

5. Киселев А. А. Политическое участие в интернете : автореф. дис. ... к.полит.н. : спец. 23.00.02 / А. А. Киселев. – Краснодар, 2007. – 16 с.
6. Кравцова А. В. Политическое участие в условиях демократизации российского общества : автореф. дис. ... к.полит.н. / А. В. Кравцова. – Ставрополь, 2008. – 17 с.
7. Лисеенко Е. В. Политическое участие населения Украины: особенности, характер, формы / Е. В. Лисеенко // Методологія, теорія та практика соціологічного аналізу сучасного суспільства. – 2010. – № 16. – С. 281–284.
8. Максимова Е. Н. Место и роль неконвенциального политического участия в функционировании политических систем : автреф. дис. ... к.полит.н. / Е. Н. Максимова. – Севастополь, 2007. — 18 с.
9. Пивоваров Ю. Чинники суспільно-політичної активності громадян України в дискурсі “роздріб/роздмежування” / Ю. Пивоваров // Політичний менеджмент (Дар) : Український науковий журнал. – 2009. – № 4. – С. 61–70.
10. Політологія / [Ф. М. Кирилюк, М. І. Обушний, М. І. Хилько та ін.] ; за ред. Ф. М. Кирилюка. – К. : Здоров'я, 2004. – 776 с.
11. Політологія: підруч. / [Ю. М. Розенфельд, Л. М. Герасіна, Н. П. Осипова та ін.]. – Х. : Право, 2001. – 382 с.
12. Політологія: підруч. / М. М. Вегеш (ред.). – 3-те вид., перероб. і доповн. – К. : Знання, 2008. – 384с.
13. Ротар Н. Ю. Форми участі населення у політичних процесах : навч. посіб. / Н. Ю. Ротар. – Чернівці : Рута, 2004. – 79 с.
14. Чемшигт О. О. Оптимізація демократичного розвитку політичних систем у контексті співвідношення державної влади та політичної участі : автореф. дис. ... д.політ.н. / О. О. Чемшигт. – Львів, 2005. – 37 с.

Надійшла до редколегії 16.20.2012 р.

УДК 354

Д. В. КАРАМИШЕВ, В. І. ШЕВЧЕНКО

СОЦІАЛЬНИЙ ФЕНОМЕН ПОСАДИ ГОЛОВНОГО ЛІКАРЯ

Зазначено, що в підґрунті неефективного управління закладами охорони здоров'я лежить багатогранна, комплексна проблема. Акцентовано на тому, що в процес реформування системи охорони здоров'я, започаткований державою, має бути залучений в якості “агента змін” корпус головних лікарів.

Ключові слова: головний лікар, реформа охорони здоров'я.

Applying the instrument of complex, system functional approach for the study of the social phenomenon of position of chief doctor; an author expresses opinion

that ineffective government establishments of health care systems a complex problem is underlaid. An output an author is seen in that in the process of reformation of the system of health protection, begun the state, must be organically included as a “agent of changes” corps of chief doctors.

Key words: chief doctor, reform of health care systems.

В умовах трансформації соціально-економічного життя суспільства в системі охорони здоров'я загострилася низка проблем, яка потребує негайних реформаторських кроків і прийняття для свого вирішення принципових рішень на рівні як держави, так і регіонів. Подальший розвиток галузі охорони здоров'я стримується низкою факторів. Науковці виділяють такі з них, як недосконалість законодавчої бази; недостатність та неефективність використання фінансових і матеріальних ресурсів; диспропорції у сфері медичної допомоги; незадовільна координація з боку органів управління охорони здоров'я діяльністю лікувально-профілактичних закладів; послаблення функцій стратегічного і поточного планування [3; 7]. Однією із головних причин цього вважають неефективність командно-адміністративного управління галуззю і, як наслідок, управлінську неспроможність і функціональну невідповідність існуючої системи охорони здоров'я її цільовому призначенню, новим політичним, економічним і соціальним умовам суспільного розвитку. Засадою послідовної реформи повинна стати цілісна модель організації системи медичної допомоги, що була б перспективною з огляду на світові тенденції розвитку охорони здоров'я, а також відповідала б загальним зрушеним у суспільно-державних відносинах в Україні [5]. Має зазнати змін не тільки структура і функція системи охорони здоров'я, а й ідеологія її основних гравців [3]. Реформаторський досвід європейських країн свідчить про те, що готовність медичної спільноти до змін, що базуються на усвідомленні значущості і розумінні їх стратегічного напрямку, є безпосереднім фактором успіху [7]. Отже, питання успішності реформ безпосередньо торкається проблеми людського фактору і, в першу чергу, державних управлінців та організаторів системи охорони здоров'я.

