Атрибутами креативной организационной культуры в образовательном учреждении являются рациональное сочетание коллективизма и индивидуализма, сокращенная властная дистанция, высокий уровень вовлеченности профессорско-преподавательского состава.

Основным фактором повышения вовлеченности профессорско-преподавательского состава должно являться внедрение эффективного контракта, на котором основана модель управления вовлеченностью профессорско-преподавательского состава.

Литература

1. Контракты в академическом мире / сост. и науч. ред. М. М. Юдкевич ; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». — М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2011.

2. Звездилин А.Ю. Мотивация персонала компании в условиях инновационного развития бизнеса. Автореферат дис… канд. экон. наук, 08.00.05 – экономика и управление народным хозяйством (предпринимательство), Москва, 2009.

3. Друкер П.Ф. Задачи менеджмента в XXI веке / Питер Ф. Друкер. – М.: Издательский дом «Вильямс», 2002.

4. Новосельцева Е.Г. Концептуальные основы совершенствования системы управления персоналом государственной гражданской службы // Креативная экономика. 2009. № 5 (29). С. 63-68.

5. Проект Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда при оказании государственных (муниципальных) услуг на 2012 – 2018 годы.

УДК 338.2

Шевченко В. И.

Теоретический анализ циклической причинности смены государственного механизма ресурсного обеспечения системы здравоохранения

Статья посвящена вопросам теоретической разработки закономерностей смены государственного механизма ресурсного обеспечения системы здравоохранения в условиях перманентной трансформации экономических и социально-политических институтов общества. Автором утверждается мысль о том, что необходимо сохранение функционального единства развития как системы общества, так и системы здравоохранения.

Ключевые слова: ресурсы системы здравоохранения, управляющие параметры, параметры порядка, механизмы государственного управления.

Основой общественного развития в эпоху постиндустриализма является противоречие между безграничностью потребностей и ограниченностью ресурсов [1]. В системе здравоохранения оно находит свое разрешение в стремлении к построению в каждой стране дешевой и качественной ее модели.

Страны бывшего Советского Союза не стали исключением. Стремление к увеличению эффективности воздействия государства на процесс укрепления и обновления здоровья нации, улучшение условий жизни людей и создание благоприятного социально-экономического фона для устойчивого развития на протяжении длительного времени является, прежде всего, проблемой построения в каждой стране действенной национальной модели системы здравоохранения. Определяющим звеном этого процесса стала выработка эффективных государственных механизмов её ресурсного обеспечения [2].

Анализ мирового опыта внедрения в разных странах эффективной системы здравоохранения красноречиво свидетельствует о том, что усилия правительств этих стран направлены в действительности на разработку уникальной для каждого отрезка времени ее модели [3]. Для достижения этого применяются разнонаправленные, порой взаимоисключающие стратегии, которые правительства используют в разное время в одной и то же стране [4]. Гибкость используемых стратегий, в свою очередь, предполагает четкое видение перспективы, ясное определение долговременных и текущих целей [4]. Это особым образом актуализирует такую функцию государственно управления, как планирование.

В тоже время, исследователи указывают на то, что характерной для стран постсоветского пространства особенностью реформирования системы здравоохранения является отсутствие четкого видения будущей ее модели [3], что в конечном счете приводит к нехватке комплексности преобразований, практике постоянного пересмотра стратегии реформирования, непоследовательности и противоречивости их внедрения [5].

Актуальность затронутой проблемы подчеркивает тот факт, что почти все ученые, работавшие над решением различных вопросов государственного управления системой здравоохранения так или иначе были причастны к научному обоснованию концептуальных подходов к разработке и внедрению национальной её модели. В этом направлении сделаны существенные шаги, которые нашли свое отражение в большом количестве научных работ. Среди них следует отметить работы Карамышева Д., Солоненко Н., Жалило Л., Осадця С, Радыша Я., Вороненко Ю., Лехан В., Москаленко В., Розпутенко И., которые непосредственно касаются вопросов типологии и разработки приемлемой модели системы здравоохранения в Украине, труды российских исследователей Фоканова С., Гареева И., Шарабчиева Ю., Верзилина Д., которые исследуют подобные проблемы в России.

Таким образом, для стран постсоветского пространства стремление к увеличению эффективности государства в процессе укрепления и обновления здоровья нации, прежде всего, является проблемой повышения научной обоснованности государственного планирования на основе улучшения предсказания для выработки гибких стратегий построения и развития дешевой и качественной национальной модели системы здравоохранения.

