

**КЗВО ЛОР «ЛЬВІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ  
ІМЕНІ АНДРЕЯ КРУПІНСЬКОГО»  
Кафедра внутрішньої медицини та управління охороною здоров'я**

«До захисту допущено»

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 р.

Завідувач кафедри

\_\_\_\_\_ канд. держ. упр. Неділько Р.В.

**Гуменчук Ірина Олегівна**

УДК 614.253.5:005]614.21(477)

**ПЕРСПЕКТИВНІ ВЕКТОРИ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО  
МЕНЕДЖМЕНТУ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

Спеціальність 223 Медсестринство

Наукова робота на здобуття освітнього ступеня магістр

Науковий керівник

кандидат наук з державного управління

Неділько Р.В.

Львів 2023

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b>	5
<b>РОЗДІЛ 1. Аналіз історичних аспектів управління охороною здоров'я</b>	8
1.1. Огляд історичних фактів організації медичної практики в первісному суспільстві та стародавньому світі	8
1.2. Характеристика охорони здоров'я в період з IV по XIX ст.	15
1.3. Історія організації охорони здоров'я в Україні	20
Висновки до розділу 1	27
<b>РОЗДІЛ 2. Вивчення нормативно-правової бази та формування фінансової компоненти в ЗОЗ України</b>	29
2.1. Моделі організації та фінансування охорони здоров'я	29
2.2. Дослідження нормативно-правової бази, щодо провадження медичного менеджменту в ЗОЗ	42
Висновки до розділу 2	45
<b>РОЗДІЛ 3. Модернізація медсестринського менеджменту в умовах сьогодення</b>	46
3.1. Дослідження організації менеджменту медсестринської діяльності у закладах охорони здоров'я на прикладі Львівської області.	46
3.2. Особливості функціонування цивільних ЗОЗ в умовах воєнного стану.	51
3.3. Маркетингові підходи до менеджменту закладів охорони здоров'я.	56
Висновки до розділу 3	63
<b>ВИСНОВКИ</b>	65
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b>	68

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ ТА СКОРОЧЕНЬ

ЗОЗ – заклади охорони здоров'я

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України;

ОЗ – охорона здоров'я;

ПМСД- первинна медико-соціальна допомога;

ЗУНР- західно-українська народна республіка;

ООН- Організації Об'єднаних Націй;

РЄ- Ради Європи;

МОП - Міжнародної організації праці;

ЗВО- заклад вищої освіти;

ЦЕМД- центр екстреної медичної допомоги;

НСЗУ- національна служба здоров'я України;

ЕСОЗ- електронна система охорони здоров'я;

ВПО- внутрішньо-переміщена особа;

БПР – безперервний професійний розвиток.

## АНОТАЦІЯ

У магістерській роботі розкриваються історичні епохи встановлення сучасної системи охорони здоров'я України.

В розділах магістерської роботи висвітлюються питання нормативно-правової бази забезпечення роботи системи охорони здоров'я України, а також фінансування. Досліджено різні моделі організації вітчизняної системи охорони здоров'я та здійснено аналіз медсестринського менеджменту в закладах охорони здоров'я.

Під час проведення магістерського дослідження відбулося широкомаштабне вторгнення РФ на території нашої суверенної держави яке внесло певні зміни в напрямки дослідження. Тому в роботі висвітлені питання медсестринського менеджменту в закладах охорони здоров'я під час воєнного стану та надано рекомендації щодо комунікативних компетентностей сестри/брата медичних з пораненими бійцями та цивільним населенням з зони бойових дій.

## ANNOTATION

The master's thesis examines the historical epochs of establishing the modern healthcare system in Ukraine. The sections of the thesis highlight the issues of the regulatory framework for ensuring the functioning of the healthcare system in Ukraine, as well as financing. Various models of organizing the domestic healthcare system are investigated, and an analysis of nursing management in healthcare institutions is carried out.

During the course of the master's research, there was a large-scale invasion by the Russian Federation on the territory of our sovereign state, which brought certain changes to the research directions. Therefore, the thesis discusses the issues of nursing management in healthcare institutions during a state of war and provides recommendations regarding the communication competencies of medical sisters/brothers with wounded soldiers and civilians in the combat zone.

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Багатовекторні проблеми в сучасному менеджменті закладів охорони здоров'я, зокрема в медсестринстві, а також виклики сучасності, серед яких можна виділити наступні: цифровізація та ноосферизація всіх сфер життєдіяльності людини, проведення медичних реформ, пандемія COVID-19 та активні бойові дії в нашій державі спричинили фінансово-економічну кризу.

Вищевказані фактори впливають на формування професійного портрету сучасного менеджера в медицині та в медсестринстві зокрема. Сучасний менеджер з медсестринста повинен володіти новітніми технологіями управління, вміти реагувати на сучасні виклики в управлінні та на ситуацію, що склалася, прийняти відповідне управлінське рішення та реалізувати його на практиці.

Актуальність теми дослідження полягає в тому, що у період реформування медичної галузі змінюється підхід до якості управління сестринською службою.

**Мета і завдання дослідження.** Метою роботи є аналіз та вивчення історичного встановлення системи охорони здоров'я України, вивчити моделі системи охорони здоров'я та нормативно-правову базу, а також медсестринський менеджмент в закладах охорони здоров'я. Реалізація поставленої мети зумовила потребу в розв'язанні таких дослідницьких завдань:

- проаналізувати історичні епохи, як підґрунтя формування сучасної охорони здоров'я України;

- вивчити та проаналізувати моделі організації системи охорони здоров'я України;
- дослідити особливості нормативно-правового забезпечення системи охорони здоров'я та надати рекомендації;
- проаналізувати медсестринський менеджмент та маркетинг в ЗОЗ, надати рекомендації;
- здійснити аналіз медсестринської діяльності у ЗОЗ під час воєнного стану.

**Об'єкт дослідження** – заклади охорони здоров'я та медсестринський менеджмент в них.

**Методи дослідження.** Для досягнення поставленої мети й вирішення зазначених завдань застосовано системний підхід та комплекс загальнонаукових і спеціальних методів дослідження.

Теоретичні – аналіз наукових літературних джерел.

Емпіричні (анкетування, бесіди тощо) – для дослідження медсестринського маркетингу.

**Наукова новизна** полягає в тому, що на основі цілісного теоретичного аналізу досліджуваної проблеми:

- на основі проведення наукових розвідок та аналізу рекомендовано забезпечити комунікативний менеджмент на всіх рівнях медсестринської діяльності шляхом впровадження БПР з менеджменту в медсестринстві, а також створювати у закладах охорони здоров'я «Професійні майстерні», «Групи рівних» з метою покращення якості виконання професійних компетентностей та комунікації між персоналом.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає в тому, що в магістерській роботі проаналізовано медсестринський менеджмент та надані практичні рекомендації

Отримані висновки дослідницької роботи можуть бути використані під час практичної діяльності сестри/брата медичних та викладанні освітньої

компоненти «Менеджмент та лідерство в медсестринстві» , «Менеджмент у медсестринстві».

**Апробація результатів роботи.** Основні положення та результати дослідження подавалися у наступних публікаціях:

**Публікації.**

- Гуменчук І.О. Дослідження нормативно-правової бази, щодо провадження медичного менеджменту в закладах охорони здоров'я України. XI Всеукраїнська науково-практична конференція: «Теорія та практика світового наукового знання у XXI столітті». Вінниця 11 серпня 2022.

-

**Структура магістерської роботи.** Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного з них, загальних висновків, списку використаних джерел (48 позицій). Загальний обсяг магістерської роботи - 70 сторінок. Робота містить 2 рисунки та 1 таблицю.

## РОЗДІЛ I

### Аналіз історичних аспектів управління охороною здоров'я

#### 1.1. Огляд історичних фактів організації медичної практики в первісному суспільстві та стародавньому світі

Проводячи наукову розвідку нами встановлено, що від моменту зародження людської цивілізації надавалася примітивна медична допомоги при нещасних випадках, пораненнях, пологах, а також зароджувалися елементи профілактичної медицини, яка була спрямована на збереження здоров'я первісно-общинних людей. Першочергово особливу увагу приділялось значної

тим членам племені, які виконували функції мисливців та воїнів. Оскільки ці члени племені забезпечували безпечну життєдіяльність тогочасної громади. Зазвичай медичною допомогою у племенах займалися особи жіночої статі. На них покладались такі пріоритетні функції, як:

- підтримка чистоти у поселеннях;
- дотримання та навчання гігієнічних ритуалів членами племені;
- надання примітивної медичної допомоги;
- збір лікарських трав;
- виготовлення різноманітних настоянок, примочок тощо.

Гігієнічні ритуали та примітивне надання медичної допомоги у племенах з розвитком релігії набирали характеру священнодійств. В цей період активно розвивається каста жреців, які започаткували мистецтво зцілення від різноманітних недуг та продовження життя. З розвитком та встановленням перших держав зароджуються перші ознаки «охорони здоров'я». Тогочасні пріоритетні напрямки якої були: встановлення гігієнічних та протиепідемічних правил, розробка спроби регламентувати лікувальну допомогу. Встановлені правила передбачали створення карантинних умов для інфекційних хворих, розподіл лікарів за напрямками медицини,



започатковується нормативно-правова база, щодо лікарської діяльності, на чому базується законна лікарська практика, і несеться відповідальність за незаконне надання медичних послуг.

Досліджуючи медицину стародавнього світу можна констатувати, що у ті далекі часи вже були започатковано медицину, як бізнес, створено ряд законів. До прикладу, у Месопотамії у XVIII ст. до н. е. за надання медичної допомоги лікаря винагороджували грошовою допомогою і засуджували покаранням у разі поганого лікування. Прикладом перших нормативно правових актів є, Кодекс царя Хаммурапі, який було вирізьблено на базальтовому стовпі. Так у ст. 210-223 цього кодексу зазначалося, те що має здійснюватися оплата лікарю за надання медичних послуг. Наприклад, ст. 215 цього Кодексу йдеться про те, що: “Якщо лікар зробить хворому складну операцію за допомогою бронзового ножа і вилікує його або якщо видалить у хворого бронзовим ножом катаракту, вилікувавши таким способом око, він може одержати за це 10 секелій срібла”. На це історичний період 10 секелій у Вавилоні вважалося значною грошовою винагородою за виконану роботу, яка становила десятимісячну заробітну плату тогочасного ремісника.

Можна зазначити, що значний матеріальний статус лікаря та його громадянська відповідальність ототожнювала відповідальність за свої професійні вчинки. За серйозну помилку при встановленні діагнозу або лікуванні на лікаря накладався великий грошовий штраф.

Аналізуючи зародження та розвиток медицини у стародавній Індії, можна сказати, що лікарській справі надавалося велике значення. Так у трактаті Аюварда “Наука життя”, який також є актуальним і у сьогоdnішньому суспільстві, прописані основні моральні принципи лікаря. У індійських легендах багато уваги приділялося 14 найціннішим створінням богів, а саме в топ богів входив «вчений-цілитель». Візії давньоіндійських трактатів зводилася до того, що лікар повинен мати

високі моральні та фізичні якості, бути терплячим і спокійним, співчувати хворому, переконувати його у сприятливому результаті лікування. Зокрема, лікар повинен бути здоровим, охайним, мати коротку бороду, вичищені та обрізані нігті, носити намащений пахощами одяг білого кольору, виходячи з дому, брати із собою палицю чи парасольку, уникати надмірного багатослів'я.

Ще лікарі стародавньої Індії, а саме Сушрута, наголошував на те, що «...лікар повинен досконало володіти мистецтвом лікування, насамперед бути досвідченим практиком і знати теоретичну медицину. У трактаті Сушрута записано: “Лікар, який не вміє оперувати, ніяковіє біля ліжка хворого, схожий на легкодухого солдата, який вперше опинився в бою. Лікар же, який вміє тільки оперувати і нехтує теорією, не заслуговує на повагу і може піддати небезпеці навіть життя царів. Кожний з цих лікарів володіє лише половиною свого мистецтва і схожий на птаха з одним крилом” [1].

Нами встановлений факт, що в стародавній Індії були прописані певні етичні та деонтологічні норми поведінки лікаря відносно помираючої людини та її родичів. Це свідчить про те що відбувалось зародження паліативної допомоги з елементами людяності та емпатії. Також в літературних джерелах зазначається, що значної уваги тогочасні лікарі приділяли збереженню лікарської таємниці, зокрема щодо відомостей приватного характеру про хворого, його сім'ю, а також передбачення розвинення захворювання. Цікавим фактом є те, що у стародавній Індії виховували людяність та емпатію у лікарів шляхом спеціального ритуалу, коли наставник вчив свого учня при цьому наказуючи: “Ти тепер залиш свої пристрасті, дратівливість, пожадливість, безпечність, славолюбство, гонористість, заздрощі, брутальність, пустотливість, лицемірність, лінощі та інші вади поведінки...”. В стародавній Індії чітко були прописані та дотримувалися адміністративні штрафи за недбале лікування, а саме за недбале лікування та порушення етичних принципів лікарського обов'язку.

Принципи давньокитайської медичної практики відображені в творі ді Ней-дзіня «Про природу і життя». Практика давньокитайських лікарів ґрунтувалася на психологічному підході до хворого, тобто основні правила лікаря передбачають індивідуальний підхід до кожного пацієнта та лікування з урахуванням його особливостей. Вкрай важливим було те, що лікар повинен був запевнити пацієнта в його одужанні.

У стародавньому Китаї існував філософський підхід і щодо ролі медицини в житті окремої людини та суспільства. Це виявлялось у принципі: “Медицина не може врятувати від смерті, але може продовжити життя, зміцнити державу і народи порадами”. Тому в суспільстві заохочувалися бесіди лікарів з колегами, обговорення складних випадків діагностики та лікування з найдосвідченішими лікарями.” Починаючи з III ст. до н. е. лікарі Китаю при обстеженні хворих робили докладні записи, які можна вважати прототипом сучасної історії хвороби. [1]

Медицина стародавньої Персії є ідентичною до давньокитайських засад медицини. Основою давньоперської медицини є те, що лікар повинен поважати особистість хворого і враховувати його індивідуальність при діагностуванні та лікуванні. Достовірним фактом є те що у Персії поділяли практикуючих лікарів на три категорії, а саме:

- “цілителі святістю”;
- “цілителі знанням”;
- “цілителі ножем”.

Усі три категорії лікарів повинні були дуже уважно ставитися до кожного хворого, пильно спостерігали за ним та помічати перші прояви захворювання. Перські лікарі мали сильний психологічний вплив на своїх пацієнтів завдяки власній особистості та моральним якостями, які були

притаманні їм. Тому до перських лікарів хворі ставилися, як до напівбога, що сприяло швидкому одужанню.

У літературних джерелах зазначено, що розвиток медицини у стародавній Греції поділяється на два періоди: догіппократовий і гіппократовий. Основними векторами догіппократового періоду були повага до особистості лікаря та диференційований підхід лікаря до хворих. Також даний період характеризується законами Лікурга (IX–VIII ст. до н. е.). В цих законах значної уваги приділялося системі гігієнічного та фізичного виховання спартанців. В законах Лікурга були прописані правила контролю за шлюбамі, в яких зазначалось, що здорові новонароджені діти відбиралися для суспільного виховання, а кволих та немічних – знищували.

Якість надання медичної допомоги залежала від отриманої грошової винагороди лікарю, а також від соціального статусу хворого. Виявлено цікавий факт, що лікар не повинен був подавати допомогу безнадійно хворим і незабезпеченим громадянам та рабам.

На розвиток медицини вплинули наступні періоди: це гіппократовий і післягіппократовий. Зберігся текст Клятви Гіппократа, який покладено в основу сучасних кодексів медичної етики і клятви, яку дають студенти при одержанні диплому лікаря в більшості країн світу. Гіппократ систематизував досвід медичної практики у працях “Про лікаря”, “Про благоприсойну поведінку”, “Про мистецтво” та “Афоризми”. Основні принципи медичної практики полягали в регламентації норм поведінки лікаря, рівних правах на одержання медичної допомоги, збереженні лікарської таємниці; дотриманні норм взаємовідносин лікарів. Гіппократ рекомендував спрямовувати всі зусилля на вилікування хворого не лише з боку лікаря, а й усіх оточуючих, позаяк це сприятиме одужанню хворого. Разом з тим Гіппократ не рекомендував лікарям подавати допомогу безнадійно хворим. На його думку, лікарі повинні обстоювати інтереси хворого. Якщо лікар вагався зі встановленням точного діагнозу, він повинен

був порадитися з колегами. Гіппократ зауважував: “Немає нічого соромного, якщо лікар, який має певні утруднення в окремому випадку з причини недосвідченості, просить запросити інших лікарів, з якими зміг би спільно визначити стан хворого і які посприяли б йому...” [2]

Основними постулатами медичної етики, які прописані в Клятві Гіппократа є актуальними на сьогоднішній день, а саме:

- “Non nocere!” (“Не зашкодь!”). Усе лікування, дії та поради лікаря повинні бути спрямовані на користь хворого;
- людське життя є беззаперечною цінністю;
- лікар повинен поважати приватне життя пацієнтів, утримуватися від аморальних вчинків;
- лікар повинен зберігати лікарську таємницю, поважати власну професію[3].

Робити висновки, щодо розвитку медицини у стародавній Греції можна опираючись на наукові праці, літературні джерела в яких описані рівні організації та лікування хворих та система підготовки лікарів. Отже медичну допомогу надавали такі категорії лікарів:

- жерці асклепейонів;
- лікарі-практики ятрей;
- лікарі-практики нозокомейонів;
- періодепти.

Жерці асклепейони займалися лікуванням хворих у храмах, зведених на честь Асклепія, звідки походить і назва. Пріоритетним напрямком у лікуванні були методи психотерапії та психогієни, а також широко застосовувались водні процедури (бальнеотерапія), масаж та інші фізичні методи лікування. В літературних джерелах теж є приклади хірургічних

втручань за потребами. При таких храмах функціонували медичні школи, що свідчить про зародження медичної освіти.

На теренах стародавньої Греції також діяли не великі лікарні для населення, які називалися ятреї. В ятреях надавалася медична допомога цивільному населенню. Це прототип сучасної сімейної амбулаторії, оскільки організовувалося надання медичної допомоги в домашніх умовах лікарів практиків для невеликої кількості хворих яким було необхідне недовготривале лікування.

А також функціонували медичні стаціонари, де практикували лікарі третьої категорії у так званих нозокомейонах. Лікарі- мандрівники - це четверта категорія у стародавній Греції, котрі мандруючи населеними пунктами надавали тимчасову медичну допомогу хворим.

Варто зазначити, що у стародавній Греції з VII ст. до н. е. влада започаткувала розподіл надання медичних послуг цивільному населенню та військовим. Під час військових походів та заради подолання епідемій влада розпочала наймати лікарів для обслуговування воїнів. Можна вважати, що цей факт є як зародження військової медицини.

Проводячи порівняльний аналіз медичної системи у стародавній Греції та стародавньому Римі можна зробити висновок, що у Римі намагались започаткувати систему державної підготовки лікарів та управління їх діяльністю.

У стародавньому Римі практикувало кілька категорій лікарів. Це були лікарі-практики та головні лікарі великих міст — архіати, яких згодом почали призначати і у провінціях. Архіати зазвичай подавали медичну допомогу заможним громадянам Риму. Для медичного догляду за рештою населення призначалися народні лікарі. Крім цих категорій окремо призначалися лікарі, які працювали при великих видовищах: у

театрах, цирках, на гладіаторських аренах. Відомий Клавдій Гален у молоді роки був лікарем гладіаторів. Лікарі стародавнього Риму іноді виконували функції судових медиків. Наприклад, відомий лікар Антил виконував роль судового медика у зв'язку із вбивством Юлія Цезаря. Система охорони здоров'я стародавнього Риму вважається однією з найдосконаліших у стародавньому світі. У 499 р. до н. е. контроль за санітарним благоустроєм міст та якістю харчових продуктів покладался на спеціальних міських чиновників — едилів. З часом кількість едилів у місті збільшилась і було запроваджено їх спеціалізацію: едили з контролю за харчовими продуктами, водопостачанням, повіями та ін.[4] Вагомим досягненням римської системи охорони здоров'я є організація шпиталів та надання хірургічної допомоги у легіонах, які мали невеличкі лазарети.

## **1.2. Характеристика охорони здоров'я в період з IV по XIX ст.**

Середньовіччя характеризується створенням великої кількості чернечих орденів(францисканського, бенедиктинського, домініканського), в яких надавалася медична допомога недужим. Локалізувалися вони переважно при монастирях. Ксендохії тобто заїзні двори Сходу церква розпочала трансформацію на притулки для немічних, людей похилого віку, сиріт. Фінансування притулків здійснювалося за рахунок добровільних пожертв. У історичних джерелах зазначається, що у 370 р. відбулось заснування у Кесарії ксенодохію Базілла, як наслідок голоду. Воно було мінімально організовано та складалось з численних приміщень у яких були ліжка для хворих та людей похилого віку. Догляд за хворими здійснювали прислужники та лікарі.

Така організація медичної допомоги - шпиталів, дала поштовх до створення медичної допомоги у Галії. Так, засновано шпиталі в V ст. у Ліоні, а у 651 р. — у Парижі. Таким чином відбулось створення системи шпиталей – богоділень.

До XVI ст. була відсутня централізована держава влада, то організацією охорони здоров'я переважно займались феодали та органи місцевого самоврядування. Тому в цей період набула розквіту придворна медицина при королях, владних князях, Папі Римському. А також розвинулась система домашніх лікарів при заможних членах тогочасного суспільства. Цікавим історичним фактом є те, що до основних функціональних обов'язків домашнього лікаря входило:

- нагляд за харчуванням;
- благоустрій помешкань;
- профілактика та лікування.

Літературні джерела зазначають, що у IX ст. феодали розпочали залучати лікарів-хірургів для своїх дружин (воїнів). Широкого застосування це набуло під час хрестових походів.

У XII ст. розпочинається розширення міст, збільшується чисельність населення і це все призвело до того, що функцію управління охороною здоров'я лягає на органи місцевого самоврядування. В цей період розпочинається будівництво та функціонування лікарень для всіх верств населення. Фінансування будівництва лікарень забезпечувалось виключно за рахунок пожертв від громадян. Цікавим фактом є те що саме у цей період прослідковуються елементи страхової медицини, а саме розмір пожертви громадянина відповідав рівню надання медичної послуги. Також можна спостерігати примітивні елементи менеджменту в системі охорони здоров'я того часу – на керівні посади шпиталів запрошувались лікарі, а їх менеджментування здійснювали магістранти. З метою функції контролю призначалися дві особи, одна з яких контролювала процес лікування, а інша здійснювала нагляд за господарською частиною шпиталю.

Характеризуючи XIII ст. можна зазначити, що на території сучасної Німеччини розпочинається будівництво перших шпиталів, таких як лазарет



Св. Іоахима у Лейпцігу, Бартоломіївський шпиталь у Дрездені. Історичні джерела зазначають, що основною функцією таких закладів була ізоляція хворих на лепру, тому можна констатувати, що вони були неповноцінними лікарняними установами. Коли знизився рівень захворюваності на лепру то ці шпиталі реорганізували у притулки для сиріт та богодельні. Тогочасна влада розуміла важливість протиепідемічних заходів і організувала за межами міста лепрозорії де розміщували інфекційних хворих, та наклала вето на торгівлю продуктами харчування самим хворим та їх родичам.

XII–XIII ст. характеризується впровадженням державних постанов, які спрямовані на регламентацію медичної практики та покращенню санітарно-епідеміологічного стану в окремих європейських країнах. В 1140 р., король Роджер Сіцилійський, видає едикт відповідно до якого на території королівства дозволяється сімейна лікарська практика тільки тим лікарям, які пройшли успішне випробування у спеціальній колегії. Цей факт свідчить про те, що король дбав про навченість та освідченість лікаря, який буде провадити медичну практику.

З 1224 року Фрідріхом II Гогенштауфеном на теренах Римської імперії запроваджено державні випробування для хірургів, аптекарів та акушерок з обов'язковим річним стажуванням у відомого досвідченого лікаря. Фрідріхом II були запроваджені ряд законів, які регламентували контроль за якістю лікарських засобів, правила очищення міст та упорядкування кладовищ.

Пандемія чуми у середньовіччі дала поштовх о розвитку та впровадження протиепідемічних заходів, а також вводилися карантинні обмеження для осіб які прибували з неблагоприємних територій. Венеція стала флагманом системи проепідемічних заходів, яка впровадила санітарно-протиепідемічні заходи у Європі.

У 1424 р. германський імператор Сигізмунд II в усіх імперських містах затвердив посаду міського лікаря — штадт-фізика, який утримувався за рахунок міської казни. Обов'язки міських лікарів полягали в запровадженні протиепідемічних заходів, управлінні лікарнями, а також контролі за діяльністю лікарів-практиків, аптекарів, акушерок, боротьбі зі знахарями та здійсненні судово-медичних функцій. У 1685 р. бранденбурзький курфюрст Фрідріх [5].

Вільгельм створив центр медичного управління — Медичну колегію, в обов'язки якої входило спостереження за діяльністю медичного персоналу, прийняття іспитів на право самостійної практики у лікарів та аптекарів, контроль за продажем лікарських засобів. У 1719 р. для управління та організації боротьби з епідеміями започатковано спеціальний орган — Санітарну колегію. Відповідні органи було також створено в низових інстанціях, а до кожної провінційної ради доданий лікар — ланд-фізик. У 1794 р. обидві колегії були об'єднані в одну обер-колегію, а на місцях було створено провінційні Медико-санітарні колегії. Так звана пруська система охорони здоров'я стала взірцем для інших німецьких держав[5].

Наприкінці XVII ст. було зроблено перші спроби оцінити значення охорони здоров'я для господарської діяльності країни. Так, у піонерських санітарно-демографічних дослідженнях Петті (1662 р.) та Галлея (1697 р.) здійснено аналіз з метою виявлення впливу руху населення, причин смерті, а також різних захворювань на виробничу діяльність населення[5].

У 1822 році було здійснено першу реформу системи охорони здоров'я у Франції. Охорона здоров'я стала складовою у загальній системі державного управління і вперше в Європі при міністерстві внутрішніх справ організовано та впроваджено Вищу санітарну раду. Реформа системи охорони здоров'я внесла відповідні корективи до управлінської сфери з чітким розмежуванням функціональних обов'язків: при префектах було створено

департаментські санітарні комісії, при субпрефектах — окружні, при мерах — кантональні. Інші країни Європи перейняли модель системи управління охороною здоров'я, яка була започаткована у Франції.

У більшості країн системою охорони здоров'я управляв спеціальний відділ або департамент Міністерства внутрішніх справ. Очолював такий відділ чиновник, який зазвичай не мав медичної освіти. Водночас при центральному органі управління охороною здоров'я створювався колегіальний дорадчий орган, до складу якого входили вчені-медики, лікарі-практики, а також представники суміжних галузей[4].

У провінціях охорона здоров'я входила в компетенцію органів внутрішнього управління і зазвичай це був колегіальний орган (рада), що складався здебільшого з лікарів, які перебували на державній службі. Характерно, що державне управління передбачало виключно заходи санітарного благоустрою, контролю за санітарним станом територій, протиепідемічної діяльності і не стосувалося питань лікарської допомоги. Поява буржуазії та прошарку службовців збільшило частку населення, щодо якого стало можливим подання медичної допомоги з боку кваліфікованих приватних лікарів-практиків. Проте питання подання медичної допомоги населенню з низьким рівнем доходів залишалося відкрите [4].

У 1848 р. в Англії було прийнято Білль про усунення санітарних небезпечностей та запобігання хворобам, згідно з яким у густонаселених містах, де смертність перевищувала 23 особи на 1000 жителів, на вимогу 10 % платників податків засновувалося місцеве лікувальне управління. Цього самого року в Англії було організовано Головне відомство громадського здоров'я. Інспектори цього відомства мали великі повноваження, навіть підвищувати податки в разі різкого погіршення епідеміологічної ситуації [6].

У першій половині XIX ст. на нових соціальних засадах поновлюється благодійна діяльність церкви і разом з цим з'являється багато благодійних установ та фондів. Медична допомога кваліфікованим робітникам та службовцям, які не мали змоги звернутися до приватного лікаря-практика, подавалася за рахунок коштів, отриманих із систематичних внесків — страхування здоров'я [4].

Великого поширення дістали у Франції Товариство взаємодопомоги, в Англії – “дружні” товариства та робочі клуби, у Німеччині — вільні допоміжні каси. У Німеччині в 1849 р. було прийнято закон, згідно з яким органи міського самоврядування мали право змушувати робити внески до вільних допоміжних кас і підприємців [6].

