

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**Тернопільський національний економічний університет**  
**Навчально-науковий інститут інноваційних освітніх технологій**  
Кафедра менеджменту та публічного управління

**КАРДИНАЛ Мирослава Василівна**

**Забезпечення комунікативної взаємодії зі  
споживачами медичних послуг в процесі  
реалізації місії медичного закладу / Maintaining  
communicative interaction with consumers of  
health services in the implementation of medical  
facilities mission**

спеціальність: 8.18010018 - Адміністративний менеджмент  
магістерська програма - Адміністративний менеджмент

Магістерська дипломна робота

Виконала студентка групи  
АДМзм-21  
М. В. Кардинал

Науковий керівник:  
д.е.н., професор Мельник А.Ф.

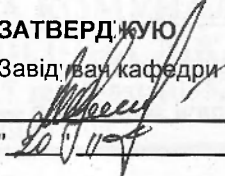
Магістерську дипломну роботу  
допущено до захисту:

"31" січня 2017 р.

Завідувач кафедри  
М. М. Шкільняк

ТЕРНОПІЛЬ - 2017

**Тернопільський національний економічний університет**  
**Навчально-науковий інститут інноваційних освітніх технологій**  
 Кафедра менеджменту та публічного управління  
 Освітній ступінь "магістр"  
 спеціальність: 8.18010018 - Адміністративний менеджмент  
 магістерська програма - Адміністративний менеджмент

ЗАТВЕРДЖУЮ  
 Завідуючий кафедрою  
  
 М. М. Шкільняк  
 " 20 " 11 2015 р.

**ЗАВДАННЯ  
 НА ДИПЛОМНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ**

**КАРДИНАЛ Мирослава Василівна**  
 (прізвище, ім'я, по батькові)

**1. Тема роботи**  
**Забезпечення комунікативної взаємодії зі споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії медичного закладу / Maintaining communicative interaction with consumers of health services in the implementation of medical facilities mission**  
 керівник роботи д.е.н., професор Мельник А.Ф.  
 затверджені наказом по університету від 3 листопада 2015 р. №629

**2. Строк подання студентом закінченої дипломної роботи 28 лютого 2017 р.**

**3. Вихідні дані до роботи** Конституція України, Закони України, постанови Кабінету Міністрів України, Укази Президента України, накази керівників дослідницької організації

**4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити)**  
 1. Теоретичне розуміння комунікативної взаємодії в системі соціально-економічного менеджменту державної установи. 2) Сутність комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг в державній лікарні. 3. Удосконалення комунікативної взаємодії дослідницької медичної установи з споживачами медичних послуг в контексті підвищення її іміджу.

**5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)**  
 Рисунки, таблиці

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв

7. Дата видачі завдання 9 жовтня 2015 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назви етапів роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	Затвердження технік технік. розробки експертних. 7 літератур. джерелами та складу членів експертної роботи	до 25.12.15р	
2.	Резюме роботи експертної групи (7 робіт)	до 15.03.16р	
3.	Резюме роботи експертної групи (2 роботи)	до 20.03.16р	
4.	Кваліфікаційні вимоги (кваліфікаційні вимоги) експертної роботи (3 роботи)	до 10.10.16р	
5.	Представлення доповіді роботи експертної та вкредитованій до цієї керівником	до 15.11.16р	
6.	Доопрацювання та прес-реліз: гострого варіанту експертної роботи, підгот. суффіксів документів.	до 20.12.16р	
7.	Перевірка експертної роботи на відповідність у системі "Академік" / "Академік"	до 01.02.17р	
8.	Формування експертної роботи та експертної роботи до редакції	до 10.02.17р	
9.	Формування експертної роботи до редакції в державній експертній групі / комісії	до 15.02.17р	

Студент М. В. Кардинал Кардинал М. В.  
підпис

Керівник роботи А. Ф. Мельник д.е.н., професор Мельник А.Ф.  
підпис



Департамент охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації  
**ТЕРНОПІЛЬСЬКА ОБЛАСНА КОМУНАЛЬНА  
КЛІНІЧНА ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНА ЛІКАРНЯ**  
вул. Тролейбусна, 14, м. Тернопіль, 46027 тел./факс (0352) 43-57-16  
e-mail: tokkpnl@tokkpnl.org.ua

---

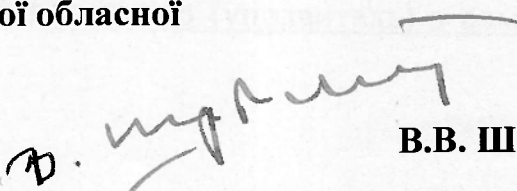
30.11.2015 N 09-15/5463

Завідувачу кафедри державного і  
муніципального управління ТНЕУ,  
керівнику магістерської програми  
за спеціальністю  
«Адміністративний менеджмент»  
д.е.н., професору ШКІЛЬНЯКУ М.М.

#### ЛИСТ-ЗАМОВЛЕННЯ

Тернопільська обласна клінічна комунальна психоневрологічна лікарня зацікавлена у виконанні дипломної роботи на тему: „ Забезпечення комунікативної взаємодії із споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії медичного закладу ” і просить доручити її виконання **КАРДИНАЛ Мирославі Василівні.**

Головний лікар Тернопільської обласної  
клінічної комунальної  
психоневрологічної лікарні

  
В.В. ШКРОБОТ



## РЕЦЕНЗІЯ

на дипломну роботу студентки групи АДМзм-11

**КАРДИНАЛ Мирослави Василівни**

на тему: **Забезпечення комунікативної взаємодії зі споживачами  
медичних послуг в процесі реалізації місії медичного закладу**

виконану на матеріалах: Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні.

Актуальність теми: полягає в тому, що ефективна робота медичного закладу багато в чому визначається тим, як у ньому налагоджена комунікативна взаємодія із споживачами медичних послуг.

Самостійні розробки і пропозиції автора: сформовано науково - обгрунтовані рекомендації щодо вдосконалення комунікативної взаємодії із споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії медичного закладу.

Практичне значення роботи: полягає у можливості використання отриманих у дипломному дослідженні результатів, пов'язаних з удосконаленням комунікативної взаємодії із споживачами медичних послуг, у практичній діяльності Тернопільської обласної клінічної психоневрологічної лікарні.

Недоліки: істотних недоліків у дипломній роботі не виявлено.

Загальний висновок: дипломна робота відповідає вимогам, які ставляться до написання такого виду робіт і заслуговує відмінної оцінки, а її автор – присвоєння кваліфікації Менеджер (управитель) з адміністративної діяльності.

Рецензент:

**Головний лікар**

**Тернопільської обласної комунальної  
клінічної психоневрологічної лікарні**



*[Handwritten signature]*

**В.В.ШКРОБОТ**

16.01.2017



Управління охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації  
**ТЕРНОПІЛЬСЬКА ОБЛАСНА КОМУНАЛЬНА  
КЛІНІЧНА ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНА ЛІКАРНЯ**  
вул. Тролейбусна, 14, м. Тернопіль, 46027 тел./факс (0352) 43-57-16  
e-mail: tokkpnl@tokkpnl.org.ua

від 16.01.2017 № 01-15/121

Зав. кафедри державного і  
муніципального управління  
Тернопільського національного  
економічного університету  
д.е.н., проф. ШКІЛЬНЯКУ М.М.

#### ДОВІДКА ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня повідомляє, що дипломна робота на тему: „Забезпечення комунікативної взаємодії зі споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії медичного закладу”, виконана **КАРДИНАЛІ Мирославою Василівною**, є цілісним, системним дослідженням, результати якого можуть бути використані у практичній діяльності медичного закладу.

Головний лікар  
Тернопільської обласної комунальної  
клінічної психоневрологічної лікарні



*В. Шкробот*  
В.В.ШКРОБОТ

Тернопільський національний економічний університет  
Навчально-науковий інститут інноваційних освітніх технологій  
Кафедра менеджменту та публічного управління

ВІДГУК

наукового керівника д.е.н., професор Мельник А.Ф.  
на дипломну роботу студентки групи АДМзм-21

**КАРДИНАЛ Мирослава Василівна**

(прізвище, ім'я, по батькові)

на тему: **Забезпечення комунікативної взаємодії зі споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії медичного закладу / Maintaining communicative interaction with consumers of health services in the implementation of medical facilities mission**

Актуальність теми: *Комунікативна взаємодія зі споживачами медичних послуг в одній із найважливіших функцій забезпечення якості надання медичних послуг, реалізації місії медичного закладу. В умовах інтеграції сфер медичної, інформаційної, фінансової та соціальної психологічного профілю така проблема має розроблені. Зважаючи на це тема дипломної роботи є надзвичайно актуальною.*

Самостійні розробки і пропозиції автора: *Докажіть, будь ласка, власних самостійних розробок автором цієї роботи: визначення ролі комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг; аналіз внутрішньої комунікативної взаємодії; аналіз ролі комунікативної взаємодії; діагностична роль споживачів медичних послуг; пропозиції по удосконаленню внутрішньої комунікативної взаємодії та комунікації з громадськістю.*