Если процесс государственно управления учеными характеризуется как целенаправленное организующее и регулирующее влияние государства

на состояние и развитие общественных процессов, сознание, поведение и деятельность человека и гражданина для достижения определенных целей и реализации функций государства, то процессы самоорганизации социальных систем, вообще, и системы здравоохранения, в частности, носят стохастический, вероятностный характер [6-8]. По своей природе они неуправляемы.

Анализируя процессы самоорганизации социальных систем, Яремчук А. характеризует влияние ряда основных социально-экономических законов и принципов, которым подчиняется система здравоохранения, как системообразующие факторы [1]. В своем исследовании он разделяет их на внутренние и внешние. Соглашаясь с ним, к внешним факторам Гареева И. предлагает отнести потребности и интересы индивида, группы, общества, структуру и функции социального организма и общества [1], а к внутренним - состояние самих организационных, функциональных структур и процесса управления внутри самой системы здравоохранения [9]. Аверьянов А. к системообразующим фактором относит человеческий, технический, организационный факторы [9]. В то же время существует мнение о том, что характер и содержание системы здравоохранения во многом определяются господствующей в обществе отдельной страны социальной философией [10].

Изучая вопрос финансирования системы здравоохранения, Гурдус В., Айвазова М. подчеркивают, что поскольку главным фактором развития системы здравоохранения любой страны есть источники финансирования, каждая страна должна определять способы их исследования по своему усмотрению, руководствуясь политической системой, традициями, экономическим статусом и другими параметрами [1].

Пилипцевич Н. и соавторы отмечают, что успех реформирования здравоохранения, достижения приемлемого уровня медицинской помощи и показателей здоровья населения во многом определяются правильностью выбранной модели финансирования, адекватной относительно социально-экономических и политических условий [11].

Солоненко Н. считает, что отрасль здравоохранения формируют такие факторы, как ресурсы, структура и процессы [12]. Она отмечает, что механизмы государственного управления действуют в разных частях системы здравоохранения. Финансирование, оплата и организация в значительной степени касаются таких аспектов, как структура и процессы. В то же время она особо подчеркивает, что на деятельность системы здравоохранения влияют такие факторы, как общие убеждения и традиции, экономические возможности государства, неформальная оплата медицинских услуг, статус и роль медицинских работников в обществе, нетрадиционная медицина.

Таким образом, набор неуправляемых системообразующим фактором насчитывает определенные условия самоорганизации системы здравоохранения. Их влияние на процессы управления достаточно значимые, поэтому они должны быть учтены при планировании управленческих шагов. Если при постановке цели и целедостижении все факторы, которые формируют систему здравоохранения разделить на те, на которые можно влиять, и те, которые

нужно учитывать, то можно существенно улучшить схему принятия управленческого решения. Это позволит увеличить уровень объективизации государственного управления и даст возможность отойти от нерациональных его практик.

Для поиска закономерностей взаимосвязи неуправляемых системообразующих факторов и механизмов государственно управления нами была применена гносеологическая модель Г. Хакена [13]. В ее рамках доступные для наблюдения макропараметры, отражающие изменения системы на микроуровне определяются как управляющие параметры, а характеристики относительно стационарных состояний системы определяются как параметры порядка [13].

Необходимо отметить, что в сложноорганизованных системах с большим количеством элементов принцип подчинения параметрам порядка имеет вид круговой причинности: элементы системы совместно порождают параметры порядка, которые в дальнейшем подчиняют их своей динамике, но при этом остаются чувствительными к условиям своего функционирования, заданных совокупной активностью элементов системы [14, 15].

Исходя из этого, можно заключить, что, определив закономерности круговой причинности изменения государственного механизма ресурсного обеспечения системы здравоохранения в ее фазовом пространстве, можно с определенной точностью прогнозировать дальнейшее направление вектора трансформации комплексного механизма государственного управления национальной системы здравоохранения. Это позволит улучшить пути выработки эффективных механизмов ресурсного обеспечения и перейти к дешевой и качественной её модели.

Целью работы является теоретический анализ циклической причинности изменения государственного механизма ресурсного обеспечения системы здравоохранения.

Для достижения вышеуказанной цели нами был проведен анализ результативности и эффективности применения государственных механизмов ресурсного обеспечения системы здравоохранения в 34 странах мира, из которых в 24 деятельность систем здравоохранения признана экспертами ВОЗ наиболее удачной.

Для характеристики параметров порядка мы воспользовались выводами Головиной Н. Она утверждает, что различные по построению системы здравоохранения, которые существуют в мире, имеют присущий им набор государственных механизмов сбора и размещения финансовых ресурсов [16]. По этому признаку выделяют четыре типа систем здравоохранения: Бисмарка, Бевериджа, Семашко и рыночную.

При характеристике управляющих параметров, мы базировались на функционалистской концепции, в рамках которой удовлетворение общественной потребности является главным фактором, формирующим целостность общества. [17,18].

Развивая ее в направлении интеграции системы здравоохранения в систему общества, мы пришли к выводу, что спрос общества относительно системы здравоохранения состоит из спроса пользователей системы здравоохранения, спроса государства и спроса на экспорт медицинской услуги (1):

$$ADH = SH + DH + CH; \qquad (1)$$

Где ADH - общественный спрос относительно деятельности системы здравоохранения; SH - спрос пользователей системы здравоохранения; DH - спрос государства; CH - спрос на экспорт медицинской услуги.

Величина спроса пользователей системы здравоохранения в формуле общественного спроса является эндогенной переменной. Она отражает оценку каждым пользователем полезности результатов деятельности системы здравоохранения для удовлетворения своих личных потребностей. Особенностью спроса пользователей системы здравоохранения является то, что он, имея субъективный характер на индивидуальномо уровне, на коллективном, а особенно на уровне общества, теряет зависимость от субъективных факторов и определяется только надличностными, общественными воздействиями [20].

Опираясь на эти соображения, мы предложили безразмерный коэффициент, описывающей управляющие параметры системы здравоохранения (2):

$$Q = (G \cdot T) / I * 100, \qquad (2)$$

где Q - комплексный показатель управляющих параметров системы здравоохранения, G - коэффициент Джини, T - доля теневого сектора экономики, I - индекс человеческого развития.

Полученный нами показатель Q связывает экономические, социальные, духовные стороны жизни общества и характеризует их влияние на формирование системы здравоохранения. Он зависит от доходов членов общества, уровня образованности, состояния экономики, уровня индивидуального и общественного здоровья, однородности членов общества, общественной психологии, морали.

Для анализа циклической причинности изменения параметра порядка провели ряд статистических исследований систем здравоохранения и систем общества в отобранных нами странах. Для этого все они были разбиты на три группы (табл.) по основным механизмам сбора и размещения финансов системы здравоохранения, согласно классификации экспертов ВОЗ [19].

Таблица

Группы стран в зависимости от типа системы здравоохранения

Система Бисмарка	**Система Бевериджа**	**Рыночная система**
Германия	Объединенное Королевство	Израиль
Франция	Италия	Южная Корея
Австрия	Швеция	Сингапур
Бельгия	Дания	США
Швейцария	Норвегия	Болгария
Япония	Канада	Латвия
Нидерланды	Португалия	Кипр
Люксембург	Испания	Греция
Словакия	Мальта	Мексика
Польша	Финляндия	
Чехия	Ирландия	
Эстония	Австралия	
Словения		

Отдельно выделили систему Семашко, единственным представителем которой в нашем исследовании стал бывший Советский Союз.

Проведенный нами анализ подтвердил четкую статистически значимую связь между определенным нами коэффициентом Q и рассматриваемыми моделями системы здравоохранения. Это позволило выстроить траекторию изменения управляющих параметров системы здравоохранения в фазовом пространстве параметров порядка, что в целом характеризует закономерности циклической причинности изменения государственного механизма ресурсного обеспечения системы здравоохранения (Рис.)

Анализируя график фазовой траектории управляющих параметров системы здравоохранения, нетрудно заметить, что справа, ближе к оси абсцисс, располагаются страны со стабильными социальными институтами, относительно равномерным обществом и высоким уровнем социально-экономического развития (Рис. 1). К этим странам относятся страны I и II группы (Табл. 1). В них применяется государственный механизм ресурсного обеспечения системы здравоохранения, базирующийся на медицинском страховании и принципах государственного регулирования.



Рис. Фазовая траектория управляющих параметров системы здравоохранения

В этих странах очень похожие условия функционирования системы здравоохранения и набор применяемых механизмов государственного управления. Одной из характерных черт этих стран является высокая образованность граждан, которая сочетается с высоким уровнем жизни и относительной однородностью общества. Но несмотря на большое сходство, у них есть некоторые отличия, которые обусловлены влиянием ряда общественных факторов. Их можно считать возбудителями круговой причинности смены комплексного государственного механизма ресурсного обеспечения системы здравоохранения.

Как нетрудно заметить, в странах с государственной системой здравоохранения корректированный коэффициент Джини не на много ниже (0,34 ± 0,03 против 0,33 ± 0,05), чем в странах с системой здравоохранения, основанной на принципах социального страхования. Это может свидетельствовать о том, что государственная система здравоохранения требует относительно однородного общества [3], а для стран с социально-страховой системой здравоохранения нужны достаточно развитые и стабильные социальные институты, которые определяют относительно устойчивую модель поведения людей в определенной сфере жизнедеятельности [4]. При своей большей способности к адаптации система социального страхования должна обладать более значительным люфтом законов, чем система здравоохранения, основанная на принципах государственного управления. Под люфтом законов мы понимаем схематичность норм и правил, которыми регулируются действия людей в каждой конкретной ситуации. Очень трудно (и это мы видим на примере здравоохранения Германии) подчинить определенным законам и правилам внутренние мотивы поведения людей даже в системе здравоохранения, основанной на принципах социального страхования [20].

Несмотря на это, в современной Европе мы сталкиваемся с тенденцией к внедрению в странах государственной системы здравоохранения. По нашему мнению, основанному на анализе графика фазовой траектории

управляющих параметров системы здравоохранения, она связана с двумя процессами. Во-первых, с увеличением однородности европейского общества и, во – вторых, с некоторым ослаблением социальных институтов, связанных с рядом причин, в том числе, и с форсированным увеличением Евросоюза и усиленной миграцией населения [20].

В странах третьей группы концептуальную основу построения системы здравоохранения определяет рынок. Он находится под контролем государства, но все же в большинстве случаев не теряет своей регулирующей функции на процессы самоорганизации системы здравоохранения.

Определяющей чертой стран этой группы является достаточно большая неоднородность общества. Так среднее значение скорректированного коэффициента Джини в этих странах равен 0,41 ± 0,07. Он статистически отличается от скорректированных коэффициентов Джини в других группах стран (Табл. 1), чем подтверждает вывод о принципиально ином состоянии системы общества в странах с рыночными принципами построения системы здравоохранения. Многие из этих стран характеризуются достаточно бурным экономическим развитием, что является причиной как неустановившихся общественных институтов, так и высокой степени дифференциации общества [21]. Особое место в этой группе занимает США. В этой стране стабильные социальные институты консолидируют общество. Внутренние системообразующие факторы системы здравоохранения влияют на параметр порядка таким образом, что сдвигают его в сторону систем, основанных на социальном страховании. Другие страны этой группы – это страны с кризисным состоянием национальных систем здравоохранения в которых рыночные механизмы можно расценить как определенные санирующие процессы. К таким странам относится, в частности, Греция, Латвия, Болгария, где рыночные механизмы регулирования системы здравоохранения были введены «сверху» и «встроены» в существовавшую модель системы здравоохранения (Греция) [20].

С другой стороны, проведенный анализ показывает, что в странах, где параметр порядка системы здравоохранения превышает 16,7 эффективной работы системы здравоохранения, достичь не удается.

Примером является Россия, в системе здравоохранения которой с 1991 года вводили элементы социального страхования. Значение параметра порядка для России равно 27. Следуя логике наших рассуждений, ее система здравоохранения находится в области, далекой от точки оптимальности. Следовательно, субъективно выработанный механизм ресурсного обеспечения системы здравоохранения должен вступать в противоречие с неуправляемыми системообразующими факторами. Подтверждением этого факта можно найти в работах многих ученых, анализирующих состояние системы здравоохранения в России. В частности, Фоканов С. утверждает, что «… на сегодняшний день можно с полным основанием говорить о том, что переход НСЗ России от бюджетной модели к модели обязательного медицинского страхования успехом не увенчался» [22].

Другим примером является Украина, где параметр порядка равен 18,48. Ее систему здравоохранения исследователи характеризуют как систему, находящуюся в кризисном состоянии [23,5]. Сложность и открытость системы, обуславливающая процессы самоорганизации, и целенаправленные государственные шаги не позволяют доминировать процессам дезинтеграции, но не могут обеспечить её устойчивого развития [3].

Итак, все это дает основания утверждать, что раскрытие закономерностей циклической причинности изменения государственного механизма ресурсного обеспечения системы здравоохранения позволяет полнее изучить объективные условия, складывающихся внутри общества при определении действенности и силы субъективного фактора принятия той или иной концепции построения системы здравоохранения. На этой основе может быть осуществима более качественная разработка стратегических, текущих и конкретных целей государственного регулирования системы здравоохранения, что переводит задачу выработки эффективного государственного механизма её ресурсного обеспечения в плоскость реального решения.

Таким образом:

1. В основе предлагаемых нами подходов к выработке стратегии разработки и внедрения действенных государственных механизмов ресурсного обеспечения системы здравоохранения лежит принцип сохранения конгруэнтности между системой общества и системой здравоохранения.

2. Приемлемый набор государственных механизмов ресурсного обеспечения системы здравоохранения в условия существующей реальности детерминирован состоянием общества.

3. Существуют определенные состояния общества, при которых задача разработки и внедрения дешевой и качественной модели здравоохранения имеет размерность фрактальной сложности.

4. Основными факторами, которые будут формировать предпосылки для разработки результативных государственный механизмов ресурсного обеспечения системы здравоохранения в странах бывшего Советского Союза, будут: укрепление социальных институтов общества, преодоления высокой степени его дифференциации, рост ВВП.

Литература

1. Адміністративне право України. Академічний курс: Підручник у двох томах: Том 1. Загальна частина /Ред.колегія: В.Б. Аверьянов (голова). К.: «Юридична думка», 2004.

2. Скляр Т.М. Экономика и управление здравоохранением: Учебное пособие. СПб.: Издательский дом С.-Петерб. гос. ун-та, 2004.

3. Виноградов О.В., Рингач Н.О. Порівняльний аналіз розвитку систем охорони здоров'я деяких країн колишнього СРСР як метод оцінки напрямів державного управління охороною здоров'я України. Режим доступу: /http: // www.nbuv.gov.ua

4. Ровинский Р.Е. Синергетика и процессы развития сложных систем // Вопросы философии. 2006.№ 2. С.162-169.

5. Лехан В.М., Слабкий Г.О. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. /Врачи, пациенты, общество. 2010. №4.

6. Атаманчук Г.В. Теория государственного управления: Курс лекций. Изд. 2-е, доп. М.: Омега – Л, 2004.

7. Корецький М.Х. Теоретичні засади державного управління.//Персонал Київ. №5 2007. С 28-42.

8. Мельник А.Ф., Оболенський О.Ю., Васіна А.Ю., Гордієнко Л.Ю. Державне управління. К. «Знання-Прес», 2003.

9. Аверьянов В. Наука управління і держава (Доктрина члена-кореспондента НАН України В.В. Цвєткова) // Вісник НАН України. 2008. № 7. С. 35– 42.

10. Радиш В.Г. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис та тенденції розвитку. Автореф. дис. …доктора держ. упр.: 25.00.01. К., 2003.

11. Пітцик М.В. Управління охороною здоров'я на місцевому рівні: національний та зарубіжний досвід. Навчальний посібник. Схвалено до друку Вченою радою Національної академії державного управління при Президентові України (протокол № 136/2 від 4 липня 2007 року).

12. Солоненко Н.Д. Державне управління перебудовою галузі охорони здоров'я в умовах обмежених ресурсів в Україні. Автореф. дис. …канд. держ.упр. Київ, 2004.

13. Хакен Г. Информация и самоорганизация. Макроскопический подход к сложным явлениям. М. Мир, 1991.

14. Волкова В.Н., Емельянова А.А. Теория систем и системный анализ в управлении организациями: Справочник. М.: Финансы и статистика, 2006.

15. Подлазов А.В. Теория самоорганизованной критичности. Режим доступа: http://nonlin.ru.

16. Головніна Н. У. Економічні моделі національних систем охорони здоров'я. Режим доступу: http://ult.lviv.ua.

17. Ивин А. А. Основы социальной философии: Учеб. пособие. М., 2005.

18. Теория систем и системный анализ в управлении организациями / Под ред. В.Н. Волковой и А.А. Емельянова. М.: Финансы и статистика, 2006.

19. WHO Statistical Information System (WHOSIS). World health statistics 2010. Access mode: http://www. who.int.

20. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г.: системы здравоохранения: улучшение деятельности.

21. –Завіновська Г. Т. Економіка праці: Навч. посіб. К.: КНЕУ, 2003.

22. Фоканов С.Ю. Сравнительный анализ системы здравоохранения как социального института. Автореф. дис. …канд. соц. наук.: 22.00.04. М., 2005.

23. Карамишев Д.В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоровья (державно управлінські аспекти). – Х.: Вид-во ХарРІ НАДУ "Магістр", 2004.