Для вдосконалення бюджетних відносин центральної та місцевої влади у питанні фінансування сфери охорони здоров'я потрібна концепція єдиного медичного простору як логічного перетворення галузі шляхом впровадження регіональних програм, спрямованих на фінансування реальної потреби населення в медичній допомозі відповідного рівня, доступної в межах конкретної території без зайвого дублювання потужностей.

Література

1. Бюджетний кодекс України // Відомості Верховної Ради. – 2001. – № 37–38. – Ст. 189.
2. Вітренко Ю.М. Реформування охорони здоров'я: погляд економіста / В.Ю. Вітренко // Соціальна політика і соціальна робота. – 2006. – № 1. – С. 41–56.
3. Закон України “Про Державний бюджет на 2006 рік” // Відомості Верховної Ради України. – 2006 – № 9–11. – Ст. 96.
4. Закон України “Про Державний бюджет на 2007 рік” // Відомості Верховної Ради. – 2007. – № 7–8. – Ст. 162.
5. Закон України “Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії” // Відомості Верховної Ради. – 2000. – № 48. – Ст. 409.
6. Закон України “Про місцеве самоврядування в Україні” // Відомості Верховної Ради. – 1997. – № 24. – Ст. 170.
7. Калінюк Н. Вдосконалення формування доходів місцевих бюджетів / Н. Калінюк // Вироблення державної політики. Аналітичні записки / укл. О.І. Кілієвич., В.Є. Романов. – К. : К.І.С., 2003. – С. 71–84.
8. Кириленко О.П. Місцеві фінанси : навч. посіб. / О.П. Кириленко. – Тернопіль : Астон, 2006. – 192 с
9. Літвак А. Тіньова економіка та майбутнє медицини в Україні / А. Літвак, В. Погорілий, М. Тищук. – О. : Одеська крайова організація Всеукраїнського лікарського товариства, 2001. – 91 с.
10. Перевернена піраміда: час ставити на місце. Реалізація стратегії Президента підвищення якості життя народу України шляхом перерозподілу ресурсів охорони здоров'я : матеріали Всеукраїнської конференції міських голів з питань охорони громадського здоров'я; 1–2 грудня 2007 р., м. Прилуки, Чернігівська обл.
11. Матеріали підсумкової колегії МОЗ України за 2006 рік. – К., 2007. – 16 с.
12. Місто та економіка (або місцевий економічний розвиток) : посібник для працівників органів місцевого самоврядування. – К. : Академпрес, 2003. – 152 с.
13. Наказ Міністерства охорони здоров'я України “Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я” від 23.02.2000 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.rada.gov.ua.
14. Постанова Кабінету Міністрів України “Про затвердження формули розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів (дотацій вирівнювання та коштів, що передаються до державного бюджету) між державним бюджетом та місцевими бюджетами” від 05.09.2001 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.rada.gov.ua.
15. Результати діяльності галузі охорони здоров'я України у 2003–2006 рр. – К., 2007. – С. 70–76.
16. Робинсон Р. Системы здравоохранения в переходном периоде. Соединенное Королевство / Р. Робинсон, А. Диксон, Э. Моссиалос. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 1999. – С. 7–8.
17. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / [за заг. ред. В.М. Лехан]. – К. : Сфера, 2001. – С. 7–8.
18. Фоменко К. Проблеми реформування фінансового забезпечення місцевих бюджетів / К. Фоменко // Парламент. – 2007. – № 7. – С. 20–23.
19. Чечулін Ю. Національні рахунки в охороні здоров'я в Україні за 2003–2006 рр. / Ю. Чечулін // Впровадження управління-

