

РОЗДІЛ 2

ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ МЕНЕДЖМЕНТУ, УПРАВЛІННЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

- 2.1. *Історичні етапи розвитку менеджменту.*
- 2.2. *Історичні етапи розвитку організації охорони здоров'я в різних країнах світу.*
- 2.3. *Історія організації охорони здоров'я в Україні.*
- 2.4. *Історія розвитку аптекарської справи.*
- 2.5. *Історія розвитку аптекарської справи в Україні.*

2.1. Історичні етапи розвитку менеджменту

Історія менеджменту нараховує кілька тисячоріч. За ці довгі роки розвиток теорії й практики менеджменту відбувався шляхом безперервного нагромадження досвіду.

Початком історії менеджменту прийнято вважати зародження писемності в стародавньому Шумері. Це привело до виникнення особливої верстви жерців, зайнятих торговельними операціями. Виявлено документи шумерської цивілізації, що існувала більше 5 тис. років тому. Вони свідчать, що стародавні менеджери прекрасно розуміли важливість таких елементів адміністративного управління, як інвентаризація, реєстрація фактів, організаційна звітність і контроль.

Висячі сади Вавилону й піраміди Єгипту могли з'явитися на світ тільки внаслідок координованих організованих зусиль. Грандіозні споруди Стародавнього Єгипту викликають здивування не тільки масштабністю, розмахом будівельних робіт, а й за організаційним талантом давніх будівельників. Єгиптяни широко застосовували планування й контроль виконання виробничих програм.

Близько 4000 років тому був написаний трактат про методи й стиль управління колективом «Повчання Птаххотепа», який радить: «Якщо ти начальник, будь спокійний, коли слухаєш слова прохача; не відштовхуй його, перш ніж він полегшить душу від того, що хотів сказати тобі. Людина, уражена нещастям, хоче виговоритися навіть більше, ніж домогтися сприятливого вирішення свого питання». Уміння слухати — важливий прийом мистецтва управління.

При археологічних розкопках м. Сузі було знайдено безліч глиняних дощочок, на яких був записаний кодекс законів Хаммурапі, що діяли у Вавилоні близько 4 тис. років тому. Кодекс чітко встановлював відповідальність за доручену роботу, визначав рівень мінімальної заробітної плати й необхідність документальної звітності.

Неоціненний внесок мислителів Стародавньої Греції й Стародавньому Риму в мистецтво управління.

Відомий давньогрецький мислитель *Платон* (427—347 р. до н. е.), один з перших в історії людства, висловив наукові ідеї про поділ праці. У своїх виступах він відзначав, що людина не може одночасно працювати й з каменем, і з залізом, і з деревом, тому що скрізь встигати в неї немає можливості.

Сократ (470—399 р. до н. е.), аналізуючи обов'язки гарного промисловця, торговця, воєначальника, показав, що, по суті, вони в усіх однакові, і головний поля-

гає в тому, щоб поставити потрібну людину на потрібне місце й домогтися виконання своїх вказівок. Сократ увійшов в історію як майстер мистецтва діалогу. Його незламна логіка й велике ораторське мистецтво дозволяли дошукуватися істини шляхом розкриття протиріч у міркуваннях опонента й переконувати його у своїй правоті.



Хаммурапі, цар Вавилону, отримує від бога Сонця зведення законів

Інший великий громадянин Афін Ксенофонт затвердив управління людьми як особливий вид мистецтва. У ті ж роки перський цар Кир вивчав причини, що спонукують людей до праці, тобто проблеми мотивації.

У 325 р. до н. е. Олександр Македонський створив орган колегіального планування й управління військами — штаб.

Староданій Греції розвивалися переважно не тільки демократичні методи управління. У невеликій древньогрецькій державі — Спарті культивувалися тоталітарні методи управління, засновані на твердій дисципліні й повному підпорядкуванні наказам. Цей суворий військово-поліцейський режим з культом аскетизму й рівності, доведених до абсурду, привів до економічного застою й деградації культури.

Стародавній Рим проіснував сотні років. Римські легіони мали чітку структуру управління: армія поділялася на легіони, центурії і когорти. Організаційна структура управління в римській армії була аналогічна сучасній лінійній структурі управління з чітким підпорядкуванням. Кожний воїн знав свого безпосереднього началь-

ника. В кожному підрозділі була залізна дисципліна, намічені ясні цілі, методи рішення конкретних завдань. Вони йшли переможним маршем через погано організовані європейські країни, через держави Середнього Сходу. Завойовані території віддавалися під управління губернаторів, що підкорялися Риму. В усіх країнах будувалися дороги, щоб прискорити зв'язок з Римом. Організація комунікацій — це запорука успіху будь-якої організації. Знамениті дороги, які подекуди використовуються й зараз, допомагали збирати податки й данину на користь імператора. Гарні дороги дозволяли легіонам, розміщеним усередині країни, швидко зв'язуватися з окраїнними провінціями, якщо місцеві жителі або місцева адміністрація повставали проти римського правління. Сучасні військові організації теж за багатьма рисами дивно схожі на організації стародавнього Риму.

Були в історії приклади організацій, які управлялися так само, як організації управляються й у наш час. Яскравим прикладом тому є римська католицька церква. Проста структура: папа, кардинал, архієпископ, єпископ і парафіяльний священик. Вона була сформована ще засновниками християнства, а успішно функціонує й сьогодні.

Базова основа для розвитку наукового менеджменту була закладена англійськими мислителями. *Томас Гоббс* в 1651 р. і його співвітчизник *Джеймс Стюарт* в 1767 р. доводили, що основний мотив людської поведінки полягає в прагненні до влади. Англійський філософ *Ієремія Бентам* у книзі «Введення в принципи моралі й законодавства» відстоював точку зору, згідно з якою мотивами людської поведінки є користь і задоволення.

Великий англійський економіст *Адам Сміт* у своїй праці «Дослідження про природу й причини багатства народів» (1776 р.) та роботах сформулював принцип «економічної людини», головною метою якої є прагнення до збагачення й задоволення особистих потреб. Подальші дослідження, правда, спростували цю тезу й показали, що більше були праві Стюарт і Гоббс, тому що винятково до збагачення прагнуть лише близько 12 % людей, у той час як до слави — майже 40 %.

Англієць *Ричард Аркرایт*, який офіційно вважається винахідником прядильної машини, об'єднав під дахом своєї фабрики всі процеси текстильного виробництва й увів ієрархічний принцип його організації. На основі поділу праці, планування розміщення устаткування, координації роботи машин і персоналу, твердої дисципліни йому вдалося домогтися безперервності технологічних процесів. Це дозволяло істотно заощадити на витратах виробництва й досягти чималих успіхів у боротьбі з конкурентами. По суті, Аркرایт заклав основи того, що зараз називають організацією виробництва. Одночасно він сформулював дисциплінарний «кодекс» фабричної системи у вигляді сукупності штрафних санкцій, що зводяться до відрахувань із заробітної плати за різні порушення, які фіксуються в спеціальній книзі.

На початку XIX ст. *Роберт Оуен* багато часу присвятив проблемам досягнення цілей організації за допомогою інших людей. Він надавав робітникам пристойне житло, поліпшував умови їхньої роботи, розробляв системи відкритої й справедливої оцінки працівників і за допомогою додаткових виплат за гарну роботу розвивав матеріальну зацікавленість. Ці реформи були унікальними щодо визначення ролі керівника. Люди здалеку з'їжджалися на його фабрику в Нью-Ланарке (Шотландія), щоб навч побачити «цей чудовий соціальний експеримент». Але, незважаючи на те, що фабрика була винятково прибутковою, послідовників у Р.Оуена не було.

Розвиток менеджменту як наукової дисципліни не являв собою серії послідовних кроків [Мескон]. Скоріше, це було кілька підходів, які часто збігалися.

Об'єкти управління — це й техніка, і люди. Отже, успіхи в теорії управління завжди залежали від успіхів в інших, пов'язаних з управлінням сферах, таких як математика, інженерні науки, психологія, соціологія й антропологія. У міру того, як розвивалися ці галузі знання, дослідники в сфері управління, теоретики й практики, дізнавалися все більше про фактори, що впливають на успіх організації. Ці знання допомагали фахівцям зрозуміти, чому деякі, більш ранні, теорії іноді не витримували перевірки практикою і знаходили нові підходи до управління.

Теорія менеджменту характеризується великою кількістю різних шкіл, теоретичних і практичних підходів. Виокремлюють такі школи менеджменту:

- наукового управління (Ф. Тейлор, Ф. та Л. Гілберти, Г. Емерсон);
- класичного або адміністративно-функціонального управління (А. Файоль, М. Вебер);
- людських відносин (М.П.Фоллетт, Е.Мейо). Розвиток наук поведінки (Д. Мак-Грегор, А. Маслоу);
- науки управління (П. Друкер і ін.).

Школа наукового управління

Фундамент сучасного менеджменту був закладений засновниками Школи наукового менеджменту Фредериком Тейлором (1856—1915), подружжям Френком (1868—1924) і Ліліан (1878—1972) Гілбретами (Gilbreth), Гаррінгтоном Емерсоном (1853—1931).

Тейлор Ф., американський інженер і дослідник, вважається основоположником науки управління. Запропонована ним система організації праці й управлінських відносин викликала «організаційну революцію» у сфері виробництва й управління. Уперше свої погляди він виклав у статті «Система кусочних розцінок (1895)». Потім вони були розширені в книзі «Цехове управління» (1903) і одержали розвиток в «Основах наукового менеджменту» (1911).

В основу системи Ф. Тейлора покладено такі принципи:

- уміння аналізувати роботу, вивчати послідовність її виконання;
- підбір робітників (працівників) для виконання даного виду;
- навчання й тренування робітників;
- співробітництво адміністрації й робітників.

Важлива характеристика цієї системи — її практична реалізація за допомогою певних засобів, або «техніка системи». Ф. Тейлор скрупульозно заміряв кількість залізної руди й вугілля, які людина може підняти на лопатах різного розміру. Грунтуючись на отриманій інформації, він змінював робочі операції, щоб усунути зайві, непродуктивні рухи й, використовуючи стандартні процедури й устаткування, прагнув підвищити ефективність праці. Тейлор виявив, що максимальна кількість залізної руди й вугілля може бути перекинена, якщо робітники користуватимуться лопатою-совком ємністю до 8,6 кг. Порівняно з більш ранньою системою це дало феноменальний вигравш.

Відповідно до розробок Ф. Тейлора, засоби управління мають включати:

1. Визначення й точний облік робочого часу й вирішення в цьому зв'язку проблеми нормування праці.
2. Підбір функціональних майстрів — по проектуванню роботи; рухами; нормуванню й заробітній платі; ремонту встаткування; планово — розподільним роботам; вирішенню конфліктів і дисципліні.

3. Введення інструкційних карт.
4. Диференціальну оплату праці.
5. Калькуляцію витрат на виробництво.

Резюмуючи, можна сказати: головна ідея Ф. Тейлора полягала в тому, що управління повинне стати системою, заснованою на певних наукових принципах, повинне здійснюватися спеціально розробленими методами й заходами. За Ф. Тейлором, необхідно проектувати, нормувати, стандартизувати не тільки техніку виробництва, а й працю, її організацію й управління. Практичне застосування ідей Ф. Тейлора довело всю свою важливість, забезпечивши значне зростання продуктивності праці.

Послідовниками Тейлора були його співвітчизники **Ліліан і Френк Гілберти** (останній готувався вступати в Массачусетський технологічний інститут, але став муляром). Вони вивчали трудові операції, використовуючи кінокамеру й винайденій ними спеціальний прилад — мікрохронометр, що міг вимірювати й фіксувати проміжки часу тривалістю до 1/2000 секунди.

За допомогою методу стоп-кадрів їм удалося виявити й описати 17 основних рухів кисті руки та їхню тривалість. Це дозволило виявити зайві рухи, які при виконанні стандартних дій на звичайному встаткуванні були зайвими, непродуктивними. Наприклад, для укладання цегли було встановлено 4 основних рухи замість колишніх 18, що забезпечило зростання продуктивності праці мулярів на 50 %. Сукупність елементарних мікрорухів робітника отримало назву «треблігами» («треблiг» — анаграма прізвища Гілберт).

Завдяки цим роботам Л. Гілберт стала першою в США жінкою — доктором психології.

Цікаво, що Френк Гілберт шукав застосування своїм методам не тільки на виробництві, а й у побуті. Зокрема, він виявив, що для застібання гудзиків на жилеті зверху донизу витрачається 7 секунд, а знизу нагору — тільки 3. Використовуючи дві бритви одночасно, він скоротив час гоління на 44 секунди. Але при таких діях було витрачено близько 2 хвилин на накладання пов'язок на порізи. Під його впливом у Нью-Йорку було зареєстроване товариство, що намагалось поширити принципи ефективності на всі сторони життя.

Інженер-механік **Гаррінгтон Емерсон** народився в родині професора літератури, говорив 19-ма мовами і в 23 років став деканом факультету іноземних мов університету штату Небраска (США). Але протягом наступних 20 років займався економічними та інженерно-економічними дослідженнями й консулював по всьому світу.

Г. Емерсон поділяв більшу частину переконань Тейлора й у 1908 р. написав книгу «Ефективність як основа виробничої діяльності й заробітної плати», в якій звернув увагу на важливість обґрунтованої структури організації. Неefективна структура організації, на його думку, може знизити економію на масштабі. Він надавав великого значення стандартизації.

Найважливіші ідеї Емерсон висвітив у праці «12 принципів ефективності» (1913 р.), з якої видно, що він був прихильником класичного напрямку в менеджменті.

Основні принципи управління, за Г. Емерсоном, полягають у:

1. *Чіткому визначенні цілей* — вихідний пункт управління.
2. *Здоровому глузді, що складається у визнанні помилок і пошуку їхніх причин.*
3. *Компетентній консультації* на основі залучення професіоналів з метою вдосконалювання управління.

4. *Дисципліні*, забезпеченій чіткою регламентацією діяльності, контролем, своєчасним заохоченням.

5. *Справедливому відношенні* до персоналу.

6. *Швидкому, надійному, повному, точному і постійному обліку*.

7. *Диспетчуванні* за принципом «краще диспетчувати хоча б не сплановану роботу, ніж планувати роботу, не диспетчуючи її».

8. *Нормах й розкладах*, що сприяють пошуку й реалізації резервів.

9. *Нормалізації умов праці*.

10. *Нормуванні операцій*, що складаються в стандартизації способів їх виконання, регламентуванні часу.

11. *Письмових стандартних інструкціях*. За цей принцип Емерсон піддався звинуваченню в бюрократизмі. На це він відповів своїм опонентам такими словами: «Існує думка, що проповідується з великим пафосом, проте є безграмотною, нібито стандартні інструкції вбивають у працівника ініціативу, перетворюють його на автомат. Якщо згадати про те, як пурхає по повітрю горобець, або як бігає по дереву білка, то здається, що сходи тільки вбивають ініціативу в людині, що спускається із шостого поверху... Я ж відаю перевагу обмеженості, здоровому глузду та зручності сходів... Працювати найшвидшим і найлегшим способом — це значить зменшити зусилля, не знижуючи результатів, і звільнити мозок для ініціативи, для винаходу й розробки ще кращих способів».

12. *Винагороді за продуктивність*.

Багато ідей Г.Емерсона не втратили свого значення й у наші дні. Наприклад, його погляди на продуктивність праці: «Продуктивність завжди дає максимальні результати при мінімальних зусиллях. Напружена робота, навпаки, дає досить великі результати тільки лише при зусиллях ненормальних. Напружена й продуктивна робота — це не тільки не те саме, але й речі прямо протилежні. Працювати напружено — значить додавати до справи максимальні зусилля; працювати продуктивно — значить додавати до справи зусилля мінімальні».

Або: «Невизначеність, непевність, відсутність чітко поставлених цілей у виконавців є лише відбиттям невизначеності, непевненості, відсутності чітко поставлених цілей у самих керівників. Таким чином, чітка постановка цілей і доведення їх до безпосередніх виконавців — перша передумова успішної роботи».

Заслуга Ф. Тейлора і його послідовників полягала в тому, що вони домоглися визнання менеджменту як самостійної галузі й виду діяльності й по суті створили його першу наукову школу, що одержала назву школи наукового управління. Його методологічну основу становив *традиційний підхід* до організації, що розглядалася як щось, що складається із самостійних, ізольованих один від одного елементів. Функціонування цих елементів, підкоряється певним загальним закономірностям.

Завдання менеджменту розумілися як виявлення цих закономірностей і управління відповідно до кожного напрямку діяльності організації поза зв'язком з іншими. Таким чином, ігнорувалася реальна єдність внутрішніх процесів в організації і необхідність цілісного управління ними, а отже, обмежувалися можливості повного використання існуючого потенціалу. Крім того, представники школи наукового управління недооцінювали роль особистісного фактора, спрощено уявляли собі мотиви людської поведінки.

Роботи Ф. Тейлора і його послідовників присвячені питанням управління на його нижньому рівні, де відбувається безпосереднє з'єднання робочої сили з коштами й предметами праці. Питанням управління на більш високому рівні приділялося мало уваги.

Бурхливий розвиток промисловості в першій чверті ХХ ст. дав поштовх еволюції поглядів на проблеми управління й формування нового підходу.

**Школа класичного
або адміністративно-функціонального управління
(А. Файоль, М. Вебер)**

Якщо прихильники наукового менеджменту концентрували основну увагу на питаннях управління процесом виробництва, то прихильники адміністративної школи намагалися визначити загальні характеристики й закономірності управління й створити на їхній основі універсальні принципи управління, які можуть підвищити ефективність виробництва.

Представники цієї школи розглядали управління як єдиний процес, що складається з ряду функцій, а процес управління як суму всіх функцій.

Анрі Файоль (Fayol Henry) (1868—1925) — французький економіст, підприємець, організатор. Розвив і поглибив ряд важливих концепцій наукового управління. Обґрунтувати класичний (адміністративний) напрям у менеджменті А. Файоль зміг завдяки величезному особистому досвіду. З 1888 р., протягом 40 років, він управляв великою гірничодобувною компанією «Коломбо». Цю компанію він очолював коли вона була близька до фінансового краху, а покинув процвітаючою, що займала провідні позиції в світі.

Свої погляди на проблеми керування Файоль виклав у книзі «Загальна промислова адміністрація» (1916 р.), а вийшовши у відставку, очолював Центр адміністративних досліджень.

Найважливіші ідеї Файоля викладені в книзі «Загальне й промислове управління» (1916). Взявши за основу ідеї Тейлора про стимулювання праці, він застосував ці положення до діяльності вищої управлінської ланки.

А. Файоль заклав основи функціонального управління. Він розподілив весь комплекс управлінських робіт в організації на шість основних груп.

Група 1. Адміністративна діяльність управлінського апарату: планування, організація, керівництво, координація.

Група 2. Комерційна діяльність: покупка, продаж, обмін.

Група 3. Техніко-виробнича діяльність: виробництво, обробка, випробування, контроль.

Група 4. Фінансова діяльність: здійснення фінансового контролю.

Група 5. Діяльність з охорони праці й техніки безпеки.

Група 6. Діяльність з обліку стану справ на виробництві.

А. Файоль розробив прецесійну концепцію управління, виділив 6 управлінських функцій (передбачення, планування, організація, розподіл, координація, контроль).

А. Файоль висунув і обґрунтував положення про оптимальне співвідношення організаторських, технічних і соціальних здатностей і знань в осіб, що працюють на великих підприємствах. Обґрунтував необхідність виділення менеджменту в особливий вид діяльності.

А. Файоль сформував 14 основних принципів, дотримання яких забезпечує ефективність управління. В авторській редакції вони виглядають так:

1. *Поділ праці.* Ціль поділу праці — збільшення обсягу і підвищення якості виробництва при витраті одних й тих же зусиль.

2. *Влада — відповідальність.* Влада — це право віддавати розпорядження й чинність, що примушує підкорятися. Влада немислима без відповідальності, тобто без санкції — нагороди або кари, що супроводжують її дії. Усюди, де діє влада, виникає й відповідальність.

3. *Дисципліна* — це по суті, покора, ретельність, манера триматися, зовнішні знаки поваги, визначені відповідно до встановленої між підприємством і його службовцями угоди. Стан дисципліни в будь-якій соціальній організації залежить тільки від її керівників.

4. *Єдність підпорядкування*. Службовцеві може надавати наказ щодо будь-якого способу дії тільки один начальник... У жодному з випадків не буває пристосування соціального організму до дуалізму підпорядкування... Оскільки це правило не можна не визнавати фундаментальним, я його включаю в число принципів.

5. *Єдність керівництва*. Цей принцип можна виразити так: один керівник і одна програма для сукупності операцій, що переслідують ту саму ціль.

6. *Підпорядкування особистих інтересів загальним*. Цей принцип говорить, що на підприємстві інтереси службовців, або групи службовців, не повинні ставати вище від інтересів підприємства.

7. *Винагорода персоналу*. Винагорода персоналу є оплата виконаної роботи. Вона повинна бути справедливою й по можливості задовольняти персонал підприємства, наймача й службовця.

8. *Централізація*. Централізація не є системою управління, гарною або поганою сама по собі: вона може бути прийнята або відкинута залежно від тенденцій у керівника й від обставин. Але більше-менш вона існує завжди. Питання про централізацію або децентралізацію — питання міри. Справа зводиться до знаходження ступеня централізації, яка найбільш сприятлива для підприємства.

9. *Ієрархія*. Ієрархія — це ряд керівних посад, починаючи з низьких і закінчуючи найвищими.

10. *Порядок*. Загальновідома формула матеріального порядку: певне місце для кожної речі й усяка річ на своєму місці. Форма соціального порядку така сама: певне місце для кожної особи й кожна особа на своєму місці.

11. *Справедливість*. Для того щоб заохотити персонал до виконання своїх обов'язків з повною завзятістю й відданістю, треба ставитися до нього доброзичливо; справедливість є результатом поєднання доброзичливості із правосуддям.

12. *Сталість складу персоналу*. Плинність персоналу є одночасно причиною й наслідком поганого стану справ. Проте зміни в складі неминучі: вік, хвороби, відставки, смерть порушують склад соціальної організації; деякі службовці втрачають здатність виконувати свої функції, інші ж виявляються нездатними брати на себе більш відповідальну роботу. Таким чином, як і інші принципи, принцип плинності робочого складу має свою міру.

13. *Ініціатива*. Ініціативою називається можливість створення й здійснення плану. Воля пропозиції та її впровадження також належить до категорії ініціативи.

14. *Єднання персоналу*. Не треба розділяти персонал. Розділяти ворожі нам чинності для того, щоб їх послабити — справа митецька; але розділяти власні чинності на підприємстві — тяжка помилка.

Цікавим, що не втратив цінності в сучасному менеджменті, є погляд А. Файоля на організаційне планування, яке він розглядав як загальну функцію управління. Він відзначав труднощі планування в постійно мінливих умовах ринку. За Файолем, план повинен впливати не з можливого повторення минулого періоду, а з подання про неминучі зміни в майбутньому. З'являється поняття «невизначеності», причому не в змісті незнання, а постійної мінливості умов зовнішнього оточення, можливості виникнення нових зв'язків, швидкої й гнучкої переорієнтації виробництва й збуту.

Уже з 70—80-х років ХХ ст. повний облік і прорахунок заздалегідь, до дріб'язків стає мало реальним, тому завдання керівника полягає в створенні адап-

тивних, швидкореагуючих управлінських механізмів, а менеджера — в реалізації обмежених системних підходів.

А. Файоль першим поставив проблему організованого навчання менеджменту.

Логічним розвитком класичної школи менеджменту стала концепція *раціональної бюрократії* великого німецького вченого — юриста, економіста, соціолога, історика **Макса Вебера** (1864—1920) Концепція сформувалася під впливом прусського військового порядку, що наочно продемонстрував роль чіткої організації управління військами й забезпечення їхньої надійної взаємодії.

Основна робота М. Вебера «Теорія суспільства й економічна організація» (1920) присвячена проблемі лідерства й бюрократичній структурі влади в організації.

М. Веберу належить думка, що якщо кожний службовець в апараті управління буде чітко знати, що він повинен робити, як він повинен це робити, і буде виконувати все точно за інструкцією, то весь апарат стане працювати як добре заведений механізм годинника.

Теорія Макса Вебера, по суті, є ідеологією бюрократії. У неупередженому розумінні її сутності, бюрократія є досить життєвою й потужною формою організації й має свої позитивні та негативні сторони.

Позитивне в бюрократії головним чином пов'язане з чіткою регламентацією основних функцій, завдань, обов'язків і повноважень не тільки кожного підрозділу в структурі управління, а й кожного виконавця. Безумовно, такий стан справ в управлінні надає цьому процесу більшу погодженість і організованість.

Негативні сторони бюрократії пов'язані з тим, що вона практично не залишає простору для творчості й волі вибору у випадку зміни ситуації. Але ж будь-який регламент, інструкція, положення обмежені та не відображають усього різноманіття життєвих ситуацій. Це робить бюрократичну організацію менш гнучкою й тому менш життєвою. Як не парадоксально, бюрократична організація не тільки не підвищує відповідальність окремо взятого чиновника, хоча розписує всі його обов'язки, а, навпаки, знижує його відповідальність у конкретних ситуаціях, надаючи йому схованку у вигляді букви інструкції.

У напрямі класичної школи управління формулював свої погляди на проблеми організації управління відомий усьому світу автомобільний король початку ХХ ст. **Генрі Форд Перший** (1863—1947), син мічиганського фермера. В 1892 р. у Детройті він створив свій перший автомобіль на базі селянського візка з 2-циліндровим двигуном, у 1893 р. — з 4-тактним двигуном, у 1903 р. у столярній майстерні почалося серійне виробництво «Моделі А». В 1904 р. Г.Форду вдалося продати 1708 автомобілів. Тоді й була заснована автомобільна компанія «Форд мотор», що стала однією з найбільших у світі.

З ім'ям Г. Форда пов'язано багато пошуків і знахідок у галузі наукового менеджменту, але в історію теорії й практики менеджменту він увійшов як ініціатор створення й впровадження поточно-масового виробництва, заснованого на стандартизації, типізації й конвеєризації виробничих процесів з поділом праці на окремі операції.

Основні ідеї Г. Форда викладено в його працях «Моє життя, мій труд» (1922), «Сьогодні, завтра» (1926), «Рух уперед» (1930), «Едісон, яким я його знав» (1930).

Основні принципи управління, впроваджені Г. Фордом:

1. Строго побудована по вертикалі організація управління об'єднанням ряду підприємств; управління всіма частинами й етапами виробництва з одного центра.

2. Масове виготовлення стандартної продукції, яке забезпечує мінімальну вартість та задовольняє масового покупця і є максимально прибутковим.

3. Безперервність та рухливість процесу виробництва.
4. Максимальний темп роботи.
5. Точність як стандарт та якість продукції.
6. Нові технології на основі поточного виробництва.
7. Розвиток стандартизації, що підвищує якість і дозволяє швидко й без зайвих витрат переходити на нові види продукції.
8. Конвеєр, який рухається, із глибоким поділом праці на безліч операцій.
9. Постійне вдосконалювання управління. Не бути залежним від людини та її слабкостей.

У перші роки на автомобільному заводі Форда робітник супроводжував машину протягом усього технологічного процесу, міняючи за необхідності робоче місце при установці нових складальних вузлів. У серпні 1913 р. Г. Форд запропонував нову технологічну концепцію: робітники залишаються на своїх робочих місцях, а автомобіль повільно пересувається по конвеєру. Час на складання автомобіля істотно скоротився, праця робітників стала більш продуктивною. Це дозволило Форду в 1918 р. продавати свою машину всього за 290 доларів. Вартість аналогічного автомобіля конкурентів становила 2100 доларів.

Форд реалізував принцип єдності цілей адміністрації й робітників: прибуток — премія, що дозволило значно інтенсифікувати працю й платити робітникам не 2, а 5 доларів за день.

Зараз конвеєрні лінії застосовуються досить широко під час виробництва будь-якої масової, навіть найскладнішої продукції. Концепція стандартизації й автоматизації виробництва глибоко вплинула на характер праці й на управління виробництвом у цілому.

Однак використання конвеєра потребувало вузької спеціалізації праці, і робітник був приречений закручувати тільки десяток гайок на одному й тому самому вузлі день у день. Монотонність, одноманітність праці і як наслідок — падіння престижності такої роботи потребували продовжити пошуки кращої організації управління.

Школа людських відносин (М.П.Фоллет, Э.Мейо). Розвиток науки поведінки (Д. Мак-Грегор, А. Маслоу)

Школа людських відносин — важливий етап розвитку науки управління в період з 1930 р. по 1950 р. Представники цієї школи розглядали людський фактор як основний елемент ефективності управління, а кожне підприємство — як соціальну систему.

Мері Паркер Фоллетт (1868—1933) визначила управління виробництвом як «забезпечення виконання робіт за допомогою інших осіб» і, крім удосконалювання технологічних процесів, робила акцент саме на ролі особистості в ефективності виробництва. Хронологічно Фоллетт належала до епохи наукового управління; проте за своєю філософією й переконаннями — була однією з засновниць школи людських відносин у менеджменті. Вона мала знання в обох галузях і була сполучною ланкою між двома епохами.

Основні елементи концепції управління, визначені М.Фоллетт такі:

Елемент 1. Участь робітників в управлінні організацією.

Елемент 2. Ідея конструктивного конфлікту й інтеграційної єдності в бізнесі.

Елемент 3. Інтеграційна ідея в розвитку понять авторитету і влади.

Елемент 4. Досягнення цілей організації за допомогою координаційних і контрольних зусиль.

Елемент 5. Визначення типу лідерства в координаційній організації.

Елемент 1. Участь робітників в управлінні організацією. Мері Паркер Фоллетт однією з перших висунула ідею участі робітників в управлінні, тому що саме вони реалізують отримані накази й повинні відчувати себе безпосередніми учасниками впровадження управлінського рішення й розвивати в собі почуття не тільки індивідуальної, а й колективної відповідальності.

Колективна відповідальність починається на рівні департаментів, відділів, працівникам яких потрібно надавати групову відповідальність. Коли ваші співробітники відчують себе партнерами по бізнесу, то вони підвищать якість своєї праці, зменшать витрати матеріалів і часу. І зроблять це не внаслідок якогось золотого правила, а через спільність своїх інтересів з менеджерами.

На думку М. Фоллетт, такий підхід не є домовленістю типу ти мені — я тобі, а щирим почуттям з боку робітників і менеджерів у прагненні до загальної мети. Вона допускала, що в минулому була проведена штучна межа між тими, хто управляє, та їхніми підопічними. У реальності ж такої межі немає, і всі члени організації, що прийняли на себе відповідальність за роботу на будь-якому рівні й ділянці, вносять свій внесок у спільну працю.

Елемент 2. Ідея конструктивного конфлікту й інтеграційної єдності в бізнесі. М. Фоллетт розвинула ідею конструктивного конфлікту й інтеграційної єдності в бізнесі. Оскільки домінування й компроміс тільки поглиблюють конфлікт та в кінцевому результаті приводять до подальшої марної боротьби, інтеграція є кращим способом вирішення конфліктів у бізнесі.

М. Фоллетт визначала, що будь-який конфлікт інтересів може бути вирішений одним із чотирьох шляхів: 1) добровільне підпорядкування однієї сторони; 2) боротьба й перемога однієї сторони; 3) компроміс; 4) інтеграція.

Перші два варіанти, як вважає М. Фоллетт, не можуть бути визнані прийнятними, тому що обидва утягують використання чинності або влади, щоб досягти переваги. Компроміс також є марним, оскільки він тільки відкладає вирішення суперечки і тому не задовольняє обидві сторони.

Інтеграція містить у собі пошук рішення, що задовольняє обидві сторони без компромісу або переваги.

Елемент 3. Інтеграційна ідея в розвитку понять авторитету і влади. В умовах, коли одні віддають накази, а інші їх виконують, досягти інтеграції досить складно. Ролі боса й підлеглого створюють бар'єри, що перешкоджають розпізнавати спільність інтересів. Щоб подолати це, Фоллетт пропонувала ввести деперсоналізацію наказів і замінити підпорядкування законом ситуації: Людина не повинна віддавати накази іншому, а обидва мають погодитися з тим, що вимагає ситуація. Пояснення закону ситуації ґрунтувалося на науковому менеджменті в змісті тейлоровського функціонального менеджменту, що вимагало підпорядкування фактам, вивчення яких, а не воля людини мали бути основою наказу.

М. Фоллетт вважала, що влада й відповідальність — це ілюзія, побудована на неправильному сприйнятті влади. На індивідуальному рівні людина відповідає за роботу, а не перед людиною (менеджером). На рівні департаменту відповідальність за роботу несуть усі виконавці разом з менеджером, який поєднує в собі всі індивідуальні в групову відповідальність. Глава організації також несе сукупну відповідальність за об'єднання всієї міждепартаментальної роботи.

Елемент 4. Досягнення цілей організації за допомогою координаційних і контрольних зусиль. М. Фоллетт вважає, що не можна впровадити контроль в організації доти, поки немає єдності й кооперації між усіма її ресурсами — матеріальними й людськими. Будь-яка ситуація виходить із-під контролю, якщо не погоджені інтереси.

Основа контролю закладена в саморегулювальних і самоврядних індивідах і групах, які визнають спільні інтереси і контролюють виконання своїх завдань у досягненні цілей. Менеджер не контролює окремих елементів, а контролює складні взаємозв'язки, контролює не людей, а ситуації. Яким чином досягається така конфігурація? Мері Фоллетт звертається до нової філософії контролю, за якою функція контролювання — це:

- скоріше контроль подій, ніж людей;
- скоріше співвідносний контроль, ніж той, що перекриває всі функції та структури.

Кожна ситуація породжує свій контроль, тому саме факти, що складають ситуацію, й взаємодія різних груп у ситуації визначають відповідну поведінку. Багато ситуацій занадто складні для ефективного централізованого контролю вищим щаблем ієрархії. Тому контроль повинен здійснюватися в різних структурних елементах. Це переплетення й співвідношення ґрунтувалося на координації, яку М. Фоллетт бачила як:

1. Координацію як взаємозв'язок всіх факторів ситуації.
2. Координацію як прями контакти всіх відповідальних працівників.
3. Координацію на ранніх стадіях виробничого процесу.
4. Координацію як постійний процес.

Це основні чотири фундаментальні принципи організації, з яких можна зробити висновок, що організування — це контроль.

Елемент 5. Визначення типу лідерства в координаційній організації. Останньою гранню філософії бізнесу Фоллетт був тип лідерства, що дозволяє діяти всій її системі. Основним завданням лідера є визначення мети організації. Лідер повинен переконати своїх співробітників у тому, що ними має бути досягнута не його, а загальна мета, породжена бажаннями і діяльністю групи.

Найкращий лідер — це той, хто просить людей служити не йому, а загальному результату. Такий лідер має не послідовників, а чоловіків і жінок, що працюють із ним.

Мета й цілі компанії повинні бути інтегровані з цілями окремих працівників і груп, а це потребує вищого стандарту лідерства. Лідер залежить не від наказів і слухняності, а від майстерності в координації, визначенні цілей.

Е. Мейо (1880—1949). Теоретичні дослідження М.Фоллетт знайшли своє підтвердження в практичних результатах, отриманих Е. Мейо. Таким чином, було сформовано «поведінкову школу», що вивчала поведінку людини у виробничому середовищі й залежність продуктивності праці від стану виконавця.

Знамениті *Хотторнські експерименти* проводилися в американській компанії «Вестерн електрик». Спочатку йшлося про саме рутинне дослідження, ціль якого полягала в з'ясуванні того, яким чином освітленість робочого місця, тривалість перерв впливають на продуктивність праці окремих робітників. Відповідно до поставленого завдання була відібрана група з шести осіб, над якою проводилися експерименти.

При поліпшенні освітленості робочих місць продуктивність праці з цілком зрозумілих причин зросла. Але подальні результати зрозуміти було важко. Після того, як освітленість стали знижувати, продуктивність праці продовжувала збільшуватися.

На основі традиційного підходу з позицій тейлоризму це пояснити було не можливо, тому було зроблено припущення, що на продуктивність впливають інші фактори.

Для їх виявлення на другому етапі експерименту, що проводився з групою збирачів реле, його умови трохи змінили. Групі була надана більша свобода, скороче-

ний робочий день, можливість робити додаткові перерви в роботі. Природно, що такі умови привели до зростання продуктивності. При скасуванні ж цих пільг продуктивність залишилася на колишньому рівні.

Це вже не можна було пояснити ніякими особливо сприятливими умовами праці і причину потрібно було шукати в іншому, а саме — у формуванні колективу, організованої соціальної групи з особливими внутрішніми відносинами, успіх діяльності якої зумовлений не тільки особистим внеском кожного, а й взаємним впливом її членів.

Щоб ґрунтовніше вивчити цей вплив, було проведено додатковий експеримент. На ділянці з виробництва банківської сигналізації було встановлено, що найбільш досвідчені працівники не тільки не відриваються від групи, прагнучи більше заробити, а навпаки — сповільнюють свій темп, пристосовуються до тих, хто працює повільніше, щоб не бути порушниками загального ритму й не створювати загрози для благополуччя інших. Одночасно ті, хто працювали відносно повільніше, намагалися підтягтися й максимально збільшити свою продуктивність.

Стало зрозуміло, що будь-яка організація являє собою щось більше, ніж просту сукупність людей, які виконують загальні завдання. Вона виявилася ще й складною соціальною системою, де окремі особистості й групи людей взаємодіють за принципами, далекими від формальних.

Показовим став експеримент, проведений Е. Мейо в 1923—1924 рр. на текстильній фабриці у Філадельфії. Щорічна плінність кадрів на прядильній ділянці цієї фабрики становила 250 %, а продуктивність була значно нижча, ніж на інших ділянках. Причому ніякі матеріальні стимули не могли виправити ситуацію. У результаті спеціальних досліджень Мейо дійшов висновку, що причинами цього є організація праці, яка виключає можливість спілкування про престижність професії. Однак після введення двох десятихвилинних перерв для відпочинку, положення відразу змінилося: плінність робочої сили різко знизилася, а продуктивність зростає.

Відкриття Мейо, пов'язане із проведенням Хотторнських експериментів, деякі дослідники відносять до найзначніших і масштабніших за всю історію менеджменту. Їх сутність полягає в тому, що соціальні й психологічні фактори значно більше впливають на продуктивності праці, ніж фізичні. Звичайно, за умови, що сама його організація є раціональною й ефективною.

У результаті цих досліджень Е. Мейо сформулював такі принципи менеджменту:

1. Індивіди мають унікальні потреби, мету, мотиви.
2. Позитивна мотивація вимагає, щоб з робітниками поводитись як з особистостями.
3. Особистісні й сімейні проблеми робітника можуть несприятливо вплинути на продуктивність праці.
4. Обмін інформацією між людьми має важливе значення, а ефективна інформація є вирішальним фактором управління.

Навіть висока заробітна плата далеко не завжди веде до зростання продуктивності й досягнення бажаних для менеджерів цілей. У той же час, люди дуже чуйні до добрих почуттів до себе, турботу з боку керівництва, й будуть трудитися продуктивно навіть при незмінній заробітній платі.

Д. Мак-Грегор. Погляди Е. Мейо та його послідовників одержали свій подальший розвиток у працях Дугласа Мак-Грегора.

Мак-Грегор проаналізував діяльність виконавця на робочому місці й виявив, що керівник може контролювати такі параметри:

1. Завдання, які одержує підлеглий.
2. Якість виконання завдання.
3. Час одержання завдання.
4. Очікуваний час виконання завдання.
5. Кошти для виконання завдання.
6. Колектив (оточення), в якому працює підлеглий.
7. Інструкції, отримані підлеглим.
8. Переконання підлеглого в посильності покладених на нього завдань.
9. Надання відповідної винагороди за успішну роботу.
10. Розмір винагороди за проведену роботу.
11. Рівень залучення підлеглого в коло проблем, пов'язаних з роботою.

Усі ці фактори тією чи іншою мірою впливають на працюючого й визначають якість та інтенсивність його праці. На основі цих факторів Мак-Грегор сформулював два різних підходи до управління, які назвав теорією *X* і теорією *Y*.

Теорія *X* припускає, що людина споконвічно не любить працювати й буде уникати роботи, тому їй необхідно змушувати працювати насильно, примушувати до праці погрозами. Людина ледача, боїться відповідальності, позбавлена честолюбства, в неї відсутнє бажання самореалізації. Вона прагне до спокійного життя, уникає відповідальності й турбує її тільки особиста безпека.

Керівники повинні примушувати людей працювати, вимагати скрупульозного виконання посадових інструкцій, ретельно контролювати весь хід трудового процесу й впливати на працівників погрозою строгих санкцій. Ворожість до праці в людей настільки сильна, що їй важко перебороти покаранням або грошовою винагородою.

У своїх експериментах і висновках Д. Мак-Грегор доводить помилковість побудови моделі трудового процесу відповідно до теорії *X*, що полягає у відсутності яких-небудь високих моральних стимулів. Її недоліком є орієнтація лише на матеріальну винагороду, точне дотримання регламентів, посадових інструкцій і чітку формалізацію організаційної структури.

Водночас, потрібно зауважити, що методи управління персоналом у рамках теорії *X* мають свої переваги. Авторитарне керівництво забезпечує виконання більшого обсягу робіт, у більш стислий термін. Але при цьому важко розраховувати на оригінальність рішень, творчу ініціативу, більше того — загрозливо росте агресивність у взаєминах з керівником і між членами колективу. У впровадженні в керівництва за теорією *X* у колективах спостерігається загальна атмосфера сторожкості й тривоги, що може привести до конфліктних, некерованих ситуацій.

Теорія *Y* ґрунтується на таких засадах:

- робота для людини так само природня, як гра;
- зовнішній контроль — не єдиний спосіб об'єднання зусиль для досягнення цілей організації. Людина може здійснити самоврядування й самоконтроль, служачи цілям, до яких вона відчуває схильність; схильність формується як результат нагород, пов'язаних з досягненням цілей;
- середня людина прагне до відповідальності, а її бажання уникнути відповідальності — це тільки результат минулого розчарування, спричинений поганим керівництвом. Середня людина наділена високим рівнем уяви й винахідливості, які рідко використовуються в сучасному житті, що веде до розчарування людини й перетворює в супротивника організації.

Якщо теорія *X* втілює чисто авторитарний стиль управління, то теорія *Y* є демократичним стилем управління й допускає делегування повноважень, поліпшення взаємин у колективі.

Управління персоналом, засноване на концепції теорії *Y*, має раціональнішу матеріальну й психологічну основу. Працівник досягає особистих цілей успішніше, якщо застосування його творчих здатностей сприятиме досягненню стратегічних цілей колективу, якщо зовнішній управлінський контроль трансформується в природний самоконтроль і самоорганізацію. Праця є природною потребою людини, і еволюція людських відносин, заснована на підвищенні рівня освіти й розвитку сучасної техніки, сприяє гуманізації суспільства.

Теорія *Y* опирається на віру в моральний потенціал людини. Вона припускає, що людина працюватиме добре, якщо вона вдоволена не тільки своїм заробітком, а й своїм місцем і роллю в трудовому процесі. Співробітника не потрібно змушувати трудитися, загрожуючи покаранням. Відданий цілям своєї організації, він буде готовий на активну співпрацю, проявляючи при цьому ініціативу й творчість. Важливо підтримувати й розвивати ініціативу виконавця. Якщо організація не змогла одержати бажаних результатів, то в цьому винуваті не виконавці, а незадовільна організація робіт або поганий менеджер. Мудрий менеджер зобов'язаний піклуватися про своїх співробітників, цінувати їх і вірити їм. Тоді цілі співробітника й самої організації збігаються («принцип інтеграції»), співробітникам будуть створені умови для задоволення своїх високих потреб: свобода вибору, довіра й повага.

Узагальнюючи, можна сказати, що теорія *X* відповідає авторитарному, а теорія *Y* — демократичному стилю управління. На перший погляд, розумність теорії *Y* цілком очевидна, але життя таке багатогранне, складне, що іноді менеджер зовсім свідомо застосовуватиме теорію *X*, і його рішення залежатиме від багатьох факторів: конкретних умов роботи, особливостей трудового колективу, строків виконання роботи, типу завдання (постійне або разове), його важливості й т.д. Таким чином, розподіл підходів до управління на *X* та *Y* чисто теоретичний, а на практиці має місце комбінація різних стилів управління.

Абрахаам Маслоу (Abraham Harold Maslow 1908—1970). Абрахам Маслоу народився в Брукліні (штат Нью-Йорк) у 1908 р., вчився на психологічному факультеті Висконсинського університету й був спочатку стипендіатом Карнегі в коледжі, що готував викладачів коледжів, потім ад'юнкт-професором психології в Бруклінському коледжі. У середині тридцятих років ХХ ст. він приступив до роботи над тим, що стало основною працею його життя, книгою «*Motivation and Personality*» («Мотивація й особистість»), опублікованої в 1954 р. Як пише сам Маслоу, «мені хотілося синтезувати холистичний, динамічний і культурний підходи, які були популярні в молодих психологів того часу. Я почував глибинний взаємозв'язок між цими підходами й сприймав їх як окремі аспекти єдиного всеохоплюючого цілого» (Maslow, 1954). В 1943 р. він опублікував дві праці: «*A Preface to Motivation Theory*» («Вступ до теорії мотивації») і «*A Theory of Human Motivation*» («Теорія людської мотивації»), де сформулював позитивну теорію мотивації, зумовлену ним як «узагальнено-динамічну». Між 1947 і 1949 р. Маслоу залишив академічну кар'єру й організував Maslow Coorporage Corporation, вирішивши зайнятися власним бізнесом. Проте він зберіг свої академічні зв'язки й продовжував публікувати статті в науковій періодиці й у цей період. Повернувшись до академічної діяльності, він став спочатку ад'юнкт-професором, потім — повним професором і керівником кафедри в масачусетському університеті Brandeis.



А. Маслоу висловив припущення, що людська поведінка визначається широким спектром потреб. Він розбив ці потреби на п'ять категорій і розташував їх у визначеній ієрархії. В основі цієї ієрархії лежали самі насущні потреби (їжа, вода, житло), а на вершині — більш високі індивідуальні запити (визнання, самовираження).

За Маслоу людина — це «тварина, що постійно чогось хоче». Коли потреби найнижчого рівня задоволені хоча б частково, людина починає рухатися до задоволення потреб іншого і не обов'язково наступного рівня ієрархії. Усе, що необхідно для підтримки життя, — їжа, одяг, житло — об'єднується в категорію фізіологічних потреб. Перш ніж людина зможе переслідувати якісь інші цілі, їй необхідно задовольнити ці основні потреби. В даний час більшість людей, що працюють і одержують зарплату, цілком спроможні задовольнити свої фізіологічні потреби, тому запити вищих рівнів стають усе більш сильним мотиваційним чинником. Наприклад, коли людина має достатню кількість предметів першої необхідності, вона ринеться застрахуватися від можливих втрат. Така потреба в безпеці і подібні їй можуть бути задоволені завдяки достатньо високій заробітній платі, що дозволяла б робити заощадження, а також завдяки системам медичного і соціального страхування та програмам пенсійного забезпечення і гарантій зайнятості.

Над потребою в безпеці знаходиться бажання людей спілкуватися, любити і бути любимими, відчувати почуття приналежності до колективу. Як показали дослідження Готорна, ці соціальні потреби можуть бути для робітників більш важливі, ніж потреби фінансові. Люди також мають потребу у визнанні — їм необхідно відчуття цінності своєї особистості як невід'ємної частини єдиного цілого. Крім того, вони потребують поваги, що ґрунтується на досягненнях у змаганні з іншими людьми. Всі ці потреби тісно пов'язані з поняттям статусу, що означає «вагу» або «важливість» людини в очах оточуючих. Можливість задоволення таких потреб може бути потужним мотивуючим чинником у роботі.

А. Маслоу визначив потребу в самовираженні як «бажання стати більшим, ніж ти є, стати всім, на що ти спроможний». Ця потреба — найвищого порядку, і задовольнити її найскладніше. Люди, що «добираються» до цього рівня, працюють не просто заради грошей або щоб справити враження на інших, а тому, що усвідомлюють значимість своєї роботи і відчувають задоволення від самого її процесу.

Ієрархія Маслоу — дуже зручний засіб класифікації людських потреб, проте було б помилкою сприймати її як якусь жорстку схему. Зовсім не обов'язково, щоб потреби кожного рівня були цілком задоволені (а іноді це і неможливо), перед тим як у людини з'являться «вищі» спонукання. Насправді в кожний конкретний момент людиною рухає цілий комплекс потреб.

Наука управління або кількісний підхід (1950 — по теперішній час)

Математика, статистика, інженерні науки й пов'язані з ними залузі знання внесли істотний вклад у теорію управління. Першим їх почав застосовувати Фредерік У. Тейлор, засновник наукового методу при аналізі роботи. Але до Другої світової війни кількісні методи використовувалися в управлінні недостатньо.

Школа менеджменту, в основу якої покладені кількісні дослідження (Акофф Рассає, С. Бір, А. Гольберген, Л. Клейн). Школа сформувалася в 50-ті роки ХХ ст. й активно розвивається. Її становлення пов'язано з розвитком математики, статистики, інженерних наук та інших споріднених з ними галузей знань. Характерною

особливістю школи є використання спеціальних моделей, методів кількісного аналізу. Такий підхід особливо важливий під час ухвалення рішення в умовах невизначеності, коли ситуація потребує оцінки кількох альтернатив. Наукові результати школи сприяли поглибленню розуміння складних управлінських проблем, усвідомленню необхідності запровадження комплексного підходу до управління.

Сучасні підходи до менеджменту

У сучасній теорії менеджменту існують три основні підходи: процесійний, системний та ситуаційний (рис. 2.1).

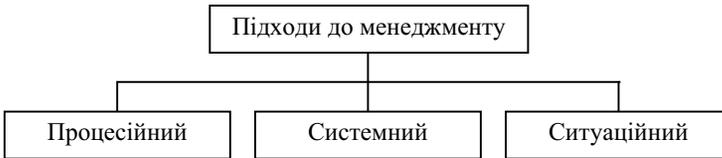


Рис. 2.1. Елементи сучасних підходів до менеджменту

Процесійний підхід розглядає менеджмент як процес безперервних взаємопов'язаних дій або функцій. Загальна сума всіх функцій управління є процесом управління.

При системному підході використовується теорія систем у менеджменті, тобто вивчення складного через пошук простого. Кожна школа менеджменту зосереджувала увагу на одній з підсистем організації. Біхевіористська школа в основному займалася соціальною підсистемою. Школа наукового менеджменту — переважно технічними підсистемами. Методологія системності дала змогу інтегрувати внесок всіх шкіл, що домінували в різний час у теорії та практиці управління, не протиставляючи, а доповнюючи і поповнюючи їх.

Системний підхід в 60—70-ті роки ХХ ст. стає універсальною ідеологією менеджменту, а системний аналіз — загальновизнаним інструментом. Системний підхід розглядає процеси і явища у вигляді сукупності елементів, структур, взаємовідносин і взаємозв'язків. Системний підхід — це не набір чітко визначених принципів, настанов — це передусім спосіб мислення щодо організації й управління.

Система визначається як набір спрямованих на досягнення загальної цілі та взаємопов'язаних елементів чи частин, що функціонують як єдине ціле. Системи характеризуються ієрархічною побудовою, горизонтальними та вертикальними зв'язками. Розрізняють закриті системи, що функціонують ізольовано (незалежно) від зовнішнього середовища, і відкриті, що зазнають впливу факторів зовнішнього середовища, характеризуються ентропією, синергією та взаємозалежністю підсистем. Керівники зазвичай у своїй діяльності стикаються з відкритими системами, оскільки всі організації працюють у такому режимі.

Ситуаційний підхід вивчає розв'язання окремих управлінських ситуацій, тобто конкретного набору обставин, які впливають на організацію протягом певного часу з метою найбільш ефективного досягнення цілей. У свій час відома теоретик менеджменту французька Марі Паркет Фоллет (1868—1933) з приводу ситуаційного підходу вважала, що менеджер повинен виходити із ситуації і керувати нею відповідно до того, що вона диктує, а не що написано у функціональному приписі.

Ситуаційний підхід набув поширення у 80—90-х роках ХХ ст. Витоки цього підходу ґрунтуються на тезі, що успішне вирішення конкретних проблем у конкретних організаціях залежить від спроможності менеджерів ідентифікувати основні характеристики ситуації. Ситуаційний підхід — це не простий набір настанов, він визначає можливий спосіб мислення щодо організаційних проблем та розробки способів їх вирішення. Згідно із ситуаційним підходом, для ефективного досягнення цілей організації керівникові необхідно використовувати специфічні прийоми управління.

Ситуаційний підхід найчастіше використовують у нестандартних ситуаціях, коли в умовах невизначеності потрібно реагувати на зміни у зовнішньому середовищі бізнесу. Цей підхід потребує від менеджерів гнучкості в прийнятті рішень, навичок об'єктивного аналізу і прогнозування. Ситуаційний підхід використовують для переборення кризового стану, коли не існує готових алгоритмів управлінських рішень. Таким чином, ситуаційний підхід поєднує конкретні управлінські прийоми та теоретичні концепції з поточними ситуаціями для найефективнішого досягнення цілей організації.

Методологія застосування ситуаційного підходу складається з таких чинників:

- Керівник повинен володіти сучасною технікою управління, розуміти особливості: процесу управління, індивідуальної та групової поведінки, системного аналізу, методів планування і контролю, кількісних методів підтримки прийняття управлінських рішень.
- Керівник має вміти передбачати вірогідні наслідки застосування певної управлінської методики чи концепції, оскільки кожна з них має свої сильні та слабкі сторони.
- Керівник має вміти правильно інтерпретувати ситуацію, виявляти найважливіші чинники в конкретній ситуації, визначати вірогідний ефект від зміни одного або кількох чинників.
- Керівник має вміти застосовувати відповідні управлінські навички в конкретних ситуаціях, забезпечуючи досягнення цілей організації найефективнішим шляхом відповідно до наявних обставин.

Сучасні тенденції розвитку менеджменту

Парадигмою ХХ ст. була віра в те, що існує певна рівновага, що справи організації можуть бути стабільними та ефективними. Нове бачення світу ґрунтується на усвідомленні того, що в динамічному хаотичному світі речі ніколи не будуть стабільними. Менеджери, які намагаються привести свої справи до стабільності та рівноваги, відчувають, що вирішення такого завдання неможливе. Згідно з новою парадигмою, вони мають навчитися працювати і відчувати комфортність серед постійних змін. Організації повинні знайти шлях до того, щоб зжитися з парадоксом ХХІ ст. — «Змінити все, підтримуючи все у дієвому стані». Щоб досягти цього, треба дивитися на світ іншими очима. Організація й самі менеджери мають постійно навчатись. Одна з найвідоміших концепцій організації, що навчається, належить Пітеру Сенге (Dr. Peter M. Senge). Афоризмом сучасного менеджменту стала його фраза: «Швидкість, із якою навчаються організації, може стати єдиним дієвим джерелом конкурентної переваги» (1990).

Організація, що навчається, — не нова модель побудови та розвитку компанії, а комбінація передових управлінських інструментів, зведених разом. Організація, що

навчається, розглядає навчання не як накопичення знань, а усвідомлений розвиток вміння з використання знань.

За концепцією П. Сенге, при побудові організації, що навчається, потрібно враховувати 5 основних чинників:

1. **Системне мислення**, без якого всі інші вміння залишаються розрізненими прийомами практики управління.

2. **Спільне бачення**, якого керівники мають досягти для того, щоб їхнє особисте бачення організації, шляхів її розвитку було зрозумілим і прийняте всіма працівниками.

3. **Виклик стереотипам мислення**, побудова інтелектуальних моделей. Через стереотипи щодо управлінських ситуацій інноваційні управлінські ідеї так і залишаються без втілення та впровадження.

4. **Навчання в команді**. Вільний обмін поглядами в групах — діалозі, який сприяє надбанню результатів, неможливих для кожного окремого працівника.

5. **Особиста майстерність**. Компанія має заохочувати своїх працівників до навчання й особистого розвитку.

Уїнслоу Тейлор народився 20 березня 1856 року у Філадельфії (США) в родині адвоката із глибокими культурними традиціями. Із самого дитинства юний квакер



Фредерик був одержимий ідеєю ефективності. Він розробляв найбільш короткі маршрути від будинку до школи, носив туфлі без зав'язок, а один раз винайшов тенісну ракетку з ручкою у формі ложки й довів її переваги, вигравши з нею національну першість.

Подорожуючи по Європі, одержав освіту у Франції й Німеччині, потім — в академії Ф. Екстера, Нью-Хемпшир. В 1874 р. Ф.Тейлор закінчив Гарвардський юридичний коледж, але через погіршення зору не зміг продовжити навчання й улаштувався працювати робітником преси в промисловій майстерні гідравлічного заводу у Філадельфії. В 1878 р. завдяки своїй наполегливості (в цей час був пік економічної депресії) він одержав місце різнораба на Мідвельському сталеливарному заводі, був лекальником і механіком. З 1882 р. по 1883 р. — начальником механічних майстерень. Паралельно, навчаючись вечорами, одержав технічну освіту (ступінь інженера-механіка, Технологічний інститут Стівенса, 1883).

У 1884 р. Ф. Тейлор став головним інженером, цього року він уперше використовував систему диференціальної оплати за продуктивність праці. Оформив патентами близько 100 своїх винаходів і раціоналізаторських пропозицій.

З 1890 р. по 1893 р. Ф. Тейлор — головний управляючий Мануфактурної інвестиційної компанії в Філадельфії, власник паперових пресів у Мене й Вісконсині. Вперше в історії менеджменту він організував власну справу з управлінського консультування.

Пік його діяльності прийшов на час роботи на Бетлехемському сталеливарному комбінаті — в 1898—1901 роках. Там він одержав бойове хрещення, перетворюючи в точну науку роботу з лопатою, що була в той час одним з основних інструментів робітника. Зі своїм штатом співробітників Тейлор витратив п'ять місяців, збираючи відомості для визначення кращого способу роботи з лопатою.

Результати своїх досліджень Тейлор пізніше описував так. «Існує лише один правильний спосіб занурювати лопату в речовину певного роду — і безліч не-

правильних. Отже, щоб правильно набрати лопатою речовину, що важко піддається, потрібно сильно пригорнути верхню частину руки до верхньої частини правої ноги трохи нижче стегна, взяти кінець лопати в праву руку й, коли ви будете встромляти лопату в насипану купу, замість того щоб використовувати мускульний рух рук, що утомливо, перекиньте вагу вашого тіла на лопату; тоді лопата встромиться в насипану купу без усякого напруження й без усякої втоми для рук».

Принцип оптимізації роботи з лопатою згодом став універсальним принципом тейлоровської концепції. В її основі лежало розкладання кожної трудової операції на найпростіші дії й визначення — із секундоміром у руках — найбільш економічного способу виконання всієї операції. Так Тейлор уперше в історії зробив працю процесом, який можна було точно прорахувати. Він розчленував усю роботу виконавця на складові частини. Окремі рухи він прохронометрував, а робочий день розписав за секундами. Однак не варто думати, начебто хронометраж приводив лише до точнішого визначення можливостей фізичних зусиль робітника. Тейлор раціоналізував саму роботу й, зокрема, введення фізіологічно доцільних режимів змін праці й відпочинку. Провівши належні дослідження, Тейлор розіслав по заводу інструкторів, які навчали робочих науці роботи з лопатою. Через три з половиною роки, у результаті застосування наукового підходу, сто сорок чоловік виконували роботу за шестисот. Ті з робітників, які зберегли своє місце, одержували заробітну плату на шістдесят відсотків вищу від колишньої.

Наприклад, висококваліфікований вантажник, що переносив протягом робочого дня 12,5 тонн вантажу, використовуючи методика, запропоновану Ф. Тейлором, переносив вантаж загальною вагою 47 тонн. Причому, як показав хронометраж, робітник працював лише 26 хвилин кожної години робочого часу, а відпочивав 34 хвилини, тобто більше половини робочого часу, завдяки чому він менше стомлювався. Таким чином, Тейлор на практиці відшукав той обсяг та режим роботи, згідно з яким робітник більш раціонально може віддавати свою робочу силу протягом тривалого часу.

«Наука роботи з лопатою» стала класичним прикладом багатообіцяючих перспектив наукового управління. Тейлор заявив, що якщо він дійсно зміг перетворити в науку роботу з лопатою, то немає нічого на світі, чого він не зміг би поставити на наукову основу.

Суть своєї системи Ф. Тейлор формулював так: «Наука замість традиційних навичок; гармонія замість протиріч; співробітництво замість індивідуальної роботи; максимальна продуктивність замість обмеження продуктивності; розвиток кожного окремого робітника до максимальної доступної йому продуктивності й максимального добробуту».

«Розвиток наукової організації праці, — писав Ф. Тейлор, — припускає вироблення численних правил, законів і формул, які замінять собою особисте судження індивідуального працівника і які можуть бути застосовані з користю тільки після того, як буде зроблений систематичний облік, вимір і т.д. їхньої дії».

У 1906 р. Тейлор стає президентом Американського товариства інженерів-механіків, а в 1911 р. засновує Товариство сприяння науковому менеджменту (пізніше воно одержало назву Товариство Тейлора).

Величезне значення Тейлор приділяв правильному підбору й підготовці робітників: кожному поручалася така робота, для якої він найкраще підходив. Для цього враховувалися й фізичні, і психологічні особливості кандидатів. Однак навіть коли кандидат повністю відповідав майбутній роботі, керівництво навчало його оптима-

льним робочим рухам і інструктувало щодо порядку й способів застосування стандартизованих інструментів і матеріалів.

Відчувши себе новим месією, у віці сорока п'яти років Тейлор вирішив припинити трудитися заради грошей і разом із дружиною й трьома прийомними дітьми оселився у Філадельфії, де зайнявся письменством, вирощуванням троянд, а також активною пропагандою гольфу. В 1911 р. вийшла його головна праця — «Основи наукового менеджменту».

Ф. Тейлор вважав, що потрібно навчити робітників працювати, а керівників — управляти. Це важко, оскільки робітники ледачі, а керівники — бездарні. Як же боротися з лінню робітників? Нагороджувати робітника потрібно тільки за ретельне і відповідне виконання покладених на нього завдань. «Ініціативний» робітник може завдати шкоди виробництву: він не керівник і тому не може правильно організувати свою працю. У той же час він уважав за потрібне йти на поступки робітникам з боку керівництва, підтримувати дружні стосунки з ними, а тому рекомендував відкривати на підприємствах ідальні, дитячі садки, різні вечірні курси як засоби «для створення більше вмілих та інтелектуальних робітників». Відповідно до його поради на одній з фабрик, де трудилися в основному жінки, завели породистого kota, з яким робітниці мали можливість погратися під час перерви, що поліпшувало їхні емоції, піднімало настрій і в остаточному підсумку сприяло підвищенню продуктивності праці. Подібні дії повинні були викликати в робітників «добрі почуття стосовно хазяїв».

Ф. Тейлор заявив, що головним і єдиним будівельним матеріалом ефективної організації може бути тільки окремих, ізольований працівник. Тому він активно виступив проти групових, артільних форм організації праці. «...У тих випадках, коли робітники об'єднані в артілі, кожний з них окремо стає набагато менш продуктивним, ніж тоді, коли стимулюється його особисте самолюбство. Під час роботи великими артілями індивідуальна продуктивність кожної окремої людини неминуче падає до рівня найгіршого робітника у всій артілі й навіть нижче цього рівня».

Ф. Тейлор наполягав на необхідності платити кожному робітникові відповідно до його індивідуального виробітку, а не залежно від вироблення тієї групи робітників, у яку він входить. Диференційована відрядна оплата, на його думку, стимулює робітників до більших зусиль. Хоча відрядна форма оплати широко застосовувалася й до нього, Тейлор запропонував застосовувати її лише на основі свого наукового дослідження, що дозволяє визначити, який обсяг роботи може й повинен бути виконаний протягом певного відрізка робочого часу.

Кожному робітникові варто доручати виконання найбільш складної роботи, яку він може виконувати відповідно до його вмінь й фізичних даних, і важливо, щоб результати його праці досягли рівня кращого робітника того ж розряду. Гроші можуть бути вирішальним фактором впливу на трудову поведінку більшості робітників, і самим кваліфікованим з них варто виплачувати надбавку від 30 до 100 % порівняно із середнім заробітком. «Нагорода, — говорив Тейлор, — для того, щоб вона робила належний ефект, повинна впливати дуже швидко за виконанням самої роботи» («як і при дресируванні звірів», — відповідали йому опоненти).

У системі Тейлора надзвичайно зростала роль керівників організації: саме вони повинні були відповідати за впровадження науково обґрунтованої системи, що забезпечує постійне зростання продуктивності праці. «Тільки шляхом примусової стандартизації методів, примусового використання найкращих знарядь і умов праці й примусового співробітництва можна забезпечити це загальне прискорення темпу роботи. Обов'язок до вироблення стандартів і до забезпечення необхідного співробітництва лежить винятково на адміністрації підприємства».

Управління за старими принципами, в основу яких було покладено структуру лінійної субординації — вихідні «зверху» команди й беззаперечне їхнє виконання на всіх «поверхах», — Тейлор вважає рудиментом наївних часів. Завдання наукового менеджменту полягає в скасуванні організації військового типу й впровадженні функціонального керування. Його суть — у максимальному поділі праці, в тому числі і між самими керівниками. Робітник повинен одержувати накази від восьми різних десятників, кожний з яких виконує особливі функції й відповідає за свій елемент виробництва. З восьми «функціональних майстрів» безпосередньо в цеху повинні були перебувати тільки четверо: бригадир, інспектор, що оцінює результат праці робітника, майстер з ремонту й майстер, що встановлює темп роботи. Четверо інших повинні перебувати в спеціально влаштованій «плановій кімнаті», займаючись відповідно маршрутизацією, підготовкою карток, інструкцій, звітами про витрачений на виробництво продукції час, питаннями собівартості, виробничої дисципліни й т. д.

Тейлор вважав, що директори дуже швидко переконуються в ефективності нової системи управління: зростання кількості «невиробничих» працівників по відношенню до числа «виробників» в остаточному підсумку виявиться зростанням не канцелярщини, а економії.

Ф. Тейлор помер 21 березня 1915 року від запалення легенів. Напис на його надгробному камені говорить: «Батько наукового менеджменту».

За матеріалами:

<http://beliakov.net/taylor.htm>

<http://www.socioego.ru>

<http://www.prazdniki.ru>

2.2. Історичні етапи розвитку організації охорони здоров'я в різних країнах світу

Археологічні дослідження стверджують, що в первісному суспільстві поряд з наданням допомоги при нещасних випадках, пораненнях, пологах, впроваджувалися заходи щодо збереження здоров'я. Особлива увага приділялася тим членам племені, від фізичної сили яких залежав успіх на полюванні та можливості успішної боротьби з ворожим плем'ям. Медична діяльність була обов'язком жінок: підтримання чистоти в приміщенні; дотримання гігієнічних ритуалів членами племені; надання медичної допомоги; збирання лікарських рослин. При ускладненні форм господарської діяльності, класового розмежування, виникненні та розвитку релігії гігієнічні ритуали поступово набувають характеру священнодійства. Їх збереження і розвиток стає обов'язком старійшин роду, які поклали початок жрецькій касті, в руках якої зосереджується мистецтво зцілення від хвороб та продовження життя.

Роль охорони здоров'я як ефективного чинника внутрішньої політики відбувається вже при формуванні перших держав: встановлюються гігієнічні та протиепідемічні правила; робляться спроби регламентувати лікувальну допомогу. До них відносились ізоляція хворих на епідемічні хвороби, встановлення контролю за кваліфікацією лікаря і охорона їхніх прав по відношенню до лікувальної практики, установа відповідальності за незаконне лікування, лікарські помилки та ін.

Організація охорони здоров'я в Месопотамії. У Месопотамії XVIII ст. до н. е. медична практика регламентувалася грошовою винагородою за успішне лікування і покаранням при невдалому результаті хвороби.

В одному з міст Месопотамії — давньому Вавилоні існував кодекс царя Хаммурапі, який було висічено на базальтовому стовпі. 210—223 статті цього кодексу визначали норми медичного бізнесу: оцінка роботи лікаря; плата за медичні послуги. Наприклад, стаття 215 має такий зміст: «Якщо лікар проводить у когось тяжку операцію з'ї допомогою бронзового ножа і вилікує хворобу або якщо видалить у когось бронзовим ножом катаракту, вилікувавши таким чином око, він може одержати за це 10 секелій срібла». У давньому Вавилоні це був значний гонорар: він складав 10-місячну заробітну плату ремісника.

Високий громадський і матеріальний статус лікаря поєднувався з великою відповідальністю за свою працю. За будь-яку серйозну помилку при встановленні діагнозу або лікуванні лікар повинен платити великий грошовий штраф. У параграфі 218 кодексу царя Хаммурапі вказується: «Якщо лікар проводить у когось серйозну операцію бронзовим ножом і нанесе хворому смерть або якщо він видалить комусь катаракту з ока і порушить око, то він карається відтинанням руки».

Організація охорони здоров'я в Стародавній Індії. Лікарській справі надавалось великого значення в Стародавній Індії. Основні моральні принципи лікаря містяться в трактаті Аюрведа (Наука життя), у вченні давньоіндійських лікарів, насамперед Сушрути. Про високе положення лікаря в Стародавній Індії можна судити за легендами, за якими одним із 14 дорогоцінних створінь, створених богами шляхом змішування землі і моря, був учений-цілитель. Суть давньоіндійських трактатів зводилась до того, що лікар повинен володіти високими моральними і фізичними якостями, проявляти співпереживання до хворого, бути терплячим і спокійним, вселяти в хворого впевненість у сприятливому результаті захворювання. А саме: він повинен бути здоровим, охайним, скромним, терплячим, мати коротко пострижену бороду, вичищені і обрізані нігті, білий, надушений пахощами, одяг, виходячи з дому з палкою чи зонтом, зокрема уникати балаканини. Згідно вчення Сушрути, лікар повинен володіти усіма тонкощами лікувального мистецтва: він повинен бути хорошим практиком і знати теоретичну медицину.

У своєму трактаті Сушрута писав: «Лікар, який не вправний в операціях, приходять у збентеження біля ліжка хворого, подібний до боягузливого солдата, який вперше потрапив у бій».

Лікар же, який уміє тільки оперувати і зневажає теоретичними відомостями, не заслуговує на повагу і може піддавати небезпеці навіть життя царів. Кожен з них володіє лише половиною свого мистецтва і схожий на птаха з одним крилом».

Поведінка давньоіндійського лікаря регламентувалася залежно від того, яке проводиться лікування, відрізнялась у до- і післяопераційний періоди. Існували етичні норми поведінки лікаря по відношенню до того, хто помирає, та їх родичів. Особливо важливим вважалось збереження лікарської таємниці, яку складали інтимні відомості про хворого, його сім'ю, прогноз його захворювання.

Для виховання почуття обов'язку, моральних принципів у Стародавній Індії існували певні традиції при підготовці лікарів. Навчання лікарів здійснювалося спеціальними наставниками. На спеціальному ритуалі прийому в учні до лікаря наставник говорив: «Ти тепер залиш свої пристрасті, гнів, користолобство, безумство,

марнославство, гордість, заздрощі, грубість, жартування, фальшивість, лінь та інші вади поведінки...».

На урочистій церемонії, присвяченій закінченню навчання, учитель мистецтва лікування проголошував проповідь про моральний обов'язок лікаря. Вона наведена у трактаті Чарака-самхіта: «Ви повинні всією душею прагнути до видужання хворого..., не повинні зраджувати своїх хворих навіть ціною власного життя..., не повинні пиячити, не повинні творити зло або мати злих товаришів..., повинні бути розсудливими і завжди прагнути удосконалювати свої знання. Коли ви ідете в будинок хворого, ви повинні спрямувати свої слова, думки, розум і почуття ні до чого іншого, крім хворого та його лікування. Ні про що з того, що відбувається в будинку хворої людини, не потрібно говорити...».

Право на лікувальну практику давав раджа. Він же слідкував за виконанням лікарського обов'язку, виконанням етичних принципів при одержанні лікарями оплати за свою працю, використовуючи збірник вказівок про правила поведінки індійця у приватному та суспільному житті відповідно до релігійних догм брахманізму (закон Ману). Відповідно до цих законів, за неправильне лікування тварин лікар сплачував низький штраф, за неправильне лікування людей середніх верств — середній штраф, а царських чиновників — високий. заборонялось вимагати винагороду за лікування обездолених, друзів лікаря і брахманів — служителів культу.

Організація охорони здоров'я в Стародавньому Китаї. Основи медичної справи Стародавнього Китаю викладені у книзі Хуан ді Ней-дзіня «Про природу і життя». Особливістю медичної практики стародавніх китайських лікарів був психологічний підхід до пацієнта. Основні правила лікарів включали індивідуальний підхід до хворого та лікування відповідно до характеру захворювання. При лікуванні стародавній китайський лікар повинен був навіяти хворому впевненість в одужанні. Серед основних правил, яких повинен був дотримуватися лікар по відношенню до хворого, було «Вміти держати серце в грудях», тобто не допускати гарячковості та інших екстремальних реакцій.

У Стародавньому Китаї також існував філософський підхід і по відношенню до ролі медицини в житті окремої людини і суспільства. Це проявлялось у принципі: «Медицина не може врятувати від смерті, але в змозі продовжити життя, зміцнити державу і народи своїми порадами». Тому в суспільстві заохочувались бесіди лікарів з колегами, обговорення з більш досвідченішими лікарями складних випадків діагностики та лікування.

Починаючи з III ст. до н.е., досвідчені лікарі Китаю при обстеженні хворих робили докладні записи, які можна вважати прообразом сучасної історії хвороби.

Організація охорони здоров'я в Персії. Основи медичної справи в Персії були подібні до давньокитайських. Насамперед лікар повинен поважати особистість хворого і проводити діагностику та лікування, враховуючи його індивідуальність. В країні практикували три категорії лікарів: «цілителі святістю», «цілителі знанням», «цілителі ножем». Вони були дуже уважні до свого пацієнта, терпеливо за ним спостерігали і тому помічали дуже тонкі, перші прояви захворювання. Перські лікарі ставили діагноз на ранніх стадіях. Другою особливістю лікаря було вміння впливати на психіку хворого власною особистістю, своїми моральними якостями. Відношення до лікаря було як до напівбога, звідси священний трепет перед ним, віра в його мистецтво, яке сприяло вилікуванню від недуги. Більше того, в Персії та інших країнах Стародавнього Сходу деякі відомі лікарі були підняті до рангу богів. Ореол всемогутнього у поєднанні з лікарською терапією, використанням природних факторів і тонке розуміння психології хворої людини перетворили працю лікаря на мистецтво зцілення.

Організація охорони здоров'я в Стародавній Греції. Розвиток медичної справи в Стародавній Греції прийнято поділяти на 2 періоди: догіппократівський і гіппократівський.

Законами Лікурга (IX—VIII ст. до н. е.) встановлювалася система гігієнічного та фізичного виховання спартіатів. Було введено контроль за шлюбами, здорові новонароджені призначалися для суспільного виховання, кволі — знищувалися. Вся система суспільного виховання знаходилася у руках спеціальних чиновників — ефорів.

Основними принципами догіппократівської медицини були: повага особистості лікаря в суспільстві; диференційоване відношення лікаря до різних хворих.

Повага до особистості лікаря і до його мистецтва переходила в обожнювання. Одним із перших був обожнений давньогрецький лікар Асклепій.

Асклепій (Ἀσκληπιός) — бог лікування, син Аполлона і німфи Короніди (за іншою версією, Арсиної, дочки Левкіппа), яку Аполлон убив за зраду (Короніда виявила прихильність до Ісхия, коли Аполлон дізнався про це від ворона, він пофарбував біле пір'я ворона в чорний колір). Коли тіло Короніди спалювали на похоронному багатті, Аполлон вийняв з її черева немовля Асклепія і приніс його на виховання мудрому кентаврові Хирону, який навчив його мистецтву лікування. Асклепій дійшов зухвалої думки воскресити мертвих (він воскресив Іполита, Капанея, Главка — сина Міноса і інших). За це розгніваний Зевс убив Асклепія блискавкою, адже життям і смертями розпоряджався Аїд і ніхто, крім нього, не мав права цього робити.

Коли Асклепій накопичив у мистецтві лікування великий досвід, Афіна дала йому кров, що витекла з жил Горгони Медузи. Кров, яка текла з лівої частини Горгони, несла смерть, а з правої частини — використовувалася Асклепієм для порятунку людей.

Культ цього божества був особливо популярний в Епідаврї, куди стікалися за зціленням зі всіх кінців Греції.

Неодмінним атрибутом Асклепія був жезл, який обвивала змія (або навіть дві). Іноді він сам асоціювався зі змією, що отримувала в храмі Асклепія жертвопринесення. Пізніше його символом стала чаша, також обвита змією.

Коли хворий видужував, у жертву Асклепію приносили півня. На острові Кіс знаходилося відоме святилище Асклепія, знамениті лікарі острова Кіс вважалися його нащадками і називалися Асклепіадами.

Асклепій мислився іпостассю Аполлона, відомі їх загальні храми і атрибути. Синами Асклепія від його дружини Епіони були Подалірій і Махаон (загинув в Троянській війні). Про них залишив згадку Гомер як про прекрасних лікарів. Серед дочок Асклепія відомі богиня здоров'я Гігея, всецілителька Панацея (Панакея) і лікувальниця Іасо. У святилищі Амфіарая в Оропі знаходився жертовник, одна з частин якого була присвячена Панацеї, Гігієї і Афіні Пеонії («цілительці»).

В образі Асклепія поєднуються риси землі-цілительки і уявлення про передачу божественних функцій дітям богів — героям, які своєю зухвалістю порушують рівновагу, встановлену в світі олімпійцями.

У римській міфології Асклепій іменується Ескулапом, його культ був введений в Римі на початку III ст. до н.е., на одному з островів Тибру. В місці, де була випущена привезена з Епідавра змія, був заснований храм Богові.

<http://www.greekroman.ru/asclepios.htm>

Норми догіппократівської медицини передбачали різну якість медичної допомоги і лікування залежно від грошової винагороди, яку одержував лікар, а також від суспільного стану хворого. Лікар не повинен був надавати допомогу безнадійно хворим і незабезпеченим громадянам і рабам.

Гіппократівський і післягіппократівський період мав вплив на розвиток медицини не лише в Стародавній Греції. Текст «Клятви Гіппократа» покладено в основу сучасних кодексів медичної етики, сучасних клятв, які дають студенти, одержуючи диплом лікарів, у більшості країн світу.

Гіппократ систематизував досвід медичної практики у своїх книгах «Про лікаря», «Про благопристойну поведінку», «Про мистецтво», «Афоризми». Основними принципами медичної практики були: регламентація норм поведінки лікаря; рівні права на одержання медичної допомоги; розвиток поняття про лікарську таємницю; норми взаємовідносин між лікарями. Гіппократ рекомендував направити всі зусилля на вилікування хворого не лише лікаря, а й усіх оточуючих. Ці обставини будуть сприяти вилікуванню хворого. Гіппократ не рекомендував лікарям надавати допомогу невиліковно хворим. На думку Гіппократа, взаємовідносини лікарів повинні бути підкорені інтересам хворого. Якщо лікар має труднощі в постановці діагнозу, то він повинен порадитися з колегами. Він говорить: «Нема нічого соромного, якщо лікар має труднощі у якомусь випадку і з причин своєї недосвідченості, просить запросити інших лікарів, з якими спільно зміг би вивчити стан хворого і які посприяли б йому...» Або: «Лікарі, які разом оглядають хворого, не повинні сперечатися між собою і висміювати один одного, бо я з клятвою заявляю, що ніколи судження одного лікаря не повинно викликати заздрість іншого, це означало б показати свою слабкість».

Основні положення медичної етики, що викладені в «Клятві Гіппократа» і, що зберігають актуальність і по сьогоднішній день свідчать:

✓ «Non posere» (Не нашкодь!). Всяке лікування, всі дії, всі поради лікаря повинні бути спрямовані на користь хворого, приносити йому користь;

✓ людське життя є безумовна цінність;

✓ лікар повинен поважати приватне життя пацієнтів, утримуватися від аморальних вчинків;

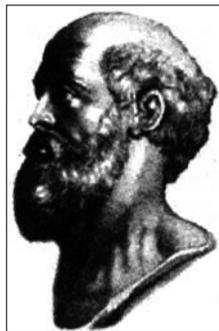
✓ лікар повинен зберігати лікарську таємницю, поважати свою професію.

Про розвиток медицини в Стародавній Греції можна судити не тільки за науковими працями та авторитетом лікаря в країні, а й за рівнем організації та лікування хворих та системою підготовки лікарів. Медична допомога надавалася такими категоріями лікарів:

- жерцями асклепейонів;
- практикуючими лікарями ятрей;
- практикуючими лікарями нозокомейонів;
- періодевтами.

Медична допомога надавалась в **асклепійонах**, храмах збудованих на честь Асклепія. Частина жерців у цих храмах виконувала функції лікарів.

***Гіппократ** (Hippocrates, Hippokrates) (бл. 460 р. — бл. 356 або 377 рр. до н.е.) — знаменитий грецький лікар, «батько медицини». Народився на острові Кос у сім'ї потомствених лікарів. Первинну медичну освіту здобув від батька Геракліда. У двадцять років був присвячений у жерці, без чого, на ті часи, займатися медичною практикою було неможливо. Тоді ж став відомий як чудовий лікар. Медицину вивчав в різних країнах, довгий час провів у Єгипті. Школа Гіппократа розташовувалася в гробниці Асклепія на Косі. Він знав і застосовував у лікувальній практиці більше 200 цілющих трав, був прихильником масажу, занять гімнастикою, водних*



процедур. Був першим лікарем, праці якого збереглися до наших днів. Могила Гіппократа довгі роки була місцем паломництва: згідно з однією з легенд, дикі бджоли, що водилися недалеко від місця поховання Гіппократа, давали мед, що володів чарівними цілющими властивостями. Нащадки визнали Гіппократа «батьком медицини». До наших днів збереглася традиція, що зобов'язує молодих лікарів приймати «клятву Гіппократа», в якій сформульовані основні етичні постулати лікаря.

Афоризми, цитати, які належать Гіппократу. *Що не виліковують ліки, те виліковує залізо; що не виліковує залізо, те виліковує вогонь; що не виліковує вогонь, те виліковує смерть. (Згідно з іншими джерелами фраза звучить інакше: «Чого не ціляють ліки, ціляє залізо; чого не ціляє залізо, ціляє вогонь, а те, чого не виліковує вогонь, слід вважати невиліковним»).*

Медицина справді є найблагороднішим зі всіх мистецтв.

Лікує хворобу лікар, але виліковує природа.

Ні насичення, ні голод і ніщо інше не добре, якщо переступити міру природи.

Протилежне виліковується протилежним.

Якщо лікар не може принести користі, хай він не шкодить.

Як сукнарні чистять сукно, вибиваючи його від пилу, так гімнастика очищає організм.

Не нашкодь хворому!

Лікар — філософ; адже немає великої різниці між мудрістю і медициною.

Наші харчові речовини повинні бути лікувальним засобом, а наші лікувальні засоби повинні бути харчовими речовинами.

Цілення — це справа часу, але іноді це також справа можливості.

Люди похилого віку хворіють менше, ніж молоді, але їх хвороби кінчаються лише разом з життям.

Деякі хворі, не дивлячись на свідомість приреченості, видужують тільки тому, що упевнені в майстерності лікаря.

У всякій хворобі не втрачати присутності духу і зберігати смак до їжі — хороша ознака; протилежне — погана.

Лікування в асклепейонах проводилося методами психотерапії та психогігієни, з широким застосуванням водних процедур, масажу, інших фізичних методів. У разі необхідності проводилися хірургічні втручання. В таких храмах існували медичні школи.

Друга категорія лікарів надавала медичну допомогу в невеличких цивільних лікарнях — **ятрейях**. Цей вид лікарень розташовувався на дому в практикуючих лікарів для кількох пацієнтів, які потребували нетривалого лікування.

Третя категорія лікарів практикувала у великих лікарнях — **нозокомейонах**. У цих лікарніних закладах медична допомога надавалася стаціонарно.

Четверта категорія лікарів — лікарі-мандрівники, які мали назву **періодепти**. Вони ходили по населених пунктах і могли зупинитись у них для надання тимчасової медичної допомоги хворим.

Починаючи з VII ст. до н.е., влада давньогрецьких міст наймала лікарів для обслуговування воїнів під час військових походів та для боротьби з епідеміями.

Лікарів у Стародавній Греції готували або в асклепейонах або в приватних медичних сімейних школах.

Організація охорони здоров'я в Стародавньому Римі

На відміну від організації охорони здоров'я в Стародавній Греції, яка ґрунтувалася на приватній практиці лікарів, у Стародавньому Римі була зроблена спроба переходу до системи державної підготовки та управління діяльністю лікарів.

У Стародавньому Римі практикувало кілька категорій лікарів. Крім практикуючих лікарів, було виділено окремі посади для головних лікарів великих міст — архіатів. Згодом архіатів стали призначати і в провінціях. Архіати, як правило, надавали медичну допомогу багатим громадянам Риму. Для надання медичної допомоги іншому населенню призначались народні лікарі. Крім цих двох категорій лікарів окремо призначались лікарі, які працювали при великих видовищах: у театрах, цирках; на гладіаторських аренах. Відомий Клавдій Гален у молоді роки був лікарем гладіаторів. Лікарі Стародавнього Риму інколи брали на себе функції судових медиків. Наприклад, відомий лікар Антілл виконував роль судового медика у зв'язку з убивством Юлія Цезаря.

Система охорони здоров'я Стародавнього Риму вважається однією з найраціональніших у Стародавньому Світі. У 499 р. до н.е. контроль за санітарним благоустроєм міст та якістю харчових продуктів покладається на спеціальних міських чиновників — едилів. З часом кількість едилів у місті збільшується і впроваджується їх спеціалізація: відокремлюються едили з контролю за харчовими продуктами, за водопостачанням, наглядачі за повіями та ін.

Досягненням римської системи охорони здоров'я є спорудження шпиталів. Лікарі легіонів надавали тільки хірургічну допомогу і мали невеликі лазарети. Тих, що захворіли на тривалий строк, відправляли додому. Коли з розширенням кордонів римської імперії це стало неможливо, в стратегічних пунктах були засновані військові лікарні — валетудінарії. З часом у провінціях почали організовувати лікарні для імперських чиновників та членів їхніх сімей.

Згодом, із загрозою епіdemій, почали організовувати медичну допомогу для бідних. Так, у зв'язку з епідемією чуми (166—180 pp.), Марк Аврелій задля надання медичної допомоги бідним, наказав міським радам утримувати за рахунок міської скарбниці народних лікарів. Крім надання допомоги бідним, народні лікарі мали брати на навчання учнів. Посади народних лікарів було збережено і після подолання епідемії, спочатку в Стародавньому Римі, потім у Візантії.

Наприкінці I ст. н. е. почали створювати лікарні для бідних, фінансування яких здійснювали органи міського управління. В деяких містах приватні лікарні починають отримувати субсидії від уряду і стають повністю або частково суспільними закладами.

Останніми роками існування імперії в Римі та деяких провінціях чітко регламентувалась кількість практикуючих лікарів. Підготовка майбутніх лікарів проводилась під патронатом архіатів. Найбільш кваліфіковані лікарі отримували право на практику.

Організація охорони здоров'я в VII—XVII ст.

Характерною особливістю середніх віків було утворення багаточисленних чернечих орденів (францисканський, бенедиктинський, домініканський), які відводили у монастирях місця для хворих. Згодом церква стала перетворювати ксенодохії (по-

стоялі двори Сходу) на притулки для хворих, старих, удів та сиріт. Кошти для їхнього утримання формувалися з добровільних пожертвувань. У 370 р., у зв'язку з наслідками голоду, єпископ Василь заснував у Кесарії ксенодохію Базілла, що складалася з великої кількості упоряджених приміщень, у яких були передбачені ліжка для хворих, старих. Догляд за ними було доручено лікарям та прислужникам. Пізніше подібні шпиталі створюються в Галлії: у V ст. в Ліоні, в 651 р. — в Парижі. Таким чином створювалася система лікарень — богодільень.

Оскільки до XVI ст. була відсутня централізована державна влада, функції організації охорони здоров'я не належали державі в цілому, а здійснювалися окремими феодалами та органами міського самоврядування. В цей період особливого розвитку набуває придворна медицина при королях, папі, владних князях та система домашніх лікарів при заможних членах суспільства. До обов'язків домашнього лікаря відносилось: нагляд за їжею, благоустрій помешкань, профілактика та лікування. Починаючи з IX ст., феодали залучають хірургів для своїх дружин. Особливої сили ця тенденція набула в часи хрестових походів.

У зв'язку зі зростанням міст, починаючи з XII ст., функції управління охороною здоров'я беруть на себе органи міського самоврядування. В містах, поряд з притулками для бідних пацієнтів, будують лікарні для всіх громадян. Кошти для будівництва створювалися за рахунок внесків громадян, при цьому об'єм внеску відповідав розміру допомоги. Для керівництва шпиталів запрошувались лікарі, управління здійснювалося магістрами, з числа яких призначалось дві особи: одна — контролювала лікування, друга — господарську діяльність шпиталю.

Центрами медичної освіти в Західній Європі були університети, відкриті у VIII ст. — в Салерно, у XII—XIII ст. — у Болон'ї (1158 р.), Парижі (1125 р.), Падуй, Оксфорді, у XIV ст. — у Празі (1348 р.), Відні, Кракові (1364 р.). Спочатку це були приватні навчальні заклади, але згодом вони цілком потрапили в залежність від церкви, яка контролювала статuti, уклад життя, навчальні плани університетів. Що ж до філософських медичних обґрунтувань, то в університетах було офіційно визнано вчення Галена.

У XIII ст. в Германії почали будувати перші шпиталі (лазарет св. Іоахима у Лейпцизі, Бартоломіївський шпиталь у Дрездені), проте вони не були лікарняними закладами в повному розумінні, оскільки їхнім завданням було не лікування, а ізоляція хворих на лепру. При зниженні в Європі захворювання на лепру ці шпиталі було перетворено на притулки для сиріт та богодільні. Проте залишилася сама ідея ізоляції хворих як захід по боротьбі з епідеміями. Міська влада впроваджувала висилку за межі міста інфекційних хворих, забороняла хворим та їхнім родичам торгувати харчовими продуктами.

У XII—XIII ст. в окремих європейських країнах видаються державні установки, спрямовані на регламентацію медичної практики та поліпшення санітарного стану країни. Згідно з едиктом короля Роджера Сицилійського (1140 р.), самостійна лікарська практика на території королівства дозволялася тільки після державного випробування в спеціальній колегії. Фрідріх II Гогенштауфен (1224 р.) започатковує на території Священної Римської імперії державні випробування для хірургів, аптекарів та акушерок з обов'язковим річним стажуванням у відомого досвідченого лікаря. Медичні едикти Фрідріха II стосувалися також контролю за якістю лікарських засобів, правил очищення міст, упорядкування кладовищ.

Після пандемії чуми, яка у XIV ст. забрала життя близько 25 млн європейців та стала на заваді міжнародній торгівлі, гостро постало питання впровадження

систем протиепідемічних заходів і організації охорони здоров'я. У 1348 р. у Венеції створюється перша Санітарна рада, яка єднала керівництво лікувальною справою з санітарно-поліцейськими функціями. У 1370—1374 рр. у Венеції та Мілані впроваджується система карантинних заходів, яка передбачала ізоляцію хворих та осіб, які прибули з «підозрілої» місцевості. Карантин супроводжувався повним знищенням вогнем речей, які належали зараженим.

Венеціанська система протиепідемічних заходів та організації охорони здоров'я учинила вплив на розвиток санітарного законодавства в інших містах Європи. Наприкінці XIV ст. практично в усіх містах Західної Європи приймається система протичумних карантинів. У 1424 р. германський імператор Сигізмунд II впровадив в усіх імперських містах посаду міського лікаря — штадт-фізика, який утримувався за рахунок міської казни. Обов'язки міських лікарів полягали в проведенні заходів по боротьбі з епідеміями, керівництві лікарнями, контролі за діяльністю практикуючих лікарів, аптекарів, акушерок, боротьбі із знахарями та судово-медичні функції. У 1685 р. бранденбурзький курфюрст Фрідріх Вільгельм створює центр медичного управління — Медичну колегію, в обов'язки якої входило спостереження за діяльністю всього медичного персоналу, приймання іспитів на право самостійної практики в лікарів та аптекарів, контроль за продажем лікарських засобів. У 1719 р. для керівництва і організації боротьби з епідеміями створюється спеціальний орган — Санітарна колегія. Відповідні органи були створені в низових інстанціях, кожній провінційній раді був приданий лікар — ланд-фізик. У 1794 р. обидві колегії були об'єднані в одну оберколегію, а на місцях були створені провінційні Медико-санітарні колегії. Пруська система охорони здоров'я стала взірцем для інших германських держав.

Наприкінці XVII ст. були зроблені перші спроби визначити значення охорони здоров'я для господарської діяльності країни. В піонерських санітарно-демографічних дослідженнях Петті (1662) та Галлея (1697) робляться спроби аналізу для виявлення залежностей руху населення, причин смерті, впливу хвороб на виробничу діяльність населення.

Таким чином, протягом десяти сторіч у Європі було закладено систему протиепідемічних заходів, що дало змогу подолати пандемії і сприяло подальшому розвитку суспільства, міжнародним відносинам та торгівлі. За цей час майже всі європейські країни впровадили системи контролю за освітою та діяльністю лікарів.

Наприкінці XV ст. виникає Московська держава. Потреби економічного розвитку країни, постійна загроза військового нападу ззовні сприяли виникненню зачатків державної медицини. У зв'язку з цим у 1620 р. було створено Аптекарський наказ, що став найвищим органом медичного управління в Московській державі.

Аптекарський наказ на першому етапі своєї діяльності був придворною медичною установою, управляв царською аптекою, видав медичним персоналом. До обов'язків цього наказу входило лікування царя, його сім'ї і наближених. Виготовлені «відбіркові лікарські засоби» для царя зберігалися в особливій кімнаті («казенці»), охоронялись і відпускались тільки з дозволу дяка Аптекарського наказу. Виписування ліків і їх приготування ретельно охоронялось. Приготовані для царського двору ліки куштували спочатку доктори, що їх прописали, потім аптекарі, що їх приготували, і нарешті — особа, яка займалася постачанням ліків до царя.

У 1631 р. штат Аптекарського наказу був невеликим: два лікарі, п'ять підлікарів, один аптекар, один окуліст, два перекладачі і один піддячий.

У середині XVII ст. Аптекарський наказ з придворної установи перетворився на загальнодержавний. Значно розширилися і його функції. Аптекарський наказ за-прошував на службу іноземних лікарів і займався підготовкою національних кадрів, розподілом їх за посадами, перевіркою «докторських казок» (історій хвороб) і виплатою платні. Аптекарський наказ керував аптеками, аптекарськими городами і організацією збору лікарських рослин у масштабі країни.

Військові події поставили перед Аптекарським наказом ще одну проблему — створення медичної служби в російській армії. У зв'язку з цим визначалися й додаткові функції: призначення у війська лікарів і підлікарів, постачання ліками полкових аптек, організація тимчасових військових госпіталів, огляд солдатів про придатність їх до несення військової служби.

У першій половині XVII ст. всі витрати Аптекарського наказу оплачувалися із загальної скарбниці, а згодом ця установа вже мала власний бюджет. До 1681 р. штат Аптекарського наказу значно збільшився. Серед 80 співробітників було 6 докторів, 4 аптекарі, 3 алхіміки, 16 лікарів-іноземців, 21 російський лікар, 38 учнів лікарського і костоправного діла. Крім того, було 12 піддячких, городники, товмач і господарські працівники.

Розміщення Аптекарського наказу не було постійним. Спочатку ця установа знаходилася на території Кремля, в кам'яній будівлі навпроти Чудового монастиря. У другій половині XVII ст. основні служби Аптекарського наказу було перенесено на нове місце.

У 1690 р. був виданий указ царів Івана і Петра Алексійовичів «Про поліпшення постановки аптечної і медичної справи в Аптекарському наказі». У ньому наголошувалося, що доктори і аптекарі не мають між собою доброї згоди, «без всякої причини» між ними часто спостерігаються «ворожнеча, сварка, наклеп і нелюбов». Звідси в молодших чинів до докторів і аптекарів — «неслухняність», у справах «недбалість». В указі відмічено, що при такому положенні виготовлені ліки замість користі можуть заподіяти людям страждання. Для наведення належного ладу в медичній справі і в аптеках указ наказував кожному докторові і аптекареві приймати присягу і клятву.

У 1654 р. при Аптекарському наказі відкрито Школу російських лікарів. Разом з тим продовжувала діяти і система учнівства. Учні лікарської і аптекарської справи направлялися до досвідчених докторів і аптекарів для отримання медичних знань і лікарських навичок.

У XVII ст. у російській медицині відбулися деякі якісні й кількісні зрушення. Будуються госпіталі та лікарні, впроваджується підготовка лікарів. Школа російських лікарів давала обширні знання. Лікарі перебували на державній службі, користувалися лікарськими «порадниками» і «травниками». У 1658 р. Еліфаній Славенецький вперше здійснив переклад російською мовою книги знаменитого А. Везалія «Про будову людського тіла» (1543). Серед медиків користувалася успіхом книга «Таємна таємних, або Аристотельові брами», в якій були викладені не тільки лікарські знання, а й питання медичної етики.

Перші лікарні будуються як за кошти державної казни, так і приватні. У Москві на кошти боярина Ртіщева в 1656 р. було споруджено невелику цивільну лікарню з двох палат. У 1635 р. при Троїцько-Сергіївському монастирі побудовані лікарняні палати, які збереглися і до теперішнього часу.

Перший тимчасовий військовий госпіталь створений на території Троїцько-Сергіївської лаври в період польсько-литовської інтервенції і облоги цього монастиря (1611—1612 рр.). У госпіталі надавали медичну допомогу не тільки пораненим, а й хворим на цингу, дизентерію.

Другий тимчасовий госпіталь був відкритий у Смоленську в 1656 р. під час війни з Польщею. У цьому госпіталі працювала велика група російських лікарів і лікарських учнів. У Москві на Рязанському подвір'ї в 1678 р. також був створений тимчасовий госпіталь. Лікування поранених і їх медичне обслуговування в тимчасових госпіталях здійснювалися за рахунок державних коштів.

У 1682 р. цар Федір Олексійович наказав Аптекарьському наказу влаштувати два постійні шпиталі (лікарні) в Знаменському монастирі і на гранатному дворі за Нікитськими воротами.

Епідемія чуми 1654—1655 рр. зумовила розробку та впровадження карантинних заходів було, розроблено перші протиепідемічні заходи. У Москві було створено карантин, встановлено застави. Всякий зв'язок із Москвою карався стратою. Листи переписували на заставах і передавали через вогонь. Будинки очищали від трупів і виморожували.

Організація охорони здоров'я в XVIII—XIX ст.

Перша реформа організації охорони здоров'я, як частина загальної системи державного управління, була проведена у Франції. В 1822 р. при міністерстві внутрішніх справ було створено вищу санітарну раду. Всі медико-поліцейські і санітарно-протиепідемічні функції було покладено на державний адміністративний апарат: при префектах створено департаментські санітарні комісії, при субпрефектах — окружні, при мерах — кантональні.

Системи охорони здоров'я, які пізніше були створені в європейських країнах, повторювали структуру французької. Майже в усіх країнах керівництво системою охорони здоров'я зосереджувалося в спеціальному відділі або департаменті міністерства внутрішніх справ. На чолі такого відділу стояв чиновник, який, як правило, не мав медичної освіти. В більшості країн при центральному органі управління охороною здоров'я створювався колегіальний дорадчий орган, до складу якого входили вчені-медики, практичні лікарі, а також представники суміжних галузей.

У провінціях керівництво охороною здоров'я входило до компетенції органів внутрішнього управління і зазвичай було представлено колегіальним органом (радою), що складалася головним чином з лікарів, які були на державній службі. Характерно, що державне управління стосувалося виключно заходів із санітарного благоустрою, контролю за санітарним станом територій, протиепідемічної роботи і не торкалося питань лікувальної допомоги. Виникнення буржуазії та прошарку службовців збільшило кількість населення, яке могло вирішити питання медичної допомоги кваліфікованим приватно практикуючим лікарем, проте надання медичної допомоги населенню з низьким рівнем доходу залишалося відкритим.

У 1848 р. в Англії був прийнятий «Білль про усунення санітарних шкідливостей та запобігання хворобам», згідно з яким у густо населених містах, якщо смертність перевищувала 23 на 1000 мешканців, засновувалося за вимогами 0,1 платників податків місцеве лікувальне управління. В цьому ж році в Англії було організовано Головне відомство громадського здоров'я. Інспектори цього відомства мали великі повноваження, навіть підвищували податки в разі різкого погіршення епідеміологічної ситуації.

У першій половині XIX ст. на новій соціальній основі поновлюється благодійна діяльність церкви і паралельно з цим з'являється значна кількість благодійних установ та фондів.

Для забезпечення медичної допомоги кваліфікованим робітникам та службовцям, які не могли звернутися до приватно практикуючого лікаря, з'являється принцип забезпечення взаємодопомоги за рахунок коштів, отриманих із систематичних внесків — страхування здоров'я.

Значне поширення отримали у Франції «Товариство взаємодопомоги», в Англії — «дружні товариства» та «робочі клуби», в Германії — «вільні допоміжні каси». В Германії в 1849 р. було прийнято Закон, згідно з яким органи міського самоврядування отримували право обкладати внесками у «вільні допоміжні каси» також і підприємців.

У 1875 р. в Англії прийнято «Закон про громадське здоров'я», засновуються санітарні ради в містах та сільських громадах, приймаються заходи щодо оздоровлення робітничих кварталів. У багатьох країнах Європи вводяться санітарні кодекси: в Германії — у 1871 р., в Австрії — в 1876 р., в Угорщині — у 1877 р., в Швеції — у 1879 р. Санітарні кодекси передбачали заходи карантинно-загороджувального порядку, встановлювали норми щодо виробництва та зберігання харчових продуктів, комунальної санітарії, правил ізоляції та госпіталізації хворих на інфекційні хвороби та ін.

Таким чином, у XIX ст. у зв'язку з розвитком та вимогами виробництва було прийнято санітарне законодавство в більшості європейських країн. Проте, незважаючи на створення служб охорони здоров'я, система медичної допомоги була далека від досконалості. Стаціонарна допомога в системі муніципальних, приватних та благодійних лікарнях здійснювалася на платній основі, позалікарняна допомога надавалася переважно приватно практикуючими лікарями. Безкоштовну медичну допомогу надавали окремі благодійні організації або лікарі органів місцевого самоврядування тільки особам, які мали посвідчення про бідність. Страхові (лікарняні) каси частково відшкодовували видатки за надання стаціонарної медичної допомоги.

2.3. Історія організації охорони здоров'я в Україні

Археологічні знахідки свідчать, що народи, які населяли територію сучасної України в давнину, мали певні медичні знання. Наприклад, скіфські лікарі володіли рядом раціональних хірургічних прийомів, технікою видалення зубів. При розкопках знайдено черепи з трепанованими отворами, інструменти, які можна було використовувати для складних хірургічних втручань. Такі знахідки можуть бути доказом досить високого рівня розвитку медичного мистецтва у скіфів та стародавніх слов'ян. Деякі скіфи займалися медичною практикою, були обізнані про медицину античних греків і використовували знання, здобуті безпосередньо в Афінах.

За часи Київської Русі склалася система підготовки та використання лікарів (лічців). Медичну допомогу надавали три категорії медиків:

- світські лікарі — емпірики служили при дворах київських князів. При княжих дворах практикували не тільки місцеві лікарі, а й фахівці, запрошені із-за кордону;
- лікарі-священники, які надавали допомогу хворим та інвалідам у спеціальних притулках при монастирях та великих церквах;

• стародавні народні (мирські) цілителі (знахарі, чудесники, волхви, ведуни та ведун'ї). Вони мали навіть своєрідну спеціалізацію: серед народних лікарів були травники, костоправи, зубоволоки та ін.

Медична допомога надавалась як окремими лічцями, так і при монастирях та лікарнях. Княгиня Ольга організувала лікарню, в якій впровадила обслуговування хворих жіночим персоналом.

В X ст. в Київській Русі закладаються монастирі з усіма функціями раннього християнства — лікування, піклування вдів, сиріт, людей похилого віку, жебраків. Особливу роль відіграв Києво-Печерський монастир, який мав дуже широку популярність у лікувальному мистецтві. Серед ченців Києво-Печерського монастиря були лікувальники, які працювали в лікарні при монастирі і надавали терапевтичну, хірургічну та психоневрологічну допомогу. Засновник Києво-Печерського монастиря преподобний Антоній (родом з Чернігівщини) на ознаку вдячності за зцілення отримав від київського князя Ізяслава в подарунок гору над печерами та заснував на ній Печерський монастир (1051 р.). Антоній приніс у Київ знання, ліки, спеціальну літературу з грецької гори Афон і заснував систему надання першої медичної допомоги.

Продовжувачем справи Антонія став Агапіт Печерський (відома тільки дата його поховання — 1095 рік). Він заснував першу терапевтичну школу на Русі. Він молитвою і зіллям лікував внутрішні хвороби, врятував життя багатьох людей. Медичну допомогу він надавав безкоштовно і багатим, і бідним. В літературі описано епізод, коли Агапіту було запропоновано поїхати до Чернігова до тяжко хворого князя Володимира Мономаха. Проте Агапіт дав клятву ніколи не покидати стін монастиря. І тому передав князю цілющі відвари трав з настановами щодо їх застосування. Князь видужав і надіслав лікарю в знак подяки золоті дари, які Агапіт просив роздати жебракам біля воріт монастиря.

Агапіт мав свою «школу»: його поради використовували багато печерських ченців, а також онука князя Володимира Мономаха Євпраксія Мстиславна (1108—1172 рр.). Вона вивчала народну медицину і практично допомагала хворим. Її трактат «Мазі» складався з п'яти розділів і є визнаною науковою працею тих часів. Рукопис трактату було знайдено тільки в XIX ст. у флорентійській бібліотеці Лоренцо Медічі.

Ченці Києво-Печерського монастиря, одержавши досвід лікування, йшли у сусідні землі, засновували нові монастирі і поширювали медичні знання. Таким чином виникла монастирська медицина.

Агапіт Печерський. На відміну від західноєвропейських країн, Київська держава не стояла відстороню від церковної благодійності. Статут Великого князя Володимира (996 р.) поклав на церков піклування про вдів, сиріт, старих, хворих, а також передав під підпорядкування церкви лазні, лікарні та лікарів. Відповідно до церковного статуту того часу лікарі були вільними людьми, на яких не поширювалися цивільні закони та юрисдикції світської влади.



«Руська правда» Ярослава Мудрого (1096 р.) закріплює вплив церкви в охороні здоров'я. Церквам доручається будівництво лазень та лікарень, безоплатне надання медичної допомоги, а також функції громадського піклування. Фінансове забезпечення цієї діяльності вирішується шляхом впровадження спеціального мита — десятини на користь бідних, сиріт і хворих. «Руська правда» законодавчо встановлює оплату праці лічців: людина, яка нанесла шкоду

здоров'ю іншій людині мала сплатити штраф в державну казну та видати гроші на лікування особи, що постраждала.

Ярослав Мудрий. Після прийняття християнства й розповсюдження письменності досвід народної медицини було узагальнено в численних травниках та лікувальниках.



Багато з цих рукописів загинуло під час багатьох війн. Проте до сьогодні збереглося понад 250 стародавніх травників та лікарських порадників, у яких містяться описи численних методів лікування часів Київської Русі.

Монастирські лікарні Київської Русі були також центрами просвіти: в них навчали лікувальній справі, збирали грецькі та візантійські рукописи. При перекладі цих рукописів монахи доповнювали їх зміст і власними знаннями, отриманими на власному досвіді монастирських лічців.

Однією з популярних книг XI ст. був «Збірник Святослава», який двічі (1073, 1076 рр.) переписували для сина Ярослава Мудрого князя Святослава. Цей збірник мав риси енциклопедії. В ньому було описано деякі хвороби та уявлення тих часів щодо їх причин, лікування та запобігання їм. В «Збірнику» надається інформація щодо лічців-різальників, які вміли «розрізати тканини», робили ампутацію кінцівок та інших частин тіла, лікувальні припікання за допомогою розжареного заліза, лікували ушкоджене місце травами та мазями. В книзі описані ножі для розтинів та лікарські жорна, надається перелік невиліковних хвороб, які не лікували лічці тих часів.

У літопису «Повість минулих літ» наводиться опис санітарної очистки населених міст та поля бою, поховань померлих під час епідемій. Нестор описав парові бані того часу. Крім свого прямого призначення, парова баня була місцем прийняття пологів, у ній проводили перший догляд за новонародженим, вправляли вивихи й робили кровопускання, «накладали горщики», лікували застуду і хвороби суглобів, розтирали лікарськими мазями при захворюваннях шкіри.

У літературі XII ст. є відомості про жінок-лікарок, бабок-костоправок, які вправно робили масаж. Жінки залучалися до догляду за хворими.

Особливу сторінку в історії України займає Західна Україна, 600-річне перебування якої під владою інших держав наклало суттєвий відбиток на розвиток усього краю і медицини зокрема. Ці землі багаті історико-медичним минулим.

Історія медичного забезпечення в Західній Україні бере початок у XIII ст. В цей час князь Лев на честь своєї дружини Констанції — дочки угорського короля — побудував біля підніжжя Замкової гори у Львові собор Іоанна Хрестителя. А Констанція в 1270 р. віддала своє придане і виділила землю для споруди при храмі монастиря з притулком і аптекою для хворих. Цей перший медичний центр проіснував до 1480 р., його дерев'яні споруди згоріли під час пожежі (пізніше на цьому місці був побудований величний Домініканський собор і монастир). Були засновані притулки для хворих і при інших монастирях — відомий «асклепійон» при монастирі св. Юра в Львові. Подібні заклади були і при інших духовних центрах Західної України.

Лікувальною справою займалися не тільки в монастирях. У XIII—XIV ст. у Львові, як і по всій Галичині, практикували численні доморослі жерці-лікарі. Це були народні знахарі, костоправи, зубодери, зілейники-травники, ведуни, потворники, чарівники, волхви, ворожки і повитухи, лікувальна практика яких ґрунтувалася на народних традиціях.

Провідне місце серед середньовічних лікарів займали цирульники. Вони були першими лікарями в місті і допомагали пораненим і хворим, виривали зуби, проводили операції по витяганню каменів, ампутації, кровопускання, яке в народі вважалося найбільш ефективним і належало поширеним способом лікування різних хвороб. Лікарі-цирульники належали до багатих людей міста. Платня, яку вони отримували, була дуже високою, і лікування в них було недоступне для бідного населення. Вчилися цирульники в дипломованих лікарів-чужоземців, яких запрошували князі до княжого двору. Ці лікарі брали декількох учнів, що допомагали їм у роботі, виконуючи дрібні лікарські маніпуляції, і доглядали хворих. Так відбувалося об'єднання досвіду побутової медицини, якою добре володіли цирульники, з даними науки.

Крім лікарів-чужоземців, дипломованими фахівцями в XIV ст. ставали й русини, що проживали на території України. Вони здобували медичну освіту спочатку в середній медичній колегії (подібність гімназії), а після — в одному з вищих європейських університетів. У списках цих університетів серед бакалаврів, ліценціатів і магістрів є прізвища українців, яких у XIV ст. в Європі називали студентами з Рутеній (тобто з України). Серед рутенців у Сорбоннському університеті (Франція) навчались Петро Кордован (1253 р.), Іван з Рутеній (1368 р.), а з часом — Герман Вільовіч, Самійло Лінкевич, Іван Тінкевич, Андріан Заторікус. У Краківському університеті впродовж XV—XVI ст. здобули освіту 800 хлопців-українців.

Лікарі-українці на теренах колишньої Російської та Австро-Угорської імперій відігравали велику роль в охороні здоров'я населення та розвитку медичної справи. Вони були добрими знавцями своєї професії, й інші держави використовували їх для розбудови своїх державних організацій, зокрема медичних шкіл. Серед українських дипломованих лікарів, які поряд з медичною практикою успішно займалися науковою діяльністю, був перший український доктор філософії і доктор медицини Юрій (Георгій) Дрогобич-Котермак (1450—1494 рр.). У 1481—1482 навчальному році він обирався одним з ректорів Болонського університету. Ця посада вважалася однією з найпрестижніших у Болоньї. Ректор не тільки пильнував за дотриманням університетських статутів, контролював працю професорів, розподіляв лекції та організував диспути, а й був суддею в кримінальних та цивільних справах для всіх осіб університету.

У своїх наукових працях Ю. Дрогобич не тільки застерігав від спалахів епідемії, а й вважав, що з епідемічними захворюваннями потрібно боротися.

Юрій Дрогобич був також професором Краківського університету, одним з учителів Коперника. Як лікар-практик він мав великий авторитет серед краківських професорів. Його неодноразово запрошували до Васельського замку на консиліум до хворого короля Казимира IV, після чого Ю. Дрогобич дістав право користуватися титулом королівського лікаря.

У XVI—XVII ст. в Україні відкриваються перші вищі навчальні заклади, в яких вивчали медицину: Острозька (1578), Замойська (1593) академії, найстаріший в Україні медичний факультет Львівського університету (1661).

В цей час в Україні, і зокрема в Києві, Львові, Луцьку, існували великі цехи—об'єднання цирульників. У них майстри-цирульники навчали учнів не тільки мистецтву гоління, а й певним методам лікування. Львівські та Київські цехи цирульників мали свої Статути. В Статуті Київського цеху цирульників зокрема зазначалось: «Майстерність цирульницька має полягати в тому: голити, кров жильну і зашкірну пускати, рани гоїти рубані, пробиті та стріляні, а особливо виривати зуби та виліковувати французьку і шолудну хвороби, ставити крастери та шліфувати бритви». Велику роль відігравали цирульники під час воєн, надаючи допомогу пораненим на полі бою. Цим вони завоювали собі визнання, незважаючи

полі бою. Цим вони завоювали собі визнання, незважаючи на те, що дипломовані лікарі їхню діяльність вважали непрофесійною.

Вагомий внесок у розвиток організації охорони здоров'я зробив митрополит Петро Могила (1596—1647 рр.). Він був відомим діячем православної церкви та просвіти, заснував Києво-Могилянську академію (1633 р.), у стінах якої проводилось і медичне навчання. В академії великого значення надавалося дотриманню правил гігієни, про що були відповідні вказівки у статуті навчального закладу.

У XV—XVII ст. на території України виникає, процвітає та руйнується гідне подиву явище — козацтво. Козаки — це вільні люди. Вони йшли від панів, від утисків у дикі степи Наддніпрянщини, збираючись у ватаги за дніпровськими порогами. Звідси і пішла назва — запорожці. На той час південні й східні окраїни України майже не були обжиті. Тут пролягав незримий кордон із войовничим татаро-монгольським ханством. Козаки — хотіли вони того чи ні — змушені були ставати воїнами, захисниками окраїнних земель, займаючись одночасно мисливством, рибальством, хліборобством.

Із часом на Запорозжі, враховуючи постійне неспокійне оточення, почали виникати козацькі фортеці — січі. За переказами, першу з них князь Дмитро Вишневецький побудував у 1550 р. на острові Мала Хортиця, що розташований у руслі Старого Дніпра. Січ являла собою укріплення, усередині якого стояли церква, господарські будівлі і житлові приміщення — курені. Одне з крил церкви відводилося під лікарню.

Історики налічують вісім січей: Томаківську, Базавлуцьку, Микитинську, Чортомлицьку, Кам'янську, Олешківську, Нову і Задунайську. В різні часи вони розташовувалися в різних місцях України і проіснували майже два з половиною століття.

Неприборкана вольниця, козацтво в політичну і військову силу українського народу почало перетворюватись у другій половині XVI ст., досягнувши розквіту за часів славних отаманів Петра Сагайдачного та Івана Сірка. Історія козацтва — це постійні війни: з турецьким султаном, кримським ханом, шляхетською Польщею. Вміння козаків воювати вражало Європу, і багато хто з монархів не відмовлявся від послуг запорожців, у тому числі й російські царі.

Козацьку медицину виокремлюють від народної. Українська народна медицина мала такі ознаки:

- лікування для всіх;
- органічне споріднення з медициною болгар, сербів, поляків та інших слов'янських народів;
- тривале рослинне цілительство.

Для козацької медицини характерні:

- термінове професійне лікування;
- лікування споріднене з народами, з якими або проти яких воювали козаки (медицина татар, турків, російських стрільців, тощо).

Рецепти та методи козацької медицини передавалися з вуст в уста, з покоління в покоління. Вона була бездипломною, безступеневою та безкнижковою.

Церква й медицина йшли в козаків пліч-о-пліч. Серед фундаторів перших шпиталів для козаків був Іван Мазепа. У Києво-Печерській лаврі було відведено місце для лікування хворих. Подібні церкви, з спеціальним крилом для лікарні, були в Чернігові, Полтаві. Особливістю козацької медицини було поєднання допомоги лікарів (ченців, травників, костоправів) та лікування молитвами. Це було можливо із врахування глибокої релігійності козацького гурту. За допомогою молитви лікува-

ли усі неврози, значну частину психозів у початковій стадії, виразки шлунку, розлади травного каналу й печінки, навіть невігійні рани, переломи, остеомієліти й інфекції.

Підставою звертання до Бога було те, що за будь-яких обставин щиросерде й чисте слово наше дійде до Отця нашого, і ті, хто гаряче молився Богові, одужували швидше й надійніше. При будь-якій хворобі розпочинали лікування з «Отче наш». Читали разом вголос і цілитель, і недужий. Якщо козак був непритомним, молився побратим. При гарячці (лихоманки й загальні зараження крові) возносили благання Богородиці (молитва «Пресвята Богородиця»). Лікарі перед операцією (вилучення стріли, оброблення глибокої рубаної рани на голові тощо) вдавалися до «Символа віри». Традиція ця ще донедавна жила серед козацьких нащадків-хірургів як у самій Україні, так і в діаспорі. Молитву «Слава Тобі, Боже наш...» читали перед усіма водними процедурами. Молитву повторюють тричі вранці.

В середні XVI ст., в період визволення України від шляхетської Польщі, почали застосовувати елементи евакуації поранених з поля бою. Тяжкопоранених, покалічених воїнів ввозили до монастирів та притулків, де їм надавали медичну допомогу. Воїнам Богдана Хмельницького медичну допомогу надавали у шпиталях, які утримували за кошти козацького війська, при Трахтемирівському та деяких інших монастирях. Хірургічну допомогу на полі бою надавали також військові цирульники, які були в кожному полку. Їм допомагали костоправи, які надавали травматологічну допомогу. Це були не спеціально підготовлені фахівці, а народні умільці, з великим досвідом вправління вивихів, іммобілізації кісток при переломах. Цирульники вміли зупиняти кровотечі, застосовувати рослинні губки, які стягували свіжі рани від нагосення, знали цілющі пластирі та мазі, використовували настої лікарських рослин.

З 1754 р. найбільш молодих лікарів Російської імперії посилали в університети Європи для подальшого удосконалення. Всі вони були українцями. В ті часи навіть була поширена думка, за якою медицина є «національною схильністю українського народу».

Завдяки глибокому вивченню українськими лікарями досвіду підготовки лікарів у Європі була створена самобутня вітчизняна система вищої медичної освіти. Її характеризували такі особливості:

- широка й різнобічна програма теоретичного навчання;
- клінічний принцип викладання основних медичних дисциплін («виховання лікаря біля ліжка хворого»);
- володіння студентами одночасно терапією і хірургією (студенти медичних вузів Європи на той час хірургію не вивчали).

У зв'язку з епідемією холери в середині XIX ст. в Російській імперії було прийнято тимчасове рішення, згідно з яким власники фабрик та заводів мали організувати для своїх робітників лікарні із розрахунку 1 ліжка на 100 осіб. Поява цього документа вважається відправним пунктом започаткування фабрично-заводської медицини в Україні. Першим промисловим підприємством, де в 1870 р. було створено першу в Україні лікарняну касу, став адміралтейський завод «Руссуд» у м. Миколаєві. Використавши лікарняний збір коштів, підприємці уклали угоду з Миколаївським військово-морським шпиталем щодо надання медичної допомоги при нещасних випадках. На інших підприємствах реалізація цього рішення гальмувала, оскільки вимагала певних непередбачених фінансових витрат, зменшення прибутку власників. Так, навіть через 20 років, в 7 з 9 українських губерній елементарною медичною допомогою було охоплено 15 відсотків робітників підприємств.

За таких умов організації медичного обслуговування лікарям та пацієнтам довелося самим створювати різні страхові товариства та каси взаємодопомоги.

1910—1914 рр. — найкращий період у суспільному устрої імперської Росії, при якому було впроваджено систему триканальності фінансування медичного забезпечення. Населення України мало законодавчо визначений (у розрахунку на одного мешканця) гарантований рівень обсягу медичної допомоги.

Фінансування медичної допомоги надходило з трьох каналів і складалось з:

1. Витрат на охорону здоров'я з царської казни — 5,17 %.
2. Витрат на медичну допомогу працюючому населенню від великих земств та міст (згідно державного податку) — 76,83 %.
3. Коштів, які надходили від приватних осіб та громадських організацій — 18 %.

Прийнятий у 1912 р. Державною думою Закон «Про соціальне страхування на випадок хвороби» ввів поняття лікарняних кас, визначив їхній статус у суспільстві як організаційних осередків для праці лікарів за страховим принципом. Відповідно до положення про страхування, затвердженого в Україні, джерелами фінансування системи медичного страхування, що проходило через лікарняні каси, були переважно фонди соціального страхування. Кошти формувались із внесків промисловців та робітників — членів лікарняних кас, у відношенні 40:60.

На початку Першої світової війни в Катеринославській губернії вже існувало 135 лікарняних кас, проте загальне охоплення соціальним страхуванням в Україні становило лише 2 % всього населення.

В Україні існувало два типи лікарняних кас: заводські та об'єднані. Заводські здійснювали виплату допомоги за встановленими випадками, організовували надання безкоштовної медичної допомоги постраждалим робітничим сім'ям. У 1913 році до статуту лікарняних кас уряд вніс поправку, згідно з якою лікарняним касам надавалося право організувати лікарні, амбулаторії, санаторії, аптеки. Взаємовідносини «лікарняні каси—лікарня» розвивалися за двома формами: залучення фахівців до роботи в лікарняних касах і зарахування лікарів на постійну роботу.

Лікарняні каси створювалися не тільки в промислових містах, й в окремих повітах. Оскільки кількість лікарняних кас в Україні неухильно зростала, дрібніші об'єднувалися з дрібними, що сприяло утворенню ефективної медичної допомоги населенню та зменшенню залежності від підприємця. Об'єднані каси мали більші кошти і надавали більш кваліфіковану амбулаторну та стаціонарну медичну допомогу. Влаштували невідкладну медичну допомогу в нічні години, постійне чергування медичного персоналу тощо. Одним з найважливіших видів діяльності лікарняних кас стало надання медичної допомоги хворим на туберкульоз, включаючи санаторне лікування.

Загалом у дореволюційний період в Україні було створено систему страхової медицини і медичного страхування з витокami фабрично-заводської медицини. Після жовтневого перевороту в 1917 р. за короткий період вона зазнала розквіту й заходу.

Відразу після проголошення самостійності (18 січня 1918 р.) справами охорони здоров'я відповідно до законів Росії, які ще діяли на той час, опікувалося Міністерство внутрішніх справ.

Під час керівництва урядом В. Винниченка (1880—1951) та В. Голубовича (1885—1939) існували окремі департаменти здоров'я, директорами яких були Борис Матюшенко (1883—1944), який ще в 1917 р. почав організувати медично-санітарну службу в Україні та Євмен Лукаевич (1871—1929) — один з організаторів Українського Червоного Хреста, випускник Цюрихського університету.

Окреме ж Міністерство здоров'я та соціальної опіки було створене за правління гетьмана П. Скоропадського (1873—1945) у травні 1918 р. Першим міністром був Всеволод Любинський, який залишався на цьому посту до занепаду Гетьманату, тобто до 26 грудня 1918 р. Директорами департаментів на той час були: медичного — Б. Матюшенко; санітарного — О. Корчак-Чепурківський (1857—1947); загального — М. Галаган; відділення очолювали: освіти — В.П. Піснячевський (1889—1933); інформаційно-видавниче — Ю. Меленевський; судової експертизи — Сулима; санітарно-технічне — інженер О. Земляніцин; демобілізаційне — О. Сидоренко.

Невдовзі після створення Міністерства здоров'я і соціальної опіки завідувач його інформаційно-видавничого відділення Ю. Меленевський почав видавати українською мовою «Вісник Міністерства народного здоров'я».

Після В. Любинського на посаду міністра здоров'я (за Директорії) було призначено спочатку Б. Матюшенка, а в 1919 р. — професора, майбутнього академіка О. Корчак-Чепурківського.

Коли головою уряду став Б. Мартос, міністром здоров'я було призначено М. Білоуса, який, щоправда, мало перебував на цьому посту. Після нього міністром здоров'я став Д. Одрина, який закінчив з відзнакою в 1916 р. медичний факультет Київського університету св. Володимира і вже в 1917 р. організував на фронті українські санітарні частини. Після прибуття до Києва він працював у секретаріаті Центральної Ради, де займався організацією санітарно-медичної справи в українському війську, допомагав створювати Український Червоний Хрест. З 1919 р. Д. Одрина працює заступником голови Трудового конгресу України, а в червні того самого року призначається міністром здоров'я і заступником голови Ради Міністрів. У ранзі міністра він здійснює поїздки по Україні для організації нової служби охорони здоров'я. Раптово помер 16 листопада 1919 р. в Кам'янці-Подільському в розпалі епідемії тифу.

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

Після утворення в листопаді 1918 р. Західно-Української Народної Республіки (ЗУНР) державним секретарем здоров'я в цьому уряді був випускник медичного факультету Віденського університету галичанин Іван Куровець (1863—1931).

Міністерство здоров'я та соціальної опіки УНР організувало надання медичної допомоги цивільному населенню та забезпечувало разом з Міністерством військових справ санітарну опіку торговельного флоту. Крім цього, воно допомагало Міністерству внутрішніх справ у репатріації наших співвітчизників. Разом з Міністерством закордонних справ займалося поверненням українських втікачів із західних країн та Далекого Сходу і, нарешті, співпрацювало з Міністерством торгівлі у справі придбання із-за кордону лікувальних матеріалів для України.

30 грудня 1922 р. у м. Москві відбувся I Всесоюзний з'їзд Рад, який розглянув питання про утворення СРСР, у складі якого була і Україна як одна з республік СРСР. Постало питання про координацію заходів у галузі охорони здоров'я всіх республік Союзу РСР. На II Всеукраїнському з'їзді відділів охорони здоров'я (1923 р.) було підкреслено необхідність приділяти увагу створенню мережі поліклінік, жіночих та дитячих консультацій, розширенню профілактичних заходів не тільки в діяльності санітарних лікарів, а й лікарів лікувального профілю. Поліклінікам надавалося все більшого значення в організації лікувально-профілактичної допомоги населенню.

Великі труднощі викликало налагодження санітарного стану міст і селищ України, що пояснюється розрухою в роки громадянської війни та іноземної військової інтервенції. Були прийняті невідкладні заходи із створення санітарної організації, що являло на той час величезні труднощі з причин величезного дефіциту санітарних лікарів. Залучення старих фахівців до співробітництва з радянськими органами охорони здоров'я на перших порах викликало організований опір серед деякої частини лікарів, яка закликала до саботажу народної охорони здоров'я. Але все ж таки найбільш свідомі представники медичної інтелігенції без вагань стали співпрацювати з органами радянської влади з метою підготовки та виховання нових кадрів медичних працівників, які були так потрібні молодій державі.

З 1928 р. в Україні почала швидкими темпами розвиватися мережа санітарно-епідеміологічних станцій.

У 1929 р. було запроваджено адміністративну / централізовану систему управління народно-господарським комплексом. Фінансування охорони здоров'я стало виключно бюджетним.

На початок 1941 р. система охорони здоров'я Української РСР налічувала 29 000 лікарів та 91 000 середніх медпрацівників. Вони творчо працювали в 16 медичних інститутах, 4 інститутах удосконалення лікарів та фармацевтів, і 45 науково-дослідних інститутах республіки.

Але поряд з успіхами системи охорони здоров'я в Україні не можна не згадати про наслідки такого ганебного явища, як культ особи Й. В. Сталіна.

На видатних науковців «добродії» писали наклепи, їм було заборонено займатися науковими дослідженнями. Було закрито наукові інституції, зокрема Український інститут охорони здоров'я в Харкові, заборонено вести статистичний облік захворюваності і смертності людей, що позбавило науку її основи — факту. На зміну фундаментальним соціально-медичним дослідженням 20-х років — вивченню захворюваності і смертності в Україні наприкінці XIX — початку XX ст. (О. В. Корчак-Чепурківський), соціально-гігієнічній характеристиці українського села (С.А. Томилін) та іншим прийшли апологетичні, панегіричні дослідження 1940—1950-х і пізніших років, що прославляли рішення партії і уряду стосовно охорони здоров'я та ілюстрували успіхи виконання цих рішень невпинним зростанням лікарів та ліжок у лікарнях.

Розгром соціальної медицини мав для української системи охорони здоров'я тяжкі наслідки. До управління охороною здоров'я замість соціальних медиків і організаторів охорони здоров'я прийшли клініцисти — терапевти, хірурги, акушери-гінекологи. Кафедри соціальної медицини (гігієни) були перейменовані в кафедри організації охорони здоров'я, і були заповнені випадковими людьми. Сюди начальство і парткоми висилали нездатних адміністраторів, що провалювали справу, відставних військових чинів, науковців з інших кафедр, що відзначились «послушанієм і прилежанієм» у партійній роботі.

У роки Другої світової війни медичні працівники України виявили мужність та героїзм на фронтах і в тилу ворога. Вони сприяли зміцненню обороноздатності воїнів Червоної армії, партизан, забезпечували ефективну систему евакуації та лікування поранених і хворих воїнів, надавали кваліфіковану медичну допомогу широким верствам населення.

Переконливим показником високої дієвості військово-медичної служби Червоної армії та громадських органів охорони здоров'я є повернення до строю 72 % поранених та 90 % хворих воїнів.

Було проведено величезну роботу по відновленню матеріально-технічної бази охорони здоров'я та діяльності медичних закладів України. На початку вересня

1945 р. в Україні було 4780 амбулаторно-поліклінічних закладів та понад 800 санітарно-епідемічних станцій. Відновили свою діяльність майже всі сільські лікарські дільниці, близько 6700 фельдшерських та фельдшерсько-акушерських пунктів, закладів охорони матері та дитини, аптечна мережа. Почали випускати продукцію підприємства медичної промисловості. На визволеній території України в найкоротші строки створювалися евакуаційні шпиталі. На початок 1945 р. у таких шпиталях на Україні працювало понад 15 000 медичних працівників. У республіці на початок 1945 р. було 12 000 лікарів (не враховуючи тих, що працювали в евакуаційних шпиталях), що становило 45,3 % кількості лікарів станом на 1 січня 1941 р.

На кінець 1950 р. у лікувально-профілактичних установах України працює уже 48 600 лікарів та 136 400 чол. середнього медичного персоналу, що значно перевищило їх кількість у довоєнні роки. Завдяки проведеним заходам по упорядженню водного господарства республіки, організації лікування відповідного контингенту хворих було досягнуто великих успіхів у боротьбі з малярією. Так, у 1957 р. в Україні було виявлено лише 63 хворих на малярію проти 489 000 у 1945 р. Великий внесок у ці досягнення зробили фахівці та вчені Київського науково-дослідного інституту загальної та комунальної гігієни.

Починаючи з 1951 р., окрім коштів державного бюджету, на систему охорони здоров'я почали додатково надходити кошти з позабюджетних асигнувань. Такі надходження здійснювалися за розпорядженнями та постановами Радянського уряду «...різноманітними міністерствами та відомствами, колгоспами, громадськими організаціями та фондами і призначалися, як правило, на капітальне будівництво в охороні здоров'я». Традиційно в радянські часи проводились всесоюзні суботники, коли все працююче населення країни працювало безоплатно. Часто кошти, зароблені на суботниках, перераховувались на рахунок об'єкта охорони здоров'я, що будувався. Таким чином було частково профінансовано будівництво Всесоюзного онкологічного центру.

Таким чином, вже за радянські часи гостро постало питання з фінансуванням галузі охорони здоров'я, коли одного бюджетного фінансування для розвитку галузі не вистачало.

У медичних закладах України на початку 70-х років уже працювало 157 100 лікарів, у тому числі в системі МОЗ УРСР — 127 300. На кожних 300 жителів республіки припадало по 1 лікарю та 3 фахівці середнього медичного персоналу. Були створені спеціалізовані бригади швидкої медичної допомоги, оснащені сучасною технікою. Ще вищий рівень швидкої медичної допомоги населенню було досягнуто за рахунок об'єднання станції з лікарнею швидкої медичної допомоги. Такі об'єднання почали функціонувати в ряді міст України.

Для покращання стаціонарної допомоги сільському населенню в поліклініках усіх центральних районних лікарень було створено спеціалізовані кабінети (з 15—20 спеціальностей), що наблизило до сільського населення багато видів спеціалізованого лікування. Щоб наблизили педіатричну допомогу до сільських дітей, у 1971—1975 рр. центральні районні лікарні та сільські дільничні амбулаторії було укомплектовано лікарями-педіатрами.

Великий та складний шлях був пройдений за роки перебування України в складі Союзу РСР. Змінювалися та ускладнювалися функції Міністерства охорони здоров'я Української РСР, його колегії, апарату, Ученої медичної ради відповідно до завдань, які висувало вище керівництво на різних етапах розвитку економіки країни, соціальної політики.

Керівництво охороною здоров'я в масштабах України здійснювали та здійснюють висококваліфіковані спеціалісти.

За часи радянської влади в країні була сформована система державного (бюджетного) фінансування. Впроваджена система сприяла покращенню лікувально-профілактичної допомоги та санітарно-гігієнічного забезпечення великих промислових центрів, розширенню мережі медичних закладів у сільській місцевості. Перед системою охорони здоров'я були поставлені економічні завдання: раціональна організація медичної допомоги як чинника підйому продуктивності праці, зменшення витрат робочого часу у зв'язку з непрацездатністю, зростання ролі планування в управлінні охороною здоров'я. В організації медичної допомоги робітникам провідна роль надавалася здоров'ям, на медичний персонал яких покладалося завдання не тільки надавати первинну медичну допомогу, а й проводити профілактичні заходи. Важливим методом лікувально-профілактичної допомоги населенню стала диспансеризація. Система організації охорони здоров'я мала й негативні риси, до яких можна віднести недостатню мотивацію праці медичних працівників, що відбивалось на ефективності та якості їх роботи.

Після проголошення незалежності України перед Міністерством охорони здоров'я постало завдання організації охорони здоров'я в незалежній державі в умовах економічної кризи. Постала потреба в реформуванні галузі згідно з новими економічними умовами та розробці відповідного медико-санітарного законодавства.

Стан справ у галузі характеризується недостатнім фінансуванням і ресурсним забезпеченням. Фінансування галузі здійснюється переважно з державного бюджету. Показник видатків з бюджету на охорону здоров'я щодо ВВП країни в динаміці має хвильоподібний характер й знаходився за роки незалежності республіки в межах 2,7—4,8 %.

Низка нормативно-правових рішень заборонила надання платної медичної допомоги в державних та комунальних закладах охорони здоров'я. Проте платні медичні послуги та благодійні внески в загальній структурі фінансових витрат лікарень становлять 3,5—4 %.

Третім каналом фінансування галузі охорони здоров'я є залучення коштів проєктів міжнародної технічної допомоги, бенефіціантом та реципієнтом яких є Міністерство охорони здоров'я України.

Зберігши в цілому певні обсяги надання медико-санітарної допомоги, установи та заклади галузі в окремих регіонах припускаються збою. На порядку денному стоїть питання перебудови.

Стратегія реорганізації медичної допомоги, на думку керівників галузі, має йти в кількох напрямках:

- слід проголосити профілактику та засади здорового способу життя головним змістом діяльності усіх установ та закладів;
- необхідно сформуванню нову систему управління галуззю, яка б ґрунтувалася на засадах ринкової економіки з використанням методів сучасного менеджменту;
- потрібно створити умови для розвитку приватного сектора, впровадити засади сімейної медицини та медичного страхування як нові форми медико-соціальних та економічних відносин;
- організувати раціональну систему медикаментозного та матеріально-технічного забезпечення;
- реформувати медичну освіту.

Комплексна реалізація цих заходів дасть можливість вивести галузь охорони здоров'я України на рівень розвинутих держав.

2.4. Історія розвитку аптекарської справи

Рівень розвитку фармації в різні історичні періоди визначався матеріальними умовами, ступенем розвитку продуктивних сил та характером виробничих відносин. Історія розвитку організації аптекарської справи нерозривно пов'язана з розвитком медицини в суспільстві.

Перша згадка про аптеку зустрічається в Гіппократа (400 р. до н. е.). Слово *apotheka*—грецьке і означає «сховище», «комора», бо спочатку це було приміщення в лікаря для зберігання лікарських засобів і готування ліків.

Гіппократ сформував основи зберігання лікарських засобів і класифікацію їх дії на організм. Він проголосив теорію «природа лікує, а лікар тільки допомагає». Він стверджував, що лікарські речовини мають силу, яку потрібно зберегти при заготівлі ліків, щільно закриваючи посуд, щоб під впливом вивітрювання не видихалася сила ліків.

Із лікарських засобів за часів Гіппократа застосовували слизи, солодкі, оліїсті, жирні, в'язкі, гострі, ароматичні, смолисті, бальзамічні і наркотичні речовини (наприклад, мак, мандрагору). Майже не користувалися сумішшю речовин. Рослинні препарати вживали у вигляді відварів, настоїв, соків та смол (бальзамів).

Видатним представником римської медицини і фармації був Клавдій Гален (131—211 рр. н. е.). Клавдій Гален розглядав аптеку (*officina*) як місце не тільки зберігання, а й виготовлення лікарського зілля. Гален висунув твердження, що в органах рослин і тварин є корисні речовини, якими можна користуватися для лікування. Проте в живих організмах можуть бути наявні і шкідливі, які треба відкидати. Корисні речовини, за методикою Галена, можна вилучати з рослин вином, оцтом, водою і видавлювали у вигляді соків, олії тощо. Гален пропонував застосовувати лікарські речовини у вигляді лікарських форм — порошків, пілюль, таблеток, мил, мазей, пластирів, гірчичників, зборів, настоїв, соків, олій, примочок, припарок, антидотів тощо.

Звичайно, що для приготування таких різноманітних ліків потрібні були зняряд для виробництва, бо лікарську сировину треба було різати, товкти, розтирати, настоювати або відварювати, видавлювати, розтоплювати. Потрібне було також спеціальне місце для проведення цих процедур. Крім того, збільшився асортимент запасу лікарських засобів, і для їх зберігання потрібно було створювати відповідні умови. У зв'язку з цим почали організовувати спеціальні установи — аптеки.

У III ст. н. е. у Римі вже були фахівці, які займалися тільки приготуванням лікарських засобів. Називали їх фармаколеусами, а продавців сирих лікарських матеріалів — фармакополами.

Період середньовіччя (V—XI ст.) характеризується значним впливом алхімії на лікознавство Європи. Лікарські прописи були дуже ускладнені, рецепти часто склалися з кількох десятків речовин. З'являються перші спроби збереження комерційної таємниці при виготовленні лікарських засобів. Як правило, аптекарі тримали в таємниці хімічний склад ліків. Наприклад, замість «окис заліза» писали «змійна кров», замість «плоди черемхи» — «кістки їбіса», замість «насіння кропу» — «волосся павіана» і т. д. З такою ж метою створювали «ліки від усіх хвороб», «еліксири вічного життя і молодості» тощо.

Технологію хімічних робіт алхіміки запозичали з єгипетських папірусів і в своїх пошуках збільшували кількість речовин, одержуваних штучно. Так відкрили етиловий спирт, під час хімічних перетворень мінералів і металів було добуто різні солі та окиси. У процесі виробництва вдосконалено старі і створено нові прилади та хімічну апаратуру.

Алхіміки впровадили в процес виготовлення ліків методи перегонки, фільтрування, кристалізації та інші способи очищення, виділення й поділу речовин. Отже, незважаючи на нереальну філософську основу, практична діяльність алхіміків сприяла подальшому розвитку фармації.

До кінця XI ст. в Європі не було аптек як торгових установ, де можна було б купити або замовити потрібний засіб. Лікарі або окремі особи створювали свої власні «препарати», збираючи і обробляючи рослини, мінерали та інші інгредієнти. Найпрогресивнішими з погляду методичного і системного підходів у той час були ченці, що працювали в лабораторіях і школах при монастирях. Принаймні, саме там збереглися перші джерела про препарати і лікарські рослини, зібрані і вивчені монастирськими ученими. У цих манускриптах детально описується методика збору і вирощування рослин, способи їхнього оброблення і рекомендації щодо застосування в терапевтичних цілях. Фактично можна говорити про те, що європейська фармацевтична школа своїм існуванням зобов'язана цим безвісним фармацевтам у чернечних рясах.

Поступове накопичення знань з виготовлення лікарських засобів приводить до відокремлення лікування і діагностування хвороб від лікознавства (фармації), бо досконале знання всіх цих наук уже не під силу одній людині. Спеціалістам аптечної справи почали забороняти лікування, а лікарям — постачати хворим ліки.

Перша аптека була відкрита в 754 р. у столиці Арабського халіфату — м. Багдаді. Арабська фармацевтична школа включала сотні різних лікарських засобів і методик їх застосування. Вона стає дуже популярною в Європі, активно вивчається як докторами, так і студентами в університетах Італії і Франції. В аптеках Західної Європи прихильники арабської школи повсюдно пропонують складені відповідно до мавританських і персидських рукописів усякого роду, вигляду і смаку «aromatarii», «confectionarii» і «stationarii», тобто нюхальні соли, пілюлі і порошки.

Прообрази аптек у Європі з'явилися в 1100 роках н.е. в монастирях. Ченці готували лікарські засоби і безкоштовно відпускали тим, хто мав потребу. В той же час з'явилися перші рецепти, які починалися із слів «Cum Deo!» (З Богом!).

Тільки через 100 років у Венеції, завдяки розвитку Солернської лікарської школи, стали відкриватися перші міські аптеки. Фахівців для них готували поширеним у той час практичним методом, за схемою учень — підмайстер — майстер. Проходження цього ланцюжка займало 10—15 років і залежало від старанності і здібностей того, хто опановував фармацевтичну науку.

У XI ст. аптеки з'явилися в містах Іспанії Толедо та Кордові, за згодом — у багатьох містах західної Європи. Розвиток науки спричинився до більш досконалих форм фармацевтичного обслуговування, ніж торгівля лікарськими засобами на ринку. З XII ст. у Франції (1178 р.) і в Англії (1180 р.) відкриваються аптеки і вперше з'являється назва професії.

Щоб упорядкувати роботу аптек, впроваджувалися спеціальні статuti, що мали силу законів, за якими регламентувалося функціонування, кваліфікація працівників, ціни на лікарські засоби, порядок зберігання та продажу ліків.

З перших часів виникнення аптек вони в усіх країнах мали одну спільну рису. Це їх особливе положення серед інших торгових підприємств і промислів. Стан закладу як самостійного підрозділу, сфера його діяльності, цілі, завдання, правила функціонування, кваліфікація фармацевтів, зберігання і відпуск ліків, ціни на них — усе це регламентувалося особливими статутами, що мали силу закону. Таке виокремлення обґрунтовувалося тим, що в числі ліків були отруйні речовини, які потребують підвищеної обережності і при зберіганні їх, і при відпуску.

Найбільш відомим документом, який установлював правила роботи аптек, є Арльський статут (1170) і окремі розділи Статуту Фрідріха II Гогенштауфена (1194—1250), короля Південної Італії (Сіцилії), німецького короля й імператора Священної Римської імперії. Декрет було видано в 1224 р. Він був відомий тим, що нормував діяльність аптеки і вперше розмежував функції лікаря і аптекаря. За декретом, лікарю заборонялося готувати і продавати ліки, а аптекарям — лікувати хворих, тобто кожен повинен займатися своєю справою. За цим декретом була впроваджена клятва фармацевтів, правила зберігання та відпуску отрути.

Вищезазначені документи, а також інші, в основу яких лягли ці Статуту, істотно вплинули на розвиток професії аптекарів. Основним в них було закріплення своєрідної системи контролю за діяльністю аптекарів і лікарів з повним розмежуванням цих професій.

У ці ж часи закладено основні засади аптечної рецептурної традиції. В її основу було покладено кодифікування діяльності фармацевтів. У Салернському університеті було складено першу в Європі Фармакопею (*Antidotarium Nicolai Solamitani*). Тут же встановлено одиницю маси — грам (*Granum*), який дорівнював вазі однієї пшеничної зернини. У той час це було великим уточненням, бо досі лікарі, виготовляючи ліки, користувалися різними мірками, наприклад: «жменя», «зернятко», «щіпка», «шматок» і т. п. У підручнику Салернської школи «*Circa instans*» описано багато лікарських рослин, їх застосування. Створення фармакопеї законодавчо закріпило рецептурні традиції. Салернська школа запровадила підготовку фахівців чотирьох ступенів: ліценціатів, бакалаврів (наставників), магістрів (учителів) і докторів (учених).

У XV ст. н.е. вперше з'являється термін провізор — від латинського *provisor* — передбачливий, такий, що передчуває, передбачає. Сама назва вже говорить про важливу роль провізора в процесі лікування. Лікар ставить діагноз, а провізор передбачає напрям хвороби і за допомогою ліків коригує її протікання й подальший розвиток.

До XV ст. відноситься поява аптечної монополії. В цей час на відкриття аптек давався спеціальний високий дозвіл і при цьому виключалася всяка конкуренція. Наприклад, коли архієпископ у місті Галле (Німеччина) видавав дозвіл на відкриття другої в місті аптеки, це супроводжувалося розпорядженням «ніколи більше у віки вічні не давати дозволу в цьому місті».

У цей же час впроваджується спеціальна фармацевтична освіта: так, у Франції вона складалася з 4-літнього учнівства в аптеці, наступної десятирічної роботи — в якості помічника; при цьому треба було скласти ряд іспитів.

Великий вклад у розвиток фармацевтичної справи було зроблено Парацельсом (1493—1541), якого вважають батьком лікувальної хімії або, ятрохімії. Він впровадив у медичній практиці уявлення по дозування лікарських засобів, виділив основні ознаки чистоти препарату. Під впливом ятрохіміків зросла кількість аптек, виникли нові фармакопеї, були написані праці щодо ревізії аптек. Згодом аптеки перетворилися в лабораторії, де на базі проведених дослідів було зроблено чимало винаходів.

У XVI ст. відкриваються перші навчальні заклади, які готують провізорів, — у Монпельє (південь Франції), Падуї, Барселоні (Іспанія). У Падуї створюється ботанічний сад з величезною колекцією лікарських рослин. Створенням цієї колекції було покладено основу для викладання в університеті фармакогнозії — науки про лікарські рослини. У 1581 р. в Іспанії випускається перша фармакопея — зведення правил приготування ліків. Таким чином, поступово фармація стає наукою.

Пізнє середньовіччя було наповнене запеклою боротьбою за монопольне право займатися вельми прибутковою аптечною справою, в якій конкуруючі сторони пра-

гнули привернути на свою сторону офіційні власті, не гребували доносами, організацією «накатів» і іншими цілком сучасними засобами. І вже тоді неповнота і суперечність «нормативно-правових актів» давали можливість знаходити лазівки в заборонах.

Наприклад, велінням Людовика XII в червні 1514 р. відбулося розділення бакалійників від аптекарів. Згідно з цим велінням аптекарі могли бути і бакалійними торговцями, але бакалійники вже не могли бути аптекарями. Втім неясність виразів у цьому наказі сприяла виникненню жвавої боротьби між обома корпораціями при вирішенні питань, де закінчується продаж медикаментів і де він починається

У XVI—XVII ст. у Московській державі були відкриті аптеки і створена система заготівки лікувальних трав. У 1581 р. для обслуговування царського двору в Кремлі відкрилася перша державна аптека. В Англії була куплена перша партія ліків і запрошено на роботу в аптеці доктор Роберт Якобі та аптекар Френч Якобі.

У 1672 р. в Москві була створена друга державна аптека для людей «всяких чинів». Для розміщення аптеки були звільнені палати Великого приходу. У 1673 р. відповідно до Аптекарського наказу, в аптеку прислані піддячий Данило Однолітків, алхімік Тихон Аканьїн, чергові Ларка Іванов і Івашка Михайлов. За аптекою визано монополне право торгівлі ліками. В указі від 18 лютого 1673 р. було сказано: «...в новій аптеці на Гостиному дворі продавати горілки і спирти і всякі ліки всяких чинів людям і записувати в книги, а гроші за ціною мати проти вказаної книги і оголосити в Аптекарському наказі...». Перша і друга аптеки в адміністративному відношенні були підпорядковані Аптекарському наказу, який узяв на себе функції не тільки управління і підбору кадрів, а й постачання аптек ліками.

У Московській державі сформувалася оригінальна система збирання і заготівлення лікувальних трав. Аптекарський наказ підбирав заготовлювачів лікарських рослин — травників, інструктував їх. Лікувальні трави надходили в Аптекарський наказ з різних місць у порядку виконання державної «ягідної повинності». У Аптекарському наказі було відомо, в якій місцевості переважно росте та чи інша лікарська рослина, наприклад звіробій у Сибіру, солодковий (лакричний) корінь у Воронежі, чемериця в Коломні, чечуйна трава в Казані, ялівцеві ягоди в Костромі. Контроль за ягідною повинністю здійснював Аптекарський наказ, за невиконання якого виносився тюремний вирок.

Найважливішим джерелом отримання лікувальних трав в Москві були аптекарські сади і городи. За розпорядженням Івана Грозного під аптекарський сад було відведено частину площі біля Кремля. Пізніше були створені аптекарські городи біля Кам'яного моста, за Мясницькими воротами, в Німецькій слободі поблизу села Ізмайлово. В окремих випадках фахівці прямували для закупівлі ліків в інші міста. Так, у 1663 р. Ф. А. Милославському доручено купити 20 пудів хінної кори «в Козільбашській землі» (Персія).

У XVIII ст. положення аптек та соціальний статус аптекарів значно підвищилися. Принцип монополії аптек, який дотримувався практично повсюдно, забезпечував високі прибутки. Аптекарі, як правило, займали почесні місця в органах міського самоврядування, особливо в країнах Центральної Європи.

Аптеки розташовувалися в центрах міст, мали характерні вивіски або спеціальні знаки, які набували характеру аптечних гербів, що закріплювалися за аптеками спеціальними рескриптами. Інтер'єри аптек стали в Європі більш-менш уніфікованими. Стіни торгового залу аптеки займали полиці, відкриті або засклені, на яких розміщувалися банки з аптечною сировиною, карафи або бутлі. Відмітним знаком аптеки стали чучела крокодилів, підвішені під стелею, а та-

кож екзотичні предмети, зокрема витий ріг, який нібито належить міфічному тваринному однорогу.

Період між першою половиною XVIII ст. і першою половиною XIX ст. називають «золотим століттям аптекарства». Ніколи — ні в епоху середньовіччя, ні після вказаного періоду — фармація не розвивалася такими швидкими темпами.

Аптеки того часу були центрами наукових досліджень, видатні фармацевти не тільки винайшли немало нового зілля, а й зробили цінні відкриття в галузі хімії та харчової промисловості. Польський аптекар-вчений Шимон Фабіан (1802—1885) у своєму тритомному підручнику «Фармація», написаному спільно з Т. Гейнріхом і виданому в 1835 р., так трактує поняття фармація: «Фармація, так звана аптекарська наука, має мету пізнання, збирання, «переховування» сирого зілля всіх царств природи, а також переробляє їх, тому можна розділити її на науку, що працює над розпізнаванням сирого зілля, так звану фармакологію, і на науку, яка займається їх переробкою, так звану фармацію».

Розвиток фармації в Європі в XVIII—XIX ст. пов'язаний насамперед з видатними відкриттями в хімії. Аптекарів цікавила діяльність Парацельса, який отримував препарати унаслідок хімічного перероблення. Цим пояснюється широке застосування в аптеках XVIII в. методів і оснащення лабораторій колишніх алхіміків. У той час видатні аптекарі відкривали нові хімічні сполуки, при цьому створювали нове зілля, а видатні хіміки, хоч і вважали хімію самостійною наукою, поєднували свої хімічні дослідження з аптечною практикою.

Такий тісний взаємозв'язок хімії і фармації пояснюється й економічними причинами. В аптечні лабораторії надходило немало замовлень на виготовлення хімічних речовин для потреб промисловості: замовлення на різні барвники, лаки, компоненти косметичних засобів і харчових продуктів. Виконуючи ці замовлення, вчені-аптекарі удосконалили технологію і методи хімічного перероблення, винаходили точнішу апаратуру для своїх досліджень.

З давніх часів аптекарство мало цеховий характер і було тією чи іншою мірою підпорядковане лікарям. Проте в XVIII ст. в Європі воно почало виходити з-під цієї опіки, а з часом перетворилося на вільну професію. Примітивна цехова освіта поступово замінювалася університетською. У другій половині XVIII ст. у багатьох університетах Європи були відкриті кафедри фармації, а також створені науково-фармацевтичні товариства і журнали.

Основи фармацевтичного менеджменту були покладені в кінці XVIII — початку XIX ст., було розроблено повні регламентовані «методичні рекомендації» щодо створення аптек. У цей період створюються й асоціації фармацевтів — «Obercollegium Medicum et Sanitatis» в Берліні (1796 р.), «Societe libre des Pharmaciens» в Парижі і «Королівська аптекарська школа» в Лондоні (1842 р.).

До середини XIX ст. медицина і виробництво лікарських засобів виокремлюються в окремі напрями. Для фармацевтів створюються спеціальні кафедри в університетах, у різних країнах і містах формуються спеціальні зведення законів і правил, які регулюють як їх професійну підготовку, так і практичну діяльність.

Навчання майбутніх аптекарів в університетах вперше започатковується в Франції і Англії на початку XIX ст. Спочатку основну увагу приділяли придбання знань і практичних навичок у виробництві і використанні ліків. Поступово курси почали включати все більше теоретичних дисциплін. Це було пов'язано з тим, що впродовж подальших десятиліть аптеки втрачали виробничі функції і все більше концентрувалися на продажу медикаментів і консультуванні пацієнтів.

В кінці XVIII — початку XIX ст., епоху французької буржуазної революції і наполеонівських походів, виникли стимули для розвитку хімії і фармації: бурхливий розвиток промисловості, тиск військових потреб.

В останній третині XIX ст. створюється фармацевтична промисловість, і аптеки стали перетворюватися на торгові установи з продажу в основному патентованих засобів, які отримували від різних фірм. Перші заводи Боме з виробництва нашатиру, Пеллет'є — хініну дали поштовх для подальшого розвитку фармацевтичних виробництв.

Аптека Меркнун у Дармштадте в 1827 р. заклав основу фабричного виробництва морфіну, хініну, стрихніну та інших рослинних продуктів. З аптечних лабораторій утворилися фірми Шерінг (Німеччина), Берроус-Велком (Англія), Парк-Девіс (Америка). Разом із заводами, що виникли з аптек, фармацевтична промисловість починає розвиватися при заводах аніліново-фарбної промисловості, базуючись на її напівфабрикатах і відходах. Таким чином виникли фірми Байер, Мейстерлюциус та ін. Переважному розвитку цих заводів у Германії сприяла вдала війна Пруссії проти Австрії (1866 р.) і Франції (1879—1871 рр.), а також закон про патенти (1877), що утруднив конкуренцію іноземних підприємств з німецькими заводами.

Сприяло розвитку фармацевтичних виробництв й введення «патентованих назв». Згідно з законом, заявник мав виняткове право користуватися придуманою ним назвою, хоча цей препарат могли випускати і іншими заводами. В результаті в самій Німеччині «аспірин» (патентована назва) продавався в 24 рази дорожче, ніж ацетилсаліцилова кислота.

Сприятлива митна політика також була на руку великим фармацевтичним заводам. До Першої світової війни Германія посідала перше місце в світовій фармацевтичній промисловості, даючи близько 20 % світового виробництва медикаментів. Пізніше центр світової фармацевтичної промисловості перемістився у США.

2.5. Історія розвитку аптекарської справи в Україні

Досвід збирання та зберігання лікарських трав, виготовлення лікарських засобів природного походження передавався з покоління а покоління ще з часів Київської Русі. В ті часи на «торжках» (базарах) були «зелені ряди», де знахарі продавали лікарські трави, настої, амулети, надавали медичну допомогу. Були широко відомі лікарські засоби у вигляді порошків (порохів), мазей (масти, мазуни), настої і відвари (питво, зілля). Лікарі готували «горошки», які потрібно було класти під язик, навіть призначали ванни з лікувальних трав. Лікарські препарати зберігали в спеціальних льохах, які вважають прообразом аптек. Проте аптек, у сучасному розмінні, в Київській Русі не було. Не існувало також поділу професійних прав і обов'язків між лікарями та аптекарями.

Історія фармації — це частина національної історії та культури, тому її слід розглядати в контексті загальної історії України, соціально-економічних та політичних процесів, які вплинули на її розвиток. Історію фармації можна поділити на два окремі напрями: західноукраїнський (на його розвиток вплинуло те, що ці українські землі майже шість століть входили до складу Польського королівства, Австро-Угорської імперії, панської Польщі) та центральноукраїнський (він визначався перебуванням Центральної України в складі Російської імперії).

Перша аптека була відкрита у Львові в 1270 р. при храмі Іоанна Хрестителя і проіснувала до 1480 р. Для порівняння: перша аптека в Московській Русі була відкрита тільки в 1581 р. і обслуговувала тільки царя та його родину; для обслуговування ж населення, аптеку в Москві була відкрита в 1672 р.

До 1490 р. аптеки задовольняли потреби монастирів у лікарських засобах, в цьому році була відкрита перша публічна аптека у Львові. У 1534 р. недалеко від Львова була заснована Замойська академія, де викладали право, філософію, медицину. У XVII ст. у Львові працювали 15 дипломованих лікарів, 5 цирульників-хірургів, налічувалося 15 аптек. Львівські аптекарі не тільки забезпечували потреби городян у лікарських засобах, а й поставляли їх до Польщі і Західної Європи.

У XVIII ст. розвиток аптекарської справи в Центральній та Східній Україні визначався законодавством Російської імперії. У 1701 р. Петро I видав наказ, згідно з яким в Москві було відкрито першу приватну аптеку і заборонявся продаж ліків у зільейних лавках та інших місцях. З цього часу була впроваджена аптечна монополія. Згідно з наказом, у межі міста можна було відкривати тільки одну аптеку. Наказом аптекам надавалось ряд пільг: аптеки звільнялися від військових постоїв; аптекарі — від військової повинності; аптекарі звільнялися від сплати податків; засновникам аптек надавалось вільне приміщення та зарплатня на перші три роки; аптеки мали право користуватися державним гербом на вивісках та упаковках; аптекарі мали право на почесне громадянство.

Особи, які бажали відкрити аптеки, повинні були подати чолобитну на ім'я царя в Польській приказ. У випадку позитивного рішення їм надавалася жалувана грамота та відводилася земельна ділянка під аптеку, надавалось право закупувати спирт для виготовлення ліків за кордоном, а також у портових містах.

Першу аптеку в м. Києві відкрили в 1709 р. на Печерську. Міська влада надавала привілеї аптекам порівняно з торговими підприємствами: ніхто не мав права відкривати інші аптеки в місті або районі без згоди власника, який це зробив першим. Фармацевтів звільняли від військової служби, іменували почесними громадянами міста.

У 1715 р., з дозволу Петра I було відкрито державну аптеку в Києві. Згодом відкрили перший аптечний магазин, який забезпечував лікарськими засобами військової частини, шпиталі, чиновників Київської губернської канцелярії та цивільне населення. Завідував магазином провізор Бірман, згодом — Іван Вендель.

Крім державних аптек, у Російській імперії існували приватні, Державні аптеки поділялись на головні, польові та госпітальні. Петро I перетворив Аптекарський приказ на аптекарську канцелярію Головної аптеки, яку в 1721 р. перейменовано в Медичну колегію, а згодом — у Медичну канцелярію, на яку було покладено контроль за відпуском ліків з аптек.

У 1728 р. було відкрито приватну Києво-Подільську аптеку. Впродовж десятиріч власниками цієї аптеки, а згодом і мережі аптек була сім'я Бунге. Андрій Бунге заснував на Куренівці ботанічний сад лікарських рослин, якими він забезпечував усе місто, а потім — половину України. За рапортом Андрія Бунге, в 1811 р. Києво-Подільська аптека складалася з двох підрозділів. До господарського відділення належали городи, сади, заготівля, транспортування та збереження лікарської сировини. До другого відділення аптеки відносились лабораторний та рецептурний відділи зі складною технологією виробництва.

20 березня 1773 р. губернатор Львова видав санітарний патент задля упорядкування медико-санітарної допомоги та роботи аптек. За патентом лікарям та аптекарям заборонялося виконувати професійні обов'язки без університетської освіти.

Для отримання дозволу на відкриття аптеки необхідно було скласти кваліфікаційний іспит. Лікарі позбавлялися права самостійно виготовляти ліки, якщо в містах були аптеки. Щорічно в кожній аптеці мали проводитися ревізії. У випадку виявлення порушень на власника аптеки накладався штраф. Патент також зобов'язував аптекарів виготовляти ліки тільки за рецептом, підписаним лікарем та складеним лікарською комісією. Задля гальмування конкурентних процесів серед аптек затверджувалися заходи щодо контролю кількості аптек у місті. Особлива увага приділялась якості ліків.

Наприкінці XVIII — початку XIX ст. аптеки розвивались як торгові підприємства зі спеціальними виробничими приміщеннями, в яких виготовляли ліки, ветеринарні препарати, косметичні засоби. Устаткування аптек було різним і залежало від фінансових можливостей власника. Кожен провізор намагався якнайкраще оформити торговий зал, задля залучення більшої кількості покупців. З рекламною метою аптекам надавалися вишукані назви.

Аптеки відрізнялися за призначенням та організаційною структурою. Розрізняли королівські, публічні, окружні, військові, домашні, гомеопатичні аптеки та дрогерії. Дрогеріями називали аптечні магазини або магазини санітарії і гігієни, власникам яких заборонялось використовувати в назві слово «аптечний». У них покупцям пропонували хімічні та фітотовари, косметичні засоби, перев'язувальні матеріали, деякі ліки фабричного виготовлення, які можна було відпускати без рецепта лікаря. В дрогеріях було заборонено виготовляти лікарські засоби.

Найбільше було публічних аптек, які обслуговували різні верстви населення та функціонували в містах. Такі аптеки мали свого власника і могли передаватись у спадщину. Аптечні приміщення склалися з торгового залу, лабораторії, матеріальної кімнати, в якій зберігались запаси препаратів та лікарської сировини, підвалу та інспекційної кімнати.

Власники окружних аптек одночасно очолювали філії аптекарських об'єднань. Найбільш відомою з окружних вважалася львівська аптека «Під чорним орлом», заснована в 1735 р. Вільгельмом Наторптом. До функцій цієї аптеки входило забезпечення лікарськими засобами військових частин та чиновників міста.

З дозволу влади функціонували гомеопатичні аптеки, які виготовляли ліки за рецептами лікаря. Лікарі, які використовували в своїй практиці гомеопатичні засоби, не мали права виготовляти їх у домашній аптеці.

У 70-і роки XVIII ст. було відкрито аптеки в Умані, Житомирі, Вінниці та інших містах.

У 1789 р. був розроблений «Аптекарський Устав», оскільки в його складанні фармацевти не брали участі, тому в цьому документі основну увагу приділено медичній практиці. Документ діяв до початку XIX ст., а 23 грудня 1836 р. був виданий новий «Устав аптекарський». Він став основним документом, який регламентував роботу аптек протягом усього XIX ст. Було визначено професійні та моральні вимоги до аптекарів, обов'язки аптекарів щодо виконання приписань рецепта за складом та мсоою інгредієнтів, регламентувався запас лікарських засобів в аптеці.

У 1789 р. вперше була надрукована аптечна «Такса» на існуючі медикаменти і позначена вартість приготування ліків (*taxa laborum*). 3 січня 1808 р. міністр внутрішніх справ видав циркулярний наказ, яким зобов'язав працівників аптек позначати точний час отримання рецепта, а на сигнатурі — точний час виготовлення і видачі ліків.

Оскільки з початку XIX ст. аптечна мережа України почала інтенсивно розвиватися, відкриваються аптеки в усіх великих населених пунктах, збільшується їхня

кількість у містах, то для врегулювання впровадження аптекарської справи в 1873 р. Уряд видає «Правила відкриття аптек». Згідно з цим документом, дозвіл на відкриття аптеки має видавати губернатор, при цьому враховувалися чисельність населення і кількість аптек, що діють у губернії. Так, в великих містах одна аптека повинна була обслуговувати 12 тис. населення і 30 тис. рецептів, у губернських — 10 тис. населення і 15 тис. рецептів. У інших населених пунктах дозволялося відкривати аптеки на відстані не менше ніж 15 верст.

У XIX ст. роботу аптек контролювали міські, районні, обласні лікарні та інспектори. Керував ревізорами головний інспектор охорони здоров'я. В 1865 р. в Києві функціонувало 14 аптек, практично всі вони були приватними. Державні аптеки було збережено лише в губернських центрах, проте і вони здебільшого здавалися в оренду приватним провізорам. З метою поліпшення медичного обслуговування незможних верств населення земська інтелігенція домоглася дозволу на відкриття вільних аптек, які створювалися на засоби земств. Лікарські засоби у вільних аптеках відпускалися безкоштовно або за низькими цінами. Проте кількість таких аптек була недостатньою, вони були погано обладнані та мали обмежений асортимент лікарських засобів. Звичайно сам принцип забезпечення ліками бідних верств населення був гуманним та прогресивним, проте не зміг суттєво поліпшити загальний рівень медикаментозної допомоги населенню.

Вимоги з освітнього цензу виконувалися не завжди. Так, офіційні дані того часу свідчать, що в 1896 р. тільки 22 власники з 63-х (менше 35 відсотків) мали ступінь провізора. Часто керівники аптеками не здобували фармацевтичної освіти. Правда, в подальші роки положення змінилося на краще.

Для фахівців фармацевтичні ступені в Російській імперії вперше були введені в 1838 р. «Правилами про іспити медичних, ветеринарних і фармацевтичних чиновників». Таких ступенів було три: аптекарський помічник, провізор і аптекар.

У 1845 р. замість назви «аптекар» було введено вищий фармацевтичний ступінь — магістр фармації. Право присуджувати ці ступені було надано декільком університетам (насамперед Петербурзькому і Московському) й Військово-медичній академії.

Поступово монополія на відкриття аптек, яка була запроваджена ще Петром I, стала гальмувати розвиток аптекарської справи. Відчувався не тільки недолік кількості аптек, а й аптекарських кадрів. Перед Першою світовою війною виробництво ліків було частково перенесено з аптек на заводи, проте фармацевтична промисловість розвивалась дуже повільно. Сировина, апаратура, лабораторне обладнання повністю закуповувалося за кордоном. Таким чином, у галузі постачання лікарських засобів Російська імперія виявилася в повній залежності від Германії.

Після жовтневого перевороту почався повний демонтаж старої системи медикаментозного забезпечення, весь фармацевтичний персонал аптек було мобілізовано, запаси лікувальних засобів, предмети догляду за хворими та медичний інструментарій було передано військовим лікувальним закладам. Скоротилася кількість аптек при повній відсутності джерел поповнення ліків.

28 грудня 1918 р. радянська влада видала декрет про націоналізацію аптек, згідно з яким усе майно аптек передавалося під патронат народних комісаріатів охорони здоров'я. Разом з націоналізацією аптек було націоналізовано фармацевтичні заводи. Управління фармацевтичною справою було передано фармацевтичним підрозділам медико-санітарних відділів місцевих Рад. Останніми були розроблені положення та інструкції про порядок відпуску ліків та контролю за роботою аптек,

переліки дозволених лікарських засобів. Лікарські засоби децентралізовано розповсюджувались та відпускалися безплатно.



Аптека А. Марцинчика

Гучна слава в Києві поширювалась про аптекарську сім'ю Марцинчиків. Адольф Марцинчик, син лікаря, здобувши університетську освіту, в лютому 1847 року орендував аптеку на Хрещатику. Після стажування на хімічних фабриках Відня, Берліна в 1866 році він відкриває власну аптеку, також на Хрещатику. Аптека Марцинчика була кращим фармацевтичним закладом у місті. Після смерті батька справу успадкував син Адольф Адольфович (1846—1912), що залишався провізором 50 років. Удосконалюючи фармацевтичне виробництво, Марцинчик, до якого в справі приєднався і брат Іван, капітально перебудував аптеку, модернізував лабораторію: тут працювали вакуумні апарати, гідравлічний прес, машини для формування пігулок, виготовлення медичного і косметичного мила, апарати для виготовлення спиртних та ефірних екстрактів. На базі аптеки проводилися дослідження і аналізи, лабораторія готувала ліки не тільки для аптек, а й для інших закладів міста зі знижками 25—45%. Крім ліків, в аптеці Марцинчика торгували косметичним і скипидарним милом, зубними еліксирами, ароматичними водами, пластирами, кефіром, киснем, а також французьким вином «Сен-рафаель», що зміцнювало, як запевняли аптекарі. У 1881 році Адольфа Марцинчика обрали головою Київського фармацевтичного товариства. Недовго думаючи, він реорганізує своє підприємство, віддавши аптечний склад братів Марцинчиків під «Південно-російське товариство торгівлі аптекарськими товарами». Принцип діяльності Товариства був досить простий, але аптеки кожного залишалися приватною власністю. Крім акціонерів, купувати препарати на складах мали право і інші аптеки. За десять років товариство створило мережу контор і відділень по всьому Південно-російському краю. Обороти Товариства за 1899 рік становив півтора мільйона рублів, працювали півтори сотні службовців і фахівців. Склади і аптеки Товариства пропонували не тільки аптекарські, а й хімічні, і косметичні товари, патентовані засоби, мінеральні води, хірургічні інструменти, медичне приладдя, прилади і реактиви для цукрових заводів, фотолабораторій.

За матеріалами: Наталья ВОЛОДЧЕНКО, Ольга ШВАГУЛЯК-ШОСТАК // Український деловий ежендельник «Контракты». — 2005. — № 11

У цей період аптеки із самостійних державних одиниць перетворюються на придатки військових лікувально-санітарних установ. У січні 1919 р., з поверненням Червоної Армії, при тимчасовому робітничо-селянському уряді України був організований відділ народної охорони здоров'я, який з часом був реорганізований у Народний комісаріат охорони здоров'я (НКЗ). Аптечний відділ був створений у складі Лікувального управління НКЗ УРСР.

У травні 1919 р. було оприлюднено спільну постанову Наркомату охорони здоров'я і внутрішніх справ Радянської України про ліквідацію союзу власників аптек і аптечних підприємств і націоналізації їх майна «на користь забезпечення населення доступною лікарською допомогою і в цілях правильної постановки аптечної справи в Україні».

14 березня 1920 р. СНК УРСР видала Декрет «Про націоналізацію аптечної справи», в якому йшлося не тільки про передачу всіх аптек у ведення держави, а й заборонялася торгівля медикаментами, дозвіл на відпустку яких давався виключно націоналізованим аптечним установам. Крім того, замість торгівлі медикаментами, вводилася система їх централізованого розподілу. З цією метою при НКЗ УРСР був організований центральний аптечний склад, куди повинні були поступати ліки, медичне обладнання та інструментарій. На жаль, надходжень не було, тому для поповнення запасів уряд багато разів удавався до реквізиції і конфіскацій. Періодично Центральний аптечний склад розподіляв заготовлені таким чином медикаменти між губернськими відділами охорони здоров'я, а ті, в свою чергу, — між підвідділами повітів охорони здоров'я.

Таким чином, 1920—1921 рр., без сумніву, можна охарактеризувати як період занепаду фармації в Україні. Число аптек значно скоротилося. У 1920 р. в Україні працювало тільки 660 аптек — 61,86 % від рівня 1913 р., тобто в середньому одна аптека на 41 тисячу жителів (у 1913 р. — 1 аптека на 24 тисячі жителів).

Таким чином, революції і війни зруйнували систему охорони здоров'я і аптечної справи, що існувала в Україні, і процес їх відродження з настанням мирного часу обіцяв бути нелегким. У черговий раз республіка та її жителі стали заручниками політичних цілей і утопічних проектів кремлівського керівництва, яке навесні 1921 р. оголосило програму переходу до нової економічної політики, тобто повернення до ринкових відносин. Але на території УРСР продовжувалася практика широкого застосування терору, реквізицій і конфіскацій, що разом із засухою і неврожаєм в економічно виснаженій країні стало причиною небувалого голоду.

Епідемії тифу, холери, туберкульозу на початку 20-х років стали загрожувати розповсюдженню в країні Європи. Міжнародними благодійними організаціями було вирішено надати допомогу УРСР. Перші партії медикаментів від міжнародних організацій почали поступати до України в другій половині 1921 р. Так, Американська адміністрація допомоги видала амбулаторіям, лікарням і дитячим будинкам медикаментів упродовж одного року на загальну суму 4 млн крб золотом. Міжнародна комісія Червоного Хреста — «Місія Нансена» діяла під керівництвом видатного норвезького мандрівника, океанографа, громадського діяча, лауреата Нобелівської премії Миру 1922 року Ф. Нансена. Вона об'єднувала зусилля більше десятка дрібних зарубіжних добродійних організацій. За рік своєї роботи в Україні вона надала допомогу населенню медикаментами загальною вартістю в 140 тисяч американських доларів. Німецький Червоний Хрест в Україні займався організацією лікарень, лабораторій, санітарних відділів і забезпеченням їх медичними кадрами та необхідними лікарськими засобами і

приладдям. Всесвітній союз допомоги дітям на потреби медико-санітарної допомоги «Вереліф» мав фонд у 500 тисяч американських доларів. Міжнародний робочий комітет допомоги, створений восени 1921 р., поставив 100 пудів медикаментів, що врятувало сотні тисяч громадян України.

Влітку 1923 р. постачання медикаментів від міжнародних філантропічних організацій були припинені. В той же час аптечна мережа УРСР продовжувала приходити в занепад і за станом на 1924 рік на території республіки налічувалось усього 591 аптека. Порівняйте: на одну аптеку в УРСР доводилось 44,5 тисячі жителів, тоді як у 1913 році — 24 тисячі жителів.

Стабілізація, а потім поступове відродження фармації почалося тільки після того, як у республіці почалося відродження ринкових відносин. Із впровадженням політики НЕПу було вирішено відмовитися від загальної безкоштовної медикаментозної допомоги шляхом впровадження замість неї платних аптек. 23 листопада 1923 р. Рада народних комісарів УРСР видала указ, який підтверджував її права на відкриття госпрозрахункових аптечних установ. Госпрозрахункові аптеки займались продажем лікарських засобів як населенню, так і медичним закладам. Безплатно вони відпускали ліки застрахованій частині населення. Відкривалися приватні аптеки тільки з дозволу місцевих органів охорони здоров'я.

Проте, це прогресивне починання було скасовано у 1923 р. В цьому році розпочалася політика централізації управлінської структури. Були створені додаткові ланки управлінської структури на республіканському і губернському рівнях — Укрдержмедторг (незабаром перейменований в Укрмедторг) і губмедторги. Із середини 20-х років Укрмедторг вже не здійснював керівництва фармацевтичною мережею, за ним залишалися тільки постачальницькі і, в якійсь мірі, розподільні функції. Крім того, відповідно до Постанови РНК УРСР «Про управління аптеками і аптечними закладами», кожне аптечне управління стає єдиним підприємством, а окремі аптеки або інші установи підпорядковуються йому як структурні підрозділи, які не мають статусу самостійних господарських одиниць.

З іншого боку, аптечні управління не мали правових повноважень щодо самостійного використання заробленими коштів. Так, згідно з Постановою РНК УРСР від 20 вересня 1926 р., 10 % засобів повинні перераховуватись на підготовку фармацевтичних кадрів. Урядова постанова від 25 травня 1927 р. встановлювала, що 50 % спеціального фонду повинні були використовуватися на будівництво лікарень.

Іншою характерною особливістю розвитку фармації в середині 20-х років була повна концентрація оптового продажу медикаментів у руках Наркомздорову УРСР. Позначалася тенденція до монополізації не тільки оптової, а й роздрібною торгівлі ліками.

Низова ланка системи — аптека — була позбавлена господарської самостійності і отримувала лікарські засоби не за власним вибором, а за розподілом і не мала права розпоряджатися прибутком від своєї торгової діяльності. Всі кошти переказувалися на рахунок губернських, а згодом — обласних та республіканських структур. Роздрібні ціни також установлювалися державою і були обов'язковими для всіх аптек; їх порушення кваліфікувалось як кримінальний злочин і каралося чинним законодавством.

У перші роки НЕПу був створений тип госпрозрахункової державної аптеки, який у практично незмінному вигляді проіснував упродовж багатьох десятиліть. Ці аптеки отримали назву «єдиних» аптек і займалися продажем медикаментів населенню і медичним установам, а також безкоштовною відпусткою лікарських препаратів застрахованим особам і членам їхніх сімей за рахунок засобів державної сис-

теми страхування. Поступово зросла кількість «єдиних» аптек і в 1927 році воно досягло 1096, тобто відновилися дореволюційна кількість аптек. Позитивним зрушенням стало зростання мережі аптек у сільській місцевості — в 1927 р. їх налічувалося 757. Але медична допомога, як і раніше, залишалася малодоступною, оскільки сільська аптека обслуговувала 31,8 тисяч жителів.

Особливою прикметою того часу було надзвичайне розповсюдження фальсифікованих медикаментів, що підпільно продавалися на «чорному» ринку і в державних аптеках. Боротьба з цим небезпечним для здоров'я споживачів явищем ускладнювалася загальним дефіцитом лікарських засобів, а також відсутністю достатньої кількості фахівців-фармацевтів.

У середині 20-х років відбувається новий адміністративний поділ країни. Внаслідок цього було проведено укрупнення окружних і губернських аптечних управлінь в обласні. Основною метою реорганізації було посилення плановості і централізації управління. Проте зі збільшенням кількості аптек у 1929—1930 рр. з'ясувалося, що обласні аптекоуправління не в змозі безпосередньо управляти численними аптечними закладами. Тоді було вирішено, крім обласного центру, утворити і районні аптечні управління, на які покладалося безпосереднє управління аптечною справою того або іншого району.

Постановою ВЦВК від 31 травня 1930 р. було засновано Всеукраїнське аптекоуправління, діяльність якого будувалася на принципі єдиноначальності. Цей декрет мав велике значення і зробив вплив не тільки на структуру аптечної системи України, а й інших республік.

У 1917 р. підготовку фармацевтів при аптеках скасовано. На якийсь час керівництво системою охорони здоров'я вимушене було використовувати фармацевтичні кадри, які отримали освіту ще за часів Російської імперії та не встигли емігрувати. Для нагляду за ними було представлено малограмотних, але ідеологічно надійних «червоних» асистентів. Проте навіть це рішення не вирішувало кадрової проблеми 20-х років.

У цей період фармацевтична та фармакологічна освіта мінялася багато разів. У 1920 р. у Харкові А. Розенфельд заснував Інститут експериментальної фармації. Перша Всеукраїнська конференція з медичної освіти розробила головні положення про фармацевтичну освіту, в яких акцентувалася увага на підготовці фармацевтів з вищою освітою. В Україні було вирішено, що «до роботи в аптеці слід допускати людей з достатньо хорошою теоретичною і практичною підготовкою».

Хронологія формування фармацевтичної освіти в Радянській Україні:

- **1921 рік** — засновано фармацевтичні навчальні інститути з 4-річним курсом навчання (Харків, Одеса) та фармацевтичні технікуми з 3-річним навчанням (Київ, Вінниця, Харків);

- **1923 рік** — впровадження фахівців на хіміко-фармацевтичних факультетах при Харківському та Одеському університетах;

- **1930 рік** — українські фармацевтичні навчальні заклади було передано із підпорядкування системи Наркомату освіти до Наркомату охорони здоров'я. Одеський інститут було реорганізовано в медико-аналітичний, а фармацевтичні технікуми — в інститути з п'ятирічним терміном навчання;

- **1937 рік** — введено вчені звання кандидатів та докторів фармацевтичних наук;

- **1940 рік** — створено фармацевтичні факультети при Львівському медичному інституті та Київському інституті удосконалення провізорів;

- **1945—1950 рр.** — відновлення роботи фармацевтичних інститутів після Другої світової війни;

• **1954 рік** — впроваджено курси удосконалення і спеціалізації фармацевтів, заочну підготовку провізорів з осіб, які мають середню фармацевтичну освіту та стаж роботи за фахом понад 5 років. При Одеському фармацевтичному інституті відкрито факультет заочної освіти.

Українські фармакологи з 1961 р. були об'єднані в Наукове фармацевтичне товариство, яке за часів Радянської влади було членом Всесоюзного фармацевтичного товариства й підтримувало зв'язки з Міжнародною організацією фармакологів, заснованою у 1966 р.

У процесі відбудови країни після Великої Вітчизняної війни проводжуються зміни в організації та управлінні аптекарською справою. Вводиться система роздільної матеріальної відповідальності, преміальна система оплати праці. З'являються нові форми медикаментозного обслуговування населення: організовуються міжлікарняні аптеки та філіали аптек при поліклініках; поширюється відпуск ліків за рахунок суспільних фондів; зростає частка готових ліків у рецептурі. Аптеки будуються за спеціальними типовими проектами, устатковуються необхідним технологічним обладнанням та аптечними меблями.

В Українській РСР управління аптечною справою було підпорядковано Головному аптечному управлінню Міністерства охорони здоров'я СРСР. Воно здійснювало загальне керівництво аптечними закладами, визначало потребу в медикаментах та інших медичних виробках; розміщає замовлення на них у промисловості та розподіляє медичну продукцію по союзних республіках СРСР. Головне аптечне управління визначало напрям і показники розвитку аптечного господарства й розробляло нормативні документи, забезпечувало дотримання єдиних принципів і теоретичних основ.

Головне аптечне управління Української РСР мало відповідні завдання на території республіки. Йому підпорядковувались обласні аптечні управління, які здійснювали безпосереднє керівництво та контроль за діяльністю аптек та інших закладів аптечної мережі.

В Українській РСР існувало два види аптек:

- для амбулаторних пацієнтів;
- для стаціонарних хворих (лікарняні).

Аптеки, які обслуговували амбулаторних хворих, знаходились у підпорядкованні аптечних управлінь і знаходились на госпрозрахунку. В сільських районних центрах було створено центральні районні аптеки, які не тільки забезпечували населення лікарськими засобами, а й здійснювали організаційно-методичне керівництво аптеками району. Однією з форм постачання населення медичними товарами стають аптечні філіали й аптечні пункти при поліклініках та інших медичних установах, а також аптечні кіоски.

За радянських часів обслуговування стаціонарних хворих було з аптек двох типів:

• *аптеки лікувально-профілактичних закладів*, які були відділеннями лікарень, госпіталів, клінік, розрахованих на медичне обслуговування понад 100 лікарняних ліжок і фінансувалися з державного бюджету;

• *міжлікарняні аптеки* — організовувались у великих містах з метою постачання лікарськими засобами й товарами медичного призначення кількох лікувально-профілактичних закладів, із загальною кількістю ліжок понад 500. Вони знаходились на госпрозрахунку й підпорядковувались аптечним управлінням.

За радянські часи госпрозрахункові аптеки відпускали лікарські засоби за готівку, в стаціонарах усі пацієнти отримували лікарські засоби безкоштовно.

Ціни на лікарські засоби були найнижчими в Європі, проте на діяльність аптек негативно вплинула відсутність конкуренції, мотивації праці робітників, загальнодержавний дефіцит спеціалізованих лікарських засобів, які імпортувались.

Вдосконалення управління в умовах централізованої системи господарювання було направлено на створення великих організаційних структур. В результаті окремі самостійні аптечні заклади перетворилися на структурні підрозділи різних об'єднань. Розвиток цього процесу в окремих випадках підтримувався і самими підприємствами, оскільки надавав їм можливість перейти з однієї категорії оплати праці на іншу, вищу.

Структура органів управління аптечними закладами змінювалась внаслідок збільшення проміжних ланок управління, які виконували паралельні функції. Штатна чисельність апарату управління зростала. Вже на початку 80-х років існуюча організаційна структура управління сприяла виникненню суперечності між можливостями організаційних структур і вимогами виробничих сил.

Саме тому відповідно до наміченої радикальної економічної реформи передбачалася розробка нових організаційних структур. Основою цього процесу стала Постанова ЦК КПРС і Ради Міністрів СРСР № 823 від 17 липня 1987 р. «Про перебудову діяльності міністерств і відомств сфери матеріального виробництва в нових умовах господарювання», суть якої полягала в значному скороченні об'єктів управління.

Намічалася формування нових органів управління — генеральних дирекцій, яким передавали в повному об'ємі і права, і відповідальність як підприємств, так і вищестоящих органів управління, з міністерств було передано солідний управлінський апарат. Нові структури управління були запропоновані з урахуванням досвіду великих промислових фірм за кордоном.

Аптечна система також, як і промислові підприємства, була залучена в реформу організаційних структур управління. ДАПУ МЗ СРСР спільно зі Всесоюзним НДІ фармації розробили пропозиції по вдосконаленню організаційної структури управління в аптечній мережі. Відповідно до цих рекомендацій було створено виробничі об'єднання «Фармація» на обласному і республіканському рівнях.

Відповідно до Генеральної схеми управління аптечною службою, в системі «Союзфармація» на 1 січня 1989 р. в восьми союзних республіках, в тому числі і в УРСР були створені республіканські виробничі об'єднання «Фармація».

В основному об'єднання утворювалися шляхом реорганізації структур аптечного управління, основними принципами господарювання були повний госпрозрахунок і самофінансування. Метою створення об'єднання «Фармація» було підвищення рівня забезпечення населення лікарськими засобами на основі спрощення організаційної структури апарату управління, ліквідації паралельних підрозділів з однаковими функціями, і дрібних ланок, істотне скорочення адміністративно-управлінського персоналу.

Зовні здається, що були проведені радикальні зміни. Але по суті вирішення організаційно-управлінських проблем аптечної служби звелось до реформи управління без радикальної перебудови організаційної структури. Справа перебудови організаційної структури управління аптечної галузі закінчилась лише заміною вивіски. Скорочення адміністративних працівників відбулося формально, були ліквідовані лише деякі відділи, в той же час укрупнені ті, що залишилися. Командна система продовжувала займатися косметикою старого, звичного механізму управління. У верхній ланці управління узурпувалися всі права, а відповідальність концентрувалася в низових ланках, була відсутня система економічної відповідальності органів управління за якість прийнятих управлінських рішень.

Така схема управління втратила цenz ще до здобуття Україною незалежності. В 1992 р. з'явилися різні організаційно-правові форми підприємств поза відомчими межами, змінилися економічні й правові умови господарювання, підприємства почали самостійно вирішувати питання про входження в ті або інші організаційні структури.

Зі здобуттям незалежності в Україні почалося створення правового поля у сфері обігу лікарських засобів. У квітні 1996 р. набув чинності Закон України «Про лікарські засоби», відповідно до якого:

- у 1996 р. було створено Центр побічної дії лікарських засобів у складі Фармакологічного комітету МОЗ України;
- у 1999 р. створено Відділ фармакологічного нагляду у складі Державного фармакологічного центру МОЗ України;
- у 2002 р. Україна стала 68-м членом міжнародної програми ВООЗ з моніторингу побічної дії лікарських засобів.

Фармаконагляд у нашій країні ґрунтується на:

- ◆ Законі України «Про лікарські засоби» (1996);
- ◆ Постанові Кабінету Міністрів України від 13.09.2000 р. № 1422 «Порядок державної реєстрації (перереєстрації) лікарського засобу»;
- ◆ Наказі МОЗ України від 01.11.2000 р. № 281 «Інструкції про проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань»;
- ◆ Наказі МОЗ України від 19.12.2000 № 347 «Інструкція про здійснення нагляду за побічними реакціями/діями лікарських засобів».

З метою досягнення гармонізації з нормами, що застосовуються в міжнародній практиці, фармацевтична галузь України керується міжнародними вимогами, зазначеними в документах:

- Міжнародної конференції з гармонізації технічних вимог до реєстрації лікарських засобів для людини та директивами Ради Європейського Економічного Співтовариства з питань фармакологічного нагляду;
- Нормативно-правових актах ЄС — директиви 2001/83ЕС Європейського Парламенту та Ради ЄС від 06.11.2001 р. «Про зведення законів Співтовариства стосовно лікарських препаратів.

Фармацевтична галузь України включає:

- ◆ виробництво лікарських препаратів і виробів медичного призначення;
- ◆ оптову і роздрібну торгівлю;
- ◆ спеціалізоване збереження і розподіл (дистрибуцію) за допомогою налагодженої мережі збуту (аптеки, аптечні пункти тощо).

Останніми роками фармація починає інтегруватися зі сферою медичних послуг. Структура внутрішнього ринку фармацевтичної галузі на 72 % складається з аптечних, на 16 % — з лікарняних та на 12 % — з державних закупівель. Аптечна націнка на фармпрепарати становить 34 %.

Фармацевтична галузь посідає значне місце і в економіці України. Вона являє собою важливий сегмент національного ринку, багато в чому визначає національну й оборонну безпеку країни, вирізняється великою наукомісткістю та розвинутим кооперуванням.

На початок 2007 р. в Україні працювало 142 фармацевтичних виробничих підприємств (з них 27 великих — «Фармак», «Індар», «Борщагівський фармацевтичний завод» та ін.), які випускають близько 7000 найменувань. 70 % реалізованих упаковок — це ліки українського виробництва. В Україні зростання темпів виробництва фармпрепаратів більший, ніж індекс виробництва промислової продукції.

Фармацевтичні підприємства модернізуються й переходять на європейські стандарти якості продукції. Українські ліки вже починають займати досить помітні позиції на ринках ближнього і далекого зарубіжжя. Євроінтеграційний вектор зовнішньополітичного курсу країни формулює нові завдання до фармацевтичної галузі. 182 препарати експортуються в країни ближнього і далекого зарубіжжя — Індію, Філіппіни, Китай, Йорданію, Грузію, Латвію, Вірменію, Білорусь, Іспанію та Італію.

В державі створена багаторівнева система контролю якості ліків, починаючи з поступлення препарату на ринок України (реєстрація), та післяреєстраційний нагляд за лікарськими засобами:

- впровадження системи контролю за складом лікарських засобів, які поставляються на ринок через Державну інспекцію з контролю лікарських засобів;

- відстеження побічних дій та ефективності ліків через систему фармаконагляду, в межах якої в кожній області працюють представники фармакологічного центру по збиранню та обробленню відповідної інформації. Ця система визнана ВООЗ і Україна є повноправним членом системи світового моніторингу за ліками

За час незалежності України фармацевтична галузь стала однією з бюджетоформуючих галузей промисловості. Вітчизняні ліки повернули собі репутацію якісних та ефективних препаратів. Усе більша частина громадян купують в аптеках українські ліки. Збереження наукової бази, створення розвинутих і спеціалізованих детермінантів конкурентної переваги держави, а також залучення іноземних інвестицій для розвитку фармацевтичної галузі — усе це створює довгострокову основу для конкурентної переваги і сприяє переорієнтації експорту українських підприємств із ринків країн з перехідною економікою в країни Західної, Центральної і Східної Європи, посиленню їхньої конкурентоспроможності. Крім того, гармонізація основних технічних вимог з вимогами Європейського Союзу одночасно є захистом українського виробника фармацевтичної продукції від конкуренції з низькоякісною фармацевтичною продукцією.

Питання для самоконтролю

1. Назвіть основних учених з менеджменту. Над якими проблемами вони працювали?

2. Які існують підходи в сучасній концепції менеджменту? Розкрийте їх сутність.

3. Назвіть основні особливості медичної практики в країнах Стародавнього Сходу.

4. Які особистості сприяли розвитку медичної справи в Стародавньому Світі?

5. Які основні досягнення системи охорони здоров'я Стародавнього Риму?

6. Які тенденції можна виділити в розвитку медичної практики в середньовічній Європі?

7. Як саме епідемії впливали на розвиток охорони здоров'я в країнах Європи в епоху Середньовіччя?

8. Які тенденції розвитку системи охорони здоров'я були спричинені розвитком виробництва в XVIII—XIX ст.?

9. Назвіть основні напрями охорони здоров'я в Київській Русі.

10. Визначте вплив українських медиків на розвиток медицини.

11. Чи можливе використання досвіду лікарняних кас у сучасному процесі перебудови галузі охорони здоров'я?

12. Визначте основні періоди розвитку аптекарської справи в Україні.

Список використаної та рекомендованої літератури

1. *Бідний В.Г.* Проблеми і шляхи розвитку медичної допомоги в медицині. — К.: За друга, 2001.
2. *Веснин Р.С.* Основы менеджмента. — М., 1999.
3. *Голяченко А.О., Романюк В.М.* Проблеми української історії медицини та фармації// Вісн.соц.гіг.та орг. ОЗ України. — 2002. — № 1. — С. 83—85.
4. *Грандо О.А.* Подорож у минуле медицини. — К.: РВА «Тріумф», 1995. — 176 с.
5. *Грандо А.А.* Немного о прошлом. — К., 2003. — 228 с.
6. Історія української медицини. Матеріали конференції. — К., 1995.
7. История медицины: Очерки / Л.Г.Малая, В.Н. Коваленко, А.Г. Каминский, Г.С. Воронков. — К.: Либідь, 2003. — 416 с.
8. История менеджмента: Учеб. Пособие / Под ред. Д.В. Валового. — М.: ИНФРА, 1997.
9. *Кнорринг В. И.* Теория, практика и искусство управления// <http://www.bizlib.info>
10. *Крейнер С.* Библиотека избранных трудов о бизнесе: Книги, сотворившие менеджмент: Пер. с англ. — М.: ЗАО Олимп-Бизнес, 2005. — 355 с.
11. *Лисицын Ю.П.* История медицины. — М.: ГЭОТАР МЕД, 2004. — 393 с.
12. *Марчукова С.М.* Медицина в зеркале истории. — СПб.: Европ.дом, 2003. — 270 с.
13. *Менье Л.* История медицины: Пер. с франц. — М. — Л., 1926. — 368 с.
14. *Мескон М.Х., М.Альберт, Ф.Хедоури.* Основы менеджмента: Пер. с англ. 3-го изд. — М.: Дело, 1998. — 800 с.
15. *Петровский Б.В.* с соавт. Здравоохранение // БСЭ. — 1978. — Т.8. — С. 358—426.
16. *Пузич Я. І.* Юрій Дрогобич — перший український доктор медицини // Лікарська справа, 2000. — № 7—8. — С. 127—129.
17. *Пундій П.* Українські лікарі: Бібліогр. довід. — Львів-Чикаго: НТШ у Львові, 1994. — Кн. 1: Естафета поколінь національного відродження. — 328 с.
18. *Радиш Я.Ф.* Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування. — К.: Вид-во УАДУ, 2001. — 360 с.
19. *Робінс С., Де Ченцо Д.* Основы менеджменту. — К.: Основи, 2002. — 671 с.
20. *Российский Д.М.* История всеобщей и отечественной медицины и здравоохранения, М., 1956. — С. 23—146.
21. *Скляр Г.* Як лікувалися козаки// Слово лікаря. — 2002. — № 13. — С. 9.
22. *Семенова И.И.* История менеджмента: Учеб. пособие для вузов. — М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2000. — 222 с.
23. Страхова медицина в Україні: історія та сучасність/ Авт. колектив: В.П.Ляховський, В.І.Євсєєв, В.І.Сергієчко та ін. — К.: Пульсари, 2003. — 82 с.
24. *Ступак Ф.Я.* Вступ до історії медицини. Медицина і первісне суспільство. — К., 2002. — 64 с.
25. *Уорнер М.* Класики менеджмента: Энциклопедия: Пер. с англ. — СПб: Питер, 2001. — 1168 с.
26. Управление — это наука и искусство / А.Файоль, Г.Эмерсон, Ф.Тейлор, Г.Форд. — М., 1992.
27. *Хажински А.* Гуру менеджмента. Дорога к успеху. — СПб:Питер, 2002. — 480 с.
28. *Шегедин М.Б., Мудрик Н.О.* Історія медицини та медсестринства. — Тернопіль.: Укр-медкнига, 2003. — 328 с.