Практичне значення магістерської дипломної роботи: *наведені в роботі висновки та аналіз актуальних питань з функціонування комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг та медичних закладів зокрема в умовах реалізації місії медичного закладу. Зокрема варто звернути увагу на те, що комунікативна взаємодія з споживачами медичних послуг має бути вивчена не тільки в контексті внутрішньої комунікативної взаємодії, але й в контексті комунікації з громадськістю.*

Недоліки: *Не всі розроблені наукові керівника вказано: 1) не вказано, як проводити дослідження споживачів мед. послуг в інтернеті (вз-спит); 2) недостатність аналізу впливу цього фактора на комунікативну взаємодію з споживачами мед. послуг; 3) недостатність аналізу впливу цього фактора на комунікативну взаємодію з громадськістю.*

Загальний висновок: *Тема даної роботи є актуальною.*

*Загалом дипломна робота є розробленою, зрозумілою. За змістом відповідає вимогам до дипломної роботи магістра. Використано на матеріалах реального об'єкта дослідження, здійснено корекції пропонується автором щодо удосконалення роботи. Може бути додана до захисту з подальшою опрацюванням. Кардинал М.В. заслуговує на високу оцінку "відмінно". Кардинал М.В. заслуговує на високу оцінку "відмінно". Кардинал М.В. заслуговує на високу оцінку "відмінно".*

Науковий керівник

д.е.н., професор Мельник А.Ф.  
(прізвище, ініціали)

(підпис)

"23" січня 2017 р.

## РЕЗЮМЕ

**Дипломна робота** містить 140 сторінок, 14 рисунків, 14 таблиць, список використаних джерел із 104 найменувань.

**Метою дипломної роботи** є розвиток теоретичних положень та вироблення практичних рекомендацій щодо удосконалення комунікативної взаємодії зі споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії медичного закладу.

**Об'єктом дослідження** є процес комунікативної взаємодії зі споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії медичного закладу.

**Предметом дослідження** є механізми та методи забезпечення комунікативної взаємодії зі споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії медичного закладу.

**Одержані висновки і їх новизна** полягають у розвитку теоретичних положень та формуванні практичних рекомендацій щодо удосконалення комунікативної взаємодії зі споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії медичного закладу.

**Ключові слова:** медичний заклад, медична послуга, комунікативна взаємодія із споживачами, місія медичного закладу.

## RESUME

**Thesis contains** 140 pages, 14 figures, 14 tables, a list of sources of 104 items.

**The aim of the thesis** is development of theoretical positions and making of practical recommendations for improving communicative interactions with consumers of health services in the implementation of the mission clinic.

**The object** of the research is the process of communicative interaction with consumers of health services in the implementation of the mission of the medical institution.

**The study examined** is the mechanisms and methods of communicative interaction with consumers Health Services in the process of implementing mission health institutions.

**The resulting findings and their novelty** lies in the development of theoretical positions and formation of practical recommendations for improving communicative interactions with consumers of health services in the implementation of the mission clinic.

**Keywords:** medical institution, medical service interaction communication with consumers, the mission of the medical institution.



## АНОТАЦІЯ

Кардинал М. Забезпечення комунікативної взаємодії зі споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії медичного закладу. – Рукопис.

Дослідження на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня магістр за спеціальністю 8.18010018 – Адміністративний менеджмент. Тернопільський національний економічний університет. – Тернопіль, 2017.

Перший розділ присвячений дослідженню теоретичних засад комунікативної взаємодії в системі адміністративного менеджменту державної установи.

У другому розділі здійснено оцінку комунікативної взаємодії зі споживачами медичних послуг в Тернопільській обласній клінічній комунальній психоневрологічній лікарні.

У третьому розділі сформувано пропозиції щодо вдосконалення комунікативної взаємодії досліджуваної медичної установи зі споживачами медичних послуг в контексті підвищення її іміджу.

## ABSTRACT

Kardinal M. Provision of interactive communication with consumers of health services in the implementation of the mission of the medical institution. - Manuscript.

Research on the education and qualification of Master specialty 8.18010018 - Administrative Management. Ternopil National Economic University. - Ternopil, 2017.

The first section is devoted to the study of theoretical foundations of communicative interaction in the system of administrative management of public institutions.

The second section the estimation of communicative interaction with consumers of health services in the Ternopil regional clinical municipal neuropsychiatric hospital.

The third section formed proposals to improve communicative interaction study medical institutions with consumers of health services in the context of improving its image.

## **АНОТАЦІЯ**

Кардинал М. Забезпечення комунікативної взаємодії зі споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії медичного закладу. – Рукопис.

Дослідження на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня магістр за спеціальністю 8.18010018 – Адміністративний менеджмент. Тернопільський національний економічний університет. – Тернопіль, 2017.

Перший розділ присвячений дослідженню теоретичних засад комунікативної взаємодії в системі адміністративного менеджменту державної установи.

У другому розділі здійснено оцінку комунікативної взаємодії зі споживачами медичних послуг в Тернопільській обласній клінічній комунальній психоневрологічній лікарні.

У третьому розділі сформовано пропозиції щодо вдосконалення комунікативної взаємодії досліджуваної медичної установи зі споживачами медичних послуг в контексті підвищення її іміджу.

## **ABSTRACT**

Cardinal M. Provision of interactive communication with consumers of health services in the implementation of the mission of the medical institution. - Manuscript.

Research on the education and qualification of Master specialty 8.18010018 - Administrative Management. Ternopil National Economic University. - Ternopil, 2017.

The first section is devoted to the study of theoretical foundations of communicative interaction in the system of administrative management of public institutions.

The second section the estimation of communicative interaction with consumers of health services in the Ternopil regional clinical municipal neuropsychiatric hospital.

The third section formed proposals to improve communicative interaction study medical institutions with consumers of health services in the context of improving its image.

## РЕЗЮМЕ

**Дипломна робота** містить 140 сторінок, 14 рисунків, 14 таблиць, список використаних джерел із 104 найменувань.

**Метою дипломної роботи** є розвиток теоретичних положень та вироблення практичних рекомендацій щодо удосконалення комунікативної взаємодії зі споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії медичного закладу.

**Об'єктом дослідження** є процес комунікативної взаємодії зі споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії медичного закладу.

**Предметом дослідження** є механізми та методи забезпечення комунікативної взаємодії зі споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії медичного закладу.

**Одержані висновки і їх новизна** полягають у розвитку теоретичних положень та формуванні практичних рекомендацій щодо удосконалення комунікативної взаємодії зі споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії медичного закладу.

**Ключові слова:** медичний заклад, медична послуга, комунікативна взаємодія із споживачами, місія медичного закладу.

## RESUME

**Thesis contains** 140 pages, 14 figures, 14 tables, a list of sources of 104 items.

**The aim of the thesis** is development of theoretical positions and making of practical recommendations for improving communicative interactions with consumers of health services in the implementation of the mission clinic.

**The object** of the research is the process of communicative interaction with consumers of health services in the implementation of the mission of the medical institution.

**The study examined** is the mechanisms and methods of communicative interaction with consumers Health Services in the process of implementing mission health institutions.

**The resulting findings and their novelty** lies in the development of theoretical positions and formation of practical recommendations for improving communicative interactions with consumers of health services in the implementation of the mission clinic.

**Keywords:** medical institution, medical service interaction communication with consumers, the mission of the medical institution.

## ЗМІСТ

<b>Вступ .....</b>	<b>3</b>
<b>Розділ 1. Теоретичні засади комунікативної взаємодії в системі адміністративного менеджменту державної установи</b>	
1.1. Суть комунікацій в адміністративній діяльності державної установи.....	7
1.2. Види комунікацій та комунікативні технології в медичних установах.....	19
1.3. Об'єктивна необхідність та особливості комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг.....	29
Висновки до розділу 1.....	43
<b>Розділ 2. Оцінка комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг в Тернопільській обласній клінічній комунальній психоневрологічній лікарні</b>	
2.1. Зони відповідальності з забезпечення комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг в досліджуваній медичній установі.....	45
2.2. Оцінка внутрішньої комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії лікувального закладу.....	72
2.3. Оцінка зовнішньої комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії лікувального закладу.....	86
Висновки до розділу 2.....	95
<b>Розділ 3. Удосконалення комунікативної взаємодії досліджуваної медичної установи з споживачами медичних послуг в контексті підвищення її іміджу</b>	
3.1. Діагностика потреб споживачів медичних послуг як база планування комунікацій.....	97
3.2. Удосконалення внутрішньої комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг.....	105
3.3. Удосконалення комунікативних зв'язків з громадськістю в процесі виконання місії організації.....	114
Висновки до розділу 3.....	122
Висновки.....	125
Список використаних джерел.....	130
Додатки.....	141



## **Вступ**

**Актуальність проблеми.** Згідно статей 3 і 49 Конституції України, життя і здоров'я людини є найвищими соціальними цінностями держави, а кожний громадянин України має право на охорону здоров'я та медичну допомогу.