У 1875 р. в Англії було прийнято Закон про громадське здоров'я, засновано санітарні ради в містах та сільських громадах, вжито заходів з оздоровлення робітничих кварталів. У багатьох країнах Європи введено санітарні кодекси: у Німеччині — у 1871 р., в Австрії — у 1876 р., в Угорщині — у 1877 р., у Швеції — у 1879 р. Санітарні кодекси передбачали карантинно-запобіжні заходи, встановлювали норми виробництва та зберігання харчових продуктів, виконання правил комунальної санітарії, ізоляції та госпіталізації хворих на інфекційні захворювання тощо [6].

### **1.3. Історія організації охорони здоров'я в Україні**

Про існування медичної допомоги на теренах України свідчать не тільки наукові джерела а й археологічні розкопки. Прикладом цього можна констатують такі історичні факти, як те що скіфські лікарі вправно володіли хірургічними прийомами , а також володіли методикою видалення зубів. Доказом цих фактів є те, що під час археологічних розкопок знайдено людські черепи, які мали отвори що свідчить про те що їх проводили трепанацію черепа. Також знаходили інструменти , які можна було

використовувати для складних хірургічних втручань. Дані знахідки свідчать про високий рівень медицини у скіфських та слов'янських племенах.

Історичні джерела засвідчують той факт, що скіфи здійснювали медичну практику, та використовували медичні навички античних греків.

За часів Київської Русі медична допомога мала системний характер із залученням лікарів. Знаті медичну допомогу надавали світські лікарі емпірики. А хворих та інвалідів лікували лікарі-священники у спеціальних притулках, які були організовані при монастирях та великих церквах. Для надання медичної допомоги княжим родинам запрошували заморських лікарів. Так за часів правління Княгині Ольги організувала стаціонар де хворих обслуговували жінки.

У Київській Русі в X ст. набуває розквіту благочинність та милосердя, яке проявлялося у форматі надання лікування, піклування про вдів, сиріт, людей похилого віку, жебраків.

З Грецької гори Афон Преподобний Антоній привіз до Києва медичні знання, спеціальну літературу, ліки. Першу терапевтичну школу на Русі заснував учень Антонія Агапіт Печерський. Агіпіт Печерський надавав медичну допомогу безкоштовно усім верствам населення, вмів лікувати молитвою та травами. У літературі описано епізод, коли Агапіту було запропоновано поїхати до Чернігова до тяжкохворого князя Володимира Мономаха. Агапіт, який поклявся ніколи не залишати монастир, передав князю цілющі відвари трав з настановами щодо їх застосування. Князь видужав і надіслав лікарю на знак подяки золоті дари, які Агапіт попросив роздати жебракам біля монастирської брами. Агапіт мав власну "школу", його порад дотримувалась більшість печерських ченців, а також онучка князя Володимира Мономаха Євпраксія Мстиславна (1108–1172). Вона вивчала народну медицину і допомагала хворим. Її трактат "Мазі", що складався з п'яти розділів, є визнаною науковою працею тих

часів. Рукопис трактату було знайдено тільки у XIX ст. у флорентійській бібліотеці Лоренцо Медичі [7].

Монастирська медицина виникла внаслідок того, що ченці Києво-Печерського монастиря мандруючи пропагували і осідали на нових землях, де започатковували монастирі.

Піклування, гігієна та лікування завдяки Великому князю Володимиру (996 р.) було покладено на церкву. Лазні, лікарні та лікарі також підпорядковувалися церквам. Юрисдикції світської влади та цивільні закони не розповсюджувалися на лікарів, тому вони були вільними людьми.

Вплив церкви на систему охорони здоров'я ствердилась у 1096 законом «Руська правда» видана Ярославом Мудрим. Церква розпочала будівництво лікарень, лазень та надає безоплатні медичні послуги. Запроваджується десятина, як вид податку для фінансового забезпечення недужих, бідних, сиріт.

Історичні джерела вказують, що в Київській Русі церква стає державним інститутом та диктує внутрішню політику держави, а також піклується за охорону здоров'я. Церква та монастир чітко розмежовують надання медичної допомоги серед різних верств населення, а саме “підлому люду”-лікувався при церквах, а у світських лікарів, у тому числі й іноземних медичні послуги отримували князі та їх дружини.

У літописі “Повість временних літ” описується санітарне очищення населених міст та поля бою, поховання померлих під час епідемій. У цей період особливо поширюється народна медицина. Вона мала навіть своєрідну спеціалізацію: з-поміж народних лікарів були травники, костоправи, зубоволоки та ін. Усіх їх багато століть називали знахарями [8].

Важливо зазначити, що на теренах сьогочасної Західної України істотного впливу на розвиток медичної галузі мало те, що ця територія була під владою інших країн майже 600 років. Ці землі мають власне багате історико-медичне минуле. Так до прикладу, на теренах сучасної України створювалися медичні навчальні заклади: о 1578 році –Острозька академія, 1593 рік –Замойська академія, 1661 рік- медичний факультет Львівського університету. 1773 рік –Львівський акушерський колегіум.

Вагому роль в охороні здоров'я населення та розвитку медичної освіти відігравали лікарі з України на теренах колишньої Російської та Австро-Угорської імперій. Лікарі з України були фахівцями своєї справи тому їх запрошували інші держави для розбудови медичної освіти та медицини загалом.

Серед українських дипломованих лікарів, які поряд з медичною практикою успішно займалися науковою діяльністю, був перший український доктор філософії і доктор медицини Юрій (Георгій) Дрогобич-Котермак (1450–1494). У 1481/82 навчальному році він був обраний ректором Болонського університету. Ця посада вважалась однією з найпрестижніших у Болоньї. Ректор не тільки пильнував за дотриманням університетських статутів, контролював працю професорів, розподіляв лекції та організовував диспути, а й був суддею у кримінальних та цивільних справах для всіх представників університету.

У наукових працях Ю. Дрогобич-Котермак не тільки застерігав від спалахів епідемій, а й вважав, що з епідемічними захворюваннями слід боротися. Юрій Дрогобич-Котермак був також професором Краківського університету, одним з вчителів Коперніка. Як лікар-практик він мав великий авторитет серед краківських професорів. Його неодноразово запрошували до Васельського замку на консилиуми до хворого короля

Казимира IV, після чого Ю. Дрогобич-Котермак дістав титул королівського лікаря [9].

Митрополит Петро Могила зробив значний внесок у розвиток організації охорони здоров'я. У 1633 році заснував Києво-Могилянську академію, де зокрема провадилася і медичне навчання. У статуті навчального закладу було приділено значної уваги дотриманню правил гігієни.

Перші згадки про зародження тактичної медицини в історичних джерелах зазначаються з періоду визволення України від шляхетської Польщі, де описується моменти евакуації поранених з поля бою. Воїнів, які були поранені на полі бою доставляли до монастирів де вони отримували медичну допомогу. На полі бою хірургічну допомогу надавали військові цирульники, які були на службі в кожному полку, а травматологічну допомогу подавали костоправи. Така подача медичної допомоги здійснювалася народними цілителями, які не мали спеціальної освіти, але мали колосальний досвід. Цирульники володіли методикою зупинки кровотечі на полі бою. Зупинку кровотечі пораненим воїнам здійснювали за допомогою рослинних губки, що стягували свіжі рани, захищаючи від нагноєння, вміли виготовляти та застосовувати цілющі пластирі та мазі, використовували настоянки лікарських рослин. Ці історичні факти свідчать про те що цирульники розуміли важливість надання екстреної медичної допомоги чим рятували поранених на полі бою, зберігаючи їм життя.

В ті часи (1754 р.) панувала думка, про те що українці мають генетичну схильність до медицини. І тому тогочасна російська імперія скеровувала до університетів Європи навіть найбільш молодих українських лікарів для подальшого вдосконалення.

Завдяки ґрунтовному вивченню українськими лікарями досвіду підготовки лікарів у Європі створилася самобутня вітчизняна система вищої медичної освіти. Для неї були характерні такі особливості:



- широка й різнобічна програма теоретичного навчання;
- клінічний принцип викладання основних медичних дисциплін (“виховання лікаря біля ліжка хворого”);
- володіння студентами водночас терапією і хірургією (студенти медичних ВНЗ Європи на той час хірургію не вивчали) [10].

Відправною точкою є 1870 р. коли іде створення лікарняної каси при промислових підприємствах.

Прийнятий у 1912 р. Державною думою Закон про соціальне страхування на випадок хвороби ввів поняття лікарняних кас, визначив їх статус у суспільстві як організаційних осередків для роботи лікарів за страховим принципом. Відповідно до затвердженого в Україні Положення про страхування джерелами фінансування системи медичного страхування, що відбувалося за допомогою лікарняних кас, були переважно фонди соціального страхування. Кошти формувались із внесків промисловців та робітників — членів лікарняних кас у відношенні 40:60. На початку Першої світової війни в Катеринославській губернії функціонувало вже 135 лікарняних кас, проте загалом соціальним страхуванням в Україні було охоплено лише 2 % загальної чисельності населення [10].

В Україні існували два типи лікарняних кас — заводські та об'єднані. Заводські виплачували допомогу у встановлених випадках, подавали безкоштовну медичну допомогу постраждалим робітничим сім'ям. У 1913 р. до статуту лікарняних кас уряд вніс поправку, згідно з якою лікарняні каси діставали право організовувати лікарні, амбулаторії, санаторії, аптеки. Відносини “лікарняні каси — лікарня” розвивалися за такими двома формами, як залучення фахівців до роботи в лікарняних касах і зарахування лікарів на постійну роботу. Лікарняні каси створювались не тільки у промислових містах, а й в окремих повітах. Позаяк кількість лікарняних кас в Україні постійно збільшувалася, найдрібніші з них

об'єднувалися з дрібними, що сприяло утвердженню ефективної медичної допомоги населенню та зменшенню залежності від підприємця. Об'єднані каси мали більше коштів і подавали кваліфікованішу амбулаторну та стаціонарну медичну допомогу, влаштовували невідкладну медичну допомогу вночі, цілодобове чергування медичного персоналу тощо. Одним з найважливіших напрямів діяльності лікарняних кас стало подання медичної допомоги хворим на туберкульоз, включаючи їх санаторне лікування [11].

Фабрично-заводська медицина стояла у витоках, щодо зародження страхової медицини та медичного страхування у дореволюційний період в Україні.

Українська медицина з приходом більшовиків зазнає трансформацій-розквіту та занепаду. Галузь охорони здоров'я у цей період підпорядковувалася Міністерству внутрішніх справ Росії.

За часів, коли уряд очолювали В. Винниченко (1880–1951) та В. Голубович (1885–1939), функціонували окремі департаменти здоров'я, директорами яких були Борис Матюшенко (1883–1944), який ще в 1917 р. почав організовувати медично-санітарну службу в Україні, та Євмен Лукаевич (1871–1929) — один з організаторів Українського Червоного Хреста, випускник Цюрихського університету [11].

За правління гетьмана П. Скоропадського (1873–1945) у травні 1918 р. було створено вперше Міністерство здоров'я та соціальної опіки, його міністром був Всеволод Любинський. Тогочасна реформа охорони здоров'я мала такі департаменти:

- медичний;
- санітарний;
- загальний;

- освіти ;
- інформаційно-видавниче;
- судової експертизи ;
- санітарно-технічне;
- демобілізаційне.

Важливо зазначити, що кожен департамент мав свого очільника.

З метою профілактичної медицини та популяризації медичної науки почав видаватись українською мовою “Вісник Міністерства народного здоров’я” редактором якого був Ю. Меленевський .

За період існування УНР на посаді міністра охорони здоров’я очолювало п’ятеро осіб. Останній міністр Д. Одрина вже в 1917 р. організував на фронті українські санітарні частини. Після прибуття до Києва він працював у секретаріаті Центральної Ради: організував санітарно-медичну справу в українському війську, допомагав створювати Український Червоний Хрест. З 1919 р. Д. Одрина працював заступником голови Трудового конгресу України, а в червні того ж року був призначений міністром здоров’я і заступником голови Ради Міністрів. У цей час він багато їздив Україною з метою організації нової служби охорони здоров’я. Раптово помер 16 листопада 1919 р. у Кам’янці-Подільському в розпалі епідемії тифу [12].

Останнім міністром здоров’я в уряді УНР був поляк за походженням С. Стеминовський.

В листопаді 1918 р. створено Західно-Українську Народну Республіку (ЗУНР), а очільником секретаріату здоров’я було призначено галичанина Івана Куровця (1863–1931) випускника медичного факультету Віденського університету.

Була сформована бюджетна система фінансування в українській медицині в радянському періоді. Це дало змогу краще фінансувати

лікувально-профілактичний та санітарно-гігієнічний напрямки охорони здоров'я.

Перед системою охорони здоров'я було поставлено й економічні завдання:

- організація ефективної медичної допомоги як чинника підвищення продуктивності праці;
- зменшення витрат робочого часу через непрацездатність;
- підвищення ролі планування в управлінні охороною здоров'я.

В організації медичної допомоги робітникам провідну роль повинні були відігравати пункти здоров'я, на медичний персонал яких покладалося не тільки подання першої медичної допомоги, а й вжиття профілактичних заходів. Важливим методом лікувально-профілактичної допомоги населенню стала диспансеризація. Система організації охорони здоров'я мала й певні недоліки, зокрема недостатню мотивацію праці медичних працівників, що позначалося на ефективності та якості їх роботи [12].

### **Висновки до розділу 1**

Отже, досліджуючи та аналізуючи наукові джерела, де наведено багато історичних фактів з підтвердженими археологічними розкопками можна зробити наступні висновки, що:

- медицина зародилася від моменту появи людей на землі;
- формування санітарно-епідемічних заходів у Європі закладалося впродовж десяти століть;
- за ці десять століть майже всі європейські країни впровадили системи контролю за освітою та діяльністю лікарів;

- починаючи з XIX ст. приймається ряд санітарних законодавств у зв'язку із розвитком промисловості;

- відбувається створення служб охорони здоров'я, попри те сама система є вкрай недосконалою;

- в XIX ст. зародилася медицина на платній основі, допомога поза лікарнями подавалися переважно приватними лікарями-практиками; Безкоштовну медичну допомогу подавали окремі благодійні організації або лікарі органів місцевого самоврядування тільки тим, хто мав посвідчення про бідність. Страхові (лікарняні) каси частково відшкодовували видатки за подання стаціонарної медичної допомоги;

- в період УНР та ЗУНР констатуємо, що іде упорядкування та удосконалення системи охорони здоров'я, шляхом створення міністерства , департаментів, які корували визначеною ділянкою роботи в галузі.

## **РОЗДІЛ 2. Вивчення нормативно-правової бази та формування фінансової компоненти в ЗОЗ України**

### **2.1. Моделі організації та фінансування охорони здоров'я**

Загально відомо, що в умовах сьогодення зростає потреба у висококваліфікованих сестрах медичних оскільки суспільство в умовах війни та мирному житті має велику потребу у забезпеченні якісною медичною допомогою. Найвні погляди , щодо цього питання були висвітлені на Європейській конференції з сестринської справи (Відень, 1988)де наголошувалось [13], що «...без медичних сестер немає майбутнього. Такий підхід до значимості сестринської справи як складової частини системи охорони здоров'я та особи медичної сестри залишається актуальним і на ХХІ століття».

Проаналізувавши джерела [14] можна виділити, що «...сучасне трактування ВООЗ сестринської справи містить у собі не лише визначення її місця і завдань у системі охорони здоров'я, а й чітко окреслює коло функціональних обов'язків: «...Сестринська справа — це складова частина системи охорони здоров'я, яка направлена на вирішення проблем індивідуального та громадського здоров'я населення в мінливих умовах навколишнього середовища. Сестринська справа включає в себе діяльність по зміцненню здоров'я, профілактиці захворювань, наданню психосоціальної допомоги особам, які мають фізичні та (або) психічні захворювання, а також непрацездатним всіх вікових груп» [13].

Загально відомим фактом є те [14], що «...на сьогодні зростає вагомість медичної сестри не тільки в Україні, а й в цілому світі. Актуальності набуває проведення порівняльної оцінки ролі медсестринства в Україні та в світі. Важливість та необхідність дослідження цієї тематики полягає в тому, що відбувається активне формування законодавчої бази в сфері медсестринства та необхідність прискорення адаптації вітчизняної нормативно-правової бази до європейських норм, зокрема це стосується кадрового забезпечення та

наближення вітчизняного рівня заробітної плати медичних сестер України до світового».

Однією з найважливіших особливостей досліджуваного об'єкта є роль сестри медичної у сучасній охороні здоров'я. Найчастіше досліджуються функціональні обов'язки та можливості середнього медичного персоналу. У порівнянні із Європейськими країнами де медична сестра є самостійною ланкою та повноправним помічником лікаря, то в Україні лише, як допоміжний персонал. Важливо зазначити, що права сестер медичних у нашій державі не є захищеними нормативно-правовими документами.

Як свідчать дані [14], «...лише декілька дуже потрібних законодавчих актів щодо роботи медичного персоналу існують на папері. Наприклад, проект Закону "Про організацію медичного обслуговування", в якому звертається увага на медичну сестру як повноцінного учасника відносин з надання медичної допомоги між пацієнтами та закладами охорони здоров'я, оскільки цим нормативом передбачається створення закладів сестринського догляду. Медичні сестри здебільшого сприймаються у нас як сестри милосердя, як помічники лікаря, хоча в цілому світі медична сестра посідає рівне місце поряд з лікарем [15].

Існуючі моделі системи охорони здоров'я в світовій спільноті формувалися під впливом різних чинників. Серед цих чинників можна виділити наступні: географічно-історичний, соціально-культурний, політико-адміністративний.

Дану проблематику вивчали у своїх дослідженнях вітчизняні науковці (В. І. Агарков, В. Г. Бідний, В. С. Бірюков, Ю. В. Вороненко, О. В. Галацан, О. М. Голяченко, Є. П. Жилияєва, В. І. Журавель, В. Ф. Москаленко, З.О. Надюк, Л. А. Пиріг, Я. Ф. Радиш, О. В. Савкіна та ін.) і зарубіжні вчені (П. Берман, С. Влодаржик, Д. Донеv, Ф. Дуіч, Г. Ленські, Р. Салтман, С. Турек, С. Хем, Р. Шеффлер та ін.). У своїх працях висвітлювали як сильні так і слабкі сторони моделей системи охорони здоров'я [16].

Дотримання адекватного та збалансованого процесу між постійним зростанням цін на медичні послуги внаслідок науково-технічного прогресу в медичній галузі та забезпечення однакового доступом до отримання медичних послуг усіх громадян країни, не залежно від їх фінансового стану - це є головне завдання будь якої національної системи охорони здоров'я. За допомогою вивчення світового досвіду та проведення адаптації до реалій нашої країни дасть змогу вирішити ці ключові проблеми у реформуванні медичної галузі.

В основу класифікації систем охорони здоров'я, здебільшого покладено структурний критерій, виходячи з проаналізованих літературних джерел.

Беручи до уваги соціально-політичну структуру суспільства, M.G. Field виокремлює п'ять типів систем охорони здоров'я [17]:

- класичну (невпорядковану);
- плюралістичну;
- страхову;
- національну;
- соціалістичну.

В залежності від різних рівнів соціального розвитку країн, науковий дослідник, М. Фотакі розглядає сучасну класифікацію системи охорони здоров'я. Дана класифікація виокремлює такі моделі національних систем охорони здоров'я [17]: "...1) універсалістська (модель Беверіджа); 2) соціального страхування (модель Бісмарка); 3) „південна модель” (Іспанія, Португалія, Греція, частково Італія); 4) інституційна або соціал-демократична „скандинавська модель”; 5) ліберальна (залишкового соціального забезпечення); 6) консервативно-корпоративна (Японія); 7) латиноамериканська; 8) системи охорони здоров'я держав Східної Азії; 10) системи охорони здоров'я країн з перехідною економікою”.

На думку І.А. Тогунова [18]: "...у сучасному підході до типології систем охорони здоров'я повинні переважати правові характеристики універсальних взаємовідносин лікаря й пацієнта, що визначаються фундаментальними



(конституційними) свободами особистості. Адекватну цим свободам сучасну модель системи охорони здоров'я, описану й обгорнену законодавчою „оболонкою”, необхідно будувати, базуючись власне на такому принциповому підході”.

В основу класифікації покладено маркетингові (ліберальні) відносини суб'єктів системи [18]:

- натуральні моделі системи охорони здоров'я – системи, які характеризуються відсутністю або вкрай низьким рівнем правової впорядкованості відносин лікар-пацієнт;
- ринкові моделі системи охорони здоров'я – системи, які спираються у своєму функціонуванні та еволюції на об'єктивні дії економічних та інших суспільних законів, що визначають цільові взаємодії надавача й користувача медичної допомоги;
- неринкові моделі системи охорони здоров'я – системи невиробничого економічного принципу функціонування, в яких надання медичної допомоги забезпечується тотальною роллю держави;
- змішані моделі системи охорони здоров'я – системи, які поєднують і патерналістичні відносини між лікарем і пацієнтом, і ліберальну маркетингову суть таких взаємодій.

Вивчивши літературні джерела, щодо моделей системи охорони здоров'я світу можна зробити висновок про те, що за базу класифікації системи охорони здоров'я взято структурний критерій. В світі існують загальноприйняті моделі систем охорони здоров'я: модель Беверіджа, модель Бісмарка, ринкову модель, модель Семашка.

В основу моделі (системи) Беверіджа покладено фінансування з державного бюджету. В даній моделі держава виступає, як гарант у наданні всіх медичних послуг, доступності для всіх громадян не залежно від фінансового та соціального забезпечення, але при цьому пацієнт є обмеженим у виборі медичного обслуговування. Модель Беверіджа

спрямовано на те, що заклади охорони здоров'я націлені на отримання фінансування з держаного бюджету і тому виникає конкуренція між державними лікувально-профілактичними закладами. Якщо розглядати пацієнта, як отримувача медичних послуг, то дана модель є для нього економічно вигідною, але не комфортною, оскільки пацієнт не може самостійно обирати повний спектр медичних послуг, які необхідні в даній ситуації. Беверідж заклав у свою модель три базових принципи, а саме: універсальність, єдність та інтеграцію.

Країнами, в основі системи охорони здоров'я яких лежить система Беверіджа, є Великобританія, Італія, Канада, Скандинавські країни. Зрозуміло, що у всіх цих країнах є і власні національні особливості цієї системи.

Перевагами системи охорони здоров'я Беверіджа є такі:

- доступність і безоплатність медичної допомоги усім верствам населення держави;
- надійність одноканального механізму фінансування (державний бюджет) з державним контролем фінансових витрат у галузі;
- багатокomпонентна економіка охорони здоров'я на основі загальнодержавної власності;
- високий рівень адміністративної керованості системи, ефективніше управління й координація діяльності за умови надзвичайних ситуацій;
- гарантований рівень оплати наданої медичної допомоги та медичних послуг;
- можливість швидкого впровадження змін у систему охорони здоров'я на всіх її рівнях;
- відсутність конкуренції у сфері надання медичних послуг (із збереженням прихованої конкуренції за розподіл державних фінансових ресурсів, які виділені бюджетом для фінансування медичної допомоги та медичних послуг);

- централізоване планування і сталий розвиток інфраструктури галузі;
- пріоритетність профілактики, а також амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної та швидкої медичної допомоги в охороні здоров'я;
- державний контроль і нагляд за якістю надання медичної допомоги та медичних послуг.

До недоліків системи охорони здоров'я Беверіджа фахівці [19] відносять такі положення :

- одностороння монополія держави на медичну допомогу і послуги;
- економія витрат бюджету на охорону здоров'я;
- незацікавленість системи в інноваційних змінах;
- недостатній розвиток системи первинної медико-санітарної допомоги;
- залежність доступності медичної допомоги від рівня фінансового забезпечення системи охорони здоров'я;
- відсутність економічних стимулів до підвищення якості надання медичної допомоги, розширення її обсягу;
- невисокий рівень стандартів медичного обслуговування;
- низький рівень задоволеності пацієнтів якістю надання медичної допомоги (соціальною доступністю, рівнем обслуговування, участю в лікуванні);
- високий рівень медико-етичних конфліктів між надавачами й користувачами медичної допомоги;
- обмежений доступ пацієнтів до якісних високоспеціалізованих медичної допомоги та практична відсутність контролю споживачів медичної допомоги за якістю її надання;
- відсутність правових, економічних, соціальних умов для формування адекватного конкурентного середовища в галузі надання медичної допомоги;
- неефективне використання ресурсів охорони здоров'я, виділених на галузь;
- слабка (подекуди – відсутня) кореляція заробітної платні медичних працівників з обсягом, якістю та ефективністю наданої пацієнтам медичної

допомоги, що призводить до певного дефіциту медичних кадрів;

- авторитарний стиль керівництва галуззю на всіх її рівнях.

Вищеперераховані особливості системи охорони здоров'я Беверіджа можуть надавати пріоритет цій моделі системи охорони здоров'я в умовах соціального суспільства, виступаючи засобом соціального захисту широких верств населення. Виявлені під час аналізу недоліки, які заважають максимально ефективній організації діяльності системи, піддаються корекції або усуненню. Чинники, які лежать в основі кожного недоліку, можуть бути подолані за умови створення адекватного для кожного з них механізму оптимізації [16].

Модель Бісмарка (система соціального страхування). При даній моделі роль держави базується на регулюванні законодавчих актів та нормативно-правових документів, та виступає як гарант у стабільності функціонуванні системи охорони здоров'я. Система соціального страхування базується на фінансуванні щодо надання медичних послуг громадянам переважно за рахунок обов'язкових внесків коштів (соціального страхування) на випадок хвороби. Працівники та працедавці є основними наповнювачами фінансів даної моделі. Позитивні моменти в даній моделі соціального страхування є те, що вона забезпечує економічну ефективність, медичну результативність та, що є не мало важливим, соціальну справедливість.

Суб'єктами ринку медичних послуг є лікарі та лікувально-профілактичні заклади, які пропонують свої послуги, страхові заклади (лікарняні каси), через які здійснюється оплата медичних послуг і незастраховані пацієнти.

Країнами, в основі системи охорони здоров'я яких лежить система Бісмарка, є Австрія, Бельгія, Нідерланди, Німеччина, Франція. Зрозуміло, що у всіх цих країнах є і власні національні особливості цієї системи.

Перевагами системи охорони здоров'я Бісмарка є такі:

- децентралізований тип фінансування галузі;

- право вибору лікаря, місця й умов отримання медичної допомоги;
- чіткий розподіл управлінських функцій між державними органами, органами, які здійснюють фінансування, і надавачами медичної допомоги;
- наявність конкуренції між суб'єктами ринку медичних послуг: страховими компаніями, лікувально-профілактичними закладами, вільно практикуючими лікарями;
- підвищений рівень контролю за якістю медичних послуг і фінансових витрат на її надання;
- забезпечення солідарної оплати медичної допомоги населенням;
- дієздатність економічних механізмів управління ринковою моделлю системи охорони здоров'я.

Негативними моментами системи охорони здоров'я Бісмарка вважаються такі [15; 18; 19; 20; 21; 22]:

- нерівномірність територіального та соціального доступу до ринку медичної допомоги для різних категорій населення;
- неадекватне реальним витратам підвищення ціни на медичні послуги;
- значні фінансові витрати на утримання аналітично-адміністративного персоналу для управління та фінансового обслуговування розрахунків страхових організацій з лікувально-профілактичними закладами та окремими вільно практикуючими лікарями, а також на правовий супровід відносин суб'єктів ринку медичних послуг;
- неналежний контроль за діяльністю медичного персоналу, який надає медичні послуги;
- незацікавленість у пацієнтах, які належать до групи високого ризику здоров'я; тривало- і частохворюючих або тих, хто не володіє соціальним страховим полісом;
- низький відсоток використання у діяльності стратегічного (довготривалого) планування;
- незацікавленість у зміцненні здоров'я населення й підвищенні

рівня його санітарно-просвітніх знань;

- почастищення випадків надання клінічно необґрунтованої медичної допомоги [16].

Індивідуальну відповідальність за власне здоров'я покладено в основу ринкової (ліберальної) моделі охорони здоров'я. Основною складовою даної системи виступає ринок медичних послуг, де є закладено обсяг, структура та вартість лікувально-профілактичної допомоги. При цьому роль держави є обмеженою, а фінансування із суспільних фондів - відносно незначне. Отже до позитивних моментів даної системи можемо віднести високоякісний лікувально-діагностичний процес, а до негативних – обслуговування є дуже дороговартісне, тому соціально вразливі верстви населення мають обмежений доступ до медичної допомоги.

Модель (система) Семашка базується на виключному фінансуванні системи охорони здоров'я на з державного бюджету. Дана модель пропонує виступити гарантом при наданні медичних послуг суто державі, а також вона має регламентувати, регулювати та забезпечувати функціонування системи охорони здоров'я. Країни з централізованим управлінням, патерналістською ідеологією та нормативно-розподільчою економікою є прикладом даної системи. Модель Семашка забезпечує економічну ефективність та на високому рівні медичну результативність, але є соціально справедливою для населення. Прикладом функціонування системи охорони здоров'я України є модель Семашка. Фінансування даної галузі здійснюється за рахунок державних, місцевих бюджетів та контролюється державою. В нашій державі система охорони здоров'я складається з закладів охорони здоров'я усіх форм власності, а саме державних, комунальних, приватних та колективних.

Класифікації закладів охорони здоров'я нашої держави полягає у наступному:

I. За видами:

1. лікувально-профілактичні;
2. санітарно-профілактичні;
3. санаторно-курортні;
4. науково-медичні;
5. аптечні;
6. фізкультурно-оздоровчі.

II. За рівнями:

1. базовий;
2. регіональний (Автономна Республіка Крим, міста Київ і Севастополь, області);
3. державний.

Найвагомішим в системі охорони здоров'я є базовий рівень, оскільки він містить в своїй структурі сільські адміністративні райони, сільські та міські населені пункти. Вагома частина населення користується послугами охорони здоров'я саме на цьому рівні. Первинна й спеціалізована медична допомога населенню надається переважно у цих лікувальних установах. Діяльності національної системи охорони здоров'я прямопропорційна ефективності послуг охорони здоров'я на базовому рівні.

Регіональний рівень виходить за межі компетенції базового рівня, так як на цьому рівні здійснюються прогнозування, планування та організація заходів охорони громадського здоров'я. Консультативну діяльність та надання

висококваліфікованої медичної допомоги забезпечують обласні лікувальні заклади охорони здоров'я.

Стратегія розвитку медичної галузі та формування політики у сфері охорони здоров'я здійснюється на державному рівні.

Зібрані та проаналізовані факти діяльності системи охорони здоров'я України дозволяють зробити висновки про те, що не забезпечується

ефективний та результативний процес збереження, зміцнення і відновлення здоров'я населення. На сьогоднішньому етапі функціонування даної моделі Семашка є суперечливим на фоні нових політичних та соціально-економічних реальностей, що є наслідком незадовільного стану громадського здоров'я нації. Суперечливі протиріччя стали причиною проблем які характерні для стану трансформації (реформи) в яких перебуває суспільство та держава. Вирішення протиріччя можливе лише за умови глобальної реформи охорони здоров'я України. Мета реформи: здійснення довготривалих дій, які націлені на перетворення системи охорони здоров'я в дійсно відкриту динамічну систему, що спроможна змінюватися залежно від змін у соціально-економічному навколишньому середовищі. Зміст реформи має бути наповнений впровадженням принципів соціальної справедливості, солідарності та участі громадян у формуванні та оцінюванні результатів державної політики у сфері охорони здоров'я.

Базуючись на міжнародний досвід для фінансування галузі охорони здоров'я можна поділити на три основні моделі фінансування:

- фінансування галузі охорони здоров'я із громадських фондів споживання;
- фінансування галузі з приватних фондів;
- мішане фінансування галузі охорони здоров'я.

Система фінансування медичної галузі вказує за яким напрямком буде організований менеджмент галузі.

Провівши наукову розвідку нами встановлено, що в країнах світу моделі фінансування медичної галузі створювалася роками і залежала від низки чинників:

- історичні особливості розвитку країни ;
- досвід розвитку системи охорони здоров'я.



Аналізуючи моделі фінансування багатьох країн можна сказати, що фінансування не може бути в стандартному вигляді, а є мобільним, тобто піддається зовнішнім впливам і змінюється.

У країнах з розвиненим медичним обслуговуванням незалежно від системи організації системи охорони здоров'я здійснюється жорсткий контроль за видатками на медичну галузь, що формується за такими принципами:

- заморожування фінансування галузі на досягнутому рівні, тобто нульове збільшення витрат;
- стабілізація витрат на охорону здоров'я у відсотковому відношенні до національного доходу або до валового внутрішнього продукту;
- загальні темпи підвищення рівня витрат на рівні темпів інфляції у країні;
- від'ємні темпи приросту обсягу витрат;
- збільшення загальних витрат на охорону здоров'я в обумовлених межах;
- розмір витрат на охорону здоров'я пов'язується з обсягом надходження податків або внесків до страхових фондів [23].

В усіх країнах світу постійно модифікуються та удосконалюються принципи видатків на галузь охорони здоров'я.

Основні моделі організації охорони здоров'я:

*1. Ринкова модель організації охорони здоров'я.*

Ринкова модель організації охорони здоров'я передбачає приватне фінансування галузі. Реалізація такої моделі не передбачає фінансування з громадських фондів. Роль держави обмежується:

- законодавчими актами, що регулюють відносини суб'єктів ринку медичних послуг;

- окремими програмами, що фінансуються з державного бюджету.

За цієї моделі галузь фінансується з таких джерел:

- приватних страхових фондів охорони здоров'я;
- внесків з приватних джерел;
- прямих виплат виробнику медичних послуг;
- комбінації зазначених трьох джерел фінансування.

Медичне страхування здійснюється на приватних засадах, хоча й забезпечується через роботодавців шляхом добровільного медичного страхування.

Як правило, країни разом з ринковою моделлю використовують й інші або при запровадженні ринкової моделі організації охорони здоров'я застосовують комбіноване приватне та суспільне фінансування.

## *2. Соціальна модель охорони здоров'я*

Особливість соціальної моделі полягає у системі фінансування, що базується на збиранні коштів до громадського фонду медичного забезпечення. Для цього використовують такі канали:

- податки до громадських фондів;
- внески до громадських фондів медичного страхування;
- мішану систему фінансування.

Громадський фонд охорони здоров'я формується залежно від розмірів доходів. Проте оподаткування може й не залежати від розміру доходів.

Система фінансування з громадських фондів може бути мішаною, що реалізується за рахунок як податків, так і страхових внесків.

За рахунок податків здійснюється фінансування сфери охорони здоров'я в Ірландії, Великобританії, Швеції, Фінляндії, Канаді та Іспанії.

На суспільному страхуванні базується система фінансування сфери охорони здоров'я в Бельгії, Франції, Німеччині, Японії, Люксембурзі та Нідерландах.

Кошти до громадського фонду можуть збиратися на основі:

- загальнодержавної (федеральної) системи оподаткування;
- регіональної (провінційної) системи оподаткування;
- системи податків місцевого значення;
- комбінації трьох зазначених систем оподаткування [24].

## **2.2 Дослідження нормативно-правової бази, щодо провадження медичного менеджменту в закладах охорони здоров'я України.**

У більшості країн світу основою національної політики в галузі охорони здоров'я є відповідна правова база, розроблена за міжнародними нормами і стандартами, викладеними у правових актах Організації Об'єднаних Націй (ООН), Ради Європи (РЄ), Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), Міжнародної організації праці (МОП).

Сьогоднішня система охорони здоров'я України керується відповідно до чинного законодавства, а саме ст. 2 «Законодавство України у сфері надання медичної допомоги», передбачає чітко сформовані ієрархічні нормативно-правові акти у даній сфері:

- Конституція України;
- Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»;
- інші законодавчі акти, що регулюють відносини з питань, пов'язаних з охороною здоров'я, зокрема у сфері надання медичних послуг населенню сільської категорії;
- міжнародні нормативно-правові акти.

До основних міжнародних нормативно-правових актів, які регулюють відносини щодо надання первинної медичної допомоги фахівці [25], вважають такі:

- Міжнародна хартія прав людини (Загальна декларація прав людини);
- Міжнародний пакт про громадянські та політичні права;
- Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права;
- Факультативний протокол до Міжнародного пакту про громадянські та політичні права;
- Другий факультативний протокол до Міжнародного пакту про громадянські і політичні права, що стосується скасування смертної кари);
- Конвенція про права дитини;
- Європейська соціальна хартія;
- Європейський кодекс соціального забезпечення;
- Європейська хартія прав пацієнтів;
- Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини;

– Конвенція про права людини та біомедицину.

Досліджуючи дану проблематику нами встановлено, що первинна медико-санітарна допомога в Україні базується на нормативно-правовому забезпеченні процесу. На нашу думку цей процес можна умовно поділити на такі напрями:

- загальне (базове) законодавство у сфері охорони здоров'я;
- законодавство про організаційну структуру і процес надання первинної медико-санітарної допомоги населенню сільської категорії;
- права та обов'язки лікарів, сестер/братів медичних та пацієнтів;
- ліцензійні умови надання первинної медико-санітарної допомоги (матеріально-технічне забезпечення);
- фінансово-економічні аспекти діяльності у сфері охорони здоров'я;
- підготовка лікарського та сестринського кадрового потенціалу;
- інформаційна складова процесу (у тому числі елементи е-урядування).

В процесі децентралізації перед органами державної влади, зокрема обласними адміністраціями, ставилось завдання «продовжити створення у сільських населених пунктах, у яких проживає понад 1000 осіб, амбулаторій загальної практики – сімейної медицини та прискорити реорганізацію сільських лікарських амбулаторій, фельдшерсько-акушерських пунктів » [26]. Зверталась увага на потреби літніх малозабезпечених та бездітних осіб похилого віку, у зв'язку з чим передбачалось перепрофілювання ліжкового фонду закладів охорони здоров'я, розташованих у сільській місцевості, у ліжковий фонд медико-соціального призначення з передачею його в установленому порядку органам соціального захисту населення [27]. Відповідно до Указу Президента України від 2002 р. у сільській місцевості активізували свою роботу медико-соціальні експертні

комісії та виїзні бригади для надання лікувально-консультаційної й організаційно-методичної допомоги. На виконання згаданого указу стали проводити щокварталу оцінку діяльності закладів охорони здоров'я, розташованих у сільській місцевості, на основі рейтингових показників їх роботи, затверджених МОЗ України [28].

## **Висновки до розділу 2**

В даному розділі магістерського дослідження проаналізовано різні моделі функціонування систем охорони здоров'я. Варто зазначити, що модель Семашка функціонувала донедавна. А реформи, які відбуваються в українській охороні здоров'я передбачає сучасну систему охорони здоров'я, яка наближена до європейської. Оскільки впроваджуються найкращі сучасні практики у наданні медичної допомоги та менеджментування системи загалом.

Проаналізовано сучасний стан нормативно-правового забезпечення медичної допомоги в Україні. На підставі здійсненого аналізу визначено потребу розробки й прийняття нормативно-правової бази у таких напрямках: організаційному (первинна медико-санітарна допомога; функціонування закладу охорони здоров'я); правовому (захист прав медичних працівників і пацієнтів з акцентом на процесах, що відбуваються під час реформування системи, соціальному (особливості географічного ареолу до пунктів надання медичної допомоги) тощо.

Аналізуючи нормативно-правову базу надання медичних послуг, потрібно зазначити, що вона загалом відповідає чинній законодавчій базі, що регулює відносини між суб'єктами медичних послуг. Наприклад, Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я України на період 2015–2020 рр., згідно з якою вітчизняна медицина має будуватись на таких принципах, як орієнтованість на результат, на людину та на реалізацію кращого досвіду й технологій.

### **РОЗДІЛ 3. Модернізація медсестринського менеджменту в умовах сьогодення**

#### **3.1. Дослідження організації менеджменту медсестринської діяльності у закладах охорони здоров'я України на прикладі Львівської області.**

В процесі реформування галузі вагому частину потрібно приділити менеджменту сестринської служби, виокремивши її в окрему ланку, що забезпечуватиме надання якісних професійних послуг. Управління медсестринською сферою є невід'ємною частиною цілісної системи охорони здоров'я, оскільки сестри/брати медичні є найбільш чисельним людським ресурсом в даній галузі. При дослідженні зарубіжних наукових джерел, нами встановлено, що чисельність сестер/братів медичних за кордоном становлять до 70%, що вимагає високого рівня організації їхньої фахової діяльності.

В наукових джерелах зазначається, що перед керівником стоять вимоги вільно володіти передовими технологіями менеджменту, вміти оцінювати будь-яку ситуацію, швидко приймати рішення та реалізувати його на практиці. Досягнути даної мети можна за наявності освіти та фахових знань з менеджменту. Аналіз останніх досліджень щодо підготовки менеджерів сестринського персоналу – заступників головного лікаря з медсестринства, головних та старших сестер медичних, свідчить, що проблема менеджменту у медсестринстві ще далека від остаточного вирішення і потребує поглибленого вивчення та наукового обґрунтування [29,30,31].

З огляду на вище вказане можемо стверджувати, що наша держава має правильний вектор для забезпечення фаховими с/б медичними для практичного медсестринства. Багато років українські заклади вищої освіти проводять ступеневу підготовку фахівців з медсестринства.

В Україні нові підходи до медсестринської освіти реалізовано задовго до реформування медичної галузі і продовжуються на даний час. Перші кроки – це введення ступеневої освіти (1993 р.), яка визначила два її ступені:

дипломована медична сестра та медична сестра-бакалавр. Сьогодні розвивається нова ступенева підготовка медичних сестер освітньо-кваліфікаційних рівнів «молодший бакалавр», «медична сестра-бакалавр», «магістр медсестринства», «медична сестра з науковим ступенем доктора філософії». Це дозволить підготовленим управлінським кадрам, менеджерам сестринського персоналу, магістрам за спеціальністю «Сестринська справа» та медсестрам-бакалаврам обіймати керівні посади усіх рівнів управління, надасть їм більшої самостійності та розширить професійну компетентність сестер медичних на законодавчому рівні [32].

Очільниця державної установи "Центр розвитку медсестринства Міністерства охорони здоров'я України" Катерина Балабанова у своєму магістерському дослідженні наводить перелік закладів вищої освіти, які надають освітні послуги за різними рівнями здобуття спеціальності 223 Медсестринство за різними ступенями освіти, а саме «.. Відповідно Реєстру суб'єктів освітньої діяльності Єдиної державної електронної бази з питань освіти (Єдина державна електронна база з питань освіти, 2020) в Україні 114 закладів фахової передвищої освіти, що мають ліцензію на підготовку фахових молодших бакалаврів в галузі знань «Охорона здоров'я» та 25 закладів вищої освіти, котрі ведуть підготовку бакалаврів та магістрів за спеціальністю «Медсестринство» [33].

Також в двох закладах чотири аспіранта навчаються на програмі PhD з медсестринства. Останні роки існує тенденція до зменшення кількості вступників на медсестринські спеціальності. Керівниками освітніх закладів є переважно лікарі, іноді фахівці не медичних галузей знань. Незважаючи на те, що підготовка з вищої медсестринської освіти ведеться в Україні з 1994 року, серед викладів досі дуже не часто можна зустріти представника медсестринської професії. Підготовкою медсестер займаються лікарі. Магістрам з медсестринства забороняють викладати інші спеціальності, окрім медсестринства, вважаючи їх «неповним магістром». Освітні



заклади зацікавлені в збільшенні контингенту вступників. Прямого взаємозв'язку своєї діяльності з потребами пацієнтів освітяни не розуміють.

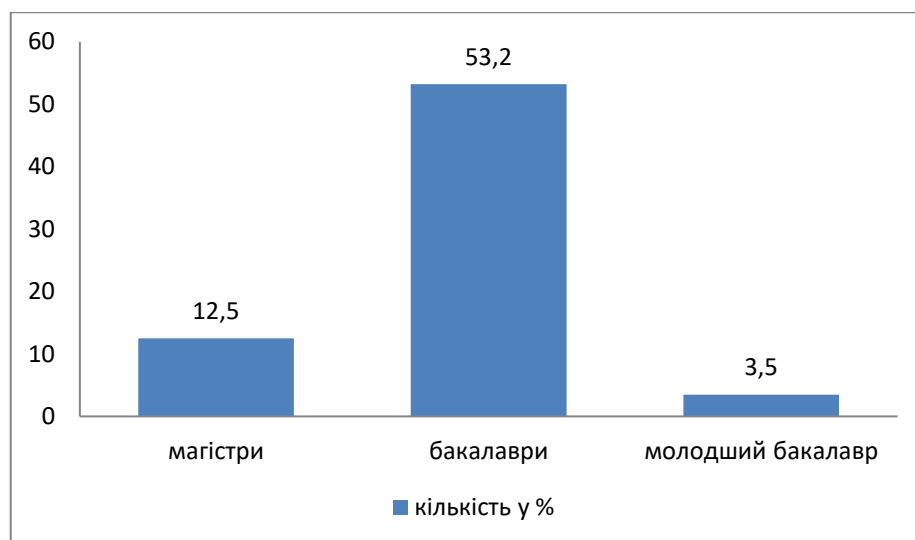
Актуальним залишається питання реформування галузі охорони здоров'я, реформування медсестринства, введення нових посад, розширення їх автономності. Це буде мотивувати молодь та молодших медичних спеціалістів набути базову вищу та завершену вищу медичну освіту, бути менеджерами сестринської справи, рівноправними помічниками лікаря, а не технічними виконавцями лікарських призначень, медична сестра має бути завжди поруч з пацієнтом [34].

Зміни, які відбуваються позитивно вплинуть на медсестринську службу загалом та зменшать відтік кадрів в інші держави.

Одним із завдань нашого магістерського дослідження було проаналізувати менеджмент медсестринської сфери. До проведення реорганізації закладів охорони здоров'я у Львівській області налічувалося 112 міських закладів охорони здоров'я. В кожному закладі охорони здоров'я були старші та головні сестри медичні. Після реорганізації закладів охорони здоров'я чисельність старших та головних сестер медичних змінилася.

В нашому анкетуванні прийняли участь 32 керівників сестринського персоналу. Перше питання стосувалося рівня освіти керівників сестринського персоналу.

Рис.

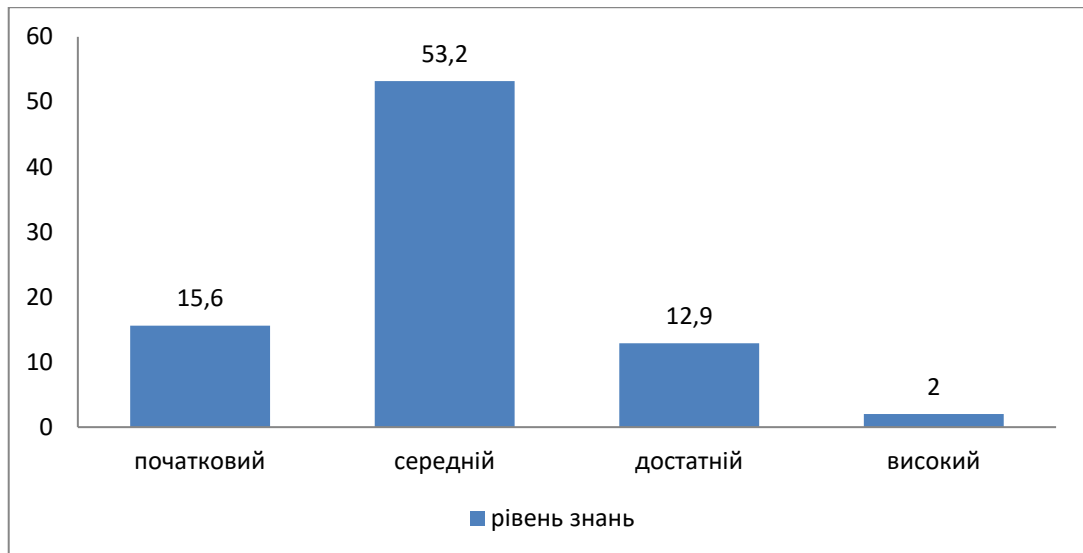


З даної стовпчикової діаграми можна зробити висновок, про те, що керівні медсестринські посади обіймають 4 (12,5%) з магістерським рівнем освіти, з бакалаврським- 17(53,2%), а молодші фахові бакалаври- 11(34,3%) респондентів. Це свідчить про те, що не усі кадри, що обіймають керівні медсестринські посади мають належний рівень освіти.

Наступне питання стосувалося знань з менеджменту управління. Такі знання керівників сестринського персоналу отримали при навчанні на бакалавраті – 17 (53,2%), при навчанні у магістратурі – 4 (12,5%); на курсах удосконалення- 6 (18,7 %), самонавчання -5 (15,6%)

Щодо оцінки своїх знань з менеджменту керівники сестринського персоналу оцінили наступним чином:

Рис.2



З даної стовпчикової діаграми можна зробити висновок, що рівень знань, вмінь та навичок з менеджменту є середній, який потребує отримання додаткових компетентностей, які можна здобути шляхом БПР та підвищення рівня освіти.

Для повноти розуміння загальної картини щодо медсестринського менеджменту у ЗОЗ нами також досліджувались сестри/брати медичні, які є в підпорядкуванні керівників сестринського персоналу. В опитування приймало участь 327 осіб. При аналізі опитувальника нами встановлено ключові позитивні та негативні сторони в медсестринському менеджменті. До позитивних сторін респонденти вказали наступні показники:

- Задовільні умови праці – 156 рес.
- Задоволені пакетом соціальних послуг – 280 рес.
- Здоровий мікроклімат в колективі – 299 рес.
- Підтримка колег- 275 рес.
- Ефективна комунікація з топ-менеджерами з медсестринства-177 рес.

До причин негативної динаміки та ускладнень у роботі респонденти відносять наступні чинники:

- низька, середньомісячна заробітна плата, при якій не враховується освітній рівень, займана посада та виконання функціональних обов'язків - 309 рес.
- дублювання у веденні медсестринської документації – 289 рес.;
- виконання роботи, яка не прописана у посадовій інструкції – 247 рес.;
- психоемоційне вигорання та часті стресові ситуації- 256 рес.;
- розподіл пацієнтів на одну сестру/ брата медичних є надто високий-245 рес.;

Якщо оцінювати розподіл робочого часу у керівників сестринських служб, то 67% робочого часу займає контроль за роботою підлеглих, решту 33% займає робота з документами та внесення в електронну базу.

56% опитуваних бажають делегувати свої повноваження, особливо це стосується критичних ситуацій, тому що вважають своїх колег компетентними та фаховими. 44% респондентів покладаються лише тільки на себе.

Підсумовуючи дані анонімного анкетування можна констатувати, що невдоволеність співробітників викликають об'єктивні та суб'єктивні чинники, а їх вирішення залежить від оперативного реагування та професійного рівня керівників сестринського персоналу. Тому знання та практичні навички з медсестринського менеджменту вкрай необхідні керівникам сестринських служб.

### **3.2. Особливості функціонування цивільних ЗОЗ в умовах воєнного стану.**

Широкомасштабне вторгнення військ російської федерації на території незалежної України змінило налагоджені соціально-політичні, економічні, культурні та інші сфери життя українців. Під час введення воєнного стану з 24 лютого 2022 року всі сфери життя українців зазнали значних

трансформації і в тому числі і цивільна медицина. Воєнний стан — нова реальність, що диктує нові підходи в роботі медичної системи до надання допомоги як Збройним Силам України, так і цивільному населенню. За інформацією МОЗ, усі заклади охорони здоров'я мають надавати медичну допомогу всім, хто її потребує.

На вимогу часу МОЗ України видає низку наказів, які регламентують роботу ЗОЗ в період воєнного стану, а саме: наказ від 24.02.2022 № 374 «Тимчасові заходи у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги постраждалим внаслідок військової агресії Російської Федерації проти України». А наказом від 20.03.2022 внесли до них зміни.

Наказами передбачається тимчасові заходи, які необхідно виконувати ЗОЗ:

1. Забезпечити тимчасове припинення планових госпіталізацій пацієнтів, якщо:

- завантаження становить понад 70% ліжкового фонду терапевтичного профілю;
- завантаження становить 50% ліжкового фонду хірургічного профілю;
- відповідне рішення ухвалють структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних, Київської міської воєнних адміністрацій, з урахуванням тактичної ситуації;

*Примітка.* Попередня редакція Тимчасових заходів передбачала повне припинення планових госпіталізацій.

2. Забезпечити проведення медико-соціальної експертизи дорослому і дитячому населенню за спрощеною процедурою та заочно.

3. Підготувати додаткові хірургічні команди для допомоги постраждалим внаслідок військової агресії Російської Федерації проти України.

4. Вжити заходів щодо збільшення надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини.
5. Забезпечити прийом пацієнтів, що мають ознаки гострого респіраторного захворювання в окремих приміщеннях із дотриманням вимог інфекційного контролю.
6. Забезпечити надання екстреної медичної допомоги в повному обсязі [35].

Первинна медична допомога в умовах воєнного стану

Водночас не підлягають припиненню термінові та невідкладні планові госпіталізації та планові операції, що пов'язані:

- з наданням медичної допомоги:
  - через ускладнений перебіг вагітності та пологи;
  - вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим;
  - хворим на онкологічні захворювання.
- наданням паліативної медичної допомоги в стаціонарних умовах.
- іншими невідкладними та терміновими заходами з госпіталізації та плановими операціями, коли їх перенесення (відтермінування) несе серйозний ризик для життя і здоров'я. [35]

Аналізуючи нормативно-правову базу в період воєнного стану на нашу думку є ще один важливий документ, а саме— Стандарт екстреної медичної допомоги «Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі» від 24.02.2022 № 368. В даному документі зазначається що у закладах охорони здоров'я має бути сформовано запас медикаментів, інфузійних розчинів, виробів медичного призначення, а також розхідний матеріал в достатній кількості. Розроблено чіткий механізм поповнення запасів медичного призначення та їх поновлення. В документі зазначається, що всі заклади охорони здоров'я мають бути забезпечені

автономними джерелами електропостачання, що вкрай необхідне під час війни.

У регіонах мають бути задіяні усі центри екстреної медичної допомоги, які повинні забезпечувати медичну допомогу безперервно, безвідмовно та цілодобово.

Воєнна ситуація в Україні нашкодило організувати та провести інформаційну сесію на тему «Функціонування закладів охорони здоров'я в громадах в умовах воєнного стану», де розглядалися нагальні питання, такі як: надання якісної, доступної та вчасної медичної допомоги жителям громади та переселенцям, функціонування закладів охорони здоров'я під час воєнного стану. Одним із організаторів заходу є команда Програми «U-LEAD з Європою». Радник з питань охорони здоров'я U-LEAD Володимир Гарасюк під час виступу на сесії зазначив, що «...Організація роботи медичної сфери в громаді в умовах воєнного стану – це безпрецедентний виклик для органів місцевого самоврядування. Програма "U-LEAD з Європою" лишається надійним партнером громад, який надає актуальну інформацію щодо проблем, котрі хвилюють місцеве самоврядування. Наші експерти продовжують підтримувати громади, які опинилися в надскладних умовах, в яких ніколи не працювали, і в зв'язку з цим виникає багато запитань та викликів». Євген Мешко експерт з підтримки медичної реформи в Україні, доповідаючи на інформаційній сесії розповів про особливості управління персоналом та використання потенціалу внутрішньо переміщені особи (ВПО) для розвитку медичних закладів, укладання угод з НСЗУ та забезпечення медичної сфери, а також про організацію надання медико-соціальної допомоги переселенцям. Експерт також наголосив та пояснив особливості договірних відносин з НСЗУ на рівні первинної медицини та спеціалізованої медичної допомоги, а саме «...на первинному рівні медичні послуги надаються без укладання декларацій про вибір лікаря. Пацієнти можуть звернутися до сімейного лікаря без декларації і отримати послугу, а також

отримати рецепт, направлення, тощо. Рівень фінансування за декларації зафіксований на рівні березня 2022 року на період дії військового стану. На рівні спеціалізованої медичної допомоги доступ пацієнтів до послуг без бар'єрів, місячна оплата за надані послуги визначена як 1/12 договору з НСЗУ, а за пріоритетні послуги є доплата, крім того відтермінована необхідність внесення даних до ЕСОЗ у випадку, коли немає можливості». Експерт відповідаючи на запитання аудиторії пояснив важливість організації медико-соціальної допомоги вимушеним переселенцям, «... у місцях зустрічі людей, евакуйованих з територій, які знаходяться в окупації або тривають бойові дії, необхідно організувати чергування медичних і соціальних працівників. Завдання органів місцевого самоврядування налагодити цю роботу. Внутрішні переселенці не повинні потрапити в умови, коли є бар'єри для отримання медичних послуг. Вони можуть потребувати невідкладної допомоги та консультацій, ліків або препаратів, які в них відсутні» [36].

З початку війни прифронтові цивільні та військові заклади охорони здоров'я є перенавантажені пораненими бійцями, тому виникла потреба у евакуації поранених у тиллові госпіталі та лікарні. Це призвело до того, що цивільні ЗОЗ мали швидко реорганізувати не тільки свій менеджмент а й навички медичного персоналу. Окрім військовослужбовців на лікування почали прибувати і евакуйовані цивільні люди. Поранені пацієнти, які зараз почали поступати у госпіталь мають різні ступені ушкоджень та поранень та потребують іншого підходу до лікування та комунікативних компетенцій медичного персоналу. При вивченні даної проблематики нами проаналізовано деякі статистичні дані, які висвітлені в іноземних джерелах.

За даними досліджень американських учених із 4596 летальних випадків за 55 2001–2011 роки у війнах в Іраку та Афганістані 87,3% поранених загинули до досягнення лікувальних закладів. З них 35,2% були миттєвими, 52,1% – гострими (від декількох хвилин до декількох годин) до досягнення лікувальних закладів (з наданням хірургічної допомоги).



Важливим є те, що серед тих, хто помер до моменту госпіталізації, 24,3% могли б вижити. З даних досліджень також випливає, що причинами летальних наслідків, які потенційно могли б бути врятовані, була гостра крововтрата, обструкція дихальних шляхів та напружений пневмоторакс. Розподіл за значущістю цих чинників був такий: крововтрати становили 90,9%, обструкція дихальних шляхів – 8% і напружений пневмоторакс – 1,1% [37,38,39].

На нашу думку медичному персоналу закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу у тилу, потрібно вміти швидко переформатуватися з огляду на ситуацію, яка виникла на теренах нашої держави. Медичний персонал повинен володіти сучасними навиками надання медичної допомоги при пораненнях, політравмах, мінно-вибухових травмах, опіках, а також володіти специфічними комунікативними компетенціями по відношенню до пацієнтів, які були в місцях активних воєнних дій. Одним із важливих складових у наданні медичної допомоги в екстремальних умовах є менеджмент, як ЗОЗ так і якісна та злагоджена робота керівників сестринських служб з підлеглими. Також медичні працівники повинні вміти комунікувати з родичами та близьким оточенням поранених бійців та евакуйованих пацієнтів.

Ми вважаємо, що у такий нелегкий час, медичні працівники повинні більше проявляти людяності та емпатії до пацієнтів котрі є пораненими бійцями та до евакуйованих цивільних пацієнтів, які перебувають на лікуванні у різних відділеннях госпіталю.

### **3.3. Маркетингові підходи до менеджменту закладів охорони здоров'я**

Реформування та трансформація сучасної системи охорони здоров'я потребують новітніх та інноваційних засобів та методів управління нею.

Задля досягнення стратегічних цілей в системі охорони здоров'я потрібно імплементувати в діяльність ЗОЗ інноваційні сучасні інструменти публічного управління та адміністрування.

Як відомо технології маркетингу є універсальні та мають широкий спектр застосування і виступає як економічний важіль управління галузями. Такі управлінські важелі притаманні, як цілій державі, об'єднаним територіальним громадам так і окремим суб'єктам економічної та інших видів діяльності. Охорона здоров'я як окрема галузь діяльності має свою управлінську специфіку, і тим самим регулює технології маркетингу а також її складові маркетингового управління.

Особливий маркетинг послуг в системі охорони здоров'я дає змогу від диференціювати специфічні умови співпраці між об'єктами та суб'єктами маркетингової діяльності, між наданням медичних послуг( медичний персонал) та отримувачем послуг (пацієнт). Тим самим обумовлює встановлення цінової політики, якістю надання медичних послуг та кількістю надання даних послуг.

В будь-якій державі розвиток суспільства його стан здоров'я та захворюваності визначає соціальний розвиток суспільства, що формує рівень та якість життя громадян, забезпечує умови задоволення суспільних потреб та, у підсумку – досягнення сталого розвитку.

Для того щоб ефективно функціонувала система охорони здоров'я розробляється стратегія розвитку системи охорони здоров'я. Керівницею директорату медичних послуг МОЗ Олександра Машкевич зазначає, що «...Стратегія розвитку системи охорони здоров'я — це не нова історія. Попередня Стратегія діяла у 2015–2020 роках. Її готували ще за часів Міністра охорони здоров'я Олександра Квіташвілі та трансформували за Уляни Супрун. Головне досягнення тієї Стратегії — зміна підходів до фінансування системи охорони здоров'я.

Але з початку 2020 року Україна майже два роки живе без стратегічного документу. На темп підготовки нової Стратегії значно вплинула ситуація з коронавірусом COVID-19, адже МОЗ було важко одночасно реагувати на пандемію та розробляти цей документ. Проте це і стало пусковим механізмом для розроблення документу. Виклики, які постали перед системою охорони здоров'я, і показали ті слабкі місця в системі, які потребують змін.

Ініціатором розроблення Стратегії-2030 є чинний Міністр охорони здоров'я Віктор Ляшко, а зараз цей процес курує його заступник Олексій Яременко. Метою Стратегії є сприяння здоров'ю та добробуту громадян через забезпечення справедливого доступу до якісних медичних послуг, побудови стійких систем охорони здоров'я та забезпечення участі суспільства у їх діяльності. Основне завдання Стратегії-2030 — зробити систему охорони здоров'я в Україні людино-орієнтованою» [40].

Громадське здоров'я у сучасних умовах ідентифікується як пріоритетна потреба суспільного життя, задоволення якої можливе на засадах спеціальних управлінських технологій, передусім, механізмів соціального маркетингу, адже, на думку сучасних науковців, здоров'я є особливою суспільною послугою, що надається на засадах ринкових відносин в умовах високих соціальних вимог, запитів та необхідності дотримання державних стандартів та гарантій [41, 42].

Як наголошують В.А. Огнев, С.Г. Усенко та інші науковці, використання маркетингу в системі охорони здоров'я є об'єктивною суспільною вимогою. Маркетинг в охороні здоров'я можна розглядати як напрям використання ринкових відносин для задоволення як потреб населення у медичних послугах, так і потреб закладів охорони здоров'я. «Його завданнями є забезпечення можливості вибору найбільш ефективних медичних технологій, адже саме маркетинг медичних послуг застосовує такі медичні технології, як зовнішній маркетинг, спрямований на залучення

нових відвідувачів, і внутрішній маркетинг – підтримка активних постійних клієнтів і заохочення їх до співпраці.

Цілями маркетингу є аналіз кон'юнктури ринку медичних послуг, формування і стимулювання попиту, забезпечення обґрунтованості прийнятих рішень і планів роботи медичної організації, а також розширення обсягу реалізації медичних товарів і послуг, частки ринку і прибутку. На всіх етапах маркетингових досліджень споживач і його потреби в медичних послугах займають центральне місце» [43].

Медична допомога населенню покликана забезпечити реалізацію найважливішого соціального пріоритету – збереження та поліпшення здоров'я громадян. При цьому відповідальність за якість медичного забезпечення має нести не лише держава, а й суб'єкти, що працюють на ринку медичних послуг. Перехід до ринкових відносин передбачає застосування переважно економічних методів управління. Це має оптимізувати процеси, пов'язані з виробленням нової стратегії функціонування закладів охорони здоров'я на ринку медичних послуг в умовах економічного реформування та впровадження ринкових механізмів [44].

Відповідно, як вважає Ткаченко Л.В., маркетинг послуг – це система безперервного узгодження пропонованих послуг (в даному випадку – медичних) з послугами, які користуються попитом на ринку і які установа здатна запропонувати з ефектом для себе та більш прибутково, ніж це роблять конкуренти [45]. Головне завдання маркетингу послуг – допомогти споживачу оцінити організацію та її послуги, беззаперечно екстраполюється і на медичну сферу.

Як справедливо наголошує О.В. Баєва, застосування маркетингових

підходів в системі управління галузі охорони здоров'я в цілому, та конкретної медичної організації, зокрема, визначаються специфічними рисами медичних послуг, до яких відносять:

1. Матеріальна невідчутність медичних послуг, що зумовлює неможливість передбачити споживачем результат її споживання, тобто відчутти діагностичний, профілактичний або лікувальний ефект до отримання послуги. В даному контексті перед споживачем медичної послуги постає певна проблема, адже при виборі медичної послуги немає чітких прогностичних критеріїв для порівняння її альтернативних варіантів.

2. Мінливість надання медичної послуги, адже результат медичної послуги безпосередньо зумовлений індивідуальними особливостями як пацієнта (стану його здоров'я, режиму життя та побуту, піддатливості впливу зовнішніх факторів та ін.), так і медичного працівника (його досвіду, знань, умінь, умов надання послуги тощо). В цілому результат надання та отримання медичної послуги може змінюватись залежно від того, хто її надає і кому.

3. Неоднорідність якості медичної послуги, адже комплексне уявлення споживачів про якість медичних послуг формується з таких складових: кваліфікація медичних працівників, відчуття емпатії до пацієнта і його родичів; медичні технології, що використовує лікар та заклад; доброзичливість і чітка робота середнього медичного та обслуговуючого персоналу; якість супутніх сервісних послуг. Саме ця ознака медичної послуги вимагає вироблення та послідовного дотримання високих стандартів медичного обслуговування [46].

4. Невіддільність медичних послуг від виробника, адже медичну послугу надає медичний працівник (лікар, медична сестра, лаборант та ін.), який є безпосередньою частиною послуги. Саме системна взаємодія надавача послуги і її споживача визначає особливості маркетингу медичних послуг.

Відповідно, в управлінні маркетингом медичних послуг зростає значення формування іміджу медичної установи в цілому і кожного конкретного медичного працівника, зокрема.

5. Підвладність медичних послуг коливанням кон'юнктури ринку, що зумовлює необхідність врегулювання та активізації організаційно управлінської діяльності медичних закладів в разі зростання попиту на медичні послуги. Як свідчить практика, підвищення попиту виникає: по-перше, при вході на ринок нових видів медичних послуг (наприклад, при придбанні новітньої медичної техніки і впровадженні інноваційних методів діагностики або лікування); по-друге, в разі ускладнення епідемічної ситуації і необхідності швидкого і якісного збільшення кількості послуг у конкретний часовий проміжок на певній території (що вимагає застосування інструментарію ризик-менеджменту та фінансового менеджменту адміністративним апаратом медичних закладів).

6. Неможливість збереження медичних послуг, що об'єктивізує необхідність проведення реформи організації медичної галузі, передусім, функціонування за договірною технологією взаємовідносин у системі «пацієнт – лікар – медичний заклад – держава», шляхом укладання договорів, контрактів, підписання угод, впровадження страхової медицини тощо.

Вище вказане утверджує у необхідності дослідження особливостей ринку медичних послуг як системного явища, як процесу і як синергії його основних складових, до яких належать ринки: медичних послуг; лікарських препаратів; предметів та послуг у галузі санітарії та гігієни; нетрадиційних методів лікування та оздоровлення; медичної техніки; медичних технологій; праці медичного персоналу; медичного страхування; наукових досліджень та інновацій в медичній сфері; освітніх послуг у галузі охорони здоров'я. Це актуалізує посилення уваги дослідників до маркетингу в охороні здоров'я в цілому, та його окремих напрямів [47].

Так, Н. Лісневська вважає маркетинг в охороні здоров'я –необхідністю у ринкових умовах, адже застосування маркетингових технологій в охороні здоров'я сприяє оптимізації діяльності медичних закладів, допомагає найбільш раціонально планувати її, дає можливість прогнозувати та аналізувати потреби ринку медичних послуг, визначати, скільки споживач готовий за них заплатити і чи готовий він платити взагалі. Основними напрямками маркетингової діяльності, на її думку, є вивчення маркетингового середовища та споживчих ринків, сегментація ринку, встановлення цін на товари, просування товарів (послуг) до споживача. Вказане допоможе закладам охорони здоров'я спроектувати та організувати свою діяльність в умовах реформування медичної галузі [48].

В сучасній системі охорони здоров'я розроблена модель маркетингової діяльності в системі охорони здоров'я. Дана модель передбачає такі елементи як:

- товарознавство медичного призначення (розробку нових видів послуг і розширення асортименту);
- цінову за надані товари та послуги (розробку цінової стратегії та визначення цін на медичні товари і послуги);
- організація розподілу та реалізація медичних товарів і послуг;
- маркетингові контент (реклама, промоція ефективних форм надання медичних товарів / послуг).

Сучасна медсестринська практика у світлі реформи галузі в Україні спонукає медичний персонал до підвищення умов здорової конкурентноздатності шляхом БПР сестер/братів медичних; пацієнтоорієнтоване надання медичних послуг; впровадження інноваційних методик діагностики та лікування тому, потребують використання наукових основ організації та управління медсестринським персоналом та ЗОЗ в цілому.

Базуючись на вище викладеному матеріалі, можна констатувати, що потрібно провести диверсифікацію у медсестринстві, оскільки вона дає змогу до швидкого реагування на надання потрібних медсестринських послуг в залежності від чинників, які формують потребу пацієнтів (клієнтів).

Базуючись на власних дослідженнях маркетингових підходів в медицині, зокрема в медсестринстві, ми можемо надати рекомендації для практичного застосування в ЗОЗ:

Табл.1

ЗОЗ очима пацієнта	Рекомендації
Пацієнт/клієнт надає перевагу якісному обслуговуванню та тому ЗОЗ, який має широкий, сучасний спектр надання медичних послуг.	ЗОЗ вивчати ринок надання медичних послуг, статистику захворювання та за потреби швидко впроваджувати ті методи діагностики та лікування, які вимагає сьогодення.
Кожен пацієнт/клієнт прагне знати якомога більше про заклад охорони здоров'я та медичних працівників, що надають медичну допомогу.	Адміністративному персоналу медичного закладу слід дотримуватися політики відкритості, активного залучення різноманітних маркетингових комунікацій.
Пацієнт/клієнт надає перевагу атмосфері доброзичливості, гарантованій якості та адресності медичної послуги.	Створення у медичному закладі можливості надання альтернативних та взаємозамінних медичних послуг, для максимального охоплення різноманітних сегментів ринку.



На наш погляд, технології маркетингу є універсальними для усіх сфер людської діяльності. Маркетингові технології у системі охорони здоров'я, що активно використовується в сучасних умовах розвитку суспільства та проведення реформ в галузі є економічними важелями управління галуззю.

Маркетингові елементи моделей, які проваджуються в систему менеджменту ЗОЗ, обумовлюються особливостями ринкових відносин галузі.

### **Висновки до розділу 3**

Досліджуючи проблематику магістерського дослідження нами встановлено, що наукові джерела надають результати досліджень в сфері маркетингу в галузі охорони здоров'я, як системи загалом. Медсестринство є недостатньо науково дослідженою, а особливо менеджмент та маркетинг медсестринських послуг. На наш погляд потрібно ґрунтовно проводити наукові дослідження у цій царині, оскільки реформа скерована на те, що би медсестринство було одним із самостійних підрозділів цілісної системи охорони здоров'я.

На наш погляд, технології маркетингу є універсальними для усіх сфер людської діяльності. Маркетингові технології у системі охорони здоров'я, що активно використовується в сучасних умовах розвитку суспільства та проведення реформ в галузі є економічними важелями управління галуззю. Підсумовуючи дані анонімного анкетування можна констатувати, що невдоволеність співробітників викликають об'єктивні та суб'єктивні чинники, а їх вирішення залежить від оперативного реагування та професійного рівня керівників сестринського персоналу. Тому знання та практичні навички з медсестринського менеджменту вкрай необхідні керівникам сестринських служб.

Маркетингові елементи моделей, які проваджуються в систему менеджменту ЗОЗ, обумовлюються особливостями ринкових відносин галузі.

Широкомаштабне вторгнення російської федерації на терени незалежної України, внесло корективи під час проведення нашого магістерського дослідження. Тому нами проведено аналіз медсестринської діяльності в закладах охорони здоров'я під час воєнного стану. Отже, на нашу думку медичному персоналу закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу у тилу, потрібно вміти швидко переформатуватися з огляду на ситуацію, яка виникла на теренах нашої держави. Медичний персонал повинен володіти сучасними навиками надання медичної допомоги при пораненнях, політравмах, мінно-вибухових травмах, опіках, а також володіти специфічними комунікативними компетенціями по відношенню до пацієнтів, які були в місцях активних бойових дій. Одним із важливих складових у наданні медичної допомоги в екстремальних умовах є менеджмент, як ЗОЗ так і якісна та злагоджена робота керівників сестринських служб з підлеглими. Також медичні працівники повинні вміти комунікувати з родичами та близьким оточенням поранених бійців та евакуйованих пацієнтів.

Ми вважаємо, що у такий нелегкий час, медичні працівники повинні більше проявляти людяності та емпатії до пацієнтів котрі є пораненими бійцями та до евакуйованих цивільних пацієнтів, які перебувають на лікуванні у різних відділеннях госпіталю.

## Висновки

У магістерській роботі нами досліджено та проаналізовано історичні епохи встановлення медицини, як підґрунтя для формування сучасної системи охорони здоров'я. А також вивчили сучасні моделі організації, фінансово-економічні та нормативно-правові бази в галузі охорони здоров'я. Нами також проаналізовано сучасний стан менеджменту та маркетингу в медсестринстві. Отже, є всі підстави зробити узагальнюючі висновки:

1. Аналіз історичних епох встановлення сучасної медицини дає змогу констатувати, що:

- a) медицина зародилася від моменту появи людей на землі;
- b) формування санітарно-епідемічних заходів у Європі закладалося впродовж десяти століть;
- c) за ці десять століть майже всі європейські країни впровадили системи контролю за освітою та діяльністю лікарів;
- d) починаючи з XIX ст. приймається ряд санітарних законодавств у зв'язку із розвитком промисловості;
- e) відбувається створення служб охорони здоров'я, попри те сама система є вкрай недосконалою;
- f) в XIX ст. зародилася медицина на платній основі, допомога поза лікарнями подавалися переважно приватними лікарями-практиками; Безкоштовну медичну допомогу подавали окремі благодійні організації або лікарі органів місцевого самоврядування тільки тим, хто мав посвідчення про бідність.
- g) Страхові (лікарняні) каси частково відшкодовували видатки за подання стаціонарної медичної допомоги;
- h) в період УНР та ЗУНР констатуємо, що іде упорядкування та удосконалення системи охорони здоров'я, шляхом створення міністерства, департаментів, які корували визначеною ділянкою роботи в галузі.

2. Вивчено та проаналізовано різні моделі функціонування систем охорони

здоров'я, що дає підстави зробити наступні висновки: модель Семашка функціонувала донедавна. А реформи, які відбуваються в українській охороні здоров'я передбачає сучасну систему охорони здоров'я, яка наближена до європейської. Оскільки впроваджуються найкращі сучасні практики у наданні медичної допомоги та менеджментування системи загалом.

3. Досліджено особливості нормативно-правового забезпечення медичної допомоги в Україні. Аналізуючи нормативно-правову базу надання медичних послуг, потрібно зазначити, що вона загалом відповідає чинній законодавчій базі, що регулює відносини між суб'єктами медичних послуг. Наприклад, Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я України на період 2015–2020 рр., згідно з якою вітчизняна медицина має будуватись на таких принципах, як орієнтованість на результат, на людину та на реалізацію кращого досвіду й технологій.

На підставі здійсненого дослідження визначено потребу у розробці й прийнятті нормативно-правової бази у таких напрямках:

- a) організаційному (первинна медико-санітарна допомога; функціонування закладу охорони здоров'я);
- b) правовому (захист прав медичних працівників і пацієнтів з акцентом на процесах, що відбуваються під час реформування системи;
- c) соціальному (особливості географічного ареолу до пунктів надання медичної допомоги ) тощо.

4. Медсестринський маркетинг та менеджмент в закладах охорони здоров'я вивчений недостатньо, деякі заклади охорони здоров'я не використовують дані технології, тому ми можемо рекомендувати наступне:

- a) забезпечити комунікативний менеджмент на всіх рівнях медсестринської діяльності шляхом впровадження БПР з менеджменту в медсестринстві;
- b) створювати у закладах охорони здоров'я «Професійні

майстерні», «Групи рівних» з метою покращення якості виконання професійних компетентностей та комунікації між персоналом.

5. У зв'язку з широкомасштабним вторгненням російської федерації на терени незалежної України, проаналізовано медсестринську діяльність в закладах охорони здоров'я під час воєнного стану. Зроблено наступні висновки:

- a) медичному персоналу закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу у тилу, потрібно вміти швидко переформатуватися з огляду на ситуацію, яка виникла на теренах нашої держави. Медичний персонал повинен володіти сучасними навиками надання медичної допомоги при пораненнях, політравмах, мінно-вибухових травмах, опіках, а також володіти специфічними комунікативними компетенціями по відношенню до пацієнтів, які були в місцях активних бойових дій;
- b) одним із важливих складових у наданні медичної допомоги в екстремальних умовах є менеджмент, як ЗОЗ так і якісна та злагоджена робота керівників сестринських служб з підлеглими;
- c) медичні працівники повинні вміти комунікувати з родичами та близьким оточенням поранених бійців та евакуйованих пацієнтів;
- d) медичні працівники повинні більше проявляти людяності та емпатії до пацієнтів котрі є пораненими бійцями та до евакуйованих цивільних пацієнтів, які перебувають на лікуванні у різних відділеннях госпіталю.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ступак Ф. Я. Вступ до історії медицини. Медицина і первісне суспільство. — К., 2002. — 64 с.
2. Шегедин М. Б., Мудрик Н. О. Історія медицини та медсестринства. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. — 328 с.
3. URL: <https://www.lsmu.edu.ua/kliatva-hippokrata>
4. Бідний В. Г. Проблеми і шляхи розвитку медичної допомоги в медицині. — К.: Задруга, 2001.
5. Грандо О. А. Подорож у минуле медицини. — К.: РВА “Тріумф”, 1995. — 176 с.
6. URL: <http://zno.academia.in.ua/mod/book/view.php?id=1848>
7. Лісіцин Ю. П. Історія медицини. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. — 394 с.
8. URL: <http://www.ndu.edu.ua › images › stories › polissya>
9. URL: <http://dglib.nubip.edu.ua:8080/bitstream/pdf>
10. URL: <https://phsreda.com/e-articles/143/Action143-74465.pdf>
11. URL: <https://cutt.ly/xX24har>
12. URL: <https://books.google.com.ua/books?id>
13. Резолюція Асамблеї ВООЗ 42.27 42 сесії ВВОЗ (1989) URL: URL: <http://www.who.dk/document/e71523R.pdf>
14. Безкоровайна У. Ю. Порівняльний аналіз ролі медичної сестри в Україні та світі. Інвестиції: практика та досвід. 2016. № 15. С. 88–92.
15. Глуховський В.В., Гойда Н.Г. Роль громадськості в реалізації прав громадян і пацієнтів у системі охорони здоров'я: міжнародний досвід створення системи громадської охорони здоров'я для України // Охорона здоров'я України. – 2003. – № 4 (11). – С.25–30.
16. Безкоровайна У.Ю. Удосконалення механізмів державного регулювання надання медичної допомоги і послуг середнім медичним персоналом в Україні: дис. канд. наук з держ упр: 25.00.02 Запоріжжя, 2018 с.208 .

17. Долот В. Д. Система охорони здоров'я в Україні: вибір національної моделі розвитку// Державне управління: удосконалення та розвиток № 2, 2013 URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=658>
18. Пащенко В.М. Підприємницька діяльність та управління фінансами в охороні здоров'я. – К., 2002. – 478с
19. Голяченко О.М. Реорганізація української охорони здоров'я в умовах перехідного періоду /О.М. Голяченко//Проблеми формування регіональної політики в галузі охорони здоров'я: матеріали наук. конф. Частина II. / За ред. В.О. Колоденка. – Одеса: ОФ УАДУ, 2001. – С. 53-62.
20. Медичне право України: Збірник нормативно-правових актів // Упоряд. і наук. ред. Н.Б. Болотіна. – К.: Видавничий Дім “Ін Юре”, 2001. – 412 с.
21. Перетяка О. Регіональна охорона здоров'я: підходи до реорганізації управління медичною допомогою //Підвищення ефективності державного управління, стан, перспективи та світовий досвід. – К.: Вид-во УАДУ, 2000. – С.169–179.
22. Голяченко О.М. Проблеми фінансування української здоровоохорони в історичному аспекті / О.М. Голяченко, А.О. Голяченко // Актуальні питання реформування системи охорони здоров'я на сучасному етапі соціально-економічного розвитку суспільства: матеріали міжн. наук.-практ. конф. – Х., 2002. – С. 10-11.
23. Нонко В. Іноземний досвід медичного страхування // Глав. врач. — 2002. — № 4. — С. 42–44.
24. Мінак В. О. Основи менеджменту і маркетингу в охороні здоров'я. — Харків, 2000.
25. Шаптала О.С. Державне управління сферою рекреаційного обслуговування в Автономній Республіці Крим в умовах ринкових відносин: Автореф. дис. д-ра наук з держ. упр.: 25.00.02 / О.С.

- Шаптала; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. — К., 2005. — 36 с.: рис. — укр.],
26. Концепція реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні Схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 1 квітня 2014 р. № 333-р. URL: <https://cutt.ly/QX9y4zL>
27. Виноградов О. В. Механізми державного управління багатоканальним фінансуванням системи охорони здоров'я України: дис. на здобуття наукового ступеня канд. наук з держ. управління: 25.00.02 / Виноградов Олег Всеволодович. – К., 2009. – 196 с.
28. Юристовська Н.Я. Механізми публічного управління у сфері забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського населення в Україні: дис. на здобуття наукового ступеня канд. наук з держ. управління: 25.00.02 /Юристовська Наталія Ярославівна.-Л., 2017.-176с.
29. Шатило В.Й., Свиридчук В.З. (2011). Медсестринство як наукова спеціальність. Магістр медсестринства.
30. Шатило В.Й. (2014). Менеджмент організації управління сестринськими службами. Магістр медсестринства.
31. Шатило В.Й., Копетчук ВА, Гордійчук СВ та ін. (2013). Менеджмент і лідерство в медсестринстві. Київ: ВСВ «Медицина»: 7–303.
32. В.Й. Шатило Л.С. Кравчук. Система управління сестринським персоналом у закладах охорони здоров'я України
33. Магістерська програма з публічної політики та врядування дипломна робота «Політика розвитку медсестринства в Україні. Як вирішити проблему низької якості та доступності послуг медичного догляду українців», Балабанова Катерина.
34. Єгорова А. (2012). Практика медсестри в США. Медицинская сестра. 3: 36–39.
35. URL: <https://cutt.ly/zX9wBrE>
36. URL: <https://tsnap.ulead.org.ua/>



37. Brian J. Eastridge. Death on the battlefield (2001–2011): Implications for the future of combat casualty care / Brian J. Eastridge, Robert L. Mabry, Peter Seguin and other // J Trauma Acute Care Surg Volume 73, Number 6, Supplement 5, 2012. – P. 431–437.
38. Brian J. Eastridge. Died of Wounds on the Battlefield: Causation and Implications for Improving Combat Casualty Care / Eastridge J. Brian, Hardin Mark, Cantrell Joyce // The Journal of TRAUMA. Injury, Infection, and Critical Care Volume 71, Number 1, 2011. – P. 4–8.
39. Howard R. Champion. A Profile of Combat Injury / Champion Howard R., Bellamy Ronald F., Colonel P. Roberts, Ari Leppaniemi // J Trauma. Volume 54, Number 5, 2003. – P. 13–19.
40. URL: <https://cutt.ly/sX9ezRk>
41. Всемирная организация здравоохранения. URL: <https://cutt.ly/IX9uwWo>
42. Доповідь ПРООН про стан людського розвитку URL: [file:///C:/Users/Dell/Downloads/UKR-HDR2019-overview-ukrainian%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Dell/Downloads/UKR-HDR2019-overview-ukrainian%20(1).pdf)
43. Health at a Glance 2019: OECD Indicators. URL: [www.oecd.org/health/health-systems](http://www.oecd.org/health/health-systems)
44. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навч.-наук. вид. / авт. кол. : М. М. Білинська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова та ін.; за заг. ред. проф. М. М. Білинської. – К. ; Львів : НАДУ, 2012. – 240 с.
45. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення України / Закон України №2168-VIII від 19.10.2017.
46. Global Competitiveness Index 2017–2018 Rankings. URL: <https://cutt.ly/qX9ygXn4> .
47. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. [за заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. К.: НАДУ, 2013. 424 с.

48. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні: навч.-наук. вид. / авт. кол. : М. М. Білинська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова та ін.; за заг. ред. проф. М. М. Білинської. – К. ; Львів : НАДУ, 2012. – 240 с.