Теоретичні та прикладні проблеми управління соціальною сферою на центральному і регіональному рівнях, можливий вибір раціональних шляхів її перебудови аналізують у своїх працях В. Бідний, В. Войцехівський, Б. Волос, З. Гладун, Є. Глухачов, О. Голяченко, М. Дейкун, В. Журавель, О. Коваленко та ін.

На сьогодні суттєвими кроками реалізації реформи з боку держави є створення в 2009 р. Ради з питань реформування системи охорони здоров'я [1], комітету економічних реформ, прийняття Програми економічних реформ Президента України на 2010 – 2014 рр. та затвердження планів-графіків її реалізації. На виконання рішень за програмою реформ за досить короткий період прийнята ціла низка постанов і розпоряджень Кабінету Міністрів України, проведені численні комунікативні заходи, серед яких, зокрема, II Міжнародна конференція головних лікарів “Інноваційна система управління охороною здоров'я: галузь, регіон,

лікарня”, Перша Всеукраїнська науково-практична конференція “Професійне управління та інвестиції в систему охорони здоров’я: Український вимір”, проводиться ціла низка пілотних проектів реформування в окремих регіонах країни.

Гладке протікання процесу реформування, згідно з висновками експертів ВООЗ, потребує “поетапної трансформації і реструктуризації системи, а не шокової терапії”. Суб’ектом реалізації реформування, з їх точки зору, має виступати держава [2]. Лише в такому разі будуть відчутні переваги процесу еволюційних змін. Головна зміна полягає у тому, що контрольований з боку держави перебіг реформ дасть змогу “на марші” побудувати сучасну галузеву управлінську й інформаційну вертикаль. Із її допомогою, володіючи реальною інформацією, можна буде оперативніше керувати ресурсами, проводити зважену, збалансовану державну соціальну політику. Обираючи та застосовуючи управлінські стратегії, необхідно віднайти певну “золоту середину” між жорстким адміністративним підходом “радянського” типу, який довів свою неефективність, та між повністю вільним ринком, якого в публічному секторі охорони здоров’я просто не може існувати в наслідок вираженої соціальної природи останнього [8]. За умови застосування будь-якої зі світових моделей охорони здоров’я має відбутися кардинальний перерозподіл управлінсько-владних повноважень між наявними в Україні рівнями управління. Це вимагає перегляду структури і функції кожної ланки управлінської вертикалі на державному, регіональному і місцевому рівнях.

Серед питань, яких тим чи іншим чином торкалися управлінці в офіційних документах, обговорювались на комунікативних заходах та дискутувались у пресі центральними були питання, що стосувались майбутньої ролі головних лікарів у реформуванні системи охорони здоров’я. Очевидним фактом є те, що необхідність підвищення професіоналізму управлінських кадрів та його значення для успішного здійснення реформування галузі ні в кого не викликає сумнівів [3]. Головному лікарю нового типу потрібні знання й навички в різноманітних сферах – управління (володіння методами аналізу, планування, прогнозування та опрацювання даних, організації й мотивації праці, управління, статистики, кібернетики, психології); виробництва й реалізації послуг (обізнаність у питаннях маркетингу, фінансування, технології, адміністрування); у невиробничій сфері (володіння основами економіки, політики, соціології, трудового права й соціального забезпечення) [4]. Для підготовки такого спеціаліста пропонується навчання за другою спеціальністю. Розрахунковий термін укомплектування системи охорони здоров’я новими кадрами від 5 до 10 років. Співставлення цих 27 термінів з термінами реформ, що плануються, свідчить про велике відставання темпів кадрового переоснащення системи охорони здоров’я від темпів реформ [2]. У той же час, у системі охорони здоров’я на сьогодні працює великий корпус головних лікарів. Однозначно логічно необхідно використовувати цей потенціал. Але для раціонального його використання повинні знайти вирішення цілий ряд проблем. Серед них можна виділити такі, як розкриття об’єктивних причин неефективної роботи головного лікаря, розкриття умов

активного залучення його до процесу реформування, з'ясування принципів взаємодії ланки управління лікарнями із системою державного управління. Першим кроком до цього має бути визначення місця і ролі головного лікаря в сучасній системі охорони здоров'я. Проте попри актуальність, зазначеній проблемі у науковій літературі не приділяється належної уваги.

Метою дослідження є визначення на основі комплексного, системно-функціонального підходу соціального феномену посади головного лікаря в сучасних умовах.

Посада головного лікаря сягає своїм корінням часів земської медицини. Історичний аналіз зазначененої проблеми дозволяє з'ясувати, що головний лікар лікарні займався не тільки організацією господарської діяльності закладу, організацією надання медичної допомоги, а і очолював у земстві сектор охорони здоров'я. Подальші роки змінювали внутрішню природу посади головного лікаря. Вона певним чином змінювалась, коливаючись між сутністю суспільного діяча та роллю функціонера системи охорони здоров'я. Проте в усі роки головний лікар залишався значимою для суспільства фігурою.

На початку минулого століття до корпусу головних лікарів почали активно залучати фахівців з освітою і навичками організаторської роботи, але цей період тривав недовго. Останні були дискредитовані існуючою владою і їх місце зайняли лікарі, які не мали управлінської освіти. Цей період був досить тривалий за часом. Він збігався з розквітом адміністративно-командної системи, що лежала в ті часи в основі управління народним господарством і, в тому числі, системою охорони здоров'я. Незважаючи на те, що впражовж багатьох років на посаду запрошувались лікарі-спеціалісти без базової управлінської освіти, вони у ряді випадків проявляли себе талановитими організаторами. Характерним для них була активна життєва позиція і дієва участь в політичному житті країни. У більшості випадків вони були добре інтегровані до умов соціальної дійсності того періоду.

Останні роки суттєво змінили умови існування суспільства. Науковці оцінюють сучасний етап розвитку української держави як етап переходу від індустріального суспільства до інформаційного. Появу останнього пов'язують з інформаційною революцією, розвитком інформаційних технологій, що радикально змінюють суспільне життя [6]. Національною специфікою цього етапу є те, що він відбувається на фоні системної кризи, що охопила майже всі сфери життя. Реформування системи охорони здоров'я має місце на фоні зміни управлінської парадигми на всіх рівнях, починаючи з державного і закінчуючи корпоративним. Залучення до економіки механізму ринкових відношень, поступовий перехід до комунікативних принципів організації державної влади робить функціонування агентів управління, до яких відноситься і посада головного лікаря, таким, що існує в умовах значної невизначеності оточуючого середовища. Усе це збільшує вимоги до термінів і результативності прийняття управлінського рішення.

Розвиток системи державного управління в Україні

У сучасних умовах функціонування від керівника закладу вимагається не лише професійна активність, а і вміння безпомилково визначати напрямок і стратегію змін. Необхідне вміння працювати якщо не на випередження, то хоча б йти у фарватері реформування.

Для визначення зміни в поглядах управлінців охорони здоров'я на процеси, що протікають в системі охорони здоров'я вивчення їх відношення до реформування, нами запроваджено метод вибіркового анкетування. Його проводили серед, осіб які приймають управлінські рішення. До них віднесли головних лікарів, їх заступників, завідувачів відділень і лікарень, зарахованих до управлюючого резерву. Динаміку зміни судження респондентів вивчали при порівнянні відповідей аналогічної вибірки респондентів на схожі запитання, які були отримані при проведенні анкетування в 2005 р.

Було проведено два опитування, в яких відмічається зростання одностайності суджень респондентів за низкою питань. На запитання, що стосувались загальної оцінки стану справ у системі охорони здоров'я, більша частина відповідей сконцентрувались навколо визначення того, що зараз у системі охорони здоров'я спостерігається глибока криза. На запитання, що характеризували темпи реформ, багато відповідей було про те, що зміни потрібно планувати на середньострокову перспективу. На запитання, яке стосувалось застосування інструментів державного регулювання процесів у системі охорони здоров'я, відповіді сконцентрувались біля визначення пріоритетності застосування інвестицій в галузь охорони здоров'я, важливості довгострокових державних кредитів на закупівлю обладнання, використанні механізму регулювання дотацій та субвенцій із бюджетів різних рівнів (табл. 1).

