

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

Кваліфікаційна наукова  
праця на правах рукопису

**БІДУЧАК АНЖЕЛА СТЕПАНІВНА**

УДК: 614.2:316.485.6.001.57

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ  
ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ УПРАВЛІННЯ  
КОНФЛІКТАМИ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

14.02.03 – соціальна медицина

Галузь знань: 22 – Охорона здоров'я

Подається на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук.  
Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,  
результатів і текстів інших авторів має посилання на відповідне джерело

  
\_\_\_\_\_ А. С. Бідучак

Київ – 2025

## АНОТАЦІЯ

*Бідучак А. С.* Медико-соціальне обґрунтування концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 «Соціальна медицина» (галузь знань 22 «Охорона здоров'я»). – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, МОЗ України, Київ, 2025.

Дисертація захищається в спеціалізованій вченій раді Д 26.613.07 Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, МОЗ України, Київ, 2025.

Дисертація присвячена вирішенню актуальної проблеми вітчизняної соціальної медицини – управлінню конфліктами в закладі охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) – шляхом медико-соціального обґрунтування, розробки та впровадження (за окремими елементами) концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я.

Конфлікт є невід'ємною частиною роботи, як лікаря, так і ЗОЗ, і найчастіше стає причиною стресової ситуації для учасників конфлікту. Стрес ускладнює міжособистісне спілкування, негативно впливає на психофізіологічний стан медичних працівників і пацієнтів, підвищує соціальну напругу в середовищі як надавачів, так і отримувачів медичних послуг.

Конфлікти будь-якого характеру можуть вплинути на якість медичних послуг, престиж медичного працівника та закладу в цілому, викликати плинність кадрів, знижувати ефективність роботи. Неоднорідність структури конфлікту робить його розпізнавання та врегулювання складним високоточним умінням, необхідним у діяльності будь-якої медичної організації та медичного працівника. Уміння розуміти природу конфліктів, диференціювати їх на компоненти та проводити роботу з їх вирішення – важлива складова

професійної підготовки керівників закладів та органів управління охороною здоров'я (Войлісовська В., 2023).

Водночас невирішеними питаннями залишаються виявлення причин виникнення конфліктів, організація моніторингу процесів конфліктної взаємодії та їх наслідків, вибір адекватних методів і технологій управління конфліктами, що обумовлює актуальність проблеми.

Актуальність проблеми значною мірою посилюється жорстким нормативним регулюванням звернень громадян з медичних питань за умов недосконалої правової підтримки лікаря на випадок виникнення конфліктної ситуації.

Проблемам управління конфліктами в сфері охорони здоров'я присвячені роботи вітчизняних та іноземних авторів: Устінова О. В. (2019), Волченко Є. Є. (2020), Заїки В. (2022), Jerng J. S., Huang S. F., Liang H. W., Chen L. C., Lin C. K., Huang H. F. (2022) та ін. Однак недостатньо висвітленими залишаються питання запобігання конфліктам в закладі охорони здоров'я, удосконалення організації роботи зі зверненнями громадян, контролю ризиків виникнення конфліктів з боку керівників закладів охорони здоров'я, а також внеску зовнішніх детермінант у розвиток та вирішення конфліктних ситуацій, пов'язаних з наданням медичної допомоги, засобів масової інформації, органів правосуддя, вищих органів управління охороною здоров'я, що підтвердило доцільність проведення даного дослідження.

Експериментальна частина дослідження проводилася в закладах охорони здоров'я Чернівецької області (8 од.), Чернівецькому інформаційно-аналітичному центрі медичної статистики, Головному управлінні статистики у Чернівецькій області.

Системним аналізом державного регулювання конфліктів на галузевому, регіональному та місцевому рівнях управління охороною здоров'я в Україні встановлено, що нормативно-правова база охоплює захист прав пацієнтів, медичних працівників, зобов'язання закладів охорони здоров'я перед суспільством. Водночас потребують адаптації до вітчизняної охорони здоров'я

механізми попередження й посередництва у вирішенні конфліктів в системах взаємодії «лікар – пацієнт», «заклад охорони здоров'я – пацієнт», «керівник закладу охорони здоров'я – медичний працівник». Обмеженою визнана встановлена законодавством функція моніторингу звернень громадян, яка представлена не на всіх рівнях адміністративної системи.

Аналіз звернень громадян з питань, пов'язаних із взаємодією з медичною системою, показав, що в Україні за 2013 - 2022 роки їх чисельність зростає на 24,0%. У структурі звернень за причинами найбільша кількість (23,4 на 100 тис. нас. у 2013 р., 32,1 на 100 тис. нас. в 2018 р. та 21,4 на 100 тис. нас. в 2022 р.) стосувалася питань надання медичної допомоги. Кількість звернень з приводу неправомірних дій медичних працівників (7,7, 8,5, та 7,63 на 100 тис. нас. відповідно) незначно коливалась і не мала тенденції до зниження. Кількість скарг в структурі звернень зменшилась з 9,65% в 2013 році до 4,0% в 2022 році, але вони були викликані порушенням прав і захисту законних інтересів громадян в сфері охорони здоров'я.

Структура звернень жителів Чернівецької області була подібною за рейтинговими позиціями до структури звернень на рівні галузі: найбільший відсоток звернень приходився на питання надання медичної допомоги (65,7% у 2015 р., 46,8% у 2016 р., 57,5% у 2022 р.). Однак частка звернень з приводу неправомірних дій медпрацівників зростає з 0,2 до 1,0%, як і відсоток звернень з приводу грубого, формального ставлення медичних працівників до пацієнтів, рідних з 0,2 до 1,3%.

Дослідженням організації роботи зі зверненнями громадян на регіональному рівні показано, що функції Департаменту охорони здоров'я Чернівецької обласної державної адміністрації за цим напрямом формалізовані управлінськими рішеннями керівника, розподілені між відділами; призначена відповідальна особа для своєчасного реагування на звернення. Громадянам доступні різноманітні канали подання звернень до органів регіональної влади.

Водночас доведено, що діяльність безпосередніх надавачів медичної допомоги – закладів охорони здоров'я – має ряд недоліків. Це підтверджено



даними про використання в досліджуваних закладах неповного переліку нормативно-правових документів з питань звернень громадян, лише окремих каналів зворотного зв'язку з пацієнтами та їх родинами, порушення в процедурах реєстрації та реагування на звернення, відсутність статутно закріплених зобов'язань щодо роботи зі зверненнями громадян та офіційно призначених осіб, відповідальних за цей напрям роботи. Моніторинг звернень громадян та реагування на них простежуються в поодиноких випадках. Аналіз структури та динаміки статистичних даних, що відображають звернення, не входить до управлінського аналізу діяльності закладу.

Доведено, що в досліджуваних закладах охорони здоров'я склалися й міцно утримуються суб'єктивні та об'єктивні умови для виникнення конфліктів. Результатами соціологічного дослідження серед керівників закладів охорони здоров'я встановлено, що найчастішими причинами конфліктів, за 37,5-79,2% відповідей, в залежності від віку респондентів, є ситуації з пацієнтами. Іншими причинами вказані невідповідне ведення медичних документів, рівень заробітної плати, питання підвищення кваліфікації працівників.

Конфлікти в медичних колективах є звичайним явищем, і виникають часто, на думку 41,7% керівників віком 56 років і старше, та 12,5% керівників віком до 35 років. Цим показано, що більш молоді керівники або не розпізнають конфлікт внаслідок нестачі досвіду, або намагаються його уникати в зв'язку з неспроможністю/небажанням його врегулювати/вирішити.

Лише частина (22,0-23,0%) опитаних керівників обирали найбільш конструктивну форму вирішення конфлікту – співробітництво; компроміс, що призводить до невдоволення обох сторін конфлікту, обрали 19,4-37,5% респондентів; 21,0-25,0% опитаних обрали уникнення, коли жодна із сторін не досягає своїх цілей, а 13,0-22,0% – суперництво, коли одна із сторін обов'язково програє.

Незнайомі більшості керівників можливості залучення медіатора до вирішення конфліктів, а саме, усім респондентам до 35 років, 85,4% опитаних 36-55 років, 83,3% керівників 56 років і старше.

Підтверджено відповідями 100,0% керівників віком до 35 років та 83,3% керівників віком 36-55 років та 56 років і старше брак знань і навичок у вирішенні конфліктів у медичних працівників.

Виявлено, що 42,0-50,0% пацієнтів, в залежності від віку, лише частково задоволені ставленням до них медичного персоналу; 40,1-46,2% респондентів висловили незадоволеність тривалістю очікування на прийом до лікаря (30-40 хвилин і більше); 42,3-47,8% пацієнтів тільки частково задоволені результатами медичної допомоги, а 13,6%-25,8% – взагалі не задоволені; 36,4-45,6% засвідчили низький рівень задоволеності санітарно-гігієнічними умовами в закладі охорони здоров'я.

З'ясовано, що, на думку 29,4-32,9% пацієнтів, основними причинами конфліктів в закладі охорони здоров'я є грубість і нечемність медичного персоналу, 18,7-24,5% пацієнтів – незадоволеність забезпеченням лікарськими засобами, 18,0-23,3% пацієнтів – незадоволеність результатами медичної допомоги, 14,9-17,8% пацієнтів – прояви корупції з боку медичного персоналу. Конфлікти між лікарем і пацієнтом, на думку 41,5-43,7% останніх, найчастіше виникають під час погіршення клінічного стану пацієнта та, за даними 30,1-31,4% опитаних, під час чергування й надання екстреної медичної допомоги.

Медичні працівники в якості причин виникнення конфліктів між собою визнали нездорову конкуренцію за певні посади, заздрощі до більш успішних колег та високі амбіції, що не задовольняються.

Установлено домінування конформістської моделі організаційної поведінки у 29,9-34,0% медичних працівників, в залежності від віку; 9,4-22,8% респондентів відзначили у себе авторитарний стиль, 4,0-11,1% – агресивний, а 11,4-17,9% опитаних – егоїстичний, що вказало на високі ризики схильності до конфліктів в медичних колективах.

Доведено, що комунікативні здібності у 37,3% медичних працівників знаходяться на низькому, а в 14,5% – на нижчому за середній рівень (загалом у 51,8% опитаних). Середній рівень комунікативних здібностей виявлений у

12,7% опитаних, і лише у 18,6% респондентів він виявився високим та в 16,9% респондентів – дуже високим.

Результатами дослідження показано, що лише 29,4-38,8% пацієнтів з метою вирішення конфлікту звертаються до керівника закладу охорони здоров'я. Скаржаться в інші інстанції від 14,5% до 28,2% осіб; медіатор бере участь у вирішенні конфлікту за повідомленнями лише 0,8%-2,4% пацієнтів; судовий метод використовували старші вікові категорії пацієнтів у 2,7-4,2% випадків.

Доведена низька поінформованість 68,9-78,3% пацієнтів з технічних питань процедури звернення на випадок конфлікту та незадоволеність 35,7-42,7% пацієнтів державним регулюванням конфліктів між лікарем і пацієнтом.

Результати теоретичного й експериментального дослідження підтвердили гіпотезу автора про високі ризики виникнення й розвитку конфліктів в закладах охорони здоров'я і недосконалість управління ними та стали вихідними умовами медико-соціального обґрунтування концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я.

**Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше в Україні здійснено медико-соціальне обґрунтування концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я, суттєвими інноваційними елементами якої стали:**

- 1) попередження і конструктивне врегулювання конфліктів в сфері охорони здоров'я шляхом запровадження механізму посередництва – медіації, який забезпечується підготовкою професійних медіаторів в закладах вищої медичної освіти та доповненням функцій відповідальної особи за звернення громадян департаменту охорони здоров'я діяльністю з медіації;
- 2) запровадження додаткових стандартів акредитації закладів охорони здоров'я з питань запобігання та врегулювання конфліктів;
- 3) удосконалення інформаційного захисту закладу охорони здоров'я і медичних працівників при взаємодії з засобами масової інформації;
- 4) експертна допомога медичному працівникові в

конфліктних ситуаціях профільними професійними асоціаціями; 5) підвищення рівня компетентностей керівників з управління конфліктами та формування й підтримка високого рівня організаційної культури в закладах охорони здоров'я; 6) підвищення рівня комунікативних і морально-етичних компетентностей медичних працівників; 7) активне застосування інформаційно-комунікаційних технологій між усіма сторонами потенційних і наявних конфліктів на всіх рівнях управління сферою охорони здоров'я; 8) Комплексна програма управління конфліктами в закладі охорони здоров'я.

*Удосконалено підходи до організації роботи зі зверненнями громадян в закладі охорони здоров'я, підвищення рівня задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги.*

*Набули подальшого розвитку науково-методичні підходи до дослідження систем управління в охороні здоров'я на державному, галузевому, регіональному та місцевому рівнях в частині запровадження функцій з попередження та врегулювання конфліктів.*

**Теоретичне значення** одержаних результатів полягає в суттєвому доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про управління охороною здоров'я, зокрема, управління конфліктами в закладі охорони здоров'я.

**Практичне значення роботи** полягає в тому, що її результати стали підставою для впровадження окремих елементів *на галузевому та регіональному* рівні (підготовка та видання методичних рекомендацій, інформаційного листа, розробка 2-х раціоналізаторських пропозицій та 5-ти свідоцтв про реєстрацію авторського права на твір, 3-х актів впровадження про використання одержаних результатів у навчальному процесі закладів вищої медичної освіти), *на місцевому рівні* (в 11 закладах охорони здоров'я Чернівецької області, що засвідчено 18 актами впровадження).

Запропонована та впроваджена за окремими елементами концептуальна функціонально-організаційна модель управління конфліктами в закладі охорони здоров'я отримала високу оцінку висококваліфікованих незалежних

експертів. Її комплексність, системність і профілактична спрямованість оцінена ними відповідно у  $8,56 \pm 0,04$ ;  $8,42 \pm 0,5$  і  $9,36 \pm 0,03$  балів за 10-бальною шкалою, а етапність, доступність та інформативність – відповідно у  $9,21 \pm 0,02$ ;  $9,27 \pm 0,05$  і  $9,35 \pm 0,03$  балів, що підтвердило її актуальність та дозволяє рекомендувати для подальшого впровадження в сфері охорони здоров'я України.

**Ключові слова:** пацієнт, лікар, медичні працівники, керівник, стиль управління, профілактика та врегулювання конфліктів, комунікація, якість медичної допомоги, медіатор, нормативно-правова база, звернення громадян, засоби масової інформації, експерти, юридична та психологічна підтримка, організаційна поведінка.

## SUMMARY

Biduchak A.S. Medico-social substantiation of the conceptual functional-organizational model of conflict management in a health care institution. – Manuscript.

Dissertation for obtaining the scientific degree of doctor of medical sciences on the specialty 14.02.03 «Social medicine» (field of knowledge 22 – Health care). – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, 2025.

The dissertation is defended in the specialized academic council D 26.613.07 of Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, 2025.

The dissertation is dedicated to solving the current problem of domestic social medicine – conflict management in a health care institution (hereinafter referred to as a health care institution) – by means of medical and social substantiation, development and implementation (by individual elements) of a conceptual functional-organizational model of conflict management in a health care institution.

Conflict is an integral part of the work of both a doctor and a health care provider, and most often becomes the cause of a stressful situation for participants in the conflict. Stress complicates interpersonal communication, negatively affects the psycho-physiological state of medical workers and patients, increases social tension in the environment of both providers and recipients of medical services.

Conflicts of any nature can affect the quality of medical services, the prestige of the medical worker and the institution as a whole, cause staff turnover, and reduce work efficiency. The heterogeneity of the structure of the conflict makes its recognition and settlement a complex and highly accurate skill necessary in the activities of any medical organization and medical worker. The ability to understand the nature of conflicts, differentiate them into components and carry out work on their resolution is an important component of the professional training of heads of institutions and health care management bodies (Voilisovska V., 2023).

At the same time, the identification of the causes of conflicts, the organization of monitoring processes of conflict interaction and their consequences, the choice of adequate methods and technologies of conflict management, which determines the urgency of the problem, remain unresolved issues.

The urgency of the problem is greatly enhanced by the strict regulatory regulation of citizens' appeals on medical issues under the conditions of imperfect legal support for the doctor in case of a conflict situation.

The works of domestic and foreign authors: Ustinov O. V. (2019), Volchenko E. Ye. (2020), Zaiki V. (2022), Jerng J. S., Huang S. F., Liang H. W., Chen are devoted to the problems of conflict management in the field of health care L. C., Lin C. K., Huang H. F. (2022) et al.. However, the issues of preventing conflicts in health care institutions, improving the organization of work with citizens' appeals, controlling the risks of conflicts on the part of managers of health care institutions, as well as the contribution of external determinants to the development and resolution of conflict situations related to providing medical care, – mass media, justice bodies, higher health care management bodies, which confirmed the expediency of conducting this research.

The experimental part of the study was conducted in health care institutions of the Chernivtsi region (8 units), the Chernivtsi Information and Analytical Center of Medical Statistics, and the Main Department of Statistics in the Chernivtsi region.

A systematic analysis of the state regulation of conflicts at the sectoral, regional and local levels of health care management in Ukraine established that the legal framework covers the protection of the rights of patients, medical workers, and the obligations of health care institutions to society. At the same time, mechanisms of prevention and mediation in conflict resolution in systems of interaction «doctor - patient», «head of health care institution - patient», «health care institution - patient» need to be adapted to domestic health care. The function of monitoring citizens' appeals established by legislation, which is not represented at all levels of the administrative system, is recognized as limited.

The analysis of citizens' appeals on issues related to interaction with the medical system showed that in Ukraine from 2013 to 2022, their number increased by 24.0%. In the structure of appeals by reason, the largest number (23.4 per 100,000 population in 2013, 32.1 per 100,000 population in 2018 and 21.4 per 100,000 population in 2022) related to the provision of medical assistance. The number of complaints about illegal actions of medical workers (7.7, 8.5, and 7.63 per 100,000 population, respectively) fluctuated slightly and did not have a downward trend. The number of complaints in the structure of appeals decreased from 9.65% in 2013 to 4.0% in 2022, but they were caused by violations of the rights and protection of legitimate interests of citizens in the field of health care.

The structure of appeals from residents of Chernivtsi region was similar in terms of rating positions to the structure of appeals at the industry level: the largest percentage of appeals concerned the provision of medical assistance (65.7% in 2015, 46.8% in 2016, 57.5% in 2022). However, the share of appeals about illegal actions of medical workers (0.2-1.0%) has increased, as has the percentage of appeals about the rude, formal attitude of medical workers towards patients and relatives (0.2-1.3%).

The study of the organization of work with citizens' appeals at the regional level shows that the functions of the Department of Health Protection of the Chernivtsi Regional State Administration in this direction are formalized by management decisions of the head, distributed among departments; a responsible person is appointed to respond to appeals in a timely manner. Citizens have access to various channels for submitting appeals to regional authorities.

At the same time, it has been proven that the activities of direct providers of medical care – health care institutions – have a number of shortcomings. This is confirmed by data on the use in the studied institutions of an incomplete list of regulatory and legal documents on citizens' appeals, only separate channels of feedback with patients and their families, violations in the procedures of registration and response to appeals, the absence of statutory obligations to work with appeals from citizens and officially appointed persons responsible for this line of work. Monitoring of citizens' appeals and response to them is observed in individual cases. The analysis of the structure and dynamics of statistical data reflecting appeals is not part of the management analysis of the institution's activity.

It has been proven that subjective and objective conditions for the emergence of conflicts have developed and are firmly maintained in the investigated health care institutions. The results of a sociological study among managers of health care institutions established that the most frequent causes of conflicts, according to 37.5-79.2% of responses, depending on the age of the respondents, are situations with patients. Other reasons include inappropriate maintenance of medical documents, the level of wages, and the issue of improving the qualifications of employees.

Conflicts in medical teams are common and occur frequently, according to 41.7% of managers aged 56 and over, and 12.5% of managers aged up to 35 years old. This shows that younger managers either do not recognize conflict due to lack of experience, or try to avoid it due to an inability/unwillingness to manage/resolve it.

Only a part of the surveyed managers chose the most constructive form of conflict resolution – cooperation (22.0-23.0%); 19.4-37.5% of respondents chose a compromise that leads to dissatisfaction on both sides of the conflict; 21.0-25.0% of



the respondents chose avoidance, when neither party achieves its goals, and 13.0-22.0% – rivalry, when one of the parties necessarily loses.

Most managers are unfamiliar with the possibility of involving a mediator in resolving conflicts, namely, all respondents are up to 35 years old, 85.4% of respondents are 36-55 years old, and 83.3% of managers are 56 years old and older.

The answers of 100.0% of managers aged up to 35 years old and 83.3% of managers aged 36-55 and 56 years and older confirmed the lack of knowledge and skills in resolving conflicts among medical workers.

It was found that 42.0-50.0% of patients, depending on age, are only partially satisfied with the attitude of the medical staff towards them; 40.1-46.2% of respondents expressed dissatisfaction with the length of waiting for a doctor's appointment (30-40 minutes or more); 42.3-47.8% of patients are only partially satisfied with the results of medical care, and 13.6%-25.8% are not satisfied at all; 36.4-45.6% testified to a low level of satisfaction with the sanitary and hygienic conditions in the health care facility.

It was found that, according to 29.4-32.9% of patients, the main causes of conflicts in a health care institution are the rudeness and impoliteness of medical staff, 18.7-24.5% of patients – dissatisfaction with the provision of medicines, 18.0-23.3% of patients – dissatisfaction with the results of medical care, 14.9-17.8% of patients – manifestations of corruption on the part of medical personnel. Conflicts between the doctor and the patient, according to 41.5-43.7% of the latter, most often arise during the deterioration of the patient's clinical condition and, according to 30.1-31.4% of respondents, during duty and emergency medical care.

Medical workers recognized unhealthy competition for certain positions, envy of more successful colleagues and high ambitions that are not satisfied as the causes of conflicts among themselves.

The dominance of the conformist model of organizational behavior was established in 29.9-34.0% of medical workers, depending on age; 9.4-22.8% of respondents noted that they have an authoritarian style, 4.0-11.1% – aggressive, and

11.4-17.9% of respondents – selfish, which indicated a high risk of proneness to conflicts in medical teams.

It has been proven that the communication skills of 37.3% of medical workers are at a low level, and 14.5% are at a lower than average level (in total, 51.8% of respondents). The average level of communication skills was found in 12.7% of respondents, and only in 18.6% of respondents it was high and in 16.9% of respondents it was very high.

The results of the study show that only 29.4-38.8% of patients turn to the head of a health care facility to resolve the conflict. From 14.5% to 28.2% of people complain to other instances; a mediator participates in conflict resolution according to reports of only 0.8%-2.4% of patients; the judicial method was used by older age categories of patients in 2.7-4.2% of cases.

The low level of awareness of 68.9-78.3% of patients on the technical issues of the conflict referral procedure and the dissatisfaction of 35.7-42.7% of patients with the state regulation of conflicts between the doctor and the patient was proven.

The results of the theoretical and experimental research confirmed the author's hypothesis about the high risks of the occurrence and development of conflicts in medical organizations and the imperfection of their management and became the initial conditions for the medical and social justification of the conceptual functional-organizational model of conflict management in a health care institution.

**The scientific novelty of the obtained results** lies in the fact that for the first time in Ukraine, medical and social substantiation of the conceptual functional-organizational model of conflict management in a health care institution was carried out, the essential innovative elements of which were: 1) prevention and constructive resolution of conflicts in the field of health care by introducing the mechanism of mediation - mediation, which is provided by the training of professional mediators in institutions of higher medical education and by supplementing the functions of the person responsible for citizens' appeals to the Department of Health with mediation activities; 2) introduction of additional standards for accreditation of health care institutions on issues of conflict prevention and resolution; 3) improvement of

information protection of health care institutions and medical workers when interacting with mass media; 4) expert assistance to medical workers in conflict situations by specialized professional associations; 5) increasing the level of competencies of managers in conflict management and forming and maintaining a high level of organizational culture in health care institutions; 6) increasing the level of communicative and moral and ethical competences of medical workers; 7) active use of information and communication technologies between all parties to potential and existing conflicts at all levels of health care management; 8) Comprehensive conflict management program in a health care institution.

*Approaches to the organization* of work with citizens' appeals in a health care institution have been improved, and the level of patient satisfaction with the quality of medical care has increased.

*Scientific and methodical approaches* to the study of management systems in health care at the state, branch, regional and local levels in terms of the introduction of conflict prevention and resolution functions have gained further development.

**The theoretical significance of the obtained results** is a significant addition to the theory of social medicine in terms of the doctrine of health care management, in particular, conflict management in a health care institution.

**The practical significance of the work** lies in the fact that its results became the basis for the implementation of certain elements at the branch and regional level (preparation and publication of methodological recommendations, an information sheet, development of 2 rationalization proposals and 5 certificates of copyright registration for a work, 3 -th acts of implementation on the use of the obtained results in the educational process of institutions of higher medical education), at the local level (in 11 health care institutions of the Chernivtsi region, which is certified by 18 acts of implementation).

The conceptual functional-organizational model of conflict management in a health care institution, proposed and implemented by individual elements, was highly rated by highly qualified independent experts. Its complexity, systematicity and prophylactic focus were estimated by them as  $8.70 \pm 0.04$ ;  $8.20 \pm 0.5$  and  $9.52 \pm 0.03$

points on a 10-point scale, and phasing, accessibility and informativeness – 9.22±0.02, respectively; 9.37±0.05 and 9.52±0.03 points, which confirmed its relevance and allows us to recommend it for further implementation in the health care sector of Ukraine.

**Key words:** patient, doctor, medical workers, manager, management style, prevention and resolution of conflicts, communication, quality of medical care, mediator, normative and legal framework, appeal of citizens, mass media, experts, legal and psychological support, organizational behavior.

## СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

*Наукові праці, в яких опубліковано основні наукові результати дисертації:*

1. Biduchak AS. Doctor and patient: two parties of one conflict. Буковинський медичний вісник. 2022;26(2):77-80. doi: [10.24061/2413-0737.XXVI.2.102.2022.14](https://doi.org/10.24061/2413-0737.XXVI.2.102.2022.14)
2. Бідучак АС. Детермінанти конфлікту медицини та суспільства (огляд літератури). Клінічна та експериментальна патологія. 2022;21(3):53-60. doi: [10.24061/1727-4338.XXI.3.81.2022.08](https://doi.org/10.24061/1727-4338.XXI.3.81.2022.08)
3. Бідучак АС, Горачук ВВ, Гопко НВ. Характеристика стилів поведінки медичного персоналу у конфліктних ситуаціях. Клінічна та експериментальна патологія. 2022;21(4):3-8. doi: [10.24061/1727-4338.XXI.4.82.2022.01](https://doi.org/10.24061/1727-4338.XXI.4.82.2022.01) *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку).*
4. Biduchak AS. Analysis of the emergence of conflicts in the doctor - patient system. Буковинський медичний вісник. 2022;26(4):55-7. doi: [10.24061/2413-0737.XXVI.4.104.2022.9](https://doi.org/10.24061/2413-0737.XXVI.4.104.2022.9)
5. Biduchak AS, Hopyko NV, Gorachuk VV. Results of medical interaction analysis employees with mass information media (from claims to understanding).

Буковинський медичний вісник. 2023;27(1):47-52. doi: [10.24061/2413-0737.27.1.105.2023.9](https://doi.org/10.24061/2413-0737.27.1.105.2023.9) (Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку).

6. Biduchak AS. Distribution of offensive information concerning medical workers on Internet. Клінічна та експериментальна патологія. 2023;22(1):82-7. doi: [10.24061/1727-4338.XXII.1.83.2023.13](https://doi.org/10.24061/1727-4338.XXII.1.83.2023.13)

7. Biduchak AS. Conflict situations in medical organizations (from problems to solutions). Одеський медичний журнал. 2023;2:47-50. doi: [10.32782/2226-2008-2023-2-8](https://doi.org/10.32782/2226-2008-2023-2-8)

8. Бідучак АС. Оцінка задоволеності населення ставленням медичного персоналу в конфліктних ситуаціях. Україна. Здоров'я нації. 2023;3:7-13. doi: [10.32782/2077-6594/2023.3/01](https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.3/01)

9. Бідучак АС. Аналіз термінів розгляду звернень громадян в Чернівецькій області за 2015-2022 роки. Перспективи та інновації науки. Серія: Педагогіка. Серія: Психологія. Серія: Медицина. 2023;15:1016-24. doi: [10.52058/2786-4952-2023-15\(33\)-1016-1025](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-15(33)-1016-1025)

10. Biduchak A, Chornenka Z. Research of Conflict Situation Management in Medical Organizations. Health. 2022;14(7):725-36. doi: [10.4236/health.2022.147052](https://doi.org/10.4236/health.2022.147052) (Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку).

11. Biduchak A, Нопко N, Alsalama MWO, Chornenka Z, Mazur O. Peculiarities of Medical Personnel Behavior Styles in Conflict Situations. Health. 2022;14(12):1210-26. doi: [10.4236/health.2022.1412086](https://doi.org/10.4236/health.2022.1412086) (Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку).

12. Biduchak A, Нопко N, Chornenka Z, Alsalama MWO, Тумкул D. Comparative analysis of patient complaints for medical care over the last 10 years. Medical Science. 2023;27(135): e205ms2984. doi:

[10.54905/disssi/v27i135/e205ms2984](https://doi.org/10.54905/disssi/v27i135/e205ms2984) *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку).*

13. Biduchak AS. Development of conflictology as a science. Клінічна та експериментальна патологія. 2017;16(4):122-4. doi: [10.24061/1727-4338.XVI.4.62.2017.22](https://doi.org/10.24061/1727-4338.XVI.4.62.2017.22)

14. Biduchak AS, Beletska AA. Analysis of the types of conflicts and their causes. Клінічна та експериментальна патологія. 2018;17(2):141-3. doi: [10.24061/1727-4338.XVII.2.64.2018.26](https://doi.org/10.24061/1727-4338.XVII.2.64.2018.26) *(Дисертант здійснив збір даних, написання початкового проєкту статті, підготовку висновків).*

15. Бідучак АС. Аналіз роботи зі зверненнями громадян в Україні та рівні їх контролю. Буковинський медичний вісник. 2023;27(4):6-11. doi: [10.24061/2413-0737.27.4.108.2023.2](https://doi.org/10.24061/2413-0737.27.4.108.2023.2)

16. Бідучак АС. Управління конфліктами в медичному закладі. Перспективи та інновації науки. Серія: Педагогіка. Серія: Психологія. Серія: Медицина. 2024;2:983-91. doi: [10.52058/2786-4952-2024-2\(36\)-983-991](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-2(36)-983-991)

17. Biduchak A, Mararash H, Alsalama MWO, Chornenka Zh, Yasinska E. Organizational and functional model of improvement of the system of prevention of conflict situations in the field of healthcare. Georgian Medical News. 2023;11(344):13-8. *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку).*

18. Biduchak A, Chornenka Zh, Норко N, Alsalama MWO, Domanchuk T. Assessment of population satisfaction with medical care in conflict conditions. Journal of Medicine and Life. 2024;17(1):67-72. doi: [10.25122/jml-2023-0193](https://doi.org/10.25122/jml-2023-0193) *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку).*

19. Бідучак АС. Медичні конфлікти в системі «лікар - пацієнт». Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Медицина. 2022;2:133-5. doi: [10.32782/2415-8127.2022.66.25](https://doi.org/10.32782/2415-8127.2022.66.25)

20. Бідучак АС. Алгоритм дій керівника медичної установи в конфліктній ситуації. Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Медицина. 2024;1:128-33. doi: [10.32782/2415-8127.2024.69.22](https://doi.org/10.32782/2415-8127.2024.69.22)

21. Бідучак АС. Комунікаційні напрями оптимізації профілактики та управління конфліктами в системі відносин «керівник - лікар - пацієнт». Перспективи та інновації науки. Серія: Педагогіка. Серія: Психологія. Серія: Медицина. 2024;5:1071-84. doi: [10.52058/2786-4952-2024-5\(39\)-1071-1084](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-5(39)-1071-1084)

22. Biduchak AS, Chornenka ZhA. Assessment of correlation levels in the structure of conflicts within the doctor–patient system. Одеський медичний журнал. 2024;2:45-9. doi: [10.32782/2226-2008-2024-2-8](https://doi.org/10.32782/2226-2008-2024-2-8) *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку).*

23. Бідучак АС, Горачук ВВ, Аль Салама Мухамед Васек Обейд, Миронюк МБ, Чорненька ЖА. Аналіз конфліктів в медичній галузі: актуальність сьогодення. Буковинський медичний вісник. 2024;28(2):3-7. doi: [10.24061/2413-0737.28.2.110.2024.1](https://doi.org/10.24061/2413-0737.28.2.110.2024.1) *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку).*

24. Бідучак А, Чорненька Ж, Горачук В. Оцінка задоволеності пацієнтів наданням медичної допомоги в умовах конфлікту. In: Psychology, medicine and biology: the development of necessary technologies in the field of health care: collective monograph. Boston: Primedia eLaunch; 2024, p. 216-26. doi: [10.46299/ISG.2024.MONO.MED.2.11.1](https://doi.org/10.46299/ISG.2024.MONO.MED.2.11.1) *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку).*

*Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:*

25. Biduchak AS. Analysis of the management of conflict situations in medical organizations. В: Матеріали підсумкової 104-ї наук.-практ. конф. з міжнар. участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету; 2023 Лют 06, 08, 13; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2023, с. 412.

26. Бідучак АС. Аналіз управління конфліктними ситуаціями в медичних організаціях. В: Матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. Актуальні питання науки, освіти і суспільства в сучасних умовах; 2022 Гру 21; Полтава. Полтава: ЦФЕНД; 2022, с. 50.

27. Бідучак АС. Аналіз причин виникнення конфліктів в системі «лікар-пацієнт». В: Матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. Наука, освіта і суспільство: актуальні проблеми теорії та практики; 2023 Бер 10; Кропивницький. Кропивницький: ЦФЕНД; 2023. Ч. 2, с. 29.

28. Бідучак АС. Взаємодія медичних працівників із засобами масової інформації. В: Матеріали V Міжнар. наук. конф. Технології, інструменти та стратегії реалізації наукових досліджень; 2023 Лют 24; Київ. Вінниця: Європейська наукова платформа; 2023; с. 248-9. doi: [10.36074/mcnd-24.02.2023](https://doi.org/10.36074/mcnd-24.02.2023)

29. Бідучак АС. Стратегії поведінки у конфліктних ситуаціях в медицині В: Матеріали міжнар наук.-практ. конф. Теоретико-практичні аспекти розвитку науки, освіти та суспільства; 2023 Кві 28; Рівне. Рівне: ЦФЕНД; 2023, с. 63-4.

30. Бідучак АС. Медичні конфлікти в системі «Медична організація - лікар - пацієнт». Матеріали міжнар. мультидисциплін. наук. інтернет-конф.; 2023 Лют 16-17; Тернопіль, Україна – Переворськ, Польща. Світ наукових досліджень. 2023;16:298-9.

31. Бідучак АС. Конфлікти в системі «викладач-студент». В: Матеріали Всеукр. наук.-педагог. підвищення кваліфікації Роль соціального та емоційного



інтелекту як найважливіших soft-skills XXI століття в освітньому процесі; 2023 Бер 06 - Кві 16; Полтава. Полтава: Гельветика; 2023, с. 43-4

32. Бідучак АС. Медична комунікація в системі відносин «керівник-лікар-пацієнт». В: Матеріали I міжнар. наук. конф. Інноваційна наука: пошук відповідей на виклики сучасності; 2023 Гру 22; Одеса. Вінниця: УКРЛОГОС Груп; 2023, с. 461-3. doi: [10.36074/mcnd-22.12.2023](https://doi.org/10.36074/mcnd-22.12.2023)

33. Biduchak A. Causes of conflict in the system "Patient-Doctor". In: Proceedings of the XII International Scientific and Practical Conference Actual priorities of modern science, education and practice; 2022 Mar 29-Apr 01; Paris, France. Paris; 2022, p. 390-2. doi: [10.46299/ISG.2022.1.12](https://doi.org/10.46299/ISG.2022.1.12)

34. Biduchak AS. Conflicts in the doctor-patient system. In: Proceedings of the II International Scientific and Theoretical Conference Scientific forum: theory and practice of research; 2022 Sep 16; Valencia, Spain. Valencia: European Scientific Platform; 2022, p. 107. doi: [10.36074/scientia-16.09.2022](https://doi.org/10.36074/scientia-16.09.2022)

35. Бідучак АС. Стилi поведінки медичного персоналу у конфліктних ситуаціях. In: Proceedings of the I International Scientific and Theoretical Conference Modern vision of implementing innovations in scientific studies; 2023 Mar 31; Sofia, Bulgaria. Sofia: European Scientific Platform; 2023, p. 128-9. doi: [10.36074/scientia-31.03.2023](https://doi.org/10.36074/scientia-31.03.2023)

36. Biduchak A. Behavioral style and conflict in medicine. In: Proceedings of the III International Scientific and Theoretical Conference Modernization of science and its influence on global processes; 2023 Apr 14; Bern, Switzerland. Bern: European Scientific Platform; 2023, p. 94. doi: [10.36074/scientia-14.04.2023](https://doi.org/10.36074/scientia-14.04.2023)

37. Бідучак АС. Неправдива інформація про медичних працівників в мережі Інтернет (захист та протидія). In: Proceedings of the IV International Scientific and Theoretical Conference The driving force of science and trends in its development; 2023 Jul 14; Coventry, United Kingdom. Coventry: European Scientific Platform; 2023, p. 178. doi: [10.36074/scientia-14.07.2023](https://doi.org/10.36074/scientia-14.07.2023)

38. Бідучак АС. Модель удосконалення системи профілактики конфліктних ситуацій у сфері охорони здоров'я. In: Proceedings of the II

International Scientific and Theoretical Conference Modern tools and methods of scientific investigations; Antwerp, Belgium. Antwerp; December 8, 2023, p. 309-11.

DOI: [10.36074/scientia-08.12.2023](https://doi.org/10.36074/scientia-08.12.2023)

39. Бідучак А. Рівні організації роботи зі зверненнями громадян. In: Proceedings of the XI International Scientific and Practical Conference The latest information and communication technologies in education; 2023 Nov 27-29; Florence, Italy. Florence; 2023, p. 243-5.

40. Бідучак АС. Взаємодія медичних працівників із засобами масової інформації (від претензій до порозуміння). In: Proceedings of the V International Scientific and Practical Conference Débats scientifiques et orientations prospectives du développement scientifique; 2023 Jul 21; Paris, France. Paris; 2023. p. 172-3. doi: [10.36074/logos-21.07.2023](https://doi.org/10.36074/logos-21.07.2023)

41. Biduchak A. Analysis of the frequency of conflicts in healthcare institutions. В: Матеріали III Міжнар. наук. конф. Наукові орієнтири: теорія та практика досліджень; 2024 Тра 17; Ужгород. Ужгород; 2024, с. 303-4. doi: [10.62731/mcnd-17.05.2024](https://doi.org/10.62731/mcnd-17.05.2024)

42. Бідучак А. Оцінка здатності медичних працівників до конфлікту. In: Proceedings of the XX International scientific and practical conference Problems of solving global problems of humanity; 2024 May 20-22; Athens, Greece. Athens; 2024, p. 239-41.

*Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дослідження:*

43. Бідучак АС, Белецька АА. Конфлікт-менеджмент у медичній організації: монографія. Чернівці: БДМУ; 2020. 228 с.

44. Бідучак АС, укладач. Сучасні підходи до врегулювання конфлікту в системі «лікар - пацієнт»: правовий аспект: метод. реком. Чернівці; 2023. 36 с.

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	27	
<b>РОЗДІЛ 1</b>	<b>МІЖНАРОДНІ ТА ВІТЧИЗНЯНІ ПІДХОДИ ДО УПРАВЛІННЯ КОНФЛІКТАМИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)</b>	<b>37</b>
1.1	Детермінанти конфлікту медицини та суспільства	38
1.2	Лікар і пацієнт: дві сторони одного конфлікту	53
1.3	Підходи до вирішення конфлікту в сфері охорони здоров'я в країнах світу та Україні	59
1.4	Роль засобів масової інформації в конфлікті при наданні медичної допомоги	69
Висновки до розділу 1		75
<b>РОЗДІЛ 2</b>	<b>ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, МЕТОДИ І ОБСЯГ ДОСЛІДЖЕННЯ</b>	<b>77</b>
2.1	Розробка програми та характеристика бази наукового дослідження	
2.2	Методологічний інструментарій дослідження	92
Висновки до розділу 2		95
<b>РОЗДІЛ 3</b>	<b>СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ КОНФЛІКТІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ</b>	<b>97</b>
3.1	Правові аспекти взаємодії закладів охорони здоров'я із засобами масової інформації	
3.2	Адаптація законодавства України, що регулює відносини в організаціях, до сфери охорони здоров'я	103
3.3	Боротьба з поширенням інформації про медичних працівників, що не відповідає дійсності, та їх образами в мережі Інтернет	107
3.4	Кримінальна відповідальність медичних працівників	111
3.5	Адміністративне оскарження, як спосіб захисту пацієнта	121
Висновки до розділу 3		130
<b>РОЗДІЛ 4</b>	<b>АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ ЗІ ЗВЕРНЕННЯМИ ГРОМАДЯН В УКРАЇНІ ТА ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ</b>	<b>133</b>
4.1	Аналіз організації роботи зі зверненнями громадян в Україні за 2013, 2018 та 2022 роки	134
4.2	Аналіз організації роботи зі зверненнями громадян у Департаменті охорони здоров'я Чернівецької обласної державної адміністрації та закладах охорони здоров'я	155

	Чернівецької області за 2015-2022 роки	
Висновки до розділу 4		174
РОЗДІЛ 5	АНАЛІЗ ПРИЧИН ВИНИКНЕННЯ КОНФЛІКТІВ ТА ТЕХНОЛОГІЙ УПРАВЛІННЯ КОНФЛІКТАМИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ	177
5.1	Управлінські підходи до профілактики та вирішення конфліктів в закладах охорони здоров'я	
5.2	Конфліктні ситуації в закладах охорони здоров'я: погляд пацієнта	192
5.3	Аналіз та оцінка причинно-наслідкових зв'язків у конфліктних ситуаціях в системі «керівник-лікар-пацієнт»	210
Висновки до розділу 5		216
РОЗДІЛ 6	ОЦІНКА МІЖОСОБИСТІСНИХ ВІДНОСИН ТА КОМУНІКАТИВНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	219
6.1	Дослідження умов виникнення, розвитку та вирішення конфліктів з позиції медичних працівників	
6.2	Оцінка комунікативних компетентностей лікарів	244
Висновки до розділу 6		250
РОЗДІЛ 7	МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ, РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ УПРАВЛІННЯ КОНФЛІКТАМИ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	252
7.1	Медико-соціальне обґрунтування концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я	253
7.2	Розробка концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я	264
7.2.1	Розробка концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами на державному та галузевому рівнях	265
7.2.2	Розробка концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами на регіональному рівні	271
7.2.3	Розробка концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я	276

7.3	Упровадження окремих елементів моделі на галузевому, регіональному та місцевому рівнях	285
7.4	Експертна оцінка ефективності моделі	286
	Висновки до розділу 7	291
	ВИСНОВКИ	294
	СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	299
	ДОДАТКИ	332

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ ТА СКОРОЧЕНЬ

- ВООЗ – Всесвітня Організація Охорони Здоров'я
- МОЗ – Міністерство охорони здоров'я
- НСЗУ – Національна служба здоров'я України
- ОЗ – охорона здоров'я
- ДОЗ – Департамент охорони здоров'я
- ПМД – первинна медична допомога
- ЗОЗ – заклад охорони здоров'я
- ОКЛ – обласна клінічна лікарня
- ЗМІ – засоби масової інформації
- ОДА – Обласна державна адміністрація
- БЛІЛ – багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування
- ЗУ – Закон України
- ККУ – Кримінальний кодекс України
- ЦКУ – Цивільний кодекс України
- КпКУ – Кримінально-процесуальний кодекс України
- КпАП – Кодекс України про адміністративні правопорушення
- МСЕК – медико-соціальна експертна комісія
- ЛКК – лікарсько-консультативна комісія
- КНП – комунальне некомерційне підприємство

## ВСТУП

**Обґрунтування вибору теми дослідження.** Здоров'я є однією з основних потреб і невід'ємним правом людини. Ця ціннісна установка – соціально-психологічний орієнтир, який визначає мотиваційну поведінку індивідів, соціальних груп і суспільства в цілому, що відбивається в соціальній політиці держави [1-5].

Реформування державної системи охорони здоров'я відбувається більше 10 років, але всупереч очікуванням супроводжується наростанням протиріч і конфліктогенності в ЗОЗ, зниженням ступеня задоволеності пацієнтів і лікарів якістю наданої медичної допомоги, що є основними критеріями обґрунтованості і правильності обраного напрямку реформ. Це свідчить про неблагополуччя в соціально значущій сфері охорони здоров'я [6, 7].

Незважаючи на констатацію того, що конфлікт є непереборним явищем в житті суспільства, колективу і кожної людини, він забезпечує їх прогрес і поступальний розвиток. Однак конфліктні ситуації в ЗОЗ оцінюються учасниками і сторонніми спостерігачами цих процесів як небажані, що вимагають негайного вирішення. Стрес, що виникає в суб'єктів конфліктної взаємодії, ускладнює міжособистісне спілкування, знижує якість проведеного лікування, негативно впливає на психо-фізіологічний стан медичних працівників, підвищує соціальну напругу в середовищі надавачів та отримувачів медичних послуг [8, 9].

Конфлікти в ЗОЗ лише зовні носять локальний характер. Функціонально вони тісно пов'язані з тими процесами і суперечностями, які становлять головний зміст соціальних змін у суспільстві.

Медичні працівники тривалий час знаходяться в складній соціальній і професійній ситуації. Незважаючи на реформування галузі, ще до початку військових подій, цей процес відбувався зі складнощами, які відбиваються й в теперішній час на діяльності закладів охорони здоров'я й відчуються кожним

медичним працівником, та призводять до зниження емоційного фону, стану внутрішньої тривоги та професійної незадоволеності. Низька оплата праці медичних працівників знижує мотивацію до якісного виконання своїх професійних обов'язків. Найчастіше соціальні та побутові проблеми екстраполюються учасниками конфлікту на процес міжособистісного спілкування, що сприяє зростанню конфліктності в ЗОЗ [10, 11].

За умов воєнного стану психоемоційне та фізичне навантаження на медичних працівників значно зросло внаслідок руйнування інфраструктури ЗОЗ, підвищення попиту громадян на певні види медичної допомоги, які були менш затребувані в мирний час, міграції медиків в межах та за межі країни, а також призов частини медичних працівників на військову службу. Психоемоційний стан населення, постраждалого внаслідок війни та наслідків масштабної епідемії COVID-19, характеризується нестабільністю, що може негативно впливати на зміст відносин при спілкуванні з працівниками сфери охорони здоров'я.

Із часів проведення реформ невирішеними питаннями залишаються виявлення причин виникнення конфліктів в ЗОЗ, організація моніторингу процесів конфліктної взаємодії та їх наслідків, вибір адекватних методів і технологій управління конфліктами, що обумовлює актуальність проблеми.

Актуальність проблеми значною мірою посилюється достатньо жорстким регулюванням організації розгляду звернень громадян з медичних питань на нормативному рівні за умов недосконалої правової підтримки лікаря на випадок виникнення конфліктної ситуації.

Проблемам управління конфліктами в сфері охорони здоров'я присвячені роботи вітчизняних та іноземних авторів: Устінова О. В. (2019), Волченко Є. Є. (2020), Заїки В. (2022), Jerng J. S., Huang S. F., Liang H. W., Chen L. C., Lin C. K., Huang H. F. (2022) et al. Однак недостатньо висвітленими залишаються питання запобігання конфліктам в закладі охорони здоров'я, удосконалення організації роботи зі зверненнями громадян, контролю ризиків виникнення конфліктів з боку керівників закладів охорони здоров'я, а також внеску зовнішніх



детермінант у розвиток та вирішення конфліктних ситуацій, пов'язаних з наданням медичної допомоги, – засобів масової інформації, органів правосуддя, вищих органів управління охороною здоров'я, що підтвердило доцільність проведення даного дослідження.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Робота є результатом самостійного дослідження автора та відповідає темі науково-дослідної роботи кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Буковинського державного медичного університету «Обґрунтування та розробка медико-соціальних технологій профілактики основних неінфекційних захворювань» (№ держреєстрації 0120U102625, термін виконання 2020-2024 рр.).

**Мета дослідження:** здійснити медико-соціальне обґрунтування, розробку та впровадження (за окремими елементами) концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я.

Для досягнення поставленої мети були визначені наступні **завдання:**

1. Провести теоретичний аналіз наукових літературних джерел з міжнародних та вітчизняних підходів до управління конфліктами в закладах охорони здоров'я.

2. Дослідити стан нормативно-правового регулювання конфліктів у сфері охорони здоров'я України.

3. Дослідити стан організації роботи зі зверненнями громадян в Україні та в закладах охорони здоров'я Чернівецької області.

4. Дослідити фактори виникнення конфліктів та технології управління конфліктами в закладах охорони здоров'я Чернівецької області.

5. Здійснити медико-соціальне обґрунтування та розробку концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я.

6. Упровадити окремі елементи концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами на різних рівнях управління галуззю та провести експертну оцінку її ефективності.

**База наукового дослідження:** заклади охорони здоров'я Чернівецької області (8 од.), Чернівецький інформаційно-аналітичний центр медичної статистики, Головне управління статистики у Чернівецькій області.

**Об'єкт дослідження:** система управління конфліктами в закладі охорони здоров'я.

**Предмет дослідження:** нормативно-правове регулювання конфліктів в охороні здоров'я; стандарти акредитації закладів охорони здоров'я; організація роботи зі зверненнями громадян закладів і органів управління охороною здоров'я; міжособистісні відносини в колективах закладів охорони здоров'я; стилі конфліктної поведінки працівників; задоволеність пацієнтів медичним обслуговуванням; комунікативні схильності медичних працівників.

**Методи дослідження.** Методичний апарат дисертаційної роботи становить комплекс медико-соціальних методів дослідження, що загалом визначає, як напрям наукового пошуку, так і зміст дослідження в спектрі науки – соціальної медицини.

З метою вирішення поставлених завдань були використані наступні **методи дослідження:**

- *системного підходу і аналізу* – для проведення комплексного аналізу системи управління конфліктами в закладі охорони здоров'я як багатокомпонентної відкритої системи, складові якої взаємопов'язані між собою та зовнішнім середовищем;

- *бібліосемантичний* – для проведення теоретичного аналізу наукових літературних джерел з міжнародних і вітчизняних підходів до управління конфліктами в закладах охорони здоров'я;

- *контент-аналізу* – з метою проведення змістовного вивчення нормативно-правових актів з питань врегулювання конфліктів в медицині;

- *соціологічний (анкетне опитування)* – для вивчення міжособистісних відносин в медичному колективі, стилю конфліктної поведінки медичних працівників, задоволеності пацієнтів медичним обслуговуванням, виявлення комунікативних схильностей медичних працівників;

- *медико-статистичний* – для збору, обробки і аналізу отриманої під час дослідження кількісної інформації;

- *графічний* – для візуалізації цифрової та текстової інформації;

- *концептуального та описового моделювання* – для обґрунтування та опису концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я;

- *функціонально-структурного моделювання* – для розробки концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я;

- *експертних оцінок* – для проведення оцінки концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я висококваліфікованими експертами.

**Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше в Україні** здійснено медико-соціальне обґрунтування концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я, суттєвими інноваційними елементами якої стали:

1) попередження і конструктивне врегулювання конфліктів в сфері охорони здоров'я шляхом запровадження механізму посередництва – медіації, який забезпечується підготовкою професійних медіаторів в закладах вищої медичної освіти та доповненням функцій відповідальної особи за звернення громадян департаменту охорони здоров'я діяльністю з медіації;

2) запровадження додаткових стандартів акредитації закладів охорони здоров'я з питань запобігання та врегулювання конфліктів;

3) удосконалення інформаційного захисту закладу охорони здоров'я і медичних працівників при взаємодії з засобами масової інформації;

4) експертна допомога медичному працівникові в конфліктних ситуаціях профільними професійними асоціаціями;

5) підвищення рівня компетентностей керівників з управління конфліктами та формування й підтримка високого рівня організаційної культури в закладах охорони здоров'я;

6) підвищення рівня комунікативних і морально-етичних компетентностей медичних працівників;

7) активне застосування інформаційно-комунікаційних технологій між усіма сторонами потенційних і наявних конфліктів на всіх рівнях управління сферою охорони здоров'я;

8) комплексна програма управління конфліктами в закладі охорони здоров'я.

*Удосконалено підходи до організації роботи зі зверненнями громадян в закладі охорони здоров'я, підвищення рівня задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги.*

*Набули подальшого розвитку науково-методичні підходи до дослідження систем управління в охороні здоров'я на державному, галузевому, регіональному та місцевому рівнях в частині аналізу функцій з профілактики та врегулювання конфліктів.*

**Теоретичне значення** одержаних результатів полягає в суттєвому доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про управління охороною здоров'я, зокрема, управління конфліктами в закладі охорони здоров'я.

**Практичне значення роботи** полягає в тому, що її результати стали підставою для впровадження окремих елементів *на галузевому, регіональному та місцевому рівнях управління:*

а) на *галузевому та регіональному рівні* матеріали дослідження використано при підготовці:

- методичних рекомендацій «Сучасні підходи до врегулювання конфлікту в системі «лікар-пацієнт»: правовий аспект» № 2-2024/Бідучак А. С.

- інформаційного листа «Концептуальна функціонально-організаційна модель управління конфліктами в закладі охорони здоров'я» № 7-2024/Бідучак А. С.

- раціоналізаторських пропозицій: «Функціонально-організаційна модель профілактики та управління конфліктами в медичній організації»

№ 29/23/Бідучак А. С.; «Алгоритм управління конфліктами в медичній організації» №30/23/Бідучак А. С.

- свідоцтва про реєстрацію авторського права на твір: № 123157 «Conflict situations in medical organizations (from problems to solutions)». Автор: Бідучак А. С. Дата реєстрації: 24.01.2024 р.;

- свідоцтва про реєстрацію авторського права на твір: № 123158 «Distribution of offensive information concerning medical workers on internet». Автор: Бідучак А. С. Дата реєстрації: 24.01.2024 р.;

- свідоцтва про реєстрацію авторського права на твір: № 124108 «Медичні конфлікти в системі «лікар-пацієнт»». Автор: Бідучак А. С. Дата реєстрації: 23.02.2024 р.;

- свідоцтва про реєстрацію авторського права на твір: № 125450 «Analysis of the emergence of conflicts in the doctor-patient system». Автор: Бідучак А. С. Дата реєстрації: 08.04.2024 р.;

- свідоцтва про реєстрацію авторського права на твір: № 125449 «Детермінанти конфлікту медицини та суспільства (огляд літератури)». Автор: Бідучак А. С. Дата реєстрації: 08.04.2024 р.;

- при використанні одержаних результатів у навчальному процесі профільних кафедр закладів вищої медичної освіти України (акти впровадження – 3 од.)

*б) на місцевому рівні:*

- при використанні одержаних результатів у діяльності закладів охорони здоров'я Чернівецької області: КНП «Герцаївська міська лікарня» (акти впровадження від 03.10.2023 р. та 25.12.2023 р.); КНП «Сторожинецька БЛЛ» (акти впровадження від 09.10.2023 р. та 26.12.2023 р.); КНП «Кіцманська БЛЛ» (акти впровадження від 13.10.2023 р. та 21.12.2023 р.); ОКНП «Чернівецька лікарня швидкої медичної допомоги» (акти впровадження від 08.11.2023 р. та 28.12.2023 р.); ОКНП «Чернівецький обласний клінічний кардіологічний центр» (акти впровадження від 15.11.2023 р. та 13.12.2023 р.); КНП «Чернівецький обласний перинатальний центр» (акт впровадження від

21.12.2023 р.); ОКНП «Чернівецький обласний стоматологічний центр» (акти впровадження від 26.10.2023 р. та 18.12.2023 р.); КМП «Центр первинної медико-санітарної допомоги «Садгора» Чернівецької міської ради» (акти впровадження від 14.10.2023 р. та 19.12.2023 р.); КМП «Центр первинної медико-санітарної допомоги «Роша» Чернівецької міської ради» (акт впровадження від 04.03.2024 р.); КНП «Новоселицький центр первинної медико-санітарної допомоги «Промінь здоров'я» (акт впровадження від 12.02.2024 р.); КНП «Хотинський центр первинної медико-санітарної допомоги» (акт впровадження від 12.06.2024 р.).

**Особистий внесок здобувача.** Автором самостійно здійснений інформаційний пошук, визначені мета і завдання, розроблена програма дослідження, обрані методологічні підходи до вирішення поставлених завдань, здійснено збір та викопіювання даних, їх обробка, аналіз та узагальнення отриманих результатів та виконані заплановані завдання на усіх етапах дослідження. Розроблені анкети для опитування респондентів, обґрунтовано та здійснено медико-соціальне обґрунтування та розробку концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я, впроваджено її окремі елементи на галузевому, регіональному та місцевому рівні, організовано проведення експертної оцінки її ефективності. Узагальнено отримані результати, написано всі розділи дисертації, сформульовано висновки та практичні рекомендації.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення та результати дисертаційного дослідження доповідались, обговорювались:

*- на міжнародному рівні:*

- Actual Priorities Of Modern Science, Education And Practice Proceedings of the XII International Scientific and Practical Conference. Paris, France, March 29 – April 01, 2022;

- II International Scientific and Theoretical Conference. Valencia, Kingdom of Spain: European Scientific Platform. September 16, 2022;

- Modern vision of implementing innovations in scientific studies: collection of scientific papers «SCIENTIA» with Proceedings of the I International Scientific and Theoretical Conference, March 31, 2023;

- Modernization Of Science And Its Influence On Global Processes. III International Scientific and Theoretical Conference. Bern, Swiss Confederation: European Scientific Platform. April 14, 2023;

- IV International Scientific and Theoretical Conference. Coventry, United Kingdom. July 14, 2023;

- II International Scientific and Theoretical Conference Modern tools and methods of scientific investigations Antwerp, Kingdom of Belgium. 2023;

- The latest information and communication technologies in education. Abstracts of XI International Scientific and Practical Conference. Florence, Italy. November 27-29, 2023.

***- на державному рівні:***

- міжнародна науково-практична конференція: Актуальні питання науки, освіти і суспільства в сучасних умовах. Полтава, 21 грудня 2022 р.;

- міжнародна науково-практична конференція: Наука, освіта і суспільство: актуальні проблеми теорії та практики. м. Кропивницький, Україна, 10 березня 2023 р.;

- міжнародна науково-практична конференція: Технології, інструменти та стратегії реалізації наукових досліджень. V Міжнародна наукова конференція, м. Київ, 24 лютого, 2023 р.;

- міжнародна науково-практична конференція: «Теоретико-практичні аспекти розвитку науки, освіти та суспільства» 28 квітня 2023 р., м.Рівне, Україна;

- міжнародна мультидисциплінарна наукова інтернет-конференція: Світ наукових досліджень. м. Тернопіль, Україна – м. Переворськ, Польща, 16-17 лютого 2023 р.;

- Всеукраїнське науково-педагогічне підвищення кваліфікації «Роль соціального та емоційного інтелекту як найважливіших soft-skills XXI століття в освітньому процесі» 6 березня – 16 квітня 2023 р.;

- міжнародна науково-практична конференція: Інноваційна наука: пошук відповідей на виклики сучасності. 22 грудня 2023 рік м. Одеса, Україна;

- міжнародна науково-практична конференція: Матеріали підсумкової 104-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету, (м. Чернівці, 6, 8, 13 лютого 2023 р.) Чернівці: Медуніверситет, 2023;

**Публікації.** За матеріалами дисертації опубліковано 44 наукові роботи (13 – одноосібно), з них: 16 статей у наукових фахових виданнях України, 6 у науко-метричних виданнях Scopus та Web of Science, з яких 3 – у виданнях з імпакт-фактором Q<sub>3</sub>, 1 – у закордонному виданні; 17 тез – у збірниках наукових праць, матеріалах конференцій; монографія; інформаційний лист; методичні рекомендації; 2 раціоналізаторські пропозиції.

**Обсяг і структура роботи.** Повний текст дисертаційного дослідження викладений на 385 сторінках друкованого тексту, з них основного – 280 сторінок, складається з вступу, семи розділів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаної літератури, який налічує 272 од. (з них 226 – кирилицею та 46 латиницею), 5 додатків, ілюстрована 27 таблицями та 77 рисунками.



## РОЗДІЛ 1

МІЖНАРОДНІ ТА ВІТЧИЗНЯНІ ПІДХОДИ ДО УПРАВЛІННЯ  
КОНФЛІКТАМИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
(ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

У сучасній Україні під впливом реформ медичні працівники набувають нового статусу і стають об'єктом правової уваги з боку пацієнтів та їхніх родин. Питання професійної відповідальності медичних працівників набувають все більшої актуальності та пов'язані зі зростанням кількості цивільних позовів про відшкодування моральної шкоди у зв'язку з ненаданням або неналежним наданням медичних послуг [12].

За останні роки кількість позовів проти медичних працівників зросла в рази, зануривши сферу охорони здоров'я в судову тяганину, яка навряд чи матиме позитивний результат, як для лікаря, так і для пацієнта. Міжнародний досвід показує, що статистика позовів пацієнтів з вимогою відшкодування моральних втрат і збитків, спричинених медичними помилками та упущеннями, зростає з року в рік [13]. Сьогодні поширеними є позови про відшкодування моральної шкоди, суми яких обчислюються мільйонами доларів. З'явилися також адвокати, які спеціалізуються на представництві інтересів пацієнтів у зв'язку з неякісною медичною допомогою [14].

За оцінками різних експертів, кількість позовів у різних регіонах України подвоїлася, почотверилася, помножилася на шість, вісім... та кількість постійно зростає. За оцінками експертів, 70-75% звернень до судів пов'язані з порушенням прав пацієнтів [15, 16].

Тому важливо аналізувати медичну правову практику, спираючись на факти з сучасної дійсності. Це пов'язано з тим, що деякі її положення не узгоджуються з існуючими правовими нормами і створюють труднощі в застосуванні при оцінці якості медичної допомоги. Важливо розвивати методи досудового врегулювання спорів, залучати юридичну спільноту в цілому до

правових та інших проектів і програм, сприяти науковій обґрунтованості законотворчості, досліджувати та вдосконалювати практику застосування законодавства.

### 1.1. Детермінанти конфлікту медицини та суспільства

В останні десятиліття медицина стала однією з найбільш важливих галузей людського життя. Забезпечення належного доступу до якісної медичної допомоги є пріоритетним завданням для багатьох країн та міжнародних організацій. Серед них особливе місце займає Всесвітня організація охорони здоров'я (далі – ВООЗ). ВООЗ відіграє ключову роль у поширенні світового досвіду щодо здоров'я та забезпеченні сприятливих умов для розвитку медицини [17]. Проте, як і в будь-якій іншій сфері, конфлікти виникають і в медицині.

ВООЗ визнає значення конфліктів в медицині та їх вплив на якість медичної допомоги та охорону здоров'я загалом. ВООЗ сприяє розвитку стратегій та політик, спрямованих на підвищення безпеки та ефективності медичної практики, а також на забезпечення взаємодії між лікарями, пацієнтами та іншими зацікавленими сторонами без конфліктів [18, 19].

ВООЗ виконує ряд функцій, пов'язаних з управлінням медичною сферою та просуванням здоров'я на світовому рівні. Ця організація забезпечує належну координацію та співпрацю між країнами у сфері медицини, розробляє стратегії профілактики захворювань, надає технічну допомогу країнам-членам та виконує нагляд за світовими пандеміями. Одним з важливих аспектів діяльності ВООЗ є вирішення конфліктів в медицині [20].

Необхідно визначити основні проблеми та конфлікти, з якими стикається медична сфера. Одним з таких проблемних питань є розподіл медичних ресурсів, особливо в країнах з недостатньою медичною інфраструктурою. Багато країн, особливо розвинені, мають доступ до сучасної медицини та технологій, у той час, як інші країни борються з недостатком необхідних

ресурсів для забезпечення навіть базової медичної допомоги. Це створює соціальну та економічну нерівність та може призводити до конфліктів між країнами та групами населення [21].

Іншою проблемою є етичні конфлікти, пов'язані з медичними дослідженнями та використанням новітніх технологій. Використання генетичних даних, клонування, штучне запліднення та інші сучасні медичні практики можуть породжувати моральні дилеми та етичні протиріччя. ВООЗ намагається вирішувати ці конфлікти та розробляти міжнародні стандарти та рекомендації з етики в медицині [22].

ВООЗ відіграє активну роль у врегулюванні конфліктів в медицині. Організація сприяє міжнародному співробітництву та діалогу, організовує конференції та зустрічі з представниками медичної спільноти для обговорення проблем та пошуку рішень. ВООЗ також розробляє рекомендації та гайдлайни щодо вирішення конфліктів та забезпечує технічну допомогу країнам у врегулюванні медичних протиріч [23, 24].

ВООЗ виконує важливу роль у забезпеченні глобального здоров'я та розробці стратегій для розвитку медицини. Організація продовжує працювати над вирішенням медичних проблем та сприяти співпраці між країнами для досягнення загальної мети – покращення якості медичного обслуговування та забезпечення світового здоров'я [25].

Підтримка впровадження принципів медичної етики та норм професійної поведінки у медичну практику включає принципи справедливості, прозорості, довіри, дотримання прав пацієнтів та зобов'язання професійного медичного персоналу. ВООЗ рекомендує країнам приділяти належну увагу професійній етиці та розробці механізмів вирішення конфліктів, що виникають у медичному середовищі [26].

Окрім того, ВООЗ працює над забезпеченням надійних систем управління якістю в медичній сфері. Це включає створення стандартів, протоколів та керівництв з метою покращення безпеки та якості медичної допомоги. ВООЗ

сприяє впровадженню системного підходу до управління ризиками, зокрема ризиками конфліктів та розробці механізмів їх запобігання та вирішення [27].

Крім того, ВООЗ підтримує розвиток комунікаційних навичок та навичок управління конфліктами для медичного персоналу. Це включає тренінги, семінари та підготовку, спрямовану на вдосконалення комунікації між медичним персоналом та пацієнтами, а також між самими членами медичного колективу. ВООЗ акцентує увагу на важливості ефективного спілкування, розумінні потреб пацієнтів та вирішенні конфліктів шляхом конструктивної дискусії та медіації [28].

Отже, ВООЗ визнає значення управління конфліктами в медичному колективі та підтримує розвиток стратегій, політик і навичок, спрямованих на забезпечення безпеки, ефективності та взаємодії в медичній практиці. Посилення управління конфліктами сприятиме покращенню якості надання медичної допомоги, зменшенню ризиків та покращенню задоволення, як медичного персоналу, так і пацієнтів [29, 30].

Вибір спеціальності та успішне навчання майбутніх лікарів визначається взаємозв'язком між індивідуально-психологічними особливостями, мотивацією та зовнішніми факторами. В умовах ринку освітніх послуг необхідно побудувати систему соціологічного супроводу формування професійних компетентностей майбутніх лікарів. З цією метою необхідно розробити методологію комплексного дослідження важливих для майбутніх лікарів професійних характеристик, зокрема здатності до співчуття, емпатії та прагнення дотримуватися етичних принципів, необхідних для набуття професійних навичок. Це дозволить правильно зрозуміти унікальність взаємовідносин між пацієнтом і лікарем у ринкових умовах, коли моральні стимули мають пріоритет над матеріальними.

Надання медичних послуг в сучасному суспільстві тісно пов'язане з розвитком технологічних інновацій та появою стандартів передових технологій і сучасних фармакотерапевтичних методів. Однак критичний аналіз медичної інформації свідчить про неухильне зростання ризику прийняття нерациональних

рішень у медичній практиці, що призводить до значного підвищення рівня ятрогенії. У цьому контексті сформувалися два протилежні погляди на ставлення суспільства і медичної професії. Прихильники першої точки зору вважають, що консервативна громадська думка гальмує прогрес сучасної медицини. Прихильники другої точки зору переконані, що інноваційні розробки в медицині порушують гармонію між природою і людиною та ведуть до деградації [31, 32].

Однак суспільство і медицина не протистоять одне одному, хоча й перебувають у складній взаємодії. Медичні працівники та медицина в цілому, навмисно чи ненавмисно, впливають на громадську думку та змінюють її. Життя і здоров'я кожної людини залежить від дотримання медичних стандартів у різних верствах населення, в перевірці яких зацікавлене суспільство.

З іншого боку, українське суспільство постійно обмежує витрати на охорону здоров'я, роблячи громадське здоров'я одним з основних споживачів державних фінансів, не забуваючи при цьому повторювати думку про те, що медична професія – це професія людей, які схильні жертвувати собою заради блага окремих людей і суспільства в цілому. У цьому контексті розуміння того, що ефективна прихильність до стандартів громадського здоров'я та медичних технологій може принести значні економічні вигоди у вигляді підвищення продуктивності праці, збільшення тривалості життя та скорочення нефіскальних соціальних витрат, зникло. Державні управлінські структури проводять політику, що ефективна охорона здоров'я не може існувати без належного фінансування, безперервного притоку нових медичних працівників, зниження реальної собівартості надання медичних послуг у державних закладах охорони здоров'я та медичної освіти у профільних університетах [33].

Соціальна роль охорони здоров'я в цілому та надання медичних послуг зокрема є питаннями, які сьогодні широко і часто обговорюються в Україні. Реалізація різноманітних програм, концепцій та планів модернізації галузі охорони здоров'я допомогла вирішити деякі нагальні проблеми, але водночас створила багато нових. Найважливішою проблемою є потенціал внутрішніх

медико-санітарних конфліктів, які є відображенням зниження престижу медичної професії в українському суспільстві [34].

Зростаюче невдоволення суспільства медичною професією та безпрецедентне збільшення кількості та рівня конфліктів між пацієнтами та лікарями не можна пояснити «складними» культурними змінами, як це спостерігається в більшості країн світу, в тому числі розвинених. Безумовно, проблеми взаємовідносин суспільства і медицини в період реформування системи охорони здоров'я спостерігаються як у глобальному медичному світі, так і в Україні [35, 36]. Зокрема, розширення медикалізації, узурпація охороною здоров'я окремих функцій соціального контролю, розширення транснаціонального фармацевтичного ринку, зміна моделі взаємовідносин між лікарем і пацієнтом внаслідок комерціалізації охорони здоров'я, зміна структури виробництва медичних послуг під впливом нових біотехнологій та інноваційних медичних приладів.

На думку вітчизняних вчених [37], є два моменти, на які слід звернути увагу при розгляді витоків конфлікту між пацієнтом і лікарем.

По-перше, проблему не можна розглядати лише з однієї точки зору – етики лікарів та їхнього ставлення до пацієнтів. Поведінка лікарів зазвичай відображає ставлення суспільства та пацієнтів до лікарів. Однак вони не збігаються. Зазвичай серед них є сильніший, і цей «хтось» завжди повинен бути лікарем.

По-друге, і мораль лікарів, і мораль пацієнтів (про що рідко пишуть), а отже, і їхні стосунки, є непорушними, даними лише один раз, у будь-який час і в будь-якій країні. Звичайно, є незмінна популяція, на яку не впливають жодні чинники. Лікарі зобов'язані нести добро тим, хто до них звертається, але і пацієнти повинні ставитися до лікарів з довірою та повагою.

Однак життя змінюється, медичні технології модернізуються, в різних країнах впроваджуються різні моделі охорони здоров'я, якість життя стає все більш важливою для розуміння наслідків охорони здоров'я, змінюються підходи до ірраціональності, як у демократичних, так і в тоталітарних

державих. Усе це демонструє різноманіття етичних питань та ірраціональності в охороні здоров'я. За даними Національної медичної бібліотеки США в Бетесді, штат Меріленд, яка має публікації в 3600 провідних медичних журналах з усіх континентів, за досить обмежений період між 1991 і 1995 роками було опубліковано 4725 статей, які більшою чи меншою мірою торкалися теми взаємовідносин між лікарем і пацієнтом [38, 39]. Це число найкраще ілюструє актуальність проблеми. Таким чином, з точки зору виробництва та споживання медичних послуг, відносини між споживачем та виробником значною мірою залежать від того, наскільки структура та функціонування виробничої системи відповідає очікуванням пацієнтів та лікарів.

Виробничі системи охорони здоров'я та будь-які системи, що містять їх складові елементи, повинні функціонувати відповідно до певних принципів і з використанням єдиних організаційних методів. Системи охорони здоров'я, як у державному, так і в комерційному секторах, повинні вирішувати завдання, спрямовані на досягнення цілей і результатів національної системи охорони здоров'я. Зокрема, з точки зору забезпечення належного рівня доступності, якості та безпеки послуг, що надаються, система організації охорони здоров'я повинна бути спрямована на досягнення певних результатів у вигляді збереження та покращення характеристик здоров'я пацієнтів. Слід зазначити, що хоча ця галузь має свою історію, великий потенціал її розвивається з початку 20-го століття, українські бізнес-організації, підприємства та установи все ще відстають від своїх зарубіжних колег у впровадженні сучасних методів управління якістю послуг, які вони надають [40].

Виробничі процеси в ринкових умовах все більше орієнтуються на задоволеність споживачів наданими послугами, оскільки послуги все частіше стають об'єктом купівлі-продажу. Це підвищує вимоги до якості медичних послуг і ставить питання про вартість наданих послуг. Така перспектива вимагає використання стандартів як мірила якості медичних послуг. Мають бути розроблені не тільки технічні стандарти на функції і процедури, пов'язані з діагностикою, лікуванням, реабілітацією та профілактикою захворювань, а й

стандарти надання медичних послуг при різних медичних станах з урахуванням їх вартості. На жаль, поки що нікому не вдалося розробити стандартизовані вимоги до управління взаємовідносинами між пацієнтами і медичними працівниками або запровадити жорсткі правила, що регулюють цей процес, настільки він різноманітний і складний [41].

Орієнтація системи на споживача має важливе значення для реалістичної оцінки рівня якості медичних послуг, що надаються. Споживачі (пацієнти) часто є зовнішніми стейкхолдерами системи виробництва медичних послуг, тому їх називають зовнішніми споживачами. Організації охорони здоров'я також мають внутрішніх споживачів, наприклад, клінічне відділення лікарні є споживачем приймального відділення, медична частина є споживачем діагностичного відділення тощо. Працюючи від імені споживачів та враховуючи їхні інтереси, можна досягти необхідної якості медичних послуг.

Серед фахівців з менеджменту найскладнішим структурним елементом виробничої системи є людські ресурси організації охорони здоров'я. Це включає в себе значні відмінності в професійній підготовці та рівні кваліфікації [42, 43]. Це пов'язано з демографічними параметрами, індивідуальними особливостями медичних працівників, різноманітністю та складністю завдань і функцій різних категорій медичного персоналу. На успіх або невдачу результатів управління організаціями охорони здоров'я також впливає те, наскільки ефективно менеджери управляють виробничими лініями охорони здоров'я з метою підвищення якості та задоволення очікувань пацієнтів.

Інтегрована система управління ефективністю та якістю діяльності організації охорони здоров'я означає, що всі менеджери працюють разом і їхні інтереси узгоджені для забезпечення доступності, якості та безпеки на всіх рівнях виробництва. Основою цієї роботи є стандартизація медичних технологій, яка забезпечує чітку організацію медичної допомоги пацієнтам, регламенти та робочі структури для виконавців, обсяг підтримки на всіх етапах медико-технологічного процесу, оптимальний розподіл усіх видів ресурсів та контроль за їх використанням. Якщо система управління якістю функціонує



оптимально, то докладені зусилля дозволять їй відповідати очікуванням споживачів медичних послуг. Однак суперечки між споживачами (пацієнтами) і фахівцями в галузі охорони здоров'я (медичним персоналом) часто стають об'єктом моніторингу та предметом внутрішніх розслідувань, перевірок і судових справ.

Системними причинами протиріч є соціальні умови, такі як взаємодія між пацієнтами та медичними працівниками, що ускладнилися в процесі реформування національної системи охорони здоров'я, умови праці в медичних закладах та зміна соціального статусу лікарів і медсестер. Вивчення потенційних конфліктів у медичному виробництві пов'язане з низкою «білих плям» і вимагає системного дослідження та аналізу причинно-наслідкових зв'язків [44]. Це дозволить правильно зрозуміти специфіку формування конфліктів, оскільки факт їх виникнення не може бути оскаржений. Більше того, зростання кількості конфліктів між пацієнтами і медичними працівниками та їхніми структурами свідчить про те, що проблема вже давно вийшла за межі взаємовідносин між пацієнтами і лікарями.

Протиріччя в системі відносин «лікар-пацієнт» після реформи відносин «пацієнт-лікар» є виробництво медичних послуг (медицина), як сукупність науково-практичної діяльності, спрямованої не тільки на збереження і зміцнення здоров'я людей, а й на профілактику та лікування захворювань. Причому для обох сторін, що беруть участь у цих відносинах, медицина може бути, як наукою, так і мистецтвом. У такому підході немає жодних протиріч. Суперечності виникають з того моменту, коли в медицину приходять підприємство. У контексті схильності до професійної медичної діяльності медичні працівники мотивовані на отримання прибутку, розмір якого визначається не морально-етичними правилами, а суворими економічними законами ринку та економіки [45].

На жаль, більшість пацієнтів починають усвідомлювати справжню цінність здоров'я лише тоді, коли стикаються з серйозними і хронічними фізичними захворюваннями або травмами. У цей момент вони усвідомлюють,

що тільки здоров'я може бути пов'язане зі щастям. Без здоров'я неможливо жити щасливим життям. Багато людей також відкривають для себе, що відсутності фізичної хвороби недостатньо, щоб мати належну якість життя; вони повинні бути в духовній гармонії з собою, своїми близькими і навколишнім світом. З цієї причини лікарі повинні визнавати пацієнтів біологічними, фізичними і соціальними об'єктами, які мають складні і різноманітні взаємодії з навколишнім середовищем.

Однак на даний момент відносини між пацієнтом і лікарем у діловому світі піддаються серйозним сумнівам. У багатьох випадках пацієнти не дотримуються принципів «здоров'язберігаючої» поведінки, а віддають перевагу поведінці, що «руйнує здоров'я». Такий спосіб життя призводить до розвитку хронічних захворювань з ускладненнями та інвалідності. Лікарі, які надають медичні послуги в умовах ринкової економіки, перебувають у досить складному становищі. З одного боку, як представники суспільства і, як професіонали, вони повинні відстоювати принцип, що легше і дешевше попередити хворобу, ніж її лікувати, а з іншого боку, вони піддаються спокусам бізнесу, заснованого на принципі максимізації прибутку. І тут в дію вступають механізми ціноутворення, засновані на принципі, що чим серйозніше захворювання, чим більше ускладнень, тим ширший спектр засобів діагностики та лікування, а отже, тим більша можливість підвищення відпускнуої ціни на медичні послуги і збільшення прибутку. На цьому етапі економічні цінності починають домінувати у відносинах між пацієнтом і лікарем, перекриваючи етичні цінності, які донедавна вважалися абсолютною характеристикою медичної професії у вітчизняній охороні здоров'я.

В умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні стабільність абсолютних цінностей під впливом ринку викликає найбільше занепокоєння, а необхідність формування цін на медичні послуги призводить до неоднозначності та соціального конфлікту щодо справедливості преїскурантів. Оскільки не існує матеріальної бази для встановлення «справедливих цін», неможливо уявити механізм ціноутворення на медичні послуги [46, 47].

Протягом останніх двох десятиліть лікарі, які працюють у державних закладах охорони здоров'я, почали надавати неофіційні платні послуги і зіткнулися з необхідністю встановлювати власні рівні цін. Як наслідок, в організаціях охорони здоров'я з'явилися фахівці, які діють, як формулятори цін, і їхні знання механізмів ціноутворення можуть бути використані для контролю за інтерпретацією цін, які встановлюють продавці товарів і послуг.

У різних кодексах медичної етики згадуються такі умови: «Мотиви матеріальної або особистої вигоди не повинні впливати на прийняття лікарем професійних рішень» [48, 49]. За даними дослідників, в економічно розвинених країнах середньо-статистична людина має на третину більше шансів піддатися одній з семи основних хірургічних процедур, ніж лікар або його сім'я [50]. Це дає чітке уявлення про опортуністичну поведінку в умовах, коли лікар не має можливості отримати вигоду. Це дає чітке уявлення про опортуністичну поведінку в умовах інформаційної асиметрії про ринок медичних послуг. Більше того, медичні працівники в ринковому середовищі керуються більше прагненням підвищити власну вигоду, ніж бажанням допомогти пацієнтам.

Однак відносини між пацієнтом і лікарем в ідеалі повинні ґрунтуватися на взаємній довірі та чесності, що в кінцевому підсумку визначається поняттям совісті. Насправді, більшість медичних працівників мають певну внутрішню цензуру, яка розмежовує позитивні та негативні аспекти їхньої професійної діяльності. Для медичних працівників дуже важливо навчитися слухати свій внутрішній голос, оцінювати себе і йти за своїм сумлінням. Тільки завдяки цим якостям вони можуть побудувати необхідний рівень довіри з боку пацієнтів та їхніх родин в умовах бізнесу та ринкової економіки. Коли рівень взаємної довіри між споживачами та медичними працівниками знижується, виникає сприятливий ґрунт для конфліктів.

Конфлікт – це найважливіший спосіб вирішення протиріч, що виникають у людських взаєминах, який передбачає протистояння між конфліктуєчими сторонами, що зазвичай супроводжується негативними емоціями [51, 52]. У медицині виділяють два основних типи конфліктів [53]:

I. Міжособистісні конфлікти між медичним персоналом та пацієнтами, лікарями та пацієнтами, лікарями та адміністрацією.

II. Міжгрупові конфлікти за участю керівництва медичної служби і пацієнтів, лікарів і сімей пацієнтів, керівництва медичної служби і пацієнтів.

Причини конфліктів у сфері охорони здоров'я різноманітні. Зокрема, причини можуть бути організаційними, фінансовими, самовиправдовувальними, діагностичними, лікувальними, профілактичними, психологічними тощо.

Для розуміння проблеми конфліктології можна сказати, що вся історія людства – це історія різноманітних конфліктів між десятками країн, між великими і малими соціальними спільнотами і, нарешті, між окремими людьми. Одна частина суспільства намагається вирішити ці конфлікти, доводячи їх до крайнощів, розв'язуючи їх через війну, де всі «почесті» дістаються переможцям. Інша частина населення наголошує на тому, що «поганий мир перемагає найкращу війну» і мріє про створення різноманітних профспілок, заснованих на системі стримувань та противаг. Крім того, з давніх часів багато людей мріяли про безконфліктне суспільство, а держава вважалася універсальним механізмом запобігання та вирішення медичних конфліктів [54].

Однак сьогодні конфлікти існують, як повсякденна реальність на різних рівнях – від конфліктів між країнами до конфліктів між окремими людьми. У сфері охорони здоров'я виробництво медичних послуг не може існувати без конфліктів, оскільки це сфера, яка зачіпає найважливіший інтерес – захист життя та здоров'я людей. Задля захисту цього інтересу можна легко перейти всі розумні межі, навіть уявні загрози.

У радянській системі охорони здоров'я справи часто вирішувалися шляхом приватного спілкування між пацієнтами та лікарями, а адміністрація медичних закладів виступала в ролі посередника, але з трансформацією українського суспільства непорозуміння між пацієнтами та лікарями зростають, що призводить до розгляду справ у суді після низки вичерпних медичних обстежень, у тому числі судово-медичних експертиз [55]. Пацієнти та їхні сім'ї

зазвичай негативно ставляться до судових процесів та рішень суддів, навіть якщо рішення приймається на їхню користь. Негативна реакція споживачів медичних послуг та їхніх родин також досягає піку у випадках, коли рішення судді приймається на користь медичного закладу або лікаря, іноді з болючими наслідками для лікаря. До них застосовують фізичне насильство (побиття) або навіть вбивства. За різними оцінками, щороку в Україні скоюється близько 7-8 тисяч злочинів проти медичних працівників [56, 57].

Однак навіть якщо суд вирішить справу на користь медичного закладу чи лікаря, їхній ринковій та професійній репутації буде завдано шкоди, і вони завжди витратять багато часу та зусиль. Як і в багатьох інших болючих ситуаціях, судовий процес набагато легше попередити, ніж зупинити. Тому всім фахівцям рекомендується аналізувати типові конфліктні ситуації та заздалегідь планувати заходи первинної профілактики при спілкуванні з пацієнтами.

При вивченні причин виникнення структурних конфліктів у сфері охорони здоров'я особливу увагу слід звернути на те, що конфлікт сам по собі є важливим елементом розвитку соціальних систем. Конфлікти у медичному виробництві є своєрідним індикатором невирішених проблем у реформованій системі охорони здоров'я загалом і в конкретних закладах охорони здоров'я зокрема. У реальній ситуації виробництва медичних послуг сторонами конфлікту є пацієнти та їхні сім'ї, а також надавачі медичних послуг (медичні працівники та медичні заклади) [58].

Першою стороною, яка бере участь у конфлікті, є пацієнт. Отримуючи медичну допомогу, пацієнти часто відчують, що їхні основні цінності перебувають під загрозою. Крім того, вони відчують страх (страх перед серйозною хворобою, смертю, безробіттям або можливістю стати інвалідом), страх перед болючими та емоційно неприємними лікувальними або діагностичними процедурами, а також тривогу через несподівано високі витрати, пов'язані з лікуванням. У сучасному суспільстві недовіра до вітчизняної системи охорони здоров'я зростає на тлі падіння престижу

медичної професії та збільшення спроб спрямовувати і контролювати самолікування, «лікування через інтернет» і роботу лікарів. Крім того, брак знань про стан свого здоров'я та недостатня кількість інформації з неспеціалізованих джерел призводять до хибних уявлень про хворобу та її перебіг, а також до незадоволеності відповідями лікарів.

Звертаючись за медичною допомогою, пацієнти відчують звичайний фізичний дискомфорт. Біль, запаморочення, задишка, дискомфорт і тривале очікування в неприємних ситуаціях спотворюють їхнє сприйняття ситуації, підривають їхні заборони і підвищують агресію. Крім того, багато патологічних процесів безпосередньо впливають на центральну нервову систему. Пацієнти з серцево-судинними і респіраторними захворюваннями та анемією страждають від хронічної гіпоксії головного мозку, що неминуче призводить до зниження інтелекту і сприяє формуванню неадекватних реакцій на те, що відбувається, особливо в період загострень. Крім того, коли пацієнти приходять в лікарню голодними на аналізи і консультації, вони часто страждають від гіпоглікемії. Не можна недооцінювати ендокринний статус пацієнта, оскільки нормальні та аномальні коливання рівня гормонів можуть посилювати конфронтаційний характер поведінки.

Крім того, відбуваються вікові психічні зміни, часто з параноєю та галюцинаціями переслідування, які можуть зробити з медичних працівників «героїв». Алкогольна енцефалопатія також часто призводить до агресивної та конфронтаційної поведінки, яку не можна недооцінювати. Нарешті, необхідно враховувати особистісні характеристики пацієнта. Деякі пацієнти навмисно звертаються за медичною допомогою для організації конфліктів або скандалів. Такі пацієнти, як правило, патологічно сперечаються і з задоволенням пишуть заяви, скарги та звернення різного роду. Багато пацієнтів – люди похилого віку, самотні, з поганими комунікативними навичками. Існують також «пацієнти-споживачі», які прагнуть збагатитися за рахунок компенсації через судові процеси і прагнуть задовольнити власні потреби за рахунок виробників [59, 60].

Другою стороною в цих суперечках виступають медичні працівники (лікарі), які часто кидають виклик пацієнтам через різні дрібниці (запізнення, неохайний або старомодний одяг, раптові запрошення до лікаря, телефонні розмови під час консультацій), включаючи стереотипи пацієнтів («лікарі кращі, якщо вони старші та досвідченіші», «хороші хірурги – це завжди чоловіки» тощо), і в таких випадках вони не можуть відмовити пацієнтам у наданні медичної допомоги, тощо), і в цих випадках навіть висококваліфіковані та молоді лікарі отримують відмову, незважаючи на їхню поведінку та результати роботи. Додайте до цього брак часу, спричинений нестачею кадрів, і положення, які не враховують спілкування з пацієнтами. Як наслідок, лікарі змушені відкладати прийоми та зменшувати кількість пацієнтів, змушуючи їх чекати або використовуючи спрощені та шаблонні методи, що створює у пацієнтів обґрунтоване відчуття безглуздості звернення за медичною допомогою. І те, і інше створює потенціал для серйозних конфліктів, а для більшості фахівців – синдром вигорання (байдужість, порожній вираз обличчя, похмурість, відсутність реакції на зауваження, негативне ставлення до пацієнтів і т. д.) [61, 62].

Причиною цього синдрому у медичних працівників є стрес помірної інтенсивності та тривалості. Стрес зазвичай спричинений надмірним робочим навантаженням або високою відповідальністю перед пацієнтами, а в деяких випадках – недостатніми професійними навичками або соціальним стресом. Дослідження показують, що люди, які позитивно і невизначено реагують на стрес, намагаються чинити опір за будь-яку ціну і не здаються в боротьбі, є найбільш вразливими. Такі медичні працівники схильні недооцінювати складність своєї роботи і час, необхідний для її виконання. Стреси викликають у них почуття депресії та безнадії, оскільки вони не можуть досягти своїх цілей. Існує дві основні характеристики цього типу особистості: дуже високий рівень конкурентоспроможності та постійне відчуття терміновості. Ці медичні працівники дуже амбітні та енергійні, прагнуть досягти високих результатів і змушують себе працювати в стислі терміни. Персонал реєстратур, приймальних

відділень лікарень, травмунктів, станцій швидкої допомоги та інших служб екстреної допомоги не повинен належати до цієї групи фахівців [63].

Вважається, що вигорання рідше вражає тих, хто має досвід успішного подолання професійного стресу і вміє конструктивно змінюватися в стресових ситуаціях [64]. Люди з високою самооцінкою і впевненістю в собі, своїх здібностях і компетенціях також більш стійкі до стресу. Важливою характеристикою людей, які менш схильні до вигорання, є те, що вони здатні формувати і підтримувати позитивні та оптимістичні установки і цінності, як щодо себе, так і щодо інших людей і життя в цілому.

Виходячи з медичного значення відомої фрази «Вистава починається в гардеробі», цю фразу можна трансформувати з точки зору організації виробництва охорони здоров'я наступним чином: «Лікарня починається з приймального відділення» і «поліклініка починається з реєстратури» [65]. Однак на ранніх етапах виробництва медичної послуги – першому етапі медичного конвеєра – більшість конфліктів виникає між пацієнтами та лікарями.

Ринкові реформи в охороні здоров'я змінили основи взаємовідносин між пацієнтами та лікарями. У результаті ліберальних змін у виробництві товарів і послуг в Україні охорона здоров'я населення трансформувалася у виробництво медичних послуг і стала частиною бізнесу з усіма його характеристиками: виробництвом, ціноутворенням, взаємодією попиту і пропозиції, купівлею-продажем [66]. Довірчі відносини між пацієнтами та лікарями відійшли в минуле, на зміну їм прийшли відносини покупця і продавця. Якщо раніше лікарі розглядалися суспільством і пацієнтами, як гуманісти і відлюдники, то сьогодні, в умовах ринкових перетворень у вітчизняній охороні здоров'я, вони перетворилися на традиційних гравців ринку – постачальників медичних послуг.

Цей «постачальник послуг» сприймається суспільством, як своєрідний бізнесмен чи торговець, який ставить власні інтереси та здоров'я своїх пацієнтів понад усе. Суперечності у відносинах «пацієнт-лікар» часто



переростають у конфліктні ситуації, що супроводжуються негативними емоціями з обох сторін. Аналіз природи багатьох конфліктів дозволяє зробити висновок, що зіткнення поглядів, думок, ідей, інтересів, перспектив та очікувань під час конфлікту відбувається переважно через брак інформації та низьку толерантність з обох сторін [67,68]. Конфлікти під час надання медичних послуг є свідченням невирішених проблем у реформованій системі охорони здоров'я в цілому та в окремих медичних організаціях зокрема.

## 1.2. Лікар і пацієнт: дві сторони одного конфлікту

Оскільки охорона здоров'я має справу з такими цінностями, як життя і здоров'я людини, це сфера, де людські емоції особливо помітні, і конфлікти в ній виникають частіше, ніж в інших сферах людської діяльності.

Відносини, що виникають у сфері охорони здоров'я, мають наступні характеристики, які впливають на виникнення конфліктів у цій галузі. По-перше, відносини між лікарем і пацієнтом при наданні медичних послуг є асиметричними, лікар є експертом, а пацієнт, виконує вказівки; по-друге, медичні послуги надаються з неповним знанням особи та стану її здоров'я; по-третє, у разі виникнення спору важливе значення мають лікарські та інші професійні помилки лікаря; по-четверте, важливого значення набуває питання доведення порушення прав пацієнта внаслідок неправомірних дій чи бездіяльності.

Під спорами, пов'язаними з наданням медичних послуг, слід розуміти умисні або неумисні порушення сторонами внаслідок їхніх дій або бездіяльності прав і соціальних та/або економічних інтересів суб'єктів правовідносин, що регулюються та охороняються законодавством про надання медичних послуг [69, 70].

У сфері охорони здоров'я необхідно розрізняти поняття «конфлікт» і «протистояння». Конфлікт – це обговорення питань, що виникають при спробі

якомога глибше і повніше зрозуміти проблеми, з якими стикаються пацієнти та лікарі, а також зіткнення різних поглядів у процесі отримання (або надання) медичних послуг [71, 72]. Конфлікт – це виникнення розбіжностей, які важко вирішити, відсутність взаєморозуміння в питаннях, що супроводжується гострими емоційними переживаннями [73, 74].

Перш ніж ввести це поняття та розглянути види конфліктів у сфері охорони здоров'я, необхідно виділити притаманні медичній діяльності особливості виникнення конфліктних ситуацій. Це пов'язано з тим, що медична сфера має особливості, які не зустрічаються в інших сферах життя, тому конфлікти, які виникають у сфері охорони здоров'я, будуть мати певні відмінності від конфліктів в інших сферах.

Важливо відзначити специфічні ознаки, що характеризують виникнення конфліктів у сфері охорони здоров'я [75]:

1. Відмінності в обізнаності суб'єкта, який надає медичну допомогу, та суб'єкта, який її отримує. Для медичних працівників об'єктом правовідносин, що виникають у сфері професійної діяльності, є процес надання медичної допомоги, тоді як для пацієнтів об'єктом правовідносин у сфері медичного обслуговування є особистий немайновий інтерес у сфері життя та здоров'я, що є кінцевим результатом медичної допомоги.

2. Часто для встановлення правильності надання медичної допомоги необхідне втручання третьої сторони (яка не є стороною у спорі). Такими третіми особами можуть бути відділення судово-медичної експертизи.

3. Економічні та фінансові труднощі національної системи охорони здоров'я, які часто призводять до того, що багато прав пацієнтів не реалізуються. Наприклад, не завжди реалізується право пацієнта на якісне та дорогівартісне лікування з трансплантації, що призводить до потенційних конфліктів між пацієнтами та медичними закладами.

Оскільки знання основних теоретико-правових характеристик конфлікту дозволяє більш раціонально підійти до пошуку шляхів зниження конфліктності у сфері охорони здоров'я, доцільно дати визначення конфлікту стосовно

специфіки охорони здоров'я. Під конфліктом у сфері медичної діяльності слід розуміти відкрите протиріччя між суб'єктами у сфері медичної діяльності, яке стосується реалізації взаємовиключних інтересів [76].

Суб'єктами спорів у сфері охорони здоров'я можуть бути фізичні особи (пацієнти, лікарі) та юридичні особи (медичні заклади, органи управління охороною здоров'я).

Конфлікти у сфері медичної діяльності доцільно класифікувати за предметом правового регулювання та тривалістю конфлікту [77]. За першим критерієм спори можна поділити на адміністративні, кримінальні, цивільні тощо. Щодо тривалості, то тут важливо розрізняти короткострокові та довгострокові спори у сфері медичної практики.

Враховуючи теоретичні характеристики спорів та практику надання медичної допомоги, доцільно розрізняти такі два види спорів у сфері медичної діяльності [78]:

1) Споры, що виникають з правовідносин у сфері надання медичних послуг.

2) Споры, що виникають з деліктів (протиправне діяння) при наданні медичних послуг.

Цей поділ ґрунтується на методологічній доцільності та розумінні суті спору. У першому випадку питання виникає через конфлікт між правами сторони, що сперечається, та обов'язками іншої сторони. З огляду на специфіку спорів, що виникають у зв'язку з неправомірними діями при наданні медичної допомоги, слід зазначити, що вони пов'язані з юридичними помилками в поведінці лікарів, основною причиною яких є порушення норм чинного законодавства. Злочини, що вчиняються медичними працівниками, мають найбільшу соціальну значущість, оскільки протиправні дії лікарів суперечать призначенню медичної професії, яка полягає в наданні допомоги людям. У зв'язку з цим слід зазначити, що саме помилкова робота лікарів є основною причиною конфліктів.

Відповідно до цієї класифікації існують законні та незаконні відмінності в медичній практиці. Загальновідомо, що, незважаючи на зусилля лікарів, не всі хвороби можна вилікувати. Суспільство довіряє медичній професії життя і здоров'я людей і водночас прагне встановити єдині правила та підходи, щоб гарантувати від потенційних ризиків, пов'язаних зі специфікою медичної практики, знизити ступінь ризику і запобігти шкоді від результатів лікування. Тут, безперечно, велике значення має право, як універсальний механізм регулювання суспільних відносин. Водночас попереднє теоретико-правове осмислення дефектної роботи лікарів крізь призму конфлікту дозволить розробити правові норми, що відповідають сучасним вимогам медицини та юриспруденції [79].

У доступній юридичній та медичній літературі представлені різні погляди на поняття дефектної медичної практики. Однак найчастіше автори звертаються до визначення належної та дефектної роботи лікарів. Основними критеріями неналежної медичної практики є невідповідність вимогам медицини та порушення теорії адвокатської діяльності або порушення норм медичної етики та медичного права, затверджених офіційними інструкціями та нормативно-правовими актами Міністерства охорони здоров'я [80]. Разом з тим, для забезпечення теоретико-правового висвітлення спорів у сфері медичної діяльності доцільно було б ввести поняття дефектів у роботі лікарів, що дозволить забезпечити теоретико-правове висвітлення спорів у сфері медичної діяльності. На мою думку, дефект у наданні медичної допомоги означає, що діагностика, лікування пацієнта або організація надання медичної допомоги є неякісними і мають або можуть мати негативний вплив на здоров'я пацієнта.

Причини дефектів надання медичної допомоги можуть бути найрізноманітнішими: пацієнт звертається до лікаря з приводу своєї хвороби у невідповідний час, перебіг хвороби є нетиповим, стан, про який йдеться, не може бути вилікуваний сучасними методами лікування тощо. Множинність цих факторів, великі відмінності між різними випадками одного і того ж

захворювання, складність розмежування об'єктивних і суб'єктивних факторів, а також складність виявлення першопричини несприятливого результату в кожному конкретному випадку, як правило, створюють великі труднощі для правильної судово-медичної оцінки несприятливого результату. Дійсно, дуже складно визначити міру відповідальності лікаря за несприятливий результат. Це знайшло своє відображення у введенні в практику принципу «post hoc – ergo ter hoc» (що означає «після цього, в результаті цього») для розгляду таких випадків в хірургії, травматології, стоматології, акушерстві та гінекології. Це означає, що у всіх випадках, коли смерть настає відразу після операції, причиною смерті вважається операція, а безпосереднім винуватцем – лікар, який її проводив. Найважливішою особливістю цієї точки зору є її імперативний характер, заснований на реакції сім'ї померлого. Хоча їхнє ставлення, безумовно, можна зрозуміти з людської точки зору, цей погляд далекий від об'єктивності [81, 82].

Загалом етапами розвитку конфлікту у випадку недоліків у наданні медичних послуг, за аналогією із запропонованою схемою теоретичної моделі, найбільш поширеними є виникнення правового мотиву у пацієнта, незадоволеного якістю наданих медичних послуг, юридично значущі дії однієї зі сторін (наприклад, звернення пацієнта зі скаргою до суду), розгляд відповідного розгляду спору юридичними органами та оголошення примусових дій щодо припинення конфлікту, оголошення юридичного спору.

Слід зазначити, що, згідно зі статистичними даними, найважливішими причинами недоліків у роботі лікарів є: недостатня кваліфікація медичного персоналу – 25%, недостатнє обстеження пацієнтів – 15%, неувага до пацієнтів – 16%, недоліки в організації лікувального процесу – 14%, недооцінка впливу стану пацієнта на його здоров'я – 3% [83]. Медичними спеціальностями з найбільшою частотою неналежного виконання професійних обов'язків є хірургія, стоматологія, акушерство та гінекологія [84].

Враховуючи необхідність комплексного теоретико-правового аналізу медичної діяльності, дослідження відмінностей внаслідок недоліків у наданні

медичної допомоги та існуючих підходів, доцільно запропонувати наступні варіації правової класифікації недоліків у наданні медичної допомоги [85]:

- 1) лікарська помилка;
- 2) нещасний випадок;
- 3) професійна недбалість.

Оцінюючи недоліки лікування (діагноз), насамперед необхідно визначити, чи було надане лікування правильним чи ні. Для цього насамперед потрібні положення нормативно-правових актів та суто медичні норми (медичні стандарти), якими лікарі керуються у своїй практиці. Це особливо важливо при розгляді дефектів надання медичної допомоги, які породжують судові спори, але слід зазначити, що хоча основні ключові рішення при наданні медичної допомоги приймаються колегіально, відповідальність за будь-які питання, що виникають, є індивідуальною і покладається на лікаря.

Тому необхідність правильного тлумачення та засвідчення медичних помилок, нещасних випадків та професійних проступків зумовлена, як частотою спорів, що виникають у зв'язку з такими ситуаціями, так і необхідністю з'ясування ролі лікаря у виникненні дефектів при наданні медичної допомоги. Належне розпізнавання конфліктних ситуацій у сфері медичної діяльності дозволить суттєво змінити ситуацію в національній системі охорони здоров'я та зменшити кількість судових спорів [86, 87].

Негативними наслідками конфліктів у медичній сфері є: спроби обмежити поведінку іншої сторони, наприклад, пацієнт ігнорує думку та рекомендації лікаря, виступає проти душевних страждань або несправедливого ставлення, виникають негативні емоції у спілкуванні між лікарем та пацієнтом, у відносинах формується взаємний образ «ворога» і всі ресурси спрямовуються не на боротьбу з хворобою, а на перемогу над «ворогом».

Багато конфліктів, що виникають на ґрунті незадоволення пацієнта лікуванням та обслуговуванням, ставленням до нього медичного персоналу, можуть бути вирішені лікарем та керівництвом закладу охорони здоров'я [88].

Однак, коли невдоволення пацієнта поведінкою медичного працівника розглядається, а потім проти нього вживаються дисциплінарні або адміністративні заходи, пацієнта інформують лише про наслідки, без жодних пояснень, і тому він не до кінця розуміє причину конфлікту.

### 1.3. Підходи до вирішення конфлікту в сфері охорони здоров'я в країнах світу та Україні

Слід зазначити, що правовідносини, які виникають у сфері надання медичних послуг, мають такі особливості, які впливають на розвиток спорів у цій сфері. По-перше, відносини лікар-пацієнт при наданні медичних послуг є асиметричними, де лікар є експертом, а пацієнт зазвичай просто виконує вказівки; по-друге, медичні послуги надаються з неповним знанням особи та стану її здоров'я; по-третє, у разі виникнення спорів, лікарських помилок та недбалості іншого медичного персоналу, важливим стає питання доведення порушення прав пацієнта [89, 90].

Під спорами, пов'язаними з наданням медичних послуг, слід розуміти умисні або неумисні порушення сторонами внаслідок їхніх дій або бездіяльності прав і соціальних та/або економічних інтересів суб'єктів правовідносин, що регулюються та охороняються законодавством про надання медичних послуг [91]. Судові спори щодо надання медичних послуг у сфері цивільних правовідносин виникають тоді, коли в процесі надання медичних послуг одна зі сторін або заінтересовані особи навмисно чи ненавмисно порушують майнові права іншої сторони та особисті немайнові права фізичних осіб. Отже, під юридичним спором слід розуміти спірні відносини (суперечку чи розбіжності), виражені у формі юридично значущих дій, бездіяльності та їх наслідків і/або їх статусу щодо надання медичних послуг.

Звичайно, існує судова система, яку ми можемо використовувати для пошуку справедливості. Однак, «правильні і неправильні» рішення навряд чи задовольнять пацієнтів, які вважають, що їхнє здоров'я було скомпрометоване

конкретною медичною організацією або медичним персоналом. Формальні процедури розгляду скарг і подальші дисциплінарні або адміністративні дії також не принесуть задоволення пацієнтам або медичним працівникам, які можуть бути несправедливо покарані за те, що не змогли пояснити і з'ясувати справжню причину суперечки. Для страховиків та медичних організацій, які беруть участь у договорах про співпрацю, такі спори можуть мати наслідки, які унеможливають продовження співпраці (особливо якщо до їх вирішення залучені регуляторні органи або суди). Тому створення ефективного механізму розгляду скарг, спорів та конфліктів, що виникають у системі охорони здоров'я, є проблематичним [92].

Найефективнішим способом запобігання конфліктам, пов'язаним з наданням медичних послуг, є попередження та вирішення спорів на ранніх стадіях. Для цього створюються спеціалізовані державні та недержавні органи. Досвід країн світу показує, що системи омбудсменів є дуже ефективними і можуть виконувати такі важливі функції, як захист прав пацієнтів на ранніх стадіях суперечок, консультування та допомога пацієнтам у реалізації їхніх прав у медичних закладах [93, 94].

Іншими словами, потрібен механізм, який би не лише вирішував існуючі структурні суперечки, але й запобігав переростанню скарг і суперечок у судові розгляди, тобто запобігав виникненню та одночасній ескалації суперечок. Такі рішення також повинні створювати умови для побудови взаєморозуміння між пацієнтами та медичними працівниками, підвищувати довіру пацієнтів до системи охорони здоров'я в цілому та сприяти покращенню іміджу та довіри до медичних працівників [95].

Медіація – це метод, який відповідає цим вимогам. Медіація (від латинського «mediare» – посередництво) – це процес, під час якого конфлікуючі сторони за участі нейтральної третьої сторони – медіатора – ведуть переговори та добровільно примиряються, розвиваючи взаєморозуміння та формуючи домовленості щодо вирішення конфліктних ситуацій [96, 97]. Медіація, як явище існує в різних формах протягом століть, а в сучасному



вигляді набула широкого поширення і визнання в розвинених країнах вже кілька десятиліть. Статистика свідчить, що переважна більшість медіаційних проваджень за участю медіаторів у світі (понад 80% спорів) вирішуються шляхом досягнення угоди про врегулювання спору [98].

Вирішення спорів за допомогою нейтрального посередника – досить новий метод, який недостатньо відомий в Україні. У США та Західній Європі цей метод є більш поширеним, але експерти по-різному розуміють, що таке медіація. Незважаючи на розвиток деяких альтернативних методів вирішення спорів, які нагадують медіацію в США, таких як «арбітраж», «міні-суди», «експертна оцінка» та «медіатор», класичний процес медіації в США означає, що сторони обирають нейтрального, спеціально підготовленого медіатора, якого задовольняє позиція сторін і який зацікавлений лише в медіації [99].

Медіація розуміється, як процес, в якому сторони обирають нейтрального, спеціально підготовленого медіатора, який допомагає їм знайти рішення їхньої проблеми, що задовольняє їх і ґрунтується лише на їхніх інтересах, а не на їхній позиції [100].

Медіація особливо ефективна в ситуаціях, коли необхідно відновити або зберегти відносини між людьми, наприклад, у діловому партнерстві, оскільки підтримувати взаємодію між людьми взаємовигідно.

На сьогоднішній день, медіація є одним з найпоширеніших методів вирішення спорів у багатьох країнах світу. Наприклад, така практика активно розвивається у країнах, таких як США, Великобританія, Іспанія, Австрія, Німеччина, Канада, Нова Зеландія та інші. Деякі сусідні країни також прийняли відповідний закон. Наприклад, в Молдові прийнято Закон «Про медіацію» в 2007 році, а в Казахстані – у 2011 році [101, 102]. За світовою статистикою, більшість медіаційних процесів успішно завершуються, і сторони, які мали конфлікт, рідко повертаються до суду. Тільки близько 5% укладених угод не виконуються, і це зазвичай стається через недостатню підготовку медіатора або процедурні помилки. Проте цей показник не може зрівнятися з рішеннями суду, які часто займають багато часу та потребують примусового виконання рішень

виконавчими службами. Тому поширення та розвиток медіації по всьому світу пояснюються перевагами цього методу порівняно з іншими альтернативними способами вирішення конфліктів [103]. Зокрема, медіація в США набула великої популярності, оскільки наряду з медіацією діє Національний інститут вирішення конфліктів, який розробляє нові методи медіації, а також працюють приватні і державні служби медіації. Федеральна служба посередництва та примирення займається професійним відбором медіаторів та оперативно реагує на конфліктні ситуації на ранніх стадіях їх розвитку [104].

У США, де розглядалися спори в сфері охорони здоров'я, декілька медичних центрів успішно використовували медіацію для уникнення судових позовів. Наприклад, Університет Мічигану впровадив процедури медіації і включив у свої угоди про медичну допомогу умову, згідно з якою пацієнти зобов'язані спробувати медіацію перед поданням судового позову. Це призвело до зниження вимог на 60% та скорочення часу розгляду претензій з 20 місяців до 9 місяців всього за 5 років. Клініка Мейо також є прикладом успішного використання медіації в медичних спорах у США. У цій клініці прагнуть задовольнити потреби пацієнтів, а спілкування з пацієнтами є основним аспектом культури клініки. Лікарі проходять спеціальний навчальний курс щодо навичок активного слухання та спілкування з пацієнтами. Великобританія також активно застосовує медіацію в рішенні спорів в охороні здоров'я. Омбудсмен Служби охорони здоров'я Великобританії визнав, що погана комунікація з пацієнтами та їх родинами є основним фактором проблем. Великобританські медичні працівники отримують навчання з медіації, що полегшує спілкування між пацієнтами, родичами та іншими медичними працівниками [105, 106].

Особливістю є те, що особлива увага зосереджена на навчанні не тільки лікарів, як безпосередніх практикуючих у цій галузі, а також на реєстраторах, консультантах, медсестрах та інших співробітниках. Цікавим фактом є те, що особлива увага приділяється навчанню медіації для працівників відділень педіатрії та неонатології. Ще одною країною, де розвивається медіація, є

Іспанія. У 1979 році було створено перший Інститут медіації, арбітражу та примирення в Іспанії, що підпорядковувався Міністерству Праці. Інститут успішно розвинув методи примирення конфліктних сторін, які були обов'язковими перед судовими слуханнями. З 1980 року функції цього інституту були впроваджені в усіх 17 автономних об'єднаннях Іспанського Королівства. За історичною традицією в Іспанії третя незалежна сторона залучається для вирішення конфліктів, що відображається в системі професійної освіти. Альтернативні методи вирішення спорів включені до навчальних програм для студентів різних рівнів. Багато університетів пропонують спеціалізовані програми з медіації. Вищі навчальні заклади співпрацюють з організаціями, які спеціалізуються на врегулюванні конфліктів, для закріплення теоретичних знань у практичних навичках медіації під час навчання. В Іспанії медіатори, займаючись у сфері охорони здоров'я, мають потребу вивчати додаткові курси, що включають в себе медичні терміни, основи законодавства та інші аспекти, щоб краще розуміти систему та ефективно проводити процес медіації у реальних умовах [107, 108].

В Іспанії проводяться спеціальні курси з медіації для майбутніх лікарів. Ці курси спрямовані на навчання методик прогнозування та попередження конфліктів з пацієнтами, ефективної комунікації з ними у різних ситуаціях та управління емоційними станами. Крім того, в інших країнах світу також спостерігаються цікаві підходи до медіації. Наприклад, в Пакистані використовується процедура «джирга», яка передбачає вирішення конфліктів за участю медіатора-релігійного лідера та комісії, до складу якої входять місцеві старости. Китай має Народний комітет медіації, який щороку вирішує мільйони спорів у містах і сільських місцевостях. У Південній Африці зростає популярність медичного посередництва через довгий та дорогий судовий процес. У Німеччині, зокрема, існує широкий спектр сфер, включаючи корпоративні, сімейні, трудові та інші, де застосовується медіація. Однак, варто зазначити, що в Німеччині немає обмежень для вступу до професії медіатора. У

різних країнах суб'єктами ведення реєстрів медіаторів можуть бути державні органи, неурядові організації або інші організацій [109, 110].

При вивченні міжнародного досвіду застосування медіації, важливо також розглядати аспект ведення реєстрів медіаторів. У різних країнах цим займаються різні органи. Представники Львівського центру медіації виділили три основні тенденції стосовно суб'єкта, який веде реєстр [111]:

- 1) державні органи (міністерство юстиції, судові органи або спеціальні утворення) – така практика існує в Грузії, Греції, Хорватії та інших країнах;
- 2) монополія однієї неурядової організації – цей підхід застосовується в Латвії, Великобританії, Австралії;
- 3) ведення реєстру медіаторів без обмежень кількості організацій – це характерно для Чехії, Франції, Ірландії.

В Україні медіація, як альтернативний метод вирішення конфліктів поступово набуває популярності і вже застосовується в різних сферах, зокрема в бізнесі, особливо великих компаніях [112, 113]. Додатково ст. 124 Конституції України передбачає можливість встановлення обов'язкового позасудового порядку врегулювання спорів законом. Так, 16 листопада 2021 вступив в силу Закону України «Про медіацію» № 1875-IX, що визначає правові засади та порядок проведення медіації, як позасудової процедури врегулювання конфлікту (спору), принципи медіації, статус медіатора, вимоги до його підготовки та інші питання, пов'язані з цією процедурою [114].

Разом з тим, існує практика створення системи медичних рад (третейських судів), що спеціалізуються на розгляді та вирішенні відповідних спорів. Впровадження вищезазначених інституцій у державну систему вирішення спорів сприятиме розгляду та вирішенню спорів на ранній стадії та прискорить процес відновлення прав, порушених у процесі надання медичних послуг.

Однією з основних причин відносно низької кількості третейських проваджень у сфері цивільних та господарських відносин в Україні є велика кількість категорій спорів, виключених з підвідомчості третейських судів, та

загальна законодавча тенденція до обмеження можливості розгляду спорів в рамках внутрішнього арбітражу.

Основним інструментом захисту прав пацієнтів є національна судова система. Водночас дослідження виявило, що запровадження органу медіації, закріплення відповідної юрисдикції за місцем знаходження відповідача та запровадження системи прискореного судочинства сприяло б оптимізації процесу розгляду та вирішення відповідних спорів в рамках національної системи правосуддя [115].

Результати роботи медичної комісії з вирішення спорів можуть бути наступними [116, 117]: рішення про наявність лікарської помилки, недбалості та/або інших порушень при наданні медичної допомоги; рішення про відшкодування збитків пацієнту; переговори між представником страховика та представником пацієнта (наприклад, адвокатом або юристом пацієнта); пропозиція про відшкодування психологічної шкоди (біль, душевні страждання); інших обов'язкових витрат (втрата доходу, витрати на лікування тощо); рішення про виплату компенсації пацієнту, а також розгляд інших вимог.

Цивільний процес характеризується незручностями, як для пацієнтів, так і для лікарів, такими, як тривалі судові розгляди, високі фінансові ризики, потенційна шкода репутації лікаря, порушення конфіденційності відносин між лікарем і пацієнтом, а також труднощі для пацієнтів у доведенні причинно-наслідкового зв'язку, недбалості лікаря та завданих збитків. З іншого боку, система третейських судів може розглядати різні види спорів, пов'язаних з наданням медичних послуг. Розгляд проводиться за процесуальними правилами, встановленими за згодою сторін, із залученням експертів, якщо це можливо. Рішення арбітражного суду є особливо важливим, коли існує схема страхування ризиків лікаря і пацієнта. Якщо це рішення не задовольняє жодну зі сторін або якщо згоди не вдається досягти, сторони звертаються до суду.

Медичні асоціації діють на основі рішень Медичної асоціації (Австрія), Національної медичної асоціації та Національної медичної асоціації практики

або на основі законодавства, прийнятого за їхньої участі та співпраці. У Німеччині, наприклад, влада Баварії та Медична асоціація ухвалили угоду про гарантії для лікарів та створила перший у Німеччині медичний арбітражний комітет. Цей комітет діє на основі статуту. Хоча установчі документи комітетів можуть відрізнятися, вони мають спільну мету – посилити захист прав пацієнтів і лікарів. У США створені медичні арбітражні суди та існує асоціація медичних арбітражних судів [118, 119].

Аналіз системи позасудового вирішення спорів [120], як системи розгляду та вирішення спорів щодо надання медичних послуг дозволяє зробити кілька висновків. По-перше, принципи (критерії) та процедури вирішення спорів, як правило, встановлюються за взаємною згодою сторін або закріплюються в положеннях чи статутах відповідної організації. По-друге, вони не суперечать публічному порядку, загальним принципам права та відповідають законодавству.

Медичний арбітраж у США діє відповідно до правил комерційного арбітражу, прийнятих Американською арбітражною асоціацією, і проводиться відповідно до закону та з урахуванням основних прав і свобод людини і пацієнта [121].

Наразі в Україні передбачено, як судове, так і позасудове вирішення спорів, як система захисту суб'єктивних прав громадян. Позасудові методи не мають офіційних положень, і процес вирішення спорів може здійснюватися сторонами спору або за участю третіх осіб. Третіми сторонами в процесі вирішення спорів можуть бути органи законодавчої та адміністративної влади (органи місцевого самоврядування, органи охорони здоров'я, Президент України), правоохоронні органи (прокуратура) та Уповноважений Верховної Ради України з прав людини [122]. Пацієнти захищають свої права шляхом подання скарг або заяв до компетентних органів з метою відновлення порушених прав. Тоді, відповідно до правових норм, організація, установа, фізична особа, державний службовець або орган, які отримали скаргу, зобов'язані вжити заходів, у тому числі етичних, для того, щоб права людини

більше не порушувалися. Вищезазначені методи важко назвати процедурами вирішення спорів, оскільки відсутній процес і сторони не можуть спілкуватися під час процесу та виявити справжню причину конфлікту. Ці методи є старомодним способом звернення до органів влади за захистом прав [123].

Іншим позасудовим методом захисту прав пацієнтів є адміністративний метод захисту та поновлення прав громадян. Адміністративний метод полягає в тому, що пацієнти подають скарги до вищих органів влади в порядку підлеглості, стверджуючи, що дії медичних установ, страхових компаній, державних органів, громадських організацій та посадових осіб порушили їхні права. Вищезазначені органи повинні розглянути скаргу протягом одного місяця. За результатами розгляду може бути прийнято рішення про задоволення скарги, про повну або часткову відмову в задоволенні скарги або про направлення скарги на розгляд до іншого органу. У разі відмови у розгляді скарги або неотримання відповіді протягом одного місяця пацієнт має право звернутися зі скаргою до суду [124]. Скарга до суду може бути подана пацієнтом, права і свободи якого були порушені, або його представниками (родичами чи довіреними особами), або, на прохання пацієнта, уповноваженою громадською організацією (наприклад, товариством захисту прав пацієнтів, товариством захисту прав споживачів, профспілковою організацією).

Адміністративні процедури розгляду скарг можуть привести до таких результатів: визнання порушених прав, відновлення попереднього стану до порушення, припинення дій, що порушують права, а також притягнення до адміністративної відповідальності осіб, які винні у порушенні або невиконанні прав пацієнтів. Однак зазначені методи позасудового врегулювання конфліктів не можуть бути застосовані для захисту майнових або особистих немайнових прав пацієнтів. Правозахисний рух у сфері захисту прав пацієнтів в Україні наразі знаходиться на етапі становлення [125].

Згідно зі статтями 7 та 8 Загальної декларації прав людини, кожна особа має право на правовий захист своїх прав і на рівний захист законом, а також на

ефективне відновлення своїх прав через компетентні національні суди у разі їх порушення [126].

Основним способом захисту прав людини, включаючи права пацієнтів, є судовий механізм, що діє через національну судову систему. Кожна держава зобов'язана забезпечити адекватну систему правового захисту, як в аспекті правового регулювання, так і через судові та позасудові механізми. Належна, сильна та незалежна судова система є надзвичайно важливою, особливо для вирішення спорів у сфері медичних послуг [127, 128].

Світовий досвід, наприклад, у США, європейських країнах та Ізраїлі, демонструє важливу роль судової системи у розвитку законодавства, політики охорони здоров'я та захисту прав пацієнтів і медичних працівників. Спори, пов'язані з наданням медичних послуг, мають специфіку, яка впливає на судовий процес, включаючи доктрину цивільного права, за якою кожна особа самостійно реалізує своє право на захист майнових та особистих немайнових прав.

Крім того, спори між сторонами розвиваються як у судовій, так і позасудовій площині, а судові процедури суворо регламентовані законодавством та повинні дотримуватися процесуальних принципів. У цивільно-правових спорах, що стосуються медичних послуг, можуть виникати додаткові складнощі, які впливають на процес їх вирішення.

По-перше, існує проблема доведення зв'язку між шкодою, завданою лікарською помилкою, недбалістю або неправомірними діями лікаря, та наслідками, що настали, що пацієнт не може зробити без допомоги адвоката, судово-медичної експертизи або експертного висновку. По-друге, формальна рівність сторін перетворюється на суттєву нерівність пацієнта перед робочим механізмом лікарні і, нарешті, питання захисту прав пацієнта та лікаря. Загальна картина вищезазначених проблем, пов'язаних з розглядом спорів у сфері охорони здоров'я, наочно демонструє складність процедури, включаючи проведення слухань та залучення додаткових учасників, таких, як експерти та адвокати з відповідним досвідом. У цьому зв'язку особливий інтерес становить



досвід Ізраїлю у створенні спеціалізованих судів для розгляду спорів у соціальній сфері. На думку Тувія Хорева [129], вибір спеціалізованих судів для розгляду спорів щодо надання медичних послуг зумовлений, з одного боку, тим, що медична допомога є соціальним сектором, а з іншого боку, це, мабуть, пов'язано з тим, що охорона здоров'я та система охорони здоров'я є соціально важливими сферами діяльності, для активного функціонування яких єдині рішення, компетентність у вищезазначених сферах, а також певна гнучкість та доступність є скоріше необхідними, ніж проблематичними.

Тому існує нагальна національна потреба у створенні правової та інформаційної бази для позасудового врегулювання та вирішення приватних спорів (конфліктів) у сфері охорони здоров'я, що призведе до появи професійних медіаторів, людей, які володіють спеціалізованими знаннями та навичками у сфері медичної діяльності.

#### 1.4. Роль засобів масової інформації в конфлікті при наданні медичної допомоги

Сучасні засоби масової інформації (ЗМІ) – не лише важливе джерело інформації про стан світу, але й головний фактор формування громадської думки, культури та світогляду. Вони проникають у всі сфери людського життя і впливають на масову аудиторію, постійно привертаючи увагу суспільства своїми повідомленнями [130, 131].

ЗМІ відіграють значну роль в медичних конфліктах, впливаючи на їх розвиток і настрої сторін. Вони мають потужний вплив на формування громадської думки і сприйняття подій у сфері охорони здоров'я. Роль ЗМІ в медичних конфліктах можна розглядати з кількох аспектів [132, 133].

По-перше, ЗМІ є посередниками інформації між лікарями, пацієнтами і громадськістю. Вони відіграють роль платформи, через яку сторони можуть висловлювати свої погляди, сперечатися та розповідати про свої досвіди.

Завдяки ЗМІ, голоси пацієнтів, лікарів і інших зацікавлених сторін можуть бути почуті широкою аудиторією.

По-друге, ЗМІ визначають тон і напрямок дискусій про медичні питання. Вони можуть акцентувати увагу на певних проблемах, використовувати сенсаційний підхід або спрямовувати громадську думку у певному напрямку. Це може мати великий вплив на сприйняття конфлікту і формування позиції громадськості щодо причин, сторін і можливих рішень.

По-третє, ЗМІ здатні змінювати роль лікарів та пацієнтів у суспільстві. Вони можуть висвітлювати ситуації, де лікарі виступають, як герої або, навпаки, як негідники. Так само, ЗМІ можуть створювати образи пацієнтів, як потерпілих чи недобросовісних осіб. Це може вплинути на сприйняття та поведінку сторін конфлікту, а також на взаємодію між ними.

Розповсюдження образливої інформації в мережі Інтернет є серйозною проблемою, яка може мати негативний вплив на суспільство та викликати конфлікти. Цей явище часто спостерігається в соціальних медіа, форумах, коментарях і блогах, де користувачі можуть анонімно або під псевдонімами поширювати образливі висловлювання, грубість, ненависть і дискримінацію.

Розповсюдження образливої інформації в мережі Інтернет може створювати конфліктні ситуації між користувачами, включаючи систему «лікар-пацієнт». Це може спричиняти загрозу для репутації лікарів, порушувати взаємодію між ними та пацієнтами, а також призводити до негативного сприйняття медичних послуг та зниження довіри до медичної системи загалом.

Поширення образливої інформації в Інтернеті може бути викликано різними причинами, такими як негативний досвід пацієнтів, незадоволення якістю медичних послуг, особисті конфлікти або навіть цілеспрямована дезінформація [134].

Для управління цією проблемою потрібно приділити увагу правовим аспектам, таким як закони про кібербулінг, дискримінацію та вільне висловлювання. Крім того, важливо звернутися до освіти та підвищення

свідомості користувачів щодо відповідального та етичного використання Інтернету [135].

Медичні фахівці та організації повинні бути свідомі цієї проблемою та розробити стратегії для виявлення та врегулювання ситуацій, пов'язаних з розповсюдженням образливої інформації. Це може включати співпрацю з правоохоронними органами, моніторинг соціальних медіа, впровадження політик безпеки в Інтернеті та активну комунікацію з громадськістю.

Завдяки свідомому підходу до управління розповсюдженням образливої інформації в мережі Інтернет можна зменшити ризик виникнення конфліктів в системі «лікар-пацієнт» та сприяти покращенню взаємодії між сторонами.

Соціальні медіа стали платформою, де пацієнти можуть ділитися своїми думками, досвідом та враженнями щодо медичних послуг. Проте, на жаль, це також відкриває можливість поширення образливої інформації, яка може негативно вплинути на медичну систему та взаємовідносини між лікарями та пацієнтами [136].

Розповсюдження образливої інформації в соціальних медіа може мати наступні наслідки. По-перше, це може спричинити психологічний стрес та емоційне перевантаження у медичних працівників, які можуть стати об'єктом негативних коментарів або образ. Це може вплинути на їхню самооцінку та мотивацію до роботи.

По-друге, образлива інформація в соціальних медіа може пошкодити репутацію лікарів та медичних закладів. Це може призвести до зниження довіри пацієнтів до медичних послуг та ускладнити встановлення ефективного лікарсько-пацієнтського спілкування.

Образ лікаря в соціальних медіа може стати предметом численних проблем. Деякі з них включають [137,138]:

1. Розповсюдження негативних відгуків: в соціальних медіа пацієнти можуть опублікувати негативні відгуки про лікарів, висловити своє незадоволення щодо якості медичних послуг або поділитися своїми

негативними досвідами. Це може пошкодити репутацію лікаря та вплинути на довіру пацієнтів.

2. Поширення недостовірної інформації: у соціальних медіа може поширюватися недостовірна або некоректна інформація про лікарів, їхні навички та професійну етику. Це може призвести до спотворення уявлень громадськості про медичну професію та спричинити недовіру до лікарів.

3. Незаконне використання особистої інформації: у соціальних медіа можуть виникати проблеми з незаконним збиранням та використанням особистої інформації лікарів. Це може порушити їхню приватність та безпеку.

4. Негативний вплив на фізичну та психологічний добробут лікаря: негативні коментарі, критика та загрози, отримані в соціальних медіа, можуть вплинути на фізичне та психічне здоров'я лікаря. Вони можуть почуватися під напругою, відчувати емоційний стрес та втомлюватися від негативної уваги.

Для захисту образу лікаря в соціальних медіа можуть бути вжиті наступні заходи [139]:

1. Активна присутність і позитивна комунікація: лікарі можуть активно взаємодіяти зі своїми пацієнтами в соціальних медіа, відповідати на запитання, надавати корисну інформацію та встановлювати позитивний контакт.

2. Відповідь на негативні коментарі: лікарі можуть реагувати на негативні коментарі з ввічливістю та професіоналізмом, намагаючись вирішити проблему або звернути запит на адміністрацію соціальної мережі.

3. Створення позитивного образу: лікарі можуть активно публікувати позитивний контент про свою роботу, ділитися своїми успіхами та досягненнями, що сприятиме побудові позитивного образу.

4. Контроль за використанням особистої інформації: лікарі повинні бути обережними з викладанням особистої інформації в соціальних медіа та переконатися, що вони дотримуються політики конфіденційності.

5. Приклад професіоналізму та етики: лікарі повинні проявляти високий рівень професіоналізму та етики у всіх своїх діях та комунікації в соціальних медіа.

Для управління цими ситуаціями, важливо, щоб медичні організації та лікарі були активні в соціальних медіа та мали стратегії взаємодії з пацієнтами в цьому просторі. Налагодження відкритого та конструктивного спілкування, відповіді на запитання та сумніви пацієнтів можуть допомогти зменшити ризик конфліктів та поширення образливої інформації.

Крім того, надзвичайно важливо встановити політику безпеки та етики в соціальних медіа для всіх працівників медичних закладів. Швидка реакція на випадки образливої інформації, виявлення її джерел та прийняття відповідних заходів можуть допомогти запобігти поширенню негативних наслідків.

У цілому, ефективне управління образливою інформацією в соціальних медіа вимагає постійного моніторингу, прозорих комунікаційних стратегій та взаєморозуміння між пацієнтами та медичними працівниками. Спільна праця в цьому напрямку може сприяти збереженню довіри, забезпеченню якісних медичних послуг та зниженню ризику виникнення конфліктів у системі «лікар-пацієнт».

Захист лікаря від неправдивої інформації в соціальних медіа є важливим завданням, оскільки неправдива інформація може значно пошкодити репутацію та довіру до лікаря. Ось кілька кроків, які можна вжити для захисту лікаря [140,141]:

1. Відстоювання правдивої інформації: лікар повинен бути готовим активно відповідати на неправдиву інформацію, відстоювати свою професійну етику та надавати правдиву інформацію щодо своєї роботи та наданих послуг.

2. Реагування на неправдиві твердження: лікар може вжити заходів для виявлення джерела неправдивої інформації і реагувати на неї відповідним чином. Це може включати звернення до адміністраторів соціальних мереж або навіть юридичні заходи в разі поширення дифамаційної інформації.

3. Підтримка доказів та свідочств: лікар може збирати докази, такі як позитивні відгуки, рекомендації пацієнтів, свідочства колег і публікувати їх у соціальних медіа для підтвердження своєї професійної компетентності та доброї репутації.

4. Будівництво позитивного образу: лікар може активно публікувати позитивний контент про свою роботу, поділитися своїми досягненнями та сприяти формуванню позитивного образу в соціальних медіа.

5. Залучення пацієнтів та колег: лікар може залучати своїх пацієнтів та колег до захисту своєї репутації, просити їх написати свідчення про якісну медичну допомогу, яку вони отримали, та розміщувати ці свідчення в соціальних мережах.

6. Співпраця з професійними організаціями: лікар може звернутися до професійних організацій, які можуть надати підтримку та поради щодо захисту від неправдивої інформації в соціальних медіа.

Захист лікаря від неправдивої інформації в соціальних медіа потребує проактивності, професійності та етичності. Лікарі повинні намагатися діалогу та публічної взаємодії зі своїми пацієнтами та громадськістю для забезпечення правдивої та об'єктивної інформації.

Захист лікаря від конфліктного пацієнта є важливим аспектом забезпечення ефективної медичної практики та збереження професійного статусу лікаря. Ось декілька методів та стратегій, які можуть бути використані для захисту лікаря від конфліктів з пацієнтами [142]:

1. Ефективна комунікація: лікар повинен проявляти вміння ефективно спілкуватися з пацієнтом. Це означає проявляти терпіння, слухати уважно його побоювання та запити, пояснювати процедури та прийняті рішення. Чіткість та відкритість в комунікації можуть знизити ризик виникнення конфлікту.

2. Встановлення меж: лікар повинен встановити чіткі межі щодо прийняття неприйнятних або небезпечних поведінок з боку пацієнтів. Це може включати надання інформації про правила поведінки та очікування, а також можливості вжиття заходів безпеки у разі загрози.

3. Підтримка колег: важливо мати підтримку та співпрацю з колегами. Обмін досвідом та порадою може допомогти лікарю ефективніше вирішувати конфліктні ситуації та впоратися зі стресом, пов'язаним з ними.

4. Застосування професійних стандартів: лікар повинен дотримуватися професійних стандартів, етичних норм та правил поведінки. Це включає повагу до пацієнта, збереження конфіденційності та прояв професійності у всіх взаєминах з пацієнтом.

5. Звернення до адміністрації: у випадках серйозних конфліктів, коли безпека лікаря або якість надання послуг стають під загрозу, лікар може звернутися до адміністрації медичного закладу або відповідних професійних організацій для отримання допомоги та підтримки.

Важливо, що захист лікаря від конфліктного пацієнта є комплексним процесом, який вимагає розуміння, толерантності, професіоналізму та емпатії. Співпраця між лікарем та пацієнтом на основі взаємного поваги та розуміння є ключовим елементом досягнення гармонії та вирішення конфліктів у системі «лікар-пацієнт».

## Висновки до Розділу 1

1. Установлено, що конфлікти, як правило, є складними, і можуть виникати на різних рівнях та в різних сферах економічної діяльності. Немає системи, де не відбувалися б конфлікти. Оскільки сфера охорони здоров'я реформується та наближається до людей, необхідно використовувати різні механізми управління конфліктами, зокрема, які базуються на комунікації та проведенні діалогу, з метою зменшення кількості конфліктних ситуацій.

2. Показано, що конфлікт між лікарем і пацієнтом є складним і особливим процесом і може виникати в різних сферах діяльності, оскільки його ключовими елементами є життя та здоров'я людини. Це вказує на необхідність знаходження конструктивних шляхів співробітництва для досягнення ефективного вирішення конфліктів та покращення якості медичних послуг.

3. Враховуючи вище наведений досвід медіації в різних країнах світу, зокрема, в сфері охорони здоров'я, та європейський шлях розвитку України

доцільно розглянути можливість використання посередництва у вітчизняній сфері охорони здоров'я.

4. Визначено, що роль ЗМІ в медичних конфліктах є значною. Вони формують громадську думку, впливають на сприйняття й розвиток конфлікту, а також визначають образи й ролі учасників цих конфліктів. Водночас ЗМІ часто стають джерелом неправдивої інформації в соціальних медіа про роль в ньому лікаря, посилюючи тим самим конфлікт.

5. У закладах охорони здоров'я, де реалізується система відносин «лікар-пацієнт», панує конфліктне середовище, що обумовлено руйнівною поведінкою з боку пацієнта, а з іншого боку – ринковими відносинами в охороні здоров'я, де економічні цінності домінують над етичними і створюють зацікавленість у більшій кількості хворих, ніж здорових пацієнтів.

6. Результати теоретичного дослідження підтвердили актуальність і доцільність медико-соціального обгрунтування, розробки та впровадження концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я.

*Матеріали даного розділу представлені в наступних публікаціях автора [143, 144, 145, 146, 147, 148].*



## РОЗДІЛ 2

### ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, МЕТОДИ І ОБСЯГ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 2.1. Розробка програми та характеристика бази наукового дослідження

Дисертаційна робота є результатом комплексного дослідження, проведеного з метою медико-соціального обґрунтування та розробки концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я. Досягнення мети потребувало розробки спеціальної програми з використанням системного підходу, реалізація якої передбачала сім послідовних організаційних етапів (рис. 2.1).

На всіх етапах роботи застосовано методологію системного підходу і аналізу.

На *першому етапі* було проаналізовано вітчизняні та світові інформаційні ресурси з баз даних Medline, Pubmed, Medscape, Googlescholar, матеріали ВООЗ за темою дослідження. Вивчено детермінанти конфлікту медицини та суспільства, проаналізовано основні причини виникнення конфліктів та способи розв'язання конфлікту між лікарем і пацієнтом, підходи до вирішення конфлікту в сфері охорони здоров'я в країнах світу, зокрема, Євросоюзу та Україні, роль ЗМІ в конфлікті при наданні медичної допомоги. Проведено бібліографічний і семантичний аналіз обраних матеріалів, результати якого аргументовано довели необхідність обґрунтування та розробки концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я.

Для підготовки та проведення теоретичного аналізу використано 272 од. інформаційних джерел, із яких 45 – зарубіжних авторів. Отримані результати дозволили конкретизувати напрям, об'єкт і предмет дослідження.

Результати першого етапу представлені в першому розділі дисертації.

<b>I етап</b>	<b>Міжнародні та вітчизняні підходи до управління конфліктами в закладах охорони здоров'я (огляд літератури)</b>		
Джерела: наукова література (усього 272 джерела, з них: 45 – іноземних авторів, джерела Інтернет-мережі, Medline, Pubmed, Medscape тощо).			
<b>II етап</b>	<b>Вибір напряму дослідження, визначення мети, завдань, обґрунтування методів та обсягу дослідження</b>		
Вибір мети, визначення завдань, обґрунтування методів і обсягів дослідження	Розробка опитувальника для соціологічного дослідження серед пацієнтів (1 примірник)	Розробка анкет для соціологічного дослідження серед медичних працівників, керівників ЗОЗ, експертів (3 примірника)	
<b>III етап</b>	<b>Системний аналіз нормативно-правового регулювання конфліктів в сфері охорони здоров'я України</b>		
Нормативно-правові акти з питань регулювання конфліктів в сфері охорони здоров'я України за 2005-2022 рр. (21 од.)			
<b>IV етап</b>	<b>Аналіз організації роботи зі зверненнями громадян в Україні та в закладах охорони здоров'я Чернівецької області</b>		
- звіти МОЗ України – 10 од.; - звіти ДООЗ Чернівецької області – 7 од.; - Статути ЗОЗ – 27 од.; - Колективні договори ЗОЗ – 27 од.; - річні плани роботи ЗОЗ та їх структурних підрозділів – 463 од.; - положення про структурні підрозділи ЗОЗ – 80 од.		- журнали обліку особистого прийому громадян – 9 од.; - журнали реєстрації звернень громадян – 9 од.; - розпорядчі документи – 79 од.; - звіти щодо роботи зі зверненнями громадян – 191 од.; - протоколи засідань оперативних нарад у керівника ЗОЗ – 707 од.	
<b>V етап</b>	<b>Аналіз факторів виникнення конфліктів та технологій управління конфліктами в закладах охорони здоров'я Чернівецької області</b>		
Анкета для керівників закладів охорони здоров'я «Діагностика міжособистісних відносин в медичному колективі» – 92 од.	Анкета для лікарів «Стиль конфліктної поведінки в закладі охорони здоров'я» – 522 од.	Анкета для пацієнтів «Визначення задоволеності пацієнта якістю медичною допомогою та причин конфліктів в закладі охорони здоров'я» – 1146 од.	Виявлення комунікативних схильностей (КОС-2) за методикою В. В. Синявського, Б. А. Федоришина – 387 од.
<b>VI етап</b>	<b>Медико-соціальне обґрунтування та розробка концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я</b>		
Результати теоретичного та власного дослідження			
<b>VII етап</b>	<b>Упровадження (за окремими елементами) концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами на різних рівнях управління галуззю та експертна оцінка її ефективності</b>		
На галузевому рівні: - інформаційний лист – 1 од.; - методичні рекомендації – 1 од.; - раціоналізаторські пропозиції – 2 од.; - авторські свідоцтва про нововведення, науковий твір – 5 од.; - матеріали до навчальних програм профільних кафедр закладів вищої медичної освіти України (акти впровадження – 3 од.).		На регіональному рівні: - матеріали дослідження використані в діяльності ЗОЗ Чернівецької області (акти впровадження – 21 од.).  <b>Оцінка ефективності моделі:</b> - карти експертних оцінок – 34 од.	
<b>Методи дослідження:</b> системного підходу і аналізу (I–VI); бібліосемантичний (I, III, VI); контент-аналізу (III); соціологічний (анкетне опитування) (V–VI); медико-статистичний (II, IV, V, VI); графічний (IV, V, VI, VII); концептуального та описового моделювання (VI); функціонально-структурного моделювання (VI); експертних оцінок (VII).			

Рис. 2.1. Програма, матеріали, методи та обсяг дослідження

Результати першого етапу дозволили на *другому етапі* остаточно окреслити напрям наукової роботи, визначити мету, завдання, об'єкт і предмет, зміст і структуру та обсяг інформаційних матеріалів, методологію та методичний апарат дослідження, розробити його програму та анкети соціологічного дослідження, провести збір первинної інформації.

На даному етапі базою наукового дослідження, експериментальна частина якого проводилась упродовж 2020-2023 рр., обрано багатoproфільні лікарні (3 од., серед них – обласна) та центри первинної медико-санітарної допомоги (5 од.) Чернівецької області, де відвідуваність і перебування пацієнтів у закладах цих типів обумовлюють тісний контакт з охороною здоров'я і можуть бути причинами конфліктів:

- Обласне комунальне некомерційне підприємство «Чернівецька обласна клінічна лікарня»;
- Комунальне некомерційне підприємство (КНП) «Кіцманська багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування»;
- КНП «Сторожинецька багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування»;
- КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги «Роша»;
- КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги «Садгора»;
- КНП «Заствнівський центр первинної медико-санітарної допомоги»;
- КНП «Новоселицький центр первинної медико-санітарної допомоги»;
- КНП «Хотинський центр первинної медико-санітарної допомоги».

Вибір Чернівецької області для проведення наукового дослідження зумовлювався єдиним нормативним полем, в якому функціонують ЗОЗ України, незалежно від регіону, а також переважанням сільських поселень, де спостерігається найбільша соціальна вразливість населення, що ускладнює доступність до медичної допомоги. Чинник обмеженості доступності медичних послуг підвищує вірогідність виникнення конфліктів. Широкомасштабне вторгнення росії на територію України на початку 2022 року прямо не торкнулося Чернівецької області, оскільки вона віддалена від лінії фронту, що

дозволило проводити дослідження без будь-яких перерв, обумовлених об'єктивними причинами.

Чернівецька область розташована в західній частині України, площею – 8,1 тис. км<sup>2</sup>, де станом на 01.01.2023 р. проживало 904,4 тис. осіб. Населення проживає в 3 адміністративних районах (Вижницький, Дністровський та Чернівецький) та двох містах (м. Чернівці та м. Новодністровськ) (рис. 2.2).

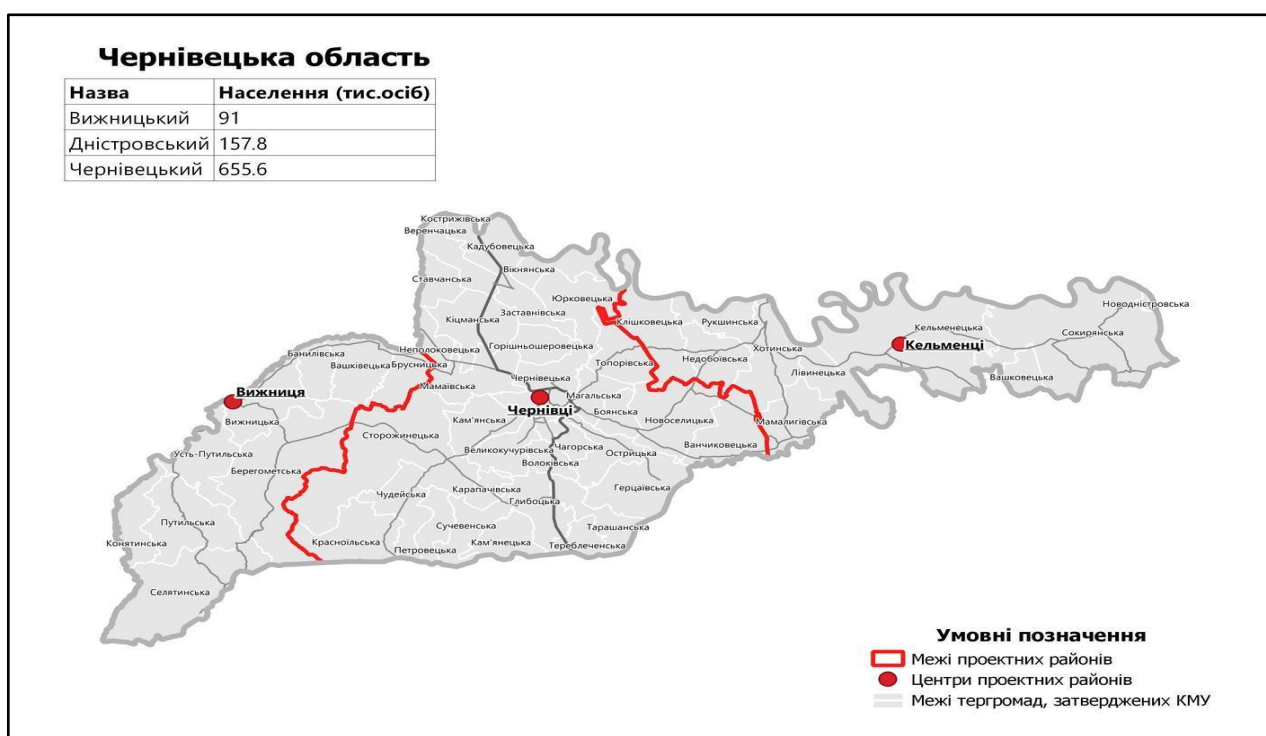


Рис. 2.2. Адміністративний устрій Чернівецької області

Методологією дослідження обрано методологію системного підходу, а з наукових методів, визначених паспортом наукової спеціальності «Соціальна медицина», для проведення даного дослідження обрані методи: системного підходу і аналізу; бібліосемантичний; контент-аналізу; соціологічний (анкетне опитування); медико-статистичний; графічний; концептуального та описового моделювання; функціонально-структурного моделювання; експертних оцінок.

Результати даного етапу представлені в другому розділі дисертації.

На *третьому етапі* проведено контент-аналіз законодавчих, нормативно-правових актів та інших регуляторних документів в кількості 21 од. з метою дослідження нормативно-правового регулювання конфліктів в сфері охорони здоров'я України на різних рівнях управління нею.

За результатами контент-аналізу зроблено висновки, що ними визначені норми прямої і непрямой дії, які можна використовувати для основи профілактики конфліктів в медицині між лікарем - ЗМІ; лікарем - пацієнтом та ЗОЗ - пацієнтом. Разом з тим визначено, що профілактична спрямованість законодавства щодо конфліктів обмежена і потребує таким чином удосконалення. Проведено аналіз чинних нормативно-правових актів щодо організації роботи зі зверненнями громадян. Результати представлені в третьому розділі роботи.

На *четвертому етапі* дослідження за даними звітів МОЗ України проводився медико-статистичний аналіз та узагальнення звернень громадян за встановленими формами, які затвердженими наказом МОЗ України [149] та за формами, визначеними дорученнями Кабінету Міністрів України. Проаналізовано організацію роботи зі зверненнями громадян в Україні за 2013, 2018, 2022 роки. На основі звітів ДОЗ Чернівецької області досліджено організацію роботи зі зверненнями громадян в Чернівецькій області за 2015-2022 роки та проведено детальний аналіз заходів з попередження медичних конфліктів, моніторингу їх динаміки в ЗОЗ Чернівецької області та наслідків врегулювання.

Використані наступні матеріали дослідження, а саме:

- звіти МОЗ України – 10 од.,
- звіти ДОЗ Чернівецької області – 7 од.,
- Статут Комунального некомерційного підприємства – 27 од.;
- Колективний договір – 27 од.;
- річні плани роботи закладу та його структурних підрозділів – 463 од.;
- положення про структурні підрозділи – 80 од.;
- журнал обліку особистого прийому громадян – 9 од.;

- журнал реєстрації звернень громадян – 9 од.;
- розпорядчі документи – 79 од.;
- звіти щодо роботи зі зверненнями громадян – 191 од.;
- протоколи засідань оперативних нарад у керівника ЗОЗ – 707 од.

За допомогою програмного забезпечення Microsoft Excel була створена база даних, підраховані та графічно зображені результати по галузі та Чернівецькій області за наступними показниками (у %):

- загальна кількість звернень;
- розподіл звернень громадян за статтю та територією мешкання;
- розподіл громадян за соціальним станом авторів звернення;
- динаміка письмових звернень громадян;
- кількість звернень на телефонну «гарячу лінію»;
- основні питання, що порушували громадяни у зверненнях;
- класифікація за видами звернень громадян;
- стан розгляду та вирішення порушених у зверненнях питань;
- розподіл респондентів за категорією звернення;
- розподіл звернень за суб'єктом;
- розподіл звернень за ознакою надходження;
- терміни розгляду звернень громадян;
- результати розгляду звернень громадян.

Одержані результати представлені в четвертому розділі дисертації.

Наступним завданням, яке вирішувалось на *n'ятому етапі* дослідження, було визначення факторів виникнення конфліктів та застосовних технологій управління конфліктами в системах «керівник ЗОЗ - лікар - пацієнт». З цією метою досліджувались міжособистісні відносини в медичному колективі; визначались стилі конфліктної поведінки в ЗОЗ, комунікативні схильності медичних працівників. Проведений аналіз задоволеності пацієнтів медичним обслуговуванням та їх вплив на виникнення конфліктних ситуацій.

Використано метод соціологічного дослідження шляхом анонімного анкетування за спеціально розробленими анкетами трьох видів в залежності від

цільових груп респондентів для керівників ЗОЗ «Стиль конфліктної поведінки в закладі охорони здоров'я» (92 од.) (додаток Б-1), для медичних працівників «Діагностика міжособистісних відносин в медичному колективі» (522 од.) (додаток Б-2) та пацієнтів «Визначення задоволеності пацієнта якістю медичною допомогою та причин конфліктів в закладі охорони здоров'я» (1146 од.) (додаток Б-3). Опитування тривало впродовж 2022 - 2023 рр. Статистична обробка категорійних даних проводилась шляхом розрахунку частоти ознак на 100 опитаних та похибки ( $\pm m$ ).

Підхід до розробки власної анкети базувався на стандартній методології. Передмова із зверненням до респондентів та їх згодою на участь у дослідженні, інструкцією щодо заповнення анкети та зобов'язанням автора зберігати конфіденційність персональних даних. Основна частина анкети складалась з адресних запитань з урахуванням соціально-демографічних факторів (вік, стать, територія мешкання, спеціальність, місце роботи). Логічний порядок запитань такий: спочатку були прості, а потім складні з чітким і добре сформульованим змістом запитання. До анкет увійшли запитання, що надавали можливість респонденту вибрати будь-яке поєднання варіантів відповідей та запитання, що припускають один з двох варіантів відповіді («так» або «ні»). У низці запитань передбачалось, що респондент напише те, що вважає за необхідне, в спеціально відведеному рядку. Питання були пронумеровані та мали місце для позначення респондентами своїх відповідей. За віковими показниками респонденти розподілилися таким чином: до 35 років (керівники, лікарі); 18-35 років медичні сестри; усі респонденти – 36 - 55 років та 56 років і старше. В основу розподілу покладено вікову періодизацію розвитку та саморозвитку особистості за А.В. Васильєвим (2012) в авторській обробці зважаючи, що в дану періодизацію покладені психологічні особистості вікових періодів дорослої людини з огляду, що вони пов'язані з виникненням та розвитком конфлікту.

Примірники анкет заздалегідь були роздруковані та поширювались серед керівників ЗОЗ, лікарів та пацієнтів закладів, обраних базами дослідження, які самостійно їх вручну заповнювали.

Організація проведення соціологічного дослідження проводилась із залученням медичних працівників в якості помічників до процесу опитування пацієнтів, що попередньо було погоджено з керівництвом досліджуваних ЗОЗ. Медичним працівникам попередньо надавались інструкції щодо їх функцій у процесі проведення опитування пацієнтів.

Опитування керівників та медичних працівників проводилося особисто автором, яка особисто не була знайома з респондентами, що виключало, за попередніми домовленостями з учасниками опитування, можливість отримати бажану для дослідника інформацію. Керівництво ЗОЗ, де проводилося дослідження, виділило мебльоване зручне приміщення для проведення анкетування з добрим освітленням та високою шумоізоляцією.

Опитування медичних працівників Чернівецької області присвячувалось аналізу діагностики міжособистісних відносин в медичному колективі. До опитування медичних працівників залучились співробітники ОКЛ, БЛЛ та центрів ПМСД області. Використана анкета складалась із 15 питань, зміст яких дозволив отримати думку респондентів з таких аспектів щодо виникнення медичних конфліктів:

- домінуючий стиль поведінки в медичному колективі;
- здатність до конфлікту;
- частота виникнення конфліктів в колективі;
- чи вважають себе респонденти конфліктними особистостями;
- причини виникнення конфліктів у колективі;
- думка респондентів щодо захисту інтересів на випадок виникнення конфліктної ситуації;
- які конфлікти виникають у колективі найчастіше: керівник-лікар; лікар-лікар; лікар-середній медперсонал; лікар-пацієнт; лікар-родичі пацієнта;
- поведінка медичних працівників під час виникнення конфлікту;
- характерна реакція медичних працівників під час конфлікту «керівник-медпрацівник».



Опитування керівників медичних закладів Чернівецької області присвячувалось визначенню стилю конфліктної поведінки в ЗОЗ.

З метою аналізу думки керівників були обрані такі підрозділи змісту анкетних питань:

- частота виникнення конфліктів у Вашому колективі;
- участь керівника в конфліктній ситуації;
- причини конфлікту в колективі;
- доведення правоти під час конфлікту керівником МЗ;
- прийняття сторони опонента у конфлікті;
- можливість вирішення конфлікту, не ущемляючи права і почуття гідності всіх людей, задіяних в конфлікті;
- що заважає керівнику та іншим людям вирішувати конфлікти з користю для обох сторін;
- стиль поведінки на випадок виникнення конфліктної ситуації;
- залучення до вирішення конфлікту медіатора (третьої сторони);
- необхідність навчання медичних працівників щодо вирішення конфліктних ситуацій.

Запитання для пацієнтів, що проходили лікування на базах дослідження Чернівецької області, присвячувалось визначенню задоволеності пацієнта якістю медичної допомоги, впливу задоволеності детермінант конфлікту з точки зору пацієнта та його поведінки на випадок конфлікту. Зміст питань для пацієнтів був наступний:

- задоволеність ставленням медичного персоналу;
- час очікування в черзі до лікаря;
- задоволеність санітарно-гігієнічними умовами в медичному закладі;
- задоволеність результатами надання медичної допомоги;
- чи був колись медичний конфлікт;
- основні причини конфлікту в медицині;
- коли найчастіше трапляються конфлікти між пацієнтом та лікарем;

- звернення з приводу виникнення конфлікту до керівника лікувальної установи; органу управління охороною здоров'я; скаргою до прокуратури чи суду;

- володіння інформацією про порядок подання заяви (скарги) у випадку виникнення конфліктної ситуації;

- способи вирішення конфлікту;

- найбільш прийнятні наслідки конфлікту для пацієнта;

- наскільки добре держава сьогодні виконує обов'язки регулятора конфліктних відносин між лікарем та пацієнтом.

Анкети заповнювалися респондентами самостійно та були анонімними.

Під час аналізу результатів соціологічного дослідження застосовувалась п'ятирівнева цифрова шкала вимірювань Лейкерта (оцінки від одного до п'яти балів) для цільових груп респондентів (табл. 2.1) [150].

*Таблиця 2.1*

#### Шкала вимірювань відповідей респондентів

1	2	3	4	5
Дуже незадоволений	Незадоволений	Частково задоволений	Задоволений	Дуже задоволений

Об'єктивність отриманих результатів забезпечувалась формуванням репрезентативних вибірок, відповідних визначеним генеральним сукупностям.

Відомості про чисельність керівників, медичних працівників та пролікованих пацієнтів отримувались із затверджених МОЗ звітних форм: «Звіт про медичні кадри за 20\_\_ рік» № 17 та «Звіт лікувально-профілактичного закладу за 20\_\_ рік» № 20.

Для порівняння малих вибірок використовувався точний критерій Фішера [151, 152].

Для розрахунку критерію обчислюють значення (2.1):

$$p = \frac{(A+B)!(C+D)!(A+C)!(B+D)!}{A!B!C!D!(A+B+C+D)!}$$

Отримані значення – рівень значущості при порівнянні двох груп. Якщо отримане  $p < 0,05$ , то відмінність між групами є достовірною.

Кореляційний аналіз виконувався з використанням методу лінійного коефіцієнта кореляції  $\chi^2$  Пірсона [153, 154]. Значення критерію розраховують за формулою (2.2):

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}},$$

Де:

$O_{ij}$  – фактичні значення,

$E_{ij}$  – очікувані значення,

$r$  – кількість ознак (стовпчиків),

$c$  – кількість груп (рядочків).

Отримане значення критерію порівнюють з табличним значенням критерію  $\chi^2$  із  $(r - 1)(c - 1)$  ступенями вільності.

Була цікавою поведінка, як керівників ЗОЗ, так і пацієнтів у тих чи інших конфліктних ситуаціях та способи їх вирішення. Для аналізу взаємозв'язку відповідей респондентів ми використовували в дослідженні коефіцієнт спряженості Крамера щоб оцінити силу даного зв'язку [155, 156].

Для системи двох лінійних рівнянь з двома невідомими формули Крамера виглядають наступним чином (2.3):

$$V = \sqrt{\frac{\varphi^2}{\min(k - 1, r - 1)}} = \sqrt{\frac{\chi^2 / n}{\min(k - 1, r - 1)}}$$

Де:

$\varphi$  – фі-коефіцієнт;

$\chi^2$  – походить від тесту хі-квадрат Пірсона;

$n$  – є загальною сумою спостережень;

$k$  – кількість стовпців;

$r$  – кількість рядків.

Одним з обмежень V-кореляції Крамера є те, що вона може зробити значну похибку при оцінці її значення для всієї сукупності. Це означає, що розрахована кореляція може завищувати фактичну силу зв'язку між змінними. Для вирішення цієї проблеми використовується наступний метод корекції зміщення:

$$\tilde{V} = \sqrt{\frac{\tilde{\varphi}^2}{\min(\tilde{k} - 1, \tilde{r} - 1)}}$$

де ці модифіковані змінні наступні:

$$\tilde{\varphi}^2 = \max\left(0, \varphi^2 - \frac{(k-1)(r-1)}{n-1}\right)$$

and

$$\tilde{k} = k - \frac{(k-1)^2}{n-1}$$

$$\tilde{r} = r - \frac{(r-1)^2}{n-1}$$

Розрахунок вибіркової сукупності для респондентів склав необхідну кількість, яка забезпечила репрезентативність отриманих результатів.

Також на даному етапі дослідження було обрано для використання методику В. В. Синявського, Б. А. Федоришина, яка спрямована на виявлення комунікативних схильностей (КОС-2) (Додаток Б-4), яка дозволила оцінити рівень розвитку комунікативних властивостей лікарів, та діагностувати їх уміння брати участь в суспільних і групових заходах, здібності впливати на людей. Всього було опитано 387 лікарів ЗОЗ Чернівецької області.

Можливості прояву комунікативних схильностей закладено у відповідних групах запитань, сукупність яких представлена в бланку «Лист запитань», на

які можна дати або позитивні, або негативні відповіді, тобто «так» або «ні». Спектр опитування в ньому досить широкий для того, щоб за результатами відповідей досліджуваного можна було виявити якісно – кількісні параметри його комунікативних схильностей.

Обробка результатів дослідження полягала в підрахунку кількості співпадінь відповідей респондента в бланку відповідей з тими відповідями, що проставлені у ключі (табл. 2.2).

*Таблиця 2.2.*

Таблиця оцінки відповідей респондентів на запитання  
за методикою В. В. Синявського, Б. А. Федоришина  
щодо виявлення комунікативних схильностей

<b>Схильності</b>	<b>Відповіді</b>	<b>Номери питань</b>
Комунікативні	(+) так	1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33, 37
	(-) ні	3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39

Комунікативні схильності: позитивні відповіді – питання 1-го стовпця і негативні відповіді – питання 3-го стовпця.

Отримане число вводилось у формулу:

$$K=0,05 *M$$

Де:

K – величина оцінного коефіцієнта

M – кількість відповідей, що співпали.

Кількісні оцінні показники (табл.2.3), одержані за цією методикою, можуть варіювати від 0 до 1.

Таблиця 2.3.

## Шкала оцінок комунікативних схильностей

Кк	Qк	Рівень прояву комунікативних схильностей
0,10 - 0,45	1	Низький
0,46 – 0,55	2	Нижче середнього
0,56 – 0,65	3	Середній
0,66 – 0,75	4	Високий
0,76 – 1,00	5	Дуже високий

Показники, ближчі до одиниці, свідчать про високий рівень виявлення комунікативних схильностей, ближчі до 0 – про низький рівень.

Також на даному етапі, за власною методикою, було з'ясування в населення Чернівецької області важливості певних компетентностей спілкування лікаря та пацієнта під час надання кваліфікованої медичної допомоги (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

## Матриця компетентностей спілкування лікаря з пацієнтом (у відсотках)

Важливо	Компетентність	Не важливо
	Уміння проводити бесіду з пацієнтом	
	Уміння враховувати індивідуально-психологічні особливості пацієнта	
	Уміння проникати в проблему зі здоров'ям пацієнта	
	Уміння вислухати і дати пораду пацієнту	
	Уміння проявляти співчуття пацієнтові щодо його захворювання	
	Уміння доступно аргументувати обраний курс лікування пацієнту	
	Уміння налаштувати пацієнта на позитивний результат лікування	
	Уміння уникати конфліктних ситуацій з пацієнтом	
	<b>Усього</b>	

Респонденти надавали відповіді «так» або «ні» щодо важливості/неважливості запропонованої матриці компетентностей спілкування лікаря з пацієнтом. Обрахунок отриманих результатів проведено у відсотковому еквіваленті.

Результати п'ятого етапу представлено в п'ятому і шостому розділах роботи.

На *шостому етапі*, враховуючи результати теоретичного та власного дослідження, автором здійснено узагальнення одержаних даних та медико-соціальне обґрунтування й розробка концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я.

Використано методи концептуального та описового моделювання, функціонально-структурного моделювання, графічний.

На *сьомому*, заключному етапі, здійснювалось упровадження (за окремими елементами) концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами на галузевому в закладі охорони здоров'я та експертна оцінка її ефективності. Упровадження відбувалось шляхом написання статей, тез, методичних рекомендацій, інформаційного листа, монографії, надання пропозицій до використання матеріалів дослідження при підготовці/оновленні навчальних програм підготовки/підвищення кваліфікації лікарів у закладах вищої освіти, впровадження технологій раціональної поведінки в колективах медичних працівників, упорядкування діяльності зі звернення громадян в закладах охорони здоров'я Чернівецької області, що засвідчено актами впровадження.

Оцінка ефективності впровадженої моделі проводилась методом експертних оцінок 34 висококваліфікованими експертами: (24 керівника закладів охорони здоров'я та структурних підрозділів та 10 докторів медичних наук, професорів ЗВО), які всі мали вищу кваліфікаційну категорію за фахом «Організація і управління охороною здоров'я», середній стаж роботи в медицині складав  $21,0 \pm 1,5$  роки, в т.ч. за фахом «Організація і управління охороною здоров'я» –  $16,3 \pm 1,5$  років. Експерти заповнювали «Карту експертної

оцінки концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в ЗОЗ» (додаток В). Їх висновки дозволили оцінити отримані результати, спрогнозувати короткострокову та довгострокову перспективу їх впливу на конфліктні ситуації в медичних колективах та їх соціально-медичні наслідки.

Заповнені експертами та повернені автору дисертаційної роботи «Карти експертних оцінок» підлягали медико-статистичному аналізу, а саме розраховувались середня арифметична бальних оцінок та стандартна похибка ( $m$ ). Ступінь узгодженості думок експертів визначався за коефіцієнтом варіації ( $Cv$ ) для кожного об'єкта експертизи у відсотках. Узгодженість думок за параметрами моделі склала  $87,6 \pm 1,4\%$ .

Матеріали шостого і сьомого етапу представлені в сьомому розділі дисертації.

## 2.2. Методологічний інструментарій дослідження

Під час проведення дослідження на різних його етапах використовувалися загальнонаукові методи дослідження (табл. 2.5).

Бібліосемантичний метод використовувався переважно для пошуку даних наукової літератури та електронних ресурсів шляхом аналізу попередніх досліджень щодо світового та вітчизняного досвіду з досліджуваної проблеми.

Метод системного підходу і аналізу використано на всіх етапах дослідження для проведення комплексного аналізу системи управління конфліктами в закладі охорони здоров'я. Зазначена система розглядалась як багатокомпонентна відкрита система, складові якої взаємопов'язані між собою та мають вихід назовні у вигляді тісних зв'язків із зовнішнім середовищем. Завдяки методу досліджувались впливи на систему управління конфліктами в закладі охорони здоров'я з боку засобів масової інформації, органів слідства і прокуратури, вищих органів управління, територіальних громад, а також



відносини в закладах охорони здоров'я між різними учасниками потенційних конфліктів.

Таблиця 2.5

Загальнонаукові методи дослідження

№ п/п	Методи дослідження	Етапи дослідження
1	Системного підходу та аналізу	I–VI
2	Бібліосемантичний	I, III, VI
3	Контент-аналізу	III
4	Соціологічний	V–VI
5	Медико-статистичний	II, IV, V, VI
6	Графічний	II, IV, V, VI, VII
7	Концептуального та описового моделювання	VI
8	Функціонально-структурного моделювання	VII
9	Експертних оцінок	VII

Метод системного підходу і аналізу дозволив таким чином провести комплексне всебічне дослідження як внутрішніх так і зовнішніх детермінант конфлікту в закладах охорони здоров'я.

Метод контент-аналізу використовувався для аналізу змісту нормативно-правових актів з питань врегулювання конфліктів в медицині та виявлення різних фактів й тенденцій, що впливають на розвиток конфлікту, зафіксованих у цих документах.

З використанням медико-статистичного методу проведено збір, обробку та аналіз отриманих статистичних даних. Статистичну обробку результатів дослідження проведено з використанням програмних продуктів Microsoft Excel 10.0 і Statistica 10.0.

Соціологічний метод використано при дослідженні інформації від визначених груп респондентів (пацієнтів, медичних працівників, керівників ЗОЗ та завідувачів відділень). Після опрацювання наукової літератури для проведення якісного соціологічного дослідження було розроблено спеціальні анкети (опитувальники), які склалися із 15 запитань, зміст яких дозволив вивчити міжособистісні відносини в медичному колективі; визначити стиль конфліктної поведінки в ЗОЗ та оцінити погляд пацієнтів на виникнення конфліктних ситуацій під час надання медичної допомоги.

Графічний метод використовувався для забезпечення наочності подання статистичних і описових даних, відображення взаємозв'язків показників, можливості в цілому охопити дані, що вивчалися, можливості вираження деяких аналітичних залежностей, які не дуже чіткі та важкі для виявлення при інших способах подання даних (діаграма, малюнок, модель).

Метод концептуального та описового моделювання дозволив автору сформулювати та словесно представити власне розуміння цілісної системи управління конфліктами в закладі охорони здоров'я як зміненої наявної конструкції з урахуванням успішного досвіду країн світу та набутого вітчизняного досвіду з врегулювання конфліктів в сфері охорони здоров'я, а також з урахуванням одержаних результатів на етапах дослідження.

Метод функціонально-структурного моделювання дозволив втілити задум автора у вигляді моделі, структурованої за функціями та складовими елементами, новими, докорінно зміненими або вдосконаленими.

Метод експертних оцінок дозволив отримати об'єктивну оцінку запропонованих нововведень на основі певної сукупності індивідуальних думок експертів за спеціально розробленою «Картою експертних оцінок». Експерти оцінювали наступні характеристики запропонованої моделі: етапність; профілактичну спрямованість; пріоритетну орієнтацію на пацієнта; доступність; комплексність; системність; інформативність; описові властивості; прогностичні властивості; удосконалення інформаційного захисту ЗОЗ; удосконалення системи управління ЗОЗ в частині управління конфліктами;

виявлення та аналіз заходів щодо удосконалення роботи зі зверненням громадян. Оцінка була анонімною та виключала спілкування між експертами.

Таким чином, комплексне використання обраних методів дослідження дозволило детально проаналізувати одержані результати дослідження та обґрунтувати й розробити концептуальну функціонально-організаційну модель управління конфліктами в закладі охорони здоров'я.

## Висновки до Розділу 2

1. Мета дослідження полягала у медико-соціальному обґрунтуванні та розробці концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я та впровадженні її окремих елементів в практику охорони здоров'я на різних рівнях управління галуззю. Завдання дослідження спрямовувались на досягнення запланованої мети та виступали структурними складовими програми дослідження. Програма дослідження дозволила послідовно вивчити світовий і вітчизняний науковий досвід з досліджуваної проблеми та провести власне дослідження, з використанням достатнього обсягу матеріалів та наукових методів дослідження.

2. Інформаційною базою дослідження стали численні джерела директивної, наукової, довідкової, статистичної інформації та дані власного дослідження, що дозволило різнобічно й достовірно вивчити, надати оцінку існуючим проблемам з питань управління конфліктами в закладах охорони здоров'я та визначити шляхи їх вирішення.

3. Використання сучасних комп'ютерних технологій і відповідного програмного забезпечення та комплексу загальнонаукових методів та методів соціальної медицини (системний підхід і аналіз, бібліосемантичний, контент-аналізу, соціологічний (анкетне опитування), медико-статистичний, концептуального, описового та функціонально-структурного моделювання, графічного, експертних оцінок) дозволило здійснити аналіз і узагальнення

одержаних даних, провести достовірні статистичні розрахунки, забезпечити наочність результатів дослідження, зробити висновки та пропозиції.

4. Програма дослідження та представлена в ній методологія дослідження спрямовувались на вирішення поставлених завдань, що стало науковим підґрунтям для розробки концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я.

*Матеріали даного розділу представлені в наступних публікаціях автора [157].*

## РОЗДІЛ 3

### СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ КОНФЛІКТІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

У сучасний період спостерігається значний приріст випадків порушення гідності та пошкодження репутації медичних працівників. Більшість таких ситуацій залишаються невирішеними, оскільки медичні працівники рідко застосовують свої права на захист гідності та професійної репутації, що зумовлено низьким рівнем правової обізнаності та відсутністю бажання витратити час на вирішення таких питань.

Така ситуація загрожує втратою поваги суспільства до медичних працівників, підштовхує до розчарування у власній професії та зростання конфліктних ситуацій при взаємодії «лікар-пацієнт».

Медичні працівники зазвичай звідувані пацієнтами в рамках своєї службової діяльності. На жаль, такі взаємодії часто супроводжуються різноманітними порушеннями прав: невідповідними вчинками, агресією та проявами неухважності.

Більшість медичних працівників вважають, що вони не мають належних прав або немає можливості їх реалізувати. Статус медичного працівника у сфері права обмежується лише трудовими відносинами.

#### 3.1. Правові аспекти взаємодії закладів охорони здоров'я із засобами масової інформації

Згідно з законодавством про медіа [158], журналісти мають право відвідувати ЗОЗ та збирати інформацію будь-яким законно встановленим способом. Журналісти можуть надавати запити на отримання інформації, а також можуть скористатися правом безпосереднього відвідування ЗОЗ.

При цьому журналіст має зобов'язання, встановлене законом, пред'явити службове посвідчення. Рекомендується починати спілкування з журналістом з перевірки його службового посвідчення. Далі важливо з'ясувати, яку саме інформацію бажає отримати журналіст.

Експерти виокремили дві групи проблем, що можуть виникати при взаємодії працівників ЗМІ та медичного персоналу [159, 160]:

1. Ситуації, коли журналіст збирає інформацію, пов'язану з пацієнтом або з діяльністю ЗОЗ.

2. Ситуації, коли об'єктом уваги стає сам медичний працівник.

У кожному з цих випадків необхідно використовувати певну тактику. Якщо йдеться про пацієнтів, бесіда з журналістами повинна відбуватися з урахуванням того, що на ЗОЗ покладено обов'язок зберігання медичної таємниці, включаючи широкий спектр конфіденційної інформації, яка стала відома медичному персоналу через обслуговування пацієнтів.

Під час спілкування з журналістами важливо наголосити, що згідно з законом [161] медичним працівникам обмежено можливості надавати інформацію без згоди пацієнта, особливо письмової згоди. Таким чином, якщо журналіст проявляє інтерес до конкретного пацієнта і просить інформацію про нього, медичному працівнику перед наданням такої інформації слід поспілкуватися з пацієнтом та встановити, чи згоден він на надання відомостей про свій стан здоров'я чи інші деталі, що стосуються його особи.

Найкраще провести спільну бесіду лікаря, журналіста та пацієнта, щоб інформувати пацієнта про інтерес ЗМІ та, у разі згоди пацієнта на спілкування, вести розмову разом, за участю медичного працівника. Присутність лікаря під час такого спілкування важлива, оскільки пацієнт може висловити недостовірну інформацію, і в таких випадках важливо мати можливість надати точну інформацію пресі.

Якщо пацієнт, наприклад, не може особисто спілкуватися з представниками ЗМІ через свій фізичний стан, то необхідно отримати письмову згоду від нього. Ця згода може бути оформлена в окремій формі або як запис у

медичній документації, що підтверджує довіру пацієнта до медичного персоналу та дозволяє їм спілкуватися з журналістами та надавати інформацію про його здоров'я тощо. Бажано розробити в медичній установі просту форму згоди пацієнта на публікацію інформації в ЗМІ, пов'язаної з його медичним станом.

Ще один засіб запобігти поширенню недостовірної інформації – звертатися до журналістів з проханням надсилати текст інтерв'ю на погодження. Журналісти не зобов'язані погоджувати інформацію з медичними працівниками, проте вони мають обов'язок перевіряти достовірність інформації. Експерти радять медикам повідомити журналіста, що готові спілкуватися та надати інформацію, але тільки за умови, що вона буде піддана процедурі погодження перед публікацією матеріалу.

Порядок взаємодії між різними суб'єктами права повинен бути регульований. Якщо він не врегульований безпосередньо законодавчими нормами, його можна встановити шляхом прийняття ЗОЗ локального нормативно-правового акта, в якому будуть визначені правила спілкування з журналістами. Рекомендується керівникам ЗОЗ позбавити рядових лікарів цієї обов'язковості та доручити спілкування з пресою конкретній особі, аналогічно до прес-служб, які функціонують у різних організаціях. При цьому весь персонал ЗОЗ повинен бути проінструктований, що жодне спілкування з представниками преси не проводиться самостійно, а запити адресуються конкретній особі.

Якщо на сторінках ЗМІ з'явилася недостовірна інформація, ЗОЗ (або медичний працівник) має право звернутися до ЗМІ, що опублікували цей матеріал, із запитом на спростування. Необхідно вказати у запиті обставини, які є недостовірними, дати їм свою оцінку та запросити опублікувати спростування. У цьому випадку також рекомендується отримати письмову згоду пацієнта на розголошення відомостей, якщо в статті йдеться про нього. Крім того, пацієнт може виступити з проханням про спростування.

ЗМІ мають обов'язок опублікувати спростування, якщо надані в них відомості виявляються недостовірними, і якщо з моменту публікації статті не минув рік. Відповідно до закону [162] передбачається, що спростування можна опублікувати впродовж року з моменту появи статті. Якщо ЗМІ відмовляється опублікувати спростування, цього можна досягти судовим шляхом. У такому випадку рекомендується зібрати доказову базу, що публіковані відомості не відповідають дійсності, незважаючи на те, що на позивача не покладається тягар доведення.

Також, у разі судового процесу щодо медичного працівника, якщо ЗМІ публікує будь-яку інформацію, але ще немає підтвердження її достовірності, це також може розглядатися, як поширення недостовірної інформації. У такій ситуації можна скористатися правом на відповідь, передбаченим законом [163]. Це означає, що ЗОЗ, щодо якого поширено неправдиві відомості, має право на опублікування своєї позиції чи коментарів у тому ж ЗМІ. Таким чином, у випадку, коли ЗМІ публікують матеріали, з якими ЗОЗ не згоден, він може представити свою точку зору без порушення лікарської таємниці.

Часто виникають ситуації, коли сам пацієнт або його представники, перебуваючи у конфлікті з ЗОЗ або лікарем, можуть бути ініціаторами появи негативної інформації у ЗМІ та відмовляються взаємодіяти. У таких випадках, на жаль, єдиним виходом може бути скористатися правом на спростування через судовий порядок, оскільки прозорість судового процесу є одним з основних принципів цивільного судочинства [164].

Спростування може бути актуальним там, де немає можливості подати заяву на видалення матеріалу з недостовірними відомостями, наприклад, у випадку публікації в друкованих ЗМІ. У разі, якщо матеріал опублікований лише в Інтернеті, доцільно подати запит на його видалення. Процедура видалення на інтернет-платформах зазвичай простіша, адже вона не так жорстко регламентована законодавством.

Першим кроком в такому випадку буде звернутися до адміністрації сайту з запитом про видалення недостовірних відомостей. Якщо адміністрація не



реагує на такий запит, доцільно звернутися до Департаменту кіберполіції Національної поліції України. Після отримання відповідної вимоги від поліції, якщо адміністрація сайту не виконає її, може бути прийнято рішення про блокування цього ресурсу. Тому варто в першому зверненні до адміністрації сайту зазначити, що у випадку невидалення недостовірної інформації буде подано заяву до Департаменту кіберполіції Національної поліції України про блокування сайту.

Крім того, що у ЗМІ іноді можна зустріти матеріали з неперевіреними відомостями, журналісти часом публікують роботи, які можна вважати наклепом. Це порушує ст. 151.1 Кримінального Кодексу України (ККУ) про наклеп. Наприклад, застосування кліше «лікар-вбивця» вже є досить осудливим. Визначення «вбивство» згідно зі ст. 115 ККУ означає умисне заподіяння шкоди іншій людині, тож лікар може бути винуватим у вбивстві тільки в двох випадках: евтаназії або вилученні органів без дозволу. В інших випадках, коли пацієнт помер через необережність, це не є вбивством, а лише нещасним випадком [165].

Називати лікаря вбивцею у таких ситуаціях є наклепом у 99,99% випадків. Те ж саме стосується і формулювань про «направлення шкоди через низьку кваліфікацію лікарів». Кваліфікація лікарів регулюється законодавством [166], і лише особи, які відповідають кваліфікаційним вимогам, мають право на медичну практику.

У таких випадках можна не тільки звернутися до ЗМІ з проханням видалити недостовірну інформацію або опублікувати спростування, але і подати заяву до прокуратури щодо порушення кримінальної справи за ст. 151.1 ККУ.

У випадку публікації матеріалів з неправдивою інформацією, негативними відгуками тощо, медичним працівникам надається можливість вимагати компенсації за моральну шкоду. Підставою для цього може бути подання судового позову через висловлені «обвинувачення» у ЗМІ. Наприклад, коли проти медичного працівника порушується кримінальна справа, а ЗМІ вже

вважають його винним у вчиненні злочину. Проте, згідно зі ст. 17 Кримінального процесуального кодексу України (КпКУ), існує «Презумпція невинуватості», яка стверджує, що підсудний вважається невинним, поки його винність не буде доведена вироком суду [167].

Проте, потрібно довести, що публікація спричинила моральну шкоду. Наприклад, після читання гнівних коментарів можуть виникнути проблеми зі здоров'ям. Цей факт можна документувати, звернувшись за медичною допомогою та отримавши відповідний лікарняний лист. Якщо йдеться про приватну клініку, лікар може пов'язати публікацію неправдивої інформації зі зменшенням кількості пацієнтів, яких він приймає.

Важливо зауважити, що компенсація моральної шкоди не стосується юридичних осіб та організацій. Якщо позов подається ЗОЗ, то він може вимагати відшкодування втраченої вигоди. Причиною для такого позову може бути зниження попиту на послуги лікарів через поширення неправдивої інформації.

Часто у ЗОЗ ведеться відеозйомка або фотографування, проте ці дії повинні бути строго регульовані. Важливо зауважити, що відеозапис, фотографії та аудіозаписи медичного персоналу під час виконання їхніх професійних обов'язків можливі лише за згодою самого працівника, як суб'єкта персональних даних [168].

До персональних даних належать не лише прізвище, ім'я та по-батькові та паспортні дані, але й зображення громадянина, його голос, які можуть оброблятися лише за згодою цього особи. Якщо згода не надана, обробка їхніх персональних даних не допускається.

Звісно, журналістам не можна заборонити зйомку в ЗОЗ, оскільки це публічні місця. Проте, важливо розуміти, кого та з якою метою вони знімають. Медичний персонал може бути знятий лише за їхньою згодою. Щодо пацієнтів, ЗОЗ повинен повідомити їх про зйомку. Самі пацієнти мають право вирішувати, чи брати участь у зйомці. Якщо це не враховано, ЗОЗ можна звинуватити в розголошенні лікарської таємниці [169].

У випадку зйомки конкретного пацієнта в ЗОЗ, згода на його зйомку надається ЗМІ, тобто самою організацією, яка направляє своїх кореспондентів на завдання. Бажано мати копію такої згоди у ЗОЗ.

Варто враховувати нюанси, пов'язані з прихованою зйомкою. Згідно ЗУ [170], поширення матеріалів, підготовлених з використанням прихованого аудіо-, відеозапису, допускається у трьох випадках: якщо це не порушує конституційних прав людини і громадянина, якщо це необхідно для захисту суспільних інтересів та вжито заходів проти можливої ідентифікації третіх осіб, та якщо демонстрація такого прихованого запису провадиться за рішенням суду.

У випадку, коли подібне зображення або відеоматеріал розміщено в ЗМІ та є прицільним, можна вимагати відповідальності від ЗМІ та видалення такого матеріалу, а також отримати компенсацію моральної шкоди.

Рекомендується не ховатися або уникати журналістів з відео- або фотокамерами, якщо вони з'являються в ЗОЗ. У випадку наявності певних відкритих відомостей, таких як прайс-лист, інформація про сертифікати лікарів, журналісти мають право ознайомитися з ними. Під час таких ситуацій рекомендується запросити керівника організації на спілкування з пресою, продемонструвати необхідні документи та спокійно продовжувати розмову.

Важливо пам'ятати, що в кожному ЗОЗ існує режим відвідування, і відповідні документи повинні містити інформацію про приміщення, в які не можна входити без спеціальної підготовки або обробки.

### 3.2. Адаптація законодавства України, що регулює відносини в організаціях, до сфери охорони здоров'я

Закон України [171], прийнятий для регулювання процесів мирного вирішення конфліктів через посередництво нейтральної третьої сторони, представляє важливий крок у розвитку системи альтернативного вирішення спорів. Проте, його діюча редакція носить узагальнений характер, а отже,

потребує адаптації до специфіки медичної галузі, що створює необхідність внесення змін до законодавства в сфері охорони здоров'я та підзаконних нормативно-правових актів.

При адаптації регуляторних документів слід зважати на унікальні особливості конфліктів в медичній сфері, які зумовлені специфікою взаємодії між пацієнтами, медичним персоналом та адміністрацією закладів охорони здоров'я. Основні причини таких конфліктів включають:

1. Якість медичних послуг: невдоволення пацієнтів щодо якості наданих медичних послуг, особливо в разі ускладнень або помилок під час лікування.

2. Фінансові аспекти: вимагання додаткових платежів за медичні послуги або медикаменти, які повинні надаватися безкоштовно за умовами договорів.

3. Комунікаційні проблеми: недостатня або некоректна комунікація між медичним персоналом та пацієнтами, що часто призводить до непорозумінь та підвищеного стресу.

Основні напрями адаптації законодавства із запровадження посередництва в сфері охорони здоров'я, виходячи з аналізу його основних положень, можна визначити наступними:

1. Підготовка медіаторів, спеціалізованих саме на діяльності з профілактики та врегулювання конфліктів у сфері охорони здоров'я з метою набуття достатньої компетентності медіаторів у вирішенні цих питань, що, у свою чергу, підвищить ефективність процесу медіації; введення сертифікації медіаторів, які пройшли спеціальну підготовку у сфері врегулювання медичних конфліктів.

2. Визначення чітких механізмів інтеграції процесу медіації у діяльність закладів охорони здоров'я, з метою активного практичного впровадження й застосування медіації на місцях, зокрема через створення відділів або служб медіації в великих ЗОЗ.

3. Удосконалення освітніх програм для підготовки й перепідготовки керівників закладів охорони здоров'я, функціональних менеджерів, керівників

структурних підрозділів з питань медіації для підвищення обізнаності щодо альтернативних методів вирішення конфліктів.

4. Посилення регулювання етичних аспектів в сфері охорони здоров'я: необхідно додати змістовності окремим положенням щодо етичних стандартів і конфіденційності у медичних конфліктах, що є критично важливим для збереження довіри пацієнтів.

Отже, використання основних положень законодавства про медіацію, адаптованих до галузевих потреб, є необхідною умовою для забезпечення ефективного вирішення конфліктів, підвищення якості медичних послуг та зменшення рівня стресу серед пацієнтів і медичного персоналу. Це сприятиме покращенню загального стану системи охорони здоров'я в Україні, забезпечуючи більш гармонійні та довірливі відносини між усіма учасниками медичного процесу.

По аналогії з вище наведеним, Закон України [172], що регулює порядок розгляду трудових конфліктів між працівниками та роботодавцями, є важливим інструментом у забезпеченні справедливості та захисту прав трудових відносин. Проте, його чинна редакція застаріла та не враховує особливості діяльності в медичній сфері, що створює необхідність використання його позицій та їх оновлення в підзаконних галузевих нормативно-правових актах.

Трудові відносини у медичній галузі мають унікальні особливості, зумовлені специфікою роботи медичного персоналу, взаємодією з пацієнтами, високим рівнем стресу та відповідальності. Основні виклики, з якими стикаються медичні працівники, включають:

1. Інтенсивний графік роботи: медичний персонал часто працює в умовах високого навантаження та тривалих робочих змін, що може призводити до конфліктів через порушення трудових прав.

2. Високий рівень стресу: робота з пацієнтами вимагає емоційної витривалості та стійкості, що може спричиняти конфлікти, як між працівниками, так і між працівниками та адміністрацією.

3. Специфіка професійної відповідальності: медичні працівники несуть високу відповідальність за життя і здоров'я пацієнтів, що вимагає особливого підходу до вирішення трудових спорів, пов'язаних з професійними помилками або недостатньою якістю виконання обов'язків.

Основними напрямками удосконалення нормативно-правового регулювання трудових відносин слід вважати наступні:

1. Розробка окремих положень, які б враховували специфіку роботи медичних працівників, включаючи особливості їх робочого графіка, умови праці та відпочинку.

2. Представлення спеціалізованих механізмів вирішення трудових спорів, що виникають саме у медичній сфері, де часто потрібно враховувати медичну етику та професійні стандарти, наприклад, формування спеціалізованих комісій з вирішення трудових спорів у медичних установах, до складу яких входили б як представники адміністрації, так і медичний персонал та представники пацієнтів.

3. Урахування високого рівня емоційного навантаження, з яким стикаються медичні працівники, що може бути причиною трудових конфліктів, наприклад, запровадження програм емоційної підтримки та психологічної допомоги для медичних працівників, які стикаються з високим рівнем стресу, для запобігання трудовим конфліктам.

4. Розробка етичних кодексів: створення етичних кодексів та стандартів поведінки для медичних працівників, які допоможуть у вирішенні трудових спорів, пов'язаних з професійною діяльністю.

Отже, своєчасний моніторинг та внесення змін до законодавства, яке торкається трудових відносин та іншим чином впливає на конфлікти в організаціях, його адаптація до сфери охорони здоров'я є необхідною умовою для попередження та забезпечення ефективного вирішення трудових конфліктів, захисту прав медичних працівників та покращення умов їх праці. Це сприятиме зниженню рівня стресу серед медичного персоналу, підвищенню

якості надання медичних послуг та створенню гармонійного робочого середовища у ЗОЗ України.

3.3. Боротьба з поширенням інформації про медичних працівників, що не відповідає дійсності, та їх образами в мережі Інтернет

У сучасній добі велика кількість людей використовує різноманітні інтернет-ресурси, форуми та соціальні мережі для спілкування й обміну інформацією, включаючи відгуки про ЗОЗ та окремих медичних працівників. Часто користувачі, які не задоволені наданою медичною допомогою чи діями окремих медичних працівників, залишають негативні коментарі, не усвідомлюючи можливих наслідків своїх вчинків [173]. Ці коментарі можуть мати серйозні наслідки, зокрема звинувачення конкретних медичних працівників у вчиненні злочинів, передбачених кримінальним кодексом, а також образливі висловлювання на адресу персоналу медичних установ і їх керівників.

Законодавство та судова практика застосовують ті ж самі норми до дій громадян у Інтернеті, як і до їхніх дій офлайн. Це означає, що якщо громадяни розміщують в мережі інформацію, яка має образливий характер щодо медичних працівників чи не відповідає дійсності, це розглядається, як порушення закону і може мати юридичні наслідки [174, 175].

Права медичних працівників можна захистити у випадку розміщення недостовірної та образливої інформації про них, але для цього потрібно звернутися до відповідних нормативно-правових актів [176].

Згідно, кожна особа має право на захист свого особистого та сімейного життя, які можуть бути порушені тільки у випадках, передбачених Конституцією [177]. Даний нормативно-правовий акт обґрунтовано обмежує збирання, зберігання, використання та поширення конфіденційної інформації про особу без її згоди. Розголошення такої інформації може негативно вплинути на життя особи та її сім'ї. До таких даних належать інформація про

стан здоров'я та інші особисті дані. Збирання та поширення такої інформації без згоди особи можливе лише у випадках, передбачених законом і в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та захисту прав людини.

Отже, медичні працівники можуть захистити свої права у разі розміщення недостовірної та образливої інформації про них шляхом посилання на Конституцію України та відповідні законодавчі акти, які гарантують конфіденційність особистих даних та право на захист особистості.

Це положення також відображено в Цивільному кодексі України (ЦКУ). Згідно [178], кожна фізична особа має право на особисте життя і сама визначає його, а також має право на збереження в таємниці обставин свого особистого життя. Ці обставини можуть бути розголошені лише за умови наявності ознак правопорушення, підтверджених рішенням суду або за згодою особи. Положення цієї статті забороняє публікацію твору, який порушує права людини на таємницю її особистого і сімейного життя. Таким чином, терміни «особиста таємниця», «таємниця особистості», «персональні дані», «таємниця особистого життя» використовуються як синоніми як на теоретичному, так і на практичному рівні в юридичній сфері.

Іншим механізмом захисту прав є безпосереднє звернення до правоохоронних органів у випадку образливих висловлювань щодо медичних працівників, розміщених у мережі Інтернет. Проте не кожне образливе висловлювання може бути розглянуте як правопорушення, оскільки законодавство нечітко визначає, що вважається непристойною формою приниження честі та гідності.

Уточнені норми законодавства, що визначають механізм захисту права на таємницю особистого життя, включають:

- ст. 8 Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод;
- ст. 34 Конституції України;
- ст. 301, 303, 306, 308, 422 ЦКУ;
- ст. 7, 70, 236, 238, 313 ЦпКУ;
- ст. 182 ККУ;



- ст. 188-39 Кодексу України про адміністративні правопорушення (КУпАП) [179].

У випадку розміщення персональних даних медичного працівника в Інтернеті без його відома та згоди, цей працівник має право звернутися до кіберполіції України або адміністрації відповідного інтернет-ресурсу з вимогою їх видалення.

Проте, незважаючи на наявність ефективних механізмів захисту, багато медичних працівників уникають реагування на негативні висловлювання про їх діяльність у мережі. Це може призвести до підриву їхньої професійної репутації та формування негативного сприйняття серед громадськості. Головною причиною такої поведінки медичних працівників є не знання їхніх прав, а недостатня інформованість про механізми їх захисту.

Медичним працівникам слід діяти за певним алгоритмом у випадку, якщо вони стикаються з образою від користувачів мережі Інтернет та розповсюдженням недостовірної інформації про них на різних інтернет-ресурсах, що слідує з аналізу відповідних нормативних регуляторів.

Метою дій з реагування на недостовірну інформацію на різних інтернет-ресурсах може бути видалення розміщеної інформації, її спростування, притягнення особи, що розповсюдила недостовірну інформацію до юридичної відповідальності та компенсація моральної шкоди.

У всіх варіантах дії необхідно збирати докази образи або поширення неправдивої інформації. Для цього підтвердженням можуть слугувати скріншоти, щоб зафіксувати розміщення спірної інформації, оскільки користувачі часто видаляють її після подачі відповідного звернення медичним працівником. Рекомендується завіряти ці скріншоти у нотаріуса для підтвердження їхньої достовірності.

Якщо ціль полягає виключно у видаленні інформації з інтернет-ресурсу, потрібно надіслати звернення до його адміністрації, в якому вказати на ту інформацію, яка, на думку особи, що робить звернення, не відповідає дійсності, порушує його честь, гідність, професійну репутацію та може образати. До

заяви слід додати факти, що підтверджують, що інформація є помилковою. Звернення має вимагати від адміністрації інтернет-ресурсу видалити таку інформацію, а також нагадати, що особа, яка звернулася, залишає за собою право звернутися до відповідних контролюючих та правоохоронних органів, а також до суду в разі невиконання її законних вимог. У випадку невиконання вимоги заявника рекомендується звернутися до прокуратури для захисту своїх прав на захист професійної репутації, честі та гідності та у випадку образи [180].

У зверненні слід детально описати всі обставини, включаючи наступне:

- пояснити, яку саме інформацію, на думку заявника, слід вважати недостовірною або образливою;
- вказати конкретний інтернет-ресурс, де ця інформація була розміщена;
- додати скріншоти зазначеного інтернет-ресурсу, що підтверджують наявність спірної інформації;
- представити факти, які свідчать про неправдивість цієї інформації;
- запросити провести перевірку розміщеної інформації та ініціювати провадження у справі в адміністративному порядку у разі виявлення факту недостовірності цієї інформації та необхідності її спростування.

Окремо слід зазначити, що іноді до прокуратури слід звертатися для встановлення особи користувача, який розмістив неправдиву або образливу інформацію, оскільки часто це виконується анонімно через використання різних псевдонімів, що ускладнює ідентифікацію особи. Практика показує, що прокуратурі вдається знайти та притягнути до відповідальності особу, яка розмістила спірну інформацію, під час проведення відповідної перевірки.

З метою відшкодування моральної шкоди рекомендується звернутися до суду. У позовному зверненні слід детально висвітлити всі обставини та факти, додати докази поширення наклепницької інформації (скріншоти, засвідчені нотаріусом) та навести аргументи, що підтверджують, що надана інформація є наклепом. Просячи суд винести рішення щодо опублікування спростування та відшкодування моральної шкоди з особи, що розповсюдила неправдиву

інформацію, необхідно звернути увагу на цілеспрямоване розміщення заяв до прокуратури та суду на тому самому інтернет-ресурсі, де була розміщена образлива інформація, яка порушила честь, гідність та професійну репутацію заявника.

### 3.4. Кримінальна відповідальність медичних працівників

Кожна особа має непорушне природне право на охорону здоров'я. Суспільство і держава несуть відповідальність перед сучасними та майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду нації України. Вони забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в державній діяльності, поліпшують умови праці, навчання, побуту і відпочинку населення, вирішують екологічні проблеми, покращують медичну допомогу та популяризують здоровий спосіб життя.

Відповідальність за порушення закону є однією з ключових тем у правовій теорії. Розглядаючи юридичну відповідальність, як застосування державного примусу до особи, яка порушила правила, важливо враховувати цей аспект у сфері охорони здоров'я громадян. Більшість медичних працівників та керівників ЗОЗ мають обмежене розуміння юридичної відповідальності, що встановлена законодавством у цій галузі. Наявність знань про підстави, види і наслідки юридичної відповідальності дисциплінує медичних працівників та зменшує ризик безпідставного притягнення їх до відповідальності.

Ураховуючи зростання числа судових звернень громадян стосовно недостатньої якості медичної допомоги, важливо приділяти значно більше уваги проблемам юридичної відповідальності медичних працівників за професійні порушення.

Правові, організаційні, економічні та соціальні принципи охорони здоров'я в Україні визначені Основами законодавства України про охорону здоров'я (далі – Основи) [181].

Згідно зі статтею 80 Основ, особи, винні у порушенні законодавства про охорону здоров'я, несуть цивільну, адміністративну або кримінальну відповідальність відповідно до законодавства.

Проте варто відзначити, що згідно з третьою частиною ст. 34 Основ, лікар не несе відповідальності за стан здоров'я пацієнта у випадку, якщо останній відмовляється від медичних рекомендацій або порушує встановлений для нього режим.

Кримінальна відповідальність становить найсуворіший вид юридичної відповідальності медичних працівників за правопорушення, що вони допускають під час виконання своєї професійної діяльності.

Згідно з першою частиною ст. 2 ККУ, підставою для кримінальної відповідальності є вчинення особою суспільно небезпечної дії, яка складає злочин, передбачений цим Кодексом.

Медичні працівники несуть відповідальність за вчинення злочинів на загальних підставах, що стосуються саме їхньої професійної діяльності [182].

Злочини, які вчиняються медичними працівниками в зв'язку з виконанням їхньої професійної діяльності, умовно можна розподілити на наступні категорії:

- злочини проти життя і здоров'я особи (пацієнта);
- злочини проти прав особи (пацієнта);
- злочини у галузі господарської діяльності в медичній сфері;
- злочини у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів;
- інші злочини, вчинені медичними працівниками в зв'язку з їхньою професійною діяльністю.

Більшість злочинів, пов'язаних з медичною сферою, сконцентровані у розділі II ККУ, серед них можна виділити такі:

- неналежне виконання професійних обов'язків, що призвело до зараження особи вірусом імунодефіциту людини або іншою невиліковною інфекційною хворобою (ст. 131);

- розголошення відомостей про проведення медичного огляду з метою виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини або іншою невиліковною інфекційною хворобою (ст. 132);

- незаконне проведення абортів, якщо медичний працівник не має спеціальної медичної освіти (ст. 134);

- незаконна лікувальна діяльність, яка включає в себе зайняття лікувальною діяльністю без спеціального дозволу та без належної медичної освіти (ст. 138);

- ненадання допомоги хворому медичним працівником (ст. 139);

- неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником (ст. 140);

- порушення прав пацієнта (ст. 141);

- незаконне проведення дослідів над людиною (ст. 142);

- порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини (ст. 143);

- насильницьке донорство (ст. 144);

- незаконне розголошення лікарської таємниці (ст. 145).

Важливо відзначити, що випадки притягнення медичних працівників до кримінальної відповідальності, і тим паче винесення щодо них обвинувального вироку в Україні, виявляються досить рідкісними. Однак керівникам ЗОЗ слід бути обізнаними з тим, які дії або бездіяльність підпадають під кримінально-правову заборону, і на які запобіжні заходи слід звертати увагу для попередження такої поведінки серед підлеглих.

*Адміністративна відповідальність* представляє собою одну з форм юридичної відповідальності, яка застосовується у випадках правопорушень, передбачених КпАП.

Відповідно до ст. 9 КпАП, адміністративним правопорушенням (проступком) вважається незаконна (умисна або необережна) дія або бездіяльність, яка порушує громадський порядок, права та свободи громадян, власність, а також установлений законом порядок управління, та за яку законодавством передбачена адміністративна відповідальність.

Адміністративна відповідальність за порушення, передбачені КпАП, настає у випадках, коли ці порушення за характером свого способу вчинення не належать до категорії, що передбачає кримінальну відповідальність згідно із законом [183].

До категорій адміністративних правопорушень передбачених КпАП у сфері охорони здоров'я належать наступні:

- порушення санітарно-гігієнічних та санітарно-протиепідемічних норм і правил (ст. 42);

- незаконне виробництво, придбання, зберігання, транспортування або пересилання наркотичних засобів або психотропних речовин без мети збуту у невеликих кількостях (ст. 44);

- порушення встановленого порядку відбору, обробки, зберігання, реалізації та застосування донорської крові та (або) її компонентів і препаратів (ст. 45).

За скоєння адміністративних правопорушень особи можуть бути піддані адміністративним санкціям, передбаченим відповідними статтями, які визначають відповідальність за такі діяння. Варто зауважити, що ці санкції зазвичай охоплюють штрафи, розмір яких встановлюється в межах неоподаткованого мінімуму доходів громадян.

На поточному етапі розвитку українського суспільства і наукових досліджень у галузі медичного права особливу увагу приділяють цивільно-правовій відповідальності медичних працівників за порушення професійних стандартів, що прямо впливає на якість медичної допомоги.

Згідно з першою частиною ст. 1 ЦКУ, цивільне законодавство встановлює правила для особистих немайнових та майнових відносин, що базуються на

рівності перед законом, вільному волевиявленні та майновій автономії їх учасників [184].

Цивільно-правова відповідальність у медичній сфері виникає при порушенні майнових або особистих немайнових інтересів громадян у контексті охорони здоров'я і передбачає переважно необхідність компенсації завданої шкоди. Особисті немайнові інтереси громадян, що безпосередньо пов'язані з медичною практикою, включають, насамперед, право на життя та здоров'я. Таким чином, цивільно-правова відповідальність виступає, як засіб захисту особистих немайнових прав (таких як життя та здоров'я) пацієнтів під час надання медичної допомоги.

Варто зауважити, що більшість медичних працівників здійснюють свою професійну діяльність у рамках трудових відносин із закладом охорони здоров'я. Відповідно до частини першої статті 1172 Цивільного кодексу України, юридичні або фізичні особи несуть відповідальність за шкоду, завдану їхніми працівниками під час виконання ними своїх трудових або службових обов'язків.

Більшість позовів, які подають пацієнти проти ЗОЗ (включаючи фізичних осіб, які займаються медичною практикою), стосуються відшкодування матеріальної та моральної шкоди, завданої ушкодженням здоров'я, що виникло через неналежну медичну допомогу. Відшкодування цієї шкоди здійснюється відповідно до положень розділу 82 ЦКУ.

Проте важливо зазначити, що обов'язковою умовою для встановлення відповідальності за заподіяну шкоду є причинний зв'язок між протиправною поведінкою та заподіяною шкодою. Наприклад, якщо шкода не є результатом протиправної поведінки заподіяної шкоди, а виникла з інших причин (наприклад, через недотримання медичних рекомендацій пацієнтом або через індивідуальні особливості організму), то заподіювач шкоди може бути звільнений від обов'язку відшкодувати шкоду.

Для того щоб виникла цивільно-правова відповідальність за шкоду здоров'ю, необхідно, щоб ця шкода була спричинена винною дією або

бездіяльністю заподіювача. Зазвичай вина медичних працівників виявляється у формі недбалості. З метою звільнення від обов'язку відшкодувати шкоду здоров'ю, заподіювачу шкоди потрібно довести, що ця шкода виникла не з його вини.

Знання керівниками ЗОЗ та їхніми працівниками чинного законодавства щодо відповідальності медичних працівників та вжиття заходів для забезпечення його дотримання є гарантією нормальної діяльності закладів охорони здоров'я [185].

За даними Слідчого комітету України, наведеними у ЗМІ, в 2017 році до суду було направлено 175 кримінальних справ, пов'язаних з неправомірними діями медичних працівників, що на 11 більше, ніж у 2016 році. Загальна кількість скарг на якість надання медичної допомоги у 2017 році склала 6050 од., що на 1100 більше, ніж у попередньому році. У 2012 році їх було лише 2100. Більшість засуджених у 2017 році лікарів (74,7%) звинувачувалися у заподіянні смерті через недбалість, у наданні послуг, які не відповідають вимогам безпеки – 10,9%. Ще 6,3% підозрювалися у заподіянні тяжкої шкоди з недбалості [186]. Решта справ стосувалися статей про недбалість і ненадання допомоги хворому.

Медичні працівники часто стають об'єктом розгляду в судових справах, при цьому найбільш поширеними злочинами в галузі медицини є заподіяння смерті з необережності та заподіяння тяжкої шкоди здоров'ю з необережності (ч. 2 ст. 121 ККУ).

Це пояснюється специфікою медичної сфери, яка має кілька особливих характеристик. По-перше, медичні послуги завжди надаються в умовах обґрунтованого ризику, який полягає в досягненні суспільно корисної мети, недосяжної без певного рівня ризику. У медицині необґрунтованим ризиком є той, що не впливає з потреби пацієнта або не відповідає медичним вимогам.

По-друге, у кримінальних справах у сфері медицини найчастіше судді, слідчі, прокурори, дізнавачі та адвокати не мають медичної освіти і не можуть адекватно оцінити дії лікарів. Тому у таких справах часто проводиться дослідча



перевірка (ч. 1 ст. 214 КПК України), і зазвичай негайно призначається судово-медична експертиза для з'ясування правильності або неправильності медичних дій.

Також у законодавстві нашої держави досить поширена проблема колізії правових норм, коли закони суперечать одне одному. Часто правоохоронна система висуває звинувачення лікарям у тому, що під час лікування пацієнта не було дотримано стандартів. Фактично, в основному законі, який регулює сферу охорони здоров'я, зазначено, що медична допомога надається на основі стандартів та медичних протоколів. Однак стандарти охоплюють лише 17% класифікації хвороб. Більш практичними є клінічні протоколи, а початково стандарти передбачалися, як медико-економічні показники, але лікарі можуть бути звинувачені у їх недотриманні [187, 188]. З іншого боку, існує Закон [189], який чітко визначає стандарт, як документ для добровільного багаторазового використання і який містить характеристики послуг та виконання робіт, а також характеристики різних об'єктів. Цей закон регулює загальні принципи. Однак слідчі, прокурори та судді навіть не завжди знають про його існування.

Ще одна особливість медичної практики пов'язана з випадками посадових злочинів, таких, як підробка рецептів, підроблення службових документів, їх знищення або втрата. У медичній сфері посадовими особами вважаються директори ЗОЗ, медичні директори, головні лікарі, їх заступники, керівники відділень, тобто особи, які відповідають за організаційно-господарські та адміністративно-розпорядчі функції. Проте судова практика в цьому питанні є досить суперечливою, навіть попри те, що Пленум Верховного суду, маючи право на тлумачення та рекомендації, визначив характер організаційно-розподільних функцій. Зокрема, це включає прийняття посадовими особами рішень, які мають юридичні наслідки та юридичне значення. Таким чином, видання фальшивих лікарняних або довідок, складання медичних історій, коли пацієнт фактично не був у лікарні (наприклад, для ухилення від призову до армії), розглядається як принаймні службове підроблення (ст. 366 ККУ), а також як незаконна видача або підробка рецептів

чи інших документів, що дають право на отримання наркотичних засобів або психотропних речовин за ст. 233-а.

Існують три основні елементи, які призводять до виникнення відповідальності лікаря в рамках кримінального переслідування [190]:

1. Перша складова – це дефект у наданні медичної допомоги. Щоб довести, що лікар допустив неправомірну дію, необхідно переконливо показати, що під час надання медичної допомоги стався недолік в організації медичної допомоги.

2. Другий елемент – це погіршення стану здоров'я пацієнта (класифікація злочину залежно від ступеня погіршення), вважається, що не будь-яке погіршення стану пацієнта може вважатися злочином, що підпадає під кримінальну відповідальність. Кримінальна відповідальність виникає лише в тих випадках, коли дії (чи бездіяльність) лікаря призвели до серйозної шкоди здоров'ю хворого або його смерті.

3. Третій необхідний елемент – це прямий причинно-наслідковий зв'язок між дефектами у наданні медичної допомоги (діями лікаря) та погіршенням стану пацієнта. Це є обов'язковою умовою. Наприклад, якщо пацієнт прибув до ЗОЗ у важкому стані, йому була надана належна медична допомога, але він не вижив – це не вважається підставою для кримінальної відповідальності.

Сьогодні деякі юристи висловлюють думку [191], що лікарі не повинні нести кримінальну відповідальність у випадках, коли медичний працівник не мав наміру завдати шкоди пацієнту і подія сталася без його волі. Проте в ККУ передбачені різні форми провини, і відсутність у лікаря вольового моменту, спрямованого на заподіяння шкоди здоров'ю пацієнта, не звільняє його від кримінальної відповідальності.

У яких конкретних діях може виявитися провина лікаря, що може призвести до кримінальної відповідальності:

- по-перше, це несвоєчасне надання допомоги. Наприклад, пацієнт відвідує приймальний покій, і йому довгий час не надають допомогу, що призводить до його смерті;

- по-друге, це недооцінка даних анамнезу та тяжкості захворювання. Наприклад, лікар призначає лікування, яке виявляється неефективним, тоді як інші методики могли б бути ефективними для даного пацієнта. У цьому випадку виникає питання про те, чи дотримався лікар стандартів та протоколів надання медичної допомоги;

- по-третє, це проведення недостатнього обстеження, що призводить до неправильного діагнозу, недбале ставлення до обов'язків та інші недоліки у медичній практиці.

Існують стратегії профілактики виникнення кримінальної відповідальності, які можуть бути застосовані в межах конкретного ЗОЗ під час надання медичної допомоги. Перш за все, це впровадження системи контролю якості медичної допомоги. У разі надходження скарг від пацієнтів або їх родичів на надану медичну допомогу, проводиться перевірка за участю разової лікарської комісії. Запропонована лікарська комісія забезпечує законодавчо визначену можливість медичного закладу перевірити або спростувати дії, виконані медичним персоналом [192].

Відповідно, лікарська комісія складається з лікарів і очолюється керівником ЗОЗ або його заступником. Ця комісія утворюється в ЗОЗ з метою поліпшення організації медичної допомоги, ухвалення рішень у найскладніших випадках з профілактики, діагностики, лікування та реабілітації, визначення працездатності громадян та професійної придатності працівників, а також здійснення контролю якості і ефективності медичних заходів.

Рішення лікарської комісії документується в протоколі та вноситься до медичної документації пацієнта. Цей протокол може мати значущість у випадку порушення кримінальної справи щодо лікаря та при призначенні судово-медичної експертизи. Протокол лікарської комісії дозволяє висловити свою позицію у справі. Лікарі, які займаються клінічною роботою, не мають можливості спілкуватися безпосередньо з судовими експертами, але у протоколі лікарської комісії можна докладно описати всі обставини справи: які

дії лікаря були вірними або невірними, які стандарти були порушені, які показники були враховані при призначенні лікування тощо.

До методів профілактики також відноситься направлення окремих медичних документів для отримання експертної думки про якість надання медичної допомоги; у цих випадках часто звертаються до незалежних судових медичних експертів. Важливо відрізнити цю процедуру від судово-медичної експертизи. Судово-медична експертиза призначається слідчим або рішенням суду. У разі, якщо ЗОЗ самостійно передає будь-які медичні документи до установи, яка має ліцензію на проведення судово-медичної експертизи, вона отримує висновок спеціаліста чи комісії спеціалістів. Цей метод є ефективним, коли в рамках ЗОЗ неможливо отримати відповіді на питання у справі або в разі необхідності отримання доказів по справі.

Законодавчо ЗОЗ має повне право передавати копії медичних документів до експертної установи для отримання висновку, при цьому непотрібно отримувати згоду пацієнта на передачу документів, навіть у випадках порушення лікарської таємниці. За незаконне розголошення лікарської таємниці передбачена кримінальна відповідальність, яка передбачає умисне розголошення лікарської таємниці особою, яка стала її знаючою в процесі виконання професійних або службових обов'язків, якщо ці дії мали серйозні наслідки. Необхідно також пам'ятати, що передавши медичні документи, важливо переконатися, що експертна установа має відповідну ліцензію на проведення судово-медичної експертизи.

Веденням справ, що належать до так званих «лікарських», займається Слідчий комітет України. Перед тим як лікар буде звинувачений за однією з цих статей, розслідування проходить кілька етапів, і дуже важливо дотримуватися правильної поведінки на кожному з них. Зазвичай заява про злочин надходить до слідчих органів від родичів у разі смерті пацієнта або від самого пацієнта, якщо він вважає, що його здоров'ю було завдано шкоди. На цьому етапі слідчий проводить попередню перевірку інформації, що надійшла до нього, з метою виявлення наявності чи відсутності фактів, що свідчать про

кваліфікацію злочину [193]. Зазвичай на цьому етапі слідчий призначає судово-медичну експертизу.

Існує погляд, що коли кримінальна справа доходить до суду, ймовірність виправдання медичного працівника дуже низька. Згідно з неофіційною статистикою, лише 0,4% справ закінчуються виправдувальним вироком [194].

Проте це не означає, що варто уникати судового процесу. Це потрібно робити. Деякі випадки можуть закінчитися примиренням сторін, особливо в справах, де передбачене покарання до п'яти років позбавлення волі. У таких ситуаціях можливе визнання «згладженої вини», умовне покарання або взагалі відсутність покарання. Деякі справи можуть бути припинені, якщо державне обвинувачення відмовляється від звинувачення. Це досить часто трапляється, особливо в справах, пов'язаних із заподіянням шкоди з необережності.

Деякі лікарі сподіваються на виправдувальний вирок у суді і розглядають можливість згоди на розгляд справи в особливому порядку. У цьому випадку лікар визнає провину, що заявляється за участю адвоката, і відбувається призначення покарання нижчої міри, але перед тим як приймати таке рішення, слід аналізувати всі докази на стадії попереднього розслідування.

### 3.5. Адміністративне оскарження, як спосіб захисту пацієнта

Адміністративний спосіб захисту прав пацієнта базується на поданні скарги, яка може бути як у письмовому, так і усному вигляді, із посиланням на відповідні нормативні акти, що регулюють порядок звернення до державних (наприклад, управління охорони здоров'я, прокуратура) або недержавних (наприклад, керівництва приватних клінік) установ [195].

Усні скарги можуть виникати, наприклад, під час прийому пацієнта спеціалістом і фіксуються у його медичній картці, як підґрунтя для встановлення діагнозу та подальшого лікування. Однак найбільш ефективним для пацієнта є висловлення його проблем у письмовому вигляді, що забезпечує більше можливостей для реалізації права.

Також важливо враховувати, що усне звернення до органів державної влади передбачає особисту присутність пацієнта на прийомі у посадової особи. Однак це часто неможливо через стан здоров'я пацієнта або фінансові обмеження, особливо якщо особа проживає поза містом, де розташований орган державної влади або недержавна установа.

Подання скарги пацієнтом є офіційним актом, за допомогою якого він висловлює свою позицію у юридичному конфлікті з медичним закладом. Ця скарга, як офіційний документ, накладає на адресата визначені законом обов'язки і передбачає дотримання встановленої законодавством процедури.

Відповідно до цього пацієнт також зобов'язаний дотримуватися правил подання скарги, що сприяє оперативному вирішенню її.

Лопатенков Г. А. у своїх практичних порадах для пацієнтів визначає такі умови подання скарги [196]:

- обґрунтованість скарги;
- своєчасне подання скарги;
- перевага письмової форми скарги;
- обов'язкова реєстрація письмової скарги;
- обґрунтована скарга не завдасть шкоди пацієнту.

В Україні існують різні нормативні акти, що встановлюють загальні вимоги до подання скарг громадянами. Наприклад, право на оскарження дій посадових осіб державних та громадських органів передбачене законом України [197]. Цей закон забезпечує можливості громадян України для захисту своїх прав та відновлення їх у разі порушень. Ст. 3 цього Закону визначаються види звернень громадян, зокрема заява (клопотання) та скарга. Кожен з цих видів звернень має свої особливості. Заяву (клопотання) пацієнт може подати у випадку виявлення порушень чинного законодавства або недоліків у діяльності медичної установи чи посадових осіб. Щодо скарги, то вона спрямована на поновлення прав та захист законних інтересів пацієнта.

Установлення адміністративного оскарження, як окремого механізму захисту прав пацієнтів, нарівні з судовим і альтернативними

(позаінстанційними) шляхами, обумовлене наявністю таких характеристик, як можливість досудового врегулювання конфлікту та наявність адміністративних (управлінських, владних) повноважень у сфері охорони здоров'я.

Деякі дослідники [198] також вказують на ієрархічність звернень, як ще одну ознаку адміністративного оскарження, що передбачає подання апеляції від нижчого до вищого органу згідно з їх ієрархією.

Після аналізу правових відносин, пов'язаних з порушенням та захистом прав пацієнтів, пропонується визначити наступну систему суб'єктів адміністративного оскарження, які мають компетенцію у вирішенні цих правових конфліктів:

1. Адміністрація ЗОЗ (державного або приватного);
2. Районні відділи та обласні (міські) управління охорони здоров'я при місцевих державних адміністраціях;
3. Органи та підрозділи Міністерства охорони здоров'я;
4. Управління захисту прав споживачів;
5. Органи поліції та прокуратури;
6. Уповноважений Верховної Ради України з прав людини (омбудсмен).
7. Інші організації, що мають державні повноваження захищати права пацієнтів (напр., Президент України, Кабінет міністрів України).

*1. Звернення до адміністрації ЗОЗ (державного або приватного).*

Звернення до адміністрації ЗОЗ означає направлення скарги головному лікарю (директору) цього закладу. Аналіз скарг, заяв і пропозицій входить до їх компетенції та передбачається Положенням (Статутом) цього закладу (клініки), таким, як «Положення про клінічний лікувально-профілактичний заклад» або «Примірне Положення про головного лікаря міської поліклініки».

Скарга, що є офіційним зверненням, має бути коректною та грамотною, бажано з посиланням на норми закону та без грубих висловів або необґрунтованих вимог. Пацієнт, що подає скаргу, повинен бути усвідомленим, що на підставі його звернення, у ЗОЗ може бути створена комісія з фахівців для

проведення службового розслідування, результати якого фіксуються у відповіді на звернення.

Щоб досягти бажаного результату, корисно, щоб скаргу складав фахівець (юрист). У випадку, якщо пацієнт не може оплатити послуги юриста, можна звернутися за безкоштовною консультацією, яку надають громадські організації, такі як «Київський правозахисний альянс», Всеукраїнська «Рада захисту та безпеки пацієнтів», Благодійний фонд «Медицина і право» та ін.

Одними з недоліків при зверненні до адміністрації ЗОЗ є недостатня компетентність у правових питаннях, що означає необізнаність щодо прав пацієнтів та інших важливих аспектів. Також відзначається корпоративне небажання оцінювати дії своїх колег та визнавати неправомірність їхніх дій чи бездіяльності.

У разі безрезультативного звернення до адміністрації ЗОЗ пацієнт повинен усвідомлювати, що дії або бездіяльність посадових осіб ЗОЗ повинні бути оскаржені в першу чергу до Департаменту охорони здоров'я.

*2. Звернення до районних відділів та обласних (міських) управлінь охорони здоров'я при місцевих державних адміністраціях.*

Багато пацієнтів вважають, що звертатися до керівництва ЗОЗ зі скаргами на своїх підлеглих є неефективним, тому вони надсилають свої скарги безпосередньо до відділів та Департаментів охорони здоров'я. Кількість таких звернень зростає з року в рік, особливо поширені серед них скарги, що стосуються неправомірних дій лікарів, випадків смерті пацієнтів, незадовільного обслуговування та інших ситуацій.

Ця система оскарження передбачає певну ієрархію, за якою спочатку оскаржуються рішення та дії (або бездіяльність) посадових осіб закладів та органів охорони здоров'я, а в разі незадоволення вимог пацієнта можливе подальше оскарження до органу вищого рівня або до суду.

Це сприятиме більш ефективному вирішенню ситуації, оскільки практика оскаржень свідчить про те, що у випадках, коли скарга повертається до органу



нижчого рівня для додаткового розгляду, затримується час вирішення питання та зменшується ефективність результату.

Згідно нормативно-правового акту [199], органи охорони здоров'я, до яких можна звернутися зі скаргою, включають:

- відділ охорони здоров'я, що є складовою частиною райдержадміністрації;

- департамент охорони здоров'я, який входить до складу обласних державних адміністрацій та державних адміністрацій міст Києва та Севастополя.

Присутність таких відділів та департаментів охорони здоров'я у відповідних державних адміністраціях надає можливість оскаржувати рішення, дії (або бездіяльність) посадових осіб перед вищим державним органом управління охороною здоров'я.

### *3. Органи та підрозділи Міністерства охорони здоров'я.*

Наразі МОЗ України є головним органом центральної виконавчої влади у галузі охорони здоров'я та діє відповідно до «Положення про Міністерство охорони здоров'я України». Згідно з цим документом, Міністерство забезпечує в межах своєї компетенції дотримання прав громадян на охорону здоров'я у всіх ЗОЗ та установах, які належать до державної санітарно-епідеміологічної служби МОЗ України, а також інших організацій. Громадяни можуть звертатися до МОЗ України з будь-якими питаннями, що стосуються порушення їхніх прав як пацієнтів [200].

У структурі МОЗ України існує ряд органів та підрозділів, які відповідають за різні аспекти охорони здоров'я та розглядають подані заяви та скарги пацієнтів. Наприклад, у випадку отримання лікарських засобів неналежної якості пацієнт може звернутися зі скаргою до Державної інспекції з контролю якості лікарських засобів МОЗ України та її територіальних інспекцій. Також, у випадку порушення законодавства щодо пересадки органів та інших анатомічних матеріалів, пацієнт може звернутися із скаргою до

координаційного центру трансплантації, який функціонує при зазначеному Міністерстві.

Інший орган МОЗ України, на який варто звернути увагу, – це орган ліцензування, відомий як Ліцензійна комісія. Цей орган має повноваження видавати, анулювати ліцензії та контролювати виконання ліцензійних умов для юридичних та фізичних осіб, які отримали ліцензію на здійснення медичної діяльності, включаючи народну та нетрадиційну медицину [201].

Пацієнт, який незадоволений якістю отриманих медичних послуг у приватних клініках від лікарів, може подати скаргу до органу ліцензування з метою перевірки їх відповідності законодавству про охорону здоров'я та вимагати скасування ліцензії таких суб'єктів у разі виявлення порушень. Те саме стосується і ЗОЗ державної та/або комунальної форми власності. У випадку порушення ними умов надання якісної медичної допомоги, Головна акредитаційна комісія при МОЗ України може анулювати або знизити категорію акредитації ЗОЗ.

У випадку звернення пацієнта зі скаргою безпосередньо до Міністерства охорони здоров'я, існує велика ймовірність того, що скаргу направлять до Департаменту охорони здоров'я за місцем проживання з поміткою про повідомлення результатів перевірки МОЗ України. Така система створює основний недолік, який призводить до випадків «кругової поруки» та відписок, що не вирішують нагальні проблеми пацієнта і змушують його звертатися до МОЗ України зі скаргою на дії місцевих Департаментів охорони здоров'я та навіть подавати судові позови.

#### *4. Звернення до управлінь захисту прав споживачів.*

Управління по захисту прав споживачів, згідно з законодавством України [202], має на меті захищати порушені права споживачів у справі товарів та послуг. Згідно з цим законом, послугою вважається «діяльність виконавця з надання (передачі) споживачеві певного визначеного договором матеріального чи нематеріального блага, що здійснюється за індивідуальним замовленням споживача для задоволення його особистих потреб». Важливо

зазначити, що зараз досить поширеним є лікування у приватних клініках, які укладають з майбутніми пацієнтами договори на надання медичної допомоги різного характеру.

З огляду на визначення поняття послуги у вищезгаданому законі, стає зрозумілим, що у випадку порушення умов договору чи надання неякісних послуг пацієнт має повне право захищати свої права, передусім подаючи скаргу до Управління захисту прав споживачів, яке функціонує при відповідних органах виконавчої влади (місцевого самоврядування) [203].

Угода зі споживачем може бути як письмовою, так і усною. Усна угода передбачає підтвердження надання послуги, наприклад, товарним чи касовим чеком, квитанцією, які свідчать про оплату послуги, як то ультразвукового або рентгенівського обстеження. У такому випадку споживач має повне право оскаржувати надані низької якості медичні послуги до Управління по захисту прав споживачів, доповнюючи свою скаргу зазначеними доказами. Ці докази можна буде використати й у судовому розгляді.

Якщо послуга підлягає сертифікації чи ліцензуванню, споживач повинен бути проінформований про це та про можливі ризики для його життя чи здоров'я ще до укладення угоди. Наприклад, при укладанні угоди з клінікою про проведення лікування за допомогою медичних процедур та препаратів, споживач повинен мати повну інформацію про дію та можливі наслідки цього лікування перед укладенням угоди.

Однією з основних функцій управління по захисту прав споживачів є аналіз звернень споживачів та оцінка умов укладених між ними та виконавцями послуг договорів з метою виявлення обмежень прав споживачів. Після проведення перевірок ці органи мають право [204]:

- складати подання до органу, який надав дозвіл виконавцю послуг на проведення діяльності, з метою розгляду питання про припинення чи анулювання цього дозволу у разі систематичного порушення прав споживачів;
- передавати матеріали перевірок правоохоронним органам чи органам досудового розслідування;

- накладати на винних осіб адміністративні санкції;
- подавати в суд позови щодо захисту прав споживачів.

Збалансованість та ефективність системи оскарження до органів захисту прав споживачів залежать від наявності у цих органах спеціалізованих фахівців. Оскільки органи захисту прав споживачів мають більш широкий досвід у розгляді справ про низькоякісно виконані послуги в сферах торгівлі та харчування, компетентність у питаннях прав пацієнтів є дещо обмеженою.

#### *5. Звернення до органів міліції та прокуратури.*

Однією з ключових функцій правоохоронних органів, зокрема поліції, є прийом заяв про вчинені злочини та адміністративні правопорушення, а також своєчасне прийняття рішень щодо них та проведення досудової підготовки матеріалів. У зв'язку зі змінами, стосовно проведення досудового слідства у кримінальних справах, досудове слідство щодо злочинів проти життя та здоров'я особи здійснюється слідчими органів внутрішніх справ, а не прокурорами.

Отже, для ініціації порушення кримінальної справи пацієнт повинен подати заяву до правоохоронних органів. Кримінальна справа порушується у випадку виявлення дій (або бездіяльності) медичних працівників, які мають ознаки злочину. Це може бути, наприклад, неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним персоналом, порушення прав пацієнтів, виявлені пацієнтом у медичній документації невідповідності, а також виявлення документів, які свідчать про підробку та інше.

Наприклад, зазвичай пацієнти звертаються до адміністрації ЗОЗ з вимогою отримати медичні документи для використання їх у судових процедурах у зв'язку зі смертю дитини в пологовому будинку. Проте, отримані документи виявилися підозрілими і були підтверджені експертною перевіркою, як фальсифіковані, оскільки вони однотипні, одного почерку та кольору ручки.

У будь-якому випадку слідчі зобов'язані (ст. 97 КпКУ) приймати заяви та повідомлення про вчинені або підготовлювані злочини. У випадку отримання заяви від пацієнта, слідчий має прийняти одне з таких рішень:

- розпочати кримінальну справу;
- відмовити у порушенні кримінальної справи;
- направити заяву або повідомлення за належністю.

Якщо заяву у відкритті кримінальної справи було невинувато відхилено, пацієнт повинен отримати копію постанови про відмову в порушенні кримінальної справи та своєчасно оскаржити її до прокурора або до суду. Оскарження дій слідчого органу внутрішніх справ до прокурора обумовлене нормами законодавства про функції органів прокуратури. Генеральний прокурор України та підпорядковані йому прокурори здійснюють нагляд за додержанням законності у діяльності поліції та вживають заходів до поновлення порушених прав, захисту законних інтересів громадян, у тому числі в суді [205].

Отже, у випадках, коли оскаржувач вважає за необхідне перевірити на відповідність законодавству рішень, наказів, розпоряджень посадових осіб, провести розслідування дій посадових осіб, судово-медичну експертизу та отримати роз'яснення від експерта по даному висновку, йому доцільно звернутися зі скаргою до прокуратури. Інститут прокуратури має достатньо важелів впливу та повноважень для ефективного розгляду скарг пацієнтів.

*6. Звернення до Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини (омбудсмена).*

Звернення до Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини доповнює наявні засоби захисту прав пацієнтів. Такий тип звернення автор розглядає як адміністративний засіб захисту прав пацієнтів, оскільки Закон України [206] передбачає розгляд звернень тільки у досудовому порядку. У разі подання пацієнтом скарги, заяви або позову до суду Уповноважений Верховної Ради України з прав людини припиняє розгляд його звернення.

Коли під час розгляду звернення Уповноважений виявляє порушення прав пацієнта, він має право внести Подання до державних та недержавних організацій, підприємств, посадових осіб з вказівкою на усунення порушень прав протягом одного місяця.

В Україні Уповноважений Верховної Ради України з прав людини має права, які дозволяють йому вільно спілкуватися з органами державної влади, отримувати від них необхідну інформацію та документи. Крім того, він може звертатися до суду із заявою про захист прав, якщо особа не може це зробити самостійно, зокрема через стан свого здоров'я, а також бути присутнім на засіданнях судів усіх інстанцій [207, 208]. Такі повноваження можуть стати ефективним інструментом для захисту прав пацієнта, зважаючи на те, що часто саме через стан свого здоров'я пацієнт не може бути присутнім у суді та захищати свої права.

*7. Інші організації, що мають державні повноваження захищати права пацієнтів (напр., Президент України, Кабінет міністрів України).*

Пацієнт, як громадянин, має право звертатися до будь-яких інших державних органів та недержавних організацій, які, на його думку, зможуть вирішити питання захисту прав [209]. Наприклад, це можуть бути Секретаріат Президента чи Кабінет Міністрів України.

Необхідно звернути увагу на те, що в цих органах державної влади відсутні спеціалізовані структури, які б займалися питаннями охорони здоров'я. Відсутність окремого підрозділу з розгляду питань з охорони здоров'я ускладнює процедуру розгляду звернень пацієнтів та призводить до мінімізації оперативності у вирішенні їх проблеми [210]. Через це велика ймовірність того, що скарги пацієнтів на медичне обслуговування в загальній кількості звернень чекають на своє вирішення більше часу, ніж у випадку розгляду їх спеціалізованим підрозділом.

### Висновки до Розділу 3

1. В Україні розроблена потужна нормативно-правова база з регулювання конфліктів в сфері охорони здоров'я, яка включає в себе захист прав пацієнтів, медичних працівників, зобов'язань закладів охорони здоров'я. Водночас

зазначені механізми носять обмежений характер, оскільки правові проблеми залишаються актуальними для всіх учасників медичної допомоги.

2. Доведено, що правові механізми скеровані в першу чергу на врегулювання конфліктів, які вже відбулися. Питання попередження конфліктів, їх недопущення в системі взаємодії «лікар-пацієнт», «керівник-медичний працівник», «заклад охорони здоров'я-пацієнт» в актуальному законодавстві України потребують доповнення й посилення.

3. Дослідження аспектів регулювання конфліктів вказує на те, що кримінальна відповідальність медичних працівників є однією з найбільш обговорюваних тем у медичній та юридичній сферах. Необережність у професійних діях або неправомірна поведінка медичного працівника може мати фатальні наслідки для пацієнта; у цьому випадку медичний працівник не лише піддається суспільному осуду, але й несе кримінальну відповідальність.

4. Показано, що засоби адміністративного захисту виступають гарантом інтересів прав громадян у випадку розвитку конфліктних ситуацій в сфері охорони здоров'я. Адміністративний захист пацієнт може отримати в органах державної виконавчої влади, представленої як галузевими інституціями, так і структурами загальної дії, несудовими та правоохоронними органами.

5. Доведено, що на кожному рівні розгляду звернень громадян існують свої особливості, пов'язані або з низьким рівнем довіри до певного органу, який надає адміністративні послуги, це, як правило, галузеві інституції нижчих ієрархічних рівнів, або з ризиками недостатньої компетентності спеціалістів з розгляду питань медичного характеру, які працюють у структурах, де відсутні виокремлені підрозділи для роботи зі зверненнями пацієнтів закладів охорони здоров'я.

6. Виявлено, що адаптація законодавства до потреб медичної галузі є необхідною для ефективного вирішення конфліктів, підвищення якості медичних послуг та зменшення стресу серед пацієнтів і медичного персоналу. Це сприятиме покращенню загального стану системи охорони здоров'я в

Україні, забезпечуючи більш гармонійні та довірливі відносини між усіма учасниками процесу медичної допомоги.

*Матеріали даного розділу представлені в наступних публікаціях автора [211, 212, 213, 214, 215].*



## РОЗДІЛ 4

### АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ ЗІ ЗВЕРНЕННЯМИ ГРОМАДЯН В УКРАЇНІ ТА ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Звернення громадян – це основна форма реалізації громадянами свого конституційно закріпленого права на участь в управлінні державними і громадськими справами, можливості впливу на поліпшення роботи органів державної влади і місцевого самоврядування, установ, організацій незалежно від форм власності. Саме звернення відображають очікування людей на забезпечення стабільної роботи органів влади, встановлення належного правопорядку, можливості вирішення місцевих проблем.

Звернення громадян є формою безпосереднього управління справами держави та одним із способів контролю над громадським управлінням. За допомогою звернень відбувається «діалог» держави й громадянина, оскільки у зверненнях можуть відбиватися як інтереси автора звернення, так і інших громадян чи інтересів усього суспільства [216]. Звернення громадян – це, передусім, джерело інформації, необхідної владі для вирішення поточних чи перспективних питань розвитку сучасної держави. Більшість звернень складають скарги та заяви, і саме за цими поняттями ховаються порушені чи нереалізовані права, які офіційно встановлені законодавством України.

Зрозуміло, влада не може враховувати звернення всіх і кожного, але їх число по одній і тій же проблемі здатне змусити її не просто прийняти рішення про усунення конкретного порушення, виправлення конкретного недоліку, але й звернути увагу на проблему в масштабах країни. Крім того громадяни, прагнучи убезпечити себе від порушень своїх прав, одночасно сприяють тому, щоб усунути причини цих порушень з метою унеможливлення їх повторювання в майбутньому.

#### 4.1. Аналіз організації роботи зі зверненнями громадян в Україні за 2013, 2018 та 2022 роки

Результатами дослідження встановлено, що, відповідно до вимог законодавства, в Україні постійно проводиться робота щодо забезпечення реалізації громадянами конституційного права на звернення.

За виокремленні роки дослідження найбільша кількість звернень до МОЗ України зареєстрована у 2022 р. (рис. 4.1) і становила 22 260 од., що на 2 631 звернення більше, ніж у 2018 р. (+11,8% до 2022 р.) та на 5 330 звернень більше, ніж у 2013 р. (+24% до 2022 р.).

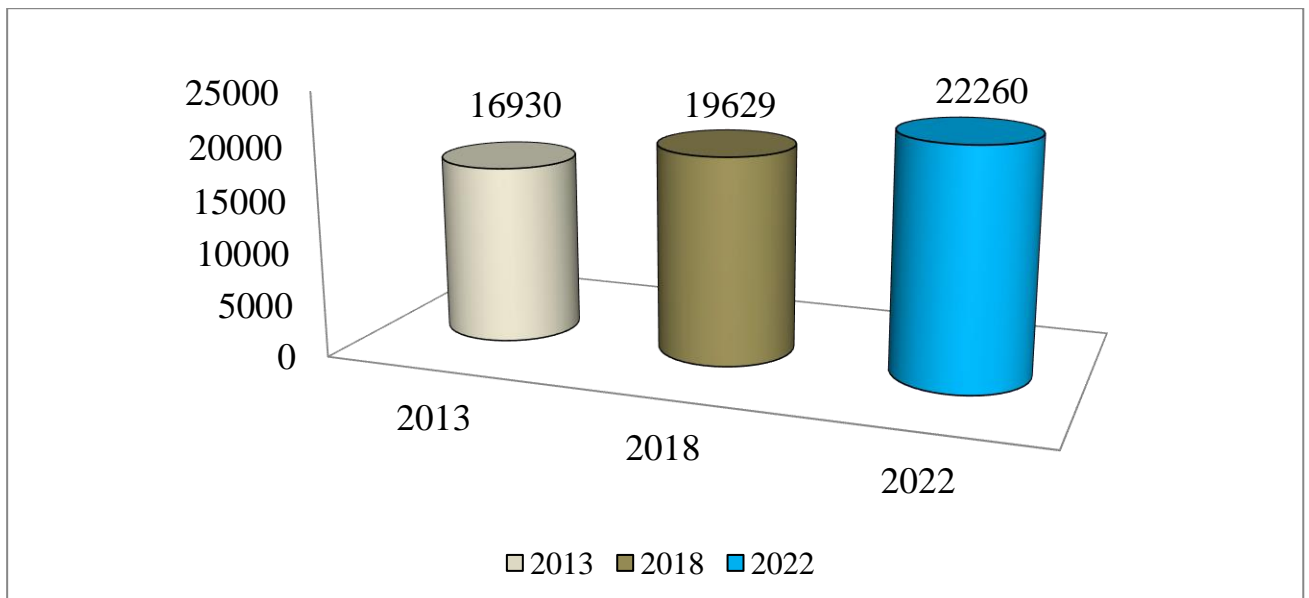


Рис. 4.1. Динаміка звернень громадян до МОЗ України за 2013, 2018 та 2022 роки

Збільшення кількості звернень вірогідно пов'язано з воєнними подіями в Україні, починаючи з 2014 року. Серед контингентів осіб, які зверталися, – це вимушено переселені особи та найменш захищені категорії, зокрема пенсіонери, особи з інвалідністю, багатодітні родини, безробітні, які потребують особливої уваги з боку органів влади в задоволенні їх медичних потреб. При цьому найбільше письмових звернень спостерігалось в 2018 р. і

становило 12 671, що на 4 523 звернення більше, ніж у 2022 р., та на 6 366 звернень більше, ніж у 2013 р. (рис. 4.2).

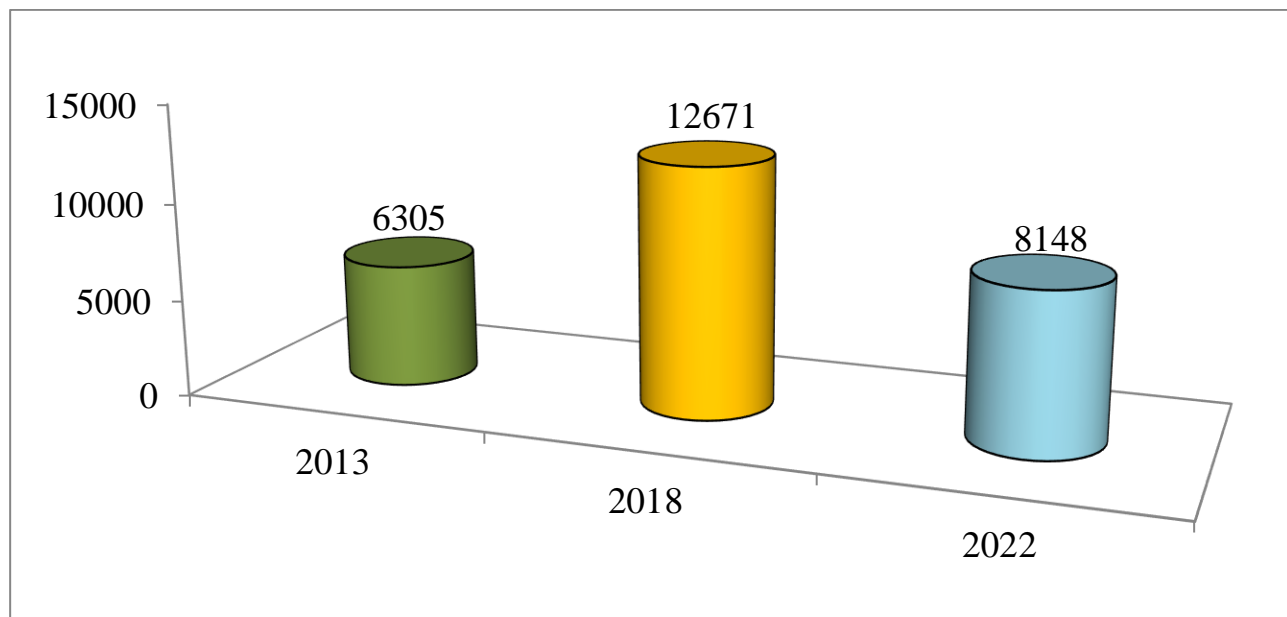


Рис. 4.2. Динаміка письмових звернень громадян до МОЗ України за 2013, 2018 та 2022 роки

Найбільша кількість звернень від Урядового контактного центру України (рис. 4.3) надійшла в 2022 р. і становила 3 576 од., що на 6,0 % більше по

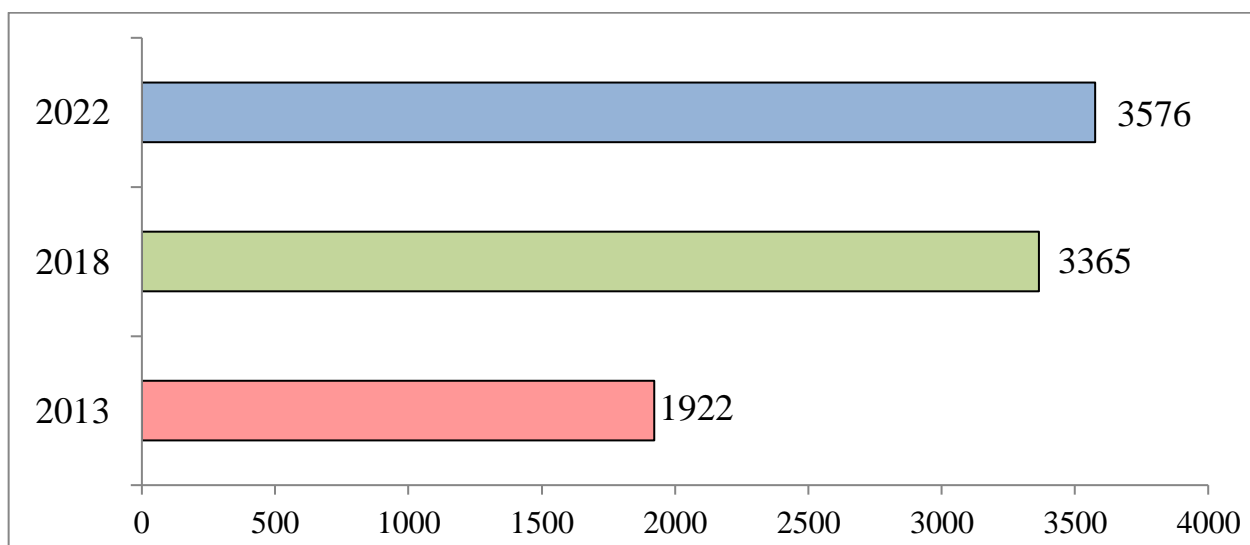


Рис. 4.3. Динаміка звернень громадян від Урядового контактного центру України за 2013, 2018 та 2022 роки з питань медичної допомоги

відношенню до 2018 р. (3 365 звернень) та на 46,2% більше – до 2013 р. (1 922 звернення). Загалом з 2013 по 2018 роки кількість звернень від цієї інституції зросла в 1,3 рази по відношенню до 2018 р., що засвідчило її високу доступність і зручність для громадян.

Загалом кількість звернень від громадян, що надійшла від Урядового контактного центру України, в 2022 р. (13 292 звернень) в порівнянні з 2013 р. (12 380 звернень) зросла на +7,4%, зокрема, отриманих безпосередньо, – на 29,23%, а від інших установ та організацій – на 19,3%, від Верховної Ради України – на 3,5%, що ще раз підкреслило проблемні питання в галузі та активне використання громадянами можливостей безпосередньо звертатись до різних рівнів і органів влади (табл. 4.1).

Таблиця 4.1

Кількість звернень громадян до МОЗ України за 2013-2018-2022 роки  
(за даними МОЗ України)

	<b>2013</b>	<b>2018</b>	<b>2022</b>	<b>% 2022 до 2013</b>
Отримано безпосередньо від громадян	6305	12671	8148	+29,23
Отримано з інших установ і організацій	3759	4236	4491	+19,3
Отримано від Кабінету Міністрів України	1245	422	242	-80,6
Отримано від Офісу Президента України	927	1500	272	-70,7
Отримано з Верховної Ради України	144	800	139	+3,5
<b>Усього</b>	<b>12380</b>	<b>19629</b>	<b>13292</b>	<b>+7,4</b>
Повторні	1532	2774	71	-95,4
Колективні звернення	684	553	283	-58,6
<b>Разом</b>	<b>2216</b>	<b>3327</b>	<b>354</b>	<b>-84,0</b>

Прийом та опрацювання звернень також здійснюється за допомогою телефонної «гарячої лінії» МОЗ України, яка функціонує відповідно до наказу МОЗ України [217]. Звернення, що потребують опрацювання на місцях, надсилаються МОЗ України засобами електронного листування відповідальним посадовим особам структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних та міських державних адміністрацій.

Визначено, що протягом 2022 року на телефонну «гарячу лінію» МОЗ України надійшло 116 550 звернень, що в 5,8 рази більше звернень, ніж у 2013 році (21 283 од.) (рис. 4.4).

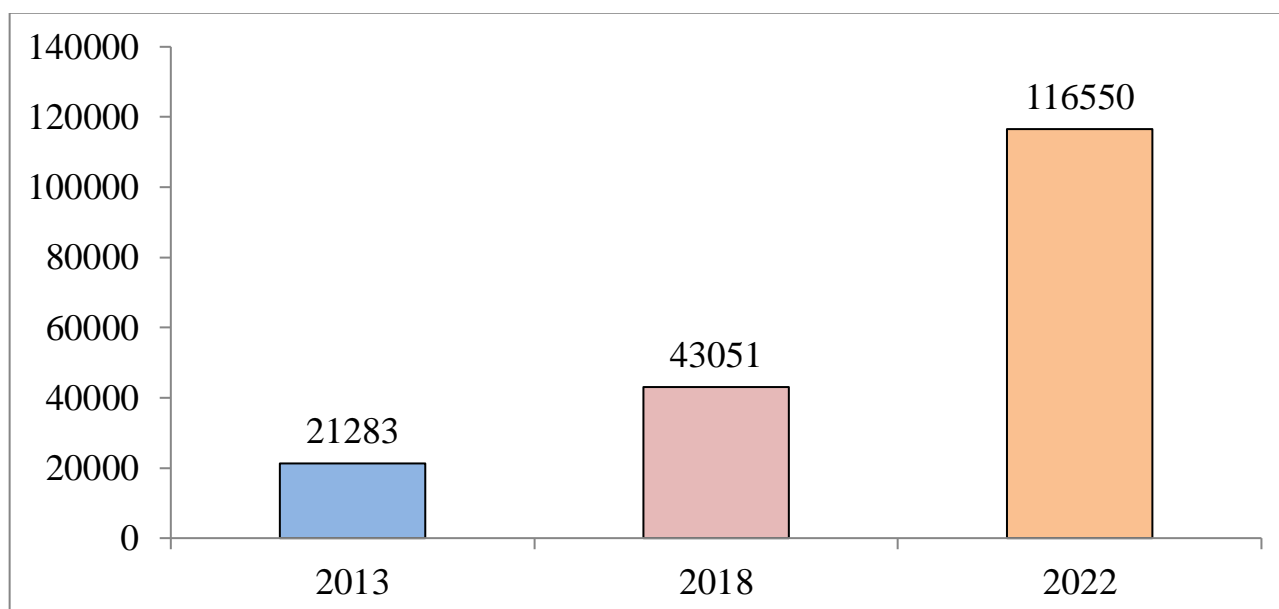


Рис. 4.4. Кількість звернень громадян на телефонну «гарячу лінію» МОЗ України за 2013, 2018 та 2022 роки

Це також підтвердило активність громадян з відстоювання своїх прав на одне з найважливіших, конституційно закріплених прав, – права на медичну допомогу та охорону здоров'я.

Аналіз кількості звернень, що надійшли на телефонну «гарячу лінію» МОЗ України за 2022 рік з регіонів показав, що найбільша їх кількість належала жителям Луганської – 32 202 од., Донецької – 9 237 од. та Волинської – 7 914 од. областей; у 2018 році – Кіровоградської – 17 499 од.; Донецької – 7 198 од.

та Івано-Франківської областей – 6 503 од.; у 2013 році – від жителів м. Київ – 5 369 од., Донецької – 2 162 од. та Дніпропетровської областей – 2 040 од. (табл. 4.2).

Таблиця 4.2

Кількість звернень громадян по регіонам на телефонну «гарячу лінію» МОЗ України за 2013, 2018 та 2022 роки  
(за даними МОЗ України)

№ п/п	Регіони України	Роки дослідження/кількість (абс.)/на 100 тис. нас.					
		2013		2018		2022	
		абс.	на 100 тис. нас.	абс.	на 100 тис. нас.	абс.	на 100 тис. нас.
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
1	АР Крим	557	2,62	0	0,00	0	0,00
2	Вінницька обл.	440	2,07	1029	2,39	2700	2,32
3	Волинська обл.	205	0,96	1252	2,91	1573	1,35
4	Дніпропетровська обл.	2040	9,59	3415	7,93	6052	5,19
5	Донецька обл.	2162	10,2	1901	4,4	1423	1,22
6	Житомирська обл.	579	2,7	1517	3,5	1596	1,37
7	Закарпатська обл.	205	1,0	1486	3,5	1400	1,20
8	Запорізька обл.	1095	5,1	1711	4,0	2081	1,79
9	Івано-Франківська обл.	331	1,6	1488	3,5	1315	1,13
10	Київська обл.	726	3,4	2304	5,4	17711	15,20

## Продовження таблиці 4.2

1	2	3	4	5	6	7	8
11	Кіровоградська обл.	310	1,5	1515	3,5	1791	1,54
12	Луганська обл.	876	4,1	1594	3,7	461	0,40
13	Львівська обл.	615	2,9	1752	4,1	5022	4,31
14	Миколаївська обл.	558	2,6	1550	3,6	2357	2,02
15	Одеська обл.	788	3,7	1713	4,0	4456	3,82
16	Полтавська обл.	376	1,8	1597	3,7	1981	1,70
17	Рівненська обл.	234	1,1	1445	3,4	1568	1,34
18	Сумська обл.	323	1,5	1601	3,7	1955	1,68
19	Тернопільська обл.	217	1,0	1505	3,5	1491	1,28
20	Харківська обл.	1506	7,1	2384	5,5	2217	1,90
21	Херсонська обл.	351	1,6	1459	3,4	848	0,73
22	Хмельницька обл.	289	1,4	1538	3,6	2522	2,16
23	Черкаська обл.	405	1,9	1605	3,7	3578	3,07
24	Чернівецька обл.	137	0,6	1412	3,3	1897	1,63
25	Чернігівська обл.	351	1,6	1356	3,1	1853	1,59



*Продовження таблиці 4.2*

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
26	м. Київ	5369	25,2	2922	6,8	46400	39,81
27	м. Севастополь	222	1,0	0	0,00	0	0,00
28	інші країни	16	0,1	0	0,00	303	0,71
<b>Усього</b>		21283	100	43051	100	116550	100

Показник на 100 тис. нас. по областях України найвищим спостерігався в 2013 р. в Донецькій обл. – 10,2 на 100 тис. нас.; Дніпропетровській обл. – 9,59 на 100 тис. нас. та Харківській обл. – 7,1 на 100 тис. нас.; у 2022 р. – в Київській обл. – 15,2 на 100 тис. нас.; Дніпропетровській обл. – 5,19 на 100 тис. нас.; Львівській обл. – 4,31 на 100 тис. нас. та Одеській обл. – 3,82 на 100 тис. нас.

Основні питання, які порушували громадяни в 2022 році, пов'язані з наданням медичної допомоги – 2 845 (21,4%); кадровими питаннями – 1 382 (10,4%); неправомірними діями медичних працівників – 1 014 (7,63%); питаннями направлення на МСЕК, ЛКК – 865 (6,5%) та з COVID-19 – 714 (5,37% від усіх звернень) (табл. 4.3).

Отже, як видно з аналізу структури звернень, найбільша їх частина стосувалася надання медичної допомоги. Аналогічна рейтингова структура звернень спостерігалась в 2013 та 2018 роках, а саме, надання медичної допомоги, забезпечення ліками та кадрові питання в охороні здоров'я. Звернення в зв'язку з неправомірними діями медичних працівників та направлення на МСЕК та ЛКК залишались актуальними для галузі у досліджуваний період.

Результати аналізу письмових звернень за змістом основних питань у 2013 та 2018 роках показали, що їх структура повторює структуру звернень на телефонну гарячу лінію за першими чотирма рейтинговими позиціями. Так, у 2018 році структура звернень була наступною: щодо надання медичної допомоги – 6 300 од. (32,1%), з кадрових питань 3447 од. (17,6%), з питань направлення на МСЕК, ЛКК – 2 266 од. (11,4%), неправомірні дії медпрацівників 1 673 од. (8,5%). На п'яте місце вийшли питання ліцензування та акредитації – 701 (3,6%). Результати аналізу основних питань за змістом, що порушували громадяни в 2013 році, розподілені наступним чином: щодо надання медичної допомоги – 3 959 од.(23,4%), з кадрових питань 2 472 од. (14,6%), з питань направлення на МСЕК, ЛКК – 2 186 од. (12,9%), неправомірні дії медпрацівників 1 306 од. (7,7%), питання ліцензування та акредитації – 667 од. (3,9%).

Таблиця 4.3

Основні питання, що порушували громадяни у зверненнях до МОЗ України  
за 2013, 2018 та 2022 роки (за даними МОЗ України)

№ п/п	Регіони України	Роки дослідження/кількість (абс.)/на 100 тис. нас.					
		2013		2018		2022	
		абс.	на 100 тис. нас.	абс.	на 100 тис. нас.	абс.	на 100 тис. нас.
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
1	Про надання медичної допомоги	3959	23,4	6300	32,1	2845	21,4
2	Про надання медичної допомоги в умовах реформи	-	-	-	-	1853	13,94
3	З кадрових питань	2472	14,6	3447	17,6	1382	10,4
4	З питань направлення на МСЕК, ЛКК	2186	12,9	2266	11,5	865	6,5
5	Про неправомірні дії медпрацівників	1306	7,7	1673	8,5	1014	7,63
6	Про забезпечення ліками та виробами медичного призначення	1101	6,6	1069	5,4	1010	7,6
7	Питання акредитації, ліцензування	667	3,9	701	3,6	304	2,29

Продовження таблиці 4.3

1	2	3	4	5	6	7	8
8	З питань санаторно-курортного лікування	399	2,4	166	0,9	28	0,21
9	Про санепідеміологічне забезпечення населення	358	2,1	653	3,3	298	2,24
10	Про реорганізацію закладів охорони здоров'я	358	2,1	644	3,3	87	0,65
11	У зв'язку зі смертю хворих	316	1,9	269	1,4	154	1,16
12	Про подяку медичним працівникам	246	1,4	154	0,8	94	0,71
13	З питань заробітної плати	148	0,8	77	0,8	535	4,02
14	Питання здобуття освіти	144	0,8	1295	6,6	1103	8,3
15	Ліки по рекламі, факти шахрайства	144	0,8	23	0,1	5	0,04
16	Про грубе, формальне ставлення до хворих, рідних	110	0,6	329	3,2	6	0,05
17	Факти корупції	63	0,4	286	1,5	18	0,14
18	Про пільги медпрацівникам	-	-	13	0,1	-	-

Продовження таблиці 4.3

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
19	Про роботу швидкої та невідкладної допомоги	54	0,3	87	0,4	30	0,23
20	Питання COVID-19	-	-	-	-	25	0,19
21	Пропозиції внесення змін до законодавства	-	-	-	-	714	5,37
22	Питання діяльності лабораторних центрів	-	-	-	-	61	0,46
23	Про закриття медичних закладів та установ	-	-	-	-	10	0,08
З інших питань		2916	17,2	77	0,3	1034	7,8
<b>Усього</b>		<b>16930</b>		<b>19629</b>		<b>13292</b>	

За видами звернення громадян були згруповані наступним чином: заяви (клопотання) – 12 158 од. у 2022 році (18 019 од. – 2018 р.; 14 991 од. – 2013 р.); скарги – 429 од. (1 210 од. – 2018 р.; 1 633 од. – 2013 р.); пропозиції (зауваження) – 521 од. (400 од. – 2018 р.; 306 од. – 2013 р.) (табл. 4.4).

*Таблиця 4.4*

Види та кількість звернень громадян до МОЗ України  
у 2013, 2018 та 2022 роках (за даними МОЗ України)

Види звернень громадян	Роки/кількість, абс., (%)		
	2013	2018	2022
Заяви (клопотання)	14991 (88,55%)	18019 (91,8%)	12158 (91,5%)
Скарги	1633 (9,65%)	1210 (6,16%)	529 (4,0%)
Пропозиції (зауваження)	306 (1,8%)	400 (2,04%)	605 (4,5%)
<b>Усього</b>	<b>16930</b>	<b>19629</b>	<b>13292</b>

Отже, найбільший відсоток заяв (клопотань) спостерігався у 2018 р. (91,8%) та 2022 р. (91,5%); кількість скарг помітно зменшилась з 9,65% 2013 р. до 4,0% у 2022 р., кількість пропозицій (зауважень) зросла з 1,8%. у 2013 р. до 4,5% у 2022 р.

Аналізом стану розгляду та вирішення порушених питань у зверненнях громадян з'ясовано, що майже половина з них МОЗ України вирішувало самостійно (50,2% у 2013 р., 48,0% – у 2018 р., 49,3% – у 2022 р.), шляхом надання роз'яснень позитивним вирішенням питань або обґрунтованою відмовою (табл. 4.5). Біля третини звернень направлялось для вирішення до органів місцевої влади (35,1% у 2013 р., 25,7% – у 2018 р., 28,8% – у 2022 р.).

*Таблиця 4.5*

Шляхи розгляду та кількість вирішених порушених питань  
у зверненнях громадян до МОЗ України у 2013, 2018 та 2022 роках  
(за даними МОЗ України)

Шляхи розгляду	Роки/ кількість, абс./%					
	2013		2018		2022	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1. Вирішено в МОЗ	8491	50,2	9414	48,0	6551	49,3
- дано роз'яснення	4301	-	8535	-	6377	-
- вирішено позитивно	3528	-	860	-	167	-
- відмовлено	662	-	18	-	7	-
2. Направлено до органів місцевої влади	5945	35,1	5035	25,7	3716	28,8
3. Направлено за належністю до інших відомств	587	3,5	600	3,0	1270	9,6
4. У стадії розгляду (вирішення)	1854	11,0	4580	23,3	1755	13,2
<b>Усього</b>	<b>16930</b>	<b>100,0</b>	<b>19629</b>	<b>100,0</b>	<b>13292</b>	<b>100,0</b>

Направлено за належністю до інших відомств 3,5% у 2013 р., 3,0% – у 2018 р. та 9,6% – у 2022 році. На кінець звітного року в стадії розгляду (вирішення) знаходилось 11,0% в 2013 році, 23,3% – у 2018 році та 13,2% – у 2022 році.

З числа звернень вирішених в МОЗ України: вирішено позитивно в 2022 році – 167 (860 – у 2018 р.; 3528 – у 2013 р.), надано роз'яснення – 6377 (8535 – у 2018 р.; 4301 – у 2013 р.), відмовлено – 7 (18 – у 2018 р.; 662 – у 2013 р.).

Отже, серед найбільш значущих причин, що породжували звернення громадян до вищих органів виконавчої влади, була значна частка таких, які

могли б бути вирішені на рівні органів місцевої влади щодо задоволення обґрунтованих звернень громадян.

Аналіз роботи зі звернення громадян до Національної служби здоров'я України (НСЗУ) за 2019-2023 роки показав, що за 2023 рік надійшло 14 626 од. звернень громадян, що на 46,2% більше у порівнянні з 2019 роком, коли НСЗУ щойно розпочала свою роботу (табл. 4.6).

*Таблиця 4.6*

Загальна кількість звернень громадян до НСЗУ за 2019-2023 роки

Вид звернення	Кількість звернень/Роки дослідження				
	2019	2020	2021	2022	2023
Пропозиції	49	118	238	31	37
Заява (клопотання)	6412	5994	23745	21303	11472
Скарга	291	1570	3366	1276	3117
<b>Усього</b>	<b>6753</b>	<b>7682</b>	<b>27349</b>	<b>22610</b>	<b>14626</b>

За видами звернення громадян до НСЗУ були згруповані наступним чином: пропозиції – 37 од. у 2023 році, що на 32,4% менше у порівнянні з 2019 роком (49 од.); заяви (клопотання) – 11 472 од. у 2023 році, що в 1,8 рази більше у порівнянні з 2019 роком (6 412 од.); у 10,7 рази зросла кількість скарг з 2019 до 2023 року – 3117 од.; (291 од. – 2019 р.).

Серед основних причин звернень громадян до НСЗУ слід виділити: неможливість одержання первинної медичної допомоги у зв'язку з відсутністю у пацієнтів підписаної декларації про вибір лікаря; неодержання лікарських засобів на пільгових умовах згідно з виписаними рецептами; невдоволення пацієнтів якістю одержаних медичних послуг; необхідність вдосконалення



роботи програмного забезпечення, яке використовується для роботи з Електронною системою охорони здоров'я; припинення декларації про вибір лікаря первинної медичної допомоги із заборонаю обробки персональних даних та їх видалення; скарги на дії/бездіяльність медичних працівників та надавачів медичних послуг з різних підстав (неналежна якість наданих послуг, вимагання коштів, самостійного придбання лікарських засобів, розхідних матеріалів, відмов у наданні/безоплатному наданні медичних послуг з гарантованих пакетів); неможливість безоплатного забезпечення необхідними лікарськими засобами та медичними послугами.

Класифікація звернень за адміністративно-територіальною ознакою (місце проживання/перебування автора) не є показовою, оскільки переважна більшість звернень надходять електронною поштою і автори вказують лише електронну адресу для надання відповіді. При цьому найбільше звернень надійшло (табл. 4.7):

Таблиця 4.7

Розподіл звернень громадян до НСЗУ за адміністративно-територіальними одиницями України за 2019-2023 роки (абс.)

№ з/п	Адміністративно-територіальні одиниці України	Роки дослідження / кількість звернень (абс)				
		2019	2020	2021	2022	2023
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
1	Автономна Республіка Крим	0	0	0	0	0
2	Вінницька область	47	33	112	160	241
3	Волинська область	26	26	103	109	132
4	Дніпропетровська область	228	221	586	396	752
5	Донецька область	262	101	254	106	87
6	Житомирська область	53	33	80	77	165

## Продовження таблиці 4.7

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
7	Закарпатська область	60	29	58	72	112
8	Запорізька область	158	121	195	152	243
9	Івано-Франківська область	31	56	103	85	133
10	Київська область	179	177	455	321	587
11	Кіровоградська область	59	41	102	91	113
12	Луганська область	38	40	78	23	8
13	Львівська область	92	86	359	339	385
14	Миколаївська область	66	28	116	58	154
15	Одеська область	110	96	290	298	546
16	Полтавська область	127	31	143	163	215
17	Рівненська область	36	32	89	105	167
18	Сумська область	177	47	160	86	174
19	Тернопільська область	34	26	55	64	85
20	Харківська область	256	133	317	191	398
21	Херсонська область	38	50	100	42	64
22	Хмельницька область	64	75	73	110	135
23	Черкаська область	64	45	149	135	197
24	Чернівецька область	33	21	78	52	110
25	Чернігівська область	58	81	120	90	161
26	м. Київ	94	111	469	709	1352
27	м. Севастополь	0	0	0	0	0
	Усього по Україні	2390	1740	4644	4 034	6716
	Інші країни	-	-	0	0	0
	Без адреси	4363	5942	22705	18 576	7910
	<b>Усього</b>	<b>6753</b>	<b>7682</b>	<b>27349</b>	<b>22 610</b>	<b>14626</b>

- у 2023 році від жителів м. Києва (1 352 од.), Дніпропетровської (752 од.) та Київської (587 од.) областей, найменше звернень надійшло з Луганської (8 од.), Херсонської (64 од.) та Тернопільської областей (85 од.);

- у 2022 році від жителів м. Києва (709 од.), Дніпропетровської (396 од.) та Львівської областей (339 од.), найменше звернень надійшло з Луганської (23 од.), Херсонської (42 од.) та Чернівецької областей (52 од.);

- у 2021 році від жителів Дніпропетровської області (586 од.), м. Києва (469 од. ) та Київської області (455 од.), найменше звернень надійшло з Тернопільської (55 од.), Закарпатської (58 од.) та Хмельницької (73 од.) областей;

- 2020 році від жителів Дніпропетровської (221 од.), Київської (177 од.), Харківської (133 од.), Запорізької (121 од.) областей та міста Києва (111 од.), найменше звернень (21 од.) надійшло з Чернівецької області;

- у 2019 році від громадян надійшла з Донецької – 262 од., Харківської – 256 од., Дніпропетровської – 228 од., Київської – 179 од. та Запорізької – 158 од. областей, найменша кількість звернень (окрім Автономної Республіки Крим та м. Севастополя) надійшла з Волинської області – 26 од.

Серед основних причин звернень громадян до НСЗУ варто зазначити потребу в корекції помилок у персональних даних громадян, які знаходяться в реєстрах центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я. Також значну частину звернень складає невдоволення пацієнтів обсягом та якістю отриманих медичних послуг, включаючи численні випадки вимагання оплати, необхідності самостійного придбання лікарських засобів і розхідних матеріалів, а також відмови в наданні певних медичних послуг у закладах охорони здоров'я.

Показники кількості звернень на 100 тис. населення найвищими виявилися в 2023 році і становили 41,97 на 100 тис. нас. та в 2021 році – 33,31 на 100 тис. нас.; дещо нижчим показник спостерігався у 2022 році (27,47 на 100 тис. нас.), у 2019 році – 12,86 на 100 тис. нас. та у 2020 році – 11,67 на 100 тис. нас. (табл. 4.8).

Таблиця 4.8

Розподіл звернень громадян до НСЗУ за адміністративно-територіальними одиницями на 100 тис. населення України за 2019-2023 роки

№ з/п	Адміністративно-територіальні одиниці України	Роки дослідження/кількість звернень на 100 тис. населення				
		2019	2020	2021	2022	2023
1	2	3	4	5	6	7
1	Автономна Республіка Крим	0	0	0	0	0
2	Вінницька область	0,26	0,22	0,74	1,05	1,61
3	Волинська область	0,21	0,25	1,00	1,06	1,30
4	Дніпропетровська область	0,62	0,70	1,88	1,26	2,43
5	Донецька область	0,57	0,24	0,62	0,25	0,22
6	Житомирська область	0,43	0,27	0,67	0,64	1,40
7	Закарпатська область	0,35	0,23	0,46	0,57	0,90
8	Запорізька область	0,85	0,72	1,18	0,91	1,49
9	Івано-Франківська область	0,23	0,41	0,76	0,62	0,99
10	Київська область	0,84	0,99	2,54	1,80	3,28
11	Кіровоградська область	0,57	0,44	1,12	0,99	1,26
12	Луганська область	0,15	0,19	0,37	0,10	0,04
13	Львівська область	0,30	0,34	1,44	1,36	1,57
14	Миколаївська область	0,52	0,25	1,05	0,52	1,41
15	Одеська область	0,82	0,4	1,23	1,26	2,33
16	Полтавська область	0,78	0,22	1,05	1,19	1,60
17	Рівненська область	0,29	0,28	0,78	0,91	1,47
18	Сумська область	1,54	0,44	1,52	0,81	1,69
19	Тернопільська область	0,32	0,25	0,54	0,62	0,84
20	Харківська область	0,80	0,5	1,21	0,73	1,54
21	Херсонська область	0,32	0,49	0,99	0,41	0,64
22	Хмельницька область	0,47	0,6	0,59	0,88	1,10
23	Черкаська область	0,51	0,38	1,27	1,15	1,70
24	Чернівецька область	0,30	0,23	0,87	0,58	1,24
25	Чернігівська область	0,50	0,82	1,23	0,93	1,70
26	м. Київ	0,31	0,37	1,58	2,42	4,65
27	м. Севастополь	0	0	0	0	0
	Усього по Україні	-	0,42	1,12	0,97	1,64
	Інші країни	0	0	0	0	0
	Без адреси	0	1,44	5,5	4,48	1,93
	<b>Усього</b>	<b>12,86</b>	<b>11,67</b>	<b>33,31</b>	<b>28,47</b>	<b>41,97</b>

Питома вага звернень за адміністративно-територіальними одиницями в 2022-2023 роках найвищою спостерігалася в м. Київ (2022 рік – 3,13%; 2023 рік – 5,98%) та Дніпропетровській області (2022 рік – 1,75%; 2023 рік – 3,33%) (табл. 4.9).

Таблиця 4.9

Питома вага звернень громадян до НСЗУ за адміністративно-територіальними одиницями за 2019-2023 роки (за даними НСЗУ)

№ з/п	Адміністративно-територіальні одиниці України	Роки дослідження/кількість звернень у відсотках				
		2019	2020	2021	2022	2023
1	2	3	4	5	6	7
1	Автономна Республіка Крим	0	0	0	0	0
2	Вінницька область	0,6	0,4	0,4	0,70	1,07
3	Волинська область	0,4	0,3	0,4	0,48	0,58
4	Дніпропетровська область	3,2	2,9	2,1	1,75	3,33
5	Донецька область	3,8	1,3	0,9	0,46	0,38
6	Житомирська область	0,8	0,4	0,3	0,34	0,73
7	Закарпатська область	0,7	0,4	0,2	0,31	0,50
8	Запорізька область	2,3	1,6	0,7	0,67	1,07
9	Івано-Франківська область	0,5	0,7	0,4	0,37	0,59
10	Київська область	2,4	2,3	1,7	1,41	2,60
11	Кіровоградська область	0,9	0,5	0,4	0,40	0,50
12	Луганська область	0,5	0,5	0,3	0,10	0,04
13	Львівська область	1,2	1,1	1,3	1,49	1,70
14	Миколаївська область	0,9	0,4	0,4	0,25	0,68
15	Одеська область	3,2	1,2	1,1	1,31	2,41
16	Полтавська область	1,8	0,4	0,5	0,72	0,95
17	Рівненська область	0,5	0,4	0,3	0,46	0,74
18	Сумська область	2,7	0,6	0,6	0,38	0,77
19	Тернопільська область	0,5	0,3	0,2	0,28	0,38
20	Харківська область	3,4	1,7	1,2	0,84	1,76
21	Херсонська область	0,5	0,7	0,4	0,18	0,28

<i>Продовження таблиці 4.9</i>						
22	Хмельницька область	1,0	1,0	0,3	0,48	0,60
23	Черкаська область	1,0	0,6	0,5	0,59	0,87
24	Чернівецька область	0,4	0,3	0,3	0,22	0,49
25	Чернігівська область	0,8	1,1	0,4	0,39	0,71
26	м. Київ	1,5	1,4	1,7	3,13	5,98
27	м. Севастополь	-	-	0	0	0
	Усього по Україні	35,7	22,7	17,0	17,84	29,70
	Інші країни	-	-	0	0	0
	Без адреси	64,3	77,3	83,0	82,15	34,98
	<b>Усього</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>64,69</b>

У 2021 році найвища питома вага звернень за адміністративно-територіальними одиницями України (у %) спостерігалася:

- в Харківській (2021 рік – 2,9%) та Тернопільській областях (1,7%);
- у 2020 році – в м. Київ (1,7%) та Дніпропетровській області (2,1%);
- у 2019 році – в Донецькій (3,8%), Харківській (3,4%) та однаковий відсоток (3,2%) – у Дніпропетровській та Одеській областях.

Значна кількість звернень громадян до НСЗУ подається повторно. Основними причинами таких звернень є прохання надати додаткові роз'яснення до раніше отриманих відповідей та невдоволення результатами розгляду попередніх звернень. На більшість питань, порушених у зверненнях громадян, надаються відповідні роз'яснення. У випадках, коли інформація у зверненнях вказує на можливі порушення умов договорів, укладених між НСЗУ та надавачами медичних послуг, таким надавачам надсилаються листи з вимогами надати пояснення щодо описаних у зверненнях обставин та усунути виявлені порушення або недоліки.

4.2. Аналіз організації роботи зі зверненнями громадян у Департаменті охорони здоров'я Чернівецької обласної державної адміністрації та закладах охорони здоров'я Чернівецької області за 2015-2022 роки

Мережа ЗОЗ Чернівецької області станом на 01.01.2023 р. надавала медичну допомогу 904,4 тис. жителям. Розподіл населення за місцем проживання залишався стабільним протягом усього досліджуваного періоду. Питома вага сільського населення складала 57,1%, а міського – 42,9%.

Статева структура населення області також залишалася стабільною: жінки склали 52,9%, чоловіки – 47,1%. Для області характерним є постаріння населення, оскільки особи, старші за 60 років, склали 20,9% від загальної кількості населення.

Аналізом матеріалів дослідження встановлено, що станом на 01.01.2023 р. профілактичну та медичну допомогу населенню в Чернівецькій області надавали 82 ЗОЗ: із них лікарняних закладів – 28, самостійних амбулаторно-поліклінічних закладів – 43, із них 18 ЦПМСД, інших закладів – 7 (Будинок дитини, Центр служби крові, Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, Бюро судмедекспертизи, Патологоанатомічне бюро, Інформаційно-аналітичний центр медичної статистики Чернівецької області, МСЕК) та 4 стоматологічні поліклініки. В області функціонує 182 АЗПСМ та 170 ФАПів.

Загальна потужність ліжкового фонду лікарняних закладів становила 5 636 ліжок (бюджетні та госпрозрахункові), або 63,5 на 10 тис. нас. Кількість ліжок порівняно із 2021 р. зменшилась на 158 од. за рахунок оптимізації ліжкового фонду ЗОЗ.

У ЗОЗ було зареєстровано 4 749,0 штатних лікарських посад (бюджетних, госпрозрахункових та системи підготовки кадрів), кількість зайнятих посад становила 4 390,0, або 92,4%, на яких працювало 4 124 фізичних осіб. Укомплектованість штатних посад лікарями (фізичними особами) залишалася стабільною і складала в 2022 р. – 86,8%, у 2021р. – 86,4%.

Розрив між штатними лікарськими посадами і фізичними особами за 2022 р. зменшився на 32,75 посад і становив – 625,0, а в 2021 р. – 657,75 посад.

У 2022 р. показник забезпеченості лікарями на 10 тис. населення становив 53,5 штатними посадами лікарів, у 2021 р. – 54,3 посад, зайнятими посадами – відповідно 49,5 та 50,3.

Питома вага атестованих лікарів від тих, хто підлягав атестації, залишалася стабільною та становила 99,5% у 2022 р., 99,4% – у 2021 р. Питома вага атестованих середніх медичних працівників від тих, хто підлягав атестації, складала 99,6% у 2022 р., 99,3% – у 2021 р.

Штатна чисельність посад середнього медперсоналу в 2022 р. складала 6 167,0, із них зайнятих – 5 745,5, на яких працювала 5 631 фізична особа. Показник забезпеченості зайнятими посадами середнього медперсоналу на 10 тис. населення за 2022 р. зменшився і становив – 64,7 (2021 р. – 68,0), а фізичними особами – 63,5 (2021 р. – 65,8). Співвідношення між лікарями і середніми медичними працівниками в 2022 р. складало 1:1,4, а в 2021 р. – 1:1,5.

Результатами дослідження встановлено, що на виконання законодавчих та нормативно-правових вимог з питань звернень громадян Департаментом охорони здоров'я Чернівецької обласної державної адміністрації здійснюються організаційні заходи, спрямовані на покращення роботи зі зверненнями громадян, своєчасне та оперативне вирішення порушених у зверненнях питань.

Використовуються в роботі методичні рекомендації Кабінету Міністрів України з питань роботи зі зверненнями громадян [218].

Забезпечено використання Класифікатора звернень громадян, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України [219]. Матеріали роботи із зверненнями громадян регулярно висвітлюються у газеті «Здоров'я Буковини», яка випускається Чернівецьким Центром Здоров'я ДОЗ Чернівецької ОДА.

Для поліпшення роботи зі зверненнями громадян та організації особистого прийому виданий наказ від 26.05.2016 № 350 «Про вдосконалення



організації роботи із зверненнями громадян до Департаменту охорони здоров'я».

Згідно з наказом, контроль за дотриманням термінів розгляду звернень, повнотою та обґрунтованістю відповідей заявникам, проведення щоквартального аналізу здійснюється провідним спеціалістом по роботі зі зверненнями громадян, а саме, провідний спеціаліст:

- бере участь у проведенні експертизи проектів законодавчих та інших нормативно-правових актів з питань розгляду звернень громадян до МОЗ України;

- опрацьовує письмові звернення громадян, що надійшли до МОЗ України по пошті, з використанням мережі Інтернет, засобів електронного зв'язку;

- формує автоматизовану базу даних звернень громадян;

- опрацьовує звернення громадян, які надходять на урядову телефонну «гарячу лінію», надає відповідь на звернення до структурних підрозділів МОЗ України, здійснює контроль за їх виконанням;

- здійснює попередній розгляд звернень громадян та підбір звернень для розгляду керівництвом ДОЗ Чернівецької ОДА;

- надсилає звернення громадян, які надійшли на адресу ДОЗ, за належністю до керівників ЗОЗ та інших установ відомчої належності;

- готує щотижневі нагадування для структурних підрозділів ЗОЗ про порушення термінів розгляду звернень громадян та термін розгляду яких спливає;

- аналізує звернення громадян, формує звітність;

- здійснює організацію доступу до публічної інформації;

- надає публічну інформацію за запитами, оприлюднює публічну інформацію, розпорядником якої є ДОЗ Чернівецької ОДА на офіційному сайті ДОЗ Чернівецької ОДА;

- формує переліки наборів даних, що підлягають оприлюдненню у формі відкритих даних, розпорядником яких є ДОЗ Чернівецької ОДА;

- приймає участь у експертизі розроблених проектів нормативно-правових актів, інших документів з питань доступу до публічної інформації;
- приймає участь у оперативному забезпеченні керівництва ДОЗ Чернівецької ОДА інформаційно-аналітичними матеріалами про стан щодо організації доступу до публічної інформації;
- здійснює аналіз та надання інформації на виконання законів України, Указів Президента України, постанов, розпоряджень та доручень Кабінету Міністрів України та керівника ДОЗ Чернівецької ОДА щодо питань доступу до публічної інформації;
- здійснює контроль за наданням відповідей на запити на публічну інформацію безпосереднім виконавцем у строки [220];
- надає методичну допомогу службовцям структурних підрозділів ДОЗ Чернівецької ОДА з питань реалізації законодавства України про звернення громадян;
- надає консультації запитувачам інформації під час оформлення запитів на публічну інформацію;
- веде моніторинг запитів на публічну інформацію за регіональною та іншими ознаками;
- готує, за результатами моніторингу, аналітичну інформацію щодо кількості та характеру запитів на публічну інформацію, що надійшли до ДОЗ Чернівецької ОДА, їх оцінки; проблем щодо задоволення запитів та шляхів їх вирішення;
- бере участь у нарадах, конференціях, семінарах, навчаннях та інших заходах з питань забезпечення доступу до публічної інформації;
- у питаннях удосконалення роботи співпрацює з організацією – Державним підприємством «Центр електронної охорони здоров'я Міністерства охорони здоров'я України».

Розроблені графіки прийому громадян керівництвом ДОЗ Чернівецької ОДА та МОЗ України та доведені до всіх ЗОЗ.

Матеріалами дослідження виявлено, що вживаються заходи для підвищення рівня професійної компетентності та обізнаності працівників, відповідальних за роботу зі зверненнями громадян в райдержадміністраціях та органах місцевого самоврядування. З цією метою відділом роботи із зверненнями громадян апарату облдержадміністрації на базі Чернівецького центру перепідготовки і підвищення кваліфікації працівників органів державної влади, органів місцевого самоврядування в дистанційному режимі з використанням платформи Zoom проводиться тематичне навчання в рамках реалізації загальної професійної програми для працівників управлінь соціального захисту населення, відділів освіти, відділів у справах сім'ї та дітей райдержадміністрацій, органів місцевого самоврядування (ОТГ) на тему: «Нормативно-правове регулювання відносин у сфері забезпечення конституційного права громадян на звернення: останні зміни та новації».

Голова обласної державної адміністрації та його заступники приділяють велику увагу розгляду звернень пільгової категорії громадян, безпосередньому спілкуванню з мешканцями області під час проведення особистих прийомів, гарячих телефонних ліній спілкування із громадянами. Для здійснення контролю та термінового вирішення питань охорони здоров'я комунальної та державної форм власності адміністративно-територіальних одиниць організовано роботу гарячої лінії – «Гаряча лінія»: проводиться моніторинг клопотань, скарг та зауважень громадян. Функціонування цієї лінії забезпечується в цілодобовому режимі (тел. 099-222-13-90). За 2022 рік зафіксовано 1 897 звернень, що в 6,8 рази більше, ніж у 2015 році (280 звернень); це можна пояснити доступністю громадян до каналів комунікацій з органами регіональної влади.

На особистому прийомі директора департаменту охорони здоров'я Чернівецької ОДА та його заступників за період з 2015 по 2022 роки було прийнято 5 690 громадян, що становить 0,64% від загальної кількості населення області.

За статтю авторів розподіл звернень представлений на рис. 4.5, з якого видно, що за період дослідження звернулося 2694 (47,34%) чоловіків та 2996 (52,66%) жінок. Порівнюючи кількість та відсоток звернень за період дослідження з 2015-2022 рр., найбільше звернень реєструвалось від сільського населення – 59,1%; решта від міського – 40,9%.

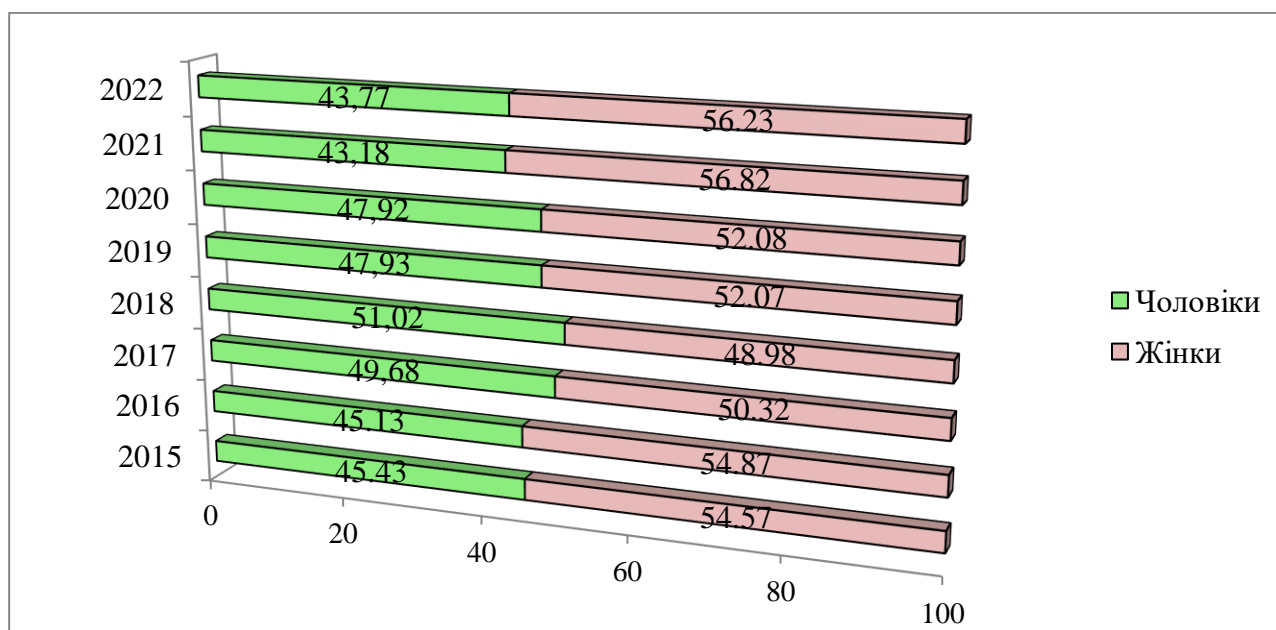


Рис. 4.5. Розподіл звернень громадян до ДОЗ Чернівецької ОДА за статтю в 2015-2022 роках

Аналіз чисельності звернень за роками (рис. 4.6) показав, що найбільший

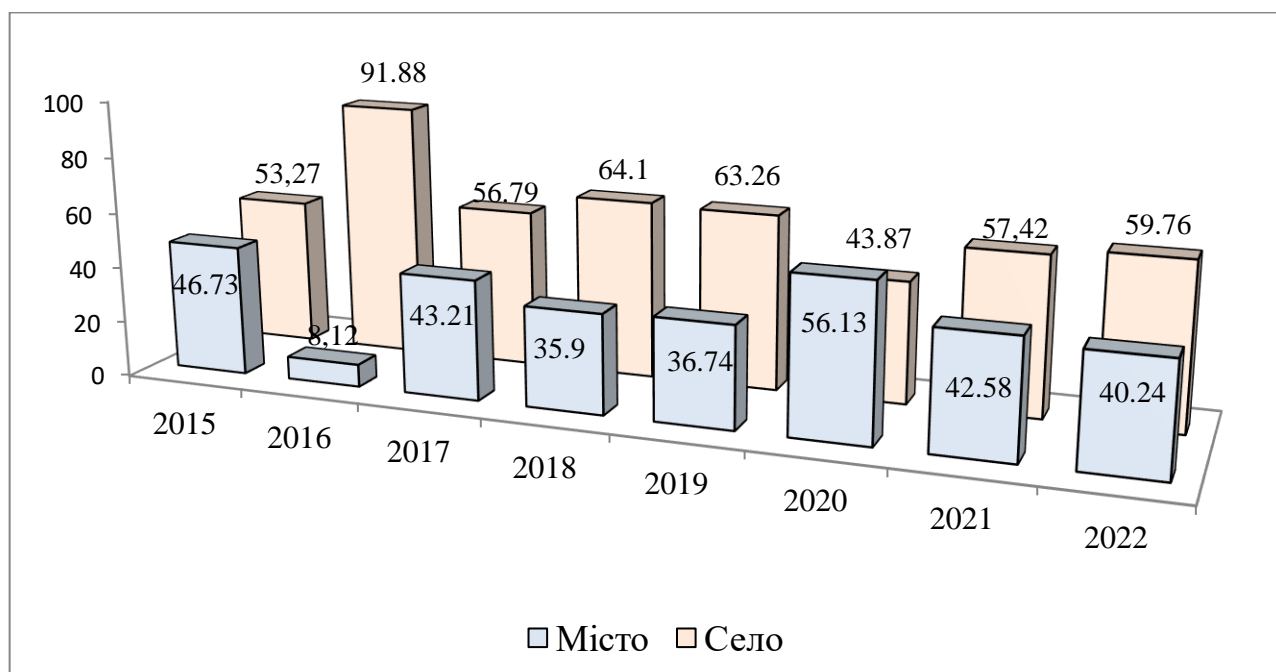


Рис. 4.6. Кількість звернень громадян до ДОЗ Чернівецької ОДА за територією проживання (місто-село) за 2015-2022 роки

відсоток звернень спостерігався серед жителів села у 2019 р. – 63,26% (2022 р. – 59,76%; 2015 р. – 53,27%). Серед жителів міст зареєстрований найбільший відсоток звернень у 2015 р. – 46,73% (2022 р. – 40,24%; 2019 – 36,74%).

Збільшення звернень зі скаргами сільських жителів пов'язано з проживанням на віддалених територіях та відповідно з доступністю кваліфікованої медичної допомоги населенню, зокрема, саме під час COVID-19 у 2019 р.

Порівнюючи кількість та відсоток звернень за досліджуваний період (рис. 4.7), спостерігається найбільший відсоток у 2019 р., який склав 12,72% в порівнянні з 2015 р. – 10,76%; та 2022 р. – 7,47%.

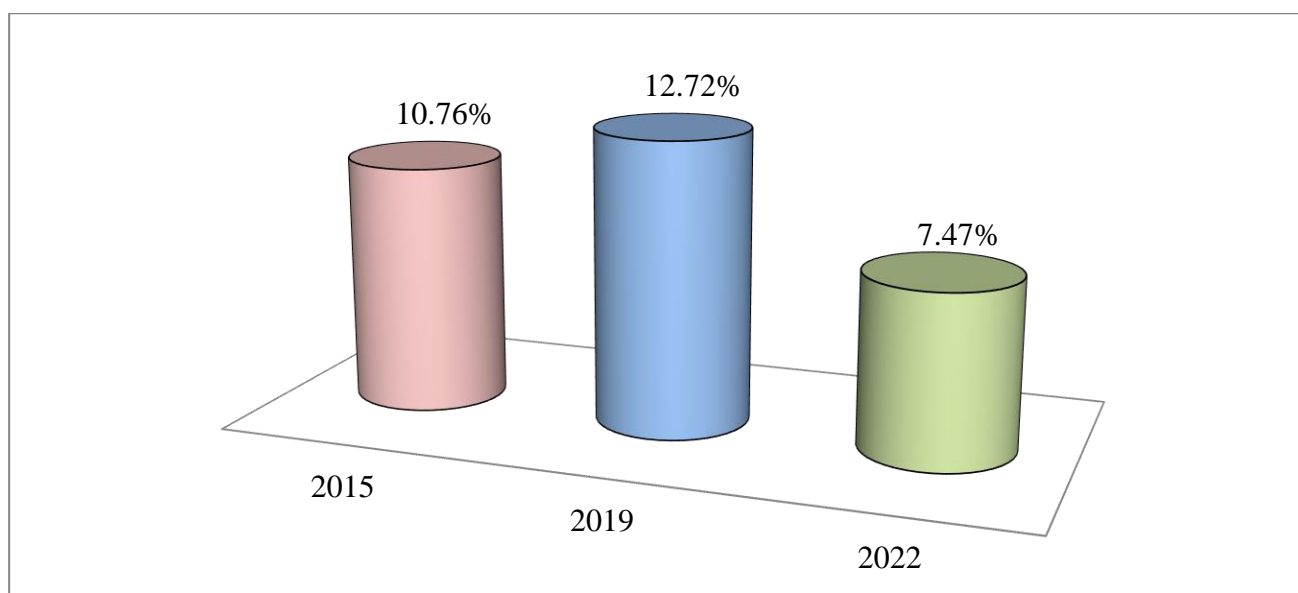


Рис. 4.7. Відсоток звернень громадян за 2015-2019-2022 роки від загальної кількості звернень до ДОЗ Чернівецької ОДА

Збільшення звернень громадян у 2019 р., як засвідчили дані аналізу звернень за причинами, пов'язано високим рівнем захворюваності на COVID-19 та виникненням різних проблем під час діагностики, лікування та організації медичної допомоги хворим з цією патологією.

За критерієм соціального стану авторів (рис. 4.8) надійшли у 2015-2022 рр. 1 004 (17,64%) від пенсіонерів, 51 (0,9%) від працівників бюджетної сфери, 11 (0,2%) від

військовослужбовців; 127 (2,23%) від безробітних, у 4 497 випадків (79,03%) від інших категорій населення.

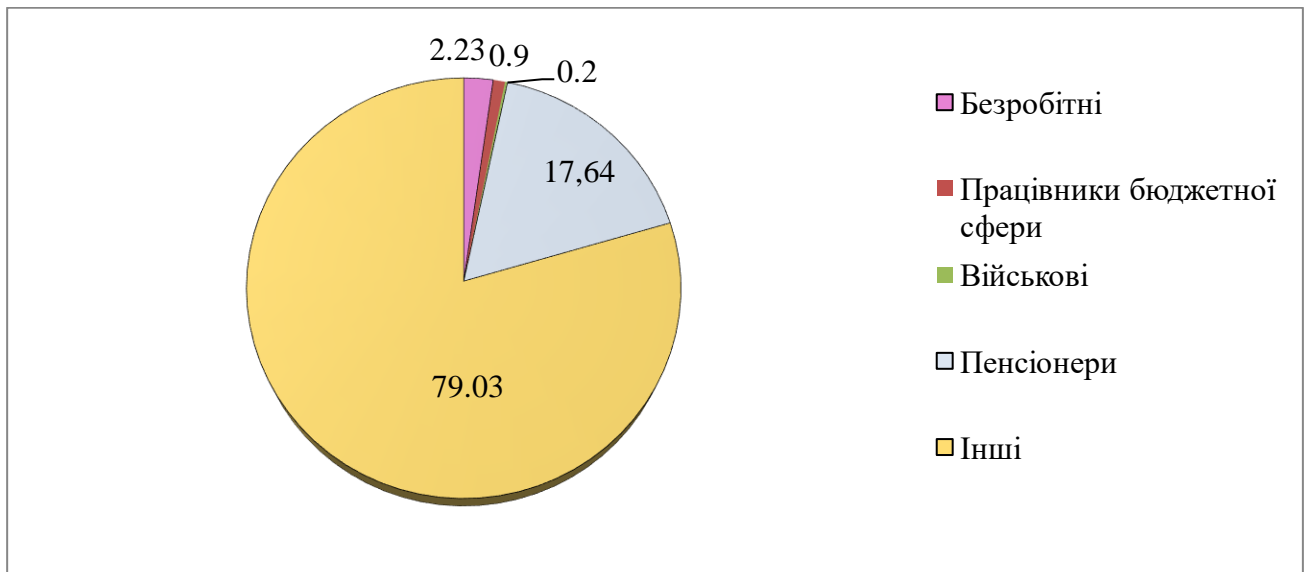


Рис. 4.8. Розподіл звернень громадян до ДОЗ Чернівецької ОДА за соціальним станом авторів звернень (у відсотках)

Встановлено, що ДОЗ Чернівецької ОДА визначається структура звернень громадян у розрізі їх категорій. Дані за 2015-2022 роки представлено на рис. 4.9.

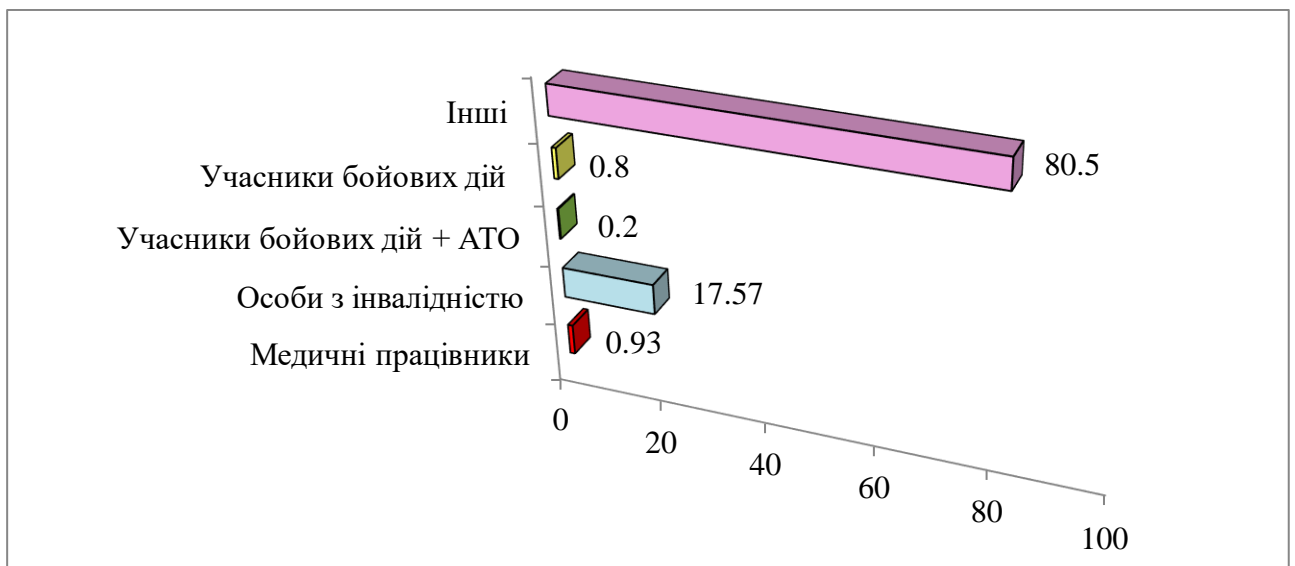


Рис. 4.9. Розподіл звернень громадян до ДОЗ Чернівецької ОДА за категоріями авторів звернень (у відсотках)

Індивідуальних звернень надійшло до ДОЗ Чернівецької ОДА 5 514 (96,91%); колективних – 152 (2,67%) та анонімних – 24 (0,42%) (рис. 4.10).

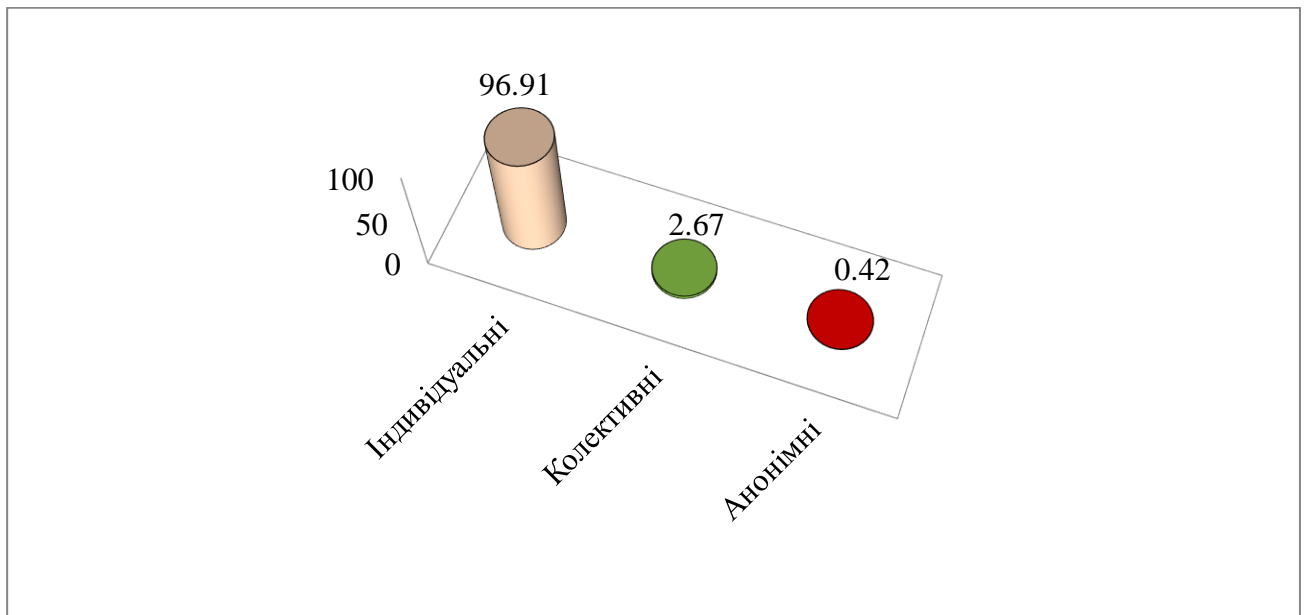


Рис. 4.10. Розподіл звернень громадян до ДОЗ Чернівецької ОДА за суб'єктом звернень (у відсотках)

Аналіз звернень за ознакою надходження від різних інституцій представлено на рисунку 4.11. Найбільше надійшло звернень від органів влади – 82,16%; особисто звернулося 16,26% та 1,58% склали запити від прокуратури.

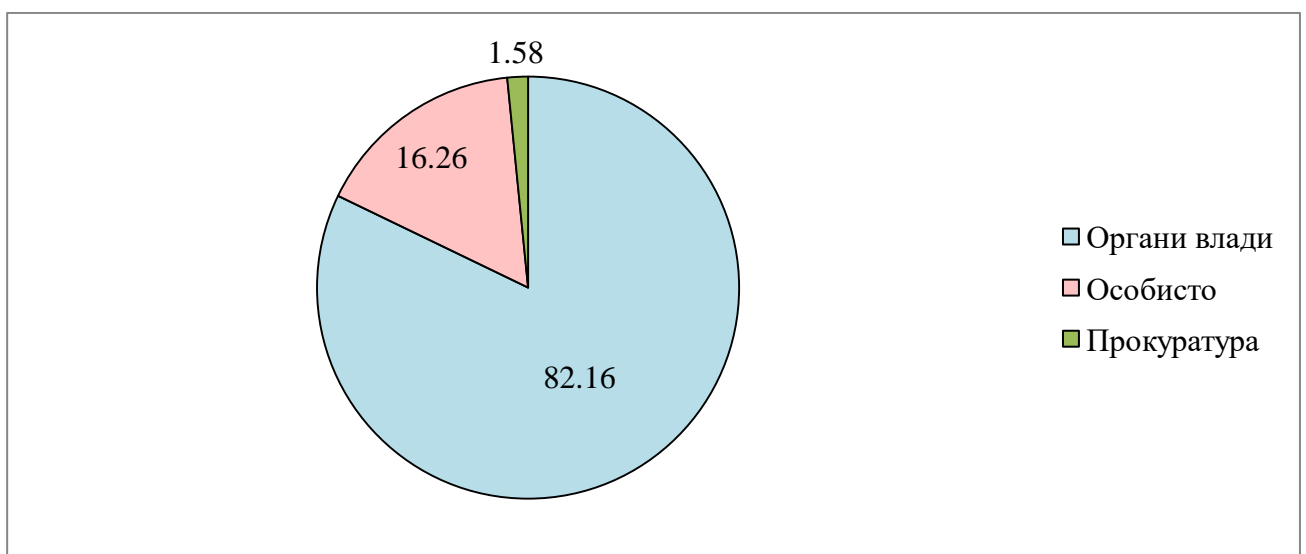


Рис. 4.11. Розподіл звернень громадян до ДОЗ Чернівецької ОДА за ознакою надходження від різних інституцій (у відсотках)

Звернення громадян протягом досліджуваного періоду (2015-2022 рр.) розглянуто у терміни відповідно до законодавства (рис 4.12):

- до 15 днів – 3 524 звернення (61,9% від загальної кількості звернень, що розглянуто);

- до 30 днів – 1 576 звернення (27,7 %);

- до 45 днів – 483 звернення (8,5 %).

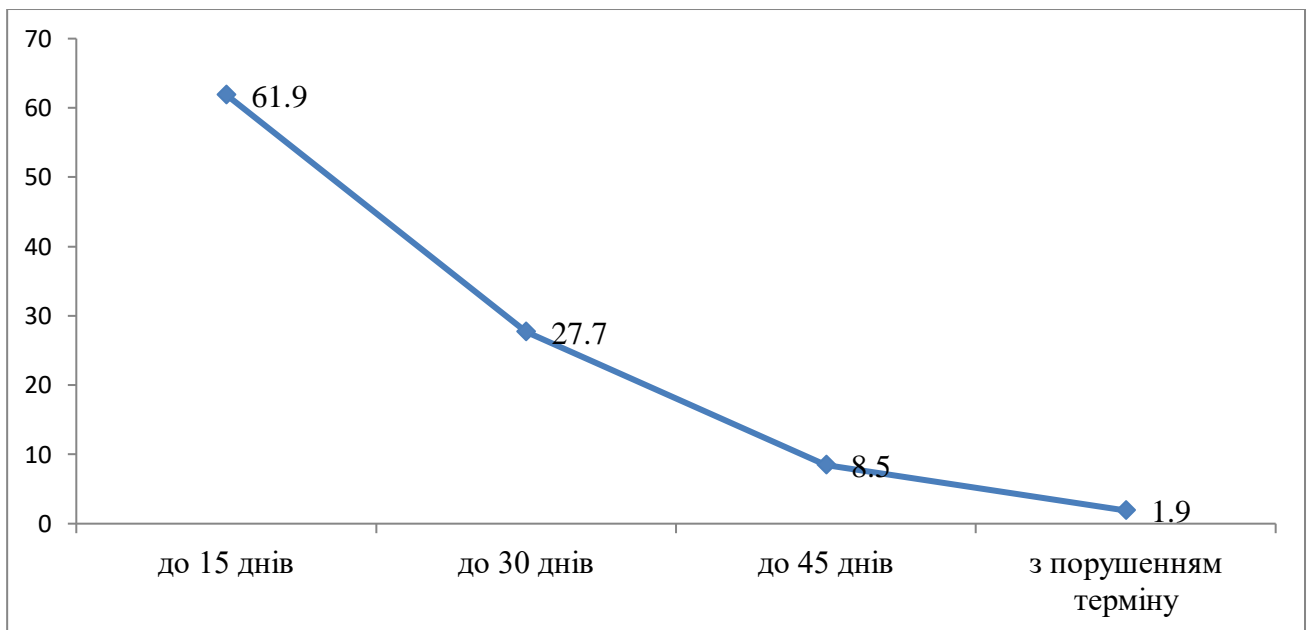


Рис. 4.12. Терміни розгляду звернень громадян до ДОЗ Чернівецької ОДА за 2015-2022 рр. (у відсотках)

Порушення термінів відбулося лише в 107 випадках (1,9 %).

Звернення громадян, які не потребували додаткового вивчення та перевірки, розглядалися й вирішувалися у термін не більше п'ятнадцяти днів від дня їх надходження. Спеціально визначеним підрозділом при ДОЗ Чернівецької ОДА по роботі зі зверненнями громадян постійно ведеться моніторинг термінів виконання звернень. Постійно проводиться роз'яснювальна робота щодо термінів виконання та дотримання вимог законодавства щодо звернень громадян.



Аналіз письмових звернень громадян до ДОЗ Чернівецької ОДА за змістом основних питань за 2015-2022 роки показав, що структура звернень за рейтинговими позиціями практично не відрізняється від структури звернень, які надходять до МОЗ України з усіх регіонів. Кількісні значення звернень представлені в таблиці 4.10.

Як видно з таблиці, найбільший відсоток скарг громадяни висувають щодо надання медичної допомоги, при чому показники змінюються хвилеподібно з найнижчими величинами у 2016 (46,8%) та найвищими у 2015 (65,7%) та 2022 (57,5%) роках. Також високі показники спостерігаються щодо скарг про забезпечення ліками та виробами медичного призначення і коливаються від 24,2% до 35,6%. Актуальності набули питання неправомірних дій медпрацівників, частка яких зросла (0,2-1,0%), та грубого, формального ставлення до пацієнтів, рідних (0,2-1,3%). Питання направлення на МСЕК, ЛКК займали 5,1-11,4% в структурі. Особливу увагу звернули на себе питання надання медичної допомоги при COVID-19, виокремлені в самостійну позицію, які зайняли в структурі звернень у 2021 році 8,7%, під час піку епідемії, з поступовим зменшенням у 2022 році.

Таблиця 4.10

Результати аналізу письмових звернень громадян до ДОЗ Чернівецької ОДА  
за змістом основних питань за 2015-2022 роки

Основні причини звернень	Роки /абс./%															
	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Про надання медичної допомоги	402	65,7	144	46,8	589	55,2	562	57,0	380	52,3	389	54,3	446	52,3	538	57,5
З питань направлення на ЛКК, МСЕК	43	7,2	35	11,4	98	9,2	54	5,5	37	5,1	44	6,1	57	6,7	62	6,6
Про неправомірні дії медичних працівників	3	0,5	2	0,7	3	0,3	2	0,2	4	0,6	6	0,8	7	0,8	9	1,0
З питань санаторно-курортного лікування	4	0,7	6	2,0	8	0,7	3	0,3	6	0,8	5	0,7	2	0,2	4	0,4
Про санепідеміологічне забезпечення населення	2	0,3	4	1,3	3	0,3	5	0,5	4	0,6	9	1,3	11	1,3	8	0,9
У зв'язку зі смертю пацієнтів	3	0,5	2	0,7	4	0,4	2	0,2	3	0,4	1	0,1	4	0,5	2	0,2
Про подяку медичним працівникам	2	0,3	1	0,3	3	0,3	1	0,1	4	0,6	3	0,4	2	0,2	2	0,2

## Продовження таблиці 4.10

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>
Про забезпечення ліками та виробами медичного призначення	148	24,2	106	34,4	347	32,5	351	35,6	239	33,0	210	29,3	232	27,4	243	26,0
Про грубе, формальне ставлення до пацієнтів, рідних	2	0,3	4	1,3	3	0,3	2	0,2	5	0,7	6	0,8	5	0,6	6	0,6
Факти корупції	2	0,3	4	1,3	7	0,6	4	0,4	8	1,2	3	0,4	8	0,9	6	0,6
Питання COVID-19	-	-	-	-	-	-	-	-	34	4,7	42	5,8	73	8,7	54	5,8
Про закриття ЗОЗ	-	-	-	-	2	0,2	-	-	-	-	-	-	3	0,4	2	0,2
<b>Усього</b>	<b>612</b>	<b>100,0</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>	<b>1067</b>	<b>100,0</b>	<b>986</b>	<b>100,0</b>	<b>724</b>	<b>100,0</b>	<b>718</b>	<b>100,0</b>	<b>850</b>	<b>100,0</b>	<b>936</b>	<b>100,0</b>

За період дослідження (2015-2022 рр.) у ДОЗ Чернівецької ОДА розглянуто 5 690 звернень (рис. 4.13).

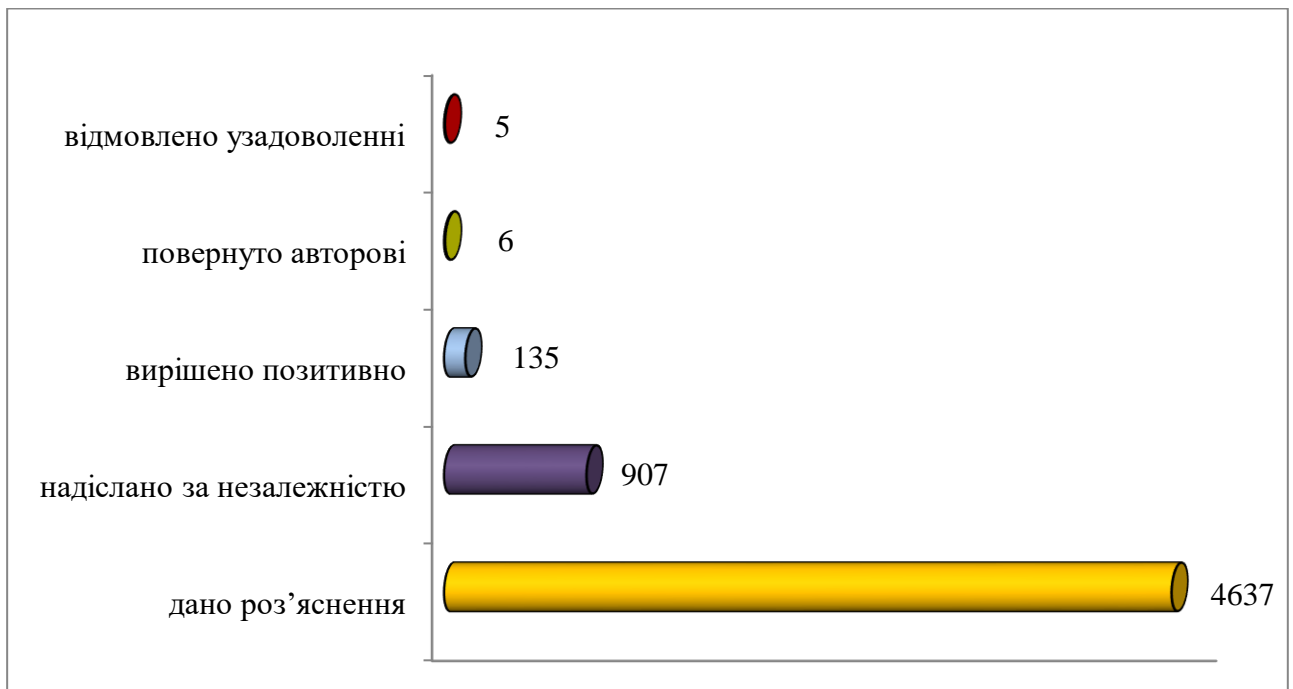


Рис.4.13. Результати розгляду звернень громадян, які надійшли до ДОЗ Чернівецької ОДА за 2015-2022 роки (у відсотках)

За результатами розгляду, зокрема:

- дано роз'яснення – 4637 (81,5%);
- надіслано за належністю – 907 (15,94%);
- вирішено позитивно – 135 (2,37%);
- повернуто авторові – 6 (0,11%);
- відмовлено у задоволенні – 5 (0,08%).

Звернення, які були повернуті авторові, були вирішено по суті і надано ґрунтовні відповіді раніше, а також не розглядалися за проханням заявників.

Робота зі зверненнями громадян, питання організації та вдосконалення процесу роботи із цими зверненнями, забезпечення реалізації конституційного права громадян на письмові звернення та особистий прийом, а також контроль за недопущенням надання неоднозначних, необґрунтованих або неповних

відповідей із порушенням строків, передбачених законодавством, перебувають під постійним наглядом керівництва департаменту охорони здоров'я Чернівецької ОДА. Найбільшу кількість звернень громадян зазвичай розглядається та вирішується структурними підрозділами ДОЗ Чернівецької ОДА відповідно до змісту звернень.

Отже, більшість звернень населення розглядається в ДОЗ Чернівецької ОДА. Майже у 6 разів збільшилось вирішення звернень від населення порівняно з 2015 роком і майже в 2 рази зменшилась кількість звернень, які перенаправлялись для роз'яснення й вирішення в місцеві органи влади. Суттєво не змінилася ситуація з перенаправленням скарг від громадян у інші відомства, що свідчить про різнонаправленість звернень і питань, які виникають у населення. Також у 2022 році суттєво зменшилась (практично у 2 рази) кількість звернень, які перебувають у стадії розгляду порівняно з 2015-2021 рр.

Аналізуючи звернення населення та способи їх вирішення протягом останніх десяти років, видно, що найбільша кількість звернень від громадян надійшла в 2017 році, що найімовірніше пов'язано з остаточним реформуванням первинної ланки системи охорони здоров'я в Україні. Також високі показники щодо звернень спостерігалися у 2020-2021 рр., що найлогічніше пов'язати з пандемією COVID-19 (переповненість лікарень, висока ступінь захворюваності та смертності не тільки серед пацієнтів, але й медичних працівників та ін.). Низька кількість звернень у 2022 році скоріше за все пов'язана з тим, що деякі державні органи в зв'язку з введенням воєнного стану призупинили надання відповідей на звернення та запити громадян на публічну інформацію, що не стосуються воєнного стану, військової діяльності, надання медичної допомоги, евакуації населення тощо.

Також, згідно з даними, найбільший відсоток вирішених тим чи іншим способом порушених у зверненнях питань (дано роз'яснення, позитивно вирішено або відхилено на рівні ДОЗ Чернівецької ОДА або місцевих органів влади) відзначалося у 2015-2016 рр., що напевне пов'язано ще тільки з початком реформування та неповною комплектацією кадрами відповідних

відділів системи охорони здоров'я в Україні. Найнижчий показник розглянутих звернень спостерігався у 2021 році, що найімовірніше пов'язано з високою захворюваністю серед медичних працівників (мутація вірусу COVID-19, постковідні ускладнення, тощо).

Виконуючи основні вимоги Закону України [221], з метою оперативного вирішення питань, порушених у зверненнях, задоволення законних вимог заявників, забезпечено їх своєчасний, об'єктивний і всебічний розгляд та заявникам надаються обґрунтовані письмові відповіді в установлені законодавством строки.

З метою забезпечення інформованості громадськості про стан роботи зі зверненнями громадян на офіційному веб-порталі облдержадміністрації у розділі «Звернення громадян» <https://bukoda.gov.ua/gromadyanam/zvernennya-gromadyan> щоквартально оприлюднюються узагальнені відомості про організацію роботи зі зверненнями громадян, а також розміщено контактні дані, як громадянину звернутися до Чернівецької облдержадміністрації, графіки особистого прийому громадян та проведення прямих телефонних ліній керівництвом облдержадміністрації тощо. У блоці новин веб-порталу облдержадміністрації <https://bukoda.gov.ua> постійно розміщуються інформаційні повідомлення, які стосуються роботи зі зверненнями громадян.

Інформування громадськості також здійснюється через друковані та електронні засоби масової інформації, зокрема на сторінці фейсбука <https://www.facebook.com/bukmedcvua>.

Протягом 2015-2022 р. організовано та проведено 42 брифінги та прес-конференції керівництва обласної державної адміністрації та керівників структурних підрозділів облдержадміністрації з актуальних питань життєдіяльності області.

Виявлено, що впродовж 2015-2022 рр. спостерігалось зростання числа звернень з приводу конфліктів у системі «лікар – пацієнт» та звернень громадян до різних інстанцій з приводу неправомірних дій медичних працівників під час виконання ними своїх професійних обов'язків (0,2-1,3%).

Аналіз звернень з приводу незадоволеності медичним обслуговуванням є невідкладним пріоритетом для постачальників медичних послуг та дослідників.

Аналізом теоретичних джерел в розділі 1 дисертації показано, що все частіше пацієнти можуть надати справжні дані щодо низки питань стосовно медичного обслуговування, які виявлено проблеми в догляді за пацієнтами (наприклад, медичні помилки, порушення клінічних стандартів, погана комунікація). Пацієнти є цінним джерелом даних із багатьох причин:

- по-перше, пацієнти та їхні сім'ї разом спостерігають за величезною кількістю точок доступу в медичних закладах;

- по-друге, вони мають привілейований доступ до інформації про безперервність лікування, невдач у спілкуванні, проблем гідності і догляді, орієнтованому на пацієнта;

- по-третє, після завершення лікування вони мають більше свободи висловлюватися, ніж персонал;

- по-четверте, вони знаходяться поза організацією, тим самим забезпечуючи незалежну оцінку, що відображає норми та очікування суспільства.

Більше того, пацієнти та члени їхніх сімей фільтрують дані та пишуть скарги лише тоді, коли перевищено поріг незадоволеності.

Громадян, які подають звернення і висловлюють претензії з приводу незадоволеності якістю медичної допомоги або несприятливого наслідку її надання, запрошують до ДОЗ Чернівецької ОДА для з'ясування суті висновків за розглядами несприятливого випадку, з приводу якого було звернення. Відбувається зустріч заявників з лікарями, де сторони намагаються примирити.

Таким чином, Департамент охорони здоров'я є третьою стороною, посередником при розв'язанні конфліктів між пацієнтами або їхніми родичами та лікарями.

За результатами проведення моніторингових візитів до закладів охорони здоров'я Чернівецької області, обраних базами дослідження, було виявлено такі тенденції в роботі зі зверненнями громадян:

- у 5-ти із 8-ми досліджуваних закладів відсутні нормативно-правові документи щодо роботи зі зверненням громадян, а саме:

1. Закон України «Про звернення громадян».

2. Указ Президента України «Про першочергові заходи щодо забезпечення реалізації та гарантування конституційного права на звернення до органів державної влади та органів місцевого самоврядування» № 109 від 07.02.2008 р.

3. Інструкція з діловодства за зверненнями громадян в органах державної влади і місцевого самоврядування, об'єднаннях громадян, на підприємствах, в установах, організаціях незалежно від форм власності, в засобах масової інформації [222];

- у 6-ти із 8-ми медичних закладів відсутні інформаційні плакати з контактами, за якими громадянам можна звернутися для консультації чи подання звернення до адміністрації медичної установи чи на Гарячу лінію ДОЗ Чернівецької ОДА;

- при аналізі статутів тільки в одному із 8-ми закладів присутній розділ щодо організації роботи зі зверненням громадян;

- аналіз планів роботи закладів та їх виконання показав, що лише в 3-х із 8-ми закладів передбачено розгляд питань щодо звернень громадян;

- у протоколах медичних рад лише 4-х із 8-ми установ є відомості про розгляд звернень громадян;

- у п'яти закладах працівники реєстратури зазначали, що не знають про правильність подання скарги або звернення щодо медичних послуг;

- лише в двох закладах відбувається реєстрація звернень, що надходять через телефонний дзвінок безпосередньо у медичний заклад, в усіх інших випадках такі звернення не фіксуються;

- інструкція з реагування на скарги наявна лише у одному закладі. У решті випадків працівники діють відповідно до відомої їм (але ніде не зафіксованої) процедури опрацювання звернень. Інші опитані працівники (лікарі, медичні сестри) не змогли назвати відповідно до якого документа



(порядку, закону, постанови) вони діють при отриманні звернення. Як правило, інформацію про скаргу передають представнику керівництва медичного закладу – медичному директору, головному лікарю, його заступникам, завідувачу, медичним статистикам, які визначають відповідальних за розгляд;

- у 6-ти із 8-ми закладів охорони здоров'я, наказом по установі не призначено відповідальну особу за роботу зі зверненнями громадян;

- у 5-ти закладах звернення вносять у журнал реєстрації, і лише в одному випадку цей журнал є електронним, у двох установах звернення взагалі не реєструються;

- у 4-х із 8-ми закладів немає затвердженого наказу по установі щодо Порядку розгляду письмових звернень громадян, який має бути розроблений відповідно затверджених нормативно-правових актів України [223];

- 3 із 8-ми медичних закладів користуються в роботі Класифікатором звернень громадян;

- 4 медичні заклади подають щоквартальні звіти у ДОЗ, які узагальнюють інформацію, внесену в журнал реєстрації, при цьому узагальнення даних відбувається «вручну»;

- більшість закладів (6 із 8) не проводять аналіз звернень, окрім щоквартальних звітів, згаданих вище; тільки в трьох закладах керівники зазначили, що регулярно обговорюють зміст звернень на щотижневих нарадах, розглядають нові звернення в усній формі для категоризації скарг за темами та визначення основних проблемних питань, що потребують негайного вирішення;

- моніторингові спостереження за результатами структурованого аналізу веб-сайтів досліджуваних медичних закладів щодо відгуків (позитивні/негативні) пацієнтів щодо отримання якісної кваліфікованої медичної допомоги дозволили зробити наступні узагальнення: всього проаналізовано 180 відгуків: з них негативних 86 (47,8%) та 94 (52,2%) – позитивних; негативні відгуки пацієнтів стосувалися наступних питань: часу

очікування; санітарного стану медичного закладу; некоректної поведінки медичних працівників; хабарництва та доступності медичної допомоги;

- на сайтах досліджуваних закладів відсутні: графік особистого прийому громадян; бланк електронного звернення громадян; аналітичні довідки; моніторинг (відгуки громадян) щодо задоволеності результатом розгляду звернень.

#### Висновки до Розділу 4

1. Визначено, що в Україні чисельність звернень громадян з питань, пов'язаних із взаємодією з медичною системою, зросла з 2013 по 2022 рік на 24,0%. Це свідчить про посилення процесів демократизації суспільства, доступність для дописувачів інформаційного поля та їх активність в ньому, з одного боку, а з іншого – про зростання проблем, які не попереджаються на місцях, та про наявність умов, в яких вони виникають і розвиваються, викликаючи незадоволеність потреб споживачів у медичній допомозі та медичному обслуговуванні, особливо серед найменш соціально захищених контингентів населення.

2. Показано, що в Україні функціонує структурована за рівнями владна система забезпечення звернень громадян. З метою відстоювання своїх конституційно закріплених прав на медичну допомогу та охорону здоров'я громадяни активно звертаються до різних владних інституцій – до Верховної ради України, Офісу Президента України, Кабінету Міністрів України, безпосередньо до МОЗ України, до НСЗУ, до інших установ і організацій. Використовуються різні канали для звернень: Урядовий контактний центр України; телефонна «гаряча лінія» МОЗ України; електронне листування; безпосередні звернення.

3. Аналіз структури звернень громадян до МОЗ України за причинами засвідчив, що найбільша їх кількість (23,4 на 100 тис. нас. у 2013 р., 32,1 на 100

тис. нас. в 2018 р. та 21,4 на 100 тис. нас. в 2022 р.) стосувалася питань надання медичної допомоги. Провідні місця в структурі звернень, з певними коливаннями відносних показників за окремі роки, стабільно посідали кадрові питання (відповідно 14,6, 17,6 та 10,4 на 100 тис. нас.), направлення на МСЕК та ЛКК (відповідно 12,9, 11,5 та 6,5 на 100 тис. нас.). Характерно, що кількість звернень з приводу забезпечення ліками та виробами медичного призначення не тільки залишались на провідних місцях в структурі звернень (6,6, 5,4 та 7,6 на 100 тис. нас.), але й зростала, а з приводу неправомірних дій медичних працівників (відповідно 7,7, 8,5, та 7,63 на 100 тис. нас.) відрізнялась незначними коливаннями за досліджувані роки й не мала тенденції до зниження.

4. Виявлено, що кількість скарг в структурі звернень громадян помітно зменшилась (9,65% в 2013 році до 4,0% в 2022 році). Переважали заяви/клопотання (відповідно 88,55% та 91,5%), решта приходилася на пропозиції/зауваження. Незважаючи на зміни в структурі, в ній стійко утримувались звернення, які по суті були викликані або порушенням прав і захисту законних інтересів громадян в сфері охорони здоров'я (скарги) або порушеннями чинного законодавства чи недоліками в діяльності підприємств, установ, організацій (клопотання, заява).

5. Виявлено, що з початком функціонування Національної служби здоров'я України саме в цій структурі акумулюються звернення, пов'язані з незадоволеністю громадян якістю медичної допомоги, зокрема, низькою фінансовою її доступністю, що проявляється в відмові забезпеченості громадян лікарськими засобами на пільгових умовах, відмовами в наданні/безоплатному наданні медичних послуг із гарантованих НСЗУ пакетів, вимаганні коштів у громадян на лікування в закладах охорони здоров'я.

6. Показано, що засади державної політики щодо права громадян на звернення, зокрема, з питань охорони здоров'я та медичної допомоги, реалізуються на рівні органів регіональної влади. Так, робота Департаменту охорони здоров'я Чернівецької обласної державної адміністрації за цим

напрямом формалізована управлінськими рішеннями керівника, структурована за функціями між відділами, забезпечена відповідальною особою для реагування на звернення та контролю за своєчасністю реагування на них. Доступні громадянам різні канали подання звернень до органів регіональної влади.

7. Виявлено, що структура звернень жителів Чернівецької області з питань охорони здоров'я та медичного обслуговування за рейтинговими позиціями подібна до структури звернень громадян до МОЗ України. Найбільший відсоток звернень в структурі займали питання надання медичної допомоги (65,7% у 2015 р., 46,8% у 2016 р., 57,5% у 2022 р.), забезпечення ліками та виробами медичного призначення (24,2%-35,6%), направлення на МСЕК, ЛКК (5,1-11,4%), надання медичної допомоги в піковий період епідемії COVID-19 у 2021 році (8,7%). Зросла частка звернень з приводу неправомірних дій медпрацівників (0,2-1,0%), грубого, формального ставлення медичних працівників до пацієнтів, рідних (0,2-1,3%).

8. Доведено, що значний обсяг роботи органів державної та регіональної влади в системі забезпечення конституційного права громадян на звернення обумовлений недоліками в діяльності безпосередніх надавачів медичної допомоги – закладів охорони здоров'я Чернівецької області. Це підтверджено даними про обмежене використання в більшості досліджуваних закладів нормативно-правових документів з питань звернень громадян, каналів зворотного зв'язку з пацієнтами та їх родинами, порушення в процедурах реєстрації та реагування на звернення, відсутність статутно закріплених зобов'язань закладів щодо роботи зі зверненнями громадян та офіційно призначених осіб, відповідальних за роботу зі зверненням громадян. Не в кожному закладі проводиться моніторинг звернень та реагування на них, а також аналіз структури та динаміки статистичних даних, що відображають звернення.

*Матеріали даного розділу представлені в наступних публікаціях автора [224,225,226,227].*

## РОЗДІЛ 5

### АНАЛІЗ ПРИЧИН ВИНИКНЕННЯ КОНФЛІКТІВ ТА ТЕХНОЛОГІЙ УПРАВЛІННЯ КОНФЛІКТАМИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

5.1. Управлінські підходи до профілактики та вирішення конфліктів в закладах охорони здоров'я

Як показали результати теоретичного дослідження, колектив – це динамічна система, в якій відбувається формування і розподіл ролей, вимоги до діяльності, панування певних думок, оцінок, формування норм поведінки членів групи, які впливають один на одного. Взаємини підлеглих з керівником, психологічний клімат, правила поведінки в колективі, культура міжособистих стосунків працівників залежать, зокрема, від корпоративної культури, вимоги до якої встановлюють менеджери.

Кожен керівник розуміє, що задоволеність пацієнтів і відвідувачів, їх бажання повернутися і стати постійними клієнтами багато в чому залежить не тільки від професійності лікаря та його помічників, але й від загального враження від злагодженості в роботі всього колективу та міжособистісних взаємовідносин в ньому.

Враховуючи, що на сьогодні лікуванням пацієнта займається група фахівців, особливого значення набуває взаємодія в команді, яка залежить від організаційних, ситуаційних та особистісних чинників [228, 229].

Запобігання, врегулювання та вирішення конфліктів в закладі охорони здоров'я має велике значення як в морально-етичному та юридичному аспекті, так і з огляду на збереження фізичного та психічного здоров'я співробітників, пацієнтів та їх родичів [230, 231, 232].

З метою виявлення причин конфліктної поведінки, дослідження технологій регулювання та форм вирішення конфліктів в закладі охорони

здоров'я, відповідно до чергового завдання дослідження, проведено анкетне анонімне опитування серед обраних цільових груп (керівники закладів охорони здоров'я, медичні директори, завідувачі відділень), які висловили свою думку із зазначеної проблеми.

Слід зазначити, що при розробці опитувальника для керівників було враховано, що керівник в умовах конфлікту може відігравати не менше двох ролей: або прямого учасника конфлікту або посередника в конфлікті двох сторін, не менш як одна з яких представляє підпорядкований заклад.

Проаналізувавши соціально-демографічні дані (статеві, вікові характеристики, місце проживання, спеціальність) 92 респондентів, які були учасниками соціологічного дослідження, отримано наступні результати:

- 1) серед 92 анкет 41,3% належали чоловікам та 58,7% – жінкам;
- 2) за віковими показниками відібрані анкети опитаних розподілилися таким чином: 8,7% опитаних – віком до 35 років; 52,2% – 36-55 років; 39,1% – 56 років і старше (рис. 5.1);

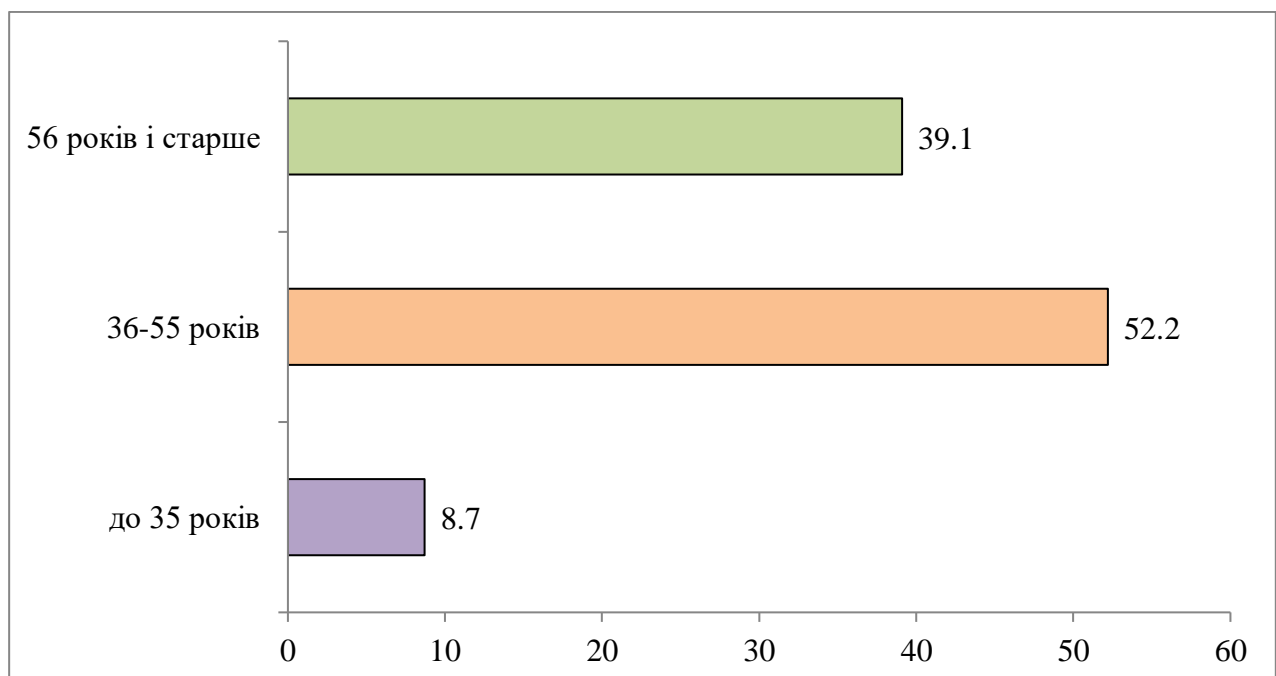


Рис. 5.1. Розподіл респондентів за віком (у відсотках)

3) за місцем проживання 58,7% респондентів мешкають в місті, а 41,3% – в сільській місцевості (рис. 5.2);

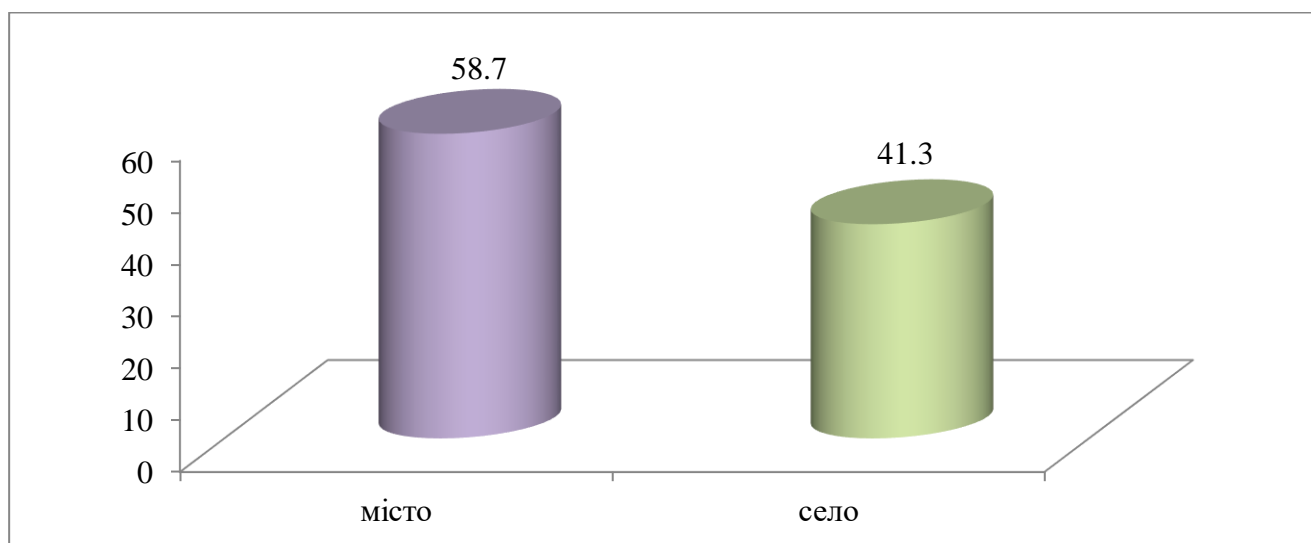


Рис. 5.2. Розподіл респондентів за місцем проживання (у відсотках)

4) розподіл респондентів за посадами та віком був наступним (рис. 5.3):

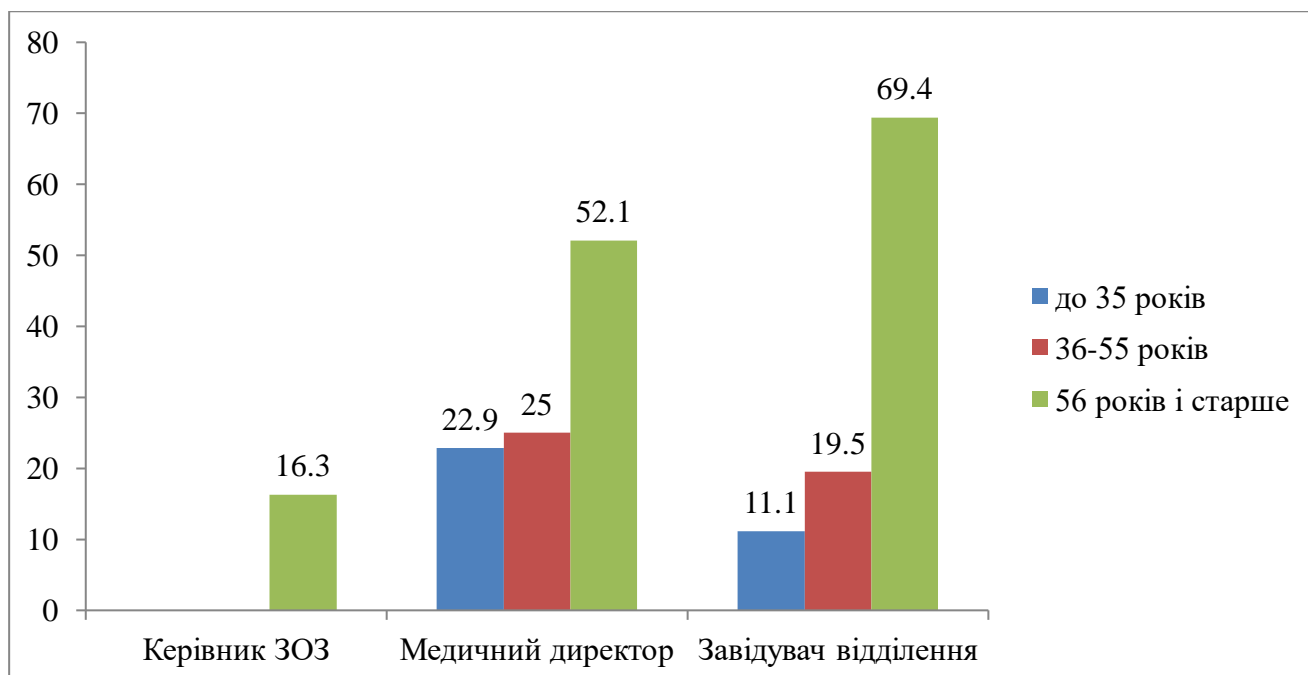


Рис. 5.3. Розподіл респондентів за посадами та віком (у відсотках)

керівників медичного закладу – 16,3%, усі були старше 56 років; медичних директорів – 20,6%, з них 22,9% віком до 35 років, 25,0% – віком 36-55 років, 52,1% – віком 56 років і старше; завідувачів відділень – 63,1%, з них 11,1% віком до 35 років, 19,5% – віком 36-55 років, 69,4% – віком 56 років і старше.

5) 54,3% опитаних працювали в лікарняних, а 45,7% – в амбулаторно-поліклінічних закладах. Серед керівників амбулаторно-поліклінічних закладів 57,1% опитаних мали вік до 35 років, в той час коли респонденти більш старших вікових груп працювали в більшій кількості в лікарнях (56,3% опитаних віком 36-55 років та 55,6% опитаних віком 56 років і старше (рис. 5.4).

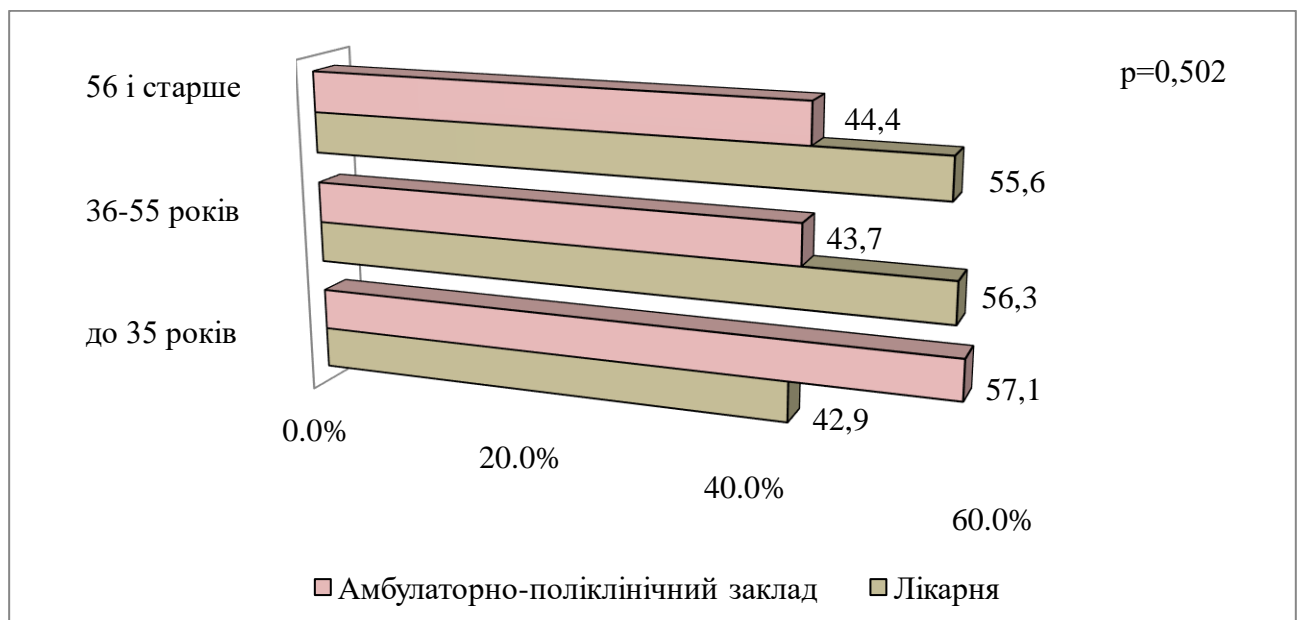


Рис. 5.4. Розподіл респондентів за віком та місцем роботи (у відсотках)

На запитання «Як часто виникають конфлікти в Вашому колективі?» респонденти в залежності від вікових категорій відповіли наступне:

- до 35 років: часто – 12,5%; іноді – 25,0%; рідко – 37,5%; постійно – 25,0%;

- 36-55 років: часто – 27,1%; іноді – 33,3%; рідко – 25,0%; постійно – 14,6%;



- 56 років і старше: часто – 41,7%; іноді – 30,6%; рідко – 22,1%; постійно – 5,6% (рис. 5.5).

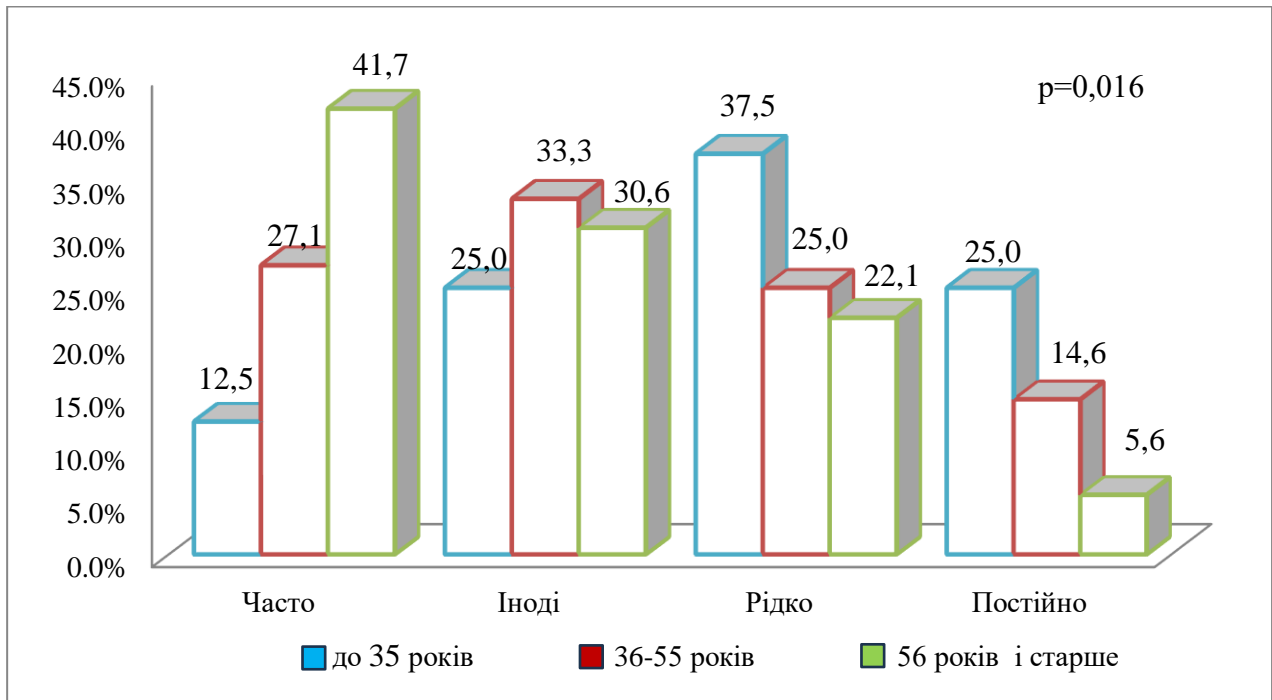


Рис. 5.5. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Як часто виникають конфлікти в Вашому колективі?» (у відсотках)

Отже, оцінка частоти конфліктів респондентами різнилась, однак спільним було те, що кожен респондент підтвердив їх наявність в підпорядкованому колективі. Це вказало на проблему, яка є характерною для колективу, але вчасно не попереджається, і може впливати, таким чином, на якість роботи та взаємовідносини в закладі охорони здоров'я.

Різноманітність відповідей можна пояснити або недостатнім досвідом молодих керівників з розпізнавання ознак конфлікту, або небажанням втручатися внаслідок побоювання неспроможності його вирішити в зв'язку з тим же браком досвіду вирішення конфлікту. Така позиція небезпечна тим, що «непомічений» конфлікт все ж таки з часом розгорнеться і зачіпатиме більш широку сферу трудових відносин, ніж це могло б статися при своєчасному активному внеску керівника у врегулювання та вирішення конфлікту.

Відповіді на запитання «Чи приймали Ви участь в конфліктній ситуації?» відповіді респондентів розподілились наступним чином:

- до 35 років: активно приймали участь – 37,5%; не приймали участь – 25,0%; пасивно спостерігали – 37,5%;

- 36-55 років: активно приймали участь – 58,3%; не приймали участь – 25,0%; пасивно спостерігали – 16,7%;

- 56 років і старше: активно приймали участь – 52,8%; не приймали участь – 22,1%; пасивно спостерігали – 25,1% (рис. 5.6).

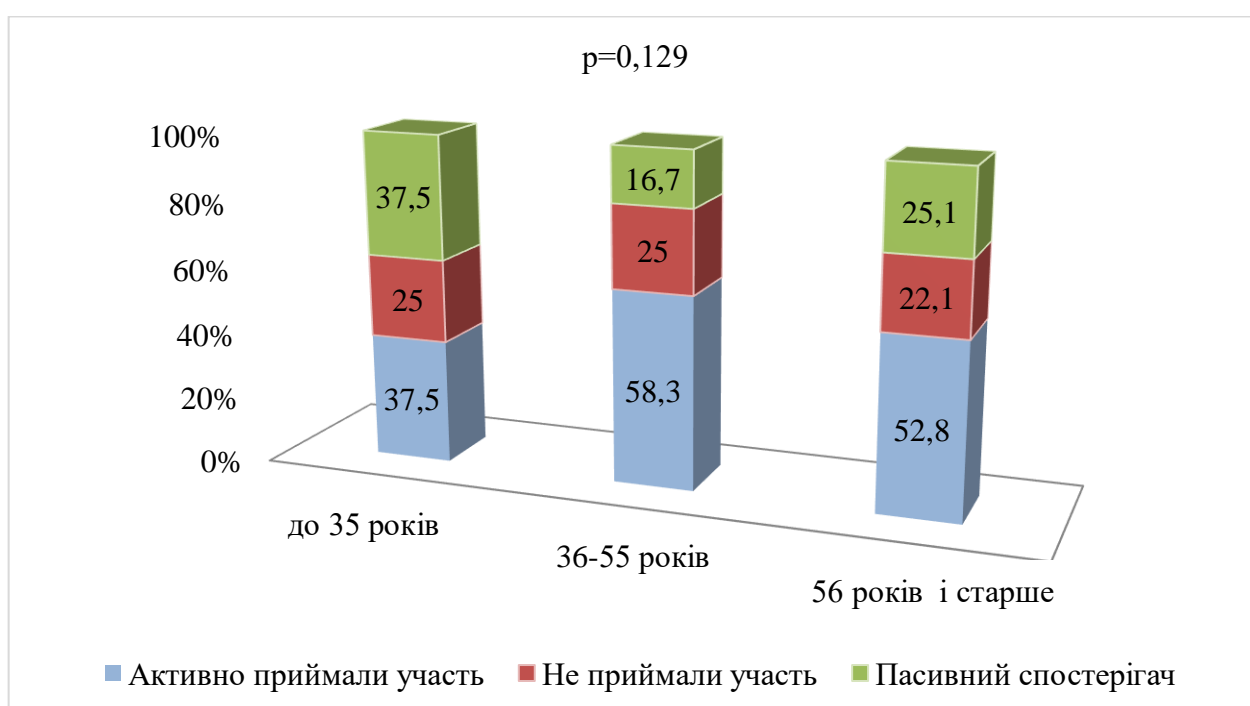


Рис. 5.6. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Чи приймали Ви участь у конфліктній ситуації?» (у відсотках)

Результати відповідей доводять, що найбільш активно приймають участь у конфлікті особи вікових категорій 36-55 років та 56 років і старше (52,8-58,3% відповідей), а особи вікової категорії до 35 років доволі часто є пасивними спостерігачами (37,5%) та не приймають участь у конфліктах (25,0%), що перебивається з відповідями про обізнаність молодих керівників про частоту конфліктів в їх колективах. Ігнорування конфліктів керівниками свідчить про

недостатню контрольованість ними конфліктів, оскільки практикується пасивне спостереження замість прийняття управлінських заходів з врегулювання та вирішення конфлікту.

На запитання анкети «Що частіше всього для Вас є причиною конфлікту в колективі?» респонденти відповіли наступне (рис. 5.7):

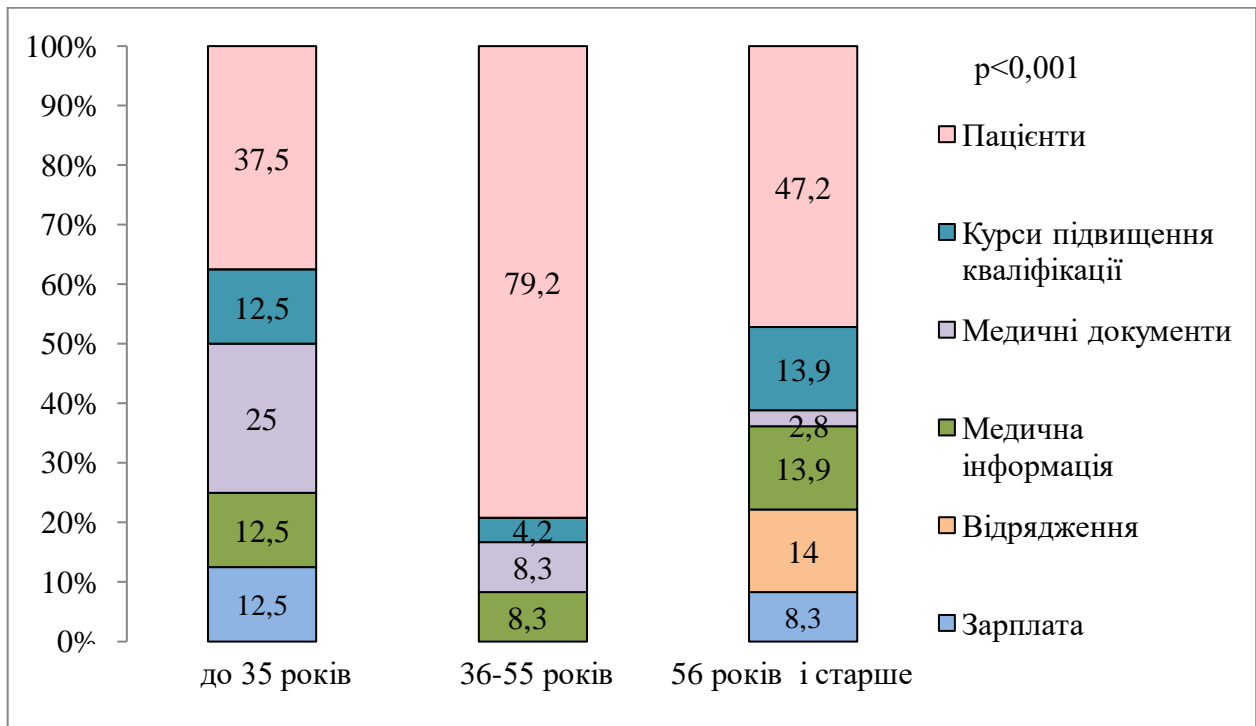


Рис. 5.7. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Що частіше всього для Вас є причиною конфлікту в колективі?» (у відсотках)

- 37,5% опитуваних віком до 35 років зазначили, що частими причинами конфліктів в колективі є конфлікти, пов'язані з пацієнтами, а 25,0% відповіли, що конфлікти пов'язані з веденням медичних документів; однаковий відсоток респондентів (12,5%) зазначили, що конфліктують із-за зарплати, медичної інформації та підвищення кваліфікації підлеглих;

- категорія керівників віком 36-55 років в 79,2% відповідей повідомили, що конфлікти виникають через пацієнтів; однакова кількість респондентів

відповіли, що причинами конфліктів є медичні документи та медична інформація (8,3%) і тільки 4,2% – підвищення кваліфікації працівників;

- 47,2% респондентів віком 56 років і старше вбачають у причинах конфліктів пацієнтів; із-за питань, пов'язаних з відрядженнями, медичною інформацією та підвищенням кваліфікації конфлікти виникають на думку 13,9% керівників, а з причин, пов'язаних з веденням медичних документів – 2,8% опитаних.

Отже, отримані дані щодо причин конфліктів, які трапляються в професійній діяльності опитаних керівників, за 37,5-79,2% відповідей свідчать, що найчастіше вони виникають внаслідок конфліктних ситуацій з пацієнтами. Такі результати прямо вказують на недоопрацювання керівниками питань управління кадрами щодо формування й підтримки компетентностей працівників у побудові конструктивних відносин з споживачами медичної послуги, тобто, тих осіб, на яких спрямована основна діяльність закладу охорони здоров'я. Водночас не можна ігнорувати такі причини конфліктів, як невідповідне ведення медичних документів, рівень заробітної плати та підвищення кваліфікації працівників, які зачіпають як особистісні інтереси працівника, так і інтереси закладу охорони здоров'я.

Аналіз відповідей на запитання «Стараєтесь Ви в будь-якому випадку конфліктної ситуації довести свою правоту?» розподілився наступним чином:

- у віковій категорії до 35 років 50,0% опитаних йде на компроміс; 37,5% - взагалі не конфліктує, а 12,5% постійно доводить свою правоту під час конфліктної ситуації;

- у віковій категорії 36-55 років 37,5% керівників постійно доводять свою правоту; 35,4% – йдуть на компроміс та 27,1% – взагалі не конфліктують;

- у категорії 56 років і старше по 33,4% респондентів постійно доводять свою правоту, йдуть на компроміс або не конфліктують взагалі (рис. 5.8).

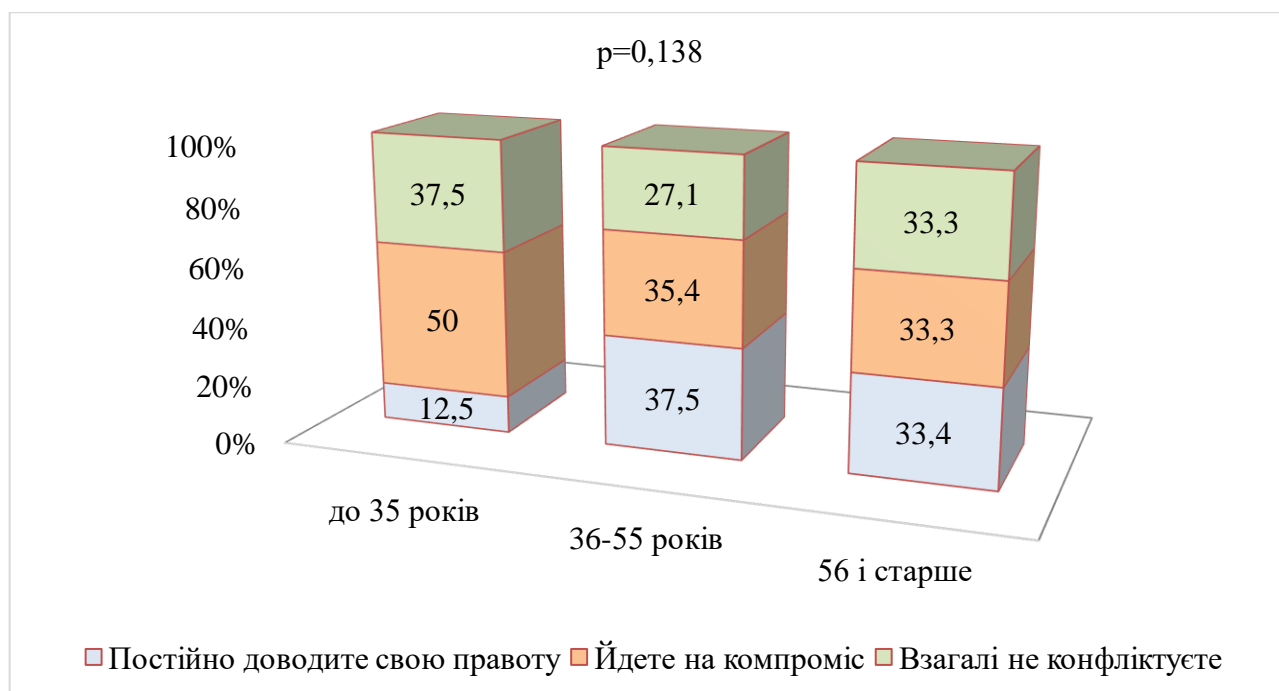


Рис. 5.8. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Стараєтесь Ви в будь-якому випадку конфліктної ситуації довести свою правоту?» (у відсотках)

Отримані результати показують, що лише 33,4-50,0% керівників застосовують конструктивні форми участі та вирішення конфлікту. Вираження емоцій високої інтенсивності, а саме постійно доводити свою правоту під час конфлікту, може створювати серйозні перешкоди в розвитку комунікації між учасниками конфлікту: керівником - лікарем, керівником - пацієнтом, що призведе до дестабілізуючого, деструктивного впливу на всіх учасників конфлікту та на ситуацію в цілому. Водночас повна байдужість до участі в конфлікті свідчить про низький рівень розвитку соціально-психологічних компетентностей керівників для розв'язання проблем у відносинах між учасниками конфлікту. Такий керівник демонструє не бажання вникати в проблему та уникнути відповідальності за її вирішення.

На запитання анкети «Чи спроможні Ви прийняти сторону опонента в разі його обґрунтованої позиції в конфлікті?» відповіді респондентів наступні (рис. 5.9):

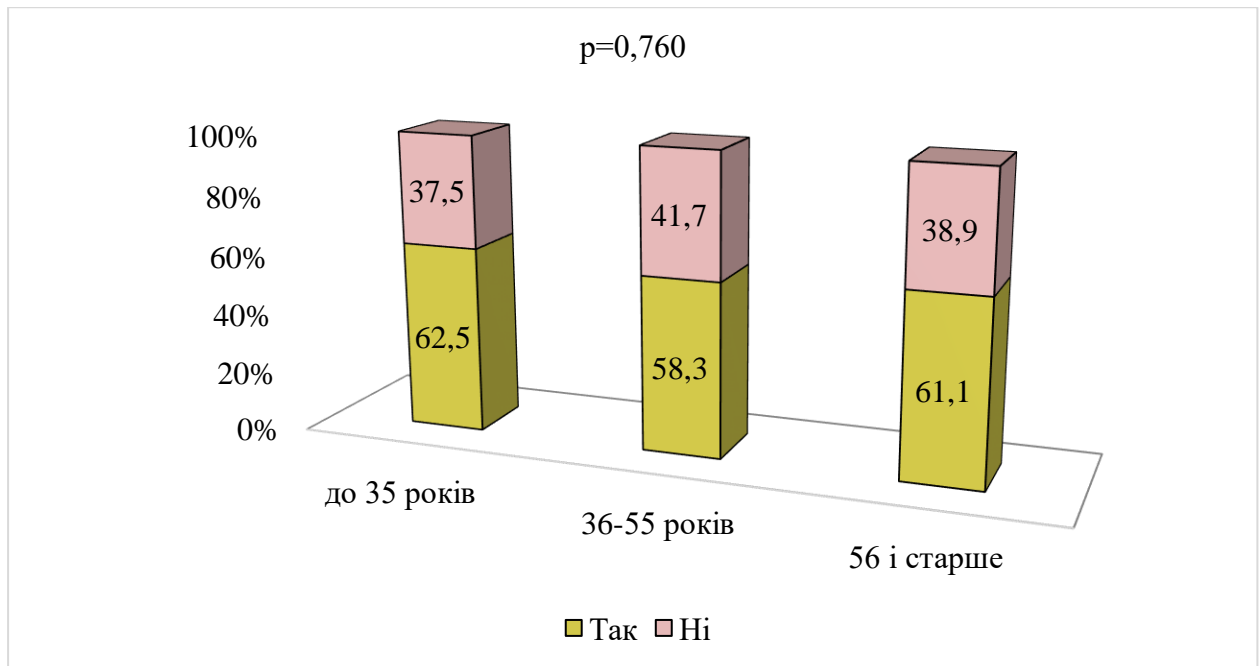


Рис. 5.9. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Чи спроможні Ви прийняти сторону опонента в разі його обґрунтованої позиції в конфлікті?» (у відсотках)

- особи віком до 35 років відповіли «так» у 62,5% відповідей; «ні» – в 37,5%;
- 36-55 років – «так» – 58,3%; «ні» – 41,7%;
- категорія 56 років і старше – «так» – 61,1%; «ні» – 38,9%.

Тобто, більша частина респондентів схильна об'єктивно поставитись до конфліктної ситуації і поступитись власною думкою за наявності безперечних доказів правоти іншої сторони. Однак значна частка керівників – від 37,5% до 41,7% – неспроможна погодитись з опонентом, навіть коли позиція останнього обґрунтована, що свідчить про неспроможність частини респондентів до переорієнтації власної поведінки, а отже, демонструє їх внутрішні проблеми, які можуть стати на заваді вирішення організаційного конфлікту.

Метою наступного запитання було з'ясувати у респондентів «Чи можливо, на Вашу думку, вирішити конфлікт, не попираючи права і почуття гідності всіх учасників конфлікту?».

Варіанти відповідей респондентами розподілилися наступним чином: до 35 років: «так» – 12,5%; «ні» – 87,5%; 36-55 років: «так» – 41,7%; «ні» – 58,3%; 56 років і старше: «так» – 33,3%; «ні» – 66,7% (рис. 5.10).

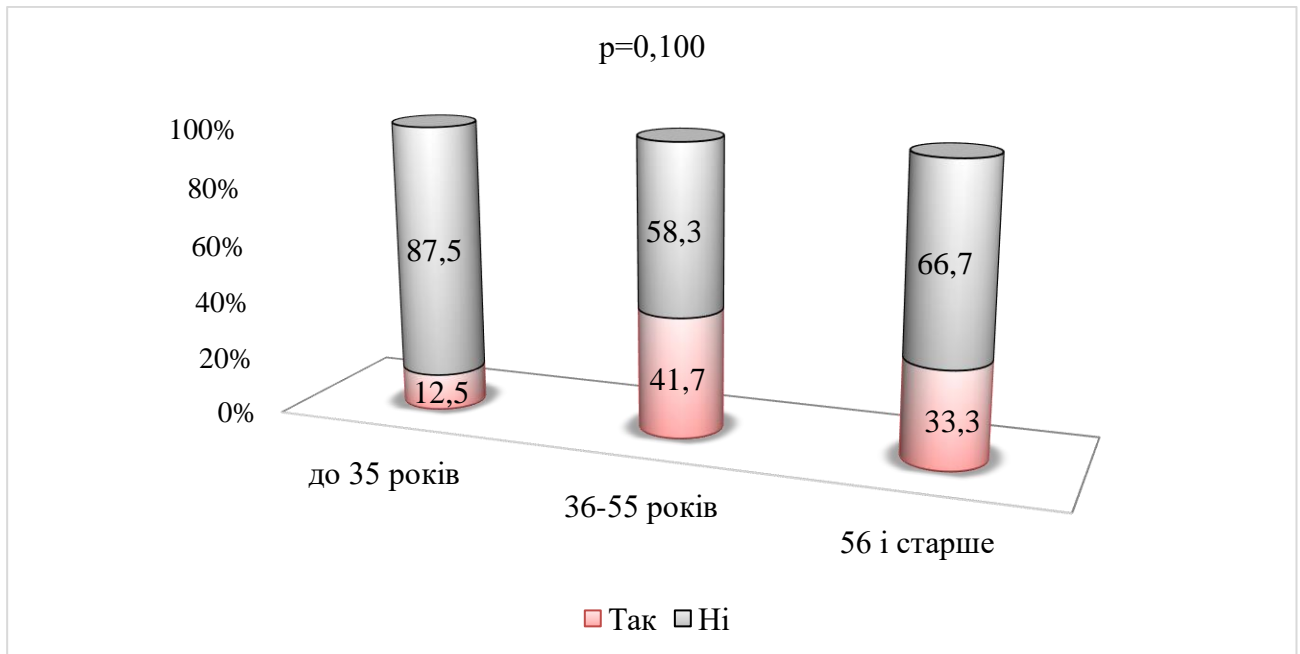


Рис. 5.10. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Чи можливо, на Вашу думку, вирішити конфлікт, не попираючи права і почуття гідності всіх учасників конфлікту?» (у відсотках)

Аналіз результатів показує, що від 58,0% до 88,0% керівників вважають, що неможливо вирішити конфлікт, не попираючи права і почуття гідності всіх учасників конфлікту, і лише 13,0%-42,0% вважають, що це цілком можливо. Такий результат підтвердив некомпетентність значної частини керівників щодо застосування соціально-психологічних технологій врегулювання конфлікту та обрання найбільш конструктивних форм його вирішення.

Наступне запитання анкети було сформовано таким чином: «Що заважає Вам вирішувати конфлікт з користю для обох сторін?».

Вікова категорія до 35 років вважає, що перешкодою у вирішенні конфлікту стають: небажання програвати (62,5% відповідей) та бажання

довести свою правоту (37,5% відповідей); 36-55 років: небажання програвати (41,7% відповідей); бажання довести свою правоту (33,3% відповідей) та егоїзм (25,0% відповідей); 56 років і старше – небажання програвати (52,8% відповідей) і майже однаковий відсоток відповідей бажання довести свою правоту (25,0% відповідей) та егоїзм (22,2% відповідей) ( рис. 5.11).

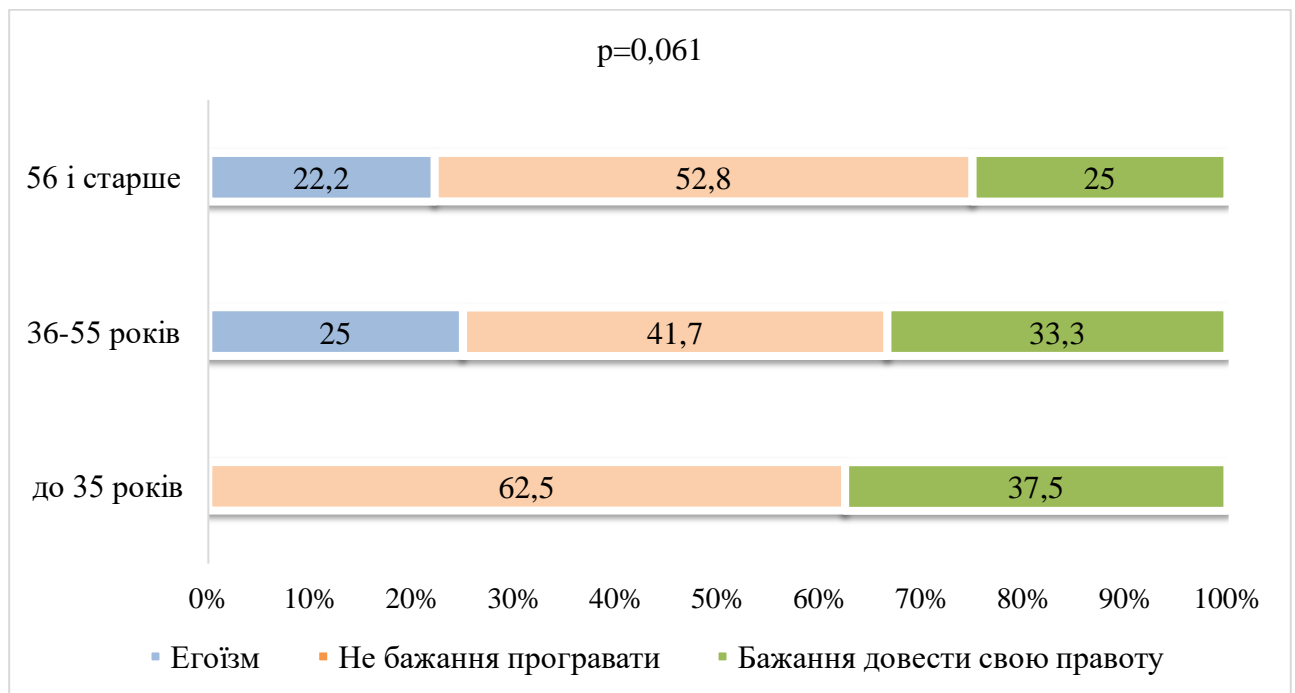


Рис. 5.11. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Що заважає Вам вирішувати конфлікт з користю для обох сторін?» (у відсотках)

Отже, на думку 41,7%-62,5% респондентів, конфлікти важко вирішувати з користю для обох сторін внаслідок небажання учасників конфлікту програвати, а за відповідями 25,0-37,5% опитаних – бажання довести свою правоту, 22,2%-25,0% керівників – внаслідок егоїстичних рис характеру учасників конфлікту.

Одержані результати свідчать, що в очолюваних респондентами ЗОЗ недостатньо сформована організаційна культура, оскільки власні егоїстичні вподобання учасників конфлікту, бажання довести свою правоту домінують над відчуттям ділового «кредо» організації та усвідомленням соціальної місії, яку має виконувати колектив. Наявність спільних цілей та цінностей, промоутером



яких має стати керівник, дозволить колективу зрозуміти, як слід поводитися в конфліктних ситуаціях, яку припустиму модель поведінки в колективі можна демонструвати.

На запитання «Яку форму вирішення конфлікту Ви обираєте у випадку розвитку конфлікту?» відповіді були наступні (рис. 5.12):

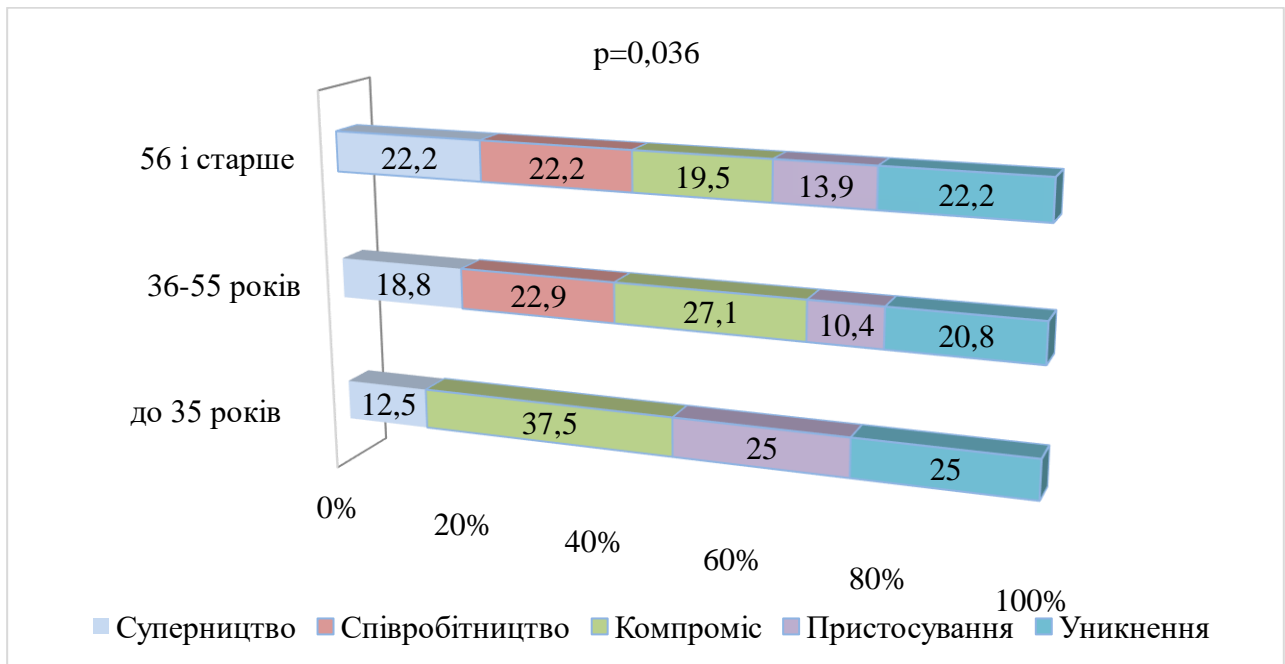


Рис. 5.12. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Яку форму вирішення конфлікту Ви обираєте у випадку розвитку конфлікту?» (у відсотках)

- 37,5% респондентів вікової категорії до 35 років обрали компроміс; пристосування та уникнення по 25,0% та суперництво – 12,5% респондентів;

- 27,1% респондентів вікової категорії 36-55 років також обрали компроміс, 22,9% опитаних цієї вікової групи – співробітництво, 20,8% –уникнення, 18,8% – суперництво, 10,4% – пристосування;

- респонденти вікової категорії 56 років і старше в однаковій кількості відповідей – по 22,2% – зазначили, що на випадок виникнення конфлікту обирають суперництво,

співробітництво та уникнення; дещо менше 19,5% – віддали перевагу компромісу та 13,9% – пристосуванню.

Тобто, частина опитаних керівників у випадку розвитку конфлікту обрали найбільш конструктивну форму його вирішення – співробітництво (22,0-23,0%); компроміс обрали 19,5-37,5% респондентів. Значна частка керівників обрала неефективні форми вирішення – уникнення (21,0-25,0%), коли жодна із сторін не досягає своїх цілей, та суперництво (13,0-22,0%), коли одна із сторін обов’язково програє.

Результати відповідей на це запитання показали, що за таких умов найважчим завданням для керівника є поєднання інтересів лікарів і установи, що потребує використання нових моделей взаємодії у відносинах «лікар-організація-пацієнт» та залучення до управління ЗОЗ фахівців з вирішення конфліктів. Без їх участі важко вирішувати проблеми підвищення якості медичних послуг та здійснювати стратегічне планування й раціональне використання ресурсів.

Аналіз відповідей на запитання «Чи залучали Ви для вирішення конфлікту медіатора?» респонденти до 35 років відповіли у 100% відповідей – «ні»; 36-55 років – у 85,4% «ні», в 14,6% – «так»; 56 років і старше – у 83,3% відповідей – «ні», в 16,7% – «так» (рис. 5.13).

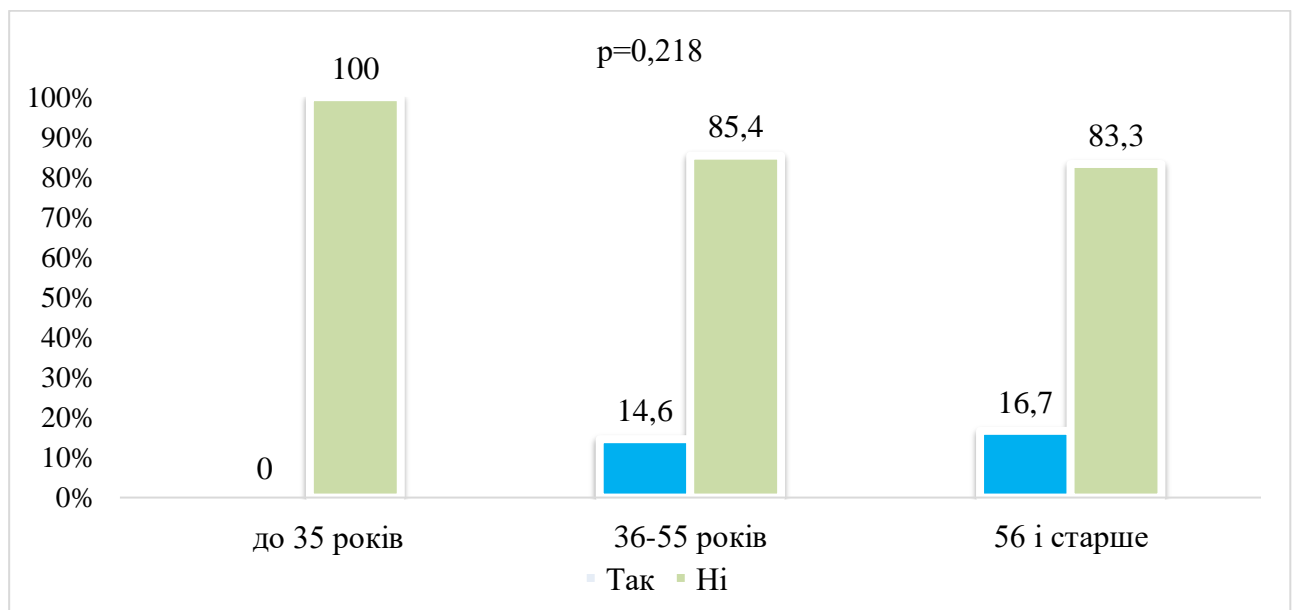


Рис. 5.13. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Чи залучали Ви для вирішення конфлікту медіатора?» (у відсотках)

Отже, відповіді на дане запитання засвідчили, що інститут посередництва не розвинений в закладах охорони здоров'я, тобто, безпосередньо там, де створюються умови й розвиваються конфлікти.

Як встановлено результатами дослідження, сфера медичних послуг має високий рівень конфліктності, який впливає на відносини всередині закладу охорони здоров'я, авторитет установи на зовнішньому ринку та рівень довіри пацієнтів. Недостатність практичного та наукового розроблення альтернативних шляхів вирішення конфліктів, порівняно із судовим розглядом, у сфері медицини майже унеможлиблює їх попередження на ранній стадії або мирне вирішення шляхом проведення переговорів та досягнення взаєморозуміння між пацієнтом і закладом охорони здоров'я, між працівниками, між керівником і колективом. Нині процедура медіації в Україні має законодавче підкріплення, але не адаптована до сфери охорони здоров'я, що підтверджено опитуванням керівників закладів охорони здоров'я.

Метою останнього запитання анкети було з'ясування «Чи потрібно медичним працівникам навчатися вирішувати конфліктні ситуації?» (рис. 5.14).

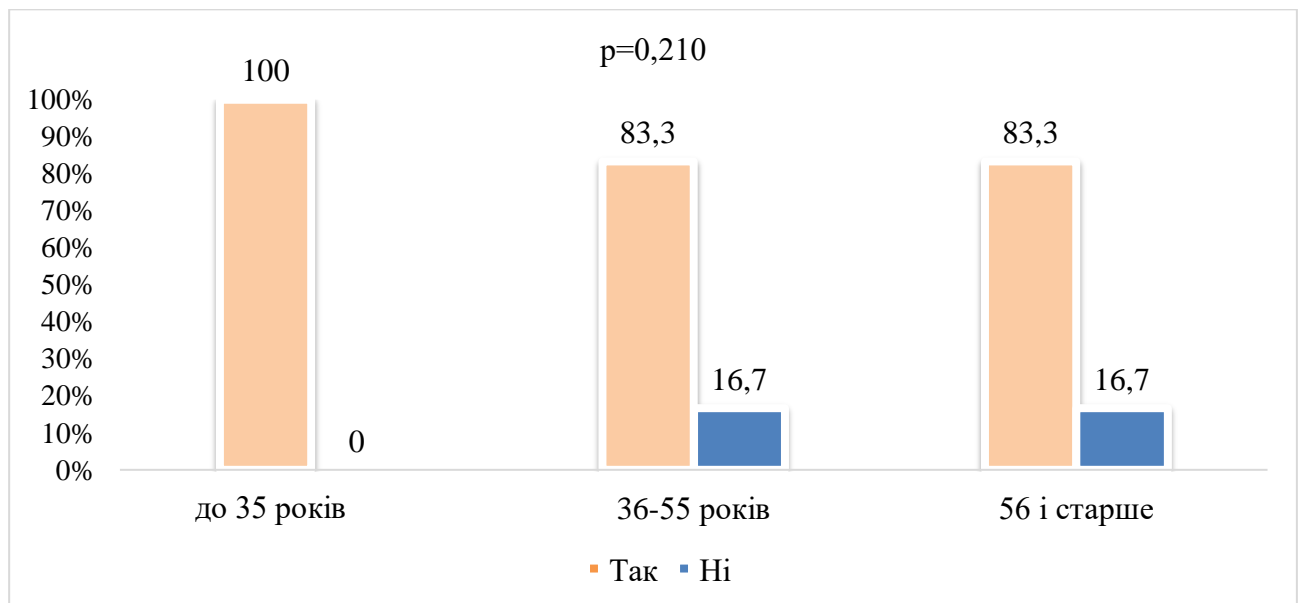


Рис. 5.14. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Чи потрібно медичним працівникам навчатися вирішувати конфліктні ситуації?» (у відсотках)

Варіанти відповідей наступні: 100,0% респондентів вікової категорії до 35 років зазначила, що «так»; 83,3% опитаних у вікових категоріях 36-55 років та 56 років і старше відповіли «так» та 16,7% – «ні».

Таким чином, результати опитування керівників закладів охорони здоров'я довели наявність такого соціального явища в підпорядкованих колективах, як конфлікти, та проблеми управління ними з боку керівників. За підсумком даної частини соціологічного дослідження доведено, що існує необхідність мобілізувати управлінські резерви щодо удосконалення цієї складової менеджменту з метою оволодіння керівниками прогресивних технологій попередження, врегулювання та вирішення конфліктів в закладах охорони здоров'я.

## 5.2. Конфліктні ситуації в закладах охорони здоров'я: погляд пацієнта

Критерій задоволеності пацієнтів отриманою медичною допомогою є достатньо інформативним з позиції управління якістю в охороні здоров'я, оскільки віддзеркалює незалежну думку щодо конкретних і важливих з точки зору пацієнтів очікуваних результатів від отриманої медичної допомоги, безпеки медичних утручань та заходів з організації лікувально-діагностичного процесу [233]. Інформація від пацієнтів є важливою складовою інформаційної підтримки прийняття управлінських рішень керівника з покращення медичного обслуговування населення, яке користується послугами підпорядкованого закладу охорони здоров'я. Як виявлено результатами аналізу звернень громадян, якість медичної допомоги є одним з найважливіших питань, які підіймають в своїх зверненнях до владних органів пацієнти або їх представники.

Критерії задоволеності пацієнта вважаються:

- об'єктивними, оскільки вони вільні від професійної упередженості або відомчої залежності;

- універсальними, тому що можуть бути використані при оцінці діяльності і окремого лікаря, і закладу, і цілих ланок охорони здоров'я, з якими має справу пацієнт;

- багатоаспектними, бо містять в собі показники, які характеризують організацію медичної допомоги, її доступність, якість лікувальних заходів, ефективність профілактичної роботи, етико-деонтологічну сторону професійної підготовки лікаря;

- надзвичайно чутливими, оскільки мають властивість миттєво реагувати майже на всі зміни у процесі надання медичної допомоги.

Надання якісної медичної допомоги є одним із показників відсутності конфліктів між пацієнтом та лікарем, пацієнтом і закладом охорони здоров'я та пацієнтом і медичною системою. Нині медичну допомогу сприймають, як послугу, яку надає заклад охорони здоров'я. Тому цілком логічно, що пацієнт, прийшовши на консультацію або розпочавши лікування, має певні очікування, тобто створює ідеалізований образ лікаря та лікувального процесу загалом в даному закладі охорони здоров'я. Зі свого боку, лікар теж має певні очікування щодо того, як пацієнт має поводитись, як він реагуватиме на запропоноване лікування. Ці уявлення ґрунтуються на життєвому досвіді кожного з них та соціальних нормах. Невідповідність між реальністю та очікуваннями дуже часто стає причиною конфліктів.

Основним завданням дослідження було вивчення задоволеності пацієнтів медичним обслуговуванням, детермінант конфлікту з точки зору пацієнта та його типової поведінки на випадок конфлікту. Дослідження проводили шляхом анкетування (додаток С). У вибірку включено 1 146 осіб – жителів Чернівецької області віком 18 років і старше.

Аналіз соціально-демографічних даних респондентів (статеві, вікові характеристики, місце проживання, спеціальність, показав наступні результати:

1) серед 1 146 анкет 47,5% належали чоловікам та 52,5% – жінкам;

2) за віковими та статевими показниками відібрані анкети опитаних розподілилися таким чином: 23,7% опитаних віком 18-35 років; 40,1% – 36-55 років; 36,2% – 56 років і старше (рис. 5.15);

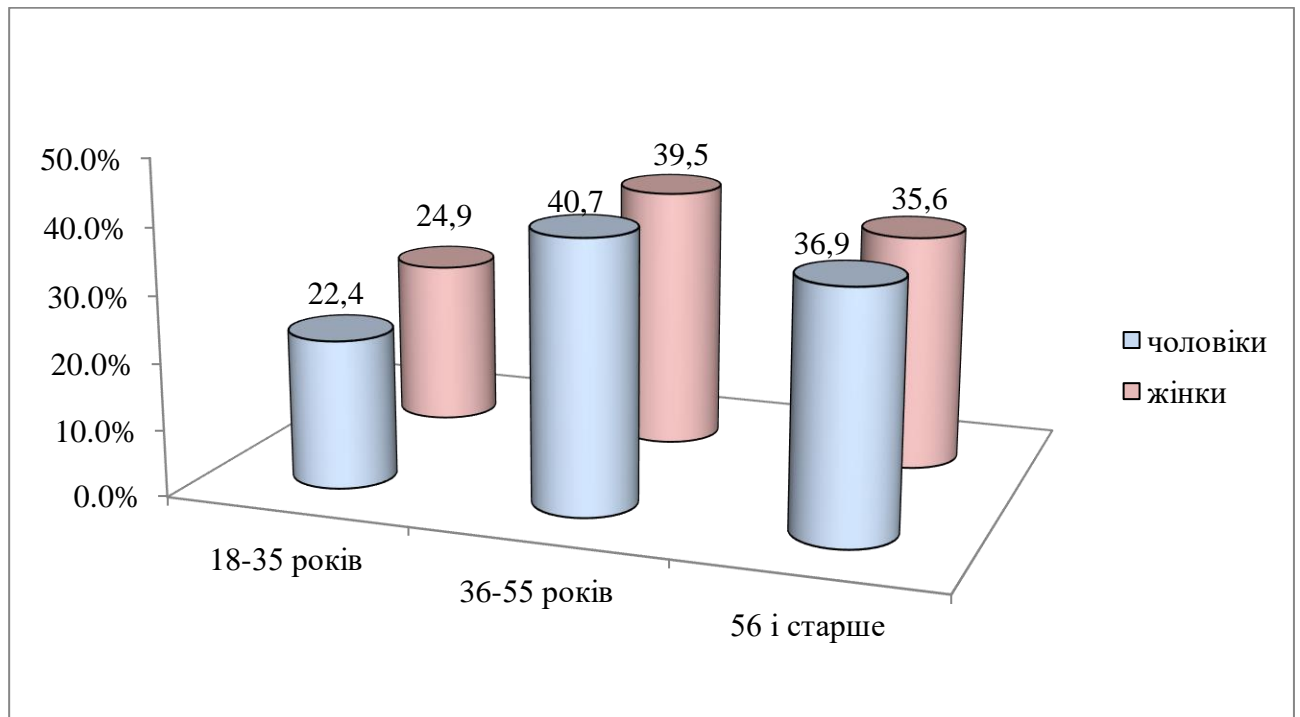


Рис. 5.15. Розподіл респондентів за віком і статтю (у відсотках)

3) за місцем проживання 53,2% респондентів мешкають в місті, а 46,8% – в сільській місцевості, з них:

- чоловіків віком 18-35 років 13,4% – жителі міст, а 9,0% – жителі сільської місцевості; 35-56 років – 20,6% жителі міст, а 20,0% – жителі села; 56 років і старше – 17,8% проживали в місті, а 19,2% – в селі;

- жінок віком 18-35 років 18,8% – жителі міст, а 6,1% – жителі сільської місцевості; 35-56 років – однакова кількість жінок (19,8%) проживали, як в місті так і в селі; 56 років і старше 15,9% жінок мешкали в місті, а 19,6% – в селі (рис. 5.16).

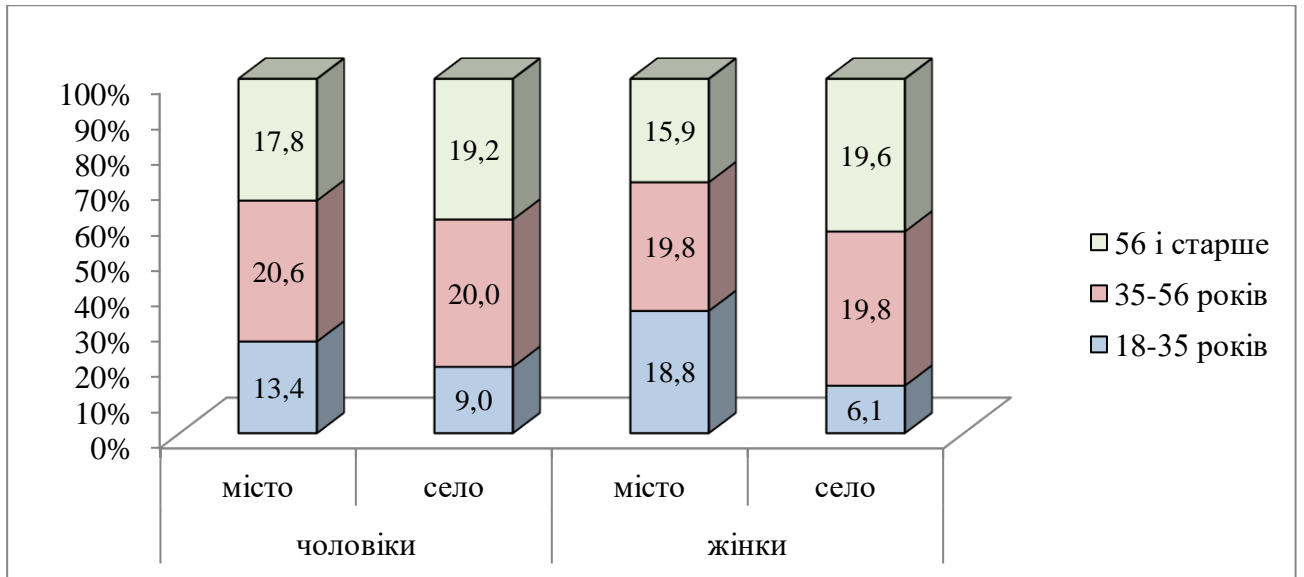


Рис. 5.16. Розподіл респондентів за віком, статтю та місцем проживання (у відсотках)

На запитання анкети «Чи задоволені Ви ставленням до Вас медичного персоналу?» відповіді респондентів були наступні (рис. 5.17):

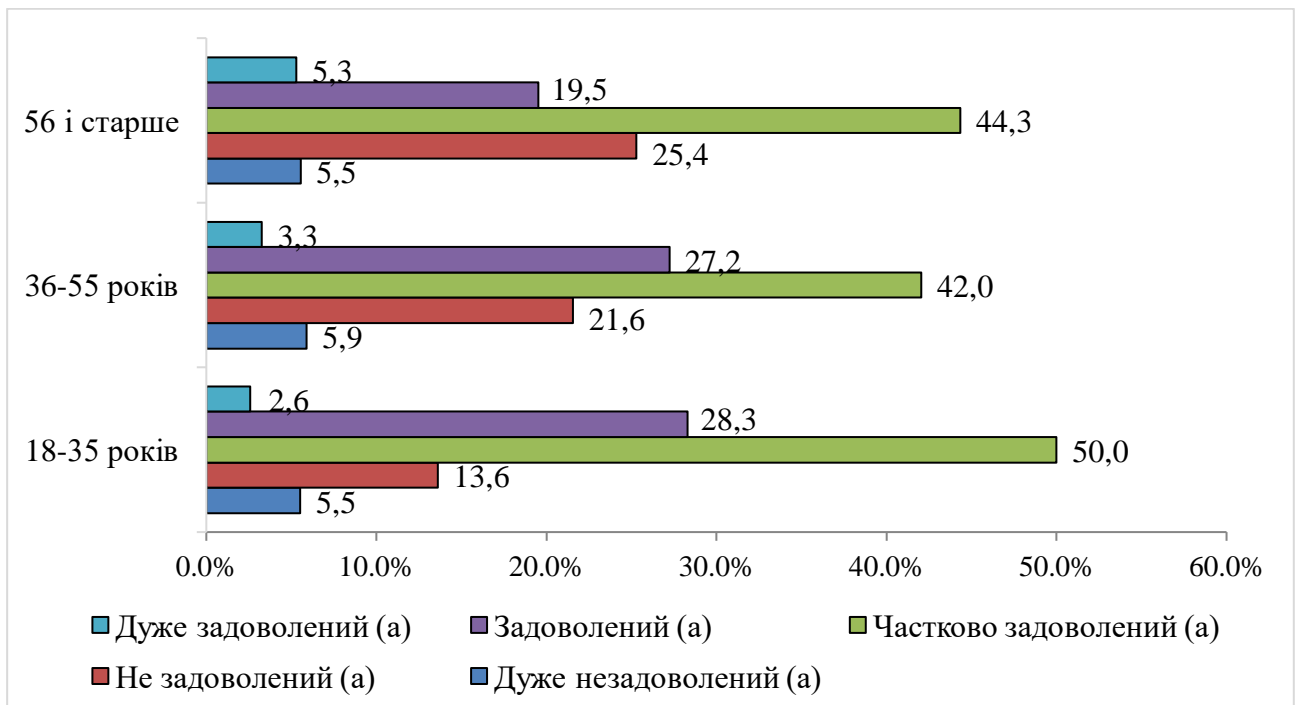


Рис. 5.17. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Чи задоволені Ви ставленням до Вас медичного персоналу?» (у відсотках)

- у віковій категорії 18-35 років: 2,6% – дуже задоволені; 28,3% – задоволені; 50,0% – частково задоволені; 13,6% – не задоволені; 5,5% – дуже незадоволені;

- у віковій категорії 36-55 років: 3,3% – дуже задоволені; 27,2% – задоволені; 42,0% опитаних частково задоволені; 21,6% – не задоволені; 5,9% – дуже незадоволені;

- у віковій категорії 56 років і старше: 5,3% – дуже задоволені; 19,5% – задоволені; 44,3% опитаних частково задоволені; 25,4% – незадоволені; 5,5% – дуже незадоволені.

Аналіз відповідей респондентів показав, що найбільший відсоток опитаних лише частково задоволені ставленням до них медичного персоналу (42,0-50,0%), що в майбутньому може стати індикатором їхньої клієнтської поведінки та вплинути на їхнє користування медичними послугами. Ступінь задоволеності пацієнтів визначається відмінностями між їхніми очікуваннями «ідеальної медичної послуги» та сприйняттям реальної допомоги. У всьому світі споживач медичної допомоги відіграє все більш важливу роль у підвищенні якості системи охорони здоров'я.

На запитання «Скільки часу, зазвичай, Ви проводите в черзі до лікаря?» респонденти зазначили наступне:

- у віковій категорії 18-35 років: 5-10 хвилин – 33,4%; 30-40 хвилин – 40,1%; годину – 14,7%; більше години – 11,8%;

- у віковій категорії 36-55 років: 5-10 хвилин – 23,1%; 30-40 хвилин – 46,2%; годину – 21,3%; більше години – 9,4%;

- у віковій категорії 56 років і старше: 5-10 хвилин – 16,4%; 30-40 хвилин – 42,7%; годину – 29,8%; більше години – 11,1% (рис. 5.18).

Отже, значній частині кожної вікової категорії респондентів приходится очікувати прийому лікаря 30-40 хвилин (40,1-46,2% відповідей), що помітно перевищує норматив (12 хвилин), а отже, не може сприяти задоволеності пацієнтів і може бути ризиком



виникнення конфліктних ситуацій, як між пацієнтами, так і пацієнта з лікарем.

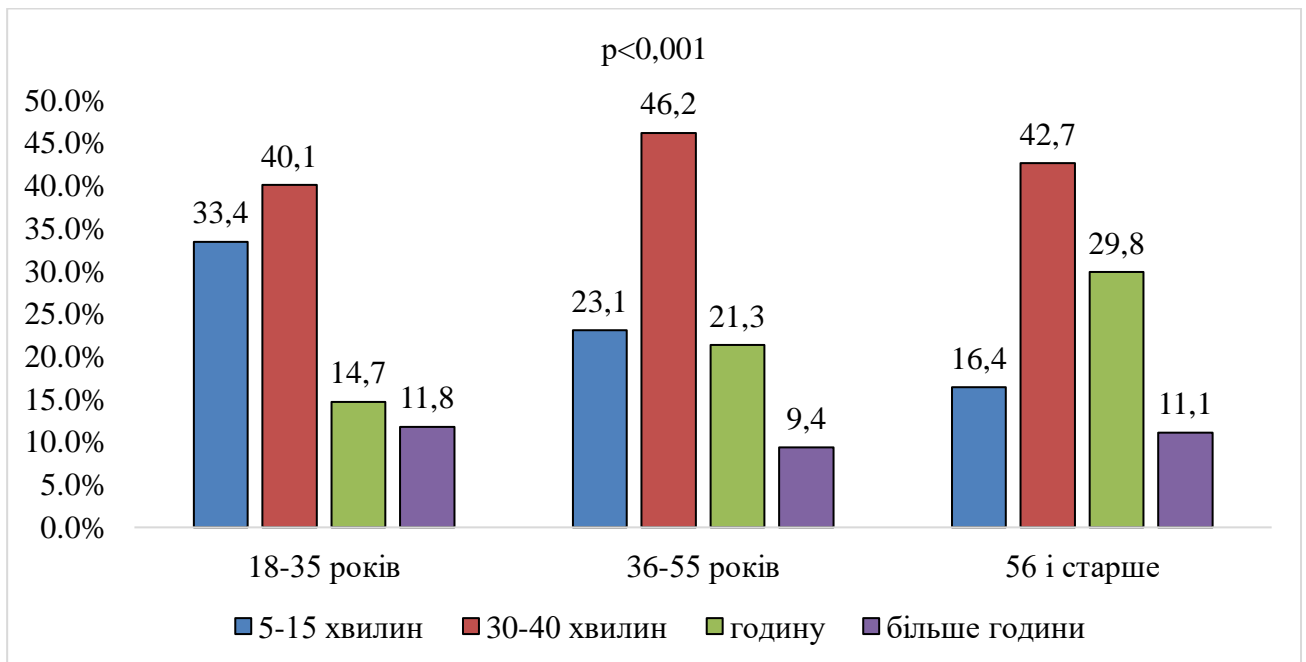


Рис. 5.18. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Скільки часу, зазвичай, Ви проводите в черзі до лікаря?» (у відсотках)

Відповіді опитаних на запитання «Чи задоволені Ви санітарно-гігієнічними умовами в закладі охорони здоров'я?» наступні:

- у віковій категорії 18-35 років: 3,7% – дуже задоволені; 14,7% – задоволені; 45,6% частково задоволені; 25,7% – незадоволені; 10,3% – дуже незадоволені;

- у віковій категорії 36-55 років: 3,3% – дуже задоволені; 16,6% – задоволені; 37,3% частково задоволені; 29,1% – незадоволені; 13,7% – дуже незадоволені;

- у віковій категорії 56 років і старше: 4,8% – дуже задоволені; 14,5% – задоволені; 36,4% опитаних частково задоволені; 29,8% – незадоволені; 14,5% – дуже незадоволені (рис. 5.19).

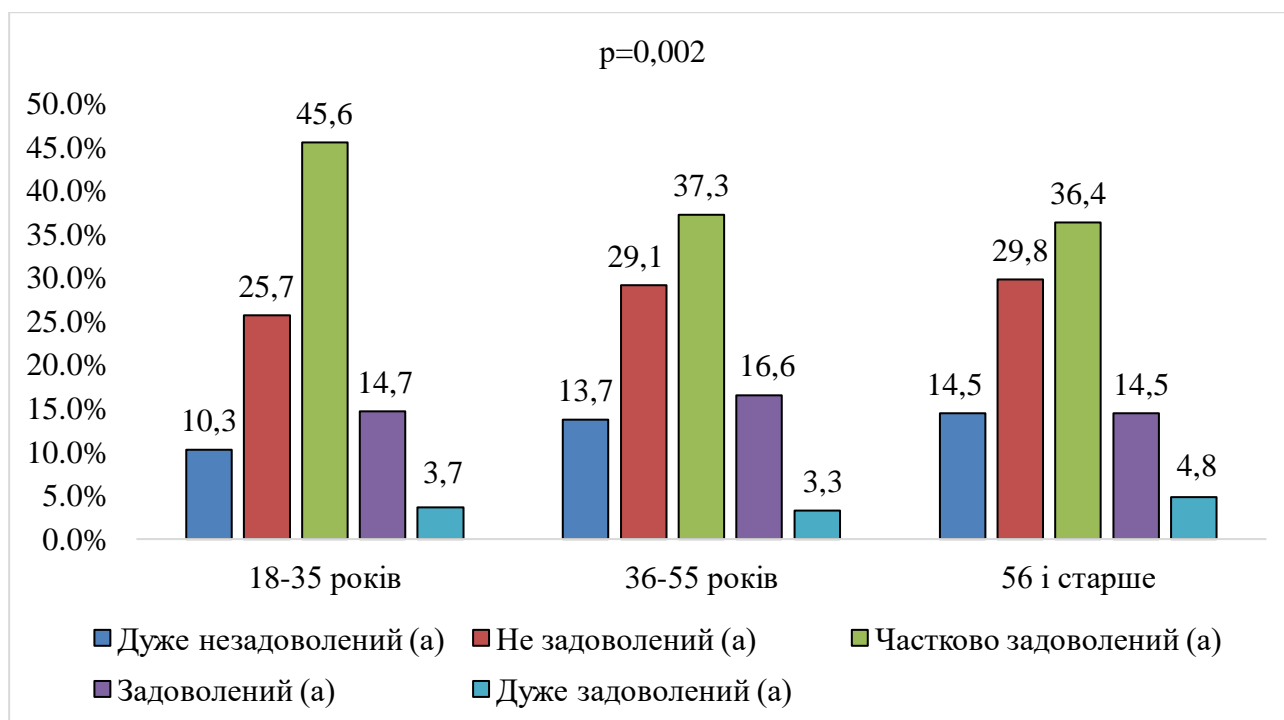


Рис. 5.19. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Чи задоволені Ви санітарно-гігієнічними умовами в закладі охорони здоров'я?» (у відсотках)

Отримані результати засвідчили низький рівень задоволеності санітарно-гігієнічними умовами в ЗОЗ (частково задоволені від 36,4% до 45,6%, незадоволені – від 25,7% до 29,8% респондентів), це теж є ризиками виникнення конфлікту під час спілкування пацієнта з системою медичної допомоги.

Метою наступного запитання було з'ясувати у пацієнтів «Чи задоволені Ви результатом наданої Вам медичної допомоги?».

Варіанти відповідей використані респондентами наступні:

- у віковій категорії 18-35 років: 4,0% – дуже задоволені; 30,9% – задоволені; 47,8% опитаних частково задоволені; 13,6% – не задоволені; 3,7% – дуже незадоволені;

- у віковій категорії 36-55 років: 4,7% – дуже задоволені; 24,4% – задоволені; 42,3% опитаних частково задоволені; 20,3% – незадоволені; 8,3% – дуже незадоволені;

- у віковій категорії 56 років і старше: 5,3% – дуже задоволені; 18,6% – задоволені; 42,9% опитаних частково задоволені; 25,8% – незадоволені; 7,4% – дуже незадоволені (рис. 5.20).

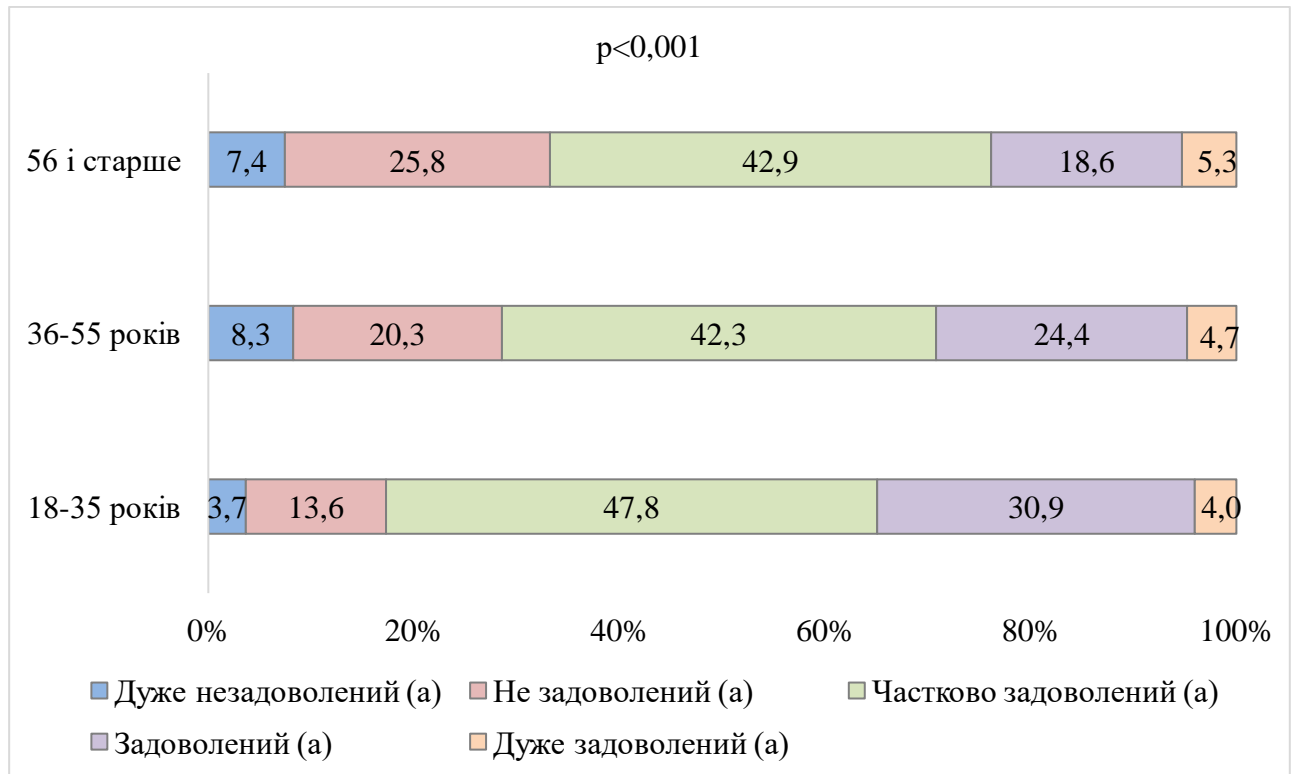


Рис. 5.20. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Чи задоволені Ви результатом наданої Вам медичної допомоги?» (у відсотках)

Так, виявилося, що значна частина респондентів тільки частково задоволена результатами медичної допомоги (42,3-47,8%). Від 13,6% до 25,8% пацієнтів незадоволені результатами медичної допомоги, тобто, тим, за чим пацієнт власне звертається до закладу охорони здоров'я. Отримані дані опитування віддзеркалюють ризики високого рівня конфліктності з боку пацієнтів. Це свідчить про те, що заклад неякісно виконує свою суспільно визначену місію з охорони здоров'я громадян.

Останніми роками можна спостерігати підвищення правосвідомості пацієнтів. Сьогоднішній пацієнт вже не той, яким був 5-10 років тому.

Більшість з них розуміють свої права і вимагають їхнього дотримання з боку лікарів.

На запитання «Чи мали Ви колись конфлікт?» респонденти відповіли наступне, в залежності від того, яка друга сторона конфлікту була запропонована у відповіді (рис. 5.21):

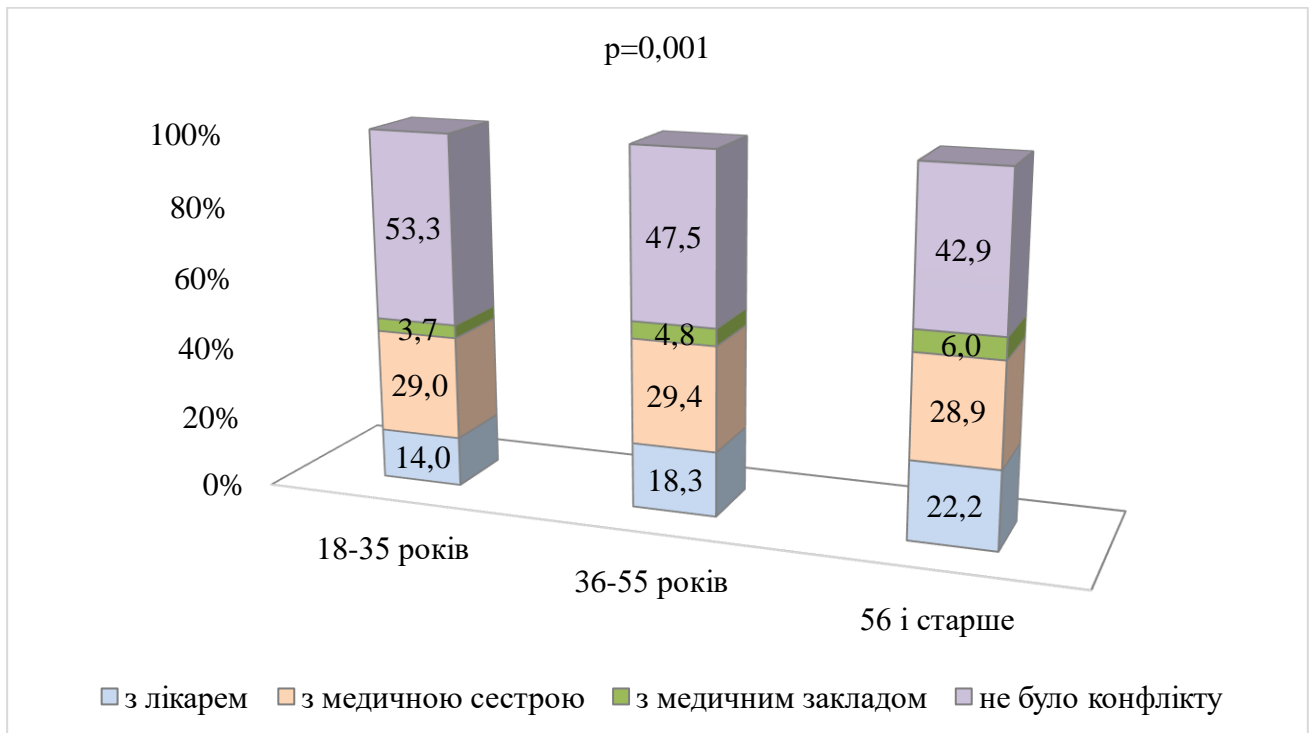


Рис. 5.21. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Чи мали Ви колись конфлікт?» (у відсотках)

- у віковій категорії 18-35 років: конфлікт з лікарем мали 14,0% респондентів; з медичною сестрою – 29,0%; із закладом охорони здоров'я – 3,7%; не було конфлікту – 53,3%;

- у віковій категорії 36-55 років: конфлікт з лікарем мали 18,3% респондентів; з медичною сестрою – 29,4%; з медичним закладом – 4,8%; не було конфлікту – 47,5%;

- у віковій категорії 56 років і старше: конфлікт з лікарем мали 22,2% респондентів; з медичною сестрою – 28,9%; з медичним закладом – 6,0%; не було конфлікту – 42,9%.

Результати аналізу свідчать про реалізовані конфлікти пацієнтів, як з лікарями (14,0-22,2%), так і з медичними сестрами (28,9-29,4%), що в свою чергу свідчить про якість медичної допомоги та репутацію закладу охорони здоров'я.

На запитання «Якщо конфлікти виникають, то вкажіть основні причини» розподіл відповідей за віковим критерієм виглядав наступним чином (рис. 5.22):

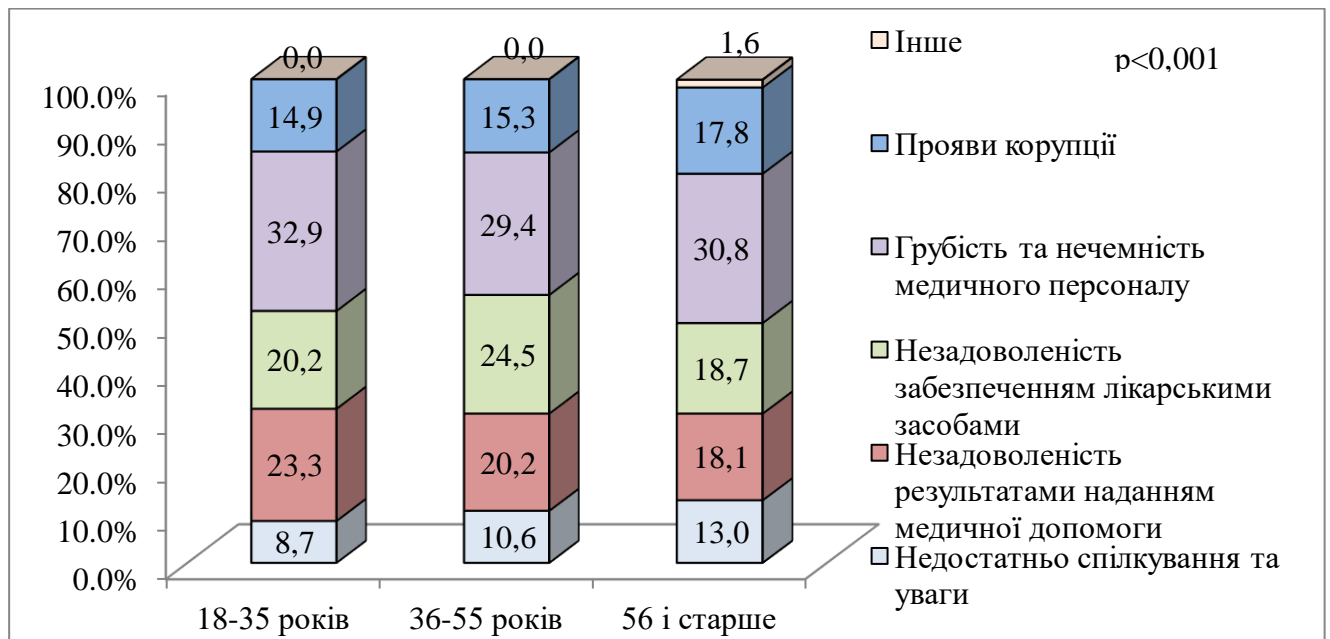


Рис. 5.22. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Якщо конфлікти виникають, то вкажіть основні причини» (у відсотках)

- у віковій категорії 18-35 років: недостатньо спілкування та уваги – 8,7%; незадоволеність результатами надання медичної допомоги – 23,3%; незадоволеність забезпеченням лікарськими засобами – 20,2%; грубість та нечемність медичного персоналу – 32,9%; прояви корупції – 14,9%;

- у віковій категорії 35-55 років: недостатньо спілкування та уваги – 10,6%; незадоволеність результатами надання медичної допомоги – 20,2%;

незадоволеність забезпеченням лікарськими засобами – 24,5%; грубість та нечемність медичного персоналу – 29,4%; прояви корупції – 15,3%;

- у віковій категорії 56 років і старше: недостатньо спілкування та уваги – 13,0%; незадоволеність результатами надання медичної допомоги – 18,1%; незадоволеність забезпеченням лікарськими засобами – 18,7%; грубість та нечемність медичного персоналу – 30,8%; прояви корупції – 17,8%, інше – 1,6%.

Наведені дані засвідчили, що переважна частина респондентів, незалежно від вікової групи зазначила, що основними причинами конфліктів в закладі охорони здоров'я є грубість та нечемність медичного персоналу (29,4-32,9%). Це вказало, зокрема, на недоліки навчання персоналу на рівні додипломної та післядипломної освіти, а також недосконалість політики управління персоналом з боку керівника закладу з питань культури поведінки та вміння медичних працівників вести діалог з пацієнтом.

Причинами конфліктів були також незадоволеність забезпеченням лікарськими засобами (18,7-24,5%), результатами медичної допомоги (18,1-23,3%), прояви корупції (14,9-17,8%).

Існує поширена громадська думка про корупцію серед лікарів у клінічній практиці, але насправді це міф, бо офіційна мізерна заробітна плата українського лікаря є не що інше, як мовчазна згода держави та всього суспільства на різні незаконні доплати до рівня, який дозволяє гідно жити. Серед цих доплат найвищі суспільні збитки завдають доплати виробників медичних послуг. Конфлікт, пов'язаний із цими доплатами, справді вимагає найретельнішої уваги суспільства, але це проблема не лише української медицини, а й загальносвітова. На наш погляд, реалізація будь-якої політики щодо управління цими конфліктами в Україні матиме перспективи лише після вирішення питань щодо встановлення гідної заробітної плати лікаря, а до тих пір ці конфлікти залишатимуться предметом етичного вибору: жити чесно, але дуже бідно, або порушувати етику задля забезпечення гідного існування.

На запитання «Коли найчастіше, на Вашу думку, трапляються конфлікти між пацієнтом та лікарем?» респонденти відповіли наступне (рис. 5.23):

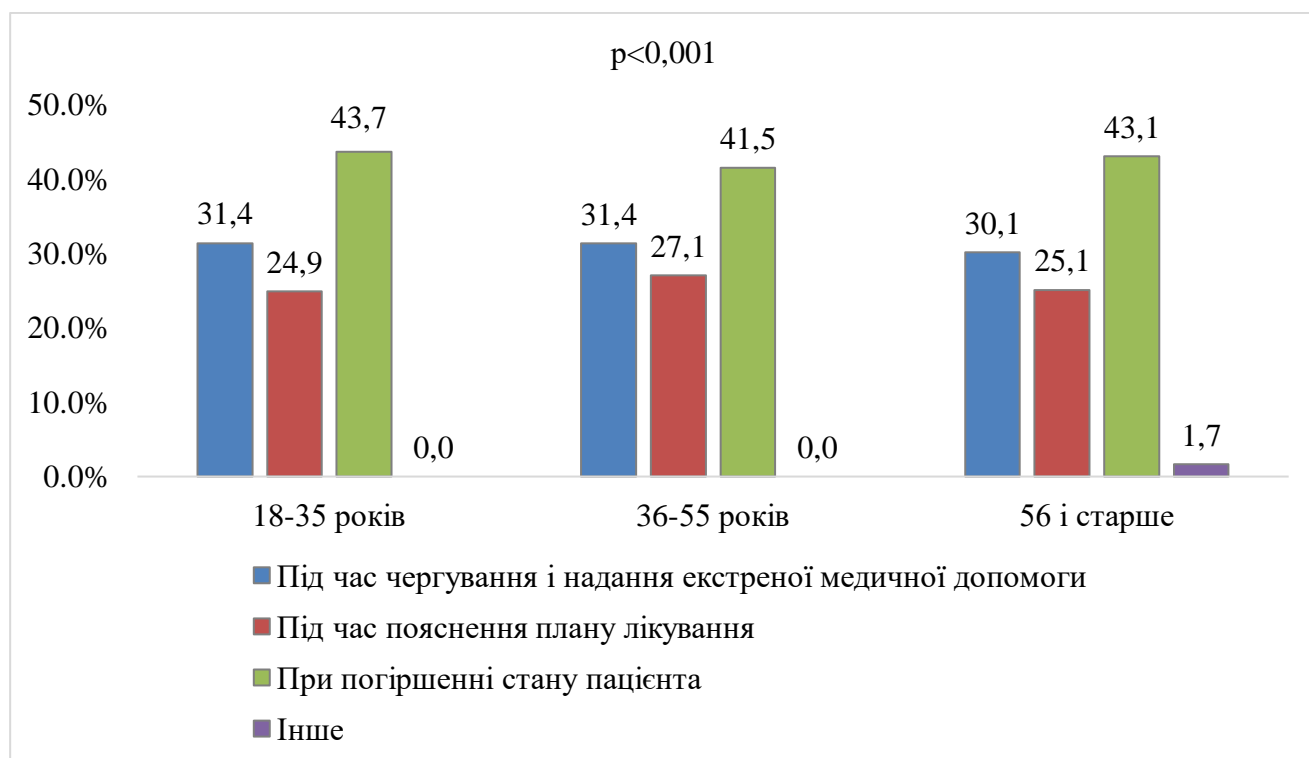


Рис. 5.23. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Коли найчастіше, на Вашу думку, трапляються конфлікти між пацієнтом та лікарем?» (у відсотках)

- у віковій категорії 18-35 років: під час чергування і надання екстреної медичної допомоги – 31,4%; під час пояснення плану лікування – 24,9%; при погіршенні стану пацієнта – 43,7%;

- у віковій категорії 36-55 років: під час чергування і надання екстреної медичної допомоги – 31,4%; під час пояснення плану лікування – 24,9%; при погіршенні стану пацієнта – 41,5%;

- у віковій категорії 56 років і старше: під час чергування і надання екстреної медичної допомоги – 30,1%; під час пояснення плану лікування – 25,1%; при погіршенні стану пацієнта – 43,7%; інше – 1,7%.

З отриманих відповідей зрозуміло, що конфлікти між лікарем та пацієнтом найчастіше виникають під час погіршення стану пацієнта

(41,5-43,7%) та під час чергування і надання екстреної медичної допомоги (30,1-31,4%), коли гостро стає питання збереження здоров'я і життя для пацієнта.

Отже, успішне професійне спілкування медичного працівника з пацієнтом повинно бути побудоване на вмінні розпізнати соціальний контекст ситуації, зрозуміти вербальну і невербальну інформацію, правильно інтерпретувати поведінку та особливості пацієнтів. На основі отриманих даних медичний працівник має спрогнозувати можливі негативні зміни поведінки пацієнта, які пов'язані із захворюванням і лікуванням.

Відповіді респондентів на запитання анкети «Чи зверталися Ви з приводу виникнення конфлікту до...?» наступні (рис. 5.24):

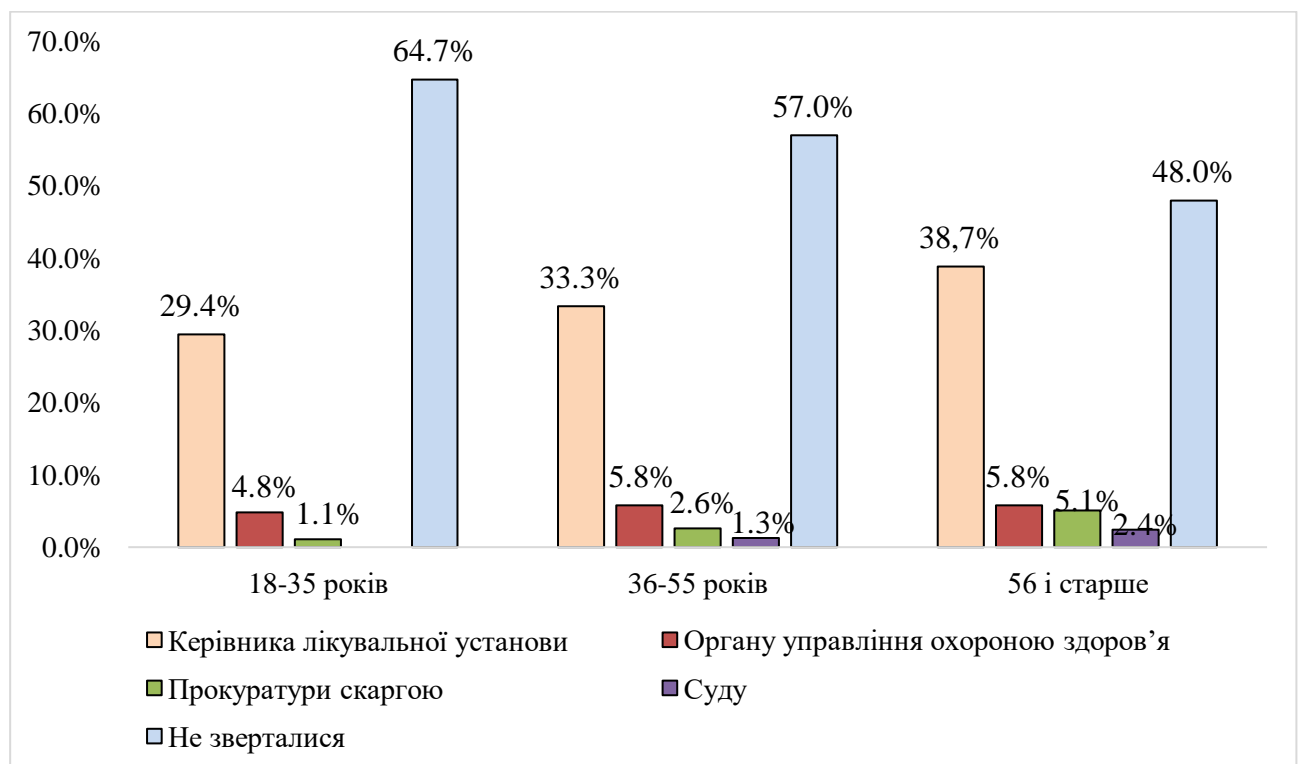


Рис. 5.24. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Чи зверталися Ви з приводу виникнення конфлікту до...?» (у відсотках)

- у віковій категорії 18-35 років: керівник лікувальної установи – 29,4%; органу управління охороною здоров'я – 4,8%; скаргою до прокуратури – 1,1%; не зверталися – 64,7%;



- у віковій категорії 36-55 років: керівник лікувальної установи – 33,3%; органу управління охороною здоров'я – 5,8%; скаргою до прокуратури – 2,6%; суд – 1,3%; не зверталися – 57,0%;

- у віковій категорії 56 років і старше: керівник лікувальної установи – 38,7%; органу управління охороною здоров'я – 5,8%; скаргою до прокуратури – 5,1%; суд – 2,4%; не зверталися – 48,0%.

Результати показують, що респонденти при виникненні конфліктних ситуацій та їх вирішення частіше звертаються до керівника закладу охорони здоров'я (29,4-38,7%), що дає можливість вирішення конфлікту всередині колективу та недопущення великого розголосу негативної інформації стосовно лікарів в соціальних мережах. Водночас більша частина пацієнтів – від 48,0% до 64,7% – зізналася, що взагалі не звертається ні до яких інстанцій з приводу виникнення конфлікту. Це може бути свідченням недовіри до осіб, які уповноважені вирішувати конфлікти, або острахом того, що звернення з приводу конфліктів можуть негативно позначитися на наступних візитах до ЗОЗ і відношенні медичних працівників, від яких залежить здоров'я пацієнта.

На запитання «Чи маєте Ви інформацію про порядок подання заяви (скарги) у випадку виникнення конфліктної ситуації?» респонденти відповіли:

- у віковій категорії 18-35 років: «так» відповіли – 21,7%; «ні» – 78,3%;
- у віковій категорії 36-55 років: «так» відповіли – 27,0%; «ні» – 73,0%;
- у віковій категорії 56 років і старше: «так» відповіли – 31,1%; «ні» – 68,9% (рис. 5.25).

З отриманих даних можна зробити висновок, що більшість пацієнтів не знають, як подавати заяву (скаргу) на випадок виникнення конфлікту (68,9-78,3%). Це свідчить про недостатнє використання різних каналів інформування населення керівництвом закладу про порядок звернень громадян та/або недостатню активність громадян з використання даних з інформаційних стендів або офіційних веб-сайтів ЗОЗ.

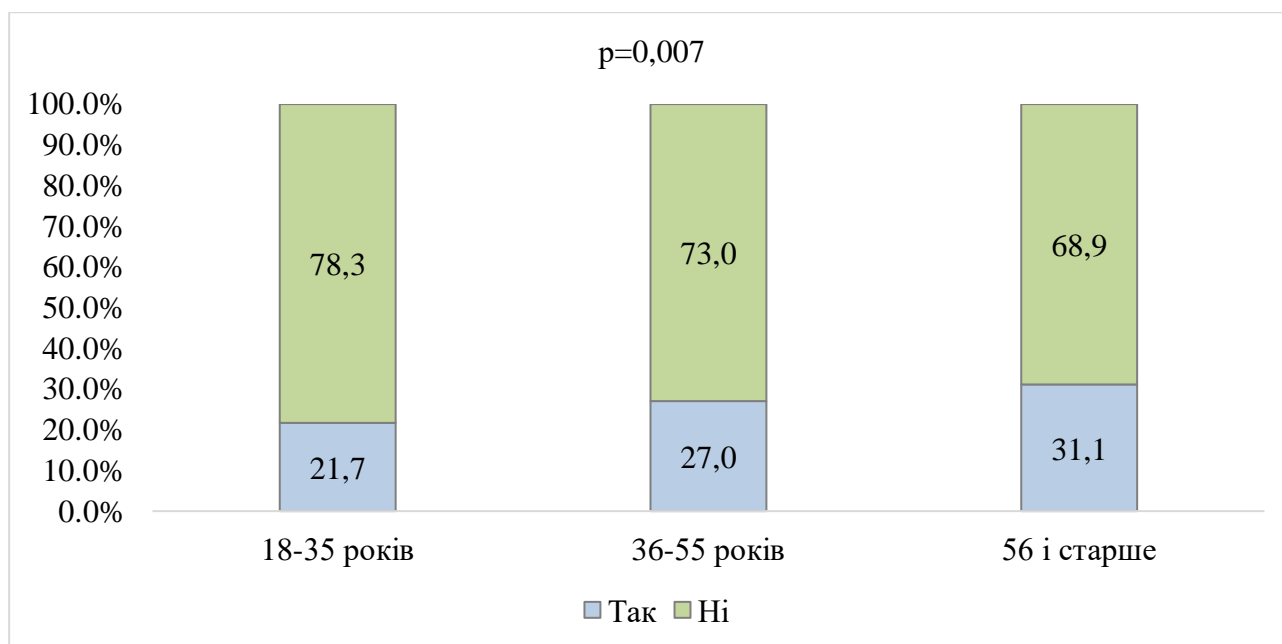


Рис. 5.25. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Чи маєте Ви інформацію про порядок подання заяви (скарги) у випадку виникнення конфліктної ситуації?» (у відсотках)

На запитання анкети «Якщо у Вас виникав конфлікт з медичним працівником, яким способом він вирішувався?» респонденти використали наступні варіанти відповідей (рис. 5.26):

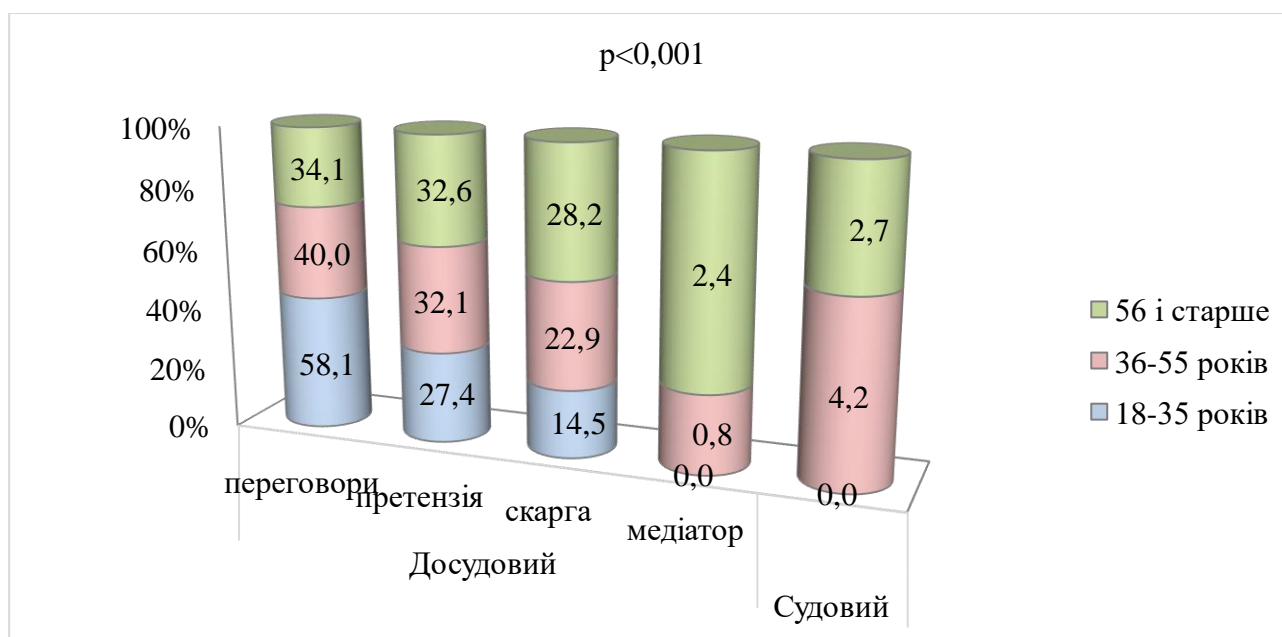


Рис. 5.26. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Якщо у Вас виникав конфлікт з медичним працівником, яким способом він вирішувався?» (у відсотках)

- усі вікові категорії респондентів застосовують для вирішення конфлікту переговори (від 34,1% до 58,1%);

- від 27,4% до 32,6% залишаються на рівні претензій;

- скаржаться від 14,5% до 28,2% осіб;

- медіатор бере участь у вирішенні конфлікту, за даними 0,8%-2,4% пацієнтів;

- судовий метод використовували старші вікові категорії і становили від 2,7% до 4,2% випадків, за даними їх відповідей.

Тобто, найбільш популярним способом вирішення конфлікту з медичним працівником у пацієнта були переговори; разом з тим, інститут посередництва, який призначений вести переговори найбільш результативно, використовувався дуже рідко – всього за даними 0,8%-2,4% пацієнтів.

На запитання «Які наслідки конфлікту є найбільш прийнятними для Вас?» респонденти відповіли наступне:

- у віковій категорії 18-35 років: ведення боротьби до повної перемоги – 10,7%; задоволення інтересів і домагань іншого боку – 7,7%; слабшання конфлікту за рахунок природного загасання – 8,8%; знаходження компромісу – 52,6%; знаходження взаємовигідних варіантів – 20,2%;

- у віковій категорії 36-55 років: ведення боротьби до повної перемоги – 15,7%; задоволення інтересів і домагань іншого боку – 15,3%; слабшання конфлікту за рахунок природного загасання – 12,0%; знаходження компромісу – 37,3%; знаходження взаємовигідних варіантів – 19,5%; інше – 0,2%;

- у віковій категорії 56 років і старше: ведення боротьби до повної перемоги – 14,5%; задоволення інтересів і домагань іншого боку – 13,5%; слабшання конфлікту за рахунок природного загасання – 10,8%; знаходження компромісу – 37,3%; знаходження взаємовигідних варіантів – 23,4%; інше – 0,5% (рис. 5.27).

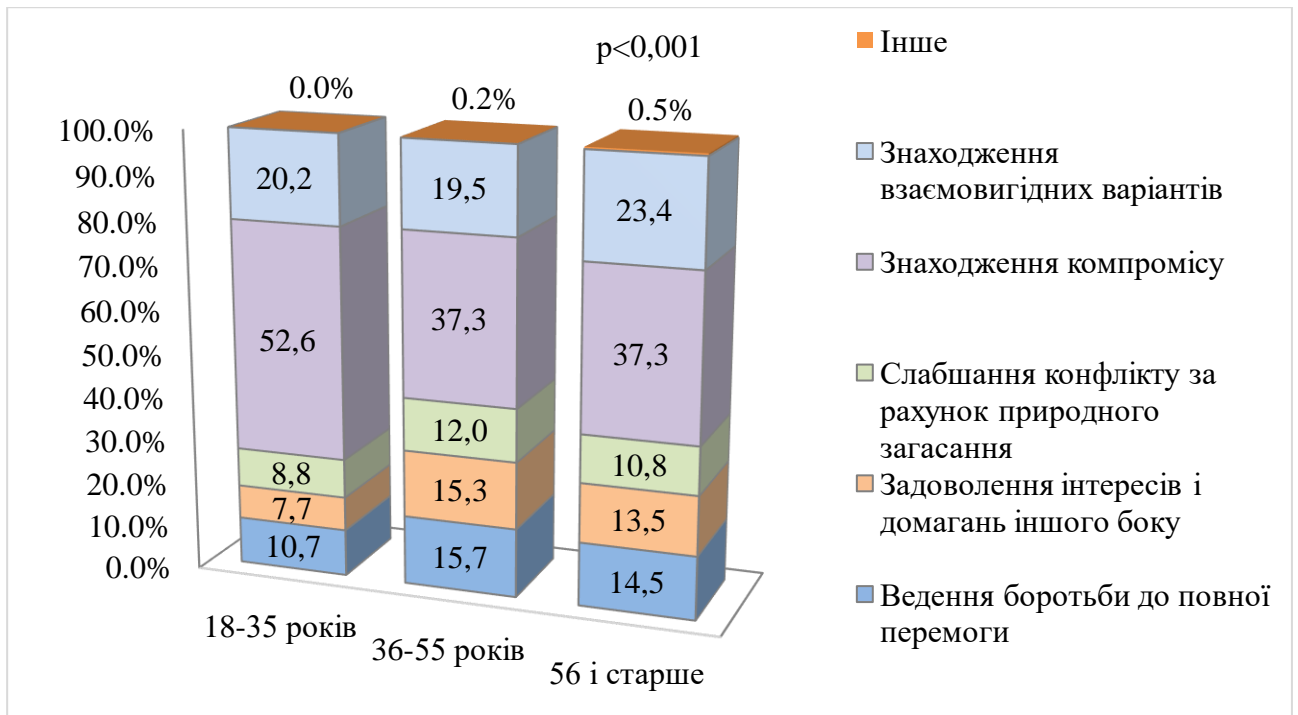


Рис. 5.27. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Які наслідки конфлікту найбільш прийнятними для Вас?» (у відсотках)

Результати свідчать про те, що респонденти з розуміння власних емоцій й здатністю управляти ними обирають під час конфлікту конструктивні й неконструктивні стратегії: у більшій мірі вони схильні до компромісу (37,3-52,6%), намагаючись знайти альтернативу й задовольнити інтереси обох сторін одночасно (7,7-15,3%), а в меншій – до ведення боротьби до повної перемоги (10,7-15,7%) намагаючись задовольнити власні інтереси всупереч інтересам інших учасників конфлікту.

Метою останнього запитання анкети було з'ясувати у респондентів «Наскільки добре, на Вашу думку, держава сьогодні виконує обов'язки регулятора конфліктних відносин між лікарем та пацієнтом? (Закон України «Про звернення громадян» № 394/96-ВР від 02.10.96 (зі змінами))?». Відповіді були наступні (рис.5.28):

- у віковій категорії 18-35 років: дуже добре – 8,5%; швидше добре, ніж погано – 36,0%; швидше погано, ніж добре – 35,7%; дуже погано – 19,8%;

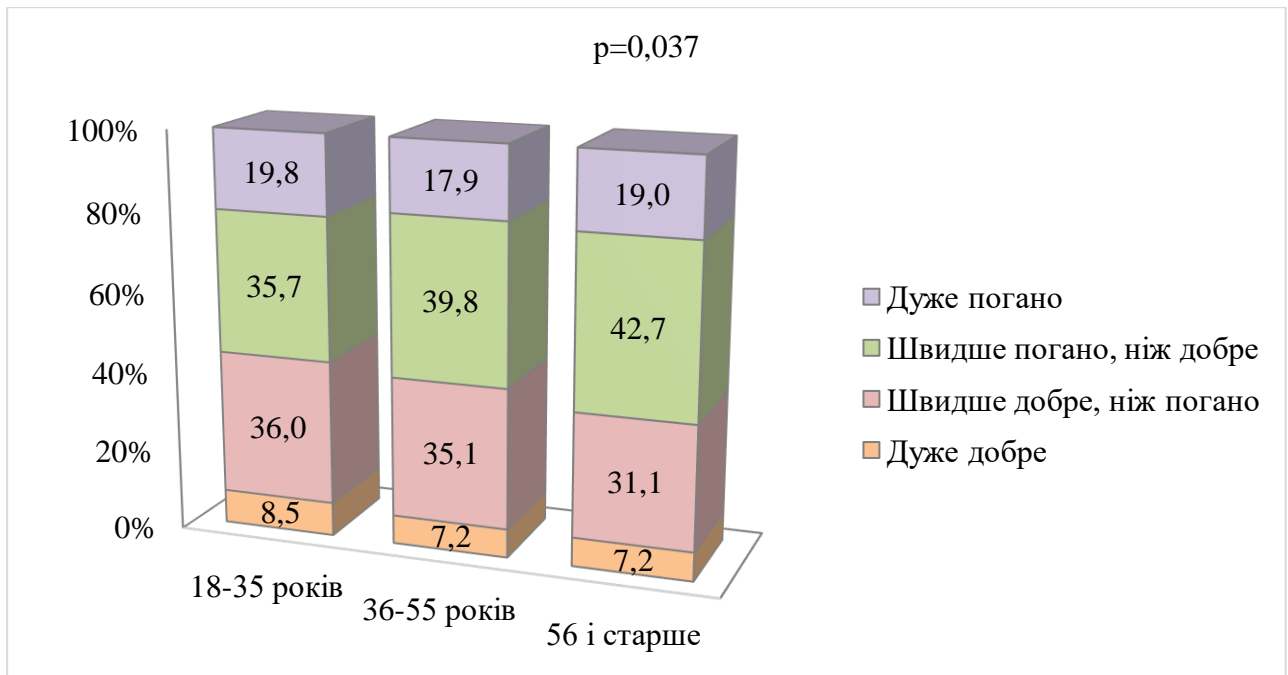


Рис. 5.28. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Наскільки добре, на Вашу думку, держава сьогодні виконує обов’язки регулятора конфліктних відносин між лікарем та пацієнтом? (Закон України «Про звернення громадян» № 394/96-ВР від 02.10.96 (зі змінами))?» (у відсотках)

- у віковій категорії 36-55 років: дуже добре – 7,2%; швидше добре, ніж погано – 35,1%; швидше погано, ніж добре – 39,8%; дуже погано – 17,9%;

- у віковій категорії 56 років і старше: дуже добре – 7,2%; швидше добре, ніж погано – 31,1%; швидше погано, ніж добре – 42,7%; дуже погано – 19,0%.

Результати показують, що значна частина респондентів усіх вікових категорій (35,7-42,7% відповідей) вважають, що держава сьогодні виконує обов’язки регулятора конфліктних відносин між лікарем та пацієнтом швидше погано, ніж добре, а погано – біля п’ятої частини опитаних (17,9%-19,8% пацієнтів).

Це в свою чергу потребує вдосконалення нормативно-правової бази та контролю ризиків виникнення конфліктів з боку керівника закладу охорони здоров’я.

Отже, через нестабільність правового регулювання, його непередбачуваність та несформованість збільшується загроза виникнення

нових та численних медичних конфліктів, що часом вирішуються неправовими засобами.

### 5.3. Аналіз та оцінка причинно-наслідкових зв'язків у конфліктних ситуаціях в системі «керівник-лікар-пацієнт»

Для аналізу взаємозв'язку відповідей респондентів ми використовували в нашому дослідженні коефіцієнт кореляції, а щоб оцінити силу даного зв'язку – саме коефіцієнт спряженості Крамера. Як відомо, кореляційний зв'язок існує, коли певному значенню однієї величини відповідає сукупність значень другої, він виявляється тоді, коли на досліджуване явище впливає не один, а багато чинників. Отже, нам була цікава взаємозв'язок варіантів поведінки, як керівників медичних установ, так і пацієнтів у тих чи інших конфліктних ситуаціях, що може допомогти обрати способи їх вирішення.

Оцінюючи кореляційний зв'язок серед питань для лікарів-керівників «Чи намагаєтесь Ви прийняти сторону опонента в конфліктній ситуації?» та «Стараєтесь Ви в будь-якому випадку конфліктної ситуації довести свою правоту?» коефіцієнт кореляції Крамера склав  $C=0,044$  (при  $p=0,762$ ), що свідчить про практичну відсутність зв'язку (табл. 5.1).

Таблиця 5.1

Оцінка кореляційного зв'язку між групами запитань:

«Чи намагаєтесь Ви прийняти сторону опонента в конфліктній ситуації?» та «Стараєтесь Ви в будь-якому випадку конфліктної ситуації довести свою правоту?»

Запитання		«Чи намагаєтесь Ви прийняти сторону опонента в конфліктній ситуації?»		
		C=0,044 (p= 0,762)		
«Стараєтесь Ви в будь-якому випадку конфліктної ситуації довести свою правоту?»	Варіанти відповіді	Так	Ні	Усього
	йдете на компроміс + не конфліктуєте	17	13	30
	постійно доводите свою правоту	11	7	18
	<b>Усього</b>	<b>28</b>	<b>20</b>	<b>48</b>

Респонденти, які обрали відповідь «постійно доводите свою правоту» найчастіше обирають відповідь «так» на питання «Чи намагаєтесь Ви прийняти сторону опонента в конфліктній ситуації?», що свідчить про відсутність узгодженості у відповідях.

Наступна група питань для керівників «Як часто виникають конфлікти у Вашому колективі?» та «Чи приймали Ви участь у конфліктній ситуації?» встановила середній зв'язок при розрахунку коефіцієнта кореляції Крамера  $C=0,457$  (при  $p=0,002$ ) (табл. 5.2).

Таблиця 5.2

Оцінка кореляційного зв'язку між групами запитань:  
«Як часто виникають конфлікти у Вашому колективі?»  
та «Чи приймали ви участь у конфліктній ситуації?»

Запитання		Як часто виникають конфлікти у Вашому колективі?		
		$C=0,457$ ( $p= 0,002$ )		
Чи приймали ви участь у конфліктній ситуації?	Варіанти відповіді	активно	не приймав+спостерігач	Усього
	часто+постійно	17	3	20
	іноді+рідко	11	17	28
	Усього	28	20	48

Це свідчить про те, що опитувані вважають, що конфлікти в колективі виникають часто та активно приймають в них участь.

Не встановлено кореляційного зв'язку для групи питань «Чи потрібно медичним працівникам навчатися вирішувати конфліктні ситуації?» та «Чи можливо вирішити конфлікт, не обмежуючи права і почуття гідності всіх людей, задіяних в конфлікті?» – коефіцієнт кореляції Крамера  $C=0,151$  (при  $p=0,295$ ) (табл. 5.3).

Таблиця 5.3

Оцінка кореляційного зв'язку між групами запитань: «Чи потрібно медичним працівникам навчатися вирішувати конфліктні ситуації?» та «Чи можливо вирішити конфлікт, не обмежуючи права і почуття гідності всіх людей, задіяних в конфлікті?»

Запитання		Чи потрібно медичним працівникам навчатися вирішувати конфліктні ситуації?		
		C=0,151 (p=0,295)		
Чи можливо вирішити конфлікт, не обмежуючи права і почуття гідності всіх людей, задіяних в конфлікті?	Варіанти відповіді	Так	Ні	Усього
	Так	18	2	20
	Ні	22	6	28
	Усього	40	8	48

Це свідчить про те, що обидві групи респондентів (і ті, які вважають, що можливо вирішити конфлікт, не обмежуючи права і почуття гідності всіх людей, задіяних в конфлікті, та ті, які вважають, що це неможливо) вважають, що медичним працівникам (особливо керівникам) потрібно навчатися вирішувати конфліктні ситуації.

Середній за силою зв'язок був отриманий при розрахунку коефіцієнта кореляції Крамера  $C=0,416$  ( $p=0,004$ ) для наступної групи питань – «Чи потрібно медичним працівникам навчатися вирішувати конфліктні ситуації?» та «Чи намагаєтесь Ви прийняти сторону опонента в конфліктній ситуації?» (табл. 5.4).



Таблиця 5.4

Оцінка кореляційного зв'язку між групами запитань: «Чи потрібно медичним працівникам навчатися вирішувати конфліктні ситуації?» та «Чи намагаєтесь Ви прийняти сторону опонента в конфліктній ситуації?»

Запитання		Чи потрібно медичним працівникам навчатися вирішувати конфліктні ситуації?		
		C=0,416 (p=0,004)		
Чи намагаєтесь Ви прийняти сторону опонента в конфліктній ситуації?	Варіанти відповіді	Так	Ні	Усього
	Так	27	1	28
	Ні	13	7	20
	Усього	40	8	48

Отриманий результат свідчить, що в групі опитаних лікарів-керівників, які вважають, що медичним працівникам непотрібно навчатися вирішувати конфліктні ситуації, переважають респонденти, які не намагаються прийняти сторону опонента в конфліктній ситуації.

Розрахований коефіцієнт кореляції Крамера (табл. 5.5) C=0,274 (p=0,058)

Таблиця 5.5

Оцінка кореляційного зв'язку між групами запитань: «Що заважає Вам та іншим людям вирішувати конфлікти з користю для обох сторін?» та «Чи стараєтесь Ви в будь-якому випадку конфліктної ситуації довести свою правоту?»

Запитання		Що заважає Вам та іншим людям вирішувати конфлікти з користю для обох сторін?		
		C=0,274 (p=0,058)		
Чи стараєтесь Ви в будь-якому випадку конфліктної ситуації довести свою правоту?	Варіанти відповіді	егоїзм+небажання програвати	бажання довести свою правоту	усього
	постійно доводите свою правоту	15	3	18
	компроміс+не конфліктуєте	17	13	30
	Усього	32	16	48

для блоку питань – «Що заважає Вам та іншим людям вирішувати конфлікти з користю для обох сторін?» та «Намагаєтесь Ви в будь-якому випадку конфліктної ситуації довести свою правоту?» виявив слабкий зв'язок для керівників-лікарів.

Проведений аналіз кореляційного зв'язку для групи питань, які були поставлені опитаним пацієнтам «Чи задоволені Ви санітарно-гігієнічними умовами в медичному закладі?» та «Чи задоволені Ви результатами надання Вам медичної допомоги?» коефіцієнт кореляції Крамера склав  $C=0,521$  ( $p<0,001$ ), що свідчить про середній за силою зв'язок й означає, що та група пацієнтів, яка не задоволена санітарно-гігієнічними умовами найчастіше незадоволена й результатами надання медичної допомоги та, відповідно, навпаки (табл. 5.6).

Таблиця 5.6

Оцінка кореляційного зв'язку між групами запитань: «Чи задоволені Ви санітарно-гігієнічними умовами в лікувальному закладі?» та «Чи задоволені Ви результатами надання Вам медичної допомоги?»

Запитання		Чи задоволені Ви санітарно-гігієнічними умовами в лікувальному закладі?		
		$C=0,521$ ( $p<0,001$ )		
Чи задоволені Ви результатами надання Вам медичної допомоги?	Варіанти відповіді	не задоволений (а)	задоволений (а)	Усього
	не задоволений (а)	767	159	926
	задоволений (а)	51	170	221
	Усього	818	329	1147

Слабкий за силою зв'язок був встановлений при розрахунку коефіцієнта кореляції Крамера  $C=0,225$  ( $p<0,001$ ) серед респондентів-пацієнтів для групи запитань – «Чи мали Ви колись конфлікт?» та «Чи задоволені Ви результатами надання Вам медичної допомоги?» (табл. 5.7).

Таблиця 5.7

Оцінка кореляційного зв'язку між групами запитань: «Чи мали Ви колись конфлікт?» та «Чи задоволені Ви результатами надання Вам медичної допомоги?»

Запитання		Чи мали Ви колись конфлікт?		
		C=0,225 (p<0,001)		
Чи задоволені Ви результатами надання Вам медичної допомоги?	Варіанти відповіді	мав	не мав	Усього
	не задоволений (а)	471	328	799
	задоволений (а)	111	214	325
	Усього	582	542	1124

Отже, оцінюючи отримані результати, неможливо стверджувати, що конфліктують лише ті пацієнти, які не задоволені результатами надання медичної допомоги.

Розрахований коефіцієнт кореляції Крамера C=0,208 (p<0,001) для групи питань, які були задані пацієнтам – «Чи мали Ви колись конфлікт?» та «Чи задоволені Ви санітарно-гігієнічними умовами в лікувальному закладі?» показав слабкий зв'язок між ними, що може свідчити лише про те, що конфліктують не лише пацієнти, незадоволені санітарно-гігієнічними умовами (табл. 5.8).

Таблиця 5.8

Оцінка кореляційного зв'язку між групами запитань: «Чи мали Ви колись конфлікт?» та «Чи задоволені Ви санітарно-гігієнічними умовами в лікувальному закладі?»

Запитання		Чи мали Ви колись конфлікт?		
		C=0,208 (p<0,001)		
Чи задоволені Ви санітарно-гігієнічними умовами в лікувальному закладі?	Варіанти відповіді	мав	не мав	Усього
	не задоволений (а)	514	389	903
	задоволений (а)	68	153	221
	Усього	582	542	1124

Отриманий результат свідчить, що опитані пацієнти, які зазвичай очікували в чергах більше ніж півгодини, відповідно, й незадоволені результатами надання медичної допомоги і навпаки.

Також слабкий по силі зв'язок (табл. 5.9) був отриманий при розрахунку коефіцієнта кореляції Крамера  $C=0,247$  ( $p<0,001$ ) для наступного блоку питань – «Скільки часу, зазвичай, Ви проводите в черзі до лікаря?» та «Чи задоволені Ви результатами надання Вам медичної допомоги?».

Таблиця 5.9

Оцінка кореляційного зв'язку між групами запитань: «Скільки часу, зазвичай, Ви проводите в черзі до лікаря?» та «Чи задоволені Ви результатами надання Вам медичної допомоги?»

Запитання		Скільки часу, зазвичай, Ви проводите в черзі до лікаря?		
		$C=0,247$ ( $p<0,001$ )		
Чи задоволені Ви результатами надання Вам медичної допомоги?	Варіанти відповіді	5-15 хвилин	півгодини і більше	Усього
	не задоволений (а)	135	682	817
	задоволений (а)	130	199	329
	Усього	<b>265</b>	<b>881</b>	<b>1146</b>

Отже, оцінка кореляційного зв'язку серед груп питань серед керівників показала, що в колективі конфлікти виникають часто й керівники активно приймають в них участь, а серед пацієнтів встановлено, що зазвичай конфліктують ті пацієнти, які не задоволені результатами надання медичної допомоги.

## Висновки до Розділу 5

1. Результатами соціологічного дослідження встановлено, що в медичних колективах конфлікти є звичайним явищем; найчастішими причинами

конфліктів, за 37,5-79,2% відповідей, в залежності від віку, керівників закладів охорони здоров'я, є ситуації з пацієнтами. Іншими причинами конфліктів виявлені невідповідне ведення медичних документів, рівень заробітної плати, питання підвищення кваліфікації працівників.

2. Керівники більш старшого віку (56 років і старше) заявили про високу частоту конфліктів у 41,7% відповідей, в той час як таку ж частоту конфліктів зазначили лише 12,5% керівників віком до 35 років. Цим показано, що більш молоді керівники або не розпізнають конфлікт внаслідок нестачі досвіду, або намагаються його уникати в зв'язку з неспроможністю/небажанням його врегулювати/вирішити.

3. Виявлено, що ступінь активності в конфліктах з боку керівників вища в осіб вікових категорій 36-55 років та 56 років і старше (52,8-58,3%); 37,5% осіб віком до 35 років є пасивними спостерігачами, а 25,0% цієї вікової групи взагалі не приймають участь у конфліктах.

4. Доведено, що частина опитаних керівників – 22,0-23,0% – на випадок виникнення конфлікту обирали співробітництво як найбільш конструктивну форму його вирішення; компроміс обрали 19,4-37,5% респондентів; але значна частка керівників обирала неефективні форми – уникнення (21,0-25,0%) та суперництво (13,0-22,0%).

5. Виявлено, що медичні працівники мають брак знань і навичок у вирішенні конфліктів, що підтверджено відповідями 100,0% керівників вікової категорії до 35 років та 83,3% керівників вікових категорій 36-55 років та 56 років і старше. Незнайомі більшості керівників можливості залучення медіатора до вирішення конфліктів, а саме, усім респондентам 18-35 років, 85,4% опитаних 36-55 років, 83,3% керівників 56 років і старше.

6. Виявлено, що 42,0-50,0% пацієнтів лише частково задоволені ставленням до них медичного персоналу; 40,1-46,2% респондентів відмітили незадоволеність тривалістю очікування на прийом до лікаря більше нормативного – 30-40 хвилин; 42,3-47,8% пацієнтів тільки частково задоволені результатами медичної допомоги, а 13,6%-25,8% – взагалі ними не задоволені;

36,4-45,6% засвідчили низький рівень задоволеності санітарно-гігієнічними умовами в закладі охорони здоров'я.

7. З'ясовано, що, на думку 29,4-32,9% пацієнтів, основними причинами конфліктів в закладі охорони здоров'я є грубість і нечемність медичного персоналу, 18,7-24,5% пацієнтів – незадоволеність забезпеченням лікарськими засобами, 18,0-23,3% пацієнтів – незадоволеність результатами медичної допомоги, 14,9-17,8% пацієнтів – прояви корупції з боку медичного персоналу. Конфлікти між лікарем і пацієнтом, на думку 41,5-43,7% останніх, найчастіше виникають під час погіршення стану пацієнта та, за даними 30,1-31,4% опитаних, під час чергування й надання екстреної медичної допомоги.

8. Результатами дослідження показано, що 29,4-38,8% пацієнтів з метою вирішення конфлікту звертаються до керівника закладу охорони здоров'я. Скаржаться від 14,5% до 28,2% осіб; медіатор бере участь у вирішенні конфлікту за повідомленнями лише 0,8%-2,4% пацієнтів; судовий метод використовували старші вікові категорії пацієнтів у 2,7-4,2% випадків.

9. Доведена низька поінформованість 68,9-78,3% пацієнтів з технічних питань процедури звернення на випадок конфлікту та незадоволеність 35,7-42,7% пацієнтів державним регулюванням конфліктів між лікарем та пацієнтом.

*Матеріали даного розділу представлені в наступних публікаціях автора [234,235,236,237, 238,239,240,241,242].*

## РОЗДІЛ 6

## ОЦІНКА МІЖОСОБИСТІСНИХ ВІДНОСИН ТА КОМУНІКАТИВНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

6.1. Дослідження умов виникнення, розвитку та вирішення конфліктів з позиції медичних працівників

Відповідно до завдань дослідження, проведено соціологічне опитування ще однієї категорії безпосередніх учасників процесу надання медичної допомоги – медичних працівників. За даними опитування очікувалось виявити фактори, що стають причинами виникнення конфліктів безпосередньо в середовищі, де відбуваються комунікації між особами, зацікавленими в результатах медичної допомоги та задоволенні власних професійних і соціальних інтересів.

Аналіз соціально-демографічних характеристик вибірки медичних працівників за даними заповнених ними анкет чисельністю 582 од. (за статевими, віковими, територіальними ознаками, спеціальністю, місцем роботи) дозволив отримати наступні результати:

1) серед респондентів нараховувалось 422 лікаря (72,5%) та 160 медичних сестер (27,5%). Чоловіків серед лікарів було 90,5%, медсестер – 9,5%; серед жінок відповідно 60,7% лікарів та 39,3% медичних сестер (рис. 6.1):

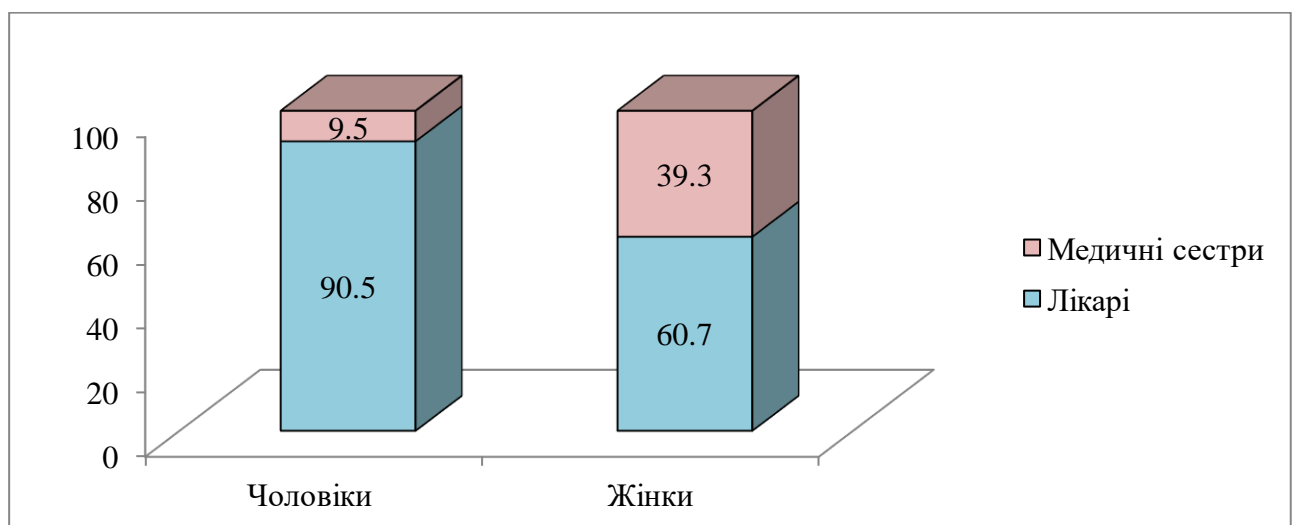


Рис. 6.1. Розподіл респондентів за статтю та професією (у відсотках)

2) за віковими показниками респонденти розподілилися наступним чином ( $p=0,548$ ): 27,15% опитаних мали вік 18-35 років; 51,05% – 36-55 років; 21,8% – 56 років і старше (рис. 6.2);

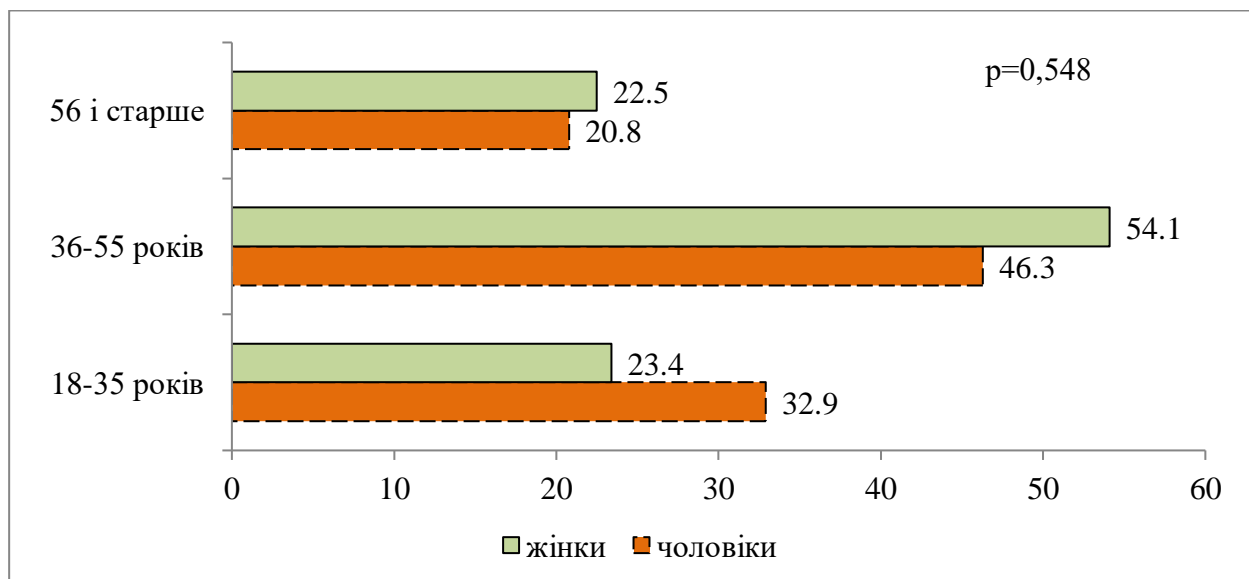


Рис. 6.2. Розподіл респондентів за віком (у відсотках)

2) за територією мешкання розподіл респондентів був наступним: 390 (67,0%) опитаних проживали у міській місцевості (з них чоловіків – 41,8%; жінок (58,2%), а 192 (33,0%) – у сільській (з них чоловіків – 35,4%; жінок – 64,6%) (рис. 6.3).

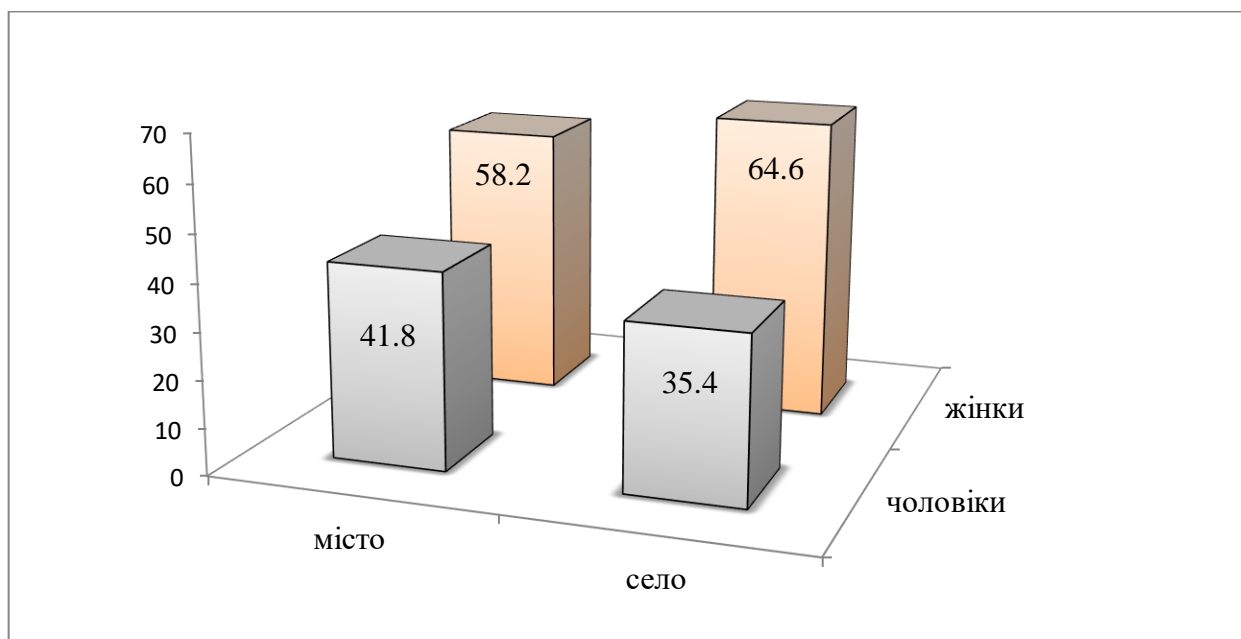


Рис. 6.3. Розподіл респондентів за територією мешкання (у відсотках)



Із загальної кількості респондентів 74,9% лікарів та 25,1% середнього медичного персоналу проживало в місті, а 67,7% лікарів та 32,3% середнього медичного персоналу – у сільській місцевості (рис. 6.4).

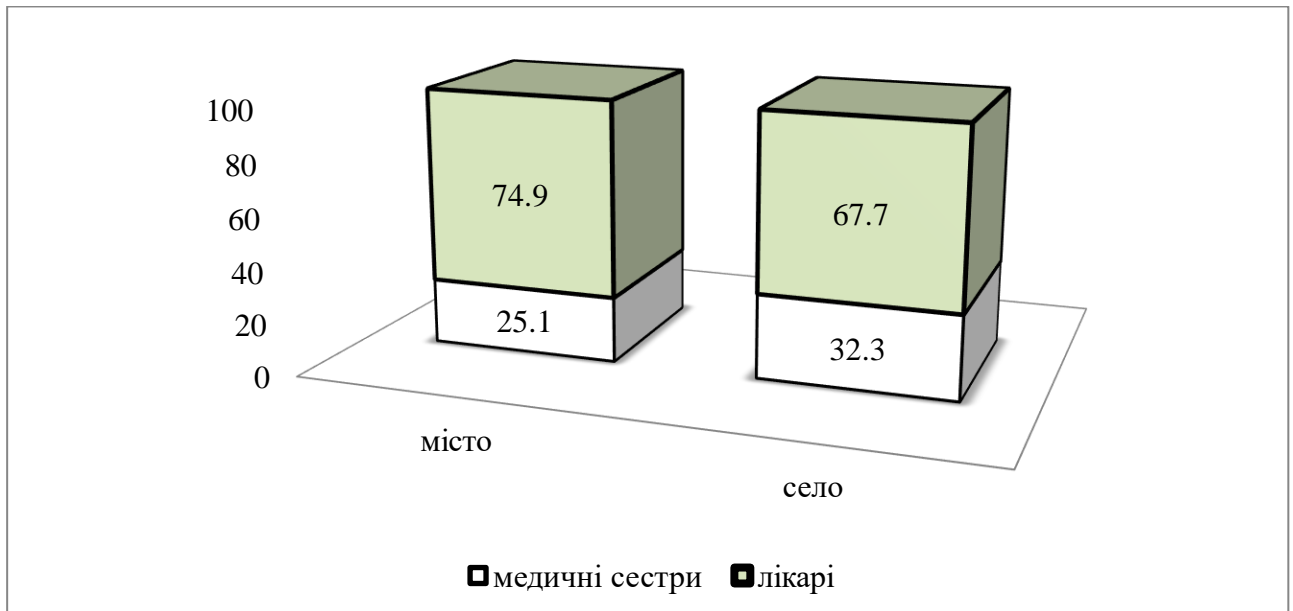


Рис. 6.4. Розподіл респондентів за територією мешкання та спеціальністю (у відсотках)

4) розподіл респондентів за кваліфікацією та віком був наступним (рис. 6.5):

- у віковій категорії 18-35 років 26,5% респондентів були лікарями, а 28,8% – середніми медичними працівниками;

- найбільша кількість респондентів спостерігалася у віковій категорії 36-55 років (51,2% – лікарі; 50,6% – середній медичний персонал);

- категорія 56 років старше була у відсотковому співвідношенні приблизно ідентичною до категорії 18-35 років і становила 22,3% – лікарі та 20,6% – середній медичний персонал.

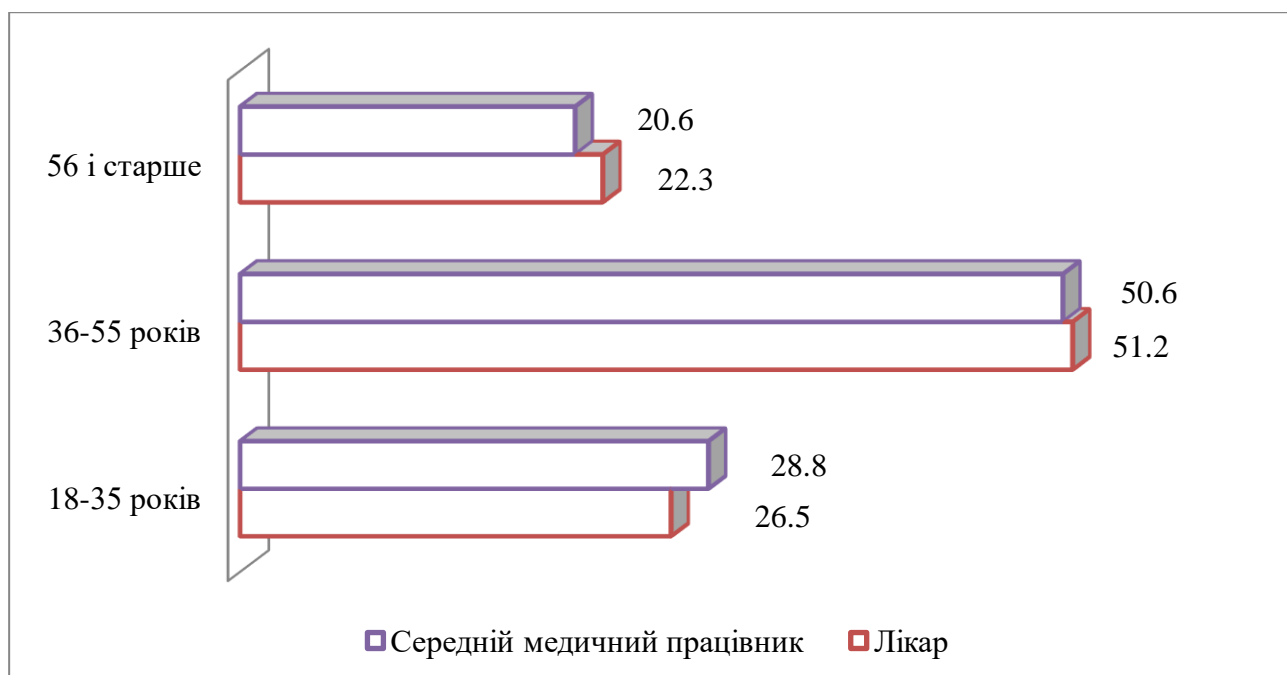


Рис. 6.5. Розподіл респондентів за віком та кваліфікацією (у відсотках)

5) за місцем роботи 76,0% лікарів та 24,% медичних сестер працювали в лікарні, 64,1% лікарів та 35,9% медичних сестер – у амбулаторно-поліклінічному закладі (рис. 6.6)

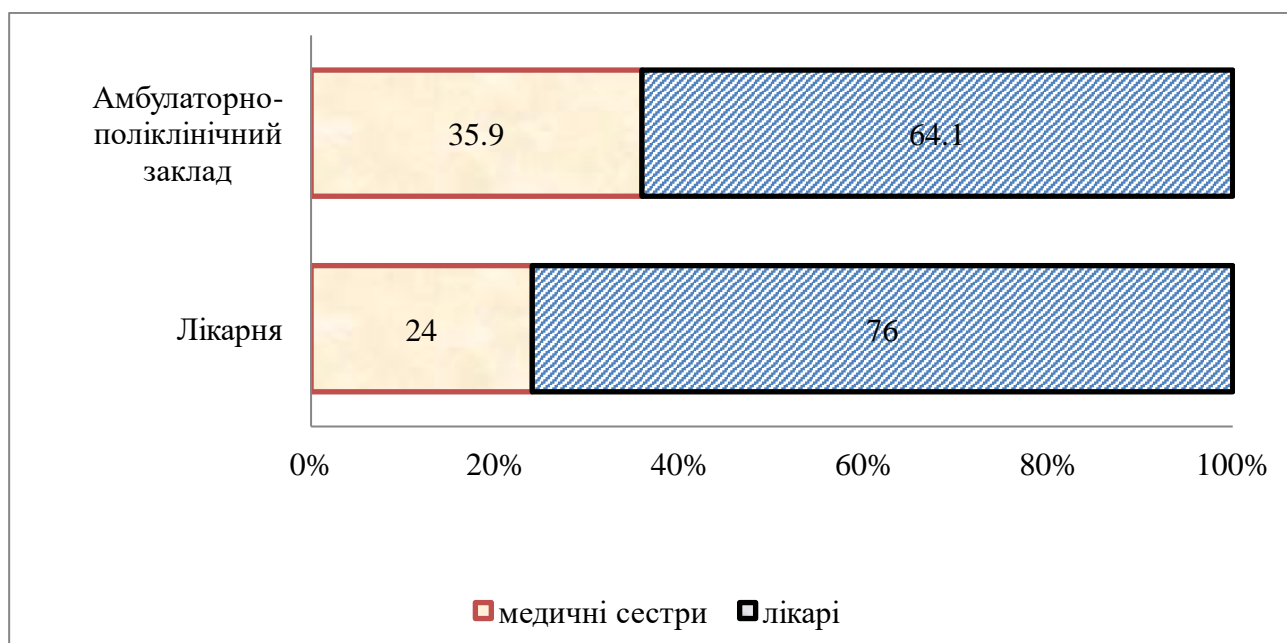


Рис. 6.6. Розподіл респондентів за місцем роботи (у відсотках)

Аналіз таких характеристик респондентів як вікова категорія та місце роботи показав наступне: 70,8% респондентів працювали в лікарні (18-35 років – 27,2%; 36-55 років – 53,2%; 56 років і старше – 19,6%); 29,2% – в амбулаторно-поліклінічному закладі (18-35 років – 27,1%; 36-55 років – 45,8%; 56 років і старше – 27,1%) (рис. 6.7).

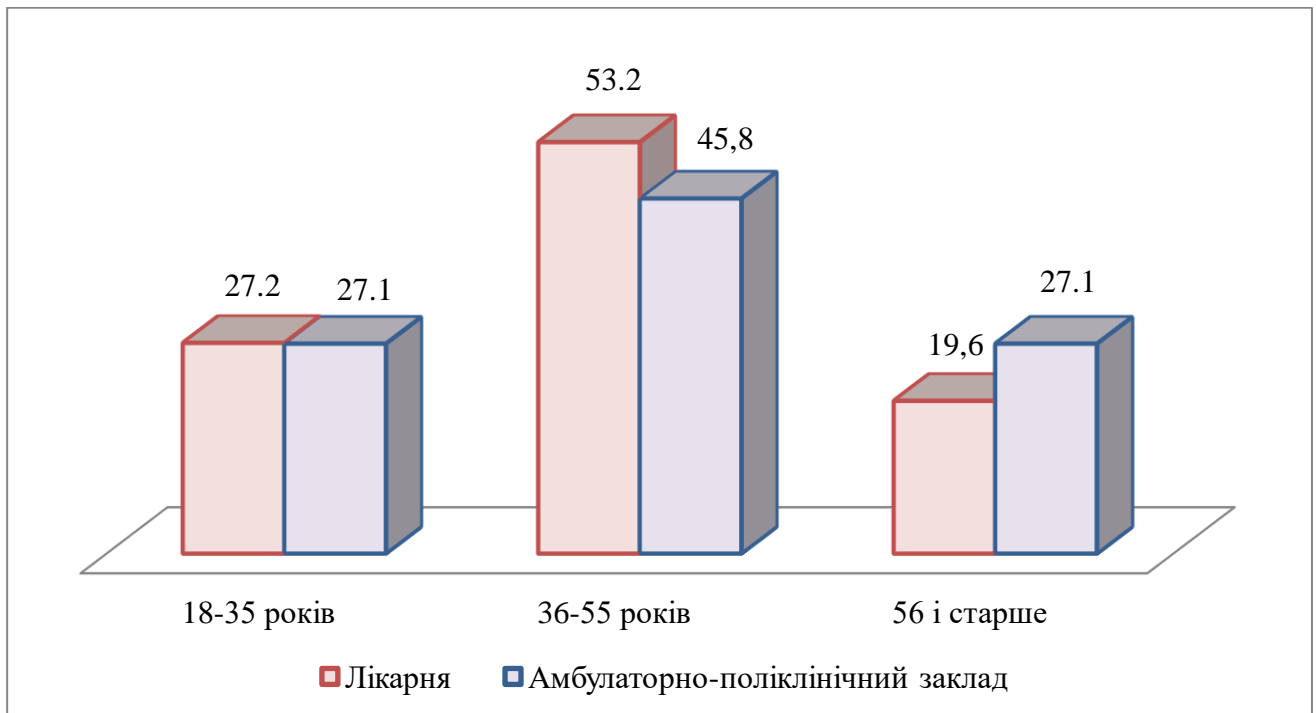


Рис. 6.7. Розподіл респондентів за місцем роботи та віком (у відсотках)

На запитання «Який на Вашу думку домінуючий стиль поведінки в Вашому колективі?» із запропонованих варіантів відповідей (рис. 6.8) щодо можливих стилів поведінки (агресивний, егоїстичний, підлеглий, дружелюбний, залежний, авторитарний) лікарі частіше зазначали підлеглий (29,8%) та авторитарний (21,0%) стилі поведінки; такої ж думки був і середній медичний персонал, який відзначив переважаними ті ж стилі відповідно в 38,1% та 15,0% відповідей.

Аналіз стилів поведінки у медичних колективах за критерієм віку показав, що всі вікові категорії респондентів обов'язково вказали на підлеглий стиль поведінки, який у відносних показниках переважав над іншими: у віковій

категорії 18-35 років – підлеглий (31,6%), авторитарний (22,8%) та 14,6% егоїстичний стилі; у віковій категорії 36-55 років – підлеглий (34,0%), однаковий відсоток отримали авторитарний та залежний (18,5%) стилі; вікова категорія 56 років і старше – підлеглий (29,9%), залежний (20,5%) та 17,9% егоїстичний.

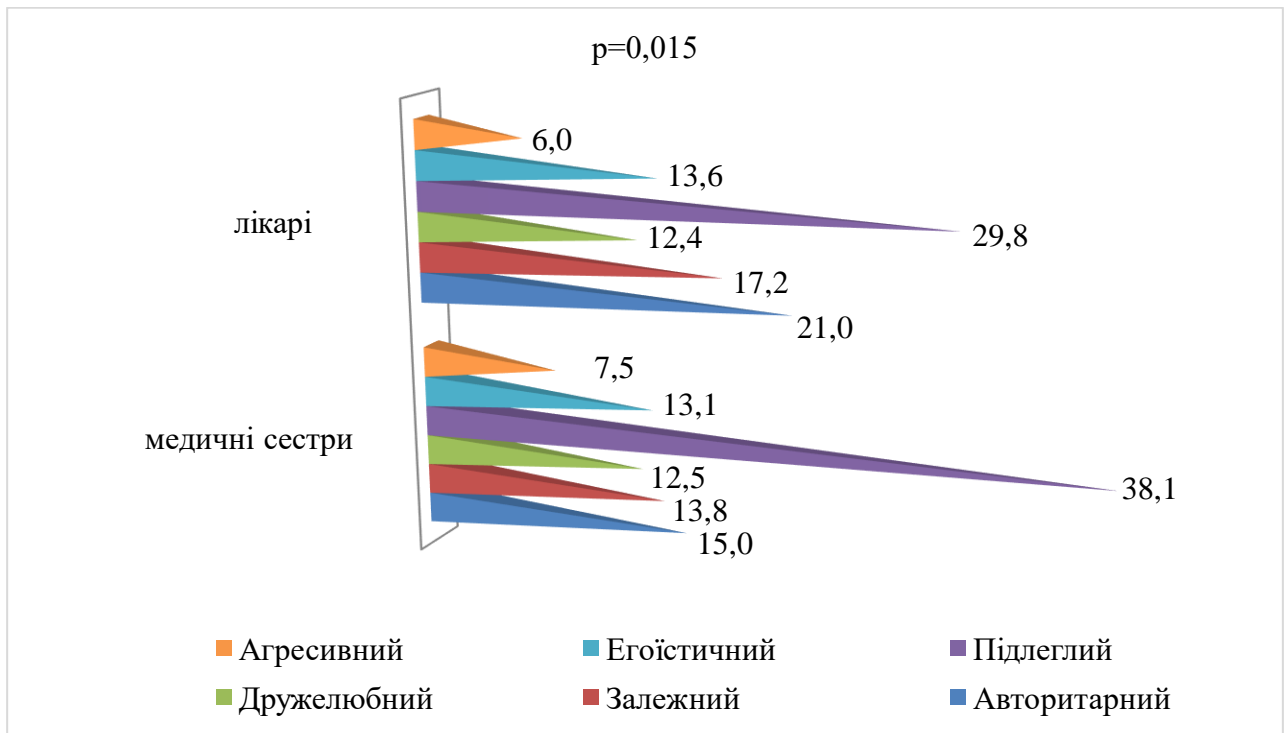


Рис. 6.8. Розподіл відповідей респондентів (лікарі/медичні сестри) на запитання «Який на Вашу думку домінуючий стиль поведінки в Вашому колективі?» (у відсотках)

Частина респондентів відмітила агресивний стиль поведінки, найбільший відсоток спостерігався у віковій категорії 56 років і старше і становив 11,1%; у інших вікових категоріях: 18-36 років – 7,0%; 36-55 років – 4,0% (рис. 6.9).

Отже, у всіх вікових категоріях отриманий результат показав у третини респондентів (29,9-34,0%) домінування підлеглому стилю поведінки, або конформістської моделі, яка обумовлює властивості підкорятися,

погоджуватися з чужою думкою, поступатися і не прагнути розв'язати гострі конфліктні питання.

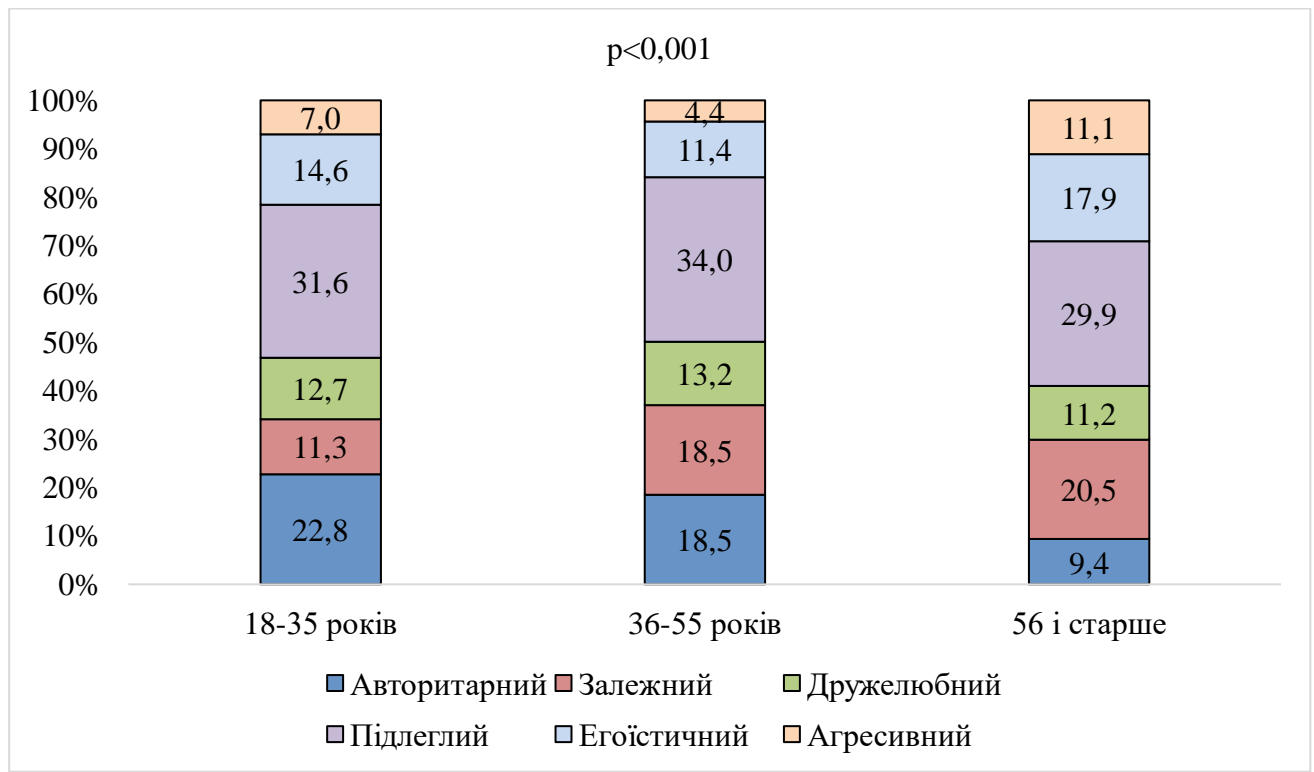


Рис. 6.9. Розподіл відповідей респондентів за віком щодо домінуючого стилю поведінки в медичному колективі (у відсотках)

Доволі значний відсоток осіб – 9,4-22,8% в залежності від віку, – відзначили авторитарний, 4,4-11,1% – респондентів – агресивний, а 11,4-17,9% – егоїстичний стилі, що вказало на значну частку осіб з деструктивними моделями поведінки серед усього контингенту опитаних.

Авторитарний стиль поведінки в колективі означає, що працівник під час спілкування з іншими учасниками робочого процесу (колегами, пацієнтами, їх родичами) демонструє домінування, тиск на співбесідника, неспроможність враховувати його думку, постійно намагається повчати та ігнорувати ініціативу й знижувати роль іншого учасника комунікації.

Агресивний стиль поведінки в колективі демонструють працівники, які схильні нанести моральні збитки, принижувати інших, конфліктувати, аби

виграти за будь-яких умов, практикувати ворожий тон і залякування у розмові. Такий прошарок в колективі є потенційним джерелом конфліктів як серед працівників, так і при контактах з пацієнтами та іншими особами, які звертаються до закладу охорони здоров'я.

Егоїстичний стиль поведінки передбачає зневагу до інших, пріоритет власних інтересів ціною зневаги до інтересів інших осіб, прагнення отримати власну користь і вигоду, заради чого егоїсти можуть вдаватися до жорстоких дій і створювати проблеми у відносинах.

На запитання «Якій формі вирішення конфлікту Ви надаєте перевагу?» розподіл відповідей представлений таким чином: серед лікарів та медичних сестер переважає пристосування (відповідно 26,8% та 31,8%), співпраця (відповідно 23,7% та 18,1%), компроміс (відповідно 18,5% та 23,1%); дещо нижчий відсоток належить суперництву – (відповідно 19,2% та 17,5%) та уникненню (відповідно 11,8% та 11,3%) (рис. 6.10).

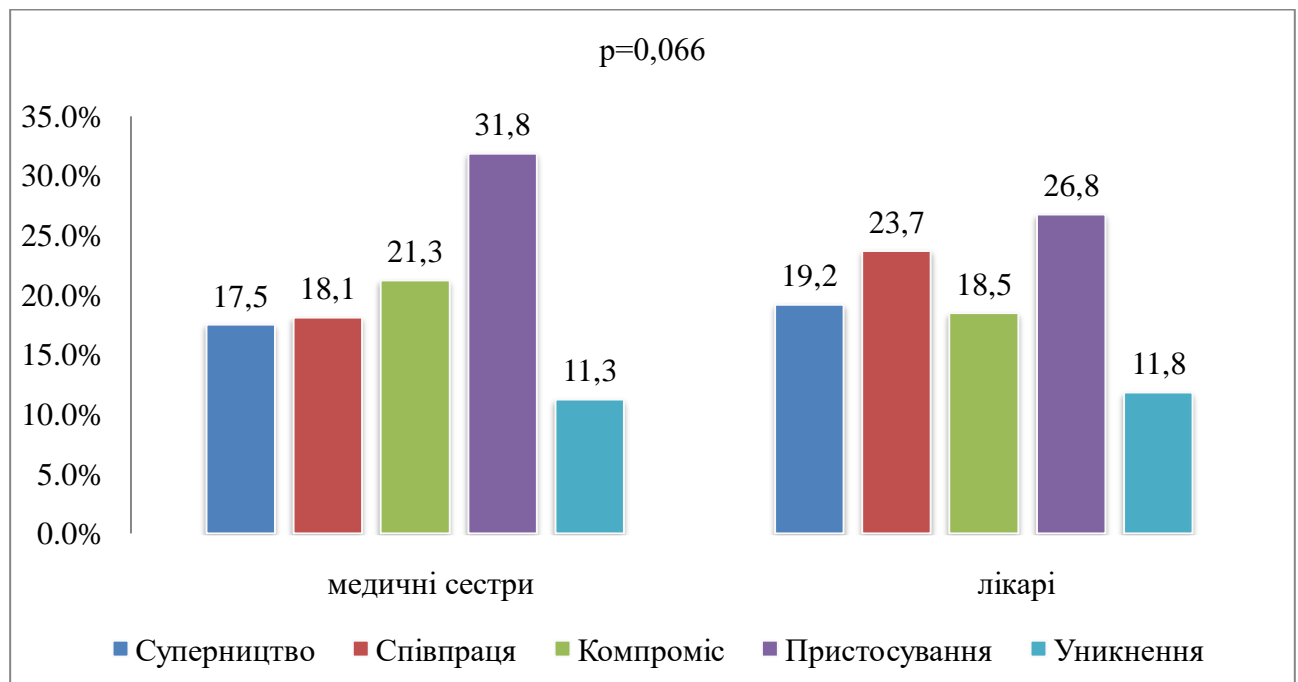


Рис. 6.10. Розподіл відповідей респондентів на запитання (лікарі/медичні сестри) «Якій формі вирішення конфлікту Ви надаєте перевагу?»

Співпраця є конструктивною формою вирішення конфлікту, яка дозволяє досягти бажаного результату та зберегти позитивний соціально-психологічний мікроклімат в колективі. Пристосування при тому, що не розпалює конфлікт, небезпечно тим, що інші учасники комунікацій можуть прийняти некомпетентне рішення, бо носій компетентностей неспроможний наполягати і доводити свою правоту. Уникання є хибним сценарієм вирішення конфлікту, оскільки передбачає невтручання, а значить, байдужість до вирішення питань, а суперництво – налаштованість на конфронтацію й посилення конфлікту. Відсоток осіб, які практикують дві останні форми вирішення конфлікту, як видно з результатів дослідження, в колективі достатньо високий.

Аналізуючи відповіді по вікових категоріях, отримані наступні результати (рис. 6.11):

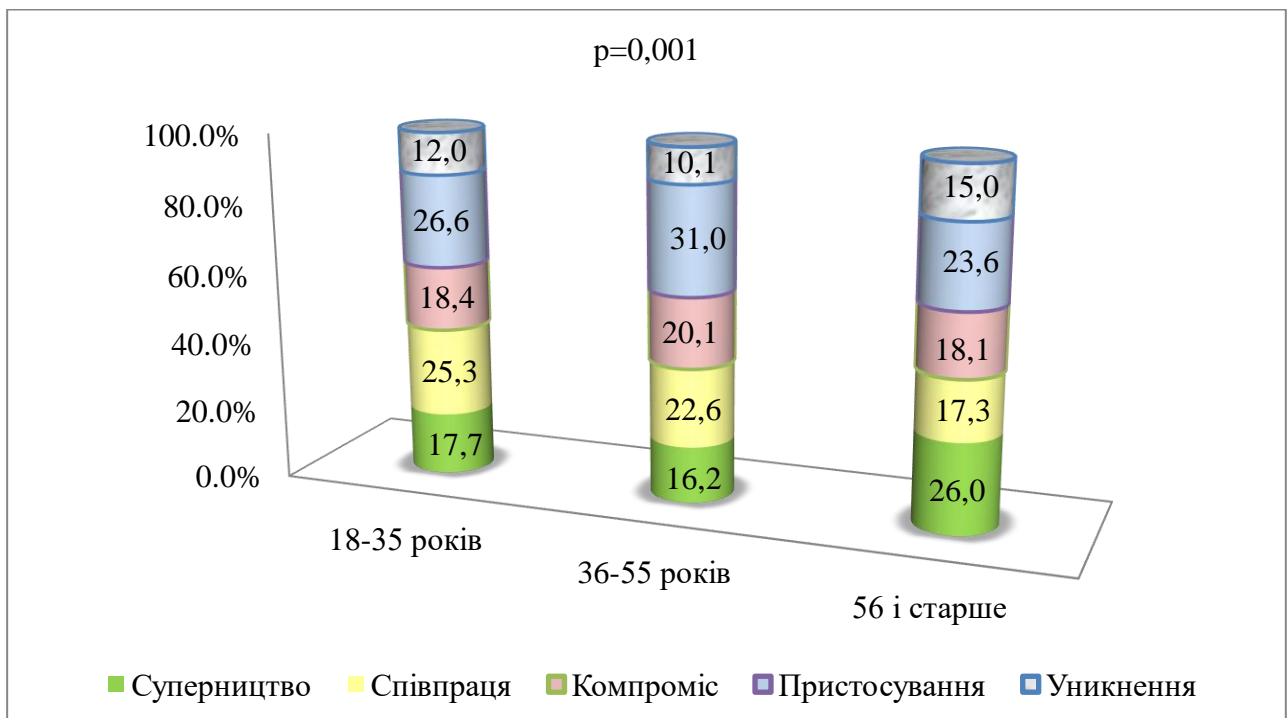


Рис. 6.11. Форми вирішення конфлікту (кількість відповідей респондентів різних вікових груп у відсотках)

- у віковій категорії 18-35 років переважають пристосування (26,6%) та співпраця (25,3%), далі компроміс та суперництво (18,4% та 17,7%) і 12,0% – уникнення;

- у віковій категорії 36-55 років – домінують пристосування та співпраця (31,0% та 22,6%), компроміс складає 20,1% відповідей, суперництво – 16,2% та 10,1% уникнення;

- у віковій категорії 56 років і старше 26,0% респондентів надають перевагу суперництву, 23,6% та 18,1% – пристосуванню та компромісу, рівноцінні між собою виявилися співпраця (17,3%) та уникнення (15,0%) за кількістю відповідей.

Отже, «суперництву» як найбільш небажаній формі вирішення конфлікту надають перевагу особи віком 56 років і старше (26,0%), відповідно, вони менше схильні до співпраці, що підтверджено найменшим відсотком відповідей (17,3%).- Особи більш молодого віку – 18-35 років та 36-55 років – схильні до співпраці (відповідно 25,3% та 22,6% відповідей) та пристосуванню (відповідно 26,6% та 31,0% відповідей).

На запитання «Наскільки виражена у Вас здатність до конфлікту (оцініть від 1 до 7)?» лікарі та медичні сестри відповіли наступне (рис. 6.12):

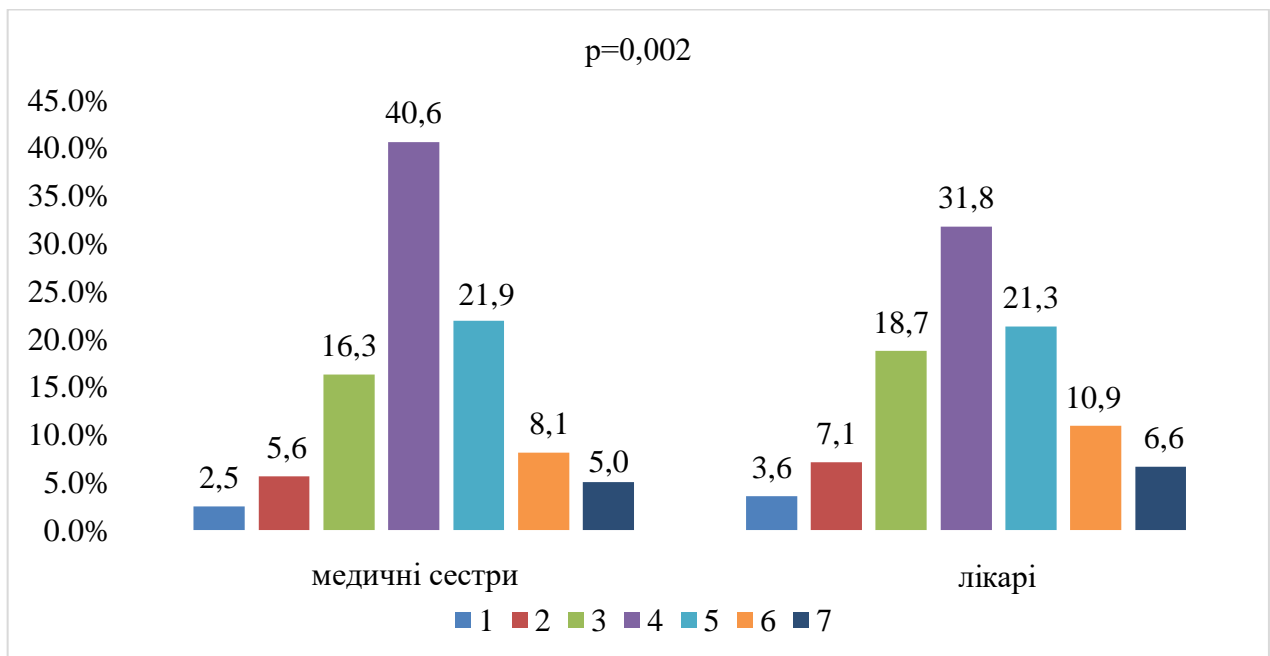


Рис. 6.12. Розподіл відповідей респондентів на запитання (лікарі/медичні сестри) «Наскільки виражена у Вас здатність до конфлікту (оцініть від 1 до 7)?» (у відсотках)



- 1 бал (лікарі – 3,6%; медичні сестри – 2,5%); 2 бали – (лікарі – 7,1%; медичні сестри – 5,6%); 3 бали – (лікарі – 18,7%; медичні сестри – 16,3%); 4 бали – (лікарі – 31,8%; медичні сестри – 40,6%); 5 балів – (лікарі – 21,0%; медичні сестри – 21,9%); 6 балів – (лікарі – 10,9%; медичні сестри – 8,1%); 7 балів – (лікарі – 6,6%; медичні сестри – 5,0%).

Отримані результати засвідчили, що значна кількість лікарів і медичних сестер (відповідно 31,8-40,6%) оцінили свою здатність до конфлікту на середньому рівні в 4 бали; загалом 38,8% лікарів та 35,0% медичних сестер визнали свій високий рівень конфліктності, вказавши його оцінку в 5-7 балів. Це вказало на доволі високий рівень конфліктності медичного персоналу за самооцінкою, що є потенційною загрозою для виникнення конфліктів між усіма учасниками процесу надання медичної допомоги та інших видів комунікацій, до яких залучені працівники з таким рівнем конфліктності.

Відповіді щодо здатності до конфлікту за віковими категоріями виявилися наступними (рис. 6.13):

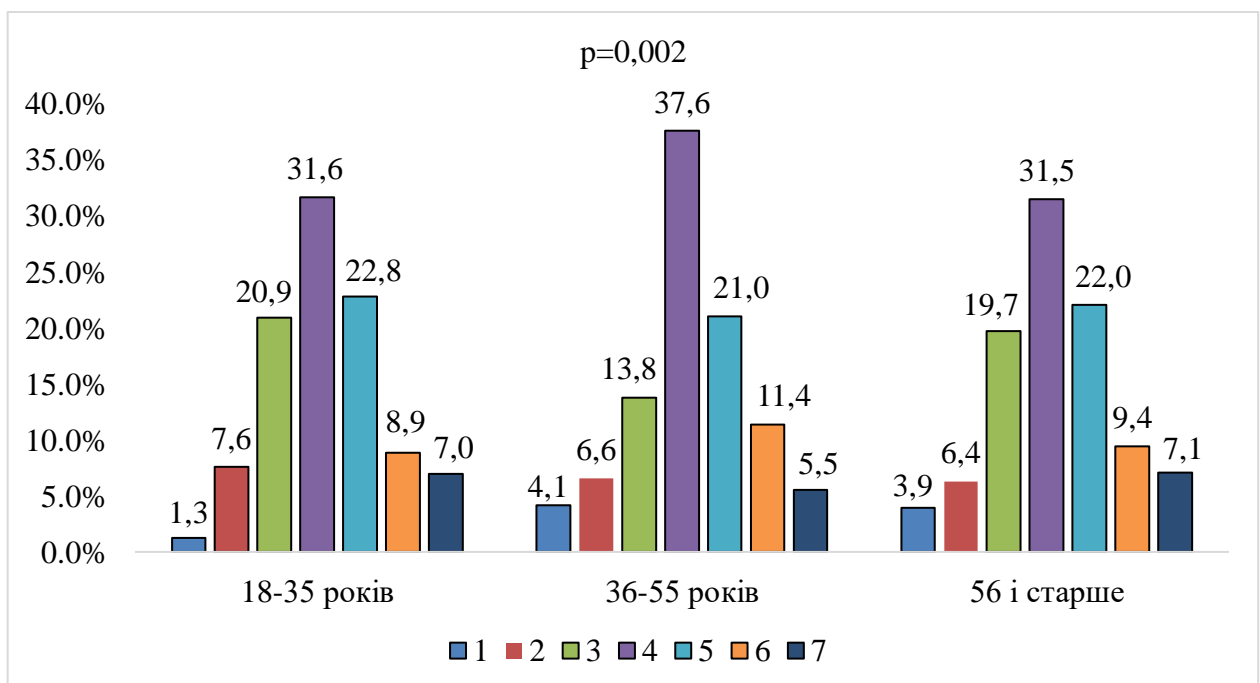


Рис. 6.13. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Оцініть свою здатність до конфлікту від 1 до 7 балів» по вікових категоріях (у відсотках)

- у віковій категорії 18-35 років: 1 бал – 1,3%; 2 бали – 7,6%; 3 бали – 20,9%; 4 бали – 31,6%; 5 балів – 22,8%; 6 балів – 8,9%; 7 балів – 7%;

- у віковій категорії 36-55 років: 1 бал – 4,1%; 2 бали – 6,6%; 3 бали – 13,8%; 4 бали – 37,6%; 5 балів – 21,0%; 6 балів – 11,4%; 7 балів – 5,5%;

- у віковій категорії 56 років і старше: 1 бал – 3,9%; 2 бали – 6,4%; 3 бали – 19,7%; 4 бали – 31,5%; 5 балів – 22,0%; 6 балів – 9,4%; 7 балів – 7,1%.

Виявлено по всіх вікових категоріях середню здатність до конфлікту з оцінкою від 3-х до 5-ти балів: 18-35 років – 20,9-31,6%; 36-55 років – 13,8-37,6%; 56 років і старше – 19,7-31,5%. Найбільша здатність до конфлікту на рівні загалом у 5-7 балів спостерігається у вікових категоріях 18-35 років (38,7% відповідей) та 56 років і старше (38,5% відповідей); у віковій категорії 36-55 років таких відповідей було 37,9%. У цілому, слід зазначити, що віковий критерій підтвердив високий рівень конфліктності респондентів, визначений раніше за критерієм професійної належності.

На запитання «Як часто у Вашому колективі виникають конфлікти?» відповіді були наступні(рис. 6.14).

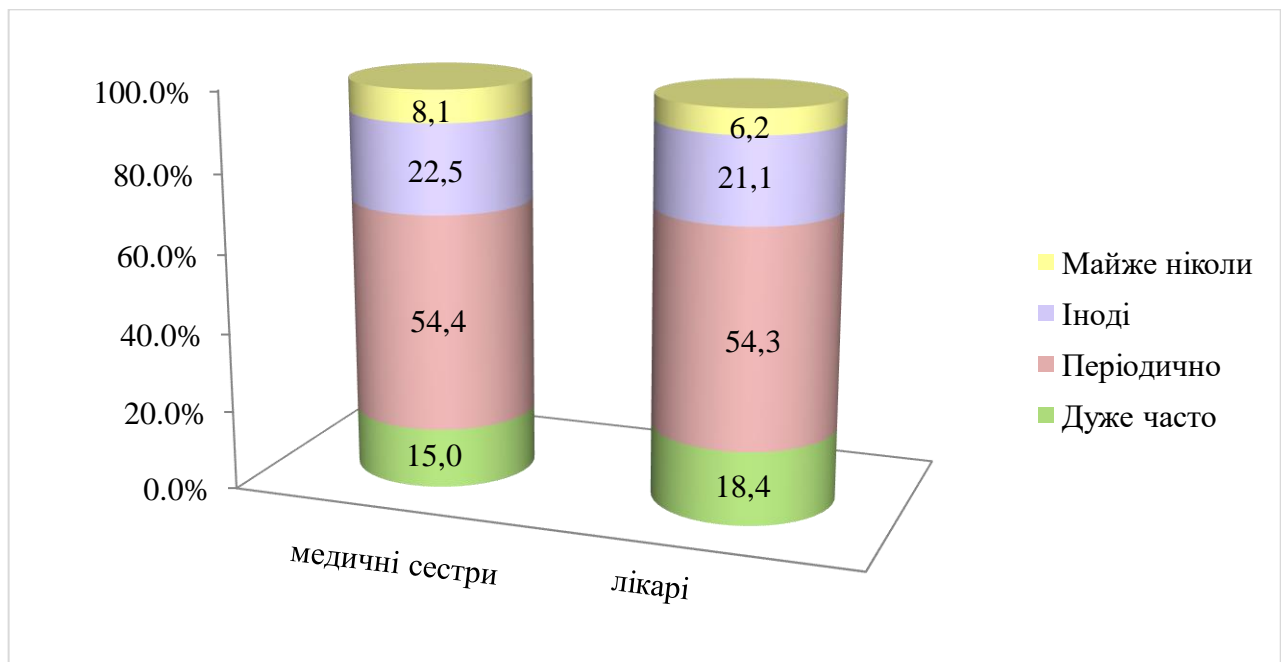


Рис. 6.14. Розподіл відповідей респондентів на запитання (лікарі/медичні сестри) «Як часто у Вашому колективі виникають конфлікти?» (у відсотках)

У лікарів: дуже часто – 18,4%; періодично – 54,3%; іноді – 21,1%; майже ніколи – 6,2%; у медичних сестер: дуже часто – 15,0%; періодично – 54,4%; іноді – 22,5%; майже ніколи – 8,1%.

Аналіз даних підтвердив отримані дані за опитуваннями керівників і пацієнтів, що конфлікти у медичних колективах – не поодинокі явища, оскільки виникають часто за відповідями 18,5% лікарів та 15,0% медичних сестер, а періодично – відповідно за свідченнями 54,3% та 54,4% респондентів.

Відповіді щодо частоти виникнення конфліктів у розрізі вікових категорій опитуваних були наступними (рис. 6.15):

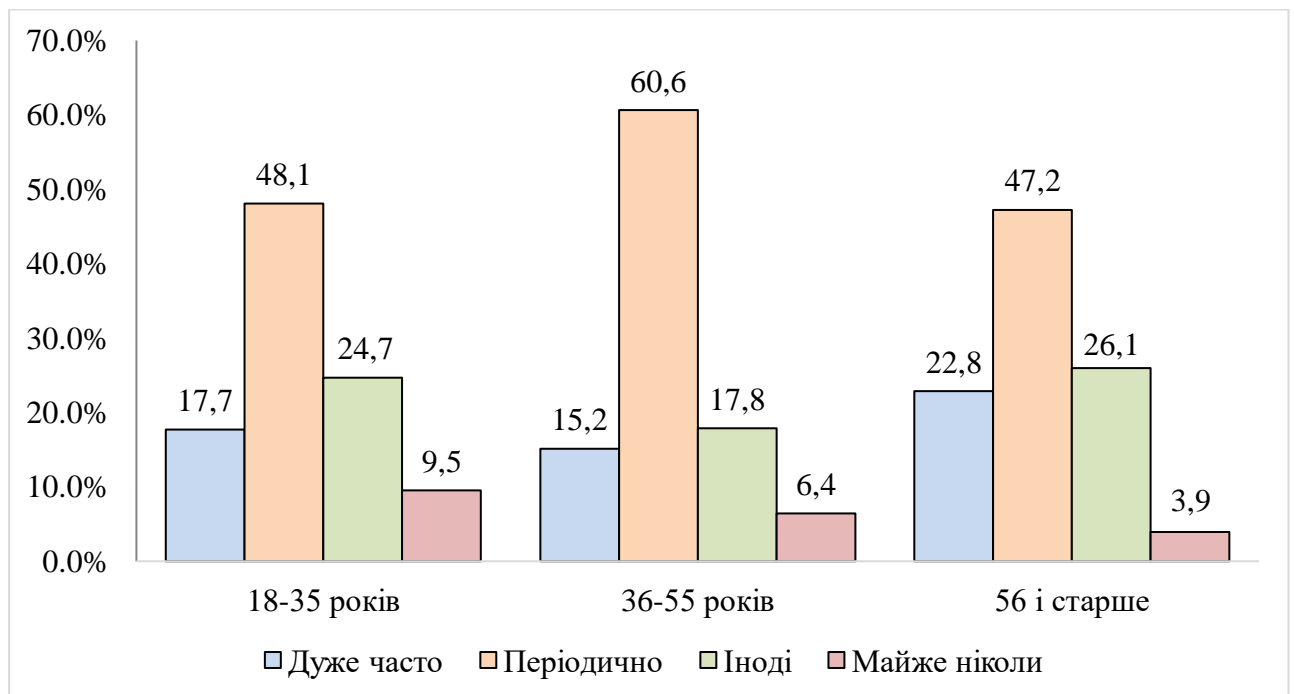


Рис. 6.15. Частота виникнення конфліктів у медичному колективі, за відповідями респондентів різних вікових груп (у відсотках)

- у віковій категорії 18-35 років: дуже часто – 17,7%; періодично – 48,1%; іноді – 29,4%; майже ніколи – 9,5%;

- у віковій категорії 36-55 років: дуже часто – 15,2%; періодично – 60,6%; іноді – 17,8%; майже ніколи – 6,4%;

- у віковій категорії 56 років і старше: дуже часто – 22,8%; періодично – 47,2%; іноді – 26,1%; майже ніколи – 3,9%.

Тобто, конфлікти періодично виникають серед, за даними 47,2%-60,6% опитаних усіх вікових категорій, а дуже часто – за даними 15,2% осіб 36-55 років, 17,7% відповідей осіб 18-35 років та 22,85 осіб віком 56 років і старше.

На запитання «Чи вважаєте Ви себе конфліктною особистістю?» розподіл відповідей наступний: лікарі: безумовно, так – 19,7%; можливо – 66,8%; безумовно, ні – 13,5%; медичні сестри: безумовно, так – 13,1%; можливо – 72,5%; безумовно, ні – 14,4% (рис. 6.16).

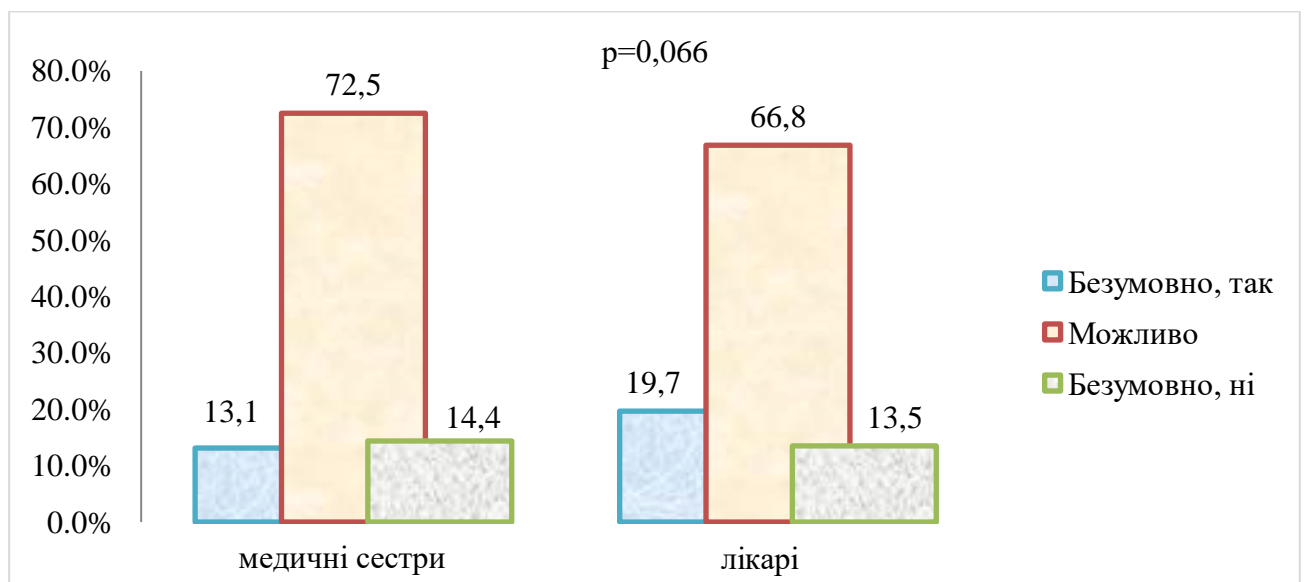


Рис. 6.16. Розподіл відповідей респондентів на запитання (лікарі/медичні сестри) «Чи вважаєте Ви себе конфліктною особистістю?» (у відсотках)

Отже, респонденти визнали, що мають схильність до конфліктів. Відповіді «можливо» становлять діапазон від 66,8% (лікарі) до 72,5% (середні медичні працівники); вважають себе конфліктними «безумовно, так» – відповідно 13,1% та 19,7% опитаних. І лише 13,5% лікарів та 14,4% медичних сестер заперечували свою схильність до конфліктів.

Аналізуючи відповіді по вікових категоріях ситуація виявилася наступною:

- у віковій категорії 18-35 років: безумовно, так – 18,4%; можливо – 67,7%;  
безумовно, ні – 13,9%;

- у віковій категорії 36-55 років: безумовно, так – 16,2%; можливо – 68,3%;  
безумовно, ні – 15,5%;

- у віковій категорії 56 років і старше: безумовно, так – 21,3%; можливо –  
69,3%; безумовно, ні – 9,4% (рис. 6.17).

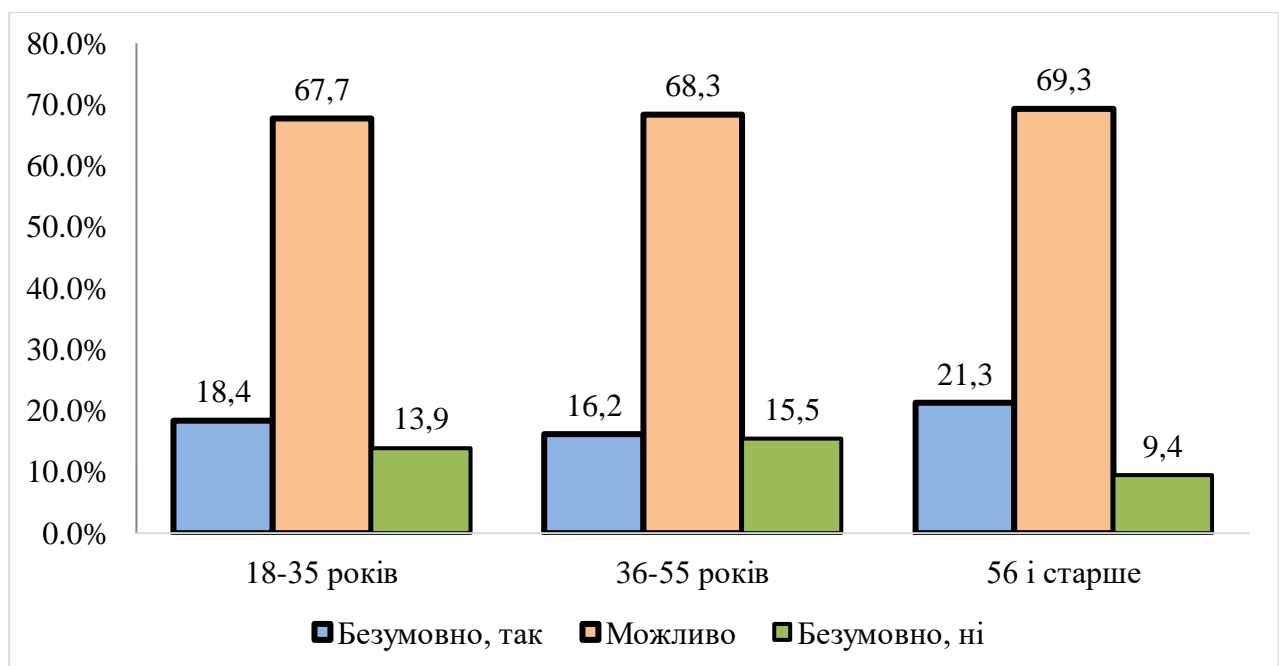


Рис. 6.17. Розподіл відповідей респондентів на запитання (лікарі/медичні сестри) «Чи вважаєте Ви себе конфліктною особистістю?» в залежності від віку (у відсотках)

Усі вікові категорії зазначили, що у них «можлива» наявна схильність до конфлікту за даними 67,7-69,3% респондентів в залежності від вікової категорії; також вважають себе конфліктними особистостями від 16,2% до 21,3%, що підтвердило вище одержані результати.

На запитання «Вкажіть причини виникнення конфліктів у Вашому колективі?» лікарі відповіли наступне: високі амбіції деяких працівників – 20,4% відповідей; заздрість один до одного – 32,1% відповідей; боротьба за посаду –

37,2% відповідей; низький рівень професіоналізму у працівників – 10,3% відповідей; медичні сестри – відповідно: 14,8%; 40,8%; 34,7%; 9,7% (рис. 6.18).

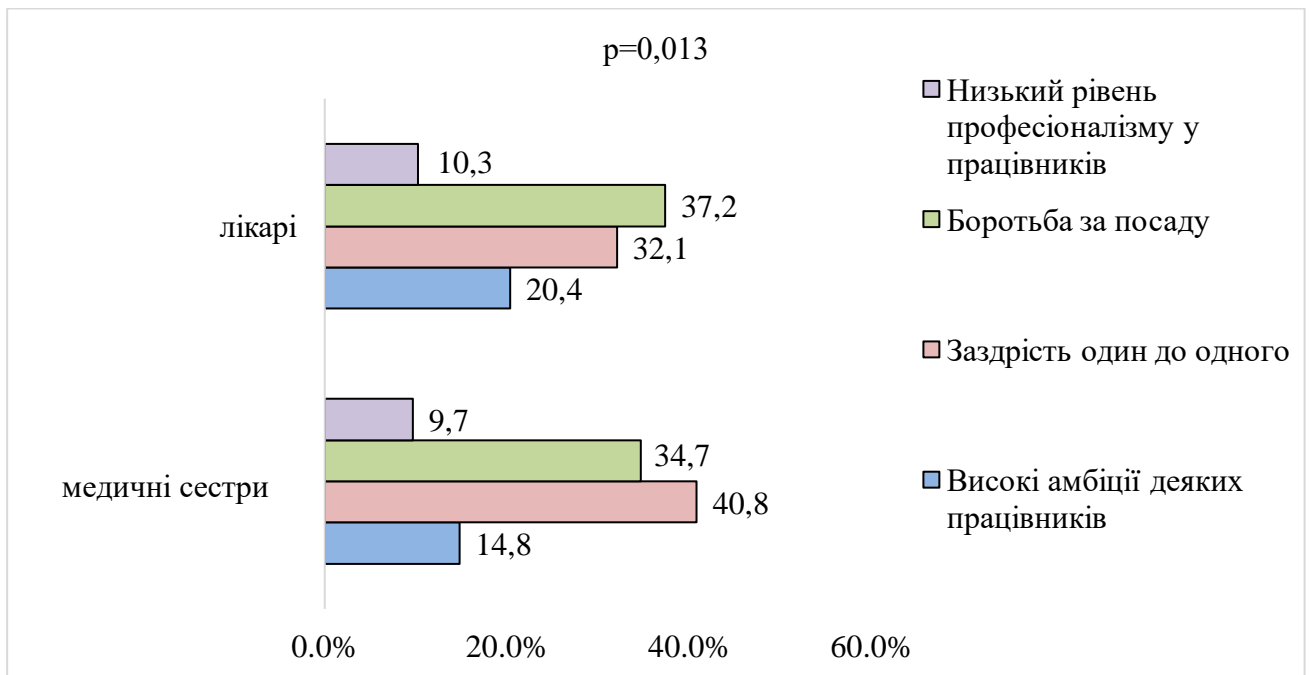


Рис. 6.18. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Вкажіть причини виникнення конфліктів у Вашому колективі?» (у відсотках)

Аналіз причин виникнення конфлікту в медичних колективах показав, що вони виникають внаслідок: нездорової конкуренції стосовно зайняття певної посади; неспроможності досягти особою таких успіхів, як колеги з професійного оточення, що викликає порушення емоційного стану у вигляді заздрощів; високі амбіції, які не задовольняються, та призводять до конфліктів.

Перебування працівників в такому конфліктному середовищі, постійний стрес створюють загрозу відволікання їх від концентрації на якісному виконанні покладених функцій, наражають на зниження ефективності праці при наданні медичної допомоги пацієнтам, а отже, сприяють незадоволеності пацієнтів медичною допомогою та загалом спілкуванням із системою охорони здоров'я.

Розподіл відповідей на запитання «Причини виникнення конфліктів медичних колективах?» за віковими категоріями був наступний (рис. 6.19):

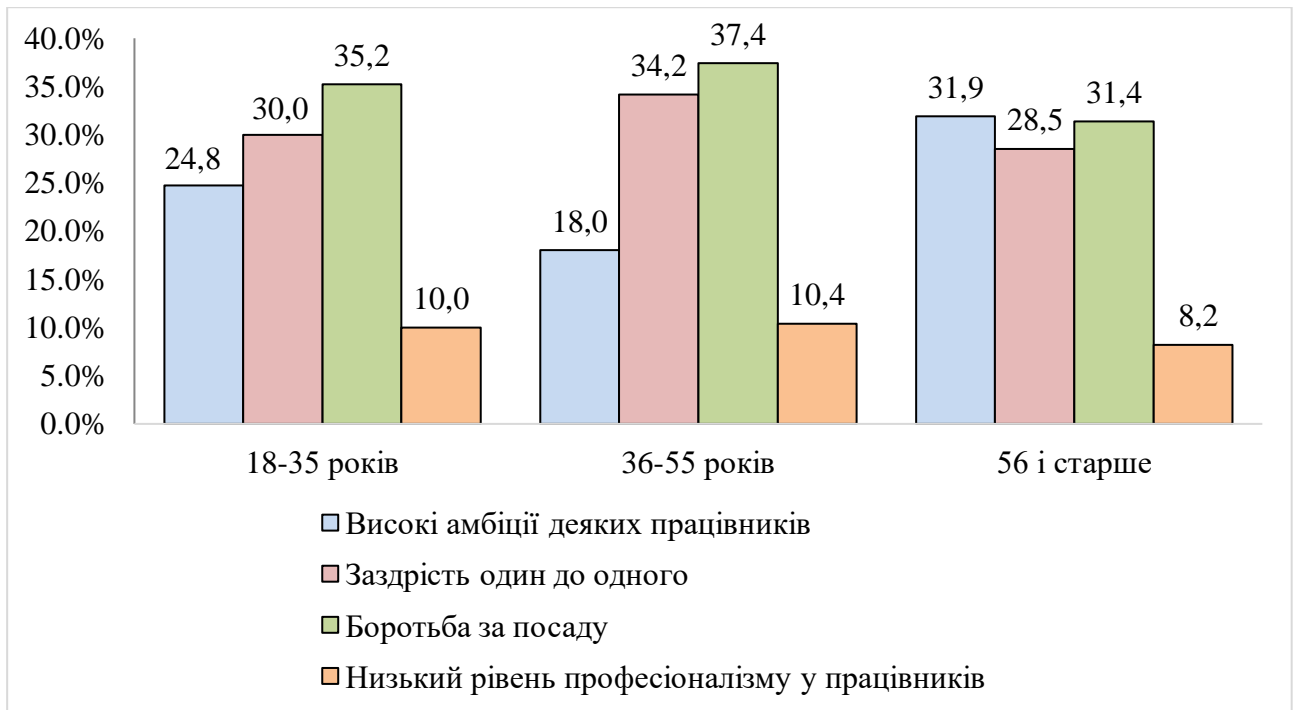


Рис. 6.19. Причини виникнення конфліктів медичних колективах?» (у відсотках)

- вікова категорія 18-35 років: високі амбіції деяких працівників – 24,8%; заздрість один до одного – 30,0%; боротьба за посаду – 35,2%; низький рівень професіоналізму у працівників – 10,0%;

- вікова категорія 36-55 років: високі амбіції деяких працівників – 18,0%; заздрість один до одного – 34,2%; боротьба за посаду – 37,4%; низький рівень професіоналізму у працівників – 10,4%;

- вікова категорія 56 років і старше: високі амбіції деяких працівників – 31,9%; заздрість один до одного – 28,5%; боротьба за посаду – 31,4%; низький рівень професіоналізму у працівників – 8,2%.

Відмінностями в частоті виникнення конфліктів за причинами за відповідями респондентів прослідковується з віком зростання посилення на високі амбіції деяких працівників, з 18,0% у віковій групі 36-55 років, 24,8% у віковій групі 18-35 років до 31,9% у віковій групі 56 років і старше. Зважаючи на передпенсійний вік, можна стверджувати, що ці амбіції є нереалізованими, а тому й стають причинами конфліктів.

На запитання «Як Ви вважаєте, хто зможе гідно захистити Ваші інтереси на випадок виникнення конфліктної ситуації?» лікарі та медичні сестри надали більшу перевагу суду – відповідно 32,5% і 26,8% відповідей та особистим зв'язкам – 30,2% і 29,2% відповідно; дещо нижчі відсотки за відповідями надані керівництву закладу – 15,1% і 16,8% відповідно, працівникам установи – 7,7% і 11,6% відповідно, трудовій інспекції – 4,1% і 5,2% відповідно; профспілки отримали однаковий відсоток відповідей – по 10,4% (рис. 6.20).

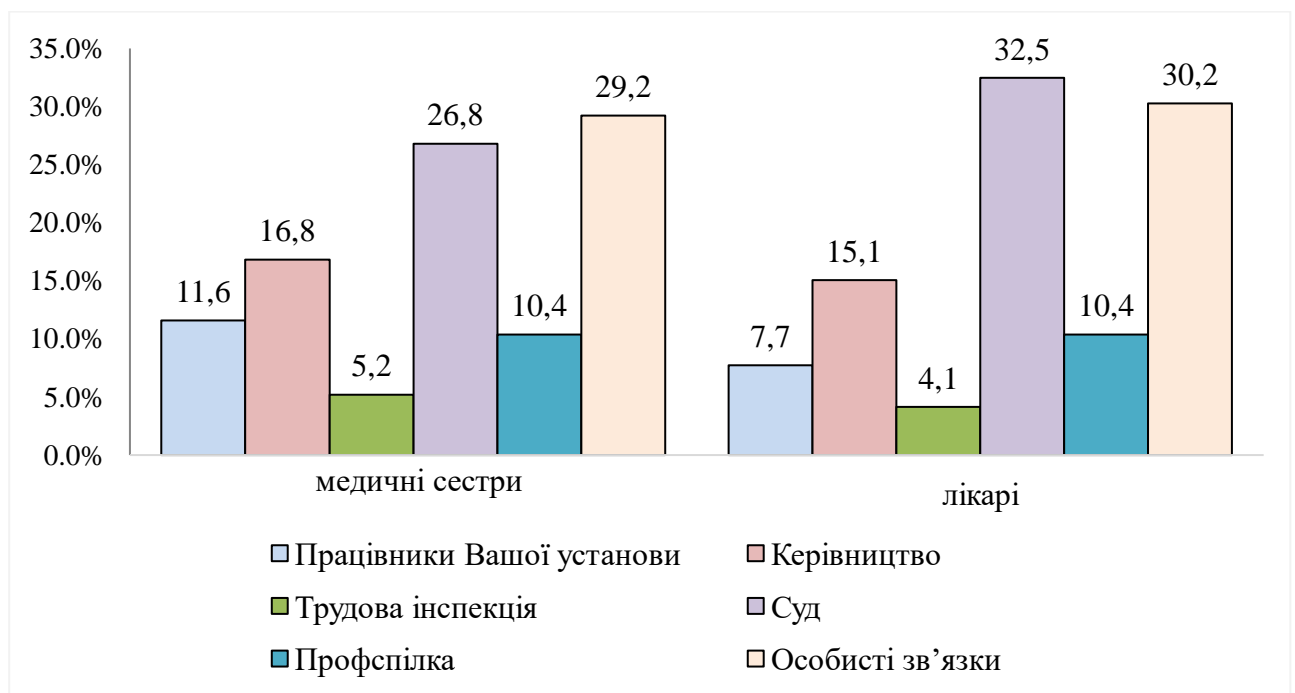


Рис. 6.20. Розподіл відповідей респондентів віком 18-35 років на запитання «Як Ви вважаєте, хто зможе гідно захистити Ваші інтереси на випадок виникнення конфліктної ситуації?» (у відсотках)

Отже, респонденти відчують найбільшу довіру до судових органів і особистих зв'язків в питаннях захисту власних інтересів на випадок виникнення конфліктної ситуації. Керівники закладів охорони здоров'я, владні та громадські організації таку довіру мають серед значно меншого про шарку респондентів.



У віковій категорії 18-35 років респонденти щодо до захисту власних інтересів під час конфліктної ситуації у відповідях надали перевагу суду (29,8%), особистим зв'язкам (27,7%) та керівництву (17,5%); нижчі відсотки отримали працівники установи (11,1%), профспілка (9,9%) та трудова інспекція (4%).

Вікова категорія 36-55 років зазначила наступне: суд та особисті зв'язки обрала однакова кількість респондентів (31,7%), далі керівництво – 14,9%; профспілка – 10,4%; працівники установи – 7,0% та трудова інспекція – 4,3%.

Респонденти у віковій категорії 56 років і старше зазначили наступні варіанти свого захисту під час конфлікту: суд та особисті зв'язки (30,8% і 28,4%; керівництво – 14,7%; профспілка – 10,9%; працівники установи – 10,0% та трудова інспекція – 5,2% (рис. 6.21).

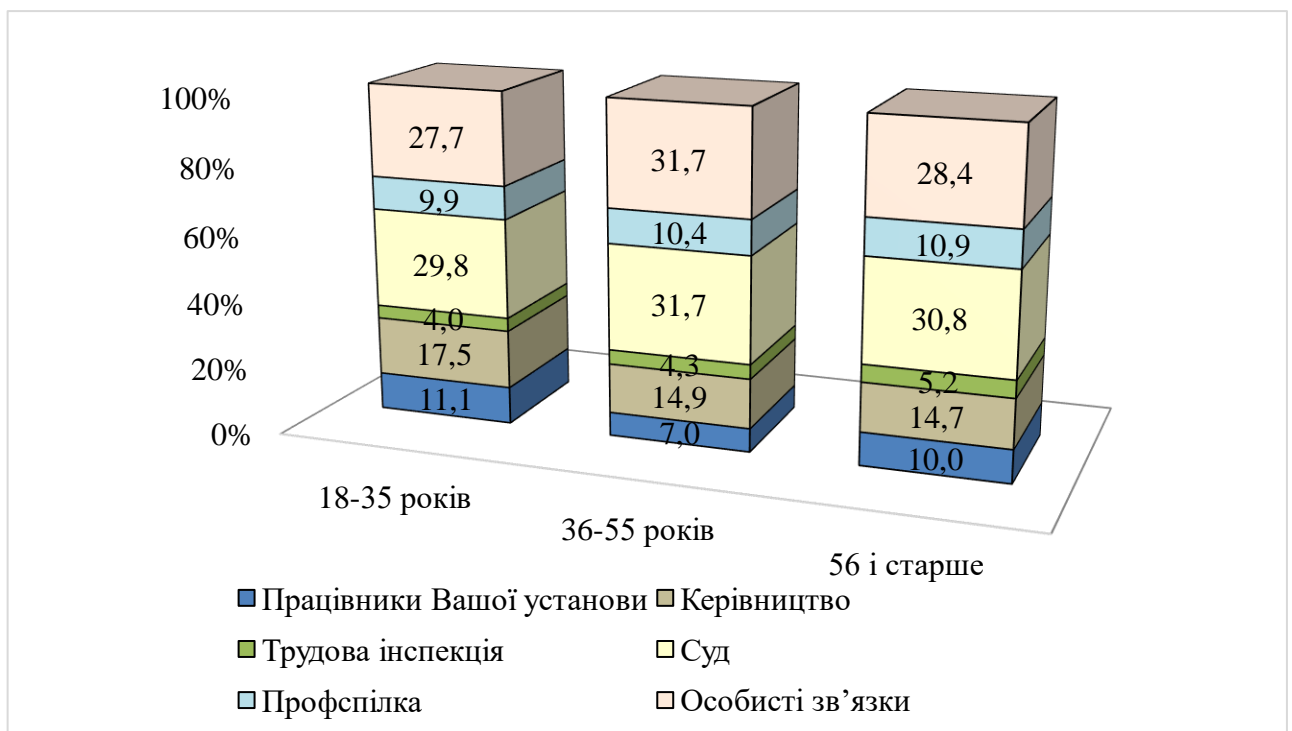


Рис. 6.21. Розподіл відповідей респондентів віком 36-55 років та 56 років і старше на запитання «Як Ви вважаєте, хто зможе гідно захистити Ваші інтереси на випадок виникнення конфліктної ситуації?» (у відсотках)

Судовий спосіб вирішення спорів є найбільш розповсюдженим в Україні, але це зовсім не означає, що він задовольняє інтереси обох сторін. У будь-якому судовому розгляді є сторона, яка виграла та сторона, яка програла. У цьому випадку спір може бути вирішено, але конфлікт між сторонами так і залишиться.

На запитання «Які конфлікти у Вашому колективі виникають найчастіше?» респонденти відповіли наступне (рис. 6.22):

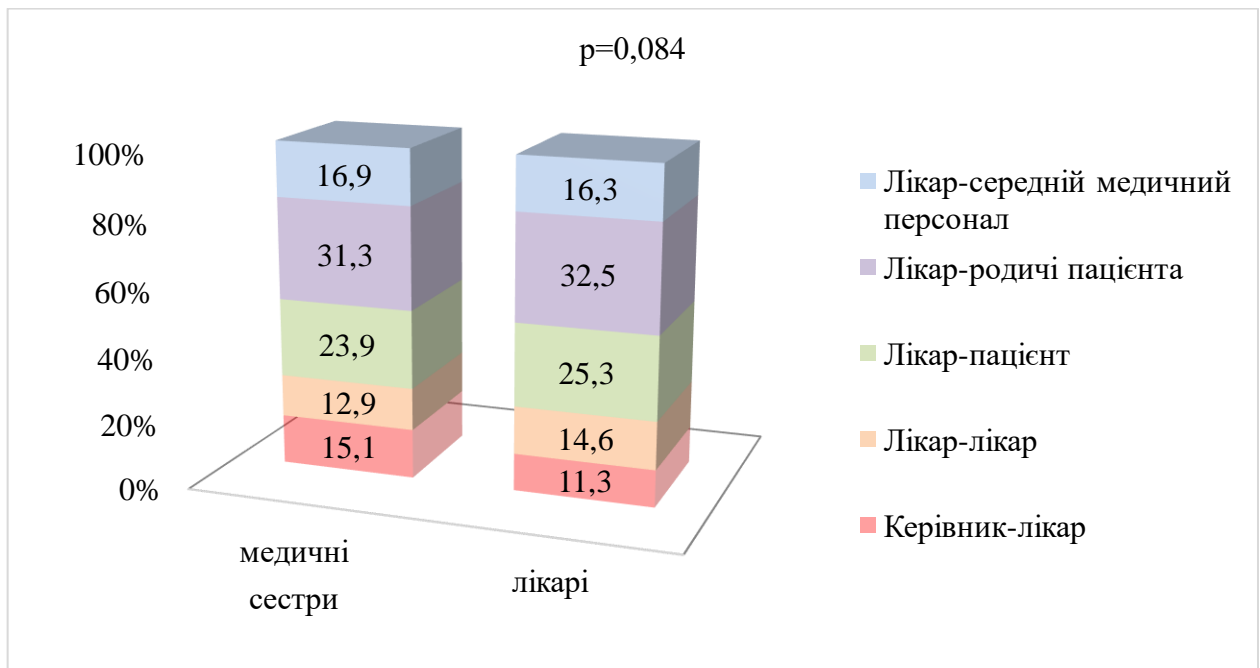


Рис. 6.22. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Які конфлікти у Вашому колективі виникають найчастіше?» (у відсотках)

- лікарі зазначили, що найчастіше конфлікти виникають між лікарем та родичами пацієнта (32,5%), дещо нижчий відсоток (25,3%) відповідей вказав на конфлікти між лікарем і пацієнтом; конфлікти між лікарями і середнім медичним персоналом виникають за даними 16,3% респондентів цієї професійної групи, між лікарями – за даними 14,6% опитаних; між керівником і лікарем – за відповідями 11,3% учасників дослідження;

- за відповідями медичних сестер структура конфліктів в залежності від його учасників подібна, а за частотою показала, що найчастіше виникають конфлікти між лікарем та родичами пацієнта (відповіли 31,3% опитаних), між лікарем і пацієнтом (23,9%), між лікарем і середнім медичним персоналом (16,9%), керівником і лікарем (15,1%), між лікарями (12,8% відповідей).

Тобто, приблизно п'ята частина респондентів вказала на конфлікти лікаря з пацієнтами, третина – на конфлікти з родичами пацієнтів, а решта респондентів зазначили про конфлікти в колективах.

Аналіз відповідей у розрізі вікових категорій показав, що коливання в залежності від вікових категорій не змінювали закономірностей за критеріями учасників конфлікту та їх рангу за частотою по обом досліджуваним контингентам: найчастіше виникають конфлікти між лікарем-родичами пацієнта (31,8-32,7%) та лікарем-пацієнтом (23,2%-26,0%); дещо нижчий відсоток респондентів відповіли про конфлікти між лікарем і середнім медичним персоналом (14,2%-18,0%), між лікарями (11,4%-15,5%) та керівником і лікарем (11,7%-13,3%) (рис. 6.23).

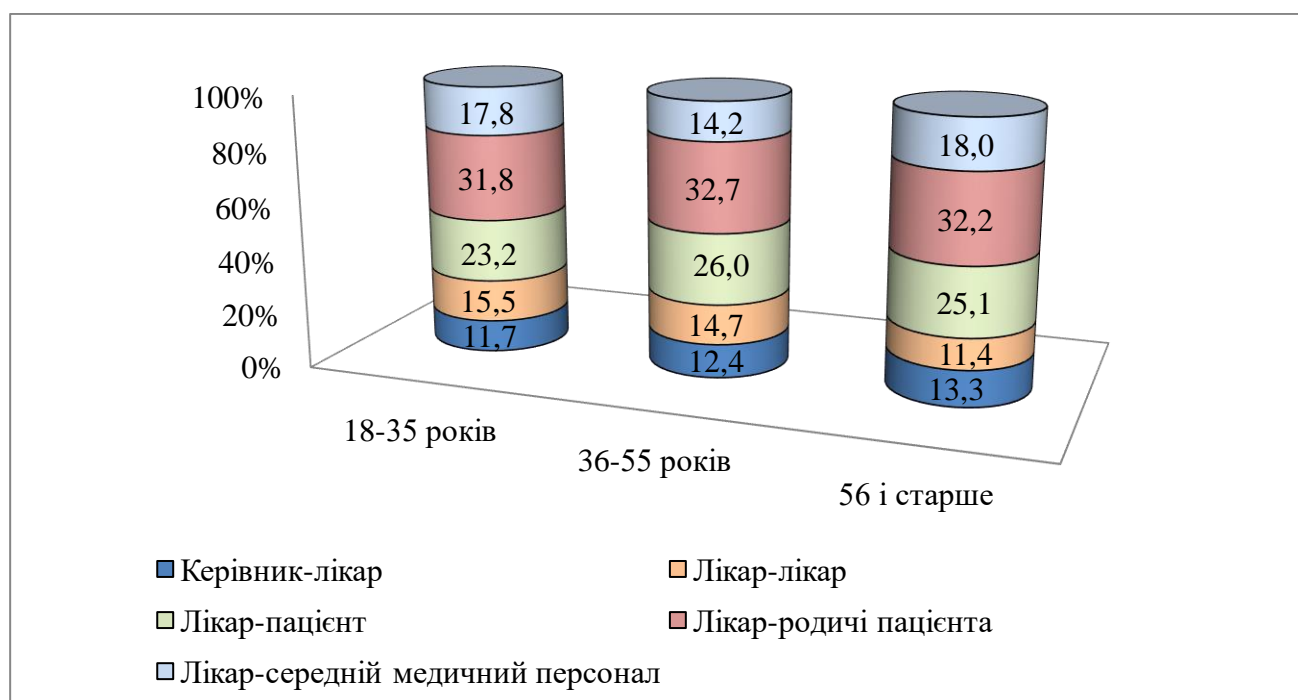


Рис. 6.23. Частота виникнення конфліктів в системі «керівник-лікар-середній медичний персонал-пацієнт-родичі пацієнта» (у відсотках)

Результати аналізу черговий раз підтвердили несприятливу психо-емоційну атмосферу в колективах, які представляли респонденти, та актуальність проблеми, що досліджувалась.

На запитання «Якщо правда на боці слабкого учасника конфлікту, то як зазвичай поступають Ваші працівники?» лікарі відповіли наступне: захищають слабкого – 32,7%; займають нейтральну позицію, намагаючись не втручатися – 32,7%; важко відповісти, залежить від конфліктної ситуації – 24,2%; захищають сильного – 16,8%; середні медичні працівники займають нейтральну позицію, намагаючись не втручатися – у 54,3% відповідей; захищають слабкого – 26,3%; майже однаковий відсоток респондентів зазначили, їм важко відповісти, залежить від конфліктної ситуації (10,0%) та вони захищають сильного (9,4%) (рис. 6.24).

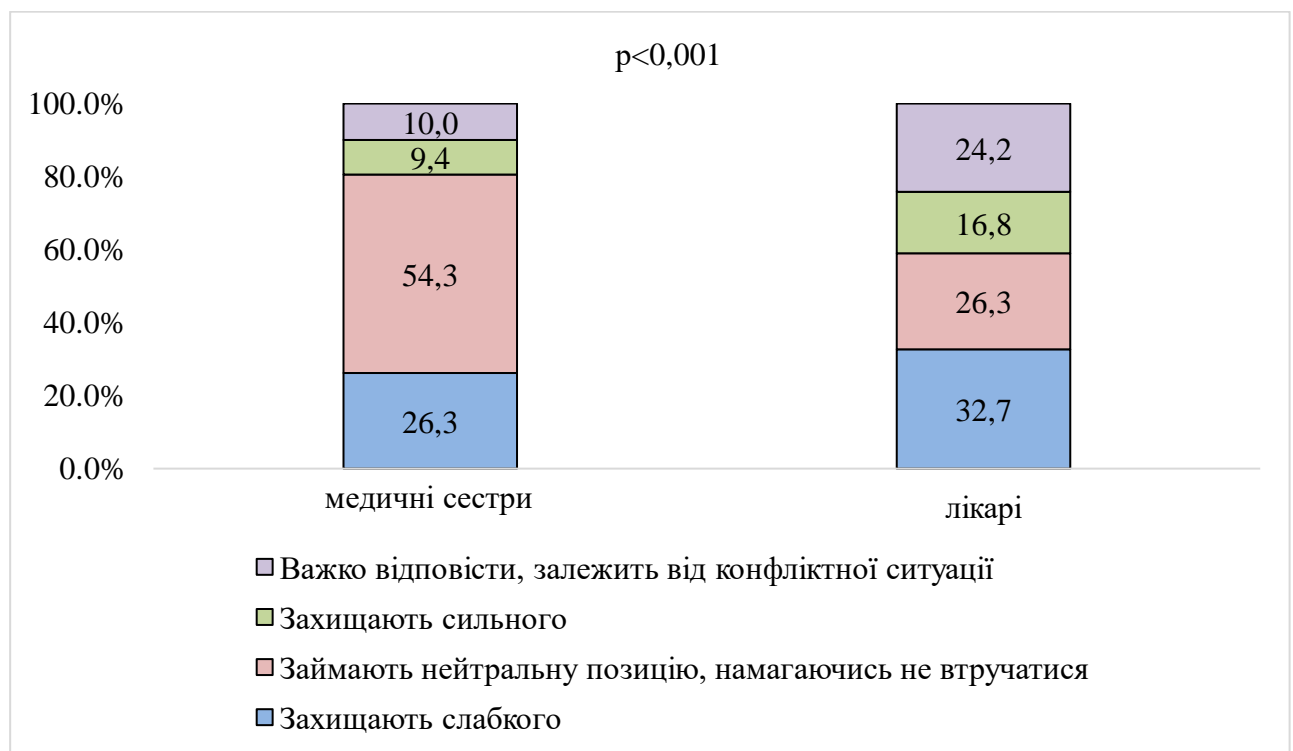


Рис. 6.24. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Якщо правда на боці слабкого учасника конфлікту, то як зазвичай поступають Ваші працівники?» (у відсотках)

Наскрізний аналіз відповідей щодо поведінки під час конфлікту респондентів усіх вікових категорій показав, що медичні працівники займають нейтральну позицію, намагаючись не втручатися (31,5%-36,1%); захищають слабого (26,7%-33,5%); захищають сильного – 12,8%-20,5%; важко відповісти, залежить від конфліктної ситуації (16,5%-21,9%) (рис. 6.25)

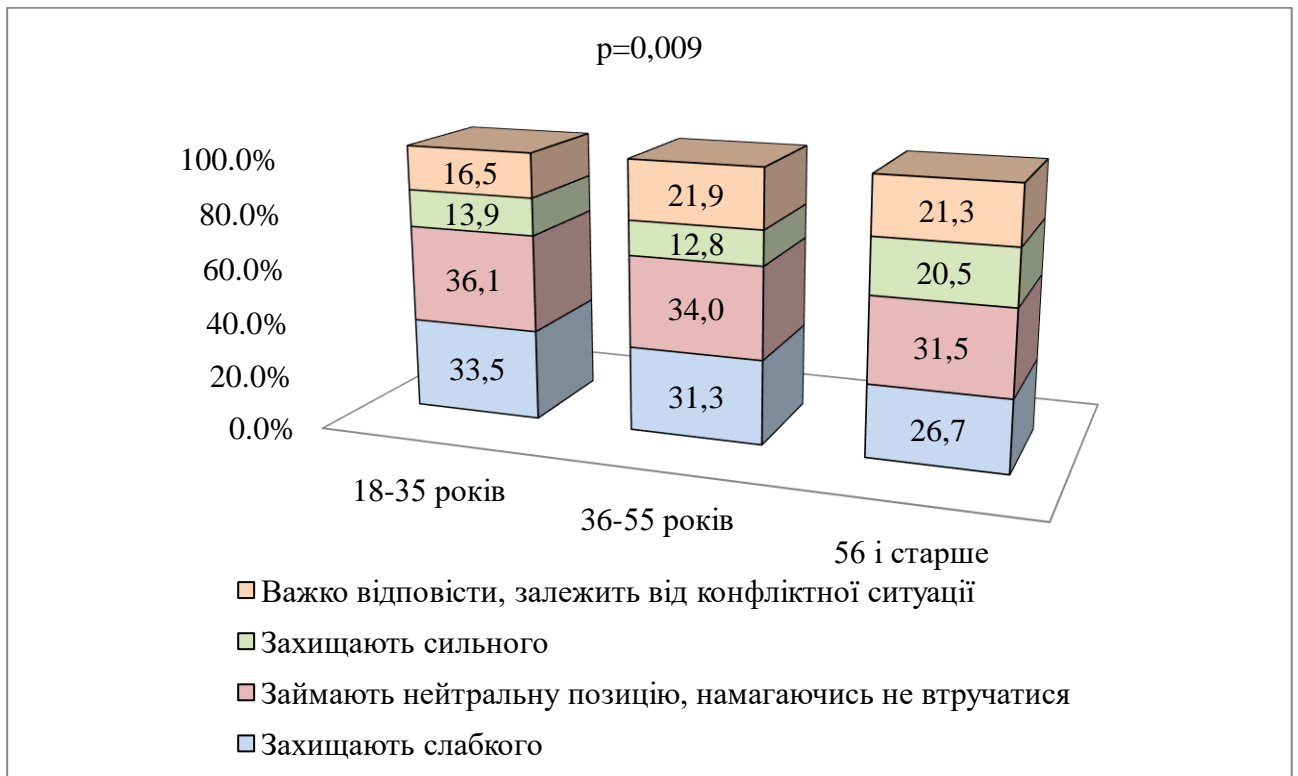


Рис. 6.25. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Якщо правда на боці слабого учасника конфлікту, то як зазвичай поступають Ваші працівники?» (в залежності від віку, у відсотках)

Отже, результати опитування в розрізі вікових категорій респондентів показують, що медичні працівники у випадку виникнення конфлікту всередині колективу чи з пацієнтами частіше займають нейтральну позицію, намагаючись не втручатися, і тільки від 26,7% до 33,5% захищають слабого. Але є відсоток респондентів, яким важко відповісти, тому що все залежить від конфліктної ситуації і які фактори ризику до неї могли призвести.

На запитання «Яка ситуація характерна для Вашої установи на випадок виникнення конфлікту між керівництвом та працівником?» респонденти відповіли, що працівники відкрито обурюються (лікарі – 50,2%; медичні сестри – 58,1%); працівники мовчать і не втручаються (лікарі – 26,8%; медичні сестри – 25,0%); працівники погрожують судом або звільненням (лікарі – 12,8%; медичні сестри – 10,6%); працівники скаржаться до вищої інстанції (лікарі – 10,2%; медичні сестри – 6,3%) (рис. 6.26).



Рис. 6.26. Розподіл відповідей респондентів на запитання (лікарі/медичні сестри) «Яка ситуація характерна для Вашої установи на випадок виникнення конфлікту між керівництвом та працівником?» (у відсотках)

У різних вікових категоріях відсоток відповідей на поставлені запитання були наступні:

- 18-35 років: працівники відкрито обурюються (51,9%); працівники мовчать і не втручаються (27,2%); працівники погрожують судом або звільненням (12,0%); працівники скаржаться вищестоящій інстанції (8,9%);

- 36-55 років: працівники відкрито обурюються (53,5%); працівники мовчать і не втручаються (26,9%); працівники погрожують судом або звільненням та скаржаться вищестоящій інстанції (9,8%);

- 56 років і старше: працівники відкрито обурюються (50,4%); працівники мовчать і не втручаються (23,6%); працівники погрожують судом або звільненням (18,1%); працівники скаржаться вищестоящій інстанції (7,9%) (рис. 6.27).

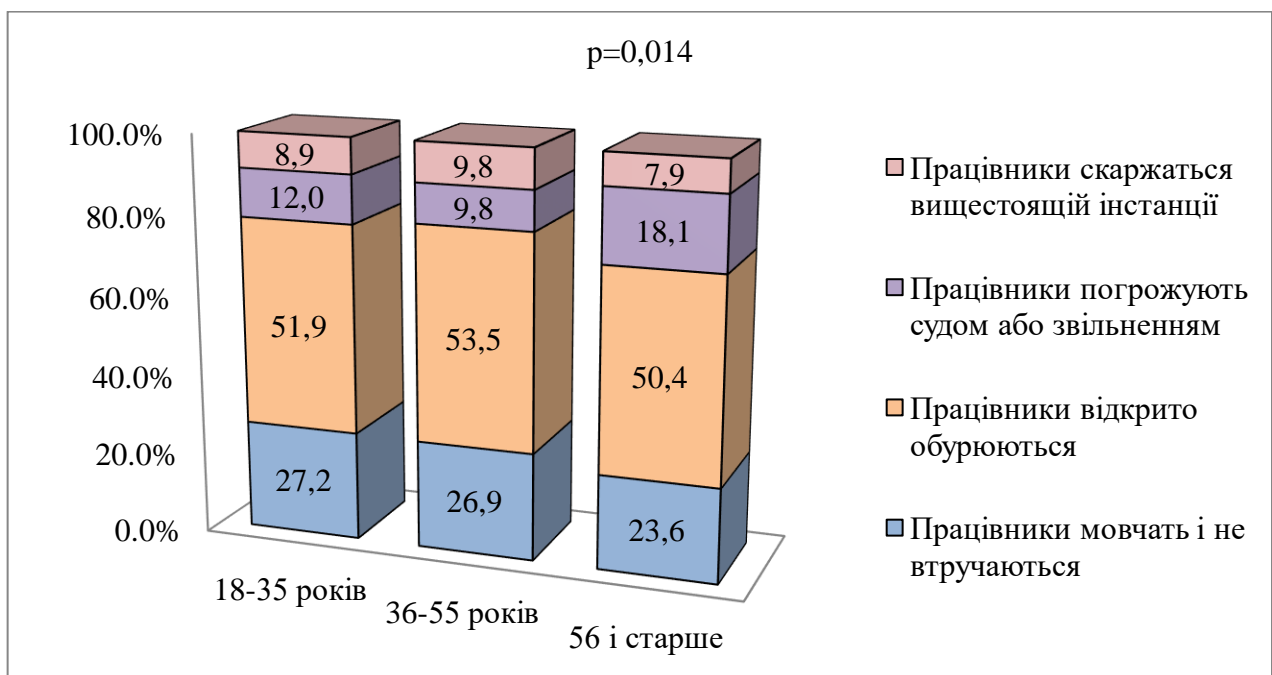


Рис. 6.27. Характерна реакція медичних працівників під час конфлікту «керівник-медпрацівник» (у відсотках)

За результатами опитування видно, що значна частка респондентів (50,4-53,5%) вказала на активну реакцію колективів у вигляді обурення в разі виникнення конфліктних ситуацій. За свідченнями п'ятої частини респондентів, працівники проявляли агресивну поведінку у відповідь на конфлікт з керівником, погрожуючи судом або звільненням, та скаргами у вищі за рангом інстанції. Водночас майже четверта частина відповідей засвідчила мовчазну

поведінку і стратегію невтручання в конфлікт з керівниками колективів, які були представлені учасниками опитування.

Отримані результати в процесі вивчення міжособистісних відносин в медичному колективі дозволять побудувати стратегію врегулювання та попередження конфліктних ситуацій, а також зниження напруженості у взаєминах між співробітниками.

## 6.2. Оцінка комунікативних компетентностей лікарів

У сучасних умовах швидкого розвитку українського суспільства та активного виходу вітчизняної медицини на міжнародний ринок, що сприяє підвищенню авторитету України на міжнародній арені, стає наступною важливою проблемою необхідність підготовки висококваліфікованих фахівців у галузі охорони здоров'я. Це є ключовим фактором для забезпечення ефективності соціокультурного розвитку держави і вимагає перегляду підходів до освіти в напрямку активного навчання, збільшення відповідальності студентів-медиків, розширення їхньої автономії та розвитку компетентностей, які відповідають стратегічним планам медичної галузі, як у внутрішньому, так і у світовому ринку праці. Важливою складовою досягнення успіху в професійній діяльності є розвиток особистості медичного працівника. Одним із основних інструментів майбутньої професійної діяльності є робота з пацієнтами, які опинилися в складних життєвих обставинах та потребують кваліфікованої медичної допомоги [243, 244].

Виходити із таких обставин залежить від того, наскільки ефективно медичний працівник використовує комунікативну поведінку, його здатності спілкуватися в усіх ситуаціях професійної взаємодії, зокрема в проблемних; здатності підтримувати діалог на різних рівнях з кожним пацієнтом; здатності переконувати, встановлювати емоційний контакт та активно слухати. Структура почуттів особистості відображає ступінь засвоєння соціального досвіду і визначає провідні мотиваційні орієнтації та особливості самовідчуття.



Недостатній рівень розвитку комунікативних навичок у медичних працівників управління діалогом призводить до збільшення тривалості адаптації молодого спеціаліста в професійному середовищі та зниження успішності його діяльності.

Успішність у професійній медичній діяльності в сучасних умовах визначається, зокрема, комунікативною компетентністю. Відмінність між компетентним лікарем і просто кваліфікованим полягає в тому, що перший не лише має необхідний рівень знань, умінь і навичок, але й успішно застосовує їх на практиці. Компетентність означає також внутрішню мотивацію до якісного виконання своєї роботи та відношення до неї як до цінності. Це не просто набір якостей, а складна система, що включає різні рівні та необхідні характеристики.

Для дослідження було обрано методику, яка спрямована на виявлення комунікативних схильностей (КОС-2) В. В. Синявського, Б. А. Федоришина [245]. Застосування цієї методики дозволило оцінити здатність лікарів чітко і швидко встановлювати ділові та товариські контакти з людьми, діагностувати уміння брати участь в суспільних і групових заходах, уміння впливати на людей [246].

Лікар повинен мати здатність системно та креативно мислити, виявляти ініціативу та вирішувати проблеми, що виникають у його професійній діяльності. Він має бути готовим брати відповідальність за свої дії в межах своєї компетенції та приймати нестандартні рішення, щоб вирішувати життєві ситуації, пов'язані зі здоров'ям пацієнтів [247].

Професійно-комунікативна компетентність є необхідною складовою професійної діяльності медичного працівника, оскільки вона відображає всі особистісні якості та властивості фахівця, які дозволяють йому самостійно та ефективно виконувати завдання професійної діяльності [248].

У дослідженні брали участь 172 лікарів: 68 чоловіків (39,5%) та 104 жінки (60,5%) (рис. 6.28):

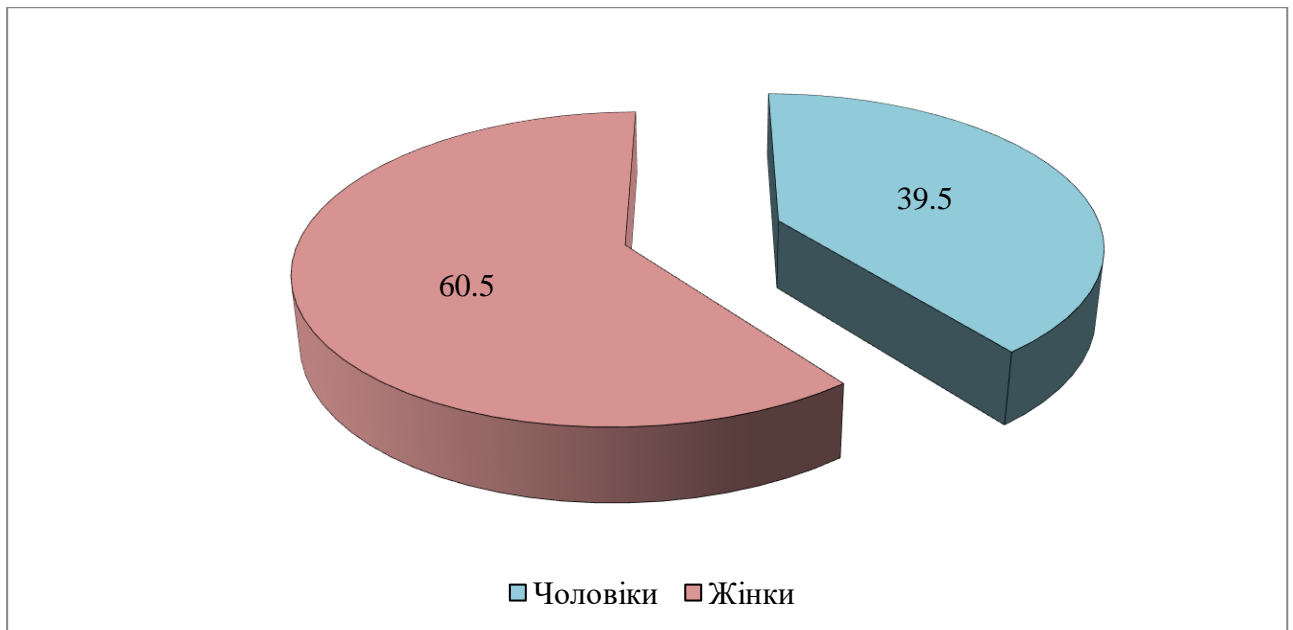


Рис. 6.28. Розподіл респондентів за статтю (у відсотках)

На рис. 6.29 представлено розподіл респондентів за рівнями прояву комунікативних здібностей.

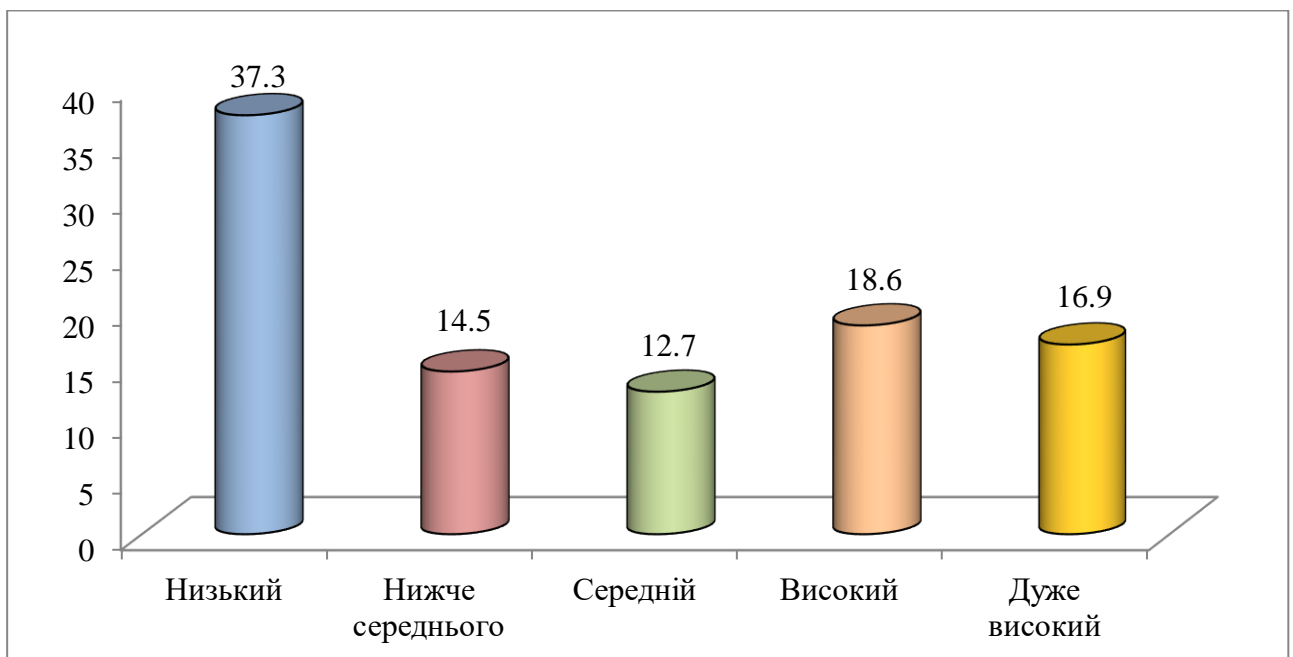


Рис. 6.29. Розподіл респондентів за рівнями прояву комунікативних здібностей (у відсотках)

У 37,3% опитаних виявився низький і в 14,5% – нижчий середнього рівня прояв комунікативних здібностей, у 12,7% опитаних коефіцієнт комунікативних здібностей знаходиться в межах 0,6-0,65, що відповідає середньому рівню, у 18,6% респондентів виявився високий і тільки в 16,9% респондентів – дуже високий рівень прояву комунікативних здібностей.

Розподіл прояву комунікаційних здібностей за статтю виявився наступним: низький рівень (0,1-0,45) виявився у 23,3% жінок, у 14,0% чоловіків; нижче середнього (0,5-0,55) – у 9,3% чоловіків, у 5,2% жінок; середній рівень (0,6-0,65) майже в двічі переважав серед жіночої статі – 8,1%, ніж у чоловічої – 4,6%; високий рівень (0,7-0,75) у 2,5 рази був частішим серед жінок (13,4%), ніж серед чоловіків (5,2%); дуже високий (0,8-1) встановлено серед 10,5% жінок та в 6,4% чоловіків (рис. 6.30).

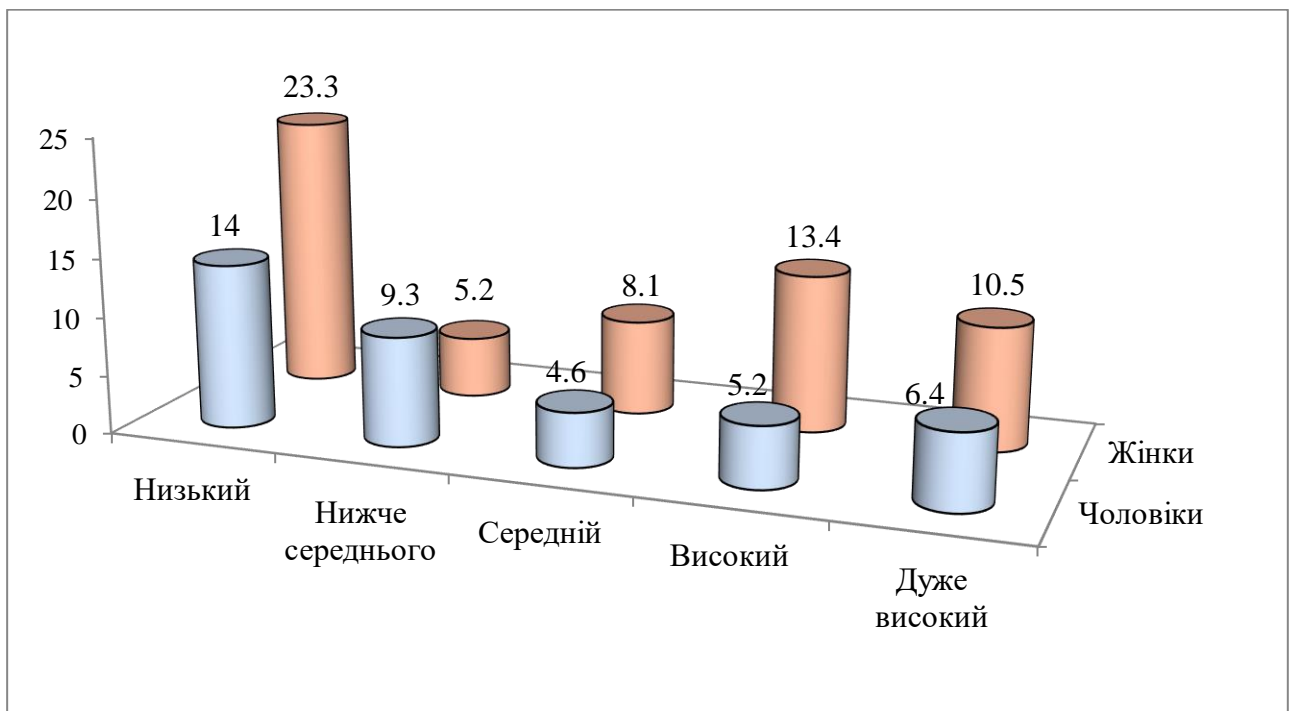


Рис. 6.30. Розподіл комунікативних здібностей за статтю (у відсотках)

Використання даної методики показало, що значна частина респондентів має низький рівень комунікативних навичок, прояв ініціативи в діяльності

виявляється дуже обмеженим, і лікарі переважно уникають самостійних рішень. Середній рівень комунікативних навичок проявляється в тенденції до встановлення контактів, захисту власної думки та планування роботи. Проте потенціал цих навичок не виявляється дуже стійким у залежності від ситуації. Групи учасників з низьким, нижче середнього і середнім рівнями комунікативних здібностей потребують подальшої системної та цілеспрямованої роботи щодо формування та розвитку цих навичок.

Високий і дуже високий рівні прояву комунікативних здібностей характеризуються здатністю опитаних швидко адаптуватися до складних ситуацій, невимушеністю соціальної поведінки у новому колективі та високим рівнем адаптації. Респонденти дослідження, у яких виявили ці рівні, проявляють ініціативність, віддають перевагу самостійному прийняттю рішень, включаючи нестандартні ситуації, стійко відстоюють свою позицію та прагнуть, щоб їхні думки були враховані.

Таким чином, розвиток і вдосконалення навичок у спілкуванні є ключовим аспектом формування сучасного лікаря. У зв'язку з цим виникає проблема навчання студентів-медиків навичкам комунікації між лікарем і пацієнтом, включаючи володіння різними засобами спілкування (вербальними, невербальними, технічними). Основними характеристиками особистості медичного працівника повинні бути конкурентність, емпатія, толерантність, ідентифікація та рефлексія та збагачення комунікативних навичок медика є необхідними умовами для виконання ним своїх професійних обов'язків.

Наступним етапом дослідження було з'ясування у населення Чернівецької області важливості певних компетентностей спілкування лікаря та пацієнта під час надання кваліфікованої медичної допомоги.

Респонденти були досить активними та без заперечень пройшли запропоноване їм опитування-інтерв'ю.

Опрацювавши всі відповіді, отримано наступні результати (табл. 6.1). Так, найбільшій важливості респонденти надали компетентностям № 1 і 8, їх відсоток відповідно склав 14,7% та 15,2%. Дещо нижчий відсоток отримали

компетентності № 4, 5, 6 та 7 (9,1%-10,8%). Компетентності № 2 та 3 отримали найнижчу оцінку респондентів (4,4%-6,2%). Аналізуючи неважливість наявності компетентностей від 1 до 8, найбільш неважливими для населення виявилися компетентності № 8, 4, 6, 7, 2 (1,6%-2,8%); найменш не важливими – компетентності № 1, 5 та 3 (3,3%-3,6%).

Таблиця 6.1

Матриця компетентностей спілкування лікаря з пацієнтом  
(у відсотках відповідей респондентів)

<b>Важливо</b>	<b>Компетентність</b>	<b>Не важливо</b>
57 (14,7%)	Уміння проводити бесіду з пацієнтом	9 (2,3%)
24 (6,2%)	Уміння враховувати індивідуально-психологічні особливості пацієнта	11 (2,8%)
17 (4,4%)	Уміння проникати в проблему зі здоров'ям пацієнта	14 (3,6%)
42 (10,8%)	Уміння вислухати і дати пораду пацієнту	7 (1,8%)
35 (9,1%)	Уміння проявляти співчуття пацієнтові щодо його захворювання	13 (3,4%)
38 (9,8%)	Уміння доступно аргументувати обраний курс лікування пацієнту	8 (2,1%)
37 (9,6%)	Уміння налаштувати пацієнта на позитивний результат лікування	10 (2,6%)
59 (15,2%)	Уміння уникати конфліктних ситуацій з пацієнтом	6 (1,6%)
<b>309 (79,8%)</b>	<b>Усього</b>	<b>78 (20,2%)</b>

Отже, після детального аналізу результатів можна зробити висновок, що комунікативна складова є актуальною для професії лікаря. Найбільший результат опитування, що вказував би на байдужість до наявності тої чи іншої компетентності у лікаря – лише 1,6%.

Проте, виявлено високі результати у відсотках (15,2%, 14,7% та 10,8%), що вказують на зацікавленість населення щодо фахових комунікативних навичок медичного працівника, що підкреслює необхідність навчання лікарів

навичкам медичної комунікації, а саме підвищення медичного професіоналізму у спілкуванні з пацієнтом.

## Висновки до Розділу 6

1. Доведено, що в медичних колективах існують високі ризики схильності до конфліктів, оскільки значна частка медичних працівників практикує деструктивні моделі організаційної поведінки: 9,4-22,8% респондентів, в залежності від віку, відзначили у себе авторитарний стиль поведінки, 4,0-11,1% – агресивний, а 11,4-17,9% опитаних – егоїстичний. Домінування конформістської моделі організаційної поведінки виявлено у третини медичних працівників (від 29,9 до 34,0% лікарів і медичних сестер, в залежності від віку).

2. Виявлено, що найчастіше конфлікти виникають між лікарем та родичами пацієнта, що засвідчили відповідями 32,5% респондентів; 25,3% відповідей вказали на лікаря та пацієнта як сторони конфлікту; конфлікти між лікарями і середнім медичним персоналом виникають, за даними 16,3% респондентів, а між лікарями – за даними 14,6% опитаних; керівник і лікар конфліктують, за відповідями 11,3% учасників дослідження.

3. Показано, що причинами виникнення конфліктів між медичними працівниками в колективах є: нездорова конкуренція за певні посади; неспроможність досягти такого ж успіху, як у колег з професійного оточення, що може викликати заздрощі; високі амбіції, які не задовольняються, і можуть спричиняти конфлікти. Це створює ризики для здатності лікарів зосередитися на якісному виконанні своїх обов'язків, може призвести до зниження ефективності медичної допомоги пацієнтам, незадоволеності останніх як медичною допомогою, так і системою охорони здоров'я в цілому.

4. Доведено, що комунікативні здібності у 37,3% медичних працівників знаходяться на низькому, а в 14,5% – на нижчому за середній рівень (загалом у 51,8% опитаних). Середній рівень комунікативних здібностей виявлений у 12,7% опитаних, і лише у 18,6% респондентів він виявився високим та в 16,9%

респондентів – дуже високим. Отримані результати засвідчили недостатню комунікативну компетентність медичних працівників, що можна вважати вихідними умовами виникнення конфліктів в медичних колективах між різними сторонами, які спілкуються (лікар-лікар, лікар-пацієнт, лікар-керівник, лікар-медична сестра, лікар-родичі пацієнта).

5. Установлено, що для населення надзвичайно важливими серед комунікативних компетентностей медичних працівників є вміння уникати конфліктних ситуацій з пацієнтом, проводити бесіду, вислухати і дати пораду, проявляти співчуття пацієнтові щодо його захворювання, доступно аргументувати обраний курс лікування, налаштувати на позитивний результат лікування.

6. Результати розділу стали суттєвим доповненням до отриманих даних на попередніх етапах дослідження і визначили ряд напрямів, які мають бути удосконалені при побудові функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я.

*Матеріали даного розділу представлені в наступних публікаціях автора [249,250,251,252, 253,254,255,256,257,258,259,260,261,262].*

## РОЗДІЛ 7

### МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ, РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ ФУНКЦІОНАЛЬНО- ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ УПРАВЛІННЯ КОНФЛІКТАМИ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Конфліктогенний потенціал медицини як соціального інституту проявляється на всіх рівнях життя. Проблеми конфлікту та конфліктної взаємодії в медицині присвячені численні дослідження представників різних наук, у тому числі соціології, теорії управління, соціальної психології та психології управління. Водночас практично відсутня або недостатньо осмислюється сутність конфлікту в системі охорони здоров'я, але конфлікти в корпоративному середовищі медичних професіоналів – це реальний факт, який неможливо заперечувати і який існує не тільки в межах професійної групи медичних працівників, але й проектується за її межі – на відносини з пацієнтами [263, 264, 265].

У даний час необхідне створення ефективної технології управління конфліктами в ЗОЗ, що включають їх прогнозування, виявлення, врегулювання та вирішення. Важливою складовою управління конфліктами слід вбачати запровадження механізмів моніторингу з метою своєчасного виявлення зон напруженості, наявних протиріч, виявлення негативних соціальних факторів у колективах медичних працівників, зокрема, негативного психоемоційного стану учасників лікувально-діагностичного процесу [266, 267].

Концептуальними розробками конфліктології є різні підходи до типології конфлікту, диференціація конфліктогенних чинників, розробка способів управління та вирішення конфліктів.

Проблема полягає в тому, що конфлікт стереотипно сприймається тільки з негативного боку, в той час як уявленням про позитивну функцію конфлікту приділяється недостатньо уваги. Питання психологічного аналізу конфлікту в



медичному середовищі полягає в тому, який вид конфлікту переважає у просторі взаємодій та відносин суб'єктів медичної практики – негативний конфлікт, який показує всю систему сучасної охорони здоров'я загалом, чи є місце для існування конфлікту, що розвивається. Важливим є питання, до яких наслідків може призвести розвиток конфліктів саме у медичній сфері [268].

Актуальність проблеми конфлікту в сфері охорони здоров'я, результати теоретичного та експериментального дослідження обумовили формування концептуального погляду автора дисертаційної роботи на сучасну модель управління конфліктами в закладі охорони здоров'я, реалізація якої може покращити наявні управлінські підходи до своєчасної діагностики, раннього втручання, ефективного вирішення конфліктів та скерування їх на підвищення ефективності функціонування підпорядкованого закладу охорони здоров'я.

#### 7.1. Медико-соціальне обґрунтування концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я

Конфлікт як соціальне явище зачіпає важливі сторони діяльності закладу охорони здоров'я. Як виявлено результатами теоретичного дослідження, проблема конфлікту в закладі охорони здоров'я та її вирішення невід'ємні від кадрового менеджменту, етичних, правових, комунікаційних, психологічних засад медичної діяльності, якості медичної допомоги, успішності медичних інституцій на ринку медичних послуг.

Проблема конфлікту виникає внаслідок його негативного впливу на виконання основної соціальної функції закладу охорони здоров'я – надання якісної медичної допомоги, профілактику хвороб, зміцнення здоров'я пацієнтів. Невідворотність конфлікту в охороні здоров'я обумовлюється зіткненням інтересів професіоналів і фахівців, а також немедичних працівників між собою під час виконання професійних обов'язків, поєднанням тиску вимог нормативно-правових і локальних розпорядчих рішень, обмеженим

фінансуванням охорони здоров'я, високим рівнем відповідальності медичних працівників, конкурентними відносинами в умовах ринку між медичними працівниками і пацієнтами, між медичними працівниками, між закладами охорони здоров'я. До цього додаються індивідуальні особливості особистості, які можуть викликати неузгодженість і протиріччя під час міжособистісної взаємодії, розбіжності у поглядах щодо оптимальних підходів до лікувально-діагностичної тактики, порушення в дотриманні етико-деонтологічних засад медичної діяльності.

Конфлікти в сфері охорони здоров'я розглядаються не лише на локальному, але й на глобальному рівнях. Як зазначають експерти ВООЗ, міжнародні конфлікти здатні призводити до руйнування систем охорони здоров'я і ланцюгів постачання медичних послуг, відтоку працівників охорони здоров'я з країн, де відбувається конфлікт.

За даними ВООЗ, у теперішній час в світі відбувається 44 конфлікти, що обумовили надзвичайні ситуації в сфері охорони здоров'я, наслідком яких є погіршення здоров'я громадян. Україна є однією з країн, де відбувається найбільший і найжорсткіший воєнний конфлікт внаслідок повномасштабного вторгнення сусідньої держави. Масове порушення психоемоційного здоров'я громадян, різке зростання потреб в реабілітації, ортопедичній, інтенсивній, хірургічній допомозі, демографічна криза потребують злагодженої, консолідованої, скоординованої діяльності закладів охорони здоров'я, зменшення впливу факторів, які можуть дезорганізувати їх роботу як зовні, так і в колективах в надзвичайній ситуації, тривалість якої обчислюється вже роками. І саме зміцнення й відновлення здоров'я населення розглядається ВООЗ як об'єднуючий фактор, в ім'я якого має відбуватися примирення сторін конфлікту.

Конфлікти як соціальне явище притаманні не лише сфері охорони здоров'я, але й практично всім сферам життєдіяльності людини, тому їх важко уникати. З цих позицій важливо розглядати конфлікти не лише як деструктивні складові нашого життя, але й як конструктив, який може сприяти розвитку особистості або організації на шляху досягнення визначених цілей. Приймаючи

позицію, що конфлікт є невід'ємною складовою діяльності закладу охорони здоров'я, постає питання щодо ефективного управління конфліктами, з метою перенесення його негативної сутності на розвиток критичного мислення, висування нових ідей та прийняття альтернативних рішень з удосконалення організаційних процесів.

За таких умов зрозуміло, що основна відповідальність за належне управління конфліктами в закладі охорони здоров'я покладається на його керівника, хоча долучатися й сприяти запобіганню, врегулюванню та вирішенню конфліктів на робочому місці повинен кожен працівник.

Управління конфліктами в світовій літературі розглядається як важлива компетентність для лідерів охорони здоров'я. Її складовими вбачаються вміння розпізнавати корінні причини конфліктів, застосовувати проактивні підходи до вирішення конфліктів та формування організаційної культури, стійкої до конфліктів.

Світовою наукою – конфліктологією – напрацьовані різні моделі, стратегії і тактики управління конфліктами та інструментарій для ефективного вирішення конфліктів. Вони потребують адаптації для сфери охорони здоров'я з урахуванням місцевого контексту, зокрема, особливостей профілактики, виявлення, врегулювання та вирішення конфлікту, які склалися в закладах охорони здоров'я Чернівецької області, обраних базою наукового дослідження.

Водночас слід пам'ятати про високий рівень залежності системи охорони здоров'я від більш глобальної соціальної системи, структурною складовою якої вона являється. На функціонування сфери охорони здоров'я впливають і тісно з нею пов'язані політичні, економічні, освітні, юридичні, культурні, безпекові, інформаційні, релігійні, сімейні соціальні інституції. Їх завдання працювати в інтересах населення вимагає комунікацій між ними, зокрема, із сферою охорони здоров'я. Інновації, які запроваджуються в різних соціальних сферах і можуть бути використані в охороні здоров'я, зокрема, за напрямом управління конфліктами, варті уваги керівників галузі, органів регіональної влади та закладів охорони здоров'я.

Невід'ємною складовою управління конфліктами в закладі охорони здоров'я є зовнішні регуляторні інструменти як складові адміністративного впливу на різних рівнях управління галуззю.

Результатами теоретичного дослідження показано, що важливою ланкою запобігання/розвитку конфлікту в медичних організаціях є відповідність структури та функціонування виробничої системи очікуванням пацієнтів і медичних працівників. Функціонально-структурні перетворення в сфері охорони здоров'я за період реформування призвели до зміни відносин між учасниками процесу медичного обслуговування, оскільки технології підприємництва змінили мотивацію професійної медичної діяльності на отримання матеріального прибутку, а не лише на клінічний результат. З іншого боку, схильність пацієнтів до збереження здоров'я проявляється не повною мірою, внаслідок чого серед населення реєструється високий рівень хронічних хвороб. Таким чином, підтримується переважання матеріальних цінностей у відносинах між пацієнтом і лікарем, всупереч традиційним етичним, що стає причиною конфлікту.

У розпалі конфліктів між пацієнтом і медичним працівником значну роль відіграють психологічні особливості особистості пацієнта, які можуть змінюватися під впливом хвороби, надмірне навантаження медичних працівників за умови дефіциту медичних кадрів, високого рівня відповідальності і складності роботи, невідповідних умов праці, низького рівня організації праці.

Проблема підсилюється низьким рівнем державної підтримки матеріального забезпечення медичних працівників, що в умовах війни, падіння економіки та інфляції поглиблює конфлікт між медичним працівником і медичною системою.

Конфлікти на ґрунті медичної допомоги й збереження та відновлення здоров'я найбільш чутливі для будь-якої людини, тому на сьогодні процедури їх вирішення здійснюють державні й галузеві органи управління та недержавні організації, а не лише керівники закладів охорони здоров'я. В Україні

налагоджена управлінська вертикаль розгляду звернень громадян, налаштовані різні канали комунікацій з органами державної влади, функціонують заклади судово-медичної експертизи, завданнями яких є встановлення відповідності дій лікаря галузевим стандартам і протоколам, іншим нормативно-правовим вимогам в сфері охорони здоров'я.

Засоби масової інформації відіграють значну роль в медичних конфліктах, формуючи громадську думку про медичних працівників та систему охорони здоров'я в цілому, часто негативного змісту, оскільки практикують викривлення й неправдивість інформації в соціальних медіа, намагаючись донести до читача сенсаційне повідомлення і тим підвищити рейтинг медіавидання, одночасно посилюючи суспільний резонанс і тим самим підтримуючи конфлікт в охороні здоров'я.

Відносно новим для України є запровадження прогресивного механізму вирішення конфліктів – медіації – за допомогою нейтрального посередника – медіатора. На нього покладаються функції досягнення угоди про врегулювання спору. Метод медіації достатньо поширений у США та Західній Європі. В Україні лише в кінці 2021 року прийнятий закон про медіацію, але він потребує адаптації до використання в сфері охорони здоров'я.

Механізм медіації може слугувати вагомим доповненням до інших нормативно-правових механізмів врегулювання конфліктів, які містяться в чинних нормативно-правових документах, однак правові механізми скеровані в першу чергу на врегулювання конфліктів, які вже відбулися. Водночас механізми попередження конфліктів залишаються в площині фінансового, кадрового, матеріально-технічного, інформаційного забезпечення сфери охорони здоров'я, які регулюються окремими нормативно-правовими актами. Питання попередження конфліктів на рівні етичних взаємин та соціально-психологічних детермінант залишаються актуальними для закладів охорони здоров'я, в першу чергу для їх керівників, а також для медичних працівників.

Результатами власного дослідження показано, що громадяни активно користуються своїми конституційними правами на звернення до владних

органів з питань, пов'язаних із взаємодією з медичною системою. З 2013 по 2022 рік кількість звернень до МОЗ України зросла на 24,0%, що вказало не лише на доступність громадян до регуляторів суспільних відносин на вищому адміністративному рівні – Верховної ради України, Офісу Президента України, Кабінету Міністрів України, звідки направляються звернення до МОЗ України, але й на неспроможність на місцевому рівні попереджувати й вирішувати конфлікти.

У структурі звернень питання надання медичної допомоги стійко займають перше місце, як на галузевому, так і регіональному (Чернівецька область) рівні. Кількість звернень з приводу неправомірних дій медичних працівників галузі відрізнялась незначними коливаннями (на 100 тис. нас. 7,7 у 2013 р., 8,5 – в 2018 р., 7,63 – в 2022 р.), і не мала тенденції до зниження, а в Чернівецькій області зросла з 0,2 до 1,0%, як і з приводу грубого, формального ставлення медичних працівників до пацієнтів та їх рідних – з 0,2 до 1,3%.

Дослідженням організації роботи зі зверненнями громадян на регіональному рівні виявлено, що вона відбувається відповідно до вимог законодавства. Однак в діяльності безпосередніх надавачів медичної допомоги – закладів охорони здоров'я Чернівецької області – виявлено ряд суттєвих недоліків: використання неповного переліку нормативно-правових документів з питань звернень громадян, поодиноких каналів зворотного зв'язку з пацієнтами та їх родинами, порушення в процедурах реєстрації та реагування на звернення, відсутність статутно закріплених зобов'язань закладів щодо роботи зі зверненнями громадян та офіційно призначених осіб, відповідальних за роботу зі зверненням громадян. Інформація про роботу зі зверненнями громадян відсутня в аналітичних звітах керівників про діяльність досліджуваних закладів.

Соціологічним дослідженням в закладах охорони здоров'я Чернівецької області підтверджено, що в медичних колективах конфлікти є звичайним явищем, як свідчать численні наукові джерела. Найчастішими причинами конфліктів, які трапляються в професійній діяльності опитаних керівників, за

37,5-79,2% відповідей, в залежності від віку респондентів, є ситуації з пацієнтами. Іншими причинами конфліктів виявлені невідповідне ведення медичних документів, рівень заробітної плати, питання підвищення кваліфікації працівників.

Керівники закладів по-різному оцінили частоту конфліктів: керівники більш старшого віку (56 років і старше) заявили про високу частоту конфліктів у 41,7% відповідей, в той час як таку ж частоту конфліктів зазначили лише 12,5% керівників віком до 35 років. Цим показано, що більш молоді керівники або не розпізнають конфлікт внаслідок нестачі досвіду, або намагаються його уникати в зв'язку з неспроможністю/небажанням його врегулювати/вирішити.

Стратегія уникання участі в конфлікті підтверджена і ступенем активності в конфліктах з боку керівників, яка також пов'язана з віком: вона проявлялась активною участю в осіб вікових категорій 36-55 років, що підтвердили 52,8% респондентів, та 58,3% керівників віком 56 років і старше. Водночас 37,5% керівників віком до 35 років засвідчили свою позицію пасивного спостерігача в конфліктах, а 25,0% цієї вікової групи взагалі не приймають участь у конфліктах, замість прийняття управлінських заходів з врегулювання та вирішення конфліктів.

Виявлено некомпетентність значної частини керівників – від 58,0% до 88,0% в залежності від віку – щодо застосування соціально-психологічних технологій врегулювання конфлікту, оскільки вони вважають, що неможливо вирішити конфлікт, не попираючи права і почуття гідності всіх учасників конфлікту. Значна частка керівників – від 37,5% до 41,7% – виявилась неспроможною до переорієнтації власної поведінки за необхідності прийняти обґрунтовані аргументи другої сторони конфлікту, що показало їх неготовність вирішувати конфлікти в підпорядкованому колективі.

Лише частина опитаних керівників обирали найбільш конструктивну форму вирішення конфлікту – співробітництво (22,0-23,0%); компроміс, ризикований тим, що призведе до невдоволення обох сторін конфлікту, обрали 19,4-37,5% респондентів. Значна частка керівників обрала неефективні форми

вирішення – уникнення (21,0-25,0%), коли жодна із сторін не досягає своїх цілей, та суперництво (13,0-22,0%), коли одна із сторін обов'язково програє. Незнайомі більшості респондентів можливості залучення медіатора до вирішення конфліктів, а саме, усім респондентам до 35 років, 85,4% опитаних 36-55 років, 83,3% керівників 56 років і старше.

Перешкодами для вирішення конфліктів з користю для обох сторін 41,7%-62,5% керівників вважали небажання учасників конфлікту програвати, 25,0-37,5% опитаних – бажання довести свою правоту, 22,2%-25,0% керівників – внаслідок егоїстичних рис характеру учасників конфлікту, чим продемонстровано низький рівень сформованості організаційної культури працівників медичних колективів, оскільки їх власні амбіції переважають над бажаними моделями організаційної поведінки, спрямованої на досягнення спільної соціальної мети діяльності закладу.

Тому узгоджені відповіді, майже незалежно від віку, надали керівники на запитання стосовно браку знань і навичок у вирішенні конфліктів медичних працівників, що підтверджено відповідями 100,0% керівників вікової категорії до 35 років та 83,3% керівників вікових категорій 36-55 років і 56 років і старше.

Соціологічне опитування пацієнтів більш яскраво, ніж дані звернень громадян, продемонструвало відносини між пацієнтами і медичними працівниками. Виявлено, що 42,0-50,0% пацієнтів лише частково задоволені ставленням до них медичного персоналу; 40,1-46,2% респондентів відмітили незадоволеність тривалістю очікування на прийом до лікаря більше 30-40 хвилин; 42,3-47,8% пацієнтів тільки частково задоволені результатами медичної допомоги, а 13,6%-25,8% – взагалі не задоволені; 36,4-45,6% засвідчили низький рівень задоволеності санітарно-гігієнічними умовами в закладі охорони здоров'я. У сукупності зазначені критерії загалом показали, що значний відсоток пацієнтів не задоволені або лише частково задоволені якістю медичної допомоги.



Основними причинами конфліктів в закладі охорони здоров'я 29,4-32,9% пацієнтів вважають грубість і нечемність медичного персоналу, 18,7-24,5% пацієнтів – незадоволеність забезпеченням лікарськими засобами, 18,0-23,3% пацієнтів – незадоволеність результатами медичної допомоги, 14,9-17,8% пацієнтів – прояви корупції з боку медичного персоналу. Конфлікти між лікарем і пацієнтом, на думку 41,5-43,7% останніх, найчастіше виникають під час погіршення стану пацієнта та, за даними 30,1-31,4% опитаних, під час чергування і надання екстреної медичної допомоги.

Виявлено, що 29,4-38,8% пацієнтів з метою вирішення конфлікту звертаються до керівника закладу охорони здоров'я. Скаржаться від 14,5% до 28,2% осіб; медіатор бере участь у вирішенні конфлікту за повідомленнями лише 0,8%-2,4% пацієнтів; судовий метод використовували старші вікові категорії пацієнтів у 2,7-4,2% випадків.

Низьку поінформованість з технічних питань процедури звернення на випадок конфлікту підтвердили 68,9-78,3% пацієнтів; незадоволеність державним регулюванням конфліктів між лікарем та пацієнтом висловили 35,7-42,7% пацієнтів.

Опитуванням медичних працівників підтверджено отриманими даними опитувань керівників і пацієнтів, в тому що конфлікти в медичних колективах – не поодинокі явища, оскільки виникають часто за відповідями 18,5% лікарів та 15,0% медичних сестер, а періодично – відповідно за свідченнями 54,3% та 54,4% респондентів.

На думку 32,5% медичних працівників, найчастіше конфлікти виникають між лікарем та родичами пацієнта; 25,3% опитаних вказали на лікаря і пацієнта як найбільш часті сторони конфлікту; конфлікти між лікарями і середнім медичним персоналом виникають, за даними 16,3% респондентів, а між лікарями – за 14,6% відповідей; керівник і лікар конфліктують, за відповідями 11,3% учасників дослідження. У будь-якому разі, конфлікт, пов'язаний з пацієнтом/його родичами як такий, що найчастіше зустрічається, підтверджений і керівниками, і медичними працівниками.

Медичні працівники в якості причин виникнення конфліктів між собою визнали нездорову конкуренцію за певні посади, заздрощі до більш успішних колег та високі амбіції, що не задовольняються. Основні причини конфліктів в закладах охорони здоров'я, на думку різних груп респондентів, які брали участь у соціологічному дослідженні, представлені на рис. 7.1.



Рис. 7.1. Основні причини конфліктів в закладах охорони здоров'я, на думку різних груп респондентів

Установлено домінування конформістської (підлеглої, пасивної, схильної до поступок) моделі організаційної поведінки у третини медичних працівників

(від 29,9 до 34,0%, в залежності від віку). Значна частка медичних працівників практикує деструктивні моделі організаційної поведінки: 9,4-22,8% респондентів притаманний авторитарний стиль, 4,0-11,1% – агресивний, а 11,4-17,9% – егоїстичний, що вказало на схильність до конфліктів в медичних колективах і підтвердило ризики недосконалості організаційної культури в закладах, де працюють респонденти.

Обрані медичними працівниками форми вирішення конфлікту виявились розпорощеними між різними варіантами відповідей: для вікової категорії 18-35 років найбільш сприйнятливими виявились пристосування (26,6%) та співпраця (25,3%), далі компроміс і суперництво (18,4% та 17,7%) та 12,0% – уникнення; такі ж рангові місця займали ці форми у відповідях осіб 36-55 років – пристосування та співпраця (31,0% та 22,6%), компроміс (20,2%), суперництво (16,2%), уникнення (10,1%); особи віком 56 років і старше в 26,0% випадків надають перевагу суперництву, 23,6% та 18,1% – пристосуванню та компромісу, рівноцінними між собою виявилися співпраця (17,3%) та уникнення (15,0%).

Самооцінка здатності до конфлікту показала, що 31,8% лікарів та 40,6% медичних сестер оцінили цю свою характеристику на середньому рівні в 4 бали за 7-мибальною шкалою; а загалом 38,8% лікарів та 35,0% медичних сестер визнали свій високий рівень конфліктності, вказавши його оцінку в 5-7 балів.

Доведено, що комунікативні здібності у 37,3% медичних працівників знаходяться на низькому, а в 14,5% – на нижчому за середній рівень (загалом у 51,8% опитаних). Середній рівень комунікативних здібностей виявлений у 12,7% опитаних, і лише у 18,6% респондентів він виявився високим та в 16,9% респондентів – дуже високим. Водночас для пацієнтів надзвичайно важливими серед комунікативних компетентностей медичних працівників є вміння уникати конфліктних ситуацій з пацієнтом (за 15,2% відповідей), проводити бесіду (14,7%), вислухати і дати пораду (10,8%), проявляти співчуття пацієнтові щодо його захворювання (9,1%), доступно аргументувати обраний курс лікування (9,8%), налаштувати на позитивний результат лікування (9,6%).

Таким чином, одержані результати – світовий, зокрема, європейський і вітчизняний досвід управління конфліктами в сфері охорони здоров'я, рекомендації ВООЗ з управління глобальними конфліктами, об'єднуючою парадигмою для якої слід обирати збереження здоров'я населення, дані власного дослідження – вказали на численні недоліки в наявній системі управління конфліктами в сфері охорони здоров'я на різних рівнях управління нею та підтвердили потребу й дозволили здійснити медико-соціальне обґрунтування концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я, спрямованої на покращення якості медичного обслуговування пацієнтів, підвищення ефективності і продуктивності праці медичного персоналу, комунікаційних та морально-етичних компетентностей медичних кадрів, удосконалення організаційної культури закладу охорони здоров'я.

## 7.2. Розробка концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я

Приставаючи до розробки функціонально-організаційної моделі управління конфліктами, автор керувався класичними положеннями теорії систем і розглядав складові моделі як взаємопов'язані інформаційними потоками структурні елементи, які несуть функціональне навантаження з метою досягнення визначених цілей.

Стратегічна мета моделі управління конфліктами полягає у зменшенні конфліктів в закладі охорони здоров'я, а досягнення мети здійснюється через цілі – покращення якості медичного обслуговування пацієнтів; підвищення ефективності і продуктивності праці, комунікаційних та морально-етичних компетентностей медичних кадрів; удосконалення організаційної культури закладу охорони здоров'я. При цьому враховано як зовнішні, так і внутрішні фактори, внаслідок яких виникають і розвиваються конфлікти, тому

цілеспрямоване зменшення або усунення їх впливу передбачається авторською моделлю. Автор також зважав на особливості функцій управління конфліктами, почерпнуті з теоретичної частини дослідження – прогнозування конфліктів, виявлення конфліктів та врегулювання конфліктів, та взяв до уваги відомі в конфліктології форми вирішення конфліктів – уникання, поступливість, компроміс, конкуренція та співпраця.

Водночас, структурні елементи моделі – суб'єкти та об'єкти управління – наділені класичними функціями управління згідно з розподілом повноважень та статусу в адміністративній ієрархії. Зважаючи на те, що заклад охорони здоров'я є відкритою системою, побудова моделі охоплювала також державний, галузевий і регіональний рівні управління сферою охорони здоров'я.

#### 7.2.1. Розробка концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами на державному та галузевому рівнях

На державному та галузевому рівні суб'єктами управління в запропонованій моделі визначені орган законодавчої влади – Верховна Рада України та органи центральної виконавчої влади – Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я, Національна служба здоров'я України, заклади вищої освіти системи МОН і МОЗ України.

Як показав аналіз законодавства в сфері охорони здоров'я, одним із ключових завдань Верховної Ради є прийняття законів, спрямованих на регулювання відносин у різних сферах, що часто стають джерелами конфліктів.

Медіація є ефективним методом альтернативного врегулювання конфліктів, що сприяє досягненню згоди між сторонами без необхідності звертатися до суду. В Україні цей процес регулюється законодавством [269], прийняття якого стало важливим кроком на шляху до вдосконалення системи вирішення спорів. Однак цей закон прийнятий лише в листопаді 2021 року і не знайшов свого поширення, як показали результати дослідження, в сфері

охорони здоров'я, отже, цей закон потребує адаптації під специфічні потреби останньої. Вирішення питання можливо шляхом внесення змін до статті 77 л) «Професійні права та пільги медичних і фармацевтичних працівників» Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» в частині права медичних працівників не лише на судовий, але й на досудовий (шляхом медіації) захист професійної честі та гідності. Виходячи з того, що медіація проводиться з метою запобігання виникнення конфліктів (спорів) або врегулювання будь-яких конфліктів (спорів), такі зміни носитимуть у першу чергу превентивний характер і будуть скеровуватися органами центральної та регіональної виконавчої влади на уникнення й пом'якшення або врегулювання та вирішення конфліктів з використанням механізму медіації в закладах охорони здоров'я.

Логічно, що за таких умов потребують узгодження з Законом України «Про медіацію» положення Законів України «Про звернення громадян», «Про порядок вирішення колективних трудових спорів (конфліктів)», «Про захист прав споживачів».

Органи центральної виконавчої влади, до яких належать Кабінет Міністрів України, МОЗ України, НСЗУ та Національна служба посередництва та примирення, приймають підзаконні акти, що уточнюють і деталізують законодавство, надаючи можливість їх ефективної реалізації, зокрема в сфері охорони здоров'я. Доцільним є, таким чином, підготовка та прийняття окремої постанови Кабінету Міністрів України з питань врегулювання конфліктів в сфері охорони здоров'я, з огляду на зміни в законодавстві та актуальності теми конфлікту в медичному середовищі.

Забезпечення якісної медичної допомоги є пріоритетом для системи охорони здоров'я будь-якої країни. Проте, незважаючи на постійні зусилля державних законодавчих і виконавчих органів, кількість звернень пацієнтів до Міністерства охорони здоров'я України та НСЗУ з приводу незадоволеності якістю медичної допомоги за її різними критеріями зростає, як доведено результатами теоретичного аналізу. Значно вищий рівень незадоволеності

якістю медичної допомоги продемонстрували пацієнти закладів охорони здоров'я Чернівецької області за результатами соціологічного опитування, що вкупі вимагає належної уваги та ефективних заходів реагування.

Дієвими заходами превентивного характеру може бути внесення змін до Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 14.03.2011 № 142 «Стандарти акредитації закладів охорони здоров'я», а саме, розділ 4 «Права, обов'язки та безпека пацієнтів», п. 4.1 «Проведення семінарських занять із медичним персоналом закладу з питань дотримання етики та деонтології» доповнити вимогами до навчання персоналу запобіганню та врегулюванню конфліктів, та доповнити розділ 4 окремим пунктом з перевірки «проведення в закладі заходів з попередження та врегулювання конфліктів». Саме стандарти акредитації є тим державним механізмом управління якістю медичної допомоги, який забезпечує вищий рівень якості в порівнянні з ліцензійними умовами та націлений на недопущення дефектів медичної допомоги та медичного обслуговування, причинами яких може стати конфлікт.

Незамінним інструментом управління якістю медичної допомоги та зменшення конфліктів професійного змісту між медичними працівниками є стандарти та клінічні протоколи медичної допомоги, вимогами до яких є своєчасний їх перегляд та оновлення на галузевому рівні відповідно до розвитку світових медичних технологій. Це питання стосується діяльності Державного експертного центру МОЗ України.

Виявлені потреби в підвищенні соціально-психологічних, адміністративних, організаційних компетентностей керівників та професійних, комунікативних і морально-етичних компетентностей медичних працівників закладів охорони здоров'я вказали на необхідність цільового підвищення їх кваліфікації з питань прогнозування, попередження та врегулювання конфліктів в системі додипломної освіти та безперервного професійного розвитку. Ці питання вирішуються шляхом розробки тематичних навчальних програм додипломної освіти та заходів безперервного професійного розвитку або внесення змін до наявних у вигляді окремих модулів або тем і

покладаються на заклади вищої освіти системи МОН та МОЗ України. Новою функцією для цих суб'єктів управління визначено підготовку медіаторів для сфери охорони здоров'я шляхом організації навчання за програмами навчальних курсів (вибіркових дисциплін) тривалістю 90 годин/3 кредити ЄКТС, як того вимагає Закон України «Про медіацію». Урахування специфіки медичних конфліктів при підготовці медіаторів сприятиме більш професійному підходу до запровадження медіації в сфері охорони здоров'я.

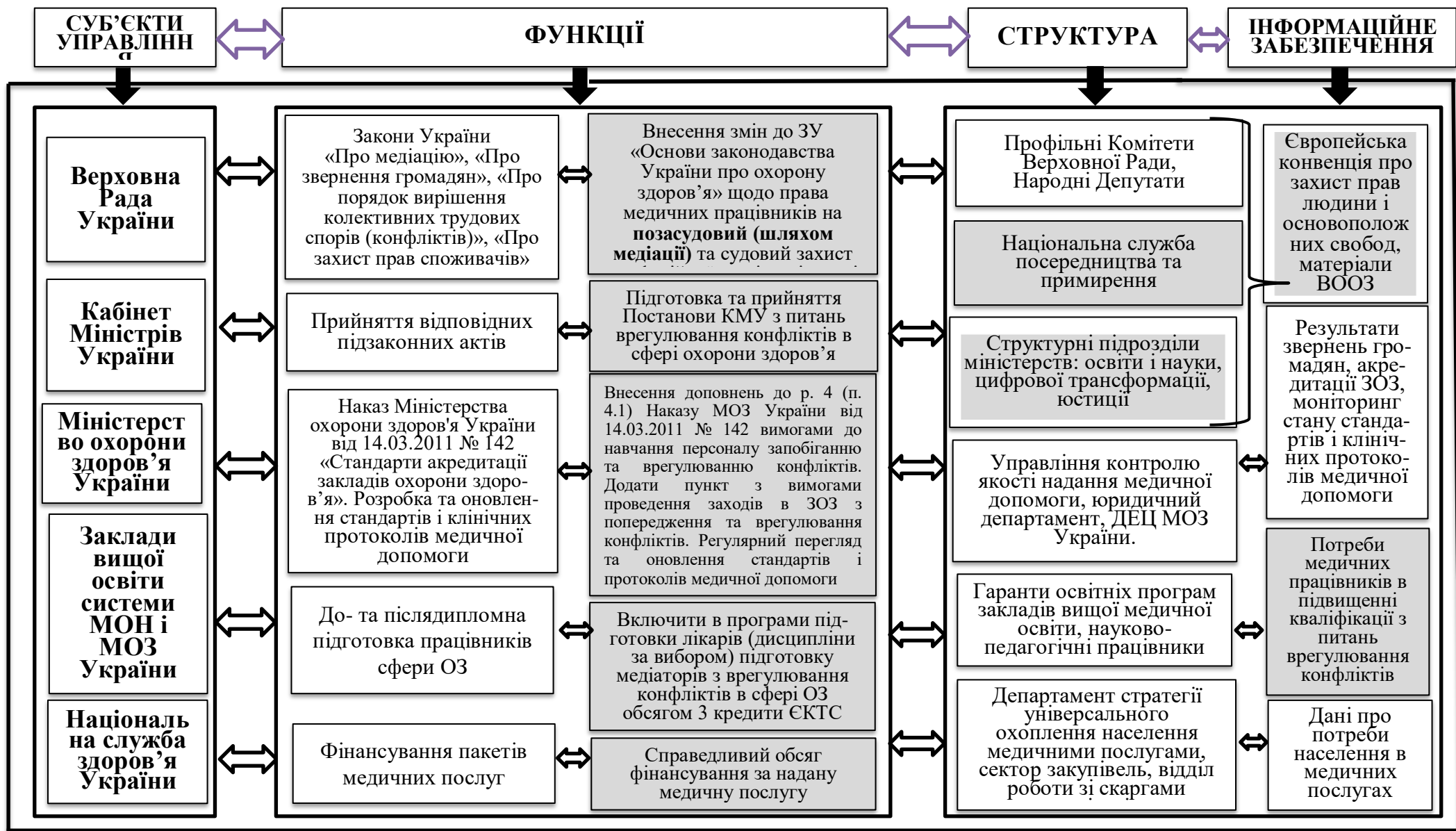
Результати дослідження показали незадоволеність населення фінансовою доступністю медичної допомоги, що підтверджено відповідними зверненнями до Національної служби здоров'я України. Тому зменшення конфліктів в медичній сфері, а саме в закладах охорони здоров'я, можливо за умов досягнення справедливого обсягу фінансування за надану медичну послугу шляхом виділення коштів у відповідному потребам населення обсязі з державного бюджету через НСЗУ.

Виконання вищезазначених функцій забезпечується відповідними структурними підрозділами та відповідальними особами зазначених законодавчих і виконавчих органів центральної влади: профільними Комітетами Верховної Ради, Народними Депутатами України, Національною службою посередництва та примирення; Міністерствами: охорони здоров'я, освіти і науки, цифрової трансформації, юстиції; управлінням контролю якості надання медичної допомоги, юридичним департаментом, ДЕЦ МОЗ України; структурними підрозділами НСЗУ: Департаментом стратегії універсального охоплення населення медичними послугами, сектором закупівель, відділом роботи зі зверненнями пацієнтів, а також гарантими освітніх програм закладів вищої освіти та науково-педагогічними працівниками.

Діяльність зазначених елементів моделі забезпечується інформаційною підтримкою: Європейською конвенцією про захист прав людини і основоположних свобод, даними ВООЗ, результатами звернень громадян, акредитації ЗОЗ, перегляду стандартів медичної допомоги, даними про потреби населення в медичних послугах, медичних працівників – у підвищенні



кваліфікації з питань врегулювання конфліктів. Інформаційне забезпечення здійснюється з урахуванням сучасних інформаційних технологій, використанням інформаційних ресурсів, веб-платформ, форумів, соціальних мереж з метою донесення інформації до зацікавлених сторін та отримання зворотного зв'язку (рис. 7.2).



□ - існуючі елементи      ■ - запропоновані елементи

Рис. 7.2. Концептуальна функціонально-організаційна модель управління конфліктами на державному та галузевому рівні

### 7.2.2. Розробка концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами на регіональному рівні

На регіональному рівні управління конфліктами має продовжуватися органами регіональної влади, яку для охорони здоров'я представляють департаменти/управління охороною здоров'я. У запропонованій моделі на регіональному рівні передбачено акцент на попередження конфліктів шляхом активного інформаційно-комунікаційного забезпечення взаємодії з громадянами з метою досягнення найбільш повного порозуміння між сторонами потенційних конфліктів в системі «лікар - пацієнт», «пацієнт – заклад охорони здоров'я», «керівник - медичний працівник», «медичний працівник – родичі пацієнта». Цим досягатиметься широка обізнаність суспільства про особливості перебігу найбільш поширених хвороб, ризиків медичної діяльності, права та обов'язки пацієнтів та медичних працівників, ризики невиконання лікарських призначень та діагностичних і лікувальних утручань, підвищення медичної грамотності потенційних пацієнтів і їх родичів, формування готовності до побудови партнерських стосунків в процесі отримання медичної допомоги. У разі виникнення/загрози виникнення конфлікту, або його розвитку функції департаменту/управління охороною здоров'я, крім моніторингу, аналізу і розгляду звернень громадян, доповнюються функціями посередництва між усіма сторонами наявного або потенційного конфлікту. Ці функції покладаються на медіатора/посередника, яким може бути відповідальна особа за звернення громадян у ДОЗ в разі проходження ним відповідного навчання. Медіатор, як нейтральна третя сторона, відіграє ключову роль у процесі профілактики конфліктів та їх вирішенні. Основні функції медіатора включають:

#### 1. Нейтральне посередництво:

- забезпечення неупередженості та об'єктивності в процесі врегулювання конфлікту;

- виступати як незалежна сторона, яка не має особистого інтересу в результатах конфлікту.

## 2. Фасилітація комунікації:

- сприяння ефективній комунікації між сторонами конфлікту;
- допомога у вираженні почуттів, занепокоєнь та потреб кожної сторони в конфлікті.

## 3. Аналіз конфліктної ситуації:

- виявлення кореневих причин конфлікту та аналіз контексту, в якому він виник;
- оцінка динаміки та ескалації конфлікту з метою розробки ефективної стратегії його врегулювання.

## 4. Виявлення спільних інтересів:

- допомога сторонам у виявленні спільних інтересів та цілей, які можуть стати основою для досягнення взаєморозуміння;
- пошук компромісів та взаємовигідних рішень, що задовольняють потреби всіх учасників конфлікту.

## 5. Розробка та впровадження рішень:

- сприяння у розробці конкретних, досяжних та взаємоприйнятних рішень для врегулювання конфлікту.
- моніторинг виконання домовленостей та підтримка їх реалізації.

## 6. Підвищення кваліфікації персоналу:

- проведення тренінгів та навчальних програм для медичного персоналу з метою покращення навичок комунікації та управління конфліктами;
- розвиток компетенцій щодо запобігання конфліктам та ефективного реагування на них.

## 7. Консультативна підтримка:

- надання консультацій та рекомендацій з управління конфліктами для керівництва ЗОЗ;
- допомога у формуванні політик та процедур, спрямованих на попередження та вирішення конфліктних ситуацій.

#### 8. Етичний нагляд:

- забезпечення дотримання етичних норм та стандартів у процесі врегулювання конфліктів;
- захист прав та інтересів усіх учасників конфлікту.

Роль медіатора в медичній сфері є критичною для підтримання здорового робочого середовища, забезпечення задоволеності пацієнтів та покращення загальної ефективності надання медичної допомоги.

У процесі проведення адміністративної реформи в Україні значними повноваженнями наділені об'єднані територіальні громади (ОТГ). Зокрема, з питань охорони здоров'я громади на ОТГ покладені зобов'язання підтримки здоров'я, профілактики хвороб, реагування на надзвичайні ситуації, які становлять загрозу для здоров'я. Виконання цих зобов'язань які знаходять своє втілення в місцевих програмах з охорони здоров'я та інвестицій на підтримку інфраструктури ЗОЗ. Це дозволяє проводити профілактичні кампанії, додатково фінансувати медичну допомогу за окремими, найбільш значимими для місцевої громади, захворюваннями, покращувати стан робочих місць, робочого середовища, де відбувається лікувально-діагностичний процес. У кінцевому варіанті це впливає на задоволеність громадян якістю медичної допомоги, а медичних працівників – умовами професійної діяльності, що зменшує вірогідність конфліктів.

Додатковим внеском у попередження конфліктів в ЗОЗ може бути залучення представників органів управління ОТГ та представників громади до ліцензійних та акредитаційних комісій з метою участі в прийнятті рішень відповідності діяльності ЗОЗ нормативним вимогам.

Участь у запобіганні та врегулюванні конфліктів можуть забезпечити регіональні профільні лікарські асоціації та асоціації медичних сестер, діяльність яких зазвичай полягає в участі в підвищенні кваліфікації медичних працівників, а також розробці пропозицій до проєктів стандартів і клінічних протоколів медичної допомоги. Концентрація лікарів/медичних сестер за певною спеціальністю в одному громадському об'єднанні дозволяє виокремити

та сформувати групи висококваліфікованих експертів за спеціальністю, які можуть надавати фахові експертні висновки з метою надання експертної допомоги медичним працівникам в конфліктних ситуаціях.

Для паритету до складу моделі в якості окремих елементів введені громадські асоціації пацієнтів, які як правило займаються юридичним захистом прав та інтересів пацієнтів, представництвом їх інтересів в різних інстанціях, в тому числі при конфліктах з медичною сферою. Діяльність громадських організацій в інтересах лікаря та пацієнта може охоплювати не лише їх регіональні, але й галузеві/всеукраїнські представництва.

Вагомим елементом розробленої моделі слід вважати регулювання відносин органів регіональної влади із засобами масової інформації з питань публікації відомостей про невідповідності, які трапляються під час надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я регіону. Це обумовлюється високими ризиками недостовірності та недостатнього обсягу інформації, що часто приводить до її викривлення, приниження гідності та репутації медичних працівників і власне закладів, де вони працюють.

Зважаючи на Закон України «Про медіа», яким передбачено дотримання достовірності і повноти відомостей, що поширюється в суспільстві через ЗМІ, пропонується представникам прес-служби департаментів/управлінь охорони здоров'я органів регіональної влади своєчасно реагувати на несприятливі події з використанням інформації, правдивість якої підтверджена експертними висновками високопрофесійних експертів, що ґрунтуються на фактах і даних доказової медицини. Елементами виконавчої структури на регіональному рівні визначені: відповідальна особа за звернення громадян він же – медіатор/посередник департаменту/управління охороною здоров'я; відділ інформаційно-комунікаційних технологій; прес-служба департаменту/управління охорони здоров'я; президент, віце-президент, члени громадської асоціації лікарів, медичних сестер; група експертів за спеціальністю; голова та члени громадської організації пацієнтів; орган управління ОТГ, представники громади (рис. 7.3).

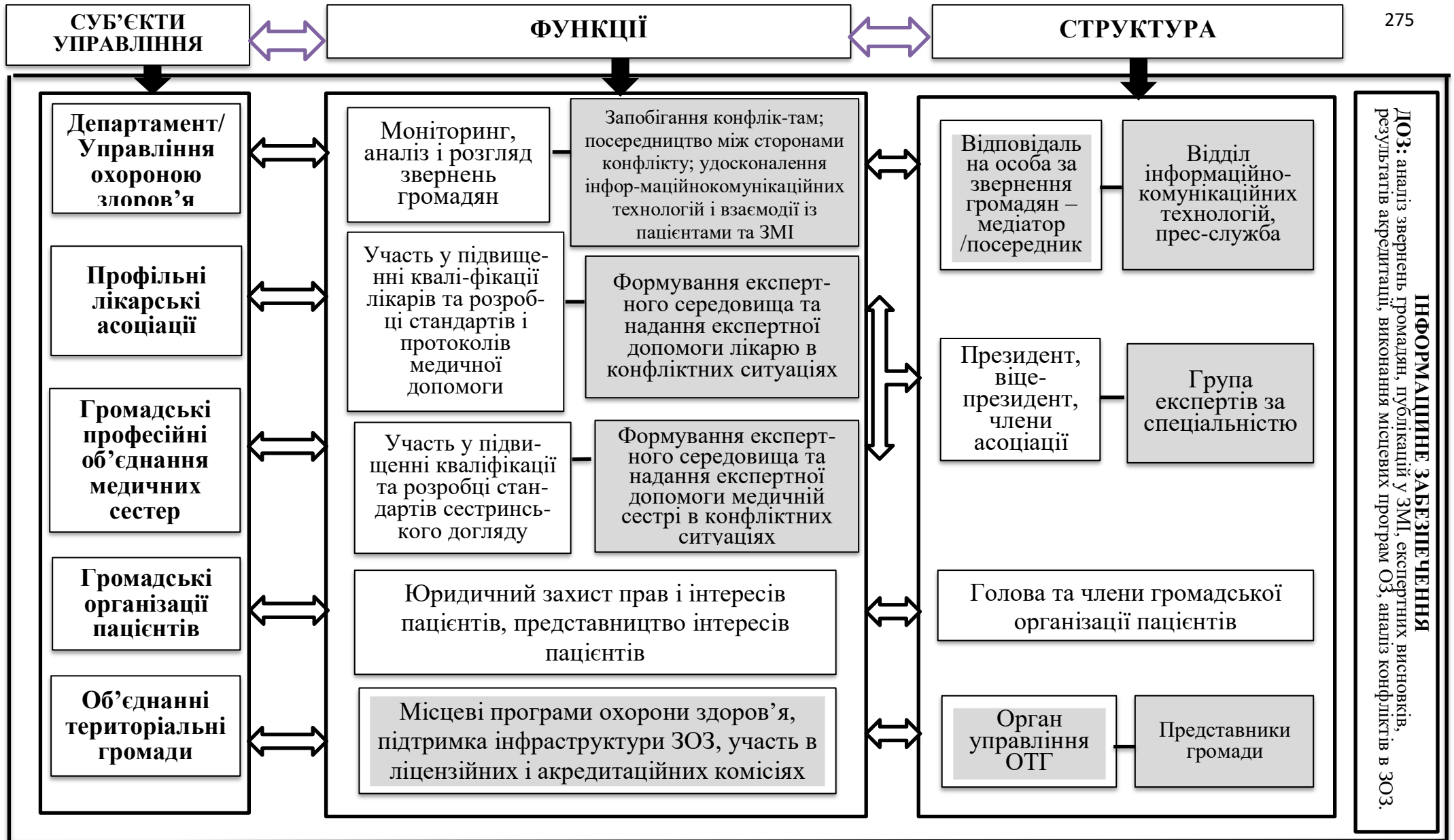


Рис. 7.3. Концептуальна функціонально-організаційна модель управління конфліктами на регіональному рівні

Інформаційне забезпечення складається з аналітичних даних звернень громадян, аналізу діяльності лікарських асоціацій та громадських організацій пацієнтів в частині захисту прав медичних працівників та пацієнтів, даних моніторингу стану здоров'я населення ОТГ, результатів акредитації ЗОЗ та виконання місцевих програм.

### 7.2.3. Розробка концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я

Розробляючи модель управління конфліктами в закладі охорони здоров'я, автор вважає, що керівник закладу в першу чергу повинен задіяти таку функцію управління як аналіз та ідентифікація ризиків виникнення та розвитку конфліктів у підпорядкованому закладі. Аналіз і ідентифікація ризиків ґрунтується на аналізі ретроспективних даних про конфлікти, які вже відбулися в закладі, враховуючи інтереси усіх сторін-учасників конфліктів (пацієнти/їх родичі – медичні працівники; пацієнти/їх родичі – заклад охорони здоров'я; медичні працівники-медичні працівники; керівник закладу охорони здоров'я – медичні працівники).

Інформаційною складовою такого аналізу слугуватимуть дані про звернення громадян до різних інстанцій, зокрема, до керівника закладу та вищих органів управління; дані про конфлікти, що вирішувалися комісією по трудовим спорам закладу; дані опитування пацієнтів та працівників; відгуки на форумах, сайтах, в соціальних мережах про роботу закладу та його працівників; повідомлення в ЗМІ за визначений період часу.

Доречно враховувати й зовнішні ризики, які загалом можуть бути потенційними факторами конфліктів – очікуваний рівень фінансування закладу, зміни в нормативно-правовій базі, політичну ситуацію, воєнну ситуацію в країні та загрозу надзвичайних ситуацій.



Вірогідність ризику конфлікту, що реалізується, можна розрахувати по формулі, виходячи з тлумачення, що вірогідність  $P$  ризику  $A$  – частота, з якою відбувається дана подія:

$$P(A) = m/n \times 100\%,$$

$P$  – вірогідність ризику

$m$  – число випадків, де виник ризик,

$n$  – загальне число випадків, що розглядаються.

Під час аналізу, крім кількісних характеристик ризиків конфлікту, слід особливу увагу приділяти причинам виникнення конфліктів та їх видам, оскільки ця інформація має велике значення для попередження та прогнозування конфліктів у майбутньому, а також визначення стратегії, цілей і наступних управлінських рішень керівника стосовно їх зменшення та своєчасного й адекватного реагування на випадок виникнення й розвитку конфлікту.

Так, конфлікти внаслідок низького рівня заробітної плати працівників та проявами корупції з їх боку вказують на економічний фактор як причину конфлікту та низький рівень мотивації працівників; невідповідне ведення медичних документів, питання підвищення кваліфікації обумовлено низьким рівнем дисципліни в колективі; грубість і нечемність медичного персоналу та переважна кількість конфліктів з пацієнтами свідчить про низький рівень морально-етичних і комунікативних компетентностей медичних працівників; конфлікти з пацієнтами з причини незадоволеності результатами медичної допомоги чітко пов'язані з професійною компетентністю медичних працівників та ресурсним забезпеченням якості медичної допомоги, незадоволеність забезпеченням лікарськими засобами також знаходиться в площині якості медичної допомоги, оскільки це складова лікувально-діагностичного процесу, зокрема, доступності лікування.

Виявлені й інші причини конфлікту, обумовлені соціально-демографічними характеристиками потенційних сторін конфлікту (різні оцінки

частоти конфліктів в колективі, їх причин, характеру організаційної поведінки, схильності до конфліктів та стилів їх вирішення в залежності від віку респондентів), соціально-психологічними факторами (деструктивні відносини у вигляді нездорової конкуренції між працівниками) та індивідуально-психологічними особливостями працівників (заздрощі, високі амбіції, схильність до конфліктів). Форми організаційної поведінки вказали на низький рівень організаційної культури, а контент-аналіз локальних регуляторних актів – на адміністративні (організаційні) недоліки в попередженні конфліктів.

Аналіз має включати в себе й ті підходи, які були застосовані для вирішення конфлікту, та ступінь вирішення конфлікту – повний, частковий, для виділення помилок і уникання їх в майбутньому.

Результати аналізу мають покладатися в основу виконання наступної функції менеджменту – планування заходів з управління конфліктами. Ураховуючи актуальність і гостроту проблеми конфліктів в сфері охорони здоров'я, підсилення її зовнішніми факторами об'єктивного характеру та складність впливу на індивідуальні психологічні властивості особистостей сторін конфлікту, керівнику доцільно розробити окремий цільовий документ – Комплексну програму управління конфліктами на кілька (3-5) років із заходами моніторингу її виконання та оцінкою проміжних результатів за визначений період (півроку – рік).

Комплексна програма управління конфліктами скеровується на попередження, врегулювання та вирішення конфліктів, які включають наступні заходи:

*Заходи соціально-психологічного характеру:*

1) удосконалення процесів зовнішньої та внутрішньої комунікації в закладі охорони здоров'я.

Заходи передбачають підвищення професійних, морально-етичних і комунікативних компетентностей медичних працівників з метою запобігання міжпрофесійних конфліктів та конфліктів з пацієнтами. Реалізація цих заходів можлива шляхом проведення за планом тренінгів, «круглих столів», семінарів

за темами формування і вдосконалення комунікативних і морально-етичних компетентностей працівників, спорідненими темами профілактики «професійного вигорання» та професійного стресу у медичних працівників, цільовими темами профілактики та врегулювання конфліктів між усіма потенційними сторонами конфліктів в медичній діяльності з обов'язковим розглядом можливих форм врегулювання конфліктів – співробітництва, компромісу, конкуренції, уникнення, поступок.

Ці заходи можуть проводитися в умовах закладу охорони здоров'я професійними викладачами, залученими зовні (за угодами) за участі юрисконсульта та психолога закладу, та/або шляхом скерування медичних працівників на цільові навчальні цикли до закладів вищої освіти. До навчальних заходів з попередження конфліктів можливо залучення медіатора – відповідального співробітника департаменту охорони здоров'я (за виїзною формою роботи);

2) виховання культури відносин в колективі з попередження поширення неправдивої, перекрученої інформації, чуток, пліток і т. і., несанкціонованої співпраці з засобами масової інформації; виховання культури професійної поведінки, єдності цілей і цінностей працівника і закладу охорони здоров'я, ідентифікації працівника з закладом, де він працює.

Виховні заходи проводяться керівником закладу, лінійними і функціональними керівниками, за необхідності – із залученням психолога на нарадах, ділових зустрічах та при неформальному спілкуванні.

*Адміністративно-організаційні заходи:*

3) унормування попередження та врегулювання конфліктів (перегляд посадових інструкцій з метою чіткого розмежування посадових обов'язків і повноважень; внесення позицій до колективної угоди, статуту, положень про структурні підрозділи, посадових інструкцій працівників щодо зобов'язань дотримання правил безконфліктної поведінки, а в разі виникнення конфлікту – участі в регулюванні та вирішенні конфліктів на робочих місцях; розробка і

введення в дію положення про звернення громадян в підпорядкованому закладі);

4) розстановка кадрів з урахуванням психологічної сумісності працівників; залучення посередників (медіатора, профільних робочих груп, експертів) для врегулювання та вирішення конфліктів; створення умов для переговорів з врегулювання конфліктів (обладнане місце для переговорів, зі зручними меблями, освітленням, шумоізоляцією, питною водою і т. і.);

5) забезпечення широкого доступу й використання цільової інформації за умови захисту її конфіденційної складової та каналів зовнішньої і внутрішньої комунікації для усіх потенційних і наявних сторін конфлікту (офіційного веб-сайту, соціальних мереж, локальної комп'ютерної мережі ЗОЗ);

6) утворення постійної/тимчасових комісій з розгляду звернень громадян та професійних конфліктів (за виключенням комісії трудових спорів, яка створюється відповідно до законодавчих вимог);

7) покладання обов'язків на висококваліфікованих спеціалістів щодо участі в підготовці експертних висновків для надання достовірної інформації на запити вищих органів управління та засобів масової інформації у разі загрози/виникнення конфлікту;

8) профілактичні огляди медичних працівників за участю медичного психолога; удосконалення корпоративної культури, кадрової політики, управління якістю медичної допомоги.

До виконання цих заходів крім керівника закладу долучаються працівники відділу кадрів, юрисконсульт, психолог; лінійні і функціональні керівники, адміністратори інформаційної системи, працівники апарату управління.

*Мотиваційні заходи:*

9) покращення умов та безпеки праці, робочого середовища; доступ працівників до інноваційних технологій; кар'єрне зростання; соціальний захист; справедливі заохочувальні винагороди працівникам, які вносять вагомий внесок в досягнення цілей закладу охорони здоров'я.

Виконавцями цих заходів є керівник, заступники керівника, лінійні і функціональні керівники, фінансова і господарча служба закладу, профспілкова організація.

*Координація діяльності з попередження та врегулювання конфліктів:*

10) широке обговорення ризиків потенційних конфліктів на нарадах, зборах, зустрічах та під час неформального спілкування керівника закладу, керівників структурних підрозділів з різними сторонами потенційного конфлікту з метою вчасного досягнення узгодженості думок, поглядів, дій, ліквідування дефіциту інформації, формування схильності до співробітництва і тим самим попередження розгортання конфлікту. У залежності від характеру потенційного конфлікту спілкування може відбуватися з залученням представників громадскості та ЗМІ;

11) управлінські рішення (накази, розпорядження) з перерозподілу функцій і завдань, ресурсів (інформаційних, матеріально-технічних, фінансових, кадрових, інших), додаткових робіт і порядку їх виконання та покладання відповідальності на уповноважених осіб з метою досягнення узгодженості дій та забезпечення їх впорядкованості за результатами аналізу ризиків конфліктів та конфліктів, що відбулися.

Комплексна програма з управління конфліктами підлягає моніторингу, аналізу та контролю за її виконанням керівником закладу охорони здоров'я, заступниками керівника, лінійними та функціональними менеджерами згідно з розподілом обов'язків за кожною складовою програми.

Моніторингу і аналізу піддаються також:

1) повідомлення в ЗМІ про дефекти медичної допомоги в закладах охорони здоров'я України з їх обговоренням на оперативних нарадах на всіх рівнях управління закладом з метою врахування невідповідностей, що сталися, та недопущення подібних випадків у даному закладі охорони здоров'я;

2) звернення громадян та міжпрофесійні конфлікти за кількістю та причинами в закладі охорони здоров'я;

3) зовнішні та внутрішні ризики потенційних конфліктів.

Результати цих дій покладаються в основу удосконалення діяльності з управління конфліктами; з цією метою на всіх рівнях управління закладом лінійними та функціональними керівниками розробляються пропозиції з удосконалення діяльності з управління конфліктами за результатами моніторингу та аналізу та подаються керівнику закладу.

Програму варто розглядати в сукупності з впливом зовнішніх регуляторів конфліктів в закладі охорони здоров'я: змінами нормативно-правової бази, підтримкою вищих органів управління (забезпечення доступу до медіації), конструктивною підтримкою пацієнтів і медичних працівників представниками громадських організацій, територіальних громад (рис. 7.4).



Рис. 7.3. Концептуальна функціонально-організаційна модель управління конфліктами в закладі охорони здоров'я

У Комплексній програмі управління конфліктами мають бути вказані терміни виконання заходів, а аналіз її виконання має входити до аналітичного звіту закладу за кожен рік активності програми.

Індикаторами ефективності функціонування програми пропонується обрати наступні:

1) динаміка кількості звернень громадян в різні інстанції з приводу незадоволеності медичною допомогою/медичним обслуговуванням;

2) структура звернень громадян в різні інстанції з приводу незадоволеності медичною допомогою/медичним обслуговуванням та її зміни з часом;

3) рівень комунікативної та морально-етичної компетентності персоналу (за результатами навчання та кількості конфліктів внаслідок некомпетентності за даними характеристиками);

4) динаміка показників плинності кадрів;

5) структура та обсяг мотиваційних заохочень працівників;

6) відгуки громадян в соціальних мережах, на форумах, офіційному веб-сайті закладу охорони здоров'я (за кількістю та змістом);

7) результати соціологічних опитувань пацієнтів та працівників;

8) динаміка кількості трудових спорів;

9) частота залучення медіатора до профілактики та врегулювання конфліктів та інші.

Щороку програма має переглядатись і доповнюватись заходами, відповідними для утримання низького рівня конфліктів.

Таким чином, запропонована удосконалена концептуальна функціонально-організаційна модель пропонує управління конфліктами в ЗОЗ на трьох рівнях: державному, регіональному та місцевому, носить попереджувально-профілактичний характер і забезпечує вирішення конфліктів у більш демократично-лояльний спосіб у разі реалізації конфлікту в закладі охорони здоров'я.



7.3. Упровадження окремих елементів моделі на галузевому, регіональному та місцевому рівнях

Окремі елементи обґрунтованої концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я за участю автора впроваджені на галузевому, регіональному та місцевому рівнях управління.

Впровадження результатів дослідження на галузевому та регіональному рівні здійснено шляхом підготовки та видання інформаційного листа (додаток Д-1), авторських свідоцтв про нововведення, науковий твір – 5 од. (додаток Є 1-5) та раціоналізаторських пропозицій (додаток Ж 1-2).

Результати наукового дослідження упроваджено та використано при розробці робочої навчальної дисципліни «Складові забезпечення якості медичної допомоги: ресурси (кадри, матеріально-технічні), організація та технології надання медичної допомоги» для здобуття вищої освіти на другому (магістерському) рівні за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» в Центрі підвищення кваліфікації «Інститут післядипломної освіти» Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами (додаток Г-18).

Також матеріали дисертаційного дослідження включені в навчальний процес здобувачів вищої освіти при вивченні дисципліни «Соціальна медицина, громадське здоров'я» на кафедрах «Громадське здоров'я і гуманітарні дисципліни» та «Соціальна медицина та гігієна» ДВНЗ «Ужгородський національний університет» (додаток Г 20-21).

Матеріали дисертаційної роботи оприлюднені на ряді наукових форумів з публікацією тез в кількості 17 од.

Розроблено та впроваджено в навчальний процес для студентів 5 курсу спеціальності 222 Медицина Буковинського державного медичного університету курс за вибором на тему: «Конфлікт-менеджмент у медичній організації». Метою вивчення навчальної дисципліни «Конфлікт-менеджмент у

медичній організації» є оволодіння необхідними знаннями, навичками і набуття компетентностей щодо природи конфліктів, причини їх виникнення, способи управління конфліктними ситуаціями й методах подолання конфліктів в медицині.

Структура навчальної дисципліни, наведена у табл. 7.1, передбачає 90 годин (10 годин – лекції; 20 годин – практичні заняття; 60 годин – самостійна робота).

Таблиця 7.1

Структура навчальної дисципліни  
«Конфлікт-менеджмент у медичній організації»

Назви змістових тем	Кількість годин				
	Усьо- го	у тому числі			
		Аудиторні		Самості йна робота студента	Індиві- дуальна робота
		Лекції	Практичні заняття		
1	2	3	4	5	6
Тема 1. Розвиток конфліктології як науки та навчальної дисципліни	2	2			
Тема 2. Природа конфліктів.	2		2		
Тема 3. Позитивні і негативні функції конфліктів у суспільстві.	3			3	
Тема 4. Об'єктивні та суб'єктивні елементи структури конфлікту	3			3	
Тема 5. Динаміка конфлікту та механізми його виникнення	2	2			
Тема 6. Причини конфліктів.	2		2		

<i>Продовження таблиці 7.1</i>					
1	2	3	4	5	6
Тема 7. Співвідношення фаз і етапів конфлікту залежно від можливості його розв'язання.	3				
Тема 8. Характеристики основних моделей поведінки особистості в конфлікті.	3			3	
Тема 9. Процес діагностики конфлікту. Картографічний аналіз конфлікту.	3			3	
Тема 10. Види діяльності по управлінню конфліктами	3			3	
Тема 11. Методи та форми управління конфліктами	2	2			
Тема 12. Рішення внутрішніх конфліктів.	2		2		
Тема 13. Інструменти і технології вирішення конфліктів	2		2		
Тема 14. Шляхи попередження конфліктів.	3			3	
Тема 15. Технології регулювання конфліктів. Методи управління конфліктами.	3			3	
Тема 16. Психологія особистості в конфлікті	2	2			
Тема 17. Профілактика конфліктів.	2		2		
Тема 18. Рішення зовнішніх конфліктів.	2		2		
Тема 19. Технології ефективного спілкування і раціональної поведінки в конфлікті.	3			3	
Тема 20. Характеристики типового суб'єктивного змісту конфліктної ситуації в медицині.	3			3	
Тема 21. Групові особливості виникнення конфліктів в організації	2	2			
Тема 22. Як захищати себе від емоційної агресії пацієнтів.	2		2		
Тема 23. Культура управління та її суспільна роль	2		2		
Тема 27. Наслідки конфліктів для організації.	3			3	

<i>Продовження таблиці 7.1</i>					
1	2	3	4	5	6
Тема 24. Конфлікти в суспільстві. Соціальні конфлікти та основні шляхи їх розв'язання.	3			3	
Тема 25. Профілактика конфліктних ситуацій при наданні медичних послуг.	2		2		
Тема 26. Поняття організаційного конфлікту. Причини та умови, що викликають конфлікти в медичній організації.	3			3	
Тема 28. Посередницька діяльність у вирішенні конфліктів в медицині	3			3	
Тема 29. Способи та методи зняття негативних наслідків психологічного впливу конфлікту.	10		2	8	
Індивідуальна робота	10				10
<b>Усього годин</b>	<b>90</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>50</b>	<b>10</b>

На місцевому рівні діяльність автора за результатами дисертаційного дослідження відтворена шляхом впровадження методичних рекомендацій в ЗОЗ Чернівецької області (акти впровадження – 10 од.) (додаток Г 1-17, 19).

#### 7.4. Експертна оцінка ефективності моделі

Ефективність запропонованої обґрунтованої концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в ЗОЗ та її якісно нових складових оцінювалася методом експертних оцінок і за результатами впровадження на етапах дослідження.

Експертна оцінка здійснювалася шляхом опитування 34 досвідчених експертів (24 керівника ЗОЗ та структурних підрозділів та 10 докторів медичних наук, професорів ЗВО).

Середній вік експертів становив  $53,5 \pm 1,5$  років, загальний стаж роботи в галузі охорони здоров'я –  $21,0 \pm 1,5$  роки, в тому числі за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я» –  $16,3 \pm 1,5$  років. Узгодженість думок за параметрами моделі склала  $87,6 \pm 14\%$ . Експерти оцінювали власне концептуальну функціонально-організаційну модель управління конфліктами в ЗОЗ на державному рівні та її складові на галузевому, регіональному та місцевому рівнях. Результати оцінки основних характеристик моделі та її якісно нових складових представлені у таблиці 7.2.

Таблиця 7.2

Результати експертної оцінки основних характеристик концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в ЗОЗ та її складових (оцінка за десятибальною шкалою)

Параметри оцінки	Концептуальна функціонально-організаційна модель управління конфліктами в закладі охорони здоров'я			
	Рівні організації			
	державний	галузевий	регіональний	Середнє значення
1	2	3	4	5
Етапність	$9,22 \pm 0,02$	$9,01 \pm 0,06$	$9,40 \pm 0,02$	9,21
Профілактична спрямованість	$9,52 \pm 0,03$	$9,14 \pm 0,02$	$9,43 \pm 0,04$	9,36
Пріоритетна орієнтація на пацієнта	$9,49 \pm 0,02$	$9,38 \pm 0,02$	$9,51 \pm 0,03$	9,46
Доступність	$9,37 \pm 0,05$	$9,24 \pm 0,04$	$9,22 \pm 0,04$	9,27
Комплексність	$8,70 \pm 0,04$	$8,51 \pm 0,03$	$8,46 \pm 0,02$	8,56
Системність	$8,20 \pm 0,02$	$8,40 \pm 0,05$	$8,66 \pm 0,12$	8,42
Інформативність	$9,52 \pm 0,03$	$9,04 \pm 0,04$	$9,50 \pm 0,03$	9,35
Значимість	$9,25 \pm 0,02$	$9,15 \pm 0,02$	$9,5 \pm 0,03$	9,3
Описові властивості	$9,62 \pm 0,05$	$9,17 \pm 0,03$	$9,73 \pm 0,04$	9,5
Прогностичні властивості	$9,71 \pm 0,02$	$9,47 \pm 0,04$	$9,52 \pm 0,03$	9,57

<i>Продовження таблиці 7.2</i>				
Удосконалення інформаційного захисту ЗОЗ	9,47±0,04	9,44±0,03	9,32±0,05	9,41
Удосконалення системи управління ЗОЗ в частині управління конфліктами	9,80±0,02	9,61±0,04	9,76±0,03	9,72
Виявлення та аналіз заходів щодо удосконалення роботи зі зверненням громадян	9,40±0,03	9,60±0,02	9,86±0,02	9,62

Найвищу оцінку експертів концептуальної функціонально-організаційної моделі отримало удосконалення системи управління ЗОЗ в частині управління конфліктами (в середньому 9,72 бала).

Згідно висновків експертів в загальному, запропонована модель відповідає принципам комплексності (8,56) балів, етапності (9,21) і пріоритетної орієнтації на пацієнта (9,46) балів і доступність (9,27); інформативність (9,35); описові властивості (9,5); прогностичні властивості (9,57); удосконалення інформаційного захисту ЗОЗ (9,41); системність (8,42); виявлення та аналіз заходів щодо удосконалення роботи зі зверненням громадян (9,62) балів. Значимість закладених елементів в основу моделі управління конфліктами в ЗОЗ для досягнення намічених цілей експерти оцінили у 9,28 балів.

Оцінюючи модель на державному рівні бали розподілилися наступним чином: 8,2±0,02 – системність та 8,7±0,04 – комплексність; 9,25±0,02 – значемість та 9,37±0,05 – доступність; найвище оцінені пріоритетна орієнтація на пацієнта (9,49±0,02); удосконалення інформаційного захисту ЗОЗ (9,47±0,04); виявлення та аналіз заходів щодо удосконалення роботи зі зверненням громадян (9,40±0,02) та удосконалення системи управління ЗОЗ в частині управління конфліктами (9,80±0,02).

Оцінюючи модель на галузевому рівні бали розподілилися наступним чином: 9,14±0,02 – профілактична спрямованість та 9,01±0,06 – етапність;

8,4±0,05 – системність та 8,51±0,03 – комплексність; найвище оцінені пріоритетна орієнтація на пацієнта (9,38±0,02); удосконалення інформаційного захисту ЗОЗ (9,44±0,03); виявлення та аналіз заходів щодо удосконалення роботи зі зверненням громадян (9,60±0,02) та удосконалення системи управління ЗОЗ в частині управління конфліктами (9,61±0,04).

При оцінці моделі на регіональному рівні оцінена її доступність (9,22±0,04) балів, комплексність (8,46±0,02) балів і поетапний підходи (9,4±0,02) балів; удосконалення системи управління ЗОЗ в частині управління конфліктами (9,76±0,03); виявлення та аналіз заходів щодо удосконалення роботи зі зверненням громадян (9,86±0,02) та прогностичні властивості (9,52±0,03) балів.

Таким чином, запропонована науково обґрунтована концептуальна функціонально-організаційна модель управління конфліктами в ЗОЗ має профілактичне спрямування (в середньому 9,36 бали за десятибальною шкалою оцінки експертів), створена на засадах комплексності (8,56), доступності (9,27), етапності (9,21), пріоритетної орієнтації на пацієнта (9,46), інформативності (9,35); прогностичних властивостей (9,57) балів щодо надання якісної медичної допомоги.

## Висновки до Розділу 7

1. Показано, що передумовами медико-соціального обґрунтування та розробки концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я на державному, регіональному та місцевому рівнях слугували політика ВООЗ щодо вирішення глобальних конфліктів в сфері охорони здоров'я в ім'я збереження життя та здоров'я людства, досвід країн світу та, зокрема, європейських країн з функціонування інституту посередництва для попередження та врегулювання конфліктів в сфері охорони здоров'я, а також прийняття Закону України «Про медіацію», що

потребує внесення відповідних змін до законодавства в сфері вітчизняної охорони здоров'я.

2. В якості аргументів на користь обґрунтування і розробки моделі стали також виявлені за результатами власного дослідження можливості впливу на зовнішнє врегулювання конфліктів у закладі охорони здоров'я шляхом внесення змін та доповнень до стандартів акредитації закладів охорони здоров'я, діяльність Державного експертного центру МОЗ України з розробки та оновлення медичних стандартів і клінічних протоколів, відповідне до потреб населення фінансування медичних послуг Національною службою здоров'я України, експертна діяльність громадських організацій медичних працівників, спроможності об'єднаних територіальних громад зміцнювати матеріально-технічний ресурс закладів охорони здоров'я та здоров'я населення громади.

3. Концептуальна функціонально-організаційна модель управління конфліктами в закладі охорони здоров'я передбачає доповнення та/або застосування нових функцій наявними структурними елементами системи управління закладом в напрямку попередження, врегулювання та вирішення конфліктів шляхом: ідентифікації ризиків виникнення та розвитку конфліктів, запровадження, з огляду на актуальність і значимість проблеми конфлікту, окремого управлінського цільового документу – Комплексної програми управління конфліктами із заходами соціально-психологічного, адміністративно-організаційного, мотиваційного, координаційного змісту, моніторингу, аналізу, контролю та удосконалення діяльності з управління конфліктами за визначеними індикаторами ефективності та оцінкою проміжних і кінцевих результатів за визначений період.

4. Розроблена в ході дослідження концептуальна функціонально-організаційна модель управління конфліктами в ЗОЗ відображає сучасні тенденції розвитку охорони здоров'я та дозволяє прогнозувати подальше загострення конфліктних ситуацій або вирішувати існуючий конфлікт неконфліктним шляхом. Це позитивно вплине на організаційну культуру в закладі охорони здоров'я, якість медичної допомоги та неодмінно позитивно



позначиться на задоволеності пацієнтів спілкуванням з медичними працівниками та всією системою охорони здоров'я.

5. Запропонована та впроваджена за окремими елементами концептуальна функціонально-організаційна модель управління конфліктами в закладі охорони здоров'я отримала високу оцінку висококваліфікованих незалежних експертів за десятибальною шкалою: комплексність, системність і профілактична спрямованість оцінена в  $8,46 \pm 0,02$ ;  $8,66 \pm 0,12$  і  $9,43 \pm 0,04$  балів, етапність, доступність та інформативність – у  $9,40 \pm 0,02$ ;  $9,22 \pm 0,04$  і  $9,50 \pm 0,03$  балів, що підтвердило її потенційну дієздатність та дозволяє рекомендувати для подальшого впровадження в сфері охорони здоров'я України.

*Матеріали даного розділу представлені в наступних публікаціях автора [270,271,272].*

## ВИСНОВКИ

Комплексним медико-соціальним дослідженням доведено актуальність проблеми конфлікту в медичній галузі та невідповідність наявної системи управління конфліктами в закладах охорони здоров'я України світовим зразкам попередження, врегулювання та вирішення конфліктів.

У дисертації представлено теоретичне узагальнення та шляхи вирішення зазначеної проблеми шляхом медико-соціального обґрунтування концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я, розробленої на основі рекомендацій ВООЗ, міжнародного та вітчизняного досвіду, результатів власного дослідження, впровадження окремих елементів якої в практику роботи закладів охорони здоров'я довело свою ефективність, що передбачалось метою і завданнями дослідження.

1. Установлено, що конфлікти можуть виникати в різних сферах економічної діяльності. У сфері охорони здоров'я сторонами конфлікту найчастіше виступають: лікар і пацієнт, пацієнт і заклад охорони здоров'я, медичні працівники, медичний працівник і керівництво закладу охорони здоров'я. Конфлікт в медицині є складним і специфічним процесом, оскільки зачіпає особливо чутливу сферу – життя і здоров'я пацієнта. Незважаючи на дві властивості конфлікту – конструктивну і деструктивну, в охороні здоров'я він часто призводить до стресових ситуацій, наслідком яких стає незадоволеність пацієнта взаємодією з системою охорони здоров'я, а медичного працівника – професійною діяльністю.

2. Показано, що в Україні розроблена потужна нормативно-правова база з регулювання конфліктів в сфері охорони здоров'я, яка включає в себе захист прав пацієнтів, медичних працівників, зобов'язань закладів охорони здоров'я. Водночас зазначені механізми носять обмежений характер, оскільки правові проблеми залишаються актуальними для всіх учасників медичної допомоги, а

правові механізми скеровані в першу чергу на врегулювання конфліктів, які вже відбулися, а не на їх попередження.

3. Визначено, що в Україні чисельність звернень громадян з питань, пов'язаних із взаємодією з медичною системою, зросла з 2013 по 2022 рік на 24,0%. Найбільша їх кількість до МОЗ України (23,4 на 100 тис. нас. у 2013 р., 32,1 на 100 тис. нас. в 2018 р. та 21,4 на 100 тис. нас. в 2022 р.) стабільно стосувалася питань надання медичної допомоги. З приводу кадрових питань рівень звернень складав відповідно 14,6, 17,6 та 10,4 на 100 тис. нас., направлень на МСЕК та ЛКК – відповідно 12,9, 11,5 та 6,5 на 100 тис. нас., з приводу забезпечення ліками та медичними виробами – 6,6, 5,4 та 7,6 на 100 тис. нас. відповідно, з приводу неправомірних дій медичних працівників – відповідно 7,7, 8,5, та 7,63 на 100 тис. нас. Кількість скарг в структурі звернень громадян зменшилась (9,65% в 2013 році до 4,0% в 2022 році), але в ній стабільно утримувались звернення, викликані порушенням прав і захисту законних інтересів громадян та недоліками в діяльності закладів охорони здоров'я.

4. Виявлено, що з початком функціонування Національної служби здоров'я України саме в цій структурі акумулюються звернення, пов'язані з незадоволеністю громадян якістю медичної допомоги, зокрема, низькою фінансовою її доступністю, що проявляється в відмові забезпеченості громадян лікарськими засобами на пільгових умовах, відмовами в наданні/безоплатному наданні медичних послуг із гарантованих НСЗУ пакетів, вимаганні коштів у громадян на лікування в закладах охорони здоров'я.

5. Виявлено, що структура звернень жителів Чернівецької області з питань охорони здоров'я та медичного обслуговування за рейтинговими позиціями подібна до структури звернень громадян до МОЗ України. Найбільший відсоток звернень у структурі займали питання надання медичної допомоги – 65,7% у 2015 р., 46,8% у 2016 р., 57,5% у 2022 р., забезпечення ліками та медичними виробами – 24,2%-35,6%, направлення на МСЕК, ЛКК – 5,1-11,4%, надання медичної допомоги в піковий період епідемії

COVID-19 у 2021 році – 8,7%. Водночас зросла частка звернень з приводу неправомірних дій медпрацівників з 0,2% до 1,0% та грубого, формального ставлення медичних працівників до пацієнтів, рідних – з 0,2% до 1,3%.

6. Доведено, що в досліджуваних закладах охорони здоров'я Чернівецької області обмежено використовуються нормативно-правові документи з питань роботи зі зверненнями громадян, порушуються законодавчо визначені процедури реєстрації та реагування на звернення, відсутні статутно закріплені зобов'язання щодо роботи зі зверненнями громадян. Не в кожному закладі проводиться моніторинг звернень та реагування на них, а також аналіз структури та динаміки статистичних даних, що відображають звернення. Керівниками закладів офіційно не призначені особи, відповідальні за роботу зі зверненням громадян; доступні канали зворотного зв'язку з пацієнтами та їх родинами не використовуються.

7. Установлено, високу частоту конфліктів у колективах, як відмітили керівники віком 56 років і старше у 41,7% відповідей та керівники віком до 35 років – у 12,5% відповідей, а також 18,5% лікарів та 15,0% медичних сестер. Найчастішими причинами конфліктів, за даними 37,5-79,2% керівників, в залежності від віку, є ситуації з пацієнтами, невідповідне ведення медичних документів, рівень заробітної плати, питання підвищення кваліфікації працівників. На думку 29,4-32,9% пацієнтів, основними причинами конфліктів є грубість і нечемність медичного персоналу, 18,7-24,5% – незадоволеність забезпеченням лікарськими засобами, 18,0-23,3% – незадоволеність результатами медичної допомоги, 14,9-17,8% – прояви корупції з боку медичного персоналу. Конфлікти між лікарем і пацієнтом, на думку 41,5-43,7% останніх, найчастіше виникають під час погіршення стану пацієнта та за даними 30,1-31,4% під надання екстреної медичної допомоги. Причинами конфліктів між медичними працівниками встановлені: нездорова конкуренція за посади (37,3% відповідей лікарів, 34,7% – медичних сестер), неспроможність досягти такого ж успіху, як у колег (на думку 32,1% лікарів, 40,8% – медичних

сестер), високі амбіції (на думку 20,4% лікарів та 14,8% медичних сестер), які не задовольняються.

8. Доведено, що медичні працівники мають брак знань і навичок у вирішенні конфліктів, що підтверджено відповідями 100,0% керівників вікової категорії до 35 років та 83,3% керівників вікових категорій 36-55 років та 56 років і старше. Доведено, що комунікативні здібності у 37,3% медичних працівників знаходяться на низькому, а в 14,5% – на нижчому за середній рівень (загалом у 51,8% опитаних). Значна частка медичних працівників практикує деструктивні моделі організаційної поведінки: 9,4-22,8% респондентів, в залежності від віку, відзначили у себе авторитарний стиль поведінки, 4,0-11,1% – агресивний, а 11,4-17,9% опитаних – егоїстичний, 29,9%-34,0% – конформістський. Вказали, що мають схильність до конфліктів, 66,8% лікарів та 72,5% середніх медичних працівників, а вважають себе безумовно конфліктними – відповідно 13,1% та 19,7% опитаних.

9. Установлено, що для населення надзвичайно важливими з боку медичних працівників є вміння уникати конфліктних ситуацій з пацієнтом, проводити бесіду, вислухати і дати пораду, проявляти співчуття щодо його захворювання, доступно аргументувати обраний курс лікування, налаштувати на позитивний результат медичної допомоги. Доведена низька поінформованість 68,9-78,3% пацієнтів з технічних питань процедури звернення на випадок конфлікту та незадоволеність 35,7-42,7% пацієнтів державним регулюванням конфліктів між лікарем та пацієнтом. Показано, що лише 29,4-38,8% пацієнтів з метою вирішення конфлікту звертаються до керівника закладу охорони здоров'я. Скаржаться від 14,5% до 28,2% осіб; медіатор бере участь у вирішенні конфлікту за повідомленнями лише 0,8%-2,4% пацієнтів; судовий метод використовували старші вікові категорії пацієнтів у 2,7-4,2% випадків.

10. Доведено, що 22,0-23,0% керівників на випадок виникнення конфлікту обирали співробітництво як найбільш конструктивну форму його вирішення; компроміс обирали 19,4-37,5% респондентів, але 21,0-25,0%

керівників обирали уникнення, а 13,0-22,0% – суперництво, які визнані неефективними формами його вирішення. Виявлено, що ступінь активності в конфліктах з боку керівників вища в осіб вікових категорій 36-55 років та 56 років і старше (52,8-58,3%); водночас 37,5% керівників віком до 35 років є пасивними спостерігачами, а 25,0% цієї вікової групи взагалі не приймають участь у конфліктах. Незнайомі усім керівникам до віком до 35 років, 85,4% опитаних 36-55 років, 83,3% керівників 56 років і старше можливості залучення медіатора до вирішення конфліктів.

11. Результати теоретичного та власного дослідження обумовили медико-соціальне обґрунтування та розробку концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я, інноваційними елементами якої стали: запровадження механізму посередництва для попередження і врегулювання конфліктів – медіації; запровадження стандартів акредитації з питань запобігання та врегулювання конфліктів у закладах охорони здоров'я; удосконалення інформаційного захисту закладу охорони здоров'я при взаємодії з засобами масової інформації; експертна допомога медичним працівникам в конфліктних ситуаціях профільними професійними асоціаціями; підвищення рівня компетентностей керівників і медичних працівників з управління конфліктами; активне застосування інформаційно-комунікаційних технологій між усіма сторонами потенційних і наявних конфліктів; Комплексна програма управління конфліктами в закладі охорони здоров'я.

12. Запропонована та впроваджена за окремими елементами концептуальна функціонально-організаційна модель управління конфліктами в закладі охорони здоров'я отримала високу оцінку висококваліфікованих незалежних експертів за десятибальною шкалою: комплексність, системність і профілактична спрямованість оцінена в  $8,46 \pm 0,02$ ;  $8,66 \pm 0,12$  і  $9,43 \pm 0,04$  балів, етапність, доступність та інформативність – у  $9,40 \pm 0,02$ ;  $9,22 \pm 0,04$  і  $9,50 \pm 0,03$  балів, що підтвердило її потенційну дієздатність та дозволяє рекомендувати для подальшого впровадження в сфері охорони здоров'я України.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Волченко ЄС. Детермінанти, рівні та умови виникнення конфліктів у фахівців медичної галузі. Актуальні проблеми психології. 2020;9(13):576-81.
2. Устінов ОВ. Конфлікт інтересів у медицині: що це таке і як діяти? Український медичний часопис [Інтернет]. 2019[цитовано 2023 Чер 21].
3. Войлісовська В. Конфлікт та його причини. Держслужбовець [Інтернет]. 2016 [цитовано 2023 Сер 02]; Доступно: <https://i.factor.ua/ukr/journals/ds/2016/september/issue-9/article-21398.html>
4. Соловійова ОМ., Сьоміна ВА. Деякі проблеми розгляду звернень громадян у контексті євроінтеграційних прагнень. Юридичний науковий електронний журнал. 2022; 5: 425-8.
5. Даниленко Н В., Батир РЮ. Здоровий спосіб життя та засоби його формування. International scientific journal «Grail of Science», 2021; 4: 502-10.
6. Барзилович АД. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. Державне управління. 2020; 2: 134-40. DOI: [10.32702/2306-6814.2020.2.134](https://doi.org/10.32702/2306-6814.2020.2.134)
7. Галай ВО. Стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні. Електронне наукове видання «Аналітично-порівняльне правознавство». 2022; 6: 189-94. DOI: <https://doi.org/10.24144/2788-6018.2022.06.34>
8. Заїка В. Конфлікти з пацієнтами у медичному закладі: хто винен і що робити? ДентАрт. 2022;2:62-7.
9. Лійка В. Конфлікт між лікарем і пацієнтом: як скористатися ситуацією. Ваше здоров'я [Інтернет]. 2019[цитовано 2023 Лип 03]. Доступно: <https://www.vz.kiev.ua/konflikt-mizh-likarem-i-patsiyentom-yak-skorystatysya-sytuatsiyeyu/>
10. Поляк КЮ. Конфліктологія, як необхідна складова сучасного менеджменту. ЛОГОС. ОНЛАЙН [Інтернет]. 2020[цитовано 2023 Чер 16];12.

Доступно: <https://www.ukrlogos.in.ua/10.11232-2663-4139.12.05.html>

DOI: [10.36074/2663-4139.12.05](https://doi.org/10.36074/2663-4139.12.05)

11. Adashi EY, Cohen IG, Elberg JT. Transparency and the doctor-patient relationship – rethinking conflict of interest disclosures. *N Engl J Med*. 2022;386(4):300-2. DOI: [10.1056/nejmp2114495](https://doi.org/10.1056/nejmp2114495)

12. Коробцова ДВ. Актуальні питання цивільно-правової відповідальності за правопорушення в медицині. Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції. 2020;2:39-42. DOI: [10.15421/392039](https://doi.org/10.15421/392039)

13. Алексейцев ІС, Галіахметов РМ. Вирішення конфліктів та особливості національної ментальності. *Соціосфера*. 2020;2:9-12.

14. Заборовський ВВ, Нечипорук ЛД, Горват ТД. Поняття та сутність юридичного конфлікту у сфері медичної діяльності. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право*. 2021;63:136-40. DOI: [10.24144/2307-3322.2021.63.24](https://doi.org/10.24144/2307-3322.2021.63.24)

15. Скриннікова КО. Цивільно-правова відповідальність у сфері надання медичних послуг. *Проблеми цивільного права та процесу*. Харків, 2019: 278-81.

16. Савка ІГ, Калинюк НМ. Про права медичних працівників під час надання медичної допомоги в контексті реформування системи охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2019;1:62-7. DOI: [10.11603/1681-2786.2019.1.10285](https://doi.org/10.11603/1681-2786.2019.1.10285)

17. Thirteenth general programme of work 2019–2023. Geneva: World Health Organisation; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324775/WHO-PRP-18.1-eng.pdf>).

18. Загороднєва ОВ., Пономарьова ЛІ. Роль всесвітньої організації охорони здоров'я у вирішенні міжнародних проблем громадського здоров'я: історія, сучасність та перспективи розвитку. *Actual problems of modern medicine*. 2021; 7: 89-97. DOI: [10.26565/2617-409X-2021-7-10](https://doi.org/10.26565/2617-409X-2021-7-10)

19. World Health Organization. The protection of personal data in health information systems – principles and processes for public health. Copenhagen: WHO; 2021. 35 p.



20. Гольденберг ТВ. Договірна правоздатність Всесвітньої організації охорони здоров'я. Теорія і практика сучасної юриспруденції: Зб. матеріалів Між. наук.-прак. конф., 7-8 грудня 2018 р. м. Київ: Центр правових наукових досліджень, 2018. С. 140-143.

21. Возняк О. Правові аспекти захисту прав пацієнтів у випадку надання неякісної медичної допомоги психіатрами. Вища школа. 2019;5:78-96.

22. Івженко ІБ. Конфлікт-менеджмент в системі місцевого самоврядування в умовах соціальних змін. Наукові перспективи. 2023;1:78-89. doi: [10.52058/2708-7530-2023-1\(31\)-78-89](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-1(31)-78-89)

23. Луків АК. Методи врегулювання міжособистісних конфліктів у трудовому колективі закладу охорони здоров'я [магістерська робота]. Тернопіль; 2020. 85 с.

24. Машнова ЄМ. Конфлікт-менеджмент як технологія управління конфліктами [автореферат]. Миколаїв; 2019. 11 с.

25. Beattie RM. Conflict, candour and reflection. Arch Dis Child. 2019;104(4):309-10. DOI: [10.1136/archdischild-2018-316002](https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-316002)

26. Hawryluck L, Kalocsai C, Colangelo J, Downar J. The perils of medico-legal advocacy in ICU conflicts at the end of life: A qualitative study of what happens when advocacy and best interests collide. J Crit Care. 2019;51:149-55. DOI: [10.1016/j.jcrc.2019.02.013](https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2019.02.013)

27. Німак МО, Каптур ВІ. Захист честі, гідності і ділової репутації: понятійний апарат та основні способи захисту. Юридичний науковий електронний журнал [Інтернет]. 2020[цитовано 2023 Чер 26];7:127-30. Доступно: [http://lsej.org.ua/7\\_2020/33.pdf](http://lsej.org.ua/7_2020/33.pdf) DOI: [10.32782/2524-0374/2020-7/31](https://doi.org/10.32782/2524-0374/2020-7/31)

28. Савичук ОВ, Зайцева ЄМ, Шаповалова ГІ. Відносини в медичних колективах – «лікар-лікар». Аспекти виникнення конфлікту, шляхи вирішення. In: Proceedings of the iv international scientific and practical conference Education and science of today: intersectoral issues and development of sciences; 2021 Oct 29; Cambridge, UK. Cambridge; 2021, p. 86-8. DOI: [10.36074/logos-29.10.2021.v2.25](https://doi.org/10.36074/logos-29.10.2021.v2.25)

29. Труш ОМ. Методологія управління конфліктами в медичній сфері. Вісник Клубу Панкреатологів. 2022;1:67-70.
30. Дутка Р. Запобігання та врегулювання конфлікту інтересів як адміністративно-правовий інститут. Адміністративне право і процес. 2020; 3: 135-40. DOI: 10.32849/2663-5313/2020.3.22
31. Ридзель ЮМ. Державне регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України : дис. канд. екон. наук. Чернігів, 2020. 258 с.
32. Борщ ВІ. Управління закладами охорони здоров'я. Монографія. Херсон: Олди-плюс, 2020. 391 с.
33. Truba V., Borshch V., Haran O. Methodological frameworks for state regulation of health care system in the post-soviet countries. Baltic Journal of economic studies. 2018. Vol. 4. N 5. Pp. 364–370. DOI: <https://doi.org/10.30525/2256-0742/2018-4-5-364-370>.
34. Устинов АВ. Медична реформа: відомчі медичні заклади стануть доступними для усіх громадян. Український медичний часопис online. Актуальні питання медичної практики: веб-сайт. 2019. URL: <https://www.umj.com.ua/article/140879/medichna-reforma-vidomchimedichni-zakladi-stanut-dostupnimi-dlya-usih-gromadyan> (дата звернення: 18.02.2020).
35. Економіка охорони здоров'я: підручник за заг. ред. д. мед. н., проф. Парія ВД.; Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. Житомир, 2021. 288 с.
36. Журавель ВІ., Журавель ВВ. Холакратична система управління – запорука трансформаційних змін у медичній галузі. Сучасні тенденції розвитку освіти й науки: проблеми та перспективи: зб. наук. Праць. Гол. ред. ЮІ. Колісник-Гуменюк]. Київ-ЛьвівБережани-Гомель. 2020. Вип. 6. С. 373-383.
37. Позднякова ЛО., Гриценко НВ. Управління конфліктами: Конспект лекцій. Харків: УкрДУЗТ, 2018. 74 с.
38. Світ медичних бібліотек: події, факти, цифри. Рік 2020: Інформаційно-аналітичний огляд. Національна наукова медична бібліотека України; уклад.:

ОМ. Кірішева, ТВ. Кулієва, СМ. Науменко; відп. ред. ТА. Остапенко. Київ, 2021. 152 с.

39. Єременко Л.В. Конфліктологія: навчальний посібник. Мелітополь: ФО-П Однорог Т. В., 2018. 219 с.

40. Шевчук РВ. Підвищення якості медичних послуг в європейських країнах через механізм державно-приватного партнерства. Право та державне управління. 2023; 2: 273-81. DOI: <https://doi.org/10.32782/pdu.2023.2.39>

41. Абдяхімова Ц, Мухаровська І, Клебан К, Сапон Д, Калачов О. Особливості комунікації у медичному середовищі (методичні рекомендації). РМГР [інтернет]. 01, Травень 2020 [цит. за 15, Червень 2024];5(1):e04501212. доступний у <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/212>

42. Медичний менеджмент [Електронний ресурс]: зб. наук. ст. студ. заоч. форми навч. відп. ред. А. М. Бідюк. Київ: Держ. торг.-екон. ун-т, 2022. 65 с.

43. Маркіна ІА., Таран-Лапа ОМ., Гунченко МВ. Контролінг для менеджерів. Київ: Центр учбової літератури, 2021. 303с.

44. Raab E. Medizincontrolling: Theorie, Entwicklung und praktische Umsetzung. Springer Link. 2017. 340 p.

45. Боковець ВВ, Соколовська ВВ. Управління конфліктними ситуаціями в роботі з персоналом. Ефективна економіка [Інтернет]. 2020[цитовано 2023 Тра 18];10. Доступно: [http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/10\\_2020/6.pdf](http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/10_2020/6.pdf) DOI: [10.32702/2307-2105-2020.10.4](https://doi.org/10.32702/2307-2105-2020.10.4)

46. Марова СФ., Вовк СМ. Медична послуга як товар медичного ринку. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2017; 4. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur\\_2017\\_4\\_4](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2017_4_4).

47. Павлюк К. В. Удосконалення механізмів фінансування медичних послуг в Україні. Фінанси України. 2016; 2: 64-82.

48. Етичний кодекс лікаря України. Архів оригіналу за 22 березня 2018. [https://web.archive.org/web/20180322044227/http://www.vult.org.ua/?page\\_id=105](https://web.archive.org/web/20180322044227/http://www.vult.org.ua/?page_id=105)

49. Булкат М., Петренко В. Загальні засади нормативного регулювання у сфері охорони здоров'я. Теорія держави і права. 2021; 5: 169-75. DOI: <https://doi.org/10.32849/2663-5313/2021.5.29>

50. Утюж ІГ., Мегрелішвілі М.О., Етичні проблеми в медицині: навчальний посібник. Запоріжжя: ЗДМУ, 2021.140 с.

51. Луків АК. Методи врегулювання міжособистісних конфліктів у трудовому колективі закладів охорони здоров'я. Кваліфікаційна робота. Тернопіль, 2020. 84 с.

52. Adkoli B.V, Pawar S.J. Conflict Management Strategies – Implications for Health Professions Education SBV Journal of Basic, Clinical and Applied Health Science. 2018; 2 (3): 132:38.

53. Заборовський ВВ., Нечипорук ЛД., Горват ТД. Поняття та сутність юридичного конфлікту у сфері медичної діяльності. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право. 2021; 63: 136-40.

54. Koibichuk V., Dzwigol G., Stenko S. Conflict Management in Health Care Institutions. Health Economics and Management Review. 2021; 2 (4): 71-77. URL: [https://armgpublishing.com/wp-content/uploads/2022/05/hem\\_4\\_2021\\_71\\_77.pdf](https://armgpublishing.com/wp-content/uploads/2022/05/hem_4_2021_71_77.pdf)

55. Пахуча ЕВ. Поведінка споживача: конспект лекцій. Х., 2023. 126 с.

56. Жалдак Г., Яценко А. Аналіз факторів та моделей поведінки споживача. Проблеми та перспективи розвитку підприємництва. 2021; 27: 145-56.

57. Мороз О. Б., Ковальчук О. В., Хатнюк Ю. А. Довідник ювенального поліцейського. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2022. 388 с.

58. Mohammad Panahi Tosanloo, Davoud Adham, Batoul Ahmadi, Abbas Rahimi Foroshani, Abolghasem Pourreza. Causes of conflict between clinical and administrative staff in hospitals. J Educ Health Promot. 2019; 9: 1-6. DOI: 10.4103/jehp.jehp\_54\_19

59. Ганжа Ю, Шкарівська І. Лікар VS пацієнт: на чиєму боці правда? Управління закладом охорони здоров'я. 2019;2:17-21.

60. Шаповалова ГІ, Зайцева ЄМ. Предиктори конфліктів «пацієнт-лікар». Шляхи вирішення, наслідки. International Scientific Journal Grail of Science. 2021;11:524-7. DOI: [10.36074/grail-of-science.24.12.2021.098](https://doi.org/10.36074/grail-of-science.24.12.2021.098)

61. Боковець ВВ, Соколовська ВВ. Управління конфліктними ситуаціями в роботі з персоналом. Ефективна економіка [Інтернет]. 2020[цитовано 2023 Тра 18];10. Доступно: [http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/10\\_2020/6.pdf](http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/10_2020/6.pdf) DOI: [10.32702/2307-2105-2020.10.4](https://doi.org/10.32702/2307-2105-2020.10.4)

62. Асанова А., Хаустова О. Типові складні ситуації у взаємодії лікар-пацієнт в залежності від особистісних особливостей і психічного стану реагування пацієнта. PMGP [інтернет]. 13, Вересень 2018 [цит. за 15, Червень 2024];3(3):e0303125. доступний у: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/125>

63. Jerng JS, Huang SF, Liang HW, Chen LC, Lin CK, Huang HF, et al. Workplace interpersonal conflicts among the healthcare workers: Retrospective exploration from the institutional incident reporting system of a university - affiliated medical center. PLoS One 2017;12:e0171696. DOI: [10.26766/PMGP.V3I3.125](https://doi.org/10.26766/PMGP.V3I3.125)

64. Пилипенко Н.Г., Шестак НВ. Емпіричне дослідження особливостей емоційного вигорання у медичних працівників. Габітус. 2020; 6: 174-79. DOI <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2020.16.28>

65. Василевський А. Лікарня починається з приймального відділення. 29 березня 2024 р. <http://pcrl.pl.ua/?p=3532>

66. Іванчов ПВ., Пріоритетні напрями трансформації медичної системи України на ринкових засадах. Науковий вісник Ужгородського національного університету. 2020; 33 (1): 136-40. DOI: <https://doi.org/10.32782/2413-9971/2020-33-48>

67. Терещенко І., Овчаренко О., Гусєв А., Левченко О., Сас. О., Єлісеєва Г. Робота з конфліктами в громадах в процесі децентралізації. Методичний посібник. Київ, 2020. 65 с. <https://www.osce.org/files/f/documents/2/b/479278.pdf>

68. Петрінко В.С. Конфліктологія: курс лекцій, енциклопедія, програма, таблиці. Навчальний посібник. Ужгород: Видавництво УжНУ «Говерла», 2020. 360 с. <https://nubip.edu.ua/sites/default/files/u362/konfliktologiya.pdf>

69. Кожушко СІ., Нявчук ДР. Проблематика розгляду індивідуальних трудових спорів. Часопис Київського університету права. 2021; 1: 181-84. DOI: 10.36695/2219-5521.1.2021.34

70. Колісникова ГВ., Стогній ОА. Правове регулювання надання якісних медичних послуг в Україні. Юридичний науковий електронний журнал. 2020; 7: 106-8. DOI <https://doi.org/10.32782/2524-0374/2020-7/25>

71. Мінави Ебісуї, Шона Куні, Колін Фенвік. Вирішення індивідуальних трудових спорів: порівняльний огляд. Міжнародна організація праці. Женева: МОП, 2016. URL: <https://www.ilo.org>

72. Стенько СМ. Управління конфліктами в закладах охорони здоров'я (на прикладі Комунального некомерційного підприємства Сумської обласної ради «Обласний діагностичний центр у місті Шостка». Кваліфікаційна робота. Суми, 2022. 70 с.

73. Волченко Є.Є. Детермінанти, рівні та умови виникнення конфліктів у фахівців медичної галузі. Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка. Загальна психологія. Історична психологія. Етнічна психологія. 2020; 9(13): 576-81.

74. Conflict of interest in research: what is it and why it matters? (2020). Integrity (electronic journal). URL: <https://h2020integrity.eu/conflict-of-interest-in-research-what-is-it-and-why-it-matters/>

75. Обелець ТВ., Телегіна ДМ. Сутність та характерні ознаки конфлікту. Управління персоналом в інституційній економіці Матеріали II Всеукраїнської науковопрактичної конференції студентів, аспірантів і молодих вчених з міжнародною участю 28 квітня 2021 року. Київ КПІ ім. Ігоря Сікорського. 2021. 35-6. [https://ecocyber.fmm.kpi.ua/wp-content/uploads/2022/06/2021\\_up.pdf#page=35](https://ecocyber.fmm.kpi.ua/wp-content/uploads/2022/06/2021_up.pdf#page=35)

76. Надьон ВВ. Правова категорія «конфлікту» як підстава для захисту прав пацієнтів. Забезпечення прав людини четвертого покоління у системі охорони здоров'я: матер. Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Ужгород, 12 квітня 2019 р.). Ужгород, 2019. С. 90-5.

77. Мостовенко ОС. Захист прав пацієнта під час надання медичних послугу контексті цивільно-правової відповідальності. Науковий вісник публічного та приватного прав. 2018. Вип. 1, Том 1. С.78-3.

78. Сорокіна АА. Мобінг та булінг в трудових відносинах. Молодий вчений. 2018; 11 (63): 139-46.

<https://molodyivchenyi.ua/index.php/journal/article/view/3438/3403>

79. Шурин О., Петрик С. Особливості розгляду і вирішення індивідуальних трудових спорів в порядку цивільного судочинства. Підприємництво, господарство і право. 2018; 11: 41-4.

80. Жаровська І. Сучасні тенденції розвитку медичного права у системі права України. Вісник Національного університету «Львівська політехніка». Серія: «Юридичні науки». 2022; 2(34): 37-2.

81. Кравченко ТІ. Юридичні аспекти відповідальності медичних працівників за професійні правопорушення. Офтальмологічний журнал. 2017; 5 (478): 68-9. <https://www.ozhurnal.com/sites/default/files/2017-5-13ru.pdf>

82. Люлька О., Ляховський В., Ковальов О., Немченко І., Костомарова І., Городова-Андрєєва Т., Краснов О., Кизименко О. Лікарська помилка та відповідальність медичних працівників. Наукові ракурси: зб. наук. пр. Полтава: ПНПУ імені В. Г. Короленка, 2018; 1: 73-75.

83. Франчук ВВ., Франчук МВ. Особливості недоліків медичної допомоги, яку надають лікарі-терапевти (за матеріалами судово-слідчих справ). Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2017; 4: 120-6.

84. Терзі ОО. Наукові підходи щодо систематизації медичного законодавства. Проблеми цивільного та господарського права. 2018; 3: 95-8.

<https://dspace.oduvs.edu.ua/server/api/core/bitstreams/97feacb7-0d04-4d61-babf-cee0818b25dd/content#page=95>



85. Скриннікова КО. Кваліфікація лікарських (медичних) помилок. Науковий вісник Ужгородського Національного Університету. Серія ПРАВО. 2023; 1: 239-45. DOI: <https://doi.org/10.24144/2307-3322.2023.80.1.34>

86. Сенюта ІЯ. Дефекти надання медичної допомоги: поняття і види. Медичне право. 2017; 1: 55-6.

87. Сенюта ІЯ. Цивільно-правове регулювання відносин у сфері надання медичної допомоги: питання теорії і практики: монографія. Львів: Видавництво ЛОБФ «Медицина і право», 2018. 640 с.

88. Клапків ЮМ., Вовк ВМ. Якість медичних послуг: економічна сутність та інтерпретація. Вісник НУВГП. Серія «Економічні науки». 2021; 1(93): 74-4. DOI: <https://doi.org/10.31713/ve120218>

89. Кадуліна ІС. Проблеми захисту прав пацієнтів під час досудового та судового розгляду «медичних справ». Правові проблеми сучасної трансформації охорони здоров'я: збірник матеріалів науково-практичного круглого столу (м. Запоріжжя, 23 травня 2019 р.). Запоріжжя: ЗДМУ, 2019: 69-70.

90. Карпушина МГ., Вереша РВ. Медична помилка та кримінальна відповідальність в медичній галузі. The 12th International scientific and practical conference “Progressive research in the modern world” (August 17-19, 2023) BoScience Publisher, Boston, USA. 2023. 291-96. <https://sci-conf.com.ua>

91. Мазаракі Н.А. Щодо поняття медіабельності спору. Підприємництво, господарство і право. 2018; 12: 258-62.

92. Хайко О. Методи вирішення конфліктних ситуацій в процесі міжособистісної взаємодії лікаря та пацієнта. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах війни та післявоєнної відбудови України : матеріали доп. Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю [Тернопіль, 31 трав. 2022 р.]. Тернопіль: ЗУНУ, 2022. 525-7. <http://dspace.wunu.edu.ua/handle/316497/44954>

93. Волошин ЮО. Марцеляк ОВ., Янчук АО. Омбудсмен із питань охорони здоров'я як фактор гарантування прав людини в умовах медичної



реформи в Україні. Запорозький медичинський журнал. 2019; 5 (21): 702-6.  
[http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zmzh\\_2019\\_21\\_5\\_24](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zmzh_2019_21_5_24)

94. O'Reilly E. Decision of the European Ombudsman on internal procedures for dealing with applications for public access to documents and requests for information. The European Ombudsman. 2017. URL.:  
<https://www.ombudsman.europa.eu/en/publications>

95. Боярська ЛМ., Іванова КО, Гребенюк. ЛВ. Імідж лікаря як показник рівня довіри пацієнта. Збірник матеріалів III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)» (24-25 лютого 2022 року). Запоріжжя: ЗДМУ, 2022: 117-21.

96. Кожушко С. Медіація як альтернативний спосіб вирішення трудових спорів. Актуальні питання теорії та практики сучасного вітчизняного та міжнародного права: Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ, 9–10 червня 2017 р.). Київ: Центр правових наукових досліджень, 2017. С. 55-8.

97. Stephen Lezak, Ariell Ahearn, Fiona McConnell, Troy Sternberg. Frameworks for conflict mediation in international infrastructure development: A comparative overview and critical appraisal. Journal of Cleaner Production. 2019; 239. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0959652619329695>

98. Boris HJM Brummanshttps, Lise Higham, François Cooren. The work of conflict mediation: Actors, vectors, and communicative relationality. Human Relations. 2022; 4(75): 764-91. [DOI.org/10.1177/0018726721994180](https://doi.org/10.1177/0018726721994180)

99. Arnold M. Zack, Thomas A. Kochan. Mediation and conciliation in collective labor conflicts in the USA. Industrial Relations & Conflict Management. 2019. 337 p.  
<https://library.oapen.org/bitstream/handle/20.500.12657/23053/1007105.pdf?sequence=1#page=308>

100. Губанова ОВ. Роль та місце медіації у вирішенні медичних спорів (конфліктів). Полтавський правовий часопис. 2022; 1: 40-50. DOI: <https://doi.org/10.21564/2786-7811.1.287732>

101. Pitiulych M., Nakonechna I. Mediation institution^ experiences from countries the world. *Baltic Journal of Economic Studies*. 2019; 1 (5): 168-73. DOI: [org/10.30525/2256-0742/2019-5-1-168-173](https://doi.org/10.30525/2256-0742/2019-5-1-168-173)
102. Madelene De Jong Mediation legislation around the world – a variety of options for South Africa. *Comparative and International Law Journal of Southern Africa*. 2017; 3(52): 279-318. <https://journals.co.za/doi/epdf/10.10520/EJC-1b5ce94754>
103. Zartman William I. Mediation roles for large small countries. 2018. 120 p. <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781315099514-2/mediation-roles-large-small-countries-william-zartman>
104. Hagiú J. Mediation – an alternative method of resolving labour disputes. *Conferința Internațională de Drept, Studii Europene și Relații Internaționale*. 2020; 8: 626-33. <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=885819>
105. Hagiú J. Mediation of labor disputes in the United States. *Analele Universității Titu Maiorescu*. 2021; 10: 104-13. <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=1013297>
106. Hagiú J. Alternative dispute resolution – proposed Ferenda law. *Conferința Internațională de Drept, Studii Europene și Relații Internaționale*. 2023; 12: 399-404. <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=1209955>
107. Llevot-Calvet, N., & Garreta-Bochaca, J. (2024). Intercultural mediation in school. The Spanish education system and growing cultural diversity. *Educational Studies*, 1–21. <https://doi.org/10.1080/03055698.2024.2329894>
108. Matsui-Santana, Lopez-Ramos, Mauricio Ernesto, Ongay-Flores, Carlos Alfredo. Health mediation – the aseptic system for conflict management in health. *Journal of Health Sciences*. 2023; 28 (10): 14-20. [https://www.ecorfan.org/bolivia/researchjournals/Ciencias\\_de\\_la\\_Salud/vol10num28/Journal\\_of\\_Health\\_Sciences\\_V10\\_N28\\_3.pdf](https://www.ecorfan.org/bolivia/researchjournals/Ciencias_de_la_Salud/vol10num28/Journal_of_Health_Sciences_V10_N28_3.pdf)
109. Fahmi Syaifuddin Ramdhany, Gandhi Pramudhita. (2021). The Role of an Advocate as a Mediator In Medical Dispute Resolution. *YURISDIKSI: Jurnal*

Wacana Hukum Dan Sains, 13(2), 141-151. Retrieved from <http://yurisdiksi.unmerbaya.ac.id/index.php/yurisdiksi/article/view/36>

110. Sulashvili N., Beglaryan M., Gorgaslidze N., Kocharyan S. *and all*. The Disclosure of features, characteristics, possibilities and specialties of clinical pharmacists as mediator among doctors and patients for enhancement public health sector in a global world *Jecmg*. 2023; 4: 57-62. <https://journals.4science.ge/index.php/jecm/article/view/2414/2363>

111. Ковтун НГ. «Запровадження медіації в Україні: національна практика та міжнародний досвід. Міждисциплінарна курсова робота. Тернопіль, 2017. 39 с.

112. Марченко Є. Медіація як ефективний ресурс вирішення спорів. Збірник тез доповідей учасників Вісімнадцятої науково-практичної конференції студентів закладів вищої та фахової передвищої освіти Укркоопспілки «Інноваційні процеси і їх вплив на ефективність діяльності підприємства». Частина 1. К.: НМЦ «Укоопосвіта», 2021: 97-101. [https://www.lute.lviv.ua/fileadmin/www.lac.lviv.ua/data/kafedry/Komerciynoi\\_Diyalnosti/Nauka/2021\\_5\\_Innovaciini\\_procesi\\_2021.pdf#page=317](https://www.lute.lviv.ua/fileadmin/www.lac.lviv.ua/data/kafedry/Komerciynoi_Diyalnosti/Nauka/2021_5_Innovaciini_procesi_2021.pdf#page=317)

113. Мазаракі Н. А. Медіація в Україні: теорія та практика: Монографія. К.: Інститут законодавства ВР України, 2018. 276 с. <https://knute.edu.ua/file/MjIxNw==/01ffcf81126fede4df411eb651af38c1.pdf>

114. Костюченко О Є., Монаєнко АО., Атаманчук НІ. Медіація як форма захисту цивільних прав. *Нове українське право*. 2022: 1: 49-56. DOI: <https://doi.org/10.51989/NUL.2022.1.7>

115. Шмаленко Ю. Особливості правового врегулювання медіації в Україні. Людина має право: соціально-гуманітарний дискурс у контексті реформаційних процесів в Україні: матеріали круглого столу м. Одеса, 19 лист. 2020 р.: Одес. держ. ун-т внутр. справ. Одеса, 2020: 118-23. <https://dspace.oduvs.edu.ua/items/9b4af8bb-9295-48f8-8985-744b05b2fa84>

116. Веретильник ОЮ. Практичні аспекти здійснення та захисту прав людини у сфері охорони здоров'я. Правове регулювання прав людини у сфері

приватного права: матер. круглого столу (м.Острог, 18 травня 2023 р.). ред. кол.: Блащук Т. В., Балацька О. Р., Лідовець Т. М., Шминдрук О. Ф. Острог: Видавництво Національного університету «Острозька академія», 2023: 11-12. <https://eprints.oa.edu.ua/id/eprint/9209/1/Pravove%20rehuliuvannia%20prav%20liudyny.pdf#page=111>

117. Белегай, АЗ. Синиця СМ. Процес розгляду конфліктів в охороні здоров'я. Економічна наука сьогодення: зб. тез доп. наук.-практ. конф. Івано-Франківськ, 29 жовт. 2020 р. Івано-Франківськ: НАІР, 2020; 2: 48-52. <http://dspace.wunu.edu.ua/handle/316497/43903>

118. Саханенко С., Ровинська К. Судово-медична експертиза пов'язана з «лікарськими помилками» в Україні: організаційно-правовий аспект. Теоретичні та прикладні питання державотворення: електрон. наук. фах. вид. ГО «Асоц. дослідн. держ. упр.», ГО «Одес. ін-т соц. технол.». Одеса, 2022; 28: 28-35. DOI 10.35432/tisb282022

119. Kusuma, Agus Perry, Isworo, Slamet. Role of Arbitration in Resolving Medical Malpractices: A Literature Review. International STD Research & Reviews. 2022; 11 (1): 1-10. DOI [.org/10.9734/ISRR/2022/v11i130135](https://doi.org/10.9734/ISRR/2022/v11i130135)

120. Benesch K. Arbitration predominates for dispute resolution among participants in the health care industry. NYSBA New York Dispute Resolution Lawyer. 2017; 2(10): 17-8. <https://nysba.org/app/uploads/2020/03/DisputeResolutionLawyerFall17.pdf#page=1>

121. Чеховської ІВ. та ін. Приватно-правові засади захисту прав людини у соціальній державі: монографія. Ірпінь: Державний податковий університет, 2023. 566 с.

122. Sarah Staszak. In the Shadow of Litigation: Arbitration and Medical Malpractice Reform. J Health Polit Policy Law. 2019; 44 (2): 267-301. DOI: 10.1215/03616878-7277380

123. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я: монографія. РР. Августин ОЗ., Апостолюк АІ. Артимович [та ін.]. Тернопіль: Крок, 2020. 560 с. <http://dspace.tneu.edu.ua/handle/316497/38546>

124. Братасюк М. Філософія захисту прав людини з позицій сучасного правового мислення. Філософські та методологічні проблеми права. 2020; 1(19): 14-20. <https://doi.org/10.33270/02201901.14>

125. Булеца СБ. Забезпечення захисту прав пацієнта. Закарпатські правові читання. Матеріали X Міжнародної науково-практичної конференції (19-21 квітня 2018 року, м. Ужгород). 2018; 1: 233-37. [https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/23781/1/%D0%97%D0%9F%D0%A7\\_2018.pdf](https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/23781/1/%D0%97%D0%9F%D0%A7_2018.pdf)

126. Мединська О., Синоруб Г., Шендеровський К. Права людини та людина в інституції: медіафокус на реалізацію соціальних прав людини. Права людини та мас-медіа в Україні. Частина 2: Збірник конспектів лекцій. Авт. кол. За ред. Виртосу І., Шендеровського К. Київ: Інститут журналістики КНУ імені Тараса Шевченка, 2020; 2: 204-23. <http://labs.journ.univ.kiev.ua/hrj/>

127. Біла-Кисельова АА. Правові аспекти щодо механізму захисту прав людини на регіональних рівнях. Прикарпатський юридичний вісник. 2018; 2(23): 67-71.

128. ByKant Patel, Mark E Rushefsky. Healthcare Politics and Policy in America. Book. 2019. 546 p. <https://doi.org/10.4324/9780429397875>

129. Mark A. Hall, Mary Anne Bobinski, David Orentlicher, I. Glenn Cohen, Nicholas Bagley, Nadia N. Sawicki. Health Care Law and Ethics. Aspen Publishing. 2024. 1037 p.

130. Izarova I., Vėbraité V. (2022). Towards Effective Medical Disputes Resolution in Ukraine and Lithuania: Comparing Analyses, Challenges and Perspectives. In: Maydanyk, R., den Exter, A., Izarova, I. (eds) Ukrainian Healthcare Law in the Context of European and International Law. European Union and its Neighbours in a Globalized World, vol 7. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-031-05690-1\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-031-05690-1_9)

131. Супруненко Ю. Методи та способи маніпулювання у сучасних ЗМІ. Збірник тез доповідей VIII Всеукраїнської науково-практичної конференції «Інноваційні тенденції підготовки фахівців в умовах полікультурного та

мультилінгвального глобалізованого світу». 2023. 209-12.

[https://er.knutd.edu.ua/bitstream/123456789/23438/1/ITPF\\_2023\\_P209-212.pdf](https://er.knutd.edu.ua/bitstream/123456789/23438/1/ITPF_2023_P209-212.pdf)

132. Вересоцький І.М. Вплив негативу у ЗМІ на поведінку особистості і суспільства. Дипломна робота Національний авіаційний університет. Київ, 2020. 78 с. <https://er.nau.edu.ua/handle/NAU/44993>

133. Steven E. Nissen. Conflicts of interest and professional medical associations. JAMA. 2017;317(17): 1737-1738. doi:10.1001/jama.2017.2516.

134. Содомора П. Мас-медіа у процесі керування натовпом. Збірник наукових праць за матеріалами всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Тоталітаризм як система знищення національної пам'яті», 11-12 червня 2020 року. Львів: Друкарня Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, 2020. С. 49. <http://elartu.tntu.edu.ua/handle/lib/32607>

135. Полюхович ВВ. Хейтинг та його види в соціальних мережах. ITaS [інтернет]. 12, Червень 2024 [цит. за 17, Червень 2024];:148-50. доступний у: <https://jitas.donnu.edu.ua/article/view/15965>

136. Поліщук КП. Правове регулювання кібербулінгу в Україні. Інноваційні ідеї та креативні проекти в цифровій екосистемі: зб. доп. 88-ї наукової студентської конференції, 12–18 травня 2021 р. [Електронний ресурс]. Київ, КНЕУ, 2021: 208-9. <https://ir.kneu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/afd042dc-c431-49b5-8062-18c00a28e93b/content#page=208>

137. Максимова ВВ. Встановлення профілю автора при виявленні шкідливої інформації в соціальних мережах: магістерська дис.: 125 Кібербезпека. Київ, 2024. 101 с. <https://ela.kpi.ua/handle/123456789/65735>

138. Русин МІ., Реґо ОЮ. Образ сімейного лікаря в баченні сучасних пацієнтів – етичні та соціальні аспекти. Матеріали XX Міжнародної науково-практичної студентської конференції «UZHNOROD MEDICAL STUDENTS CONFERENCE». 28–30 квітня 2020 р. / Укладач Руцак А.М. Ужгород: Видавництво УжНУ «Говерла», 2023. С. 150-1.

139. Філюк Л. Типологізація дуфунцій професійного іміджу лікаря в сучасній українській науці. Наукові записки. Серія: Філологічні науки. 2023; 206: 143-7. <https://doi.org/10.32782/2522-4077-2023-206-21>

140. Мурзіна О. Сутність, зміст та структура медіакомпетентності лікаря. Неперервна професійна освіта: теорія і практика (Сер.: Педагогічні науки). 2021; 1 (66): 21-9. <https://doi.org/10.28925/1609-8595.2021.1.3>.

141. Шевель АВ., Дубров СО., Лісун ЮБ., Углев Є.І. Правові аспекти захисту медичних працівників під час здійснення професійної діяльності. PAIN, ANAESTHESIA & INTENSIVE CARE, 2021; 2(95); 85-8. [https://doi.org/10.25284/2519-2078.2\(95\).2021.238328](https://doi.org/10.25284/2519-2078.2(95).2021.238328)

142. Літвак А. Вплив держави на виховання етичних цінностей медичного персоналу. Теоретичні та прикладні питання державотворення. 2019. Вип. 24. С. 55-66. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/tppd\\_2019\\_24\\_8](http://nbuv.gov.ua/UJRN/tppd_2019_24_8)

143. Biduchak A.S. Development of conflictology as a science. Clinical and experimental pathology. 2017. Vol.16, №4 (62). P.122-4. DOI: [10.24061/1727-4338.XVI.4.62.2017.22](https://doi.org/10.24061/1727-4338.XVI.4.62.2017.22)

144. Biduchak A.S., Beletska A.A. Analysis of the main types of conflicts and their causes. Clinical and experimental pathology. 2018. Vol.17, №2 (64). P.141-3. DOI: [10.24061/1727-4338.XVII.2.64.2018.26](https://doi.org/10.24061/1727-4338.XVII.2.64.2018.26)

145. Biduchak A.S. Doctor and patient: two parties of one conflict. Bukovinian Medical Herald. 2022. Vol.26, №2 (102). P. 77-80. DOI: [10.24061/2413-0737.XXVI.2.102.2022.14](https://doi.org/10.24061/2413-0737.XXVI.2.102.2022.14)

146. Бідучак А.С. Детермінанти конфлікту медицини та суспільства (огляд літератури). Клінічна та експериментальна патологія. 2022. Т.21, № 3 (81). С. 53-60. DOI: [10.24061/1727-4338.XXI.3.81.2022.08](https://doi.org/10.24061/1727-4338.XXI.3.81.2022.08)

147. Biduchak AS. Causes Of Conflict In The System "Patient-Doctor". In: Proceedings of the XII International Scientific and Practical Conference Actual priorities of modern science, education and practice; 2022 Mar 29-Apr 01; Paris, France. Paris; 2022, p. 390-2. DOI: [10.46299/ISG.2022.1.12](https://doi.org/10.46299/ISG.2022.1.12)



148. Biduchak AS. Conflicts in the doctor-patient system. In: Proceedings of the II International Scientific and Theoretical Conference Scientific forum: theory and practice of research; 2022 Sep 16; Valencia, Spain. Valencia: European Scientific Platform; 2022, p. 107. DOI: [10.36074/scientia-16.09.2022](https://doi.org/10.36074/scientia-16.09.2022)

149. Наказ МОЗ України № 110 від 14.02.2012 (зі змінами № 186 від 02.02.2024) «Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування». <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0661-12#Text>

150. Andrew T. Jebb., Vincent Ng., Louis Tay. A Review of Key Likert Scale Development Advances: 1995-2019. *Frontiers in Psychology*. 2021; 12: 1-14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.637547>

151. Василенко МЯ., Габрусев ВЮ. Розробка сервісу опрацювання статистичних даних в медицині. Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання: досвід, тенденції, перспективи. Матеріали IV Міжнародної науково-практичної Інтернет-конференції (м. Тернопіль, 7–8 листопада, 2019), 145-48 с.

152. Melinosky C., Kincaid H., Claassen J. *et al.* The Modified Fisher Scale Lacks Interrater Reliability. *Neurocrit Care*. 2021; 35: 72-8. <https://doi.org/10.1007/s12028-020-01142-8>

153. Іванчук МА., Малик ІВ., Книгніцька ТВ., Лукашів ТО. Статистичний аналіз відносних величин у медицині. Клінічна та експериментальна патологія. 2019; 18: 4 (70): 109-114. DOI: [10.24061/1727-4338.XVIII.4.70.2019.300](https://doi.org/10.24061/1727-4338.XVIII.4.70.2019.300)

154. Marcello Pagano, Kimberlee Gauvreau, Heather Mattie. Principles of Biostatistics. 2022. 620 p. <https://doi.org/10.1201/9780429340512>

155. Haldun Akoglu. User's guide to correlation coefficients. *Turkish Journal of Emergency Medicine*. 2018; 3(18): 91-3. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2452247318302164>



156. Lisa M. Sullivan. Essentials of Biostatistics for Public Health. 2022. 400 p. [https://books.google.com.ua/books?id=vHN4EAAAQBAJ&dq=biostatistics+in+public+health&lr=&hl=uk&source=gbs\\_navlinks\\_s](https://books.google.com.ua/books?id=vHN4EAAAQBAJ&dq=biostatistics+in+public+health&lr=&hl=uk&source=gbs_navlinks_s)

157. Biduchak AS. Analysis of the emergence of conflicts in the doctor-patient system. Bukovinian Medical Herald. 2022;26(4):55-7. DOI: [10.24061/2413-0737.XXVI.4.104.2022.9](https://doi.org/10.24061/2413-0737.XXVI.4.104.2022.9)

158. Закон України «Про медіа» № 2849-IX 13 грудня 2022 року <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2849-20#Text>

159. Красноступ ГМ. Медіа безбар'єрність: поняття та удосконалення правового врегулювання. Інформація і право. 2023; 1(44): 58-66. DOI: [https://doi.org/10.37750/2616-6798.2023.1\(44\).287718](https://doi.org/10.37750/2616-6798.2023.1(44).287718)

160. Топільчук БА. Формування позитивного іміджу закладу охорони: кваліфікаційна робота магістра спеціальності 073 «Менеджмент». Наук. керівник А.Ю. Жуковська. Тернопіль, 2023. 71 с.

161. Терещенко МТ. Розробка системи бізнес-комунікацій медичного закладу: кваліфікаційна робота магістра спеціальності 073 «Менеджмент». наук. керівник ОМ. Оргієць. Запоріжжя: ЗНУ, 2023. 67 с. <https://dspace.znu.edu.ua/jspui/handle/12345/18471>

162. Закон України «Про інформацію» № 2657-XII 2 жовтня 1992 року <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2657-12>

163. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України у зв'язку з прийняттям Закону України «Про інформацію» та Закону України «Про доступ до публічної інформації» № 1170-VII від 27.03.2014 р. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1170-18>

164. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо запобігання розповсюдженню недостовірних відомостей у засобах масової інформації: пояснювальна записка до законопроекту № 10139 від 12.03.2019. URL: [https://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=65657](https://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=65657) (дата звернення: 24.01.2024).

165. Шелудякова НА., Шелудяков РС. Правові відносини у сфері спростування недостовірної інформації та права на відповідь як способів захисту гідності та честі фізичної особи, а також ділової репутації фізичної та юридичної особи в медіа. *Право і суспільство*. 2024; 4(1): 83-90.

166. Кримінальний кодекс України № 2341-III 5 квітня 2001 року (зі змінами № 3687-IX від 08.05.2024). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14#Text>

167. Кримінально процесуальний кодекс України № 4651-VI 13 квітня 2012 року (зі змінами № 3655-IX від 24.04.2024). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4651-17#Text>

168. Наказ МОЗ України від 25.12.1992р. № 195 «Про затвердження переліку вищих і середніх спеціальних навчальних закладів, підготовка і отримання звання в яких дають право займатися медичною і фармацевтичною діяльністю» зі змінами та доповненнями. <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0195282-92#Text>

169. Сопільняк МС. Журналістська етика: питання моралі. The 7th International scientific and practical conference «World science: problems, prospects and innovations» (March 24-26, 2021) Perfect Publishing, Toronto, Canada. 2021. 765-772. <https://sci-conf.com.ua/vii-mezhdunarodnaya-nauchno-prakticheskaya-konferentsiya-world-science-problems-prospects-and-innovations-24-26-marta-2021-goda-toronto-kanada-arhiv/>

170. Закон України «Про доступ до публічної інформації» № 2939-VI від 13.01.2011 р. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2939-17>

171. Закон України «Про медіацію» № 1875-IX 16 листопада 2021 року. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1875-IX#Text>

172. Закон України «Про порядок вирішення колективних трудових спорів (конфліктів)» № 137/98-ВР 3 березня 1998 року (зі змінами № 2689-IX від 18.10.2022). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/137/98-вр>

173. Кузьменко ДЛ. Брендинг медичних установ в соціальних мережах: кваліфікаційна робота магістра спеціальності 061 «Журналістика». наук.

керівник АД. Баранецька. Запоріжжя: ЗНУ, 2022. 53 с.  
<https://dspace.znu.edu.ua/jspui/handle/12345/10347>

174. Скриннікова КО. Окремі аспекти цивільно-правової відповідальності лікарів (медичних працівників). Науковий вісник Ужгородського університету: серія: Право. 2023; 1. (79): 237-248. URL <http://visnyk-pravo.uzhnu.edu.ua/article/view/288612/282259>

175. Франчук ВВ. Михайличенко БВ. Методика організації й виконання судовомедичних експертиз за «лікарськими справами». Медичні перспективи. 2022. Т. 27, № 3. С. 172-180.

176. Стефанчук РО., Янчук АО., Стефанчук ММ., Стефанчук МО. Проведення в Україні кодифікації медичного законодавства: до питання постановки проблеми. Патологія. 2018; № 2 (43): 242-7.

177. Цивільний кодекс України № 435-IV 16 січня 2003 року (зі змінами № 3587-IX від 22.02.2024 р.) <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15>

178. Конституція України від 28 червня 1996 року (зі змінами № 27-IX від 03.09.2019). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-вр>

179. Кодексу України про адміністративні правопорушення № 8074-X від 7 грудня 1984 року (зі змінами № 3696-IX від 9 травня 2024 року). <https://ips.ligazakon.net/document/KD0005?an=985276>

180. Щукін ОС., Наньєва МІ., Відмова лікуючого лікаря від надання медичної допомоги пацієнту в контексті права на медичну допомогу. Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції. 2023; 4: 83-91.

181. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» № 2801-XII 19 листопада 1992 року <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>

182. Давидов ПГ., Юрченко КД. Особливості кримінальної відповідальності медичних працівників. Південноукраїнський правничий часопис. 2020; 1: 28-32. DOI: <https://doi.org/10.32850/sulj.2020.1.6>

183. Kononenko V., Demura M. Problematic issues of bringing disciplinary and criminal liability of medical workers. Проблеми законності. 2021; 152: 135-151. <https://www.cceol.com/search/article-detail?id=943010>

184. Миронова ГА. Модернізація цивільного законодавства у сфері надання медичної допомоги: Монографія. К., 2020. 200 с. DOI: 10.32849/978-617-7087-81-5.

185. Закон України Про внесення змін до Кримінального та Кримінально-процесуального кодексів України щодо гуманізації кримінальної відповідальності № 270-VI 15 квітня 2008 року. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/270-17#Text>

186. Назарко СО. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. Ефективна економіка. 2020. № 1. URL: [http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/1\\_2020/57.pdf](http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/1_2020/57.pdf)

187. Валецька ОВ. Правове регулювання діяльності закладів охорони здоров'я: метод. рек. Миколаїв: Вид-во ЧНУ ім. Петра Могили, 2021. 84 с. <https://dspace.chmnu.edu.ua/jspui/handle/123456789/458>

188. Ткач КД. Правова відповідальність як механізм втілення державної стратегії у галузі охорони здоров'я України. Часопис Київського університету права. 2023; 4: 77-80. <https://doi.org/10.36695/2219-5521.4.2023.14>

189. Закон України «Про стандартизацію» № 1315-VII 5 червня 2014 року (зі змінами № 2254-IX від 12.05.2022 р.). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1315-18#Text>

190. Смаковський ЯВ. Страхування професійної відповідальності лікаря: нові виклики та можливості. Інноваційні проекти для післявоєнного відновлення та розвитку України [Електронний ресурс]: зб. доп. Ювілейної 90-ї щорічної студентської наукової конференції, 17 квітня-20 травня 2023 р. Київ, КНЕУ, 2023. с.11-3. <https://ir.kneu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/17c486bb-390f-4a8e-bdeb-8055d4f54552/content#page=11>

191. Лещук ДП. Кримінальна відповідальність медичних працівників за вчинення професійних злочинів. Правове регулювання прав людини у сфері

приватного права: матер. круглого столу (м. Острого, 18 травня 2023 р.) / ред. кол.: Блащук ТВ., Балацька ОР., Лідовець ТМ., Шминдрок ОФ. Острого: Видавництво Національного університету «Острозька академія», 2023. С. 83-5. DOI 10.25264/18.05.2023

192. Кононенко ВА., Демура МІ. Проблеми законності: зб. наук. праць. Нац. юрид. ун-т ім. Ярослава Мудрого, 2021. С. 143.

193. Дроздов О. Відсутність методики розслідування злочинів у сфері медицини призводить до неефективності захисту пацієнтів. URL: <http://zib.com.ua/ua/130868-vidsutnist-metodiki-rozsliduvannya-zlochiv-u-sferi-medicin.html>

194. Топчій ВВ. Особливості розслідування злочинів, скоєних медичним працівником. Південноукраїнський правничий часопис. 2018; 3: 117-121.

195. Комар ТС. Конституційно-правове регулювання забезпечення прав пацієнтів. Магістерська робота. Спеціальність 081 Право. Вінниця. 2020. 100с. <https://jarch.donnu.edu.ua/article/view/9508>

196. Шопіна Ю. Об'єктивна сторона злочинів, передбачених статтями 131, 132, 134, 139-145 Кримінального кодексу України. Кримінальне право. 2020; 5: 288-293. DOI: [10.32849/2663-5313/2020.5.50](https://doi.org/10.32849/2663-5313/2020.5.50)

197. Закон України «Про звернення громадян» № 393/96-ВР від 02.10.1996 р. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/394/96-%D0%B2%D1%80>

198. Корсун ВВ., Квітка СА. Цифрові механізми взаємодії публічної влади та громадянського суспільства. Матеріали XIII Міжнародної науково-технічної конференції аспірантів та молодих вчених «Наукова весна» 2023. 313-14. <http://ir.nmu.org.ua/handle/123456789/164148>

199. Указ Президента № 109 від 07.02.2008 «Про першочергові заходи щодо забезпечення реалізації та гарантування конституційного права на звернення до органів державної влади та органів місцевого самоврядування». <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/109/2008#Text>

200. Музичук ОМ., Василенко МЄ. Поняття та особливості оскарження постанови по справі про адміністративне правопорушення. Наше право. 2022; 1: 214-18. DOI: <https://doi.org/10.32782/NP.2022.1.34>.

201. Гергелійник В. Взаємозв'язок конституційного права на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування з іншими соціальними правами людини. Публічне право. 2019; 2 (34): С. 15-23. <https://www.publichne-pravo.com.ua/files/34/pdf/pp-2019-34-02.pdf>

202. Закону України «Про захист прав споживачів» № 2529-IX від 16.08.2022 р. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1023-12>

203. Бутенко ІР. Удосконалення державної політики України в сфері захисту прав споживачів: кваліф. робота магістра зі спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування». Полтава: Національний університет імені Юрія Кондратюка, 2023. 152 с. <http://reposit.nupp.edu.ua/handle/PolNTU/15150>

204. Машта Н., Жданюк В., Паш Р. Організація захисту прав споживачів медичних послуг як функція управління закладом охорони здоров'я. Економіка та суспільство. 2022; 42. <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2022-42-29>

205. Лисенко ТВ. Прокуратура України та держав Європейського Союзу: порівняльний аналіз. Кваліфікаційна робота. Національний авіаційний університет. Київ. 2020. 100 с. <https://er.nau.edu.ua/handle/NAU/44822>

206. Закон України «Про прокуратуру» № 1789-ХІІ 5 листопада 1991 року (зі змінами [№ 3633-IX](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3633-IX) від 11.04.2024 р.). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1697-18#Text>

207. Наказ Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини «Порядок оформлення матеріалів про адміністративні правопорушення» № 3/02-15 від 16.02.2015 р. (зі змінами згідно з наказом Уповноваженого 14.02.2018 № 3/02-18). [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v3\\_02715-15#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v3_02715-15#Text)

208. Пирога І., Кадебсяка Е. Інститут Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини в системі гарантій конституційних прав і свобод.

Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Юридичні науки 2023; 1 (64):19-25. <https://doi.org/10.32689/2522-4603.2023.1.3>

209. Тимошевська І. Уповноважений Верховної Ради України з прав людини як учасник судового процесу. Підприємство, господарство і право. 2020; 4: 54-9. DOI: [10.32849/2663-5313/2020.4.09](https://doi.org/10.32849/2663-5313/2020.4.09)

210. Ходєєва НВ. Захист уповноваженими на те державними органами права на інформацію про стан здоров'я. Право і суспільство. 2021; 4: 65-71. <https://elar.naiu.kiev.ua/handle/123456789/29049>

211. Biduchak AS, Hopko NV, Gorachuk VV. Results of medical interaction analysis employees with mass information media (from claims to understanding). Bukovinian Medical Herald. 2023; 27(1): 47-52. DOI: [10.24061/2413-0737.27.1.105.2023.9](https://doi.org/10.24061/2413-0737.27.1.105.2023.9)

212. Biduchak AS. Distribution of offensive information concerning medical workers on Internet. Clinical and experimental pathology. 2023;22(1):82-7. DOI: [10.24061/1727-4338.XXII.1.83.2023.13](https://doi.org/10.24061/1727-4338.XXII.1.83.2023.13)

213. Бідучак АС. Взаємодія медичних працівників із засобами масової інформації. В: Матеріали V міжнар. наук. конф. Технології, інструменти та стратегії реалізації наукових досліджень; 2023 Лют 24; Київ. Вінниця: Європейська наукова платформа; 2023; с. 248. DOI: [10.36074/mcnd-24.02.2023](https://doi.org/10.36074/mcnd-24.02.2023)

214. Бідучак АС. Неправдива інформація про медичних працівників в мережі Інтернет (захист та протидія). In: Proceedings of the IV International Scientific and Theoretical Conference The driving force of science and trends in its development; 2023 Jul 14; Coventry, United Kingdom. Coventry; 2023, p. 178. DOI: [10.36074/scientia-14.07.2023](https://doi.org/10.36074/scientia-14.07.2023)

215. Бідучак АС. Взаємодія медичних працівників із засобами масової інформації (від претензій до порозуміння). In: Proceedings of the V International Scientific and Practical Conference Débats scientifiques et orientations prospectives du développement scientifique; 2023 Jul 21; Paris, France. Paris; 2023. p. 172-3. DOI: [10.36074/logos-21.07.2023.50](https://doi.org/10.36074/logos-21.07.2023.50)



216. Організація діяльності в сфері охорони здоров'я: навч. посібник за ред. ТЛ. Желюк Тернопіль, Крок. 2021. 620 с.  
<http://dspace.wunu.edu.ua/handle/316497/48106>

217. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10 квітня 2013 року № 292 «Про модернізацію роботи системи телефонної гарячої лінії МОЗ України» <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0292282-13>

218. Постанова КМУ від 24.06.2009 № 630 «Про затвердження Методики оцінювання рівня організації роботи із зверненнями громадян в органах виконавчої влади» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/630-2009-%D0%BF>

219. Постанова КМУ від 24.09.2008 № 858 «Про затвердження Класифікатора звернень громадян» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/858-2008-%D0%BF>

220. Гулкевич ІЗ. Використання в менеджменті безпеки законодавства про звернення громадян. Інновінг сучасних трендів в менеджменті безпеки: Збірник наукових праць Всеукраїнської науково-практичної конференції Львів: ЛДУ БЖД, 26 травня 2023. 12-3.  
<https://sci.ldubgd.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/12446/1/14.pdf#page=12>

221. Закон України «Про доступ до публічної інформації» від 13.01.2011 № 2939-VI <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2939-17>

222. Постанова КМУ «Про затвердження Інструкції з діловодства за зверненнями громадян в органах державної влади і місцевого самоврядування, об'єднаннях громадян, на підприємствах, в установах, організаціях незалежно від форм власності, в засобах масової інформації» від 14.04.1997 № 348.  
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/348-97-%D0%BF>

223. Котляревська ГМ. Щодо питання удосконалення законодавства про звернення громадян. Правова позиція. 2020; 2 (27): 169-173. DOI <https://doi.org/10.32782/2521-6473.2020-2.31>



224. Бідучак АС. Аналіз роботи зі зверненнями громадян в Україні та рівні їх контролю. Буковинський медичний вісник. 2023; 27(4):6-11. DOI: 10.24061/2413-0737.27.4.108.2023.2

225. Бідучак АС. Аналіз термінів розгляду звернень громадян в Чернівецькій області за 2015-2022 роки. Перспективи та інновації науки. Серія Педагогіка. Серія: Психологія. Серія: Медицина. 2023;15:1016-24. DOI: [10.52058/2786-4952-2023-15\(33\)-1016-1025](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-15(33)-1016-1025)

226. Biduchak A, Hopko N, Chornenka Z, Alsalama MWO, Tymkul D. Comparative analysis of patient complaints for medical care over the last 10 years. Medical Science. 2023;27(135): e205ms2984. DOI: [10.54905/disssi/v27i135/e205ms2984](https://doi.org/10.54905/disssi/v27i135/e205ms2984)

227. Бідучак АС. Рівні організації роботи зі зверненнями громадян. In: Proceedings of the XI International Scientific and Practical Conference The latest information and communication technologies in education; 2023 Nov 27-29; Florence, Italy. Florence; 2023, p. 243-5.

228. Kennedy Diema Konlan, Juliana Asibi Abdulai, Joel Afram Saah, Abdul-Razak Doat, Roberta Mensima Amoah, Iddrisu Mohammed, Kennedy Dodam Konlan. The influence of conflicts among members of the clinical team on patient care; an explorative, descriptive study, Ghana. J Glob Health Sci. 2023 Jun;5(1):e1. English. Published online Apr 06, 2023. <https://doi.org/10.35500/jghs.2023.5.e1>

229. Mohammad Panahi Tosanloo, Abolghsem Pourreza, Davoud Adham, Bahman Khosravi, Rezvan Kazemi, Faroogh Naemani, Ghorban Sadeghi, Ziba Khalili. Conflict in Hospital Setting: Managers' and Staffs' Viewpoints. Jundishapur J Health Sci. 2022 April; 14(2):e115358. <https://brieflands.com/articles/jjhs-115358.pdf>

230. Panahi Tosanloo M., Adham D., Ahmadi B., Rahimi Foroshani A., Pourreza A. Causes of conflict between clinical and administrative staff in hospitals. J Educ Health Promot. 2019;8:191. [PubMed ID: 31807583]. [PubMed Central ID: PMC6852373]. <https://doi.org/10.4103/jehp.jehp - 54 19>.

231. Khalili Z., Khosravi B., Irvanimanesh N., Kazemi Dastjerdeei R., Azmoudeh L., Ahmadzadeh R. et al. Investigating the level of conflict and its causes in medical settings from the perspective of nurses in Ardabil University of Medical Sciences. *J Hosp.* 2020;19(1):71-9.
232. Mosadeghrad A., Arab M., Mojbafan A. Conflict and its causes in hospitals of Tehran university of medical sciences. *J Hosp.* 2017;15(4):59-69.
233. Калініченко С., Харчевнікова Л., Аврята А., Олійник І. Якість послуг медичних закладів – актуальна проблема управління охороною здоров'я. *Вісник Хмельницького національного університету.* 2023; 4: 259-264.
234. Бідучак АС. Оцінка задоволеності населення ставленням медичного персоналу в конфліктних ситуаціях. *Україна. Здоров'я нації.* 2023; 3(73): 7-13. DOI: <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.3/01>
235. Бідучак АС. Алгоритм дій керівника медичної установи в конфліктній ситуації. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Медицина.* 2024; 1 (69): 128-33. DOI: [10.32782/2415-8127.2022.66.25](https://doi.org/10.32782/2415-8127.2022.66.25)
236. Biduchak A., Chornenka Zh., Hopko N., Alsalama Mohammad Wathek O., Domanchuk T. Assessment of population satisfaction with medical care in conflict conditions. *Medicine and life.* 2024. 17 (1): 67-72.
237. Бідучак А., Чорненька Ж., Горачук В. Оцінка задоволеності пацієнтів наданням медичної допомоги в умовах конфлікту. *Psychology, medicine and biology: the development of necessary technologies in the field of health care: collective monograph.* International Science Group. Boston: Primedia eLaunch, 2024. 216-226. DOI: 10.46299/ISG.2024.MONO.MED.2
238. Biduchak AS., Chornenka ZhA. Evaluation of conflict level relationships in the «doctor-patient» system. *Одеський медичний журнал* 2024; 2: 45-49. DOI: 10.32782/2226-2008-2024-1
239. Бідучак АС., Горачук ВВ., Аль Салама Мухамед Васек Обейд, Миронюк МБ., Чорненька ЖА. Аналіз конфліктів в медичній галузі: актуальність сьогодення. *Буковинський медичний вісник.* 2024; 28(2): 3-7. doi: 10.24061/2413-0737.28.2.110.2024.1

240. Бідучак АС. Медичні конфлікти в системі «Медична організація-лікар-пацієнт». Світ наукових досліджень. Міжнародна мультидисциплінарна наукова інтернет-конференція. м. Тернопіль, Україна – м. Переворськ, Польща, 16-17 лютого 2023 р.; 298-299. <http://www.economy-confer.com.ua/full-article/4227/>

241. Бідучак АС. Стратегії поведінки у конфліктних ситуаціях в медицині В: Матеріали міжнар наук.-практ. конф. Теоретико-практичні аспекти розвитку науки, освіти та суспільства; 2023 Кві 28; Рівне: ЦФЕНД; 2023, с. 63.

242. Biduchak A. Analysis of the frequency of conflicts in healthcare institutions. В: Матеріали III міжнар. наук. конф.: наукові орієнтири: теорія та практика досліджень; 2024 Трав. 17; Ужгород; 2024, с. 303-4. <https://doi.org/10.62731/mcnd-17.05.2024>

243. Малігон ЮМ. Державна кадрова політика у сфері охорони здоров'я: теоретичні засади та сучасні тенденції. Економіка, управління та адміністрування. 2020; 4(94): 160-4. [https://doi.org/10.26642/ema-2020-4\(94\)-160-164](https://doi.org/10.26642/ema-2020-4(94)-160-164)

244. Гордійчук СВ., Горай ОВ., Поплавська СД., Кірячок МВ. Засади управління якості освітньої діяльності при підготовці фахівців для галузі охорони здоров'я. Український науково-практичний журнал. 2022; 1(27): 7-20. [https://zhim.org.ua/magazine/visnyk\\_mag\\_med\\_2022\\_1.pdf#page=19](https://zhim.org.ua/magazine/visnyk_mag_med_2022_1.pdf#page=19)

245. Вдович СМ. Формування комунікативних навичок майбутніх психологів у закладі вищої освіти. Наукові записки ЛДУБЖД. Педагогіка і психологія. 2023; 1: 15-21. <https://journal.ldubgd.edu.ua/index.php/pp>

246. П'янківська ЛВ. Дослідження особливостей сформованості комунікативних компетентностей у лікарів-інтернів. Технології розвитку інтелекту: ел. наукометр. фах. журнал Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України. Київ, 2020. Т.4, № 3(28). URL: [http://psytir.org.ua/index.php/technology\\_intellect\\_develop/article/view/531](http://psytir.org.ua/index.php/technology_intellect_develop/article/view/531). DOI: <http://doi.org/10.31108/3.2020.4.3.14>

247. Александрова КВ., Крісанова НВ., Іванченко ДГ. Про роль самостійної роботи у формуванні креативного мислення майбутнього фахівця з лікувальної справи. Збірник матеріалів II Всеукраїнської науково-практичної конференції «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)»; 18-19 лютого 2021 року. Запоріжжя: ЗДМУ, 2021. 44-5 с.

248. Ворона П., Кітура ГЯ., Маковська ОА. Професійно-комунікативна культура майбутніх лікарів крізь призму фахової освіти. Медична освіта. 2021; 3: 81-6. <https://doi.org/10.11603/m.2414-5998.2021.3.12600>

249. Biduchak A, Chornenka Z. Research of Conflict Situation Management in Medical Organizations. Health. 2022;14(7):725-36. DOI: [10.4236/health.2022.147052](https://doi.org/10.4236/health.2022.147052)

250. Бідучак АС. Медичні конфлікти в системі «лікар-пацієнт». Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Медицина. 2022; 2:133-5. DOI: [10.32782/2415-8127.2022.66.25](https://doi.org/10.32782/2415-8127.2022.66.25)

251. Biduchak A, Hopko N, Alsalama MWO, Chornenka Z, Mazur O. Peculiarities of Medical Personnel Behavior Styles in Conflict Situations. Health, 2022;14(12):1210-26. DOI: [10.4236/health.2022.1412086](https://doi.org/10.4236/health.2022.1412086)

252. Бідучак АС, Горачук ВВ, Гопко НВ. Характеристика стилів поведінки медичного персоналу у конфліктних ситуаціях. Клінічна та експериментальна патологія. 2022;21(4):3-8. DOI: [10.24061/1727-4338.XXI.4.82.2022.01](https://doi.org/10.24061/1727-4338.XXI.4.82.2022.01)

253. Бідучак АС. Комунікаційні напрями оптимізації профілактики та управління конфліктами в системі відносин «керівник-лікар-пацієнт». Перспективи та інновації науки. Серія Педагогіка. Серія: Психологія. Серія: Медицина. 2024; 5(39): 107184-91. DOI: [10.52058/2786-4952-2024-5\(39\)-1071-1084](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-5(39)-1071-1084)

254. Biduchak AS. Conflict situations in medical organizations (from problems to solutions). Одеський медичний журнал. 2023;2:47-50. DOI: [10.54229/2226-2008-2023-2-8](https://doi.org/10.54229/2226-2008-2023-2-8)

255. Бідучак А.С. Оцінка здатності медичних працівників до конфлікту. In: XX International Science Conference «Problems of solving global problems of humanity»; 2024 May 20-22; Athens, Greece; 2024: 239-41. <https://eu-conf.com/en/events/problems-of-solving-global-problems-of-humanity/>

256. Бідучак АС. Медична комунікація в системі відносин «керівник-лікар-пацієнт». В: Матеріали I міжнар. наук. конф. Інноваційна наука: пошук відповідей на виклики сучасності; 2023 Гру 22; Одеса; 2023, с. 461-3.

257. Biduchak A. Behavioral style and conflict in medicine. In: Proceedings of the III International Scientific and Theoretical Conference Modernization of science and its influence on global processes; 2023 Apr 14; Bern, Switzerland. Bern: European Scientific Platform; 2023, p. 94. DOI: [10.36074/scientia-14.04.2023](https://doi.org/10.36074/scientia-14.04.2023)

258. Бідучак АС. Стилi поведінки медичного персоналу у конфліктних ситуаціях. In: Proceedings of the I International Scientific and Theoretical Conference Modern vision of implementing innovations in scientific studies; 2023 Mar 31; Sofia, Bulgaria. Sofia: European Scientific Platform; 2023, p. 128-9. DOI: [10.36074/scientia-31.03.2023](https://doi.org/10.36074/scientia-31.03.2023)

259. Бідучак АС. Аналіз причин виникнення конфліктів в системі «лікар-пацієнт». В: Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. Наука, освіта і суспільство: актуальні проблеми теорії та практики; 2023 Бер 10; Кропивницький. Кропивницький: ЦФЕНД; 2023, с. 29.

260. Biduchak AS. Analysis of the management of conflict situations in medical organizations. В: Матеріали підсумкової 104-ї наук.-практ. конф. з міжнар. участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету; 2023 Лют 06, 08, 13; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2023, с. 412.

261. Бідучак АС. Аналіз управління конфліктними ситуаціями в медичних організаціях. В: Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. Актуальні питання науки, освіти і суспільства в сучасних умовах; 2022 Гру 21; Полтава. Полтава: ЦФЕНД; 2022, с. 50.

262. Biduchak AS. Conflicts in the doctor-patient system. In: Proceedings of the II International Scientific and Theoretical Conference Scientific forum: theory and practice of research; 2022 Sep 16; Valencia, Spain. Valencia: European Scientific Platform; 2022, p. 107. DOI: [10.36074/scientia-16.09.2022](https://doi.org/10.36074/scientia-16.09.2022)

263. Jerng JS., Huang SF., Liang HW., Chen LC., Lin CK., Huang HF. et al. Workplace interpersonal conflicts among the healthcare workers: Retrospective exploration from the institutional incident reporting system of a university-affiliated medical center. PLoS One. 2017; 12 (2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171696>.

264. Elfering A., Gerhardt C., Grebner S., Muller U. Exploring Supervisor-Related Job Resources as Mediators between Supervisor Conflict and Job Attitudes in Hospital Employees. Saf Health Work. 2017;8(1):19-28. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2016.06.003>.

265. Ardalan MR., Beheshti Rad R. [The mediating role of mental health in the relationship between organizational conflict and organizational performance among Private hospitals personnel]. Quarterly Journal of Nursing Management. 2017;6(1):9-19. <https://doi.org/10.29252/ijnv.6.1.9>.

266. Пуртов ВФ., Гальченко ЛВ. Методичні підходи до управління конфліктами в організації. Scientific Collection «InterConf», (36): with the Proceedings of the 7th International Scientific and Practical Conference «Challenges in Science of Nowadays» (November 26-28, 2020) in Washington, USA: EnDeavours Publisher, 2020; 186-194. [https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag\\_file/Scientific%20Collection\\_InterConf\\_2020\\_3-36.pdf#page=186](https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/Scientific%20Collection_InterConf_2020_3-36.pdf#page=186)

267. Кілька практичних методів швидкого завершення конфліктів. URL: <https://staffcapital.com/2014/12/11/kilka-metodbv-zavershennya-konfliktiv/> (дата звернення 04.11.2020).

268. Літвак А. Вплив держави на виховання етичних цінностей медичного персоналу. URL: [nbuv.gov.ua > j-pdf > tppd\\_2019\\_24\\_8](http://nbuv.gov.ua/j-pdf/tppd_2019_24_8)

269. Коваленко Т. Медіація: процедура врегулювання спорів за взаємною згодою сторін. Теорія і практика інтелектуальної власності. 2019; 1: 16-23.

270. Бідучак АС. Управління конфліктами в медичному закладі. Перспективи та інновації науки. Серія Педагогіка. Серія: Психологія. Серія: Медицина. 2024; 2(36): 983-91. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-2\(36\)-983-991](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-2(36)-983-991)

271. Biduchak A., Mararash H., Mohammad Wathek O Alsalama, Chornenka Zh., Yasinska E. Organizational and functional model of improvement of the system of prevention of conflict situations in the field of healthcare. Georgian medical news. 2023. 11 (344): 13-8.

272. Бідучак АС. Модель удосконалення системи профілактики конфліктних ситуацій у сфері охорони здоров'я. In: Proceedings of the II International Scientific and Theoretical Conference Modern tools and methods of scientific investigations; Antwerp, Belgium. Antwerp; December 8, 2023, p. 309-11. DOI: [10.36074/scientia-08.12.2023](https://doi.org/10.36074/scientia-08.12.2023)



## ДОДАТОК А

## СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

*Наукові праці, в яких опубліковано основні наукові результати дисертації:*

1. Biduchak AS. Doctor and patient: two parties of one conflict. Буковинський медичний вісник. 2022;26(2):77-80. doi: [10.24061/2413-0737.XXVI.2.102.2022.14](https://doi.org/10.24061/2413-0737.XXVI.2.102.2022.14)
2. Бідучак АС. Детермінанти конфлікту медицини та суспільства (огляд літератури). Клінічна та експериментальна патологія. 2022;21(3):53-60. doi: [10.24061/1727-4338.XXI.3.81.2022.08](https://doi.org/10.24061/1727-4338.XXI.3.81.2022.08)
3. Бідучак АС, Горачук ВВ, Гопко НВ. Характеристика стилів поведінки медичного персоналу у конфліктних ситуаціях. Клінічна та експериментальна патологія. 2022;21(4):3-8. doi: [10.24061/1727-4338.XXI.4.82.2022.01](https://doi.org/10.24061/1727-4338.XXI.4.82.2022.01) *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку).*
4. Biduchak AS. Analysis of the emergence of conflicts in the doctor - patient system. Буковинський медичний вісник. 2022;26(4):55-7. doi: [10.24061/2413-0737.XXVI.4.104.2022.9](https://doi.org/10.24061/2413-0737.XXVI.4.104.2022.9)
5. Biduchak AS, Hopyko NV, Gorachuk VV. Results of medical interaction analysis employees with mass information media (from claims to understanding). Буковинський медичний вісник. 2023;27(1):47-52. doi: [10.24061/2413-0737.27.1.105.2023.9](https://doi.org/10.24061/2413-0737.27.1.105.2023.9) *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку).*
6. Biduchak AS. Distribution of offensive information concerning medical workers on Internet. Клінічна та експериментальна патологія. 2023;22(1):82-7. doi: [10.24061/1727-4338.XXII.1.83.2023.13](https://doi.org/10.24061/1727-4338.XXII.1.83.2023.13)



7. Biduchak AS. Conflict situations in medical organizations (from problems to solutions). *Одеський медичний журнал*. 2023;2:47-50. doi: [10.32782/2226-2008-2023-2-8](https://doi.org/10.32782/2226-2008-2023-2-8)
8. Бідучак АС. Оцінка задоволеності населення ставленням медичного персоналу в конфліктних ситуаціях. *Україна. Здоров'я нації*. 2023;3:7-13. doi: [10.32782/2077-6594/2023.3/01](https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.3/01)
9. Бідучак АС. Аналіз термінів розгляду звернень громадян в Чернівецькій області за 2015-2022 роки. *Перспективи та інновації науки. Серія: Педагогіка. Серія: Психологія. Серія: Медицина*. 2023;15:1016-24. doi: [10.52058/2786-4952-2023-15\(33\)-1016-1025](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-15(33)-1016-1025)
10. Biduchak A, Chornenka Z. Research of Conflict Situation Management in Medical Organizations. *Health*. 2022;14(7):725-36. doi: [10.4236/health.2022.147052](https://doi.org/10.4236/health.2022.147052) *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку)*.
11. Biduchak A, Нопко N, Alsalama MWO, Chornenka Z, Mazur O. Peculiarities of Medical Personnel Behavior Styles in Conflict Situations. *Health*. 2022;14(12):1210-26. doi: [10.4236/health.2022.1412086](https://doi.org/10.4236/health.2022.1412086) *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку)*.
12. Biduchak A, Нопко N, Chornenka Z, Alsalama MWO, Тумкул D. Comparative analysis of patient complaints for medical care over the last 10 years. *Medical Science*. 2023;27(135):e205ms2984. doi: [10.54905/disssi/v27i135/e205ms2984](https://doi.org/10.54905/disssi/v27i135/e205ms2984) *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку)*.
13. Biduchak AS. Development of conflictology as a science. *Клінічна та експериментальна патологія*. 2017;16(4):122-4. doi: [10.24061/1727-4338.XVI.4.62.2017.22](https://doi.org/10.24061/1727-4338.XVI.4.62.2017.22)

14. Biduchak AS, Beletska AA. Analysis of the types of conflicts and their causes. Клінічна та експериментальна патологія. 2018;17(2):141-3. doi: [10.24061/1727-4338.XVII.2.64.2018.26](https://doi.org/10.24061/1727-4338.XVII.2.64.2018.26) (Дисертант здійснив збір даних, написання початкового проєкту статті, підготовку висновків).
15. Бідучак АС. Аналіз роботи зі зверненнями громадян в Україні та рівні їх контролю. Буковинський медичний вісник. 2023;27(4):6-11. doi: [10.24061/2413-0737.27.4.108.2023.2](https://doi.org/10.24061/2413-0737.27.4.108.2023.2)
16. Бідучак АС. Управління конфліктами в медичному закладі. Перспективи та інновації науки. Серія: Педагогіка. Серія: Психологія. Серія: Медицина. 2024;2:983-91. doi: [10.52058/2786-4952-2024-2\(36\)-983-991](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-2(36)-983-991)
17. Biduchak A, Mararash H, Alsalama MWO, Chornenka Zh, Yasinska E. Organizational and functional model of improvement of the system of prevention of conflict situations in the field of healthcare. Georgian Medical News. 2023;11(344):13-8. (Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку).
18. Biduchak A, Chornenka Zh, Норко N, Alsalama MWO, Domanchuk T. Assessment of population satisfaction with medical care in conflict conditions. Journal of Medicine and Life. 2024;17(1):67-72. doi: [10.25122/jml-2023-0193](https://doi.org/10.25122/jml-2023-0193) (Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку).
19. Бідучак АС. Медичні конфлікти в системі «лікар - пацієнт». Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Медицина. 2022;2:133-5. doi: [10.32782/2415-8127.2022.66.25](https://doi.org/10.32782/2415-8127.2022.66.25)
20. Бідучак АС. Алгоритм дій керівника медичної установи в конфліктній ситуації. Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Медицина. 2024;1:128-33. doi: [10.32782/2415-8127.2024.69.22](https://doi.org/10.32782/2415-8127.2024.69.22)
21. Бідучак АС. Комунікаційні напрями оптимізації профілактики та управління конфліктами в системі відносин «керівник – лікар - пацієнт».

Перспективи та інновації науки. Серія: Педагогіка. Серія: Психологія. Серія: Медицина. 2024;5:1071-84. [doi: 10.52058/2786-4952-2024-5\(39\)-1071-1084](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-5(39)-1071-1084)

22. Biduchak AS, Chornenka ZhA. Assessment of correlation levels in the structure of conflicts within the doctor–patient system. Одеський медичний журнал. 2024;2:45-9. doi: [10.32782/2226-2008-2024-2-8](https://doi.org/10.32782/2226-2008-2024-2-8) *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку).*

23. Бідучак АС, Горачук ВВ, Аль Салама Мухамед Васек Обейд, Миронюк МБ, Чорненька ЖА. Аналіз конфліктів в медичній галузі: актуальність сьогодення. Буковинський медичний вісник. 2024;28(2):3-7. doi: 10.24061/2413-0737.28.2.110.2024.1 *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку).*

24. Бідучак А, Чорненька Ж, Горачук В. Оцінка задоволеності пацієнтів наданням медичної допомоги в умовах конфлікту. In: Psychology, medicine and biology: the development of necessary technologies in the field of health care: collective monograph. Boston: Primedia eLaunch; 2024, p. 216-26. doi: [10.46299/ISG.2024.MONO.MED.2.11.1](https://doi.org/10.46299/ISG.2024.MONO.MED.2.11.1) *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку).*

*Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:*

25. Biduchak AS. Analysis of the management of conflict situations in medical organizations. В: Матеріали підсумкової 104-ї наук.-практ. конф. з міжнар. участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету; 2023 Лют 06, 08, 13; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2023, с. 412.

26. Бідучак АС. Аналіз управління конфліктними ситуаціями в медичних організаціях. В: Матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. Актуальні питання науки, освіти і суспільства в сучасних умовах; 2022 Гру 21; Полтава. Полтава: ЦФЕНД; 2022, с. 50.

27. Бідучак АС. Аналіз причин виникнення конфліктів в системі «лікар-пацієнт». В: Матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. Наука, освіта і суспільство: актуальні проблеми теорії та практики; 2023 Бер 10; Кропивницький. Кропивницький: ЦФЕНД; 2023. Ч. 2, с. 29.

28. Бідучак АС. Взаємодія медичних працівників із засобами масової інформації. В: Матеріали V Міжнар. наук. конф. Технології, інструменти та стратегії реалізації наукових досліджень; 2023 Лют 24; Київ. Вінниця: Європейська наукова платформа; 2023; с. 248-9. doi: [10.36074/mcnd-24.02.2023](https://doi.org/10.36074/mcnd-24.02.2023)

29. Бідучак АС. Стратегії поведінки у конфліктних ситуаціях в медицині В: Матеріали міжнар наук.-практ. конф. Теоретико-практичні аспекти розвитку науки, освіти та суспільства; 2023 Кві 28; рівне. Рівне: ЦФЕНД; 2023, с. 63-4.

30. Бідучак АС. Медичні конфлікти в системі «Медична організація - лікар - пацієнт». Матеріали міжнар. мультидисциплін. наук. інтернет-конф.; 2023 Лют 16-17; Тернопіль, Україна – Переворськ, Польща. Світ наукових досліджень. 2023;16:298-9.

31. Бідучак АС. Конфлікти в системі «викладач-студент». В: Матеріали Всеукр. наук.-педагог. підвищення кваліфікації Роль соціального та емоційного інтелекту як найважливіших soft-skills XXI століття в освітньому процесі; 2023 Бер 06 - Кві 16; Полтава. Полтава: Гельветика; 2023, с. 43-4

32. Бідучак АС. Медична комунікація в системі відносин «керівник-лікар-пацієнт». В: Матеріали I міжнар. наук. конф. Інноваційна наука: пошук відповідей на виклики сучасності; 2023 Гру 22; Одеса. Вінниця: УКРЛОГОС Груп; 2023, с. 461-3. doi: [10.36074/mcnd-22.12.2023](https://doi.org/10.36074/mcnd-22.12.2023)

33. Biduchak A. Causes of conflict in the system "Patient-Doctor". In: Proceedings of the XII International Scientific and Practical Conference Actual

priorities of modern science, education and practice; 2022 Mar 29-Apr 01; Paris, France. Paris; 2022, p. 390-2. doi: [10.46299/ISG.2022.1.12](https://doi.org/10.46299/ISG.2022.1.12)

34. Biduchak AS. Conflicts in the doctor-patient system. In: Proceedings of the II International Scientific and Theoretical Conference Scientific forum: theory and practice of research; 2022 Sep 16; Valencia, Spain. Valencia: European Scientific Platform; 2022, p. 107. doi: [10.36074/scientia-16.09.2022](https://doi.org/10.36074/scientia-16.09.2022)

35. Бідучак АС. Стилі поведінки медичного персоналу у конфліктних ситуаціях. In: Proceedings of the I International Scientific and Theoretical Conference Modern vision of implementing innovations in scientific studies: 2023 Mar 31; Sofia, Bulgaria. Sofia: European Scientific Platform; 2023, p. 128-9. doi: [10.36074/scientia-31.03.2023](https://doi.org/10.36074/scientia-31.03.2023)

36. Biduchak A. Behavioral style and conflict in medicine. In: Proceedings of the III International Scientific and Theoretical Conference Modernization of science and its influence on global processes; 2023 Apr 14; Bern, Switzerland. Bern: European Scientific Platform; 2023, p. 94. doi: [10.36074/scientia-14.04.2023](https://doi.org/10.36074/scientia-14.04.2023)

37. Бідучак АС. Неправдива інформація про медичних працівників в мережі Інтернет (захист та протидія). In: Proceedings of the IV International Scientific and Theoretical Conference The driving force of science and trends in its development; 2023 Jul 14; Coventry, United Kingdom. Coventry: European Scientific Platform; 2023, p. 178. doi: [10.36074/scientia-14.07.2023](https://doi.org/10.36074/scientia-14.07.2023)

38. Бідучак АС. Модель удосконалення системи профілактики конфліктних ситуацій у сфері охорони здоров'я. In: Proceedings of the II International Scientific and Theoretical Conference Modern tools and methods of scientific investigations; Antwerp, Belgium. Antwerp; December 8, 2023, p. 309-11. DOI: [10.36074/scientia-08.12.2023](https://doi.org/10.36074/scientia-08.12.2023)

39. Бідучак А. Рівні організації роботи зі зверненнями громадян. In: Proceedings of the XI International Scientific and Practical Conference The latest information and communication technologies in education; 2023 Nov 27-29; Florence, Italy. Florence; 2023, p. 243-5.

40. Бідучак АС. Взаємодія медичних працівників із засобами масової інформації (від претензій до порозуміння). In: Proceedings of the V International Scientific and Practical Conference Débats scientifiques et orientations prospectives du développement scientifique; 2023 Jul 21; Paris, France. Paris; 2023. p. 172-3. doi: [10.36074/logos-21.07.2023](https://doi.org/10.36074/logos-21.07.2023)

41. Biduchak A. Analysis of the frequency of conflicts in healthcare institutions. В: Матеріали III Міжнар. наук. конф. Наукові орієнтири: теорія та практика досліджень; 2024 Тра 17; Ужгород. Ужгород; 2024, с. 303-4. doi: [10.62731/mcnd-17.05.2024](https://doi.org/10.62731/mcnd-17.05.2024)

42. Бідучак А. Оцінка здатності медичних працівників до конфлікту. In: Proceedings of the XX International scientific and practical conference Problems of solving global problems of humanity; 2024 May 20-22; Athens, Greece. Athens; 2024, p. 239-41.

*Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дослідження:*

43. Бідучак АС, Белецька АА. Конфлікт-менеджмент у медичній організації: монографія. Чернівці: БДМУ; 2020. 228 с.

44. Бідучак АС, укладач. Сучасні підходи до врегулювання конфлікту в системі «лікар - пацієнт»: правовий аспект: метод. реком. Чернівці; 2023. 36 с.

## ДОДАТОК Б-1

**АНКЕТА  
«СТИЛЬ КОНФЛІКТНОЇ ПОВЕДІНКИ  
В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»****Вельмишановний колего!**

У рамках вивчення виникнення конфлікту в закладах охорони здоров'я Чернівецької області проводиться анкетування керівників медичних закладів, лікарів та пацієнтів.

Ми просимо Вас знайти кілька хвилин і заповнити запропоновану анкету. Ваші відповіді допоможуть скласти більш повне і точне уявлення про стиль конфліктної поведінки та проблеми, які існують в їх вирішенні у закладі охорони здоров'я. Конфіденційність отриманих даних гарантуємо. Всі результати будуть використані в наукових цілях в узагальненому вигляді.

## 1. Стать:

- чоловіча
- жіноча

## 2. Ваш вік?

- 18-35 років
- 36-55 років
- 56 і старше

## 3. Територія мешкання:

- місто
- село

## 4. За спеціальністю Ви:

- керівник медичного закладу
- медичний директор
- завідувач відділення

## 5. Ви працюєте:

- в лікарні
- в амбулаторно-поліклінічному закладі

## 6. Як часто виникають конфлікти в Вашому колективі?

- часто
- іноді
- рідко
- постійно

## 7. Чи приймали Ви участь в конфліктній ситуації?

- активно приймали участь
- не приймали участь
- пасивний спостерігач

8. Що частіше всього для Вас є причиною конфлікту в колективі?
- зарплата
  - відрядження
  - медична інформація
  - медичні документи
  - курси підвищення кваліфікації
  - пацієнти
9. Стараєтесь Ви в будь-якому випадку конфліктної ситуації довести свою правоту?
- постійно доводите свою правоту
  - йдете на компроміс
  - взагалі не конфліктуєте
10. Чи намагаєтесь Ви прийняти сторону опонента в конфліктній ситуації?
- так
  - ні
11. Чи можливо вирішити конфлікт, не ущемляючи права і почуття гідності всіх людей, задіяних в конфлікті?
- так
  - ні
12. Що заважає Вам та іншим людям вирішувати конфлікти з користю для обох сторін?
- егоїзм
  - не бажання програвати
  - бажання довести свою правоту
13. Який форми вирішення конфлікту Ви надаєте перевагу?
- суперництво
  - співробітництво
  - компроміс
  - пристосування
  - уникнення
14. Чи залучали Ви для вирішення конфлікту медіатора? (Медіатор (посередник) - людина або група людей, які, будучи третьою нейтральною, незалежною стороною, не зацікавлені в конфлікті, допомагають конфліктуючим вирішити наявний спір)
- так
  - ні
15. Чи потрібно медичним працівникам навчатися вирішувати конфліктні ситуації?
- так
  - ні

*Дякуємо за співпрацю!*



## ДОДАТОК Б-2

**АНКЕТА  
«ДІАГНОСТИКА МІЖСОБИСТІСНИХ ВІДНОСИН  
В МЕДИЧНОМУ КОЛЕКТИВІ»**

Вельмишановний колего!

У рамках вивчення виникнення конфлікту в закладах охорони здоров'я Чернівецької області проводиться анкетування лікарів і пацієнтів.

Ми просимо Вас знайти кілька хвилин і заповнити запропоновану анкету. Ваші відповіді допоможуть скласти більш повне і точне уявлення про конфліктні ситуації, проблеми, які існують в їх вирішенні. Конфіденційність отриманих даних гарантуємо. Всі результати будуть використані в наукових цілях в узагальненому вигляді.

1. Стать:

чоловіча

жіноча

2. Ваш вік?

до 35 років

36-55 років

56 і старше

3. Територія мешкання:

місто

село

4. За спеціальністю Ви:

лікар

середній медичний працівник

5. Ви працюєте:

в лікарні

в амбулаторно-поліклінічному закладі

6. Які на Вашу думку домінуючий стиль поведінки в Вашому колективі?

авторитарний

підлеглий

залежний

егоїстичний

дружелюбний

агресивний

7. Якому стилю поведінки в конфліктній ситуації Ви надаєте перевагу?

суперництво

співпраця

компроміс

пристосування

уникнення

8. На скільки виражена у Вас здатність до конфлікту (оцініть від 1 до 7)?

1;  2;  3;  4;  5;  6;  7.

9. Як часто у Вашому колективі виникають конфлікти?
- дуже часто
  - періодично
  - іноді
  - майже ніколи
10. Чи вважаєте Ви себе конфліктною особистістю?
- безумовно, так
  - можливо
  - безумовно, ні
11. Вкажіть причини виникнення конфліктів у Вашому колективі?
- високі амбіції деяких працівників
  - заздрість один до одного
  - боротьба за посаду
  - низький рівень професіоналізму у працівників
  - інше \_\_\_\_\_
12. Як Ви вважаєте, хто зможе гідно захистити Ваші інтереси на випадок виникнення конфліктної ситуації?
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> працівники Вашої установи | <input type="checkbox"/> суд              |
| <input type="checkbox"/> керівництво               | <input type="checkbox"/> профспілка       |
| <input type="checkbox"/> трудова інспекція         | <input type="checkbox"/> особисті зв'язки |
13. Які конфлікти у Вашому колективі виникають найчастіше?
- керівник-лікар
  - лікар-лікар
  - лікар-пацієнт
  - лікар-родичі пацієнта
  - лікар-середній медичний персонал
14. Якщо правда на боці слабого учасника конфлікту, то як зазвичай поступають Ваші працівники?
- захищають слабого
  - займають нейтральну позицію, намагаючись не втручатися
  - захищають сильного
  - важко відповісти, залежить від конфліктної ситуації
15. Яка ситуація характерна для Вашої установи на випадок виникнення конфлікту між керівництвом та працівником?
- працівники мовчать і не втручаються
  - працівники відкрито обурюються
  - працівники погрожують судом або звільненням
  - працівники скаржаться вищестоящій інстанції

*Дякуємо за співпрацю!*

## ДОДАТОК Б-3

## АНКЕТА

**«ВИЗНАЧЕННЯ ЗАДОВОЛЕНОСТІ ПАЦІЄНТА ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ПРИЧИН КОНФЛІКТІВ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»****Вельмишановний друже!**

В рамках вивчення виникнення конфлікту в закладах охорони здоров'я Чернівецької області проводиться анкетування лікарів і пацієнтів.

Ми просимо Вас знайти кілька хвилин і заповнити запропоновану анкету. Ваші відповіді допоможуть скласти більш повне і точне уявлення про конфліктні ситуації, проблеми, які існують в їх вирішенні. Конфіденційність отриманих даних гарантуємо. Всі результати будуть використані в узагальненому вигляді для покращення взаємовідносин між персоналом і пацієнтами в закладах охорони здоров'я області.

1. Стать:

- чоловіча
- жіноча

2. Ваш вік?

- 18-35 років
- 36-55 років
- 56 і старше

3. Територія мешкання:

- місто
- село

4. Чи задоволені Ви ставленням до Вас медичного персоналу?

- дуже незадоволений (а)
- не задоволений (а)
- частково задоволений (а)
- задоволений (а)
- дуже задоволений (а)

5. Скільки часу, зазвичай, Ви проводите в черзі до лікаря?

- 5-15 хвилин
- 30-40 хвилин
- годину
- більше години

6. Чи задоволені Ви санітарно-гігієнічними умовами в закладі охорони здоров'я?

- дуже незадоволений (а)
- не задоволений (а)
- частково задоволений (а)
- задоволений (а)
- дуже задоволений (а)

7. Чи задоволені Ви результатами надання Вам медичної допомоги?

- дуже незадоволений (а)
- не задоволений (а)

- частково задоволений (а)
  - задоволений (а)
  - дуже задоволений (а)
8. Чи мали Ви колись конфлікт?
- з лікарем
  - з медичною сестрою
  - з медичним закладом
  - не було конфлікту
9. Якщо конфлікти виникають, то вкажіть основні причини:
- недостатньо спілкування та уваги
  - незадоволеність забезпеченням лікарськими засобами
  - незадоволеність результатами надання медичної допомоги
  - грубість та нечемність медичного персоналу
  - прояви корупції
  - інше \_\_\_\_\_
10. Коли найчастіше, на Вашу думку, трапляються конфлікти між пацієнтом та лікарем:
- під час чергування і надання екстреної медичної допомоги
  - під час пояснення плану лікування
  - при погіршенні стану пацієнта
  - інше \_\_\_\_\_
11. Чи зверталися Ви з приводу виникнення конфлікту до...
- керівника закладу охорони здоров'я
  - органу управління охороною здоров'я
  - прокуратури скаргою
  - суду
12. Чи маєте Ви інформацію про порядок подання заяви (скарги) у випадку виникнення конфліктної ситуації?
- так
  - ні
13. Якщо у Вас виникав конфлікт з медичним працівником, яким способом він вирішувався?
- досудовим (необхідне підкресліть):
    - переговори
    - претензія
    - скарга
    - медіатор (нейтральна по відношенню до сторін конфлікту третя сторона)
  - судовим
14. Які наслідки конфлікту найбільш прийнятними для Вас?
- ведення боротьби до повної перемоги
  - задоволення інтересів і домагань іншого боку
  - слабшання конфлікту за рахунок природного загасання
  - знаходження компромісу
  - знаходження взаємовигідних варіантів
  - інше \_\_\_\_\_

15. Наскільки добре, на Вашу думку, держава сьогодні виконує обов'язки регулятора конфліктних відносин між лікарем та пацієнтом? (Закон України «Про звернення громадян» № 394/96-ВР від 02.10.96 (зі змінами))?

- дуже добре
- швидше добре, ніж погано
- швидше погано, ніж добре
- дуже погано

*Дякуємо за співпрацю!*

## ДОДАТОК Б-4

**Методика: «Оцінка комунікативних і організаторських схильностей – КОС» (В.В. Сиявського і Б.О. Федоришина)**

Методика оцінює рівень розвитку комунікативних та організаторських схильностей, що проявляються в різних сферах діяльності, поведінки та міжособистісного спілкування.

Для проведення дослідження необхідно підготувати опитувальник КОС і лист для відповідей. Експеримент може проводитися як індивідуально, так і в групі. Респондентам роздають бланки для відповідей і зачитують інструкцію.

*Інструкція:* «Вам необхідно відповісти на всі запропоновані питання. Вільно висловлюйте свою думку з кожного питання й відповідайте так: якщо Ваша відповідь на питання позитивна (Ви згодні), то у відповідній клітинці реєстраційного бланка поставте плюс (+), якщо ж Ваша відповідь негативна (Ви не згодні) – поставте знак мінус (-). Слідкуйте, щоб номер питання та номер клітинки, в яку Ви записуєте свою відповідь, співпадали. Майте на увазі, що питання мають загальний характер і не можуть містити всіх необхідних подробиць. Тому уявіть собі типові ситуації та не замислюйтеся над деталями. Не слід витрачати багато часу на обмірковування, відповідайте швидко. Можливо, на деякі питання Вам буде важко відповісти. Тому намагайтеся дати ту відповідь, якій Ви вважаєте, що можете віддати перевагу. При відповіді на будь-яке з цих питань звертайте увагу на його перші слова. Ваша відповідь має бути точно узгоджена з ними. Відповідаючи на питання, не намагайтеся справити задалегідь приємне враження. Для нас важлива не конкретна відповідь, а сумарний бал за серією питань».

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) \_\_\_\_\_

Дата обстеження \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ Стать: чол./жін.

(підкреслити) Посада (підрозділ) \_\_\_\_\_ Спеціальність \_\_\_\_\_

1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16
17	18	19	20
21	22	23	24
25	26	27	28
29	30	31	32
33	34	35	36
37	38	39	40

*Текст опитувальника*

1. Чи багато у Вас друзів, з якими Ви постійно спілкуєтесь?
2. Чи часто Вам вдається схилити більшість своїх товаришів до прийняття ними Вашої думки?
3. Чи довго Вас турбує почуття образи, завдане Вам кимось із Ваших товаришів?
4. Чи завжди Вам важко орієнтуватися в критичній ситуації, що створилася?
5. Чи є у Вас прагнення до встановлення нових знайомств із різними людьми?
6. Чи подобається Вам займатися громадською роботою?
7. Чи вірно, що Вам приємніше й простіше проводити час із книгами або за будь-якими іншими заняттями, ніж із людьми?
8. Якщо виникли будь-які перешкоди в здійсненні Ваших намірів, то чи легко Ви відступаєте від них?
9. Чи легко Ви встановлюєте контакти з людьми, які значно старші за віком?

10. Чи любляете Ви придумувати та організовувати зі своїми товаришами різні ігри і розваги?
11. Чи важко Ви включаєтеся в нову для Вас компанію?
12. Чи часто Ви відкладаєте на інші дні ті справи, які потрібно було б виконати сьогодні?
13. Чи легко Вам вдається встановлювати контакти з незнайомими людьми?
14. Чи прагнете Ви домагатися, щоб Ваші товариші діяли згідно з Вашою думкою?
15. Чи важко Ви освоюєтеся в новому колективі?
16. Чи правда, що у Вас не буває конфліктів із товаришами через невиконання ними своїх обов'язків, зобов'язань?
17. Чи прагнете Ви при слушній нагоді познайомитись і поговорити з новою людиною?
18. Чи часто у вирішенні важливих справ Ви приймаєте ініціативу на себе?
19. Чи дратують Вас оточуючі люди, і чи хочеться Вам побути на самоті?
20. Чи правда, що Ви зазвичай погано орієнтуєтесь в незнайомій для Вас обстановці?
21. Чи подобається Вам постійно знаходитися серед людей?
22. Чи виникає у Вас роздратування, якщо Вам не вдається закінчити розпочату справу?
23. Чи Ви вагаєтесь, відчуваєте незручність або сором'язливість, якщо доводиться проявити ініціативу, щоб познайомитися з новою людиною?
24. Чи правда, що Ви втомлюєтесь від частого спілкування з товаришами?
25. Чи любляете Ви брати участь у колективних іграх?
26. Чи часто Ви проявляєте ініціативу при вирішенні питань, які зачіпають інтереси Ваших товаришів?



27. Чи правда, що Ви відчуваєте себе невпевнено серед малознайомих Вам людей?
28. Чи правда, що Ви рідко прагнете до доказу своєї правоти?
29. Чи гадаєте Ви, що Вам не завдає особливого клопоту внести пожвавлення в малознайому Вам компанію?
30. Чи берете Ви участь у громадській роботі?
31. Чи прагнете Ви обмежити коло своїх знайомих невеликою кількістю людей?
32. Чи правда, що Ви не прагнете відстоювати свою думку або рішення, якщо воно не було відразу прийняте Вашими товаришами?
33. Чи відчуваєте Ви себе невимушено, потрапивши в незнайому компанію?
34. Чи охоче Ви беретеся до організації різних заходів для своїх товаришів?
35. Чи правда, що Ви не відчуваєте себе достатньо впевненим і спокійним, коли доводиться говорити що-небудь великій групі людей?
36. Чи часто Ви спізнюєтеся на ділові зустрічі, побачення?
37. Чи правда, що у Вас багато друзів?
38. Чи часто Ви опиняєтеся в центрі уваги своїх товаришів?
39. Чи часто Ви бентежитесь, відчуваєте незручність при спілкуванні з незнайомими людьми?
40. Чи правда, що Вине дуже впевнено почувате себе в оточенні великої групи своїх товаришів?

*“Ключ”*

Схильності	Відповіді	Номери питань
Комунікативні	(+) так	1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33, 37
	(-) ні	3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39
Організаторські	(+) так	2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38
	(-) ні	4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40

(*Комунікативні схильності*: позитивні відповіді – питання 1-го стовпця і негативні відповіді – питання 3-го стовпця. *Організаторські схильності*: позитивні відповіді – питання 2-го стовпця і негативні відповіді – питання 4-го стовпця).

### *Обробка результатів*

1. Зіставити відповіді респондента з “ключем” і підрахувати кількість збігів окремо за комунікативними та організаторськими схильностями.

2. Обчислити оціночні коефіцієнти комунікативних ( $K_k$ ) і організаторських ( $K_o$ ) схильностей як відношення кількості співпадаючих відповідей за комунікативними схильностями ( $K_x$ ) та організаторськими схильностями ( $O_x$ ) до максимально можливого числа збігів (20) за формулами:

$$K_k = \frac{K_x}{20}, \quad K_o = \frac{O_x}{20}.$$

Для якісної оцінки результатів необхідно зіставити отримані коефіцієнти зі шкальними оцінками.

### **Шкала оцінок комунікативних та організаторських схильностей**

$K_k$	$K_o$	Шкальна оцінка
0,10-0,45	0,20-0,55	1
0,46-0,55	0,56-0,65	2
0,56-0,65	0,66-0,70	3
0,66-0,75	0,71-0,80	4
0,76-1,00	0,81-1,00	5

### *Інтерпретація результатів*

При аналізі отриманих результатів необхідно враховувати такі параметри:

1. Респонденти, які отримали оцінку 1, характеризуються низьким рівнем прояву комунікативних і організаторських схильностей.

2. Респондентам, що отримали оцінку 2, комунікативні та організаторські схильності притаманні на рівні нижче середнього. Вони не прагнуть до спілкування, почувають себе скуто в новій компанії, колективі, вважають за краще проводити час наодинці з собою, обмежують свої знайомства, відчують труднощі у встановленні контактів із людьми та, виступаючи перед аудиторією, погано орієнтуються в незнайомій ситуації, не відстоюють свою думку, важко переживають образи; прояв ініціативи в громадській діяльності вкрай занижений, у багатьох справах вони вважають за краще уникати прийняття самостійних рішень.

3. Для респондентів, які отримали оцінку 3, характерний середній рівень прояву комунікативних та організаторських схильностей. Вони прагнуть до контактів з людьми, не обмежують коло своїх знайомств, відстоюють свою думку, планують свою роботу, проте потенціал їх схильностей не відрізняється високою стійкістю. Ця група респондентів потребує подальшої серйозної та планомірної виховної роботи з формування й розвитку комунікативних та організаторських схильностей.

4. Респонденти, які отримали оцінку 4, належать до групи з високим рівнем прояву комунікативних і організаторських схильностей. Вони не розгублюються в новій обстановці, швидко знаходять друзів, постійно прагнуть розширити коло своїх знайомих, займаються громадською діяльністю, допомагають близьким, друзям, виявляють ініціативу в спілкуванні, із задоволенням беруть участь в організації громадських заходів, здатні прийняти самостійне рішення у важкій ситуації. Все це вони роблять не з примусу, а згідно з внутрішніми прагненнями.

5. Респонденти, які отримали вищу оцінку 5, володіють дуже високим рівнем прояву комунікативних і організаторських схильностей. Вони відчують потребу в комунікативній і організаторській діяльності й активно прагнуть до неї. Швидко орієнтуються у важких ситуаціях, невимушено поводять себе в новому колективі, ініціативні, воліють у важливій справі або в

складній ситуації, що створилася, приймати самостійні рішення, відстоюють свою думку та домагаються, щоб вона було прийнята товаришами, можуть внести пропозиції в незнайому компанію, люблять організувати всякі ігри, заходи, наполегливі в діяльності, яка їх приваблює. Вони самі шукають такі справи, які б задовольняли їх потребу в комунікації та організаторській діяльності.

## ДОДАТОК В

**Карта експерта з оцінки концептуальної  
функціонально-організаційної моделі управління конфліктами  
в закладі охорони здоров'я**

**Вельмишановний експерте!**

Вам пропонується за Вашою згодою надати власну оцінку запропонованій концептуальній функціонально-організаційній моделі управління конфліктами в ЗОЗ (автор Бідучак А.С., 2023 р.) за десятибальною шкалою. Зробіть, будь-ласка, позначку (+) або (-) у відповідній графі анкети, що найбільш повно представить Вашу думку.

№ п/п	Характеристики концептуальної функціонально- організаційної моделі управління конфліктами в ЗОЗ	Оцінка в балах				
		1-2	3-4	5-6	7-8	9-10
1	2	3	4	5	6	7
1.	Етапність					
2.	Профілактична спрямованість					
3.	Пріоритетна орієнтація на пацієнта					
4.	Доступність					
5.	Комплексність					
6.	Системність					
7.	Інформативність					
8.	Описові властивості					
9.	Прогностичні властивості					
10.	Удосконалення інформаційного захисту ЗОЗ					
11.	Удосконалення системи управління ЗОЗ в частині управління конфліктами					
12.	Виявлення та аналіз заходів щодо удосконалення організації роботи зі зверненням громадян					

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ р.

підпис \_\_\_\_\_

Щиро дякую за Вашу участь в оцінці моделі!



## ДОДАТОК Г-2

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Директор КМП «Центр первинної  
медико-санітарної допомоги «Садгора»  
Чернівецької міської ради»

Світлана СЕРДЮКОВА

« 19 » \_\_\_\_\_ 2023 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів наукового дослідження

**1. Найменування пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування моделі профілактики конфліктних ситуацій в медичній організації».

**2. Установа, яка пропонує впровадження, ПІП авторів:** Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна. **Автори:** Бідучак А.С.

**3. Джерело інформації:**

3.1. Бідучак А.С. Характеристика стилів поведінки медичного персоналу у конфліктних ситуаціях. *Клінічна та експериментальна патологія*. 2022; Т. 21, 4 (82): 3-8.

3.2. Biduchak A. Hopko N., Chornenka Zh., Mohammad Wathek O. Alsalama, Tymkyl D. Comporative analysis of patient complaints for medical care over the last 10 years. *Medical Science* 27, e205ms2984. 2023: 1-8.

**4. Ким та коли впроваджено:** Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги «Садгора» Чернівецької міської ради».

**5. Термін впровадження:** 2022-2023 рр.

**6. Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при плануванні організаційної діяльності керівника медичного закладу та практичної роботи медичного персоналу.

**7. Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань медичного персоналу з питань попередження та врегулювання конфліктних ситуацій в медичній практиці.

**8. Зауваження та пропозиції:** Пропонується використовувати методи та засоби профілактики конфліктних ситуацій в системі відносин «керівник-лікар-пацієнт». Зауважень немає.

Підпис \_\_\_\_\_ (ім'я та прізвище)  
(відповідальний за впровадження)

## ДОДАТОК Г-3



## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів наукового дослідження

**1. Найменування пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування моделі профілактики конфліктних ситуацій в медичній організації».

**2. Установа, яка пропонує впровадження, ПП авторів:** Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна. **Автор:** Бідучак А.С.

**3. Джерело інформації:**

3.1. Бідучак А.С. Оцінка задоволеності населення ставленням медичного персоналу в конфліктних ситуаціях. *Україна. Здоров'я нації*. 2023; 3 (73): 7-13.

3.2. Biduchak A.S. Conflict situation in medical organizations (from problems to solutions). *The Odesa Medical Journal*. 2023; 2 (183): 47-50.

**4. Ким та коли впроваджено:** КНП «Герцаївська міська лікарня».

**5. Термін впровадження:** 2023 р.

**6. Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при плануванні організаційної діяльності та практичної роботи медичного персоналу з питань профілактики конфліктів.

**7. Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань медичного персоналу з питань попередження та врегулювання конфліктних ситуацій в медичній практиці.

**8. Зауваження та пропозиції:** Удосконалено навички медичних працівників з ідентифікації ризиків виникнення конфліктів в системі «керівник-лікар-пацієнт». Зауважень немає. Рекомендовано впровадити на додипломному та післядипломному рівнях.

Підпис Урсу Битковець Н.В. (ім'я та прізвище)  
(відповідальний за впровадження)



## ДОДАТОК Г-4



«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Директор

КНП «Герцаївська міська лікарня»

Корнелію АНДРІЄСКУ

10 2023 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів наукового дослідження

**1. Найменування пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування моделі профілактики конфліктних ситуацій в медичній організації».

**2. Установа, яка пропонує впровадження, ПІП авторів:** Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна. **Автор:** Бідучак А.С.

**3. Джерело інформації:**

3.1. Бідучак А.С. Оцінка задоволеності населення ставленням медичного персоналу в конфліктних ситуаціях. *Україна. Здоров'я нації*. 2023; 3 (73): 7-13.

3.2. Biduchak A.S. Conflict situation in medical organizations (from problems to solutions). *The Odesa Medical Journal*. 2023; 2 (183): 47-50.

**4. Ким та коли впроваджено:** КНП «Герцаївська міська лікарня».

**5. Термін впровадження:** 2023 р.

**6. Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при плануванні організаційної діяльності та практичної роботи медичного персоналу з питань профілактики конфліктів.

**7. Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань медичного персоналу з питань попередження та врегулювання конфліктних ситуацій в медичній практиці.

**8. Зауваження та пропозиції:** Удосконалено навички медичних працівників з ідентифікації ризиків виникнення конфліктів в системі «керівник-лікар-пацієнт». Зауважень немає. Рекомендовано впровадити на додипломному та післядипломному рівнях.

Підпис Ураї Біткова Н. В. (ім'я та прізвище)  
(відповідальний за впровадження)

## ДОДАТОК Г-5



«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Директор

КНП «Герцаївська міська лікарня»

Корнеліу АНДРІЄСКУ

«25» \_\_\_\_\_ 2023 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів наукового дослідження

**1. Найменування пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування моделі профілактики конфліктних ситуацій в медичній організації».

**2. Установа, яка пропонує впровадження, ПІП авторів:** Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна. **Автори:** Бідучак А.С.

**3. Джерело інформації:**

3.1. Biduchak A. Hopko N., Chornenka Zh., Mohammad Wathek O. Alsalama, Tymkyl D. Comparative analysis of patient complaints for medical care over the last 10 years. *Medical Science* 27, e205ms2984. 2023: 1-8.

3.2. Бідучак А.С. Характеристика стилів поведінки медичного персоналу у конфліктних ситуаціях. *Клінічна та експериментальна патологія*. 2022; Т. 21, 4 (82): 3-8.

**4. Ким та коли впроваджено:** КНП «Герцаївська міська лікарня».

**5. Термін впровадження:** 2022-2023 рр.

**6. Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при плануванні організаційної діяльності керівника медичного закладу та практичної роботи медичного персоналу з питань конфлікту.

**7. Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань медичного персоналу з питань попередження та врегулювання конфліктних ситуацій в медичній практиці.

**8. Зауваження та пропозиції:** Зауважень немає. Пропонується впровадити в навчальний процес на післядипломному рівні.

Підпис Григорів М.В. (ім'я та прізвище)  
(відповідальний за впровадження)

## ДОДАТОК Г-6



**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**  
результатів наукового дослідження

**1. Найменування пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування моделі профілактики конфліктних ситуацій в медичній організації».

**2. Установа, яка пропонує впровадження, ПП авторів:** Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна. **Автор:** Бідучак А.С.

**3. Джерело інформації:**

3.1. Бідучак А.С. Оцінка задоволеності населення ставленням медичного персоналу в конфліктних ситуаціях. *Україна. Здоров'я нації*. 2023; 3 (73): 7-13.

3.2. Biduchak A.S. Conflict situation in medical organizations (from problems to solutions). *The Odesa Medical Journal*. 2023; 2 (183): 47-50.

**4. Ким та коли впроваджено:** КНП «Сторожинецька багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування».

**5. Термін впровадження:** 2023 р.

**6. Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при плануванні організаційної діяльності та практичної роботи медичного персоналу з питань профілактики конфліктів.

**7. Ефективність впровадження:** підвищено рівень знань медичного персоналу з питань попередження та врегулювання конфліктних ситуацій в медичній практиці.

**8. Зауваження та пропозиції:** Удосконалено навички медичних працівників з ідентифікації ризиків виникнення конфліктів в системі «керівник-лікар-пацієнт». Зауважень немає. Рекомендовано впровадити на додипломному та післядипломному рівнях.

Підпис \_\_\_\_\_ (ім'я та прізвище)  
(відповідальний за впровадження)



## ДОДАТОК Г-7

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Директор КНП «Сторожинецька БЛЛ»

Олександр ВОЙЦЕХОВСЬКИЙ

«26» 2023 р.**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**  
результатів наукового дослідження

**1. Найменування пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування моделі профілактики конфліктних ситуацій в медичній організації».

**2. Установа, яка пропонує впровадження, ПП авторів:** Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна. **Автори:** Бідучак А.С.

**3. Джерело інформації:**

3.1. Biduchak A. Horpko N., Chornenka Zh., Mohammad Wathek O. Alsalama, Tymkyl D. Comparative analysis of patient complaints for medical care over the last 10 years. *Medical Science* 27, e205ms2984. 2023: 1-8.

3.2. Бідучак А.С. Характеристика стилів поведінки медичного персоналу у конфліктних ситуаціях. *Клінічна та експериментальна патологія*. 2022; Т. 21, 4 (82): 3-8.

**4. Ким та коли впроваджено:** КНП «Сторожинецька багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування».

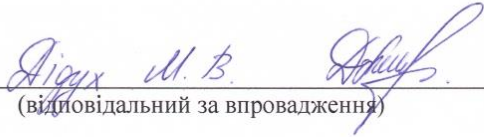
**5. Термін впровадження:** 2022-2023 рр.

**6. Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при плануванні організаційної діяльності керівника медичного закладу та практичної роботи медичного персоналу з питань конфлікту.

**7. Ефективність впровадження:** підвищено рівень знань медичного персоналу з питань попередження та врегулювання конфліктних ситуацій в медичній практиці.

**8. Зауваження та пропозиції:** Зауважень немає. Пропонується впровадити в навчальний процес на післядипломному рівні.

Підпис

  
(відповідальний за впровадження)

(ім'я та прізвище)

## ДОДАТОК Г-8

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Генераційний директор  
КНП «Кіцманська БЛЛ»

Володимир ХРОМІЮК

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів наукового дослідження

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування моделі профілактики конфліктних ситуацій в медичній організації».

2. **Установа, яка пропонує впровадження, ІПП авторів:** Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна. **Автор:** Бідучак А.С.

3. **Джерело інформації:**

3.1. Бідучак А.С. Оцінка задоволеності населення ставленням медичного персоналу в конфліктних ситуаціях. *Україна. Здоров'я пацієнта*. 2023; 3 (73): 7-13.

3.2. Biduchak A.S. Conflict situation in medical organizations (from problems to solutions). *The Odesa Medical Journal*. 2023; 2 (183): 47-50.

4. **Ким та коли впроваджено:** КНП «Кіцманська багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування».

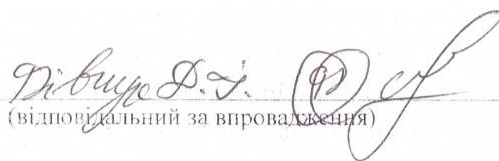
5. **Термін впровадження:** 2023 р.

6. **Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при плануванні організаційної діяльності та практичної роботи медичного персоналу з питань профілактики конфліктів.

7. **Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань медичного персоналу з питань попередження та врегулювання конфліктних ситуацій в медичній практиці.

8. **Зауваження та пропозиції:** Зауважень немає. Рекомендовано до впровадження на до дипломному та післядипломному рівнях.

Підпис



(відповідальний за впровадження)

(ім'я та прізвище)

## ДОДАТОК Г-9

«ЗАТВЕРДЖЕНО»  
 Генеральний директор  
 КНП «Кіцманська ЛПЛ»  
 Володимир ХРОМІЮК  
 «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 р.



**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**  
 результатів наукового дослідження

**1. Найменування пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування моделі профілактики конфліктних ситуацій в медичній організації».

**2. Установа, яка пропонує впровадження, ПІІ авторів:** Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна. **Автори:** Бідучак А.С.

**3. Джерело інформації:**

3.1. Biduchak A., Popko N., Chornenka Zh., Mohammad Wathek O. Alsalama, Tymkyl D. Comparative analysis of patient complaints for medical care over the last 10 years. *Medical Science* 27, e205ms2984. 2023: 1-8.

3.2. Бідучак А.С. Характеристика стилів поведінки медичного персоналу у конфліктних ситуаціях. *Клінічна та експериментальна патологія*. 2022; Т. 21, 4 (82): 3-8.

**4. Ким та коли впроваджено:** КНП «Кіцманська багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування».

**5. Термін впровадження:** 2022-2023 рр.

**6. Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при плануванні організаційної діяльності керівника медичного закладу та практичної роботи медичного персоналу з питань конфлікту.

**7. Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань медичного персоналу з питань попередження та врегулювання конфліктних ситуацій в медичній практиці.

**8. Зауваження та пропозиції:** Зауважень немає. Пропонується впровадити в навчальний процес, як на додипломному, так і на післядипломному рівнях.

Підпис

*Володимир Хроміюк*

(ім'я та прізвище)

(відповідальний за впровадження)



## ДОДАТОК Г-10

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Генеральний директор  
ОКНП «Чернівецька лікарня швидкої  
медичної допомоги»

Олександр ГРУШКО

« 04 » \_\_\_\_\_ 2023 р.



## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів наукового дослідження

**1. Найменування пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування моделі профілактики конфліктних ситуацій в медичній організації».

**2. Установа, яка пропонує впровадження, ПП авторів:** Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна. **Автор:** Бідучак А.С.

**3. Джерело інформації:**

3.1. Бідучак А.С. Оцінка задоволеності населення ставленням медичного персоналу в конфліктних ситуаціях. *Україна. Здоров'я нації*. 2023; 3 (73): 7-13.

3.2. Biduchak A.S. Conflict situation in medical organizations (from problems to solutions). *The Odesa Medical Journal*. 2023; 2 (183): 47-50.

**4. Ким та коли впроваджено:** ОКНП «Чернівецька лікарня швидкої медичної допомоги».

**5. Термін впровадження:** 2023 р.

**6. Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при плануванні організаційної діяльності та практичної роботи медичного персоналу з питань профілактики конфліктів.

**7. Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань медичного персоналу з питань попередження та врегулювання конфліктних ситуацій в медичній практиці.

**8. Зауваження та пропозиції:** Рекомендуємо впровадити підвищення рівня професійної підготовки медичного персоналу з питань попередження конфліктів в систем «керівник-лікар-пацієнт-родичі пацієнта». Зауважень немає.

Підпис



(відповідальний за впровадження)

*Ігор Іванович* (ім'я та прізвище)

## ДОДАТОК Г-11

«ЗАТВЕРДЖЕНО»  
 Генеральний директор  
 ОКНП «Чернівецька лікарня швидкої  
 медичної допомоги»  
 Олександр ГРУШКО  
 « 28 » \_\_\_\_\_ 2023 р.

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**  
 результатів наукового дослідження

**1. Найменування пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування моделі профілактики конфліктних ситуацій в медичній організації».

**2. Установа, яка пропонує впровадження, ПП авторів:** Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна. **Автори:** Бідучак А.С.

**3. Джерело інформації:**

3.1. Biduchak A. Hopko N., Chornenka Zh., Mohammad Wathek O. Alsalama, Tymkyl D. Comparative analysis of patient complaints for medical care over the last 10 years. *Medical Science* 27, e205ms2984. 2023: 1-8.

3.2. Бідучак А.С. Характеристика стилів поведінки медичного персоналу у конфліктних ситуаціях. *Клінічна та експериментальна патологія*. 2022; Т. 21, 4 (82): 3-8.

**4. Ким та коли впроваджено:** ОКНП «Чернівецька лікарня швидкої медичної допомоги».

**5. Термін впровадження:** 2022-2023 рр.

**6. Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при плануванні організаційної діяльності керівника медичного закладу та практичної роботи медичного персоналу з питань конфлікту.

**7. Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань медичного персоналу з питань попередження та врегулювання конфліктних ситуацій в медичній практиці.

**8. Зауваження та пропозиції:** Пропонується впровадити в навчальний процес, як на додипломному, так і на післядипломному рівнях. Зауважень немає.

Підпис \_\_\_\_\_



*Олександр Грушко*

(ім'я та прізвище)

(відповідає за впровадження)



## ДОДАТОК Г-12

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Генеральний директор ОКНП

«Чернівецький обласний клінічний  
кардіологічний центр»

Ірина МАКОВІЙЧУК

« 15 » \_\_\_\_\_ 2023 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів наукового дослідження

**1. Найменування пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування моделі профілактики конфліктних ситуацій в медичній організації».

**2. Установа, яка пропонує впровадження, ПП авторів:** Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна. **Автор:** Бідучак А.С.

**3. Джерело інформації:**

3.1. Biduchak A.S. Conflict situation in medical organizations (from problems to solutions). *The Odesa Medical Journal*. 2023; 2 (183): 47-50.

3.2. Бідучак А.С. Оцінка задоволеності населення ставленням медичного персоналу в конфліктних ситуаціях. *Україна. Здоров'я нації*. 2023; 3 (73): 7-13.

**4. Ким та коли впроваджено:** ОКНП «Чернівецький обласний клінічний кардіологічний центр».

**5. Термін впровадження:** 2023 р.

**6. Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при плануванні організаційної діяльності та практичної роботи медичного персоналу.

**7. Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань медичного персоналу з питань попередження та врегулювання конфліктних ситуацій в медичній практиці.

**8. Зауваження та пропозиції:** Аналіз роботи зі зверненням громадян потребує особливої уваги з боку керівника медичного закладу та підвищення рівня професійної підготовки медичного персоналу з питань попередження конфліктів в систем «лікар-пацієнт». Зауважень немає.

Підпис \_\_\_\_\_

(відповідальний за впровадження)



Микола Шчегор

(ім'я та прізвище)

## ДОДАТОК Г-13

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Генеральний директор ОКНП  
«Чернівецький обласний клінічний  
кардіологічний центр»

Ірина МАКОВІЙЧУК

«\_\_\_\_\_» 2023 р.



## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів наукового дослідження

**1. Найменування пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування моделі профілактики конфліктних ситуацій в медичній організації».

**2. Установа, яка пропонує впровадження, ПП авторів:** Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна. **Автори:** Бідучак А.С.

**3. Джерело інформації:**

3.1. Бідучак А.С. Характеристика стилів поведінки медичного персоналу у конфліктних ситуаціях. *Клінічна та експериментальна патологія*. 2022; Т. 21, 4 (82): 3-8.

3.2. Biduchak A. Hopko N., Chornenka Zh., Mohammad Wathek O. Alsalama, Tymkyl D. Comparative analysis of patient complaints for medical care over the last 10 years. *Medical Science* 27, e205ms2984. 2023: 1-8.

**4. Ким та коли впроваджено:** ОКНП «Чернівецький обласний клінічний кардіологічний центр».

**5. Термін впровадження:** 2022-2023 рр.

**6. Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при плануванні організаційної діяльності керівника медичного закладу та практичної роботи медичного персоналу з питань конфлікту.

**7. Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань медичного персоналу з питань попередження та врегулювання конфліктних ситуацій в медичній практиці.

**8. Зауваження та пропозиції:** Пропонується впровадити в навчальний процес, як на додипломному, так і на післядипломному рівнях. Зауважень немає.

Підпис \_\_\_\_\_

(відповідальний за впровадження)



Микола Шкар

(ім'я та прізвище)

## ДОДАТОК Г-14

«ЗАТВЕРДЖЕНО»  
 Генеральний директор  
 ОКНП «Чернівецький обласний  
 стоматологічний центр»  
 Валентин ПРИСКУ  
 10 \_\_\_\_\_ 2023 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів наукового дослідження

**1. Найменування пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування моделі профілактики конфліктних ситуацій в медичній організації».

**2. Установа, яка пропонує впровадження, ПІП авторів:** Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна. **Автор:** Бідучак А.С.

**3. Джерело інформації:**

3.1. Бідучак А.С. Оцінка задоволеності населення ставленням медичного персоналу в конфліктних ситуаціях. *Україна. Здоров'я нації*. 2023; 3 (73): 7-13.

3.2. Biduchak A.S. Conflict situation in medical organizations (from problems to solutions). *The Odesa Medical Journal*. 2023; 2 (183): 47-50.

**4. Ким та коли впроваджено:** ОКНП «Чернівецький обласний стоматологічний центр».

**5. Термін впровадження:** 2023 р.

**6. Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при плануванні організаційної діяльності та практичної роботи медичного персоналу з питань профілактики конфліктів.

**7. Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань медичного персоналу з питань попередження та врегулювання конфліктних ситуацій в медичній практиці.

**8. Зауваження та пропозиції:** Зауважень немає. Доцільне подальше впровадження.

Підпис \_\_\_\_\_ (ім'я та прізвище)  
 (відповідальний за впровадження)



## ДОДАТОК Г-15

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Генеральний директор  
ОКНП «Чернівецький обласний  
стоматологічний центр»Валентин ПРИСКУ  
12 2023 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів наукового дослідження

**1. Найменування пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування моделі профілактики конфліктних ситуацій в медичній організації».

**2. Установа, яка пропонує впровадження, ПІІ авторів:** Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна. **Автори:** Бідучак А.С.

**3. Джерело інформації:**

3.1. Biduchak A. Horpko N., Chornenka Zh., Mohammad Wathek O. Alsalama, Tymkyl D. Comparative analysis of patient complaints for medical care over the last 10 years. *Medical Science* 27, e205ms2984. 2023: 1-8.

3.2. Бідучак А.С. Характеристика стилів поведінки медичного персоналу у конфліктних ситуаціях. *Клінічна та експериментальна патологія*. 2022; Т. 21, 4 (82): 3-8.

**4. Ким та коли впроваджено:** ОКНП «Чернівецький обласний стоматологічний центр».

**5. Термін впровадження:** 2022-2023 рр.

**6. Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при плануванні організаційної діяльності керівника медичного закладу та практичної роботи медичного персоналу з питань конфлікту.

**7. Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань медичного персоналу з питань попередження та врегулювання конфліктних ситуацій в медичній практиці.

**8. Зауваження та пропозиції:** Зауважень немає. Доцільне подальше впровадження.

Підпис \_\_\_\_\_ (ім'я та прізвище)  
(відповідальний за впровадження)

## ДОДАТОК Г-16

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

В.о. генерального директора  
КНП «Чернівецький обласний  
перинатальний центр»

Владислав ГОШОВСЬКИЙ

«20.09.2023» 2023 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів наукового дослідження

**1. Найменування пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування моделі профілактики конфліктних ситуацій в медичній організації».

**2. Установа, яка пропонує впровадження, ПП авторів:** Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна. **Автор:** Бідучак А.С.

**3. Джерело інформації:**

3.1. Biduchak A.S. Conflict situation in medical organizations (from problems to solutions). *The Odesa Medical Journal*. 2023; 2 (183): 47-50.

3.2. Бідучак А.С. Оцінка задоволеності населення ставленням медичного персоналу в конфліктних ситуаціях. *Україна. Здоров'я нації*. 2023; 3 (73): 7-13.

**4. Ким та коли впроваджено:** КНП «Чернівецький обласний перинатальний центр»

**5. Термін впровадження:** 2023 р.

**6. Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при плануванні організаційної діяльності та практичної роботи медичного персоналу з питань профілактики конфліктів.

**7. Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань медичного персоналу з питань попередження та врегулювання конфліктних ситуацій в медичній практиці.

**8. Зауваження та пропозиції:** Робота зі зверненням громадян потребує особливої уваги керівника медичного закладу. Рекомендуємо впровадити підвищення рівня професійної підготовки медичного персоналу з питань попередження конфліктів в систем «лікар-пацієнт-родичі пацієнта». Зауважень немає.

Підпис

Ринячук В.Є.

(ім'я та прізвище)

(відповідальний за впровадження)

## ДОДАТОК Г-17



**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**  
результатів наукового дослідження

- 1. Найменування пропозиції для впровадження:** «Сучасні підходи до врегулювання конфлікту в системі «лікар-пацієнт»: правовий аспект».
- 2. Установа, яка пропонує впровадження, ПІП авторів:** Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна. **Автор:** Бідучак А.С.
- 3. Джерело інформації:** Сучасні підходи до врегулювання конфлікту в системі «лікар-пацієнт»: правовий аспект». Методичні рекомендації. Укладач: Бідучак А.С., Чернівці, № 2-2024. 38с.
- 4. Ким та коли впроваджено:** Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги «ПРОМІНЬ ЗДОРОВ'Я» Новоселицької міської ради Чернівецького району Чернівецької області.
- 5. Термін впровадження:** 2024 р.
- 6. Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при плануванні організаційної діяльності та практичної роботи медичного персоналу.
- 7. Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань медичного персоналу з питань попередження та врегулювання конфліктних ситуацій в медичній практиці.
- 8. Зауваження та пропозиції:** Зауважень немає. Рекомендувати до впровадження.

Підпис \_\_\_\_\_



Альона РОШКА

(відповідальний за впровадження)



## ДОДАТОК Г-18

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Заступник директора Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами з освітньо-наукової роботи



Вікторія ГОРАЧУК

«14» червня 2024 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів наукового дослідження

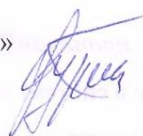
- 1. Найменування пропозиції для впровадження:** «Сучасні підходи до врегулювання конфлікту в системі «лікар-пацієнт»: правовий аспект».
- 2. Установа, яка пропонує впровадження, ПІП авторів:** Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна. **Автор:** к мед. н. доцент Бідучак А. С.
- 3. Джерело інформації:** Сучасні підходи до врегулювання конфлікту в системі «лікар-пацієнт»: правовий аспект». Методичні рекомендації. Укладач: Бідучак А. С., Чернівці, № 2-2024. 38 с.
- 4. Ким та коли впроваджено:** Центр підвищення кваліфікації «Інститут післядипломної освіти» Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.
- 5. Термін впровадження:** 2024 р.
- 6. Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при розробці робочої програми навчальної дисципліни «СКЛАДОВІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: РЕСУРСИ (кадри, матеріально-технічні), ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ТЕХНОЛОГІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ» для здобуття вищої освіти на другому «магістерському) рівні за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» (програма схвалена Освітньо-методичною радою ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС 28 березня 2024 р., протокол № 3).
- 7. Ефективність впровадження:** підвищення якості навчальної програми; підвищення рівня знань слухачів з питань попередження та

врегулювання конфліктних ситуацій в закладі охорони здоров'я; задоволеність слухачів змістом навчальної програми.

**8. Зауваження та пропозиції:** зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

Директор  
Центру підвищення кваліфікації  
«Інститут післядипломної освіти»  
Державної наукової установи  
«Науково-практичний центр  
профілактичної та клінічної медицини»  
Державного управління справами



**Світлана БУРЕНОК**



## ДОДАТОК Г-19

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Директор КМП «Центр первинної  
медико-санітарної допомоги «Роша»  
Чернівецької міської ради»

Матолій МИМКА

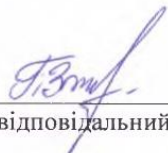
2024 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів наукового дослідження

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Сучасні підходи до врегулювання конфлікту в системі «лікар-пацієнт»: правовий аспект».
2. **Установа, яка пропонує впровадження, ПІП авторів:** Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна. **Автор:** Бідучак А.С.
3. **Джерело інформації:** Сучасні підходи до врегулювання конфлікту в системі «лікар-пацієнт»: правовий аспект». Методичні рекомендації. Укладач: Бідучак А.С., Чернівці, № 2-2024. 38с.
4. **Ким та коли впроваджено:** Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги «Роша» Чернівецької міської ради».
5. **Термін впровадження:** 2024 р.
6. **Форма впровадження:** Результати наукових досліджень використано при плануванні організаційної діяльності та практичної роботи медичного персоналу.
7. **Ефективність впровадження:** Підвищення рівня знань медичного персоналу з питань попередження та врегулювання конфліктних ситуацій в медичній практиці.
8. **Зауваження та пропозиції:** Зауважень немає. Рекомендувати до впровадження.

Підпис

  
 (відповідальний за впровадження)

(ім'я та прізвище)

## ДОДАТОК Г-20

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з наукової роботи

Іван Широмок  
06 2024 р.**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**  
результатів наукового дослідження

- 1. Найменування пропозиції для впровадження:** удосконалити підходи щодо врегулювання та попередження конфлікту в системі «лікар-пацієнт».
- 2. Установа, яка пропонує впровадження, ПІП авторів:** Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна. **Автор:** Бідучак А.С.
- 3. Джерело інформації:** Сучасні підходи до врегулювання конфлікту в системі «лікар-пацієнт»: правовий аспект: методичні рекомендації. Укладач: А.С. Бідучак. Чернівці, 2023. 38 с.
- 4. Ким та коли впроваджено:** ДВНЗ «УжНУ», медичний факультет, кафедра соціальної медицини та гігієни.
- 5. Термін впровадження:** з 2024 р.
- 6. Форма впровадження:** включення в освітній процес здобувачів освіти при вивченні дисципліни «Соціальна медицина, громадське здоров'я».
- 7. Ефективність впровадження:** підвищення рівня знань студентів з питань попередження та врегулювання конфліктних ситуацій в медичній практиці.
- 8. Зауваження та пропозиції:** Зауважень немає. Рекомендувати до впровадження.

**Відповідальний за впровадження:**

Т.в.о. завідувача кафедри  
соціальної медицини та гігієни  
медичного факультету  
ДВНЗ «УжНУ», к. мед. н., доцент

Анжеліка КЕРЕЦМАН

## ДОДАТОК Г-21

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**  
**результатів наукового дослідження**

- 1. Найменування пропозиції для впровадження:** удосконалити підходи щодо врегулювання та попередження конфлікту в системі «лікар-пацієнт».
- 2. Установа, яка пропонує впровадження, ПІІ авторів:** Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна. **Автор:** Бідучак А.С.
- 3. Джерело інформації:** Сучасні підходи до врегулювання конфлікту в системі «лікар-пацієнт»: правовий аспект: методичні рекомендації. Укладач: А.С. Бідучак. Чернівці, 2023. 38 с.
- 4. Ким та коли впроваджено:** ДВНЗ «УжНУ», медичний факультет №2, кафедра громадського здоров'я і гуманітарних дисциплін.
- 5. Термін впровадження:** з 2024 р.
- 6. Форма впровадження:** включення в освітній процес здобувачів освіти при вивченні дисципліни «Соціальна медицина, громадське здоров'я».
- 7. Ефективність впровадження:** підвищення рівня знань студентів з питань попередження та врегулювання конфліктних ситуацій в медичній практиці.
- 8. Зауваження та пропозиції:** Зауважень немає. Рекомендувати до впровадження.

**Відповідальний за впровадження:**

Завідувач кафедри  
громадського здоров'я і гуманітарних дисциплін  
медичного факультету №2  
ДВНЗ «УжНУ», д. мед. н., професор

Рената ПОГОРІЛЯК

## ДОДАТОК Д-1

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Протокол Вченої ради  
№ 7 від 28.12.2023 року

## ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ

*Про наукову (науково-технічну) продукцію, отриману за результатами наукової, науково-технічної та науково-організаційної діяльності підприємств, установ, організацій Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, призначену для практичного застосування у сфері охорони здоров'я*

Чернівці 2023

## ДОДАТОК Д-2

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Протокол Вченої ради  
№ 7 від 28.12.2023 року

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВРЕГУЛЮВАННЯ КОНФЛІКТУ  
В СИСТЕМІ «ЛІКАР-ПАЦІЄНТ»: ПРАВОВИЙ АСПЕКТ

(методичні рекомендації № 2-2024)

Чернівці – 2023



## ДОДАТОК Д-3

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Бідучак А.С., Белецька А.А.

**КОНФЛІКТ-МЕНЕДЖМЕНТ  
У МЕДИЧНІЙ ОРГАНІЗАЦІЇ**



ЧЕРНІВЦІ – 2020





## ДОДАТОК Є-2

УКРАЇНА



**СВІДОЦТВО**

про реєстрацію авторського права на твір

№ 123158

Наукова стаття «**DISTRIBUTION OF OFFENSIVE INFORMATION CONCERNING MEDICAL WORKERS ON INTERNET**»

(тип, тема твору)

Автор (співавтори) **Бідучак Анжела Степанівна**

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності), псевдонім (за наявності))

Твір описано: **Опублікування: Biduchak A. S. Distribution of offensive information concerning medical workers on Internet // Clinical and experimental pathology. - 2023. - Т. 22, № 1 (83). - Р. 82-87.**

(відомості про факт і дату оприлюднення твору (за наявності))

Авторські майнові права належать повністю **Бідучак Анжела Степанівна, вул. Заводська, 9, кв. 26, м. Чернівці, Чернівецька обл., 58007**

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи / найменування юридичної особи, адреса)

Дата реєстрації 24 січня 2024 р.

Виконувач обов'язків  
Директора Державної  
організації «Український  
національний офіс  
інтелектуальної власності та  
інновацій»

  
**Богдан ПАДУЧАК**





## ДОДАТОК Є-3

УКРАЇНА



УКРАЇНА

**СВІДОЦТВО**

**про реєстрацію авторського права на твір**

**№ 124108**

**Наукова стаття «Медичні конфлікти в системі «лікар-пацієнт»**

(вид, назва твору)

**Автор (співавтори) Бідучак Анжела Степанівна**

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності), псевдонім (за наявності))

Твір оприлюднено: **Опублікування: Бідучак А. С. Медичні конфлікти в системі «лікар-пацієнт». Клінічна та експериментальна патологія. Науковий вісник Ужгородського університету, серія «Медицина». 2022; 2 (66): с.133-135**

(відомості про факт і дату оприлюднення твору (за наявності))

Авторські майнові права належать повністю **Бідучак Анжела Степанівна, вул. О. Довбуша, 7, кв. 5, м.Чернівці, Чернівецька обл. 58003**

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи / найменування юридичної особи, адреса)

Дата реєстрації 23 лютого 2024 р.

Директор Державної організації  
«Український національний  
офіс інтелектуальної власності  
та інновацій»

  
**Олена ОРЛЮК**





## ДОДАТОК Є-4

УКРАЇНА



**СВІДОЦТВО**

**про реєстрацію авторського права на твір**

**№ 125450**

**Наукова стаття «Analysis of the emergence of conflicts in the doctor-patient system»**

(вид назви твору)

**Автор (співавтор) Бідучак Анжела Степанівна**

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності), поштою (за наявності))

**Твір оприлюднено: Опублікування: Бідучак А. С. Analysis of the emergence of conflicts in the doctor-patient system. Буковинський медичний вісник. 2022; 26. 4 (104): 55-57. doi: 10.24061/2413-0737.XXVI.4.104.2022.9**

(відомості про факт і дату оприлюднення твору (за наявності))

**Авторські майнові права належать повністю Бідучак Анжела Степанівна, вул. О. Довбуша, 7, кв. 5, м.Чернівці, 58003**

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи / найменування юридичної особи, адреса)

**Дата реєстрації 8 квітня 2024 р.**

**Директор Державної організації «Український національний офіс інтелектуальної власності та інновацій»**

  
**Олена ОРЛЮК**





## ДОДАТОК Є-5

УКРАЇНА



**СВІДОЦТВО**

про реєстрацію авторського права на твір

№ 125449

Наукова стаття «Детермінанти конфлікту медицини та суспільства (огляд літератури)»  
(вид, назва твору)

Автор (співавтори) **Бідучак Анжела Степанівна**  
(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності), псевдонім (за наявності))

Твір оприлюднено: **Опублікування: Бідучак А. С. Детермінанти конфлікту в медицині (огляд літератури). Клінічна та експериментальна патологія 2022. Т. 21, № 3 (81). С. 53-60. doi: 10.24061/1727-4338.XX13.81.2022.08**  
(відомості про факт і дату оприлюднення твору (за наявності))

Авторські майнові права належать повністю **Бідучак Анжела Степанівна, вул. О. Довбуша, 7, кв. 5, м. Чернівці, 58003**  
(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи / найменування юридичної особи, адреса)

Дата реєстрації 8 квітня 2024 р.

Директор Державної організації  
«Український національний  
офіс інтелектуальної власності  
та інновацій»

  
Олена ОРЛЮК



УКРАЇНА



## ДОДАТОК Ж-1

БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

## СВІДОЦТВО

НА РАЦІОНАЛІЗАТОРСЬКУ ПРОПОЗИЦІЮ

*Алгоритм управління  
конфліктами в медичній  
організації*

(назва)

автор (співавтори) *Бідучак А.С.*подану "11" *грудня* 2023 р.,визнану раціоналізаторською "13" *грудня* 2023 р.та зареєстровану в журналі реєстрації  
раціоналізаторських пропозицій за № *30/23*Ректор  
закладу вищої освіти  
Igor GERUSH



## ДОДАТОК Ж-2

БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**СВІДОЦТВО**

НА РАЦІОНАЛІЗАТОРСЬКУ ПРОПОЗИЦІЮ

*Функціонально-організаційна  
модель профілактики та  
управління конфліктами в  
медичній організації*

(назва)

автор (співавтори) *Бідучак А.С.*подану " *11* " *жовтня* 2023 р.,визнану раціоналізаторською " *13* " *жовтня* 2023 р.та зареєстровану в журналі реєстрації  
раціоналізаторських пропозицій за № *29/23*

Ректор  
закладу вищої освіти  
м.п.

*[Signature]*  
Ігор ГЕРУШ