- ких інновацій в охороні здоров'я : круглий стіл в рамках конференції в НаУК-МА, 24 січня 2006 р.
20. Чечулін Ю. НРОЗ. Перший раунд Загальних національних рахунків 03 із субаналізами по ВІЛ/СНІДу та репродуктивному здоров'ю : презентація 24 листопада 2007 р. / Ю. Чечулін ; PHRplus, USAID.
21. Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения / И.М. Шейман. – М. : Издатцентр, 1998. – 336 с.
22. Hecht R. Making healthcare accountable: why performance-based funding of health services in developing countries is getting more // Finance and Development, IMF, 2007 [Електронний ресурс] / R. Hecht, A. Batson, L. Brenzel. – Режим доступу: www.eldis.org/cf/rdr/rdr.cfm?doc=DOC19861.
23. Human Development Report 2006 I UNDP [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.hdr.undp.org/reports/global/2006/pdf/hdr04_complete.pdf.
24. Macroeconomic and Health: Investing in Health for Economic Development I Report of WHO Commission on Macroeconomic and Health. – Geneva : World Health Organization, 2001. – P. 57–58.
25. Tymkovich B. Reform of Healthcare Service Provision and Finance in Ukraine II Decentralization in Healthcare. Analyses and Experiences in Central and Eastern Europe in the 1990s / [Ed. by G. Shkarishvili]. – Budapest : Open Society Institute, 2007. – P. 48–537.
26. Understanding National Health Accounts: The Methodology and Implementation Process. May 2003. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.phrplus.org/Pubs/priml.pdf.

УДК 316.4.063.36:3

ПАРАДИГМАЛЬНА ТЕОРІЯ СУСПІЛЬНОЇ СТАБІЛЬНОСТІ

Руденко О.М.

кандидат з державного управління, доцент
докторант Національної академії державного управління при Президенті України

Annotation

A conceptual campaign to working out paradigmatic theories of public stability is developed, its structure and the categories device are of defined. System of paradigms which makes the theory paradigmatic from the point of view of methodology and levels of their formation is revealed.

Анотація

Запропоновано й використано концептуальний підхід до розроблення парадигмальної теорії суспільної стабільності, визначено її структуру та категоріальний апарат. Розкрито систему парадигм, що утворює парадигмальну теорію з погляду методології, та рівні їх формування.

Ключові слова

Парадигма, парадигмальна теорія, державне управління, суспільна стабільність, методологія.

I. Вступ

Сучасний стан розвитку українського суспільства передбачає наявність у державного керівництва чіткої моделі стабілізаційного розвитку, спрямованої на вирішення конкретних завдань щодо створення дієвих механізмів забезпечення зовнішньої рівноваги та внутрішньої стабільності країни. Така модель має ґрунтуватися на теоретико-методологічних дослідженнях та розробках, що в результаті дасть змогу сформувати

єдину державну теорію суспільної стабільності, так звану управлінську парадигму суспільного розвитку, яка б поєднувала в собі прогнозне бачення шляхів соціально-економічного розвитку та управління ним. Водночас на сьогодні в наукових спільнотах відсутнє єдине розуміння визначення парадигм суспільної стабільності, як управлінської, так і наукової. Наше дослідження є науковою спробою вироблення концептуального підходу до розроблення парадигмальної теорії суспільної стабільності.

Основою формування наукової парадигми суспільної стабільності стали наукові праці Г. Бергмана, Т. Куна, І. Лакатоса, Т. Лешкевича, Л. Мікешіної та інших учених. Наукові підходи до формування методології парадигм розкриті в дослідженнях В. Бакуменка, Л. Дьоміної, С. Клягіна, В. Кохановського, О. Осіпової, В. Стьопіна, А. Фареника, С. Яновської; управлінські парадигми політичного, соціально-економічного, екологічного, інформаційного тощо спрямування розглянуті в працях А. Варламова, С. Дятлова, В. Єльмєєва, В. Іноземцева, Р. Ніжгородцева, О. Попової, О. Челядінського та інших науковців.

II. Постановка завдання

Мета статті – розроблення парадигмальної теорії суспільної стабільності.

Відповідно, завданнями дослідження є: