

урядового органу влади на сьогодні не сприяє ефективному проведенню державної політики в цій сфері. В ході багатьох реорганізацій, викликаних необхідністю оптимізації діяльності, підвищення ефективності роботи, а також іншими цілями, нами зафіксовано втрату або звуження повноважень та функцій даного органу виконавчої влади. Про це, зокрема, свідчить той факт, що включення Держкомнацрелігій до складу Міністерства культури України нівелює значущість цього питання з боку держави.

На наш погляд, інтереси та потреби національних меншин не обмежуються лише проведенням масових культурних заходів, адже соціально-економічні питання та потреби соціальних груп вирішуються не тільки таким чином. Потрібні адекватні кроки щодо формування та реалізації етнонаціональної політики в Україні. При цьому, досліджуючи проблему, необхідно враховувати досвід не тільки європейських країн, а й досвід ближчих до нас ментально країн пострадянського простору. Корисним є, зокрема, досвід Росії, в якій відповідна структура функціонує у складі Міністерства регіонального розвитку РФ. Цей шлях, на нашу думку, не звужує потреби національних меншин тільки до культурного розвитку та протидії дискримінації, а дозволяє забезпечити реалізацію інтересів національних меншин в усіх сферах життєдіяльності суспільства з урахуванням просторових особливостей їх проживання в межах країни.

Сучасні суспільно-політичні та соціально-економічні процеси в Україні вимагають від держави та інститутів громадянського суспільства прийняття управлінських рішень і програмних підходів до своєї діяльності на якісно новому рівні. Досягнення такого рівня якості державного управління, який би відповідав складним завданням модернізації суспільства, що стоять перед українською державою, неможливо увести без науково-аналітичного супроводу відповідних рішень, формування нових технологій соціального управління, а також залучення громадськості до реалізації політики у відповідній сфері. Отже, сфера міжетнічних відносин, як одна з найбільш наукоємних сфер державної політики, вимагає наукового підходу до вироблення обґрунтованих рішень.

Література.

1. Куц Ю. О. Етнополітичні державотворчі процеси в Україні: управлінський аспект : Монографія / Ю. О. Куц; ХарПІ УАДУ. – Х. : Вид-во «Магістр», 2002. – 204 с.
2. Майборода О.М. Питання системності у функціонуванні механізмів державної етнонаціональної політики / О. М. Майборода // Вісник Держкомнацрелігій України. – 2008. – № 1. – С. 115–124.
3. Надолішній П. І. Етнонаціональний фактор адміністративної реформи в Україні : проблеми теорії, методології, практики: Монографія / Надолішній П. І. – К: Вид-во УАДУ, 1998. – 262 с.
4. Надолішній П. І. Етнонаціональний чинник трансформації територіальної організації публічної влади / П. І. Надолішній // Сучасні тенденції розвитку публічного управління: теорія та практика: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. за міжнар. участю, 2 листопада 2012 року / [ред. кол.: М. М. Іжа та ін.]. – Одеса, 2012. – С. 251–253.
5. Троциньський В. П. Тенденції розвитку організаційно-функціональної структури державного управління етнонаціональними процесами в Україні / В. П. Троциньський // Аналітика і влада : журн. експертно-аналіт. матеріалів і наук. праць Ін-ту проблем держ. упр. та місц. самоврядування НАДУ при Президентіві України. – 2012. – № 6. – С. 132–138.

6. Постанова Кабінету Міністрів Української РСР «Про утворення Комітету у справах національностей при Кабінеті Міністрів УРСР» від 9 липня 1991 року № 79: [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/79%D0%B0-91-%D0%BF>.

7. Постанова КМУ «Про затвердження Положення про Комітет у справах національностей при Кабінеті Міністрів України» від 12 лютого 1992 року N 71 : [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/71-92-%D0%BF>.

8. Указ Президента України «Про Фонд розвитку культур національних меншин України» від 29 квітня 1992 року N 279 : [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/279/92>.

9. Постанова КМУ «Питання Міністерства України у справах національностей та міграції» від 26 червня 1993 р. N 487 : [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/487-93-%D0%BF>.

10. Постанова КМУ «Питання Міністерства у справах національностей, міграції та культур» від 22 вересня 1994 р. № 655 : [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/655-94-%D0%BF>.

11. Указ Президента України «Про утворення Міністерства України у справах національностей та міграції» від 26 грудня 1995 року N 1176/95 : [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1176/95>.