Сучасний стан соціально-економічного розвитку України супроводжується складними умовами реформування охорони здоров'я.

Кризові явища в економіці, розшарування суспільства за рівнем життя населення, соціальна нестабільність, несприятлива екологічна ситуація призвели до погіршення здоров'я населення. Об'єктивне зростання медичних потреб населення відбувається на фоні зменшення можливостей системи охорони здоров'я. Державний бюджет практично неспроможний задовольняти потреби медичної практики і забезпечувати її необхідними ресурсами. Жорсткий розподіл коштів, що надходять до закладів охорони здоров'я за статтями кошторису, паралізує пошук внутрішньогалузевих резервів і унеможлиблює не лише надання медичних послуг високої якості, а й їх надання на задовільному рівні.

Критична ситуація у сфері охорони здоров'я в Україні вимагає вироблення єдиної державної політики щодо її реформування. Неухильне підвищення рівня добробуту людей, суттєве поліпшення функціонування системи охорони здоров'я у спосіб її реформування з метою підвищення якості медичних послуг, їх доступності, запровадження стимулів для здорового способу життя населення та належних умов праці визначено основними пріоритетами політики реформ.

За таких умов забезпечення комунікативної взаємодії із споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії медичного закладу є фактором покращення діяльності цього закладу, підвищення якості лікування і забезпечення безпеки як пацієнтів, так і самих медичних працівників. Усе це обумовлює актуальність теми дипломної роботи.

**Аналіз останніх досліджень та наукових праць.** Складність і різноманітність проблем охорони здоров'я привертає увагу багатьох дослідників і наукових шкіл.

Дослідженню теоретичних основ охорони здоров'я присвячені праці: П.Самуельсона, Дж. Е.Стігліца, Г.Беккера, Т.Шульца, Дж.Кендріка та ін. Теоретико-методологічні підходи до формування державних соціальних нормативів надання медичної допомоги розкриті Н.Ярош, А.Зіменковським. Питання управління і регулювання охорони здоров'я відображені у роботах таких українських дослідників, як: Ю.Вороненко, О.Голяченко, Л.Жаліло, Б.Криштоп, Н.Нижник та ін. Вивчення і дослідження принципів управління сферою охорони здоров'я здійснювали вітчизняні учені: Е.Бачило, З.Гладун, Я.Радиш, В.Рудий, І.Солонко та ін. Серед вітчизняних учених окремі аспекти питання регулювання якості медичної допомоги і надання медичних послуг та можливі напрями їх удосконалення розглядали в своїх роботах: О. Галацан, Д. Гендерсон, В. Загородній, Д. Карамішев, В. Лехан, Е. Магуайр, А.Мельник, Ю.Мельник, В. Москаленко, Г. Муні, А. Немченко, В.Пономаренко, Р. Салтман, А.Степаненко, І. Шейман та ін.

Незважаючи на наявність значного масиву наукових напрацювань, недостатньо розкритими залишаються питання забезпечення комунікативної взаємодії із споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії медичного закладу та її вдосконалення. Це посилює актуальність виконання теми дипломної роботи та зумовлює постановку мети і завдань цієї роботи.

**Метою дипломної роботи** є розвиток теоретичних положень та вироблення практичних рекомендацій щодо удосконалення комунікативної взаємодії із споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії медичного закладу.

**Основними завданнями дипломної роботи є:**

- розкриття суті комунікацій в адміністративній діяльності державної установи;
- визначення видів комунікацій та комунікативних технологій в медичних установах;
- обґрунтування об'єктивної необхідності та особливостей комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг;
- ідентифікація зон відповідальності та забезпечення комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг в досліджуваній медичній установі;
- оцінка внутрішньої комунікативної взаємодії з споживачами медичних

послуг в процесі реалізації місії лікувального закладу;

- оцінка зовнішньої комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії лікувального закладу;

- діагностика потреб споживачів медичних послуг як бази планування комунікацій;

- визначення напрямів удосконалення внутрішньої комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг;

- формування рекомендацій щодо удосконалення комунікативних зв'язків з громадськістю в процесі виконання місії організації.

**Об'єктом дипломної роботи** є процес комунікативної взаємодії із споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії медичного закладу.

**Предметом дипломної роботи** є механізми та методи забезпечення комунікативної взаємодії із споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії медичного закладу.

Для досягнення поставленої мети у дипломній роботі використовувались такі **методи дослідження**: системного аналізу (для виявлення та оцінки видів комунікацій та комунікативних технологій в медичних установах – розділ 1; для оцінки внутрішньої комунікативної взаємодії як системи з споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії лікувального закладу – розділ 2); факторного аналізу (для вивчення чинників, що зумовлюють необхідність діагностики потреб споживачів медичних послуг як бази планування комунікацій – розділи 2, 3); порівняльного аналізу (для співставлення особливостей комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг в досліджуваній медичній установі в різних зонах відповідальності – розділ 2); структурно-логічного аналізу (для визначення елементів комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг – розділ 1); прогнозування (для виявлення майбутніх переваг від удосконалення комунікативних зв'язків з громадськістю в процесі виконання місії організації – розділ 3).

**Теоретична новизна** дипломної роботи полягає у розвитку теоретичних положень забезпечення комунікативної взаємодії із споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії медичного закладу.

**Практична значущість** одержаних результатів полягає у тому, що розроблені у ній теоретичні положення та практичні рекомендації щодо удосконалення комунікативної взаємодії із споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії медичного закладу можуть бути використані медичними установами різних форм власності у їх діяльності; при підготовці і прийнятті управлінських рішень щодо забезпечення і покращення комунікацій цих установ із споживачами медичних послуг.

Дипломна робота розміщена на 140 сторінках, включає три розділи, список використаних джерел із 104 позицій. Робота містить 14 рисунків і 14 таблиць, 6 додатків.

Результати дипломної роботи знайшли своє відображення у Збірнику тез доповідей секції «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні» загальноуніверситетської студентської наукової конференції «Науково-дослідна робота студентів: формування особистості майбутнього вченого, фахівця високої кваліфікації» (Тернопіль, квітень 2016 року) [30].



# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ КОМУНІКАТИВНОЇ ВЗАЄМОДІЇ В СИСТЕМІ АДМІНІСТРАТИВНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ ДЕРЖАВНОЇ УСТАНОВИ

### 1.1. Суть комунікацій в адміністративній діяльності державної установи

Європейська інтеграція як демократична відповідь на виклик глобалізаційної доби посилює активізацію діалогу суспільства і різних типів організацій. Платформою такого діалогу в країнах Європи є організаційно-правова спроможність інститутів громадянського суспільства до артикуляції соціальних інтересів, їх просування та захисту. При цьому успіх діалогу в окремих країнах безпосередньо залежить від спільних дій організацій і об'єднань громадян та їх готовності до співробітництва. Тим більше, що громадські об'єднання здійснюють реальний вплив не тільки на роботу окремих організацій, а й на державну політику, в цілому, та привносять демократичні ідеї, уособлюючи весь спектр думок, що генеруються у громадянському суспільстві. Отже, в умовах сучасної демократії, конструктивна співпраця суспільства та організацій дозволяє мобілізувати соціальні ресурси для розв'язання суспільно значущих проблем у державі.

З погляду теорії та практики менеджменту, державна установа – це організація, тобто група людей, діяльність яких свідомо координується для досягнення спільної мети або цілей. Поряд із цим, державні організації відрізняються від недержавних двома важливими відмінностями. Перша відмінність: у демократичному суспільстві особи, які відповідають за управління державною організацією, обираються або призначаються кимось, хто був обраний (або призначений кимось, хто був призначений якоюсь іншою обраною особою...). «Право» особи обіймати певну посаду безпосередньо чи опосередковано залежить від процесу обрання. Відмінності механізмів призначення або обрання адміністраторів (менеджерів) державних і приватних організацій можуть істотно впливати на діяльність самих організацій. Друга

відмінність: держава користується певними правами примусу, яких позбавлені приватні компанії [79, с. 13].

Державні організації можна розрізняти за різними ознаками. Скажімо, за видами діяльності це можуть бути підприємницькі організації (підприємства), організації сфери послуг (школи, театри, лікарні), торгові (магазини, бази); за сферами діяльності – це виробничі, транспортні, наукові, культурні, освітні, тощо; за напрямом діяльності – орієнтовані на отримання прибутку або неприбуткові [79, с. 17].

Важливим елементом управлінської діяльності в системі управління державною установою виступає адміністративна діяльність як один з основних системотворчих компонентів.

Під поняттям «діяльність», загалом, будемо розуміти існування соціальної дійсності. Зміст людської діяльності в найбільш широкому розумінні розкривається через процес взаємодії між суб'єктом і об'єктом з метою цілеспрямованого перетворення людиною тих чи інших матеріальних чи ідеальних форм буття [4, с. 59].

Окремі наука чи авторський підхід розглядають діяльність відповідно до цілей та завдань, які перед нею ставляться, покладаючи, разом з тим, в її основу системний підхід.

Виокремимо наступні основні позиції щодо розуміння поняття «діяльність».

Так, у сучасному філософському словнику зазначено, що діяльність виникає в трьох основних видах: матеріальна, духовна, суспільно-політична. Елементами діяльності є люди, їх потреби та інтереси, предмети діяльності, мотиви, цілі, способи та форми її здійснення [93].

Для аналізу діяльності з позиції управління (управлінський підхід) найбільш важливою буде саме соціально-перетворювальна чи, як зазначено у філософському словнику, суспільно-політична складова діяльності.

Адміністративний – той, що пов'язаний з управлінням, адміністрацією [53, с. 23].

Етимологічний словник української мови зазначає, що слово «адміністративний», «адміністрація» походять від латинського «administratio», що означає прислужування, допомога, керування, адміністрація і є похідним від дієслова «administro» – прислужую, допомагаю, керую, завідаю, утвореного від префікса «ad-» («при-, до-») і дієслова «ministro» (служу, керую), що походить від «minister» – слуга, помічник [23, с. 49].

Адміністрація (лат. administratio – управління, керівництво) – 1) сукупність державних органів, що здійснюють функції управління; 2) посадові особи управління, керівний склад установи, організації, підприємства; 3) розпорядники, відповідальні улаштовувачі будь-чого [53, с. 23].

Таким чином, адміністративний, у широкому розумінні, – це той, що пов'язаний загалом з управлінською діяльністю, як політичною, так і власне адміністративною, у вузькому тлумаченні – той, що пов'язаний з бюрократичним методом управління та виконанням політичних рішень.

У рамках власної концепції (класичної школи) досліджував поняття адміністрування А.Файоль. Управління, під яким в термінології А.Файоля розумілося адміністрування, він розглядав як єдність прийомів, принципів, правил, направлених на здійснення ефективної діяльності, при оптимальному використанні можливостей організації і її ресурсів [92].

Концепція адміністративного управління була націлена на розробку загальних проблем і принципів управління організацією. У рамках цієї концепції як системи взаємозв'язків, що мають певну ієрархію (принципи ієрархічності), було сформовано поняття організаційної структури.

Термін «адміністративна діяльність» у законодавчому порядку в Україні не визначений. У науковій літературі існує декілька поглядів на сутність та розуміння цієї категорії. Так, на думку Л.Ковалю головне в адміністративній та управлінській діяльності – це видання нормативних та індивідуальних актів [31, с. 69]. Л.Гордієнко вважає, що адміністративна діяльність – це діяльність працівників апарату управління, яка здійснюється в межах визначеної посади і є предметом дослідження адміністративного менеджменту. Відповідно до

поділу управлінської праці, вона зазначає, що первинною структурно-функціональною одиницею в системі управлінської праці є посадова діяльність індивіда, тобто вона розглядає адміністративну діяльність з позиції аналізу системи «посада-працівник». Відправним пунктом дослідження посади як управлінської категорії є виявлення її основних системних характеристик: структури, зв'язків, функцій, організації [15].

У контексті цього, зазначимо, що такий кваліфікаційно-посадовий підхід, по-перше, не охоплює всіх операцій, властивих адміністративній діяльності (у практичній роботі посадовим особам доводиться значну частину часу витрачати саме на виконання функцій, не передбачених посадовими інструкціями. По-друге, у даному визначенні відсутня мета її здійснення, що дає можливість будь-які дії, здійснювані працівниками апарату, відносити до адміністративної діяльності.

Елементи управлінської діяльності, властиві адміністративній діяльності, мають логічний зв'язок з управлінською категорією, що визначають такі її характеристики:

- з якою метою здійснюється адміністративна діяльність;
- що спричинило її здійснення;
- на що спрямовані її дії;
- який вид впливу вона здійснює [15].

З огляду на сутність управлінської праці, що є різновидом розумової праці, фахівці виділяють такі елементи процесу управління: ціль, ситуацію, проблему, рішення. Таким чином, для адміністративної діяльності, як процесу управління, характерні також визначення мети здійснення адміністративних дій, аналіз ситуації, визначення проблеми, пошук шляхів їх вирішення.

Адміністративна діяльність також базується на основних функціях менеджменту: плануванні, організації, мотивації, контролі та конкретизується залежно від цілей, завдань, проблем, що вирішуються [15].

Адміністративна діяльність, як різновид управлінської діяльності, спрямована на організацію різноманітних процесів і управління ними.



На думку авторів книги «Управлінська діяльність менеджера. Основи менеджменту» поняття «управлінська діяльність» є провідною, головною серед інших видів діяльності, тому що є свідомо здійснюваною людською діяльністю, спрямованою на ефективне здійснення робіт (індивідуальних або колективних), з метою досягнення тих або інших цілей, вирішення відповідних завдань, виконання функцій [95].

Посадова діяльність управлінських працівників за своєю технологією поділяється на три основні цикли, у межах яких виконуються різні операції та процедури:

- інформаційний цикл (пошук, збирання, передача, обробка, збереження всіх видів інформації. Цим переважно займаються спеціалісти і технічні виконавці);

- логіко-розумовий цикл, пов'язаний з виробленням і прийняттям управлінських рішень (дослідження, науково-технічні й інші розробки, техніко-економічні розрахунки,

- прогнози, вироблення рішень. В основному, цим займаються спеціалісти і керівники);

- організаційний цикл, що супроводжується організаційно-управлінським впливом на об'єкт управління та реалізацією управлінського рішення (підбір і розміщення кадрів, інструктаж, доведення завдань до виконавців, оперативне планування, організація трудових процесів персоналу, координація, контроль виконання і т. ін. Цим займаються керівники [15].

Для адміністративної діяльності в управлінні державною установою також будуть притаманні такі технологічні цикли, але зміщується акцент з інформаційного та логіко-розумового циклу на організаційний.

Адміністративна діяльність, як вид управлінської діяльності, є невід'ємним атрибутом динамічних систем різного порядку, в тому числі, державних установ, з яких складається матеріальний світ.

У загальноприйнятому тлумаченні система – це сукупність елементів (компонентів), між якими внутрішні зв'язки сильніші за зовнішні, завдяки чому

вона існує як єдине ціле. Використовуючи системний підхід, управління можна визначити як оптимальний вплив суб'єкта системи на її об'єкт відповідно до місії і цілей системи [97].

Оскільки адміністративна діяльність, як один з видів управлінського впливу притаманна лише соціальним системам, – її можна визначити як оптимальний вплив суб'єкта соціальної системи на об'єкт з використанням, переважно, адміністративних методів управління.

Автори словника-довідника з державного управління виділяють такі основні елементи системи адміністративної діяльності: планування, організацію, управління персоналом, керівництво, координацію, звітність, укладання бюджету [19].

На нашу думку, використання такого підходу є недоцільним, оскільки він поєднує різні рівні узагальнення: функції управління з конкретними етапами їх виконання.

Адміністративна діяльність ґрунтується на таких індивідуальних і групових властивостях працівників, як: почуття обов'язку, відповідальність, дисципліна та розуміння можливості адміністративного покарання.

У своєму змісті адміністративна діяльність має ряд специфічних ознак, котрі виділяють її з поміж інших видів діяльності.

Характерними особливостями адміністративної діяльності є:

- прямий вплив на об'єкт управління;
- обов'язковий характер виконання вказівок, розпоряджень, постанов та інших адміністративних рішень вищих органів управління для підпорядкованих об'єктів;
- суворо визначена відповідальність за невиконання вказівок та розпоряджень [39];
- виконавчо-розпорядчий характер (її головною метою є виконання чинного законодавства з питань, які входять до компетенції державних установ, зокрема, медичних).

Досліджуючи адміністративну діяльність державної установи, вважаємо, за необхідне виділення таких її підсистем: інституційну, інституціональну, функціональну, організаційну, комунікаційну й кадрову (рис. 1.1).



Сформовано автором з використанням джерела [4]

Інституційна підсистема є сукупністю органів публічного адміністративного управління та посадових осіб, формалізованих на основі Законів України, указів Президента України, постанов Кабінету Міністрів України та адміністрацій відповідних рівнів управління, які здійснюють організаційно-розпорядчі функції держави. Вона включає три організаційно-правові форми адміністративних органів: міністерства, які реалізують державну політику в певній сфері; служби, призначені для здійснення контролю та нагляду; агентства (комітети), які виконують специфічні функції держави.

Інституціональна підсистема – це сукупність формальних і неформальних правил, які сприяють адміністративній діяльності або на основі яких вона здійснюється. До них можна віднести нормативно врегульовані та неформальні правила взаємодії між суб’єктами та об’єктами управління.

Функціональна підсистема – це сукупність функцій, виконуваних державними установами як суб’єктами управління в процесі здійснення адміністративної діяльності. До неї належать основні функції управління: планування, мотивація, організація, контроль.

Організаційна підсистема включає механізми організації та здійснення адміністративної діяльності державною установою.

Кадрова підсистема пов'язана з підбором висококваліфікованих кадрів, роботою з особовим складом, зі створенням необхідних умов для здійснення адміністративної діяльності.

Загалом, усі компоненти адміністративної діяльності в процесі її здійснення взаємопов'язані та взаємообумовлені і у своїй сукупності утворюють цілісну динамічну відкриту систему.

Комунікаційна підсистема пов'язана зі способами збирання, аналізування, обробки інформації в процесі проведення державною установою адміністративної діяльності.

Управління державною установою не може існувати без комунікації, як форми взаємодії різноманітних суб'єктів і об'єктів управління, оскільки потребує погодження позицій у постійному діалозі між установою і громадськістю. Комунікації інформують населення, саму установу та інститути громадянського суспільства, дозволяють видавати накази, ухвалювати управлінські рішення, переконувати людей.

Термін “комунікація” в управлінні визначається як рух інформації, інструмент діалогу між учасниками управлінського процесу, складова процесу взаємодії державної установи і громадян.

Комунікація є процесом двостороннього обміну інформацією між установами і громадськістю за допомогою засобів зв'язку і соціально-комунікативних технологій. Комунікація передбачає не менше двох суб'єктів, які постійно або тимчасово взаємодіють. Взаємодія державних установ, в тому числі, медичних, з цільовими аудиторіями – це безперервний обмін соціальною інформацією, який здійснюється завдяки наявності комунікативного ланцюга. Ефективність такої комунікації багато в чому зумовлена механізмами зворотного зв'язку між громадянами та державними установами. Зворотний зв'язок у системі управління державними установами, зокрема, медичними, є впливом результатів функціонування систем управління ними на характер цього функціонування.

У системі управління державними установами, зокрема, медичними, видається можливим виділити два типи зворотних зв'язків: об'єктні та суб'єктні.

Об'єктні зворотні зв'язки відображають рівень, глибину, адекватність сприйняття об'єктами управління впливів цих установ як суб'єктів управління. Відсутність або неповнота змістових і правдивих об'єктних зворотних зв'язків не дає змоги визначати раціональність та ефективність організації і діяльності суб'єкта управління та виробляти заходи з їх підвищення. Недостатньо (погано) такому разі уявляються й потреби, інтереси та цілі об'єктів управління.

Суб'єктні зворотні зв'язки характеризують доцільність і раціональність власної, внутрішньої організації і діяльності державних установ, зокрема, медичних, як суб'єктів управління загалом, їх підсистем, ланок і окремих компонентів. Вони дають можливість побачити, зрозуміти й оцінити, як кожний нижчий рівень управління реагує на рішення та дії вищого, наскільки і яким чином він враховує їх у своїй діяльності, яке його реальне відношення до вищого рівня тощо. До суб'єктних зворотних зв'язків належать: контроль, аналіз і оцінка організації та діяльності державних установ, виконання своїх обов'язків з боку посадових осіб, звіти, інформація тощо [21, с. 59].

Концепція “зворотного зв'язку” детально розроблена Н. Вінером – одним із засновників кібернетики. Вона передбачає активну роль суб'єкта-адресата в процесі комунікації: інформація модифікується під впливом того, на кого спрямовується, на відміну від одностороннього, прямого інформаційного потоку, який може не враховувати потреби об'єкта – адресата, на який спрямовано цей потік. У цьому сенсі важливим також, на наш погляд, є визначення поняття “вивчення громадської думки”. Ми погоджуємось з авторами “Енциклопедичного словнику з державного управління” відносно того, що вивчення громадської думки – це опосередкована форма консультацій організацій з громадськістю щодо формування та реалізації їх політики. Вивчення громадської думки здійснюється шляхом: проведення соціологічних досліджень та спостережень (опитування, анкетування, контент-аналіз

інформаційних матеріалів, фокус-групи); запровадження спеціальних рубрик у друкованих та електронних ЗМІ; проведення експрес-аналізу коментарів, відгуків, інтерв'ю, інших матеріалів у пресі, на радіо, телебаченні для визначення позиції різних соціальних груп; опрацювання та узагальнення висловлених у зверненнях громадян зауважень і пропозицій; проведення аналізу цільової інформації, що надходить до спеціальних скриньок. Результати вивчення громадської думки враховуються організаціями під час прийняття рішень та їх подальшої реалізації [21, с. 83]. На сьогодні у вітчизняній науці існує певна проблема, яка полягає в тому, що громадська думка недостатньо врахована й недостатньо вивчається державними організаціями.

Сучасні системні підходи в організації управління організаціями підприємницького і некомерційного сектора економіки особливу роль відводять інформаційно-комунікаційним аспектам. Вважається, що для побудови ефективної моделі управління є вагомою концепція систем з інформаційним зворотним зв'язком. Цей підхід демонструє динаміку перетворення інформації на рішення, які, у свою чергу, стають діями. Необхідно приділяти більше уваги їхнім взаємозв'язкам, а не окремим частинам як таким. У такому розумінні комунікація, вірогідно, розглядається як засіб, за допомогою якого в єдине ціле об'єднується організаційна діяльність, модифікується поведінка, здійснюються зміни, інформація набуває ефективності, реалізуються цілі.

Американський дослідник Г. Райт виділяє такі комунікативні компоненти:

- процес реагування на інтереси різноманітних груп;
- процес розуміння інформації, укладеної в законодавчих актах, їхнє трактування і створення правил, каналів запровадження даних законів;
- створення внутрішніх інформаційних потоків;
- акцент на вивченні поведінки людей, а не управлінських структур і умов праці [17, с. 8];

- підхід до комунікативної діяльності як до потреби в особистісних і міжособистісних взаєминах, що існують поза формальними, бюрократичними

відносинами: спілкування, ствердження самоповаги й особистісної цілісності індивіда [42, с. 9];

- процес зв'язків з численними окремими групами й окремими індивідами у забезпеченні громадянських послуг [42, с. 10];

- взаємини індивіда й організації із широкими масами та співвідношення з цілями суспільства [17, с. 11].

Український дослідник І. Василенко виокремлює комунікації, які включені в процес прийняття управлінського рішення. До таких комунікацій він відносить такі: спільне обговорення, виявлення спільності в процесі мислення при обговоренні, що і є етапом збирання інформації. Цей етап ґрунтується на статистичних матеріалах, анкетуванні, результатах інтерв'ю, допомозі соціальних проектних груп, результатах нарад, спостереження [9, с. 103]. Він вважає, що для ефективного процесу прийняття рішення необхідно використовувати прикладні методики конфліктології, правила раціональної дискусії [9, с. 105]. До таких дискусій він пропонує залучати також зацікавлені соціальні групи [9, с. 107].

Отже, формування системи комунікації між державними установами, зокрема, медичними, і громадськістю можна справедливо віднести до основних напрямів реалізації державної комунікативної політики в сфері охорони здоров'я.

В системі взаємодії державних установ, зокрема, медичних, та громадськості виділимо дві інформаційно-комунікативні системи:

- внутрішню (комунікації, що забезпечують взаємодію суб'єктів різних рівнів управління, підрозділів, посадовців шляхом налагодження комунікаційних каналів в процесі особливих контактів, обміну документацією, функціонування електронних засобів зв'язку і т.п. [42];

- зовнішню (комунікації з різними групами громадськості, різними категоріями споживачів медичних послуг).

Аналіз викладених у науковій літературі положень дає можливість визначити, що комунікативну діяльність державних установ, зокрема,



медичних, можна розглядати і як внутрішню складову державно-управлінського процесу в сфері охорони здоров'я, і як зовнішню й внутрішню спрямовані зв'язки з громадськістю і персоналом, що вимагає своїх правил, та механізмів застосування.

Таким чином, можна стверджувати, що до комунікативної діяльності державних установ, зокрема, медичних, відносяться три блоки завдань:

- забезпечення інформаційного обслуговування цих установ;
- налагодження комунікації з “внутрішніми клієнтами” (медичними працівниками);
- забезпечення комунікативної взаємодії із “зовнішніми клієнтами” (громадянами (населенням й інституціональними структурами громадянського суспільства)).

Все це дозволяє сформулювати основні механізми взаємодії державних установ, зокрема, медичних, та громадськості, до яких можна віднести наступні:

- інформування громадськості (одностороння взаємодія);
- інтерактивна взаємодія (двостороння взаємодія);
- зворотна взаємодія.

Також було б цілком справедливо, на наш погляд, якщо до основних механізмів комунікації можна було віднести чотири основних блоки: правовий, ресурсний, інформаційний, організаційний (зокрема, цілі управління, елементи об'єкта, методи впливу, принципи).

Різноманітність об'єктів комунікаційної взаємодії в адміністративній діяльності державної установи зумовлює різні види комунікацій та різні види комунікативних технологій, використовуваних медичними установами.

## **1.2. Види комунікацій та комунікативні технології в медичних установах**

Якісний обмін інформацією є важливою і невід'ємною частиною управлінської діяльності медичних установ. Здійснення комунікації є пов'язаним процесом, який вимагає ефективного обміну інформацією між медичними працівниками і керівництвом; медичною установою і її працівниками та громадянами як споживачами медичних послуг.

Комунікації в медичних установах покликані забезпечити точну інформацію в необхідних обсягах для всіх, хто її потребує. Це означає, що в управлінській системі не буде ні занадто багато, ні занадто мало інформації, причому, тому, хто її використовує буде зрозуміло, що вона є в наявності. Мета комунікацій полягає в досягненні від сторони, яка приймає інформацію, чіткого розуміння відправленого повідомлення. Однак, управлінська практика медичних установ свідчить, що створення ефективної і надійної системи обміну інформацією, яка б відповідала вимогам повноти, достатності, оперативності, гнучкості є складною проблемою. Це обґрунтовується тим, що чим більше медична установа зорієнтована на людей (споживачів медичних послуг), тим важливішою для неї є комунікація.

Здійснення комунікацій в медичних установах покликано забезпечити виконання наступних функцій:

- інформаційну – передача відомостей, необхідних для прийняття рішень, ідентифікації і оцінки альтернативних рішень;
- мотиваційну, яка спонукає медичних працівників до виконання і покращення діяльності;
- контрольну, яка ґрунтується на відслідковуванні поведінки працівників на основі ієрархії і формальної підпорядкованості;
- експресивну, яка сприяє емоційному вираженню почуттів, переживань, ставлення до того, що відбувається, і дозволяє задовольняти соціальні потреби.

Таким чином, комунікації в медичних установах відображають не тільки процес передачі інформації, але й сприйняття, розуміння, засвоєння інформації.

Під комунікаціями в медичних установах будемо розуміти обмін інформацією, на основі яких керівник установи отримує дані, необхідні для прийняття управлінських рішень і доводить їх до працівників.

Процеси комунікації, в яких беруть участь керівники і працівники апарату управління медичною установою, виступають життєво важливими з'єднуючими ланками між керівником і його підлеглими, керівниками одного рівня, зовнішнім оточенням.

В залежності від взаємодіючих сторін (контактних аудиторій) розрізняють такі види комунікацій в медичних установах, як: організаційні; міжособові; зовнішні; внутрішні; горизонтальні; вертикальні; висхідні; низхідні; формальні; неформальні.

Сучасний етап розвитку охорони здоров'я характеризується підвищенням технологічності надання медичної допомоги. На сьогодні розроблено та впроваджено в медичну практику ефективні медичні технології в кардіології, онкології, пульмонології, ендокринології, фтизіатрії, неврології, імунології, ревматології, хірургії, радіаційній медицині, гемотерапії та фармакології. Також ї розширено спектр хірургічних втручань з використанням малоінвазивної хірургії. Розвиток сучасних медичних технологій безпосередньо пов'язаний з розвитком медичної науки та активізацією використання закладами охорони здоров'я технологій [6].

Під закладом охорони здоров'я розуміють юридичну особу будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, основним завданням яких є забезпечення медичного обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників. Отже, лікарня, амбулаторія, поліклінічна установа тощо є лікувально-профілактичними закладами. Винятком є приватно-практикуючі лікарі, зареєстровані як фізичні особи — підприємці, які отримали ліцензію на провадження медичної практики, відкрили кабінети, найняли на роботу лікарів з вищою освітою та середній медичний персонал. Кабінети,

відкриті ФОП, не створюють юридичної особи, тому медичні кабінети не належать до закладів охорони здоров'я [7].

Медичний заклад є виробничим підприємством, яке потребує застосування сучасних методів менеджменту і маркетингу [52]. Так, наприклад, основним критерієм маркетингу медичного закладу в умовах ринкової економіки є конкуренція якістю, яку можна досягти шляхом використання відповідних комунікативних технологій та їх удосконалення.

Класифікація основних технологій, які використовуються при наданні медичної допомоги, представлена в табл. 1.1.

*Таблиця 1.1*

**Класифікація технологій, які використовуються при наданні медичної допомоги**

<b>№ з/п</b>	<b>Назва технології</b>	<b>Її зміст</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>1</b>	<b>Загальні технології лікування та діагностики</b>	Це новітні технології діагностики та лікування з найбільш поширених патологій та хвороб. До цього розділу також відносять високі технології, що зберігають органи, що щадять функції та реконструктивно-пластичні операції. Для досягнення безпеки лікування, клінічної та економічної ефективності процесу надання медичної допомоги проводиться впровадження стандартів медичної допомоги. Національні стандарти медичної допомоги складаються з національних протоколів лікування, які формуються за принципами доказової медицини.
<b>2</b>	<b>Біотехнології, нанотехнології, технології генної інженерії</b>	Генна терапія передбачає розробку безпечних і високотехнологічних способів введення в соматичні клітини пацієнтів відсутніх або заміну дефектних генів продуцентів. При застосуванні технологій, пов'язаних із втручанням в геном людини необхідно дотримуватись положень, викладених в "Конвенції про захист прав та гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини". В Статті 13 Конвенції, яка має назву "Втручання в геном людини", зазначається, що втручання з метою модифікацій генома людини може здійснюватись лише в профілактичних, діагностичних або терапевтичних цілях, і лише за умови, що воно не спрямоване на зміну генома нащадків.

1	2	3
3	<b>Інформаційно-комунікативні технології</b>	<p>Це динамічний клас технологій, який включає системні технології, віртуальні технології, мультимедійні технології, Інтернет-технології, телекомунікаційні технології, моніторингові системи та технології.</p> <p>Інтернет-технології забезпечують інформаційну підтримку клінічної медицини з питань консультування та лікування хворих, надають можливість доступу до електронних баз бібліотек, медичних журналів тощо.</p> <p>Телемедичні технології - технології, які реалізуються з використанням телекомунікаційних технологій, і надають можливість отримання лікувально-діагностичних консультацій, моніторингу на відстані, використовуються при проведенні управлінських, освітніх, наукових та просвітницьких міроприємств.</p>
4	<b>Хіміко-фармацевтичні технології</b>	<p>Державна політика України у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів спрямована на підтримку наукових досліджень, створення та впровадження нових технологій, а також розвиток виробництва високоефективних та безпечних лікарських засобів, забезпечення потреб населення ліками належної якості.</p>
5	<b>Технології інформаційно-організаційного забезпечення</b>	<p>Мають формувати єдиний медико-інформаційний простір. Структура простору має містити три ієрархічні рівні. Перший - інформаційні системи медичних установ, безпосередньо пов'язані з пацієнтами. Другий - інформаційно-аналітичні центри адміністративно-територіальних одиниць, які пов'язані з інформаційними системами закладів охорони здоров'я та державними інформаційно-аналітичними центрами. Третій рівень - національні інтегровані бази даних з питань здоров'я населення України та профілактично-реабілітаційні заходи.</p>
6	<b>Технології інформаційно-технічного забезпечення</b>	<p>Технології інформаційно-технічного забезпечення - інформаційне забезпечення діяльності лікувально-профілактичного закладу, до якого відносяться система обліку та управління матеріальними ресурсами закладу, програми обліку та аналізу медичної діяльності закладу, системи обліку та управління персоналом, програми ведення статистики, медичні реєстри населення в зоні обслуговування лікувально-профілактичного закладу, бази даних пацієнтів, облік лікарських засобів, тощо.</p>
7	<b>Управлінські технології</b>	<p>технології, які забезпечують стратегічне планування та планування виробничого процесу і його операційний контроль, встановлення механізмів комунікації, мотивації, координації діяльності. Управлінські технології мають забезпечити: ефективність діяльності закладу охорони здоров'я; високу якість надання медичної допомоги; задоволення клієнтів (пацієнтів та їх представників). Управлінські технології дозволяють приймати виважені управлінські рішення, впроваджувати організаційні зміни та інновації в закладах охорони здоров'я.</p>

Примітка. Сформовано на основі джерел [47; 52]

У загальному, використання медичною установлю технології передбачає отримання конкретного наперед заданого результату, а технологічні процедури будуються таким чином, щоб якнайточніше, найефективніше реалізувати проектні вимоги в конкретному продукті (результаті).

Вибір технології (технологій) на думку Н.Заржевської здійснюється у відповідності з технічним завданням, яке визначає основні проектні вимоги до процесу і результату. Відтак технологія (технології) виступає як засіб реалізації соціального проекту. У технології метод виконує другорядну, підпорядковану роль. Можна сказати, що технологія є сукупністю методів, які застосовуються у певній логічній послідовності. Для досягнення результату можна застосовувати різні методи і методичні прийоми. Важливим тут є застосування оптимальних методів з точки зору досягнення кінцевого результату [28].

Розвиток комп'ютерно-комунікаційної інфраструктури значно впливає на поширення і поглиблення змісту поняття “інформаційно-комунікаційні технології (ІКТ) професійної діяльності медика”. Поява у медичних працівників нових інструментів роботи з інформацією змінює уявлення про нові медичні практики, стимулює розвиток нових форм і методів лікувального процесу.

Міжнародні організації ISO та IEC, створюючи об'єднаний технічний комітет із стандартизації інформаційних технологій JTC1 (Joint Technical Committee, 1987), в статутних документах комітету JTC1 дали таке означення поняттю “інформаційні технології (ІТ)”: “У даному понятті об'єднуються методи, засоби та системи, пов'язані із збиранням, виробництвом, обробкою, передаванням, розповсюдженням, зберіганням, експлуатацією, поданням, використанням, захистом різних видів інформації” [6].

Згодом, поруч із словом “інформаційні” з'явилося слово “комунікаційні”. Уточнення терміну знадобилось для того, щоб підкреслити важливість поширення та розповсюдження у суспільстві глобальних і локальних комп'ютерних мереж, які надають нові можливості для пошуку, передачі, обміну інформації, а разом з потужними пристроями збереження інформації

сприяють створенню у суспільстві глобального інформаційного розподіленого ресурсу, доступного будь-якій людині.

Інформаційно-комунікаційну технологію (ІКТ) можна розглядати з точки зору її створення або її використання.

З точки зору створення ІКТ – це самостійна науково-прикладна дисципліна, яка є сплавом наукових знань, технічних рішень, моделей виробничих процесів, соціально-економічних та гуманітарних аспектів, спрямованих на розробку нових методів і технологій обробки даних та знань [6].

З точки зору користувача ІКТ можна розглядати як технологію проектування та створення інформаційного продукту.

Під інформаційним продуктом будемо розуміти штучний інформаційний об'єкт певного призначення, створений за допомогою комп'ютера та комп'ютерних комунікацій за певними вимогами (стандартами) та певними правилами (технологіями).

Інформаційні продукти за їх використанням можна умовно поділити на:

- інформаційні продукти, які використовуються без участі комп'ютера (тексти, розрахунки, зображення);
- інформаційні продукти, для використання яких потрібен комп'ютер (комп'ютерні моделі, анімації, відеоролики, веб-альбоми, веб-журнали, сайти, веб-енциклопедії тощо);
- професійні комп'ютерні продукти (системне і прикладне програмне забезпечення).

Зважаючи на те, що медичні працівники є користувачами інформаційно-комунікаційних технологій, визначимо ІКТ професійної діяльності медика як технологію проектування та створення інформаційного продукту медичного призначення.

Технологічною основою функціонування медичної установи є інформаційно-комунікативне середовище, яке включає:



- мобільні робочі місця з постійним ширококутовим доступом у мережу Інтернет і в медичній установі, і вдома для кожного учасника лікувального процесу (споживач медичної послуги, лікар, адміністратор);

- єдине цифрове інформаційне середовище (лікарняний портал), яке дозволить вирішувати всі завдання інформаційного забезпечення планування, реалізації та оцінювання результативності індивідуалізованого лікувального процесу;

- систему постійного технічного обслуговування та технічної підтримки всіх користувачів. Лікарняний портал надає всім учасникам лікувального процесу захищений доступ до Інтернету та до інформаційних ресурсів медичної установи, можливість компонувати, створювати, зберігати та використовувати необхідні цифрові медичні ресурси (ЦМР), накопичувати дані про результати лікувально-профілактичної роботи, формувати необхідні довідкові та звітні форми.

Принципами функціонування та розвитку системи інформаційно-комунікативного забезпечення медичної установи є:

- комп'ютеризація медичної установи та процесів у ній;

- формування зручної та інформаційно насиченої облікової і звітної документації;

- зміна системи збору статистичної інформації;

- функціональна націленість інформації за рівнями менеджменту в медичній установі.

Звітні форми медичної документації затверджені Міністерством статистики України та Міністерством охорони здоров'я України. Основними з них є:

- звіт про кількість захворювань, зареєстрованих у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувального закладу (форма № 12);

- звіт про захворюваність та контингенти хворих на алкоголізм, наркоманії, токсикоманії (форма № 11);

- звіт про кількість травм та отруєнь серед дорослих, підлітків та дітей (форма №50-здоров);
- звіт про медичні кадри (форма № 17);
- звіт про причини тимчасової непрацездатності (форма №23 ТМ);
- звіт про захворюваність та контингенти хворих із психічними розладами (форма №10);
- звіт про хворих із злоякісними новоутвореннями (форма № 35-здоров);
- звіт про захворюваність на венеричні хвороби та профілактичні заходи (форма № 9);
- звіт про медичну допомогу вагітним, роділлям і породіллям (форма №21);
- звіт про медичну допомогу дітям (форма № 31-здоров) [4].

У зв'язку з переходом закладів охорони здоров'я на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб десятого перегляду (МКХ-10) та з метою вдосконалення облікової статистичної документації, що використовується в медичних закладах, застосовуються форми облікової статистичної документації, подані в табл. 1.2.

*Таблиця 1.2*

**Форми облікової статистичної документації, застосовувані медичними закладами**

№ з/п	Форма	Обліковий статистичний документ
1	2	3
1	форма N 001/о	Журнал обліку прийому хворих у стаціонар
2	форма N 001-1/о	Журнал відмовлень у госпіталізації
3	форма N 001-2/о	Журнал обліку хворих, яким надана лікувальна відпустка
4	форма N 002/о	Журнал обліку прийому вагітних, роділь і породіль
5	форма N 003/о	Медична карта стаціонарного хворого
6	форма N 003-1/о	Медична карта переривання вагітності
7	форма N 003-3/о	Первинний огляд анестезіолога і протокол загального знеболювання
8	форма N 003-4/о	Листок лікарських призначень
9	форма N 003-5/о	Протокол переливання крові та її компонентів
10	форма N 004/о	Температурний листок
11	форма N 005/о	Листок реєстрації переливання трансфузійних рідин
12	форма N 006/о	Журнал обліку збору ретроплацентарної крові
13	форма N 007/о	Листок обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару
14	форма N 008/о	Журнал запису оперативних втручань у стаціонарі
15	форма N 009/о	Журнал реєстрації переливання трансфузійних рідин
16	форма N 010/о	Журнал запису пологів у стаціонарі
17	форма N 011/о	Листок основних показників стану хворого, який знаходиться у відділенні (палаті) анестезіології та інтенсивної терапії
18	форма N 012/о	Акт констатації смерті на підставі смерті мозку

1	2	3
19	форма N 013/о	Протокол (карта) патологоанатомічного дослідження
20	форма N 014/о	Направлення на патологогістологічне дослідження
21	форма N 015/о	Журнал реєстрації надходження і видачі трупів
22	форма N 016/о	Зведена відомість обліку руху хворих і ліжкового фонду в стаціонарі, відділенні або профілю ліжок
23	форма N 017/о	Акт констатації біологічної смерті
24	форма N 018/о	Карта обліку вилучення тканини
25	форма N 019/о	Повідомлення про випадок пересадки органа
26	форма N 020/о	Паспорт на гомотрансплантант
27	форма N 021/о	Карта донора (трупа) N
28	форма N 022/о	Журнал обліку замороженого кісткового мозку, що знаходиться на зберіганні
29	форма N 023/о	Журнал обліку кісткового мозку, що заготовлений для консервації
30	форма N 024/о	Журнал обліку консервованого кісткового мозку
31	форма N 033/о	Акт про вилучення органів і тканин у донора-трупа для трансплантації
32	форма N 034/о	Етикетка на флакон з кістковим мозком, заготовленим для заморожування
33	форма N 041/о	Етикетка на флакон з кістковим мозком, розмороженим для трансплантації
34	форма N 059/о	Журнал обліку вилучення донорських органів та тканин з метою подальшої трансплантації
35	форма N 066/о	Статистична карта хворого, що вибув із стаціонару
36	форма N 066-1/о	Статистична карта хворого, який вибув із психіатричного (наркологічного) стаціонару
37	форма N 094/о	Листок очікування реципієнтів на пересадку органів
38	форма N 096/о	Історія пологів
39	форма N 097/о	Карта розвитку новонародженого
40	форма N 102/о	Журнал відділення (палати) для новонароджених

Примітка. Сформовано на основі джерела [6]

Стосовно програм ведення статистики, зазначимо, що сьогодні відпала необхідність заповнювати велику кількість журналів передбачених стандартами Міністерства охорони здоров'я (форма № 001/0 "Журнал обліку прийому хворих в стаціонар", Журнал плану оперативних втручань Журнал реєстрації аналізів). Ці журнали створюються автоматично, що дозволяє медичному персоналу відділень медичних установ більше уваги приділяти хворому.

Автоматичне створення облікових форм (таких як: форми 007/0 "Листок обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару", рапорту чергового лікаря та довідок про перебування пацієнтів у стаціонарі, скорочує медперсоналу багато робочого часу. Лікарі стаціонарних відділень значно більше уваги можуть приділяти хворим завдяки тому, що оформлення історій хвороб, епікризів, та іншої медичної документації ведеться за допомогою відпрацьованої системи з широким застосуванням шаблонів, дозволяючи економити робочий час [6].

За допомогою мережі Інтернет пацієнти мають можливість інтерактивно спілкуватись з лікарем та отримати необхідну інформацію щодо послуг які надаються в медичній установі.

Крім того, в електронному вигляді формуються протоколи операцій, та автоматично створюється журнал "Журнал запису оперативних втручань у стаціонарі" форма № 008/0, він друкується на принтері та брошурується.