Таблиця 1
Оцінка одностайності відповіді респондентів минулого і теперішнього опитування

Варіант відповіді на запитання анкети	Частоти відповідей у %		Дисперсія відповідей
	перше опитування	друге опитування	
Спостерігається глибока криза	55	70	
Переважають негативні процеси	20	15	
У чомусь негативні, у чомусь позитивні	22	10	збільшилась
Негайнє реформування	10	0	
Здійснення низки термінових заходів	38	7	
Здійснення системних перетворень протягом 5–10 років	39	80	збільшилась
Дотації і субвенції із бюджетів різних рівнів	51	80	збільшилась
Довгострокові державні кредити	68	45	зменшилась
Залучення інвестицій у галузь	81	85	не змінилась

В оцінці деяких проблем системи охорони здоров'я виявлено розбіжності в поглядах респондентів першого і другого опитування. Так, при визначенні

ключових проблем системи охорони здоров'я судження змінились. Тепер респонденти, виявляючи одностайність думки щодо недосконалості нормативно-правової бази системи охорони здоров'я, на друге місце виводять недосконалості організації системи охорони здоров'я. У першому опитуванні думка респондентів наддавала пріоритет недостатності фінансування.

При визначенні основних труднощів, які виникають при забезпеченні діяльності системи охорони здоров'я, більшість при теперішньому опитуванні схильна вважати за такі адміністративний тиск і бюрократизм системи охорони здоров'я. При минулому опитуванні вказували на недостатність фінансових ресурсів для забезпечення функціонування галузі.

Висловлюючи думку про те, від чого залежить якість надання медичної допомоги, тільки 8 % респондентів у другому проти 40 % у першому опитуванні вказала на залежність останньої від заробітної платні лікаря. У решті випадків, респонденти минулого і теперішнього опитування були одностайні. Вони вважають, що якість надання медичної допомоги залежить від професійності лікаря і рівня медичних технологій.

При аналізі відповідей щодо інформації, якої бракує в повсякденній роботі, респонденти у другому опитуванні майже одностайно вказували на брак інформації, що стосується змін нормативно-правової бази. У першому опитуванні думки респондентів різнилися і коливались між важливістю для них інформації щодо законодавчої бази, світового досвіду функціонування галузі охорони здоров'я чи інформації про стан вітчизняного фармацевтичного ринку (табл. 2).

Таблиця 2

Відмінності суджень респондентів минулого і теперішнього опитування

Зпитання	Найбільш пріоритетна відповідь респондентів першого опитування	респондентів другого опитування
Яка, на Вашу думку, ключова проблема системи охорони здоров'я?	Недостатність фінансових ресурсів	Недосконалість організації та управління системою охорони здоров'я
Назвіть основні труднощі, які виникають при забезпеченні діяльності системи охорони здоров'я	Відсутність необхідної правової бази	Адміністративний тиск і бюрократія
Від чого залежить якість надання медичної допомоги?	Заробітної платні лікаря	Професійності лікаря і рівня медичних технологій
Якої інформації Вам найбільше бракує в повсякденній роботі?	Про світовий досвід функціонування галузі охорони здоров'я	Про зміни в нормативно-правовій базі

Таким чином, можна констатувати суттєву динаміку у зміні поглядів респондентів щодо важливих проблем системи охорони здоров'я та консолідацію думки медичної спільноти. Результати аналізу, крім того, вказують на те, що сучасні керівники закладів охорони здоров'я схильні бачити суть проблеми.

Центр концентрації уваги поступово переміщається від поверхневих проявів до витоків критичного стану системи охорони здоров'я.

Друге анкетування дозволило дати відповіді ще на низку важливих запитань. Їх аналіз засвідчив, що більше половини опитуваних має досить опосередкований вплив на якість використання фінансових ресурсів у лікувальному закладі. Майже 80 опитуваних незадоволені кадровим і матеріально-технічним забезпеченням лікарні. Більшість відмічає те, що оновлення матеріально-технічної бази лікарні не встигає за впровадженням новітніх медичних технологій. Отже, головний лікар, розуміючи незадовільне ресурсне забезпечення закладу, не має реальних важелів впливу на ситуацію. Дуже турбуючи, на наш погляд, є те, що респонденти відмічають нестачу інтелектуальних ресурсів, причому, останні займають той же пріоритет значимості, що і фінансові та матеріальні ресурси.

Характерне для більшості опитуваних розуміння провідної ролі держави в забезпеченні доступності і якості медичної допомоги. 70 % із них вважає, що співвідношення між державою (комунальною) та приватною формами власності медичних установ повинно бути у проміжку 80 % – державна, 20 % – приватна. Близько половини пристають на думку про те, що зміна правового статусу лікувального закладу як неприбуткової організації не вплине на ефективність використання ресурсів. У той же час, майже 60 % віддають перевагу цивільно-правовим зasadам у фінансуванні та загальнообов'язковому медичному страхуванні.

Підсумовуючи аналіз проблеми прийняття корпусом головних лікарів сучасну комунікативну парадигму регіонального управління як нову форму соціальної взаємодії, треба зазначити їх внутрішню готовність. На це вказує те, що більшість опитаних вважає асоціацію лікарів-професіоналів дієвою структурою захисту своїх інтересів. Можливо, цей факт пов'язаний з тим, що більшість головних лікарів, як правило, представлена у виборних структурах влади. Вони, як правило, беруть активну участь у політичному житті країни. Незважаючи на те, що вони працюють у жорстко централізованій державній системі охорони здоров'я, соціальний досвід присутності в колективних органах владі підтримує в них здатність до широкої комунікації.

Проаналізувавши данні, отримані при проведенні комплексного системно-функціонального аналізу, треба зазначити, що причини неефективного управління закладами охорони здоров'я на сучасному етапі складні і багатогранні. В їх підґрунті лежить низка антагонізмів, з яких значущими є такі, як головний лікар і суспільство, головний лікар і адміністративно-бюрократичний апарат, головний лікар і ресурсне забезпечення системи охорони здоров'я. Очевидно, що без застосування механізмів державного управління соціальний феномен посади головного лікаря може дійти своєї критичної відмітки. Загалом корпус керівників охорони здоров'я залишається високоінтелектуальним і готовим до змін.

Подальший науковий пошук, на нашу думку, повинен вестись по шляхом вивчення умов адаптування головного лікаря до процесу проведення під управлінням держави направлених еволюційних змін системи охорони здоров'я, визначення зисків і можливих ризиків на цьому шляху.

Література:

1. Про утворення Ради з питань реформування системи охорони здоров'я : постанова Кабінету Міністрів України від 25 листопада 2009 р. № 1242 // Офіц. вісн. України. – 2009. – № 9. – С. 30. – Ст. 403.
2. Загородній В. В. Механізми державного регулювання реформуванням системи охорони здоров'я : автореф. дис. ... к.держ.упр. : спец. 25.00.05 / В. В. Загородній. – К., 2001. – 17 с.
3. Карамишев Д. В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я (державноуправлінські аспекти) / Д. В. Карамишев. – Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ “Магістр”, 2004. – 304 с.
4. Перетяка О. П. Навіщо потрібен головний лікар / О. П. Перетяка // Дзеркало тижня. – 2003. – № 21. – С. 12–14.
5. Радиш В. Г. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис та тенденції розвитку : автореф. дис. ... д.держ.упр. : спец. 25.00.01 / В. Г. Радиш. – К., 2003. – 38 с.
6. Скалацький В. М. Інформаційне суспільство: сучасні теорії та моделі (соціально-філософський аналіз) : автореф. дис. ... к.філос.н. : спец. 09.00.03 / В. М. Скалацький. – К., 2006. – 17 с.
7. Солоненко І. М. Державне управління охороною здоров'я / І. М. Солоненко / Економічна теорія і державна політика в Україні в перехідній економіці ; за заг. ред. І. Розпутенка та Б. Лессера ; Практикум. – Кн. II. – К. : К.І.С., 2004. – 460 с.
8. Солоненко Н. Д. Державне управління перебудовою галузі охорони здоров'я в умовах обмежених ресурсів в Україні : автореф. дис. ... к.держ.упр. : спец. 25.00.05 / Н. Д. Солоненко. – К., 2004. – 18 с.

Надійшла до редколегії 19.11.2012 р.

УДК 342.553

О. Г. КУЧАБСЬКИЙ, А. В. МЕЛЯКОВ

**ГРОМАДСЬКІ РАДИ В СИСТЕМІ УПРАВЛІННЯ
ГУМАНІТАРНИМ РОЗВИТКОМ РЕГІОНІВ:
ПОТЕНЦІАЛ І ПЕРСПЕКТИВИ ДІЯЛЬНОСТІ**

Проаналізовано перспективи участі громадських рад у реалізації гуманітарної політики на рівні регіонів. Показано, що громадські ради мають значний кадровий та інформаційний потенціал. Зроблено висновок про недостатньо ефективне використання цього потенціалу.

Ключові слова: громадські ради, гуманітарна політика, регіональний рівень.