12. Указ Президента України «Про Положення про Державний комітет України у справах національностей та міграції» від 28 жовтня 1996 року N 1001/96 : [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/1001/96>.

13. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про Державний департамент у справах національностей та міграції» від 4 серпня 2000 р. N 1236 : [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/1236-2000-%D0%BF>.

14. Указ Президента України «Про Положення про Державний комітет України у справах національностей та міграції» від 19 березня 2002 року № 269/2002 : [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/269/2002>.

15. Постанова Кабінету Міністрів України від 14 лютого 2007 року № 201 «Про затвердження Положення про Державний комітет України у справах національностей та релігій // Урядовий кур'єр. – 2007. – № 38. – 28 лютого.

16. Указ Президента України «Про Положення про Міністерство культури України» від 6 квітня 2011 року № 388/2011 // Урядовий кур'єр. – 2011. – № 71. – 25 серпня.

УДК 614:339.138

Роман Грицко

МАРКЕТИНГОВА ДІЯЛЬНІСТЬ В СІМЕЙНІЙ МЕДИЦИНІ

Висвітлюються питання ролі особи пацієнта і взаємин сімейного лікаря з ним в умовах ринкової системи

© Грицко Р.Ю., 2014.

охорони здоров'я. Звертається увага на необхідність специфічної роботи сімейного лікаря із задоволення запитів окремого пацієнта.

Ключові слова: сімейний лікар, підготовка, ринкові відносини в сімейній медицині, державне регулювання.

Суспільно-економічна трансформація змусила змінити поведінку в діях як тих, хто надає медичні послуги, так і їх споживачів (пацієнтів). На ринку медичних послуг з'явилися нові учасники: медичні страхові компанії, приватні установи охорони здоров'я, сімейні лікарі, які практикують приватно, та інші фахівці, а також пацієнти, які знають свої права. Функціонування установ охорони здоров'я в умовах ринкової економіки і конкуренції змусило їх більше зважати на вимоги пацієнтів. Останні чекають від фахівців сімейної медицини відповідного професійного відношення до проблем власного здоров'я на рівні світових стандартів [1, с. 319].

Виступаючи гравцем на ринку медичних послуг, пацієнт може давати запит, вибирати і оцінювати, тому необхідно зважати на його думку. Установи первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) кожного разу повинні йти назустріч усе більш вимогливим пацієнтам, підлаштовуючись до їх очікувань, реалізуючи свої функції, використовуючи маркетинг в діях, спрямованих на оточення.

Маркетинг ринкових медичних послуг в Україні є новим явищем, проте його розвиток передбачається досить інтенсивним у зв'язку зі змінами у фінансуванні охорони здоров'я. Виникають труднощі під час використання ринкових відносин при наданні різних медичних послуг. Специфіка маркетингу конкретних медичних послуг пов'язана з різноманітністю запитів і поведінки їх споживачів, а також змістом і якістю цих послуг, які виступають інструментами маркетингу. Особливістю медичних послуг є те, що вони не можуть продукуватися «на склад», є індивідуальними і важко піддаються стандартизації, часто мають особовий характер, тісно пов'язаний з конкретним фахівцем.

Принциповою умовою сучасного періоду реформування вітчизняної системи охорони здоров'я є обставини, за яких медичні послуги стали товаром, а відношення їх виробників і споживачів (лікарів і пацієнтів) починають визначатися як маркетингові з провідною роллю пацієнта.

Одним із сучасних аспектів функціонування системи охорони здоров'я є глибоке проникнення в сферу охорони здоров'я з її гуманістичними пріоритетами методів та інструментів економічного механізму управління. Розширення використання економічних законів у діяльності установ охорони здоров'я обумовлене об'єктивною необхідністю функціонування системи охорони здоров'я в реальних маркетингових (ринкових) умовах [4–6]. Трансформація сфери надання медичної допомоги в системний механізм, який регулює попит і пропозицію на ринку медичних послуг, обумовлена глибокими процесами, які відбуваються в країні відносно чіткого матеріального розшарування суспільства.

Якість медичних послуг, вільний доступ до різних методів і форм лікування і профілактики захворювань, природна можливість звернення до кого завгодно з виробників медичних послуг, забезпечення юридичного і правового впливу у разі незадоволення або неякісного задоволення медичних потреб, захищеність як виробників, так і споживачів медичних послуг – це зовсім не повний перелік позитивних характеристик маркетингових систем охорони здоров'я [2, с. 64].

Високе громадське значення медичної допомоги часто є причиною неефективності ринкових механізмів регулювання, що обумовлює різні пільги і дотації виробникам медичних послуг і субсидії їх споживачам, а також використання сегментації ринку для певної категорії споживачів.

Різнорманітність медичних послуг і медичних установ, які їх надають, а також їх устаткування обумовлюють потребу в індивідуальному визначенні собівартості й ціни кожної послуги. У такому разі лікувально-профілактичні установи несуть повну відповідальність за впорядкування розрахунків собівартості й ціни. Це вимагає розробки індивідуальної цінової політики для кожної лікувально-профілактичної установи або лікаря, що практикує приватно, який повинен мати відповідну підготовку у сфері дії економічного і правового механізмів державного регулювання, ціноутворення на ринку медичних послуг в Україні [3, с. 225].

Маркетинг в медичних послугах вивчений недостатньо. У ньому виділяються три аспекти: поняття (концепт) або переконання в тому, що найважливішим елементом в бізнесі є пацієнт, а успіх бізнесу є результатом спрямованості усіх дій на пацієнта, оцінка бізнесу з позицій пацієнта з наданням таких послуг, які він бажає; функція, яка визначається як процес управління відповідальними за ідентифікацію, попередження і заспокоєння пацієнта засобами, які приносять прибуток. Третім аспектом маркетингу виступають способи досягнення успіху – не лише реклама і продаж послуг, але й поповнювані способи, дослідження ринку, створення продукту, визначення ціни послуг, а також засоби презентації, заохочення, у тому числі продаж, листування, громадська реалізація і тому подібне.

Одним із напрямів маркетингової діяльності фахівців сімейної медицини може бути санітарно-гігієнічна освіта пацієнтів. Достатня медична обізнаність хворого про своє захворювання надає не лише допомогу в лікуванні захворювання, але і стає складовою частиною профілактики і процесу маркетингу. Обізнаність хворого повинна переслідувати:

- передачу знань, умінь і створення мотивів для досягнення активної співпраці хворого з командою фахівців, які лікують і навчають його;
- формування нових особистих цінностей, які сприяють адаптації (приспосовуванню) до хворобливого стану або хронічного захворювання;
- обумовленість підвищеної самоопіки і догляду за собою хворого або членів його сім'ї.

Формування цілей статті (постановка завдань)

У сфері маркетингових відносин лікаря і пацієнта облік характеристик пацієнта, а не лише його патологічного стану, виправданий не лише з точки зору лікування (гуманітарна місія охорони здоров'я), але і з економічної доцільності (виробнича місія охорони здоров'я). Саме при індивідуальному підході до пацієнта витрата засобів (матеріальних і фінансових) в маркетингових системах медичних послуг виявляється оптимальною, а показники і критерії ефективності виконання бажань – найвищими. Метою цього дослідження є аналіз холістичного (цілісного) підходу до будь-якого пацієнта з урахуванням особливостей особливостей для успішного управління його здоров'ям.

Облік індивідуальної поведінки людей і переважаючої ролі особи під час організації і управління функціонування системи медичної допомоги є тим чинником, який призводить до нерозв'язних протиріч усередині узагальнених державних систем охорони здоров'я.

Виникає необхідність умовного співвідношення особи з певним індивідуальним комплексом медичних послуг, необхідних пацієнтові, що може досягатися певним виділенням специфічних типів споживачів медичних послуг.

До специфічних громадських якостей індивідуума, як відомо, відносяться потреби. Задоволення потреб забезпечує зняття дисконформних станів людини, породжених недовікою чого-небудь, або змінює стани, які впливають на роль особи в соціумі. Роль особи – це своєрідний образ її існування, а різноманітність ролей виступає в конкретних формах такого існування: праці, пізнанні, діяльності, спілкуванні. Будь-які обмеження особи призводять до своєрідного дисбалансу стану або усередині індивіда, організму, або у взаємодіях людини з довкіллям, у тому числі і з соціумом. До таких станів, які обмежують роль особи, відносяться хвороби. Тому потреба бути здоровим залишатися певним способом пов'язана з недостатнім виконанням ролі особи. Це і виступає основою для мотивації пошуку пацієнтом певних методів і форм лікування, що породжує пошук відповідних пропозицій медичних послуг, а при достатньому рівні купівельної здатності призводить до певного попиту на медичні процедури. Така, на нашу думку, основа запуску маркетингової системи медичних послуг.

З точки зору маркетингової суті, хвороба (патологічний стан організму), обмежуючи визначення волі і роль індивідуума, породжує на ринку медичних послуг відповідні лікарські пропозиції, що, у свою чергу, породжує своєрідний механізм цільових взаємин пацієнта і лікаря для досягнення і збереження стабільного стану особи. При цьому досягається найвища міра задоволення ролі людини. У медицині такий стан людини характеризується категорією «норма» або «здоров'я». А у рамках здоров'я виникає нова якість життя. В цьому випадку пацієнт звертається до лікаря не лише з метою лікування захворювання, але й при інших станах, бажаючи підвищити ступінь виконання своєї ролі в соціумі. Звідси виникають пропозиції, що стосуються основ лікарської спеціальності – профілактики захворювань, пропозиції відносно формування, збереження і зміцнення здоров'я здорової людини і членів її сім'ї, що підвищує творчу і виробничу активність особи, а значить і її роль в суспільстві.

Рівень здоров'я є важливою умовою високого ступеня виконання ролі особи в суспільстві. Задоволення потреб в медичних послугах і попиту на медичні процедури є одним з конкретних способів, які ведуть до утвердження і збереження ролі особи.

Заслугує на увагу в індивідуальному управлінні здоров'ям і набуває особливої актуальності з точки зору маркетингової суті охорони і зміцнення здоров'я пропозиція відносно структури медичної допомоги, в якій може переважати один з основних напрямів:

- збереження і зміцнення здоров'я (профілактична спрямованість), підвищення рівня якості життя особи;
- надання медичної допомоги хворим і потерпілим (лікувальна спрямованість);
- відновлення втраченого здоров'я і підтримка життя (реабілітаційна спрямованість).

Одним із важливих напрямів в управлінні здоров'ям пацієнтів і профілактиці захворювань у практиці фахівців сімейної медицини має бути санітарно-гігієнічна освіта, без якої неможливі профілактика й лікування будь-якого захворювання. У професійній діяльності сімейного лікаря профілактичні і лікувальні функції дуже часто переплітаються між собою, а також з його педагогічними здібностями. Метою цих напрямів у роботі

фахівця сімейної медицини є вплив на пацієнта в плані навчання правильній поведінці в житті, позбавлення поведінкових чинників ризику (куріння, алкоголізація, гіподинамія) виникнення або прогресування захворювання, формування почуття відповідальності за власне здоров'я. Сімейний лікар залучає пацієнта і членів його сім'ї до співпраці в боротьбі за здоров'я, до опіки і догляду за собою і членами сім'ї. Правильний догляд за собою і членами сім'ї проявляється в тих випадках, коли пацієнт і члени його родини мотивовані до відповідальності за своє здоров'я.

Мотивація пацієнта сімейним лікарем в боротьбі за своє здоров'я є важливим принципом в освітньому процесі. Важливо при цьому передавати інформацію про захворювання і роль пацієнта в боротьбі за зміцнення або відновлення здоров'я в максимально зрозумілій формі. Для успішного досягнення мети лікар повинен моделювати освітню програму залежно від стану здоров'я пацієнта, його потреб і можливостей.

Під час просвіти пацієнтів сімейний лікар повинен враховувати, що люди неохоче міняють свої звички в харчуванні. Це залежить від віку людини, її звичок до певних продуктів харчування, способу приготування страв або неправильного розуміння обміну речовин в організмі людини. Для переорієнтації окремих людей необхідно використовувати індивідуальний підхід до кожного пацієнта і створювати партнерські стосунки. Спільне визначення мети в боротьбі за здоров'я, виключно комплексний підхід відносно методів досягнення мети підвищують активність пацієнта, піднімають його самооцінку відносно збереження і зміцнення свого здоров'я і якості життя.

Слід неодноразово повторювати хворому, що правил, про які він дізнався від сімейного лікаря, необхідно дотримуватися усе життя, тому що ігнорування ними зменшує шанси на подолання хвороби. Заплановані дії повинні допомогти хворому зрозуміти механізм розвитку захворювання і чинники його прогресування, які загрожують інвалідністю; понизити за необхідності та підтримувати нормальну масу тіла, яка залежить від таких поведінкових чинників ризику, як переїдання і гіподинамія; контролювати перебіг захворювання, що дозволяє коригувати методи лікування; попереджати загострення і ускладнення захворювання, що виключає інвалідизацію.

З позицій розподілу гуманістичної й економічної місії маркетингової системи охорони здоров'я профілактичний, лікувальний і реабілітаційний підходи до структури медичної допомоги представляються логічними. Так, під час професійної діяльності медичних працівників, спрямованої на відновлення втраченого здоров'я і підтримку життя, перевага надається гуманітарній місії. Цей сегмент ринкової економіки в системі охорони здоров'я не викликає зацікавленості маркетологів, оскільки вимагає значних інвестицій з дуже маленьким прибутком.

Індивідуалізовані програми тривалого лікування хронічних хворих повинні спиратися на холистичний підхід. Хворий повинен лікуватися з урахуванням його медичної, біологічної, психологічної і соціальної сфер. Необхідним є постійне посилення мотиваційного механізму управління індивідуальним здоров'ям. При цьому просвіта хворого про стан його здоров'я і необхідності зміни його поведінки сприяє зменшенню впливу поведінкових чинників, які негативно впливають на перебіг хвороби і її ускладнення. Комфортною ситуацією для хворої людини є оптимальна участь сімейного оточення і фахівців, які надають медичну допомогу і опіку (догляд

за хворим). Важливу роль в цьому оточенні повинні відігравати сімейний лікар і медична сестра загальної практики – сімейної медицини, регулюючи допомогу оточення хворому в боротьбі із захворюванням.

З урахуванням того, що індивідуальність кожної людини є конкретною соціальною характеристикою особи, відповіди потреби в медичних послугах прямо залежать від соціального статусу пацієнта. Професійно-медичний підхід до захворювань враховує їх соціальну суть, підкреслює необхідність специфічної професійно-виробничої організації медичної допомоги. У рамках маркетингових характеристик системи медичної допомоги такий професійно-виробничий підхід до оцінки стану здоров'я є своєрідним прообразом сектора ринку. Віково-статевий ценз також означає сегментацію ринку: надання медичної допомоги дітям, жінкам, людям похилого віку. Організація медичної допомоги так званим декретованим контингентам – вища міра сегментації в системі надання медичної допомоги доринкових відношень в охороні здоров'я.

В Україні чітко позначилося розшарування суспільства не лише за виробничою ознакою, але і за соціальним статусом. Останній за рівнем добробуту прямо пов'язаний з видом і формою виробничої діяльності. Маркетингова суть захворювання конкретної людини, віднесеної до певного шару суспільства, виявилася детермінованою із специфічністю певного маркетингового сегменту здоров'я, а течія ідентичних захворювань індивідуальна не лише внаслідок особливостей кожного організму людини, але і специфічної соціальної суті індивідуума, його соціально-економічного положення як суб'єкта маркетингу медичних послуг.

Аналізуючи зворотний зв'язок між соціально-економічною сутністю особи і можливими її хворобливими станами, необхідно зазначити, що в різних сегментах ринку медичних послуг, до яких віднесені різні пацієнти за індивідуальними медико-економічними характеристиками, структура захворювань, їх частота і форми протікання специфічні для кожного сегменту ринку і конкретної особи. Хвороби у суб'єктів маркетингової сфери, віднесених до різних медико-економічних груп, специфічні, й часто визначаються конкретною сутністю соціального шару, що характеризує даний сегмент ринку, до якого відноситься споживач. Пропозиції надання медичних послуг, а також задоволення попиту на певні медичні процедури не лише індивідуальні і відрізняються за формою і змістом, але й різні за певними економічними характеристиками.

Сьогодні, як ніколи раніше, загострений інтерес до проблеми особи в специфічних рамках ринкових відносин. Оцінюючи особу, розглядають її з різних позицій, характеризуючи відповідно до завдань конкретного дослідження. Однією з таких позицій особи є її характеристика як споживача на ринку товарів і послуг, зокрема медичних; представлення з точки зору об'єкта ринкових стосунків, суб'єкта маркетингової системи. Особа, отримуючи статус клієнта (пацієнта) як суб'єкта ринку, починає характеризуватися певними властивостями і параметрами ринкової сфери. Певну роль відносно придбання індивідуумом приведених вище характеристик і отримання статусу суб'єкта послуг маркетингової системи охорони здоров'я відіграють індивідуальні потреби людини і попит на конкретні медичні послуги, які відповідають її платоспроможності. Останній елемент характеризується рівнем добробуту людини.

Ринок медичних послуг у сфері медичного страхування орієнтує їх виробника на маркетинг у своєму конкрет-

ному сегменті, що сприяє вивченню типів індивідуальності пацієнтів за ступенем і можливостями їх споживчих функцій. Перспективно визначаючи характеристики індивідуума з точки зору споживача медичних послуг, методологічно правомірно класифікувати співвідношення типу особи і її хвороби з сегментом ринку і такими основними ознаками, як соціальне відношення, вік та інші.

Актуальними проблемами в диференціації ринку медичних послуг під час виділення і формування маркетингових сегментів є співвідношення типів осіб і типів споживачів медико-діагностичним групам, які характеризують споживачів медичних послуг не лише як споживачів взагалі, але й як пацієнтів, що знаходяться в певній сфері цих послуг, комплекс яких називається медичною допомогою.

Як відомо, індивідуальні риси особи накладають істотний відбиток на виникнення і перебіг захворювання в організмі людини. З урахуванням цього відрізнятиметься і попит на медичні процедури, здавалося б, при ідентичних патологічних станах у різних пацієнтів. Одночасно захворювання, у тому числі й соматичні, іноді призводять до змін особи, видозмінюючи обсяг і специфічність медичних послуг відповідно до зміненої маркетингової суті пацієнта.

У маркетингових системах управління медичними послугами відносно певної проблеми зі здоров'ям існує об'єктивна необхідність специфічної індивідуальної роботи із задоволення запитів конкретного пацієнта. Таку функцію повинен виконувати в установі охорони здоров'я маркетингової системи фахівець з великим досвідом роботи або спеціально підготовлений сімейний лікар.

На підставі викладеного можна стверджувати, що у сфері ринкових стосунків лікаря і пацієнта як з професійно-медичних позицій, так і з позиції економічної оптимальності, найвищою мірою раціональних стосунків є індивідуальна робота з пацієнтом і виняткова орієнтація на вимоги пацієнта.

У сфері маркетингових відносин в охороні здоров'я хвороба як елемент медичних послуг має свою специфічність і додатково до свого традиційного розуміння характеризується новими об'єктивними специфічними ознаками, властивими певним сегментам ринку. Проте, ці та інші процеси маркетингової системи охорони здоров'я, механізми, методи та інструменти державного управління ними вимагають подальших досліджень і пошуків.

Література.

1. Грицко Р. Ю. Родинний лікар як суб'єкт маркетингу / Р. Ю. Грицко, Я.-Р. М. Федорів // Модернізація системи державного управління: теорія та практика: Матеріали науково-практичної конференції за міжнародною участю. Частина 2. – Львів, 2012. – С. 349–354.
2. Ковпак Ю. В. Досвід організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної (сімейної) практики по місту Комсомольську Полтавської області / Ю. В. Ковпак, В. О. Дубних, В. О. Соколова // Міжнародний медичний журнал. – 2005. – С. 70.
3. Надюк З. О. Механізми державного регулювання ринку медичних послуг в Україні: дис. ... доктора наук з державного управління: 25.00.02 / Надюк Зіновій Олександрович. – Запоріжжя, 2009. – 341 с.
4. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги / Закон України від 07.07.2011 р. №3611-VI.

5. Про Національний план дій на 2013 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» / Указ Президента України від 12.03.2013 р. №128/2013.

6. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві / Закон України від 07.07.2011 р. №3612-VI.

УДК 351.858

Олег Діденко

ДІЯЛЬНІСТЬ КОЗАЦЬКИХ ТОВАРИСТВ ЯК СКЛАДОВА НАЦІОНАЛЬНО- ПАТРІОТИЧНОГО ВИХОВАННЯ

В роботі розглядається створення та функціонування козацьких товариств в Україні через призму національно-патріотичного виховання.

Ключові слова: козацтво, громадські організації, національне виховання, патріотизм, освіта.

Проблема козацтва – одна із центральних в історії України, а тому завжди привертала увагу дослідників. Письменники, поети ідеалізували козацтво, розглядаючи його демократизм, прагнення до рівності як втілення суспільного ідеалу українського народу. М. І. Костомаров звеличував козацтво як вираз суто «національного духу» українського народу. «В національній ідеї концентруються відповіді на найскладніші питання: задля чого живе нація, як вона реалізує себе в оточенні інших спільнот» [13]. Адже для української нації, яка нині знаходиться на етапі з'ясування власних традицій соціально-економічного, мовного, освітньо-культурного життя, звернення до проблеми національного виховання є, вочевидь, необхідним моментом самовизначення. Бо саме сьогодні важливо ввести те специфічне, що є в досвіді культурної спільноти в міжнародну площину культур, в межах якої дана спільнота констатується. Щоб утілити у життя таку широку політику визнання культурної особливості замало загальних принципів розроблених на політико-правових засадах, слід звернутися до особистісного буття та життєвого світу людини, тому і акцент у формуванні нової людини ставиться у площину її своєвартості для української національної спільноти. Саме виховання, як один із перших та найвагоміших чинників формування людини, закладає у кожній особистості підвалини для усвідомлення себе людиною національно самобутньою, залучає її до пошуку власної культурної ідентичності.

У яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які опирається автор, виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується дана стаття. Проблемам національно-патріотичного виховання багато уваги приділяли Г. Сковорода, К. Ушинський, У. Бех, В. Кремень, М. Кулаєва, С. Грабовський та інші відомі вітчизняні філосо-

фи, педагоги та державні діячі [1; 2; 6; 7]. Важливу роль відіграють закони, накази та інші нормативно- правові акти української держави [11; 5; 4].

Мета роботи полягає в здійсненні аналізу діяльності козацьких товариств в Україні як складової національно-патріотичного виховання. Запропонована мета передбачає вирішення наступних завдань:

- з'ясувати рівень дослідження створення та функціонування козацьких товариств в Україні;
- визначити місце козацьких товариств в системі державного механізму;
- проаналізувати роль козацьких товариств в освітніх установах України.

Козацький громадський рух в Україні сьогодні набув великого поширення. Це ознака того, що суспільство відчуває нагальну потребу у визначенні національної ідеї нашого народу, провідником якої з давніх часів вважається козацтво, тому основною метою діяльності українського козацтва є сприяння розбудові України як суверенної, самостійної та незалежної, демократичної й правової держави, з козацькою моделлю демократії, яка гармонійно поєднує вольності й свободи з дисципліною та порядком у державі.

Сучасний козацький громадський рух – це система громадського навчально-виховного впливу, покликана забезпечити козацько-лицарську освіту молоді, духовний зв'язок з предками, розвинути відносини із сучасниками і зорієнтувати на інтереси нащадків.

Громадські організації у своїй діяльності керуються Конституцією України, Законом України «Про об'єднання громадян», чинним законодавством України, Статутами Українського козацтва, Указом Президента України від 15 листопада 2001 року №1092/2001 «Про національну програму відродження та розвитку Українського козацтва на 2002-2005 роки», Указом Президента України від 9.10.2007 №955/2007 «Про відзначення 300-річчя подій, пов'язаних з воєнно-політичним виступом гетьмана України Івана Мазепи та укладенням українсько-шведського союзу», Указом Президента України від 01.02.2008 № 78/2008 «Про відзначення у 2008 році 360-ї річниці подій, пов'язаних з початком Національно-визвольної війни українського народу середини XVII століття» і від 11.03.2008 №207/2008 «Про відзначення 350-річчя перемоги війська під проводом гетьмана України Івана Виговського у Конотопській битві», прогресивними українськими козацькими звичаями та традиціями, які не суперечать законам України [11; 5; 4; 14; 13].

Козацькі організації створюються і діють на основі добровільності та рівноправності їх членів, самоврядування, принципів законності та гласності.

На сьогодні українське козацтво об'єднує понад 700 козацьких організацій (юридичних осіб) чисельністю більше 300 тис. осіб. Із них близько 40 організацій – міжнародні та всеукраїнські, більше 255 – обласні, 263 – районні (районні у містах) та 176 – міські. На базі існуючих козацьких організацій сформовано близько 300 козацьких громадських формувань з охорони громадського порядку чисельністю 10 620 осіб, які співпрацюють з підрозділами Міністерства внутрішніх справ України та інших зацікавлених міністерств

Первинні козацькі організації створюються за місцем роботи, навчання, проживання козаків. Для керівництва організацією вони обирають на своїх радах отамана і його заступників визначають права і обов'язки членів організації; символіку, назву та форму одягу.

Координацію діяльності козацьких громадських організацій здійснює Координаційна рада з питань розвитку