Комп'ютерна інформаційна система позитивно впливає на якість лікувально-діагностичного процесу. Комп'ютеризація також дозволяє керівникам отримувати оперативні дані, та на їх основі своєчасно приймати управлінські рішення, ціленаправлено впливати на кінцеві результати роботи. Так, наприклад, заступник головного лікаря може отримати інформацію про кількість госпіталізованих хворих по відділенням, про виконання планового завдання щодо тривалості лікування, про хірургічну активність та інші [6].

Формами комунікативних технологій медичних установ є реклама і звязки з громадськістю.

Якщо медична установа ставить перед собою масштабні комунікаційні цілі (допомогтись співробітництва і взаєморозуміння з різним соціальними групами і організаційними структурами), то їй для вирішення таких складних завдань необхідні більш складні технології і розробка комунікаційної політики.

Комунікаційна політика включає визначення цілей комунікацій, шляхи їх досягнення, зміст поширюваної на різні аудиторії інформації, планування зворотного зв'язку. Це дозволить медичній установі: створити можливість для своєчасного виявлення і вирішення комунікаційних проблем; зробити вихідну інформацію більш керованою; раціонально вибирати цілі комунікацій, орієнтуючись не стільки на масову, скільки на спеціалізовані аудиторії; забезпечувати більш високий рівень зворотного зв'язку для підвищення ефективності комунікацій із споживачами медичних послуг.

Сучасні умови функціонування медичних установ вимагають роботи щодо активізації розвитку і використання медичними установами комунікативних технологій, зокрема, за напрямками:

- реалізації внутрішнього електронного документообігу і автоматизації процесу формування баз даних, а також електронної системи внутрішнього контролю діяльності медичних установ, їх структурних підрозділів та окремих посадових осіб і зовнішнього контролю – з боку громадськості;

- створення єдиного реєстру електронних медичних послуг, популяризації системи електронного врядування та формування у громадян культури споживання електронних медичних послуг;

- забезпечення відкритості діяльності медичних установ;

- організації контролю всередині адміністрацій медичних установ;

- здійснення моніторингу процесів в медичних установах, причому, показники для моніторингу повинні вибиратися виходячи з цілей конкретної установи;

- налагодження службового та громадського контролю за діяльністю медичних установ і їх персоналу;

- модернізації інформаційно-аналітичних технологій адміністрування діяльності медичних установ;

- використання ситуаційного підходу, завдяки якому менеджери медичних установ матимуть змогу визначати найбільш оптимальну структуру чи варіант управління, які відповідають конкретній ситуації, а також передбачати структурні інновації, впровадження яких збереже ефективність функціонування цих установ.

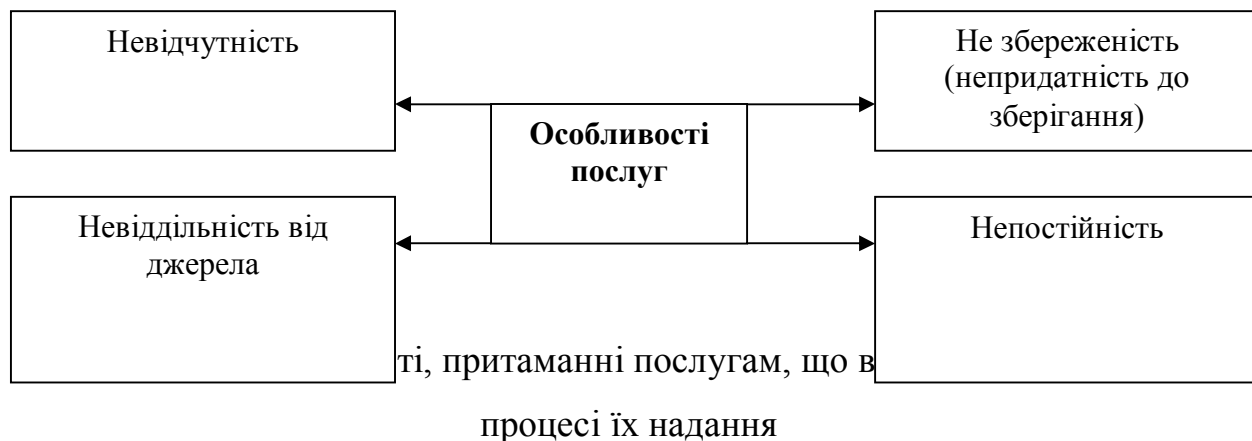
### **1.3. Об'єктивна необхідність та особливості комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг**

Висвітлення питання об'єктивної необхідності та особливостей комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг вимагає розкриття сутності дефініцій: «послуга», «медична послуга», «ринок медичних послуг», «комунікативна взаємодія з споживачами медичних послуг».

За визначенням, запропонованим Ф.Котлером, послуга – це будь-яка діяльність, яку одна сторона може запропонувати іншій; невловима дія, що не

приводить до володіння чим-небудь. Її надання може бути пов'язане з матеріальним продуктом [33; 34].

На думку С.Ткачука, у сфері послуг необхідно враховувати особливості (так звані 4 "не"), притаманні послугам (рис. 1.2).



Сформовано автором з використанням джерела [87]

Особливість, пов'язана з невідчутністю послуг, пов'язана з тим, що на відміну від товару, послуга не має єдиного матеріального вираження, її не можна відчувати до моменту отримання (придбання).

Не збереженість (непридатність до зберігання) виявляється в тому, що, на відміну від товару, послугу не можна зберігати. Не існує і не може існувати терміну "запаси послуг". Більше того, не можна виробити певну кількість послуг завчасно і зберігати їх до моменту виникнення попиту на них.

Особливість, пов'язана з невіддільністю від джерела надання (отримання) послуги, полягає у наступному.

Послуга виробляється і споживається одночасно, а час виробництва і споживання послуги співпадає [87]. Власне, невіддільність від джерела пов'язана з тим, що послуга виробляється і споживається одночасно. Таким чином, процеси виробництва і продажу послуги та її споживання знаходяться у прямому безпосередньому зв'язку із її виробником. При продажі послуги має значення не лише кінцева вигода, яку вона принесе споживачу, але і процес її надання. Це зумовлює підвищення вимог до виробника (продавця) послуг, особливо, медичних, зокрема:

- до вміння медичного закладу і його кадрів взаємодіяти з споживачами медичних послуг, контактувати з пацієнтами;

- до технічної кваліфікації (професійної обізнаності у медичній послугі, яку надає медичний персонал).

Непостійність послуги пов'язана з невіддільністю від джерела її надання. Виробник (джерело) послуги та її споживач є уособленням людського фактору, який є непостійним. Тому і одна й та сама послуга в різний час та (або) в різних місцях буде неоднаковою. Причини такої непостійності можуть бути пов'язані як виробником послуги, так і її споживачем.

Зі сторони виробника непостійність послуги може бути зумовлена:

- неоднаковим рівнем кваліфікації кадрів;
- різними вимогами з боку керівництва організацій-виробників послуг до якості надання цих послуг;
- особистісні фактори (поганий настрій, хвороба тощо);

Зі сторони споживача непостійність послуги може бути зумовлена:

- неоднаковими очікуваннями споживачів від однієї і тієї ж послуги;
- різними уявленнями отримувачів послуги про її оптимальну якість;
- особистісні фактори (різний стан здоров'я, неоднакові вікові характеристики та ін.).

Як основний закон Конституція України гарантує споживачу право на отримання послуг. При отриманні послуги людина відчуває, що до неї ставляться з повагою, враховують та задовольняють її потреби.

Для якісного надання послуг на державному рівні має існувати відповідна політика, спрямована на забезпечення якості послуг та її підвищення у разі потреби.

Сферою реалізації державних послуг є повсякденна життєдіяльність суспільства, у рамках якої функціонують державні органи, підпорядковані їм структури та ті організації, яким делеговані певні повноваження держави у сферах громадської безпеки, охорони здоров'я, охорони навколишнього



середовища, охорони інтелектуальної власності тощо – у всьому, що забезпечує задоволення потреб людини, організацій та громади.

В Україні поняття “послуга” належить до соціально-економічних категорій і розуміється як результат безпосередньої взаємодії надавача послуг та споживача послуг, тобто результат діяльності надавача послуг для задоволення потреб їх споживача. В українському законодавстві відсутнє чітке формулювання поняття “державних послуг”, що призводить до їх неоднозначно трактування. Як тотожні поняттю “державні послуги” використовувалися терміни “громадські послуги”, “основні послуги”, “колективні послуги”, “комунальні послуги”, “колективні блага”, “громадські блага” тощо [54].

Внаслідок різного тлумачення терміна “послуга” у різних нормативно-правових актах з’являються різні його трактування та визначення. Послуга може бути визначена як:

- “будь-яка закупівля, крім товарів і робіт, включаючи підготовку спеціалістів, забезпечення транспортними засобами та засобами зв’язку, наукові дослідження, медичне та побутове обслуговування, поточний ремонт, а також консультаційні послуги [54];

- “комплекс медичних, психологічних, інформаційних заходів, спрямованих на створення сприятливих умов для реалізації права на професійну орієнтацію та підготовку, освіту, зайнятість” [63];

- “діяльність суб’єктів, яка не набуває матеріально-речової форми, і задовольняє певні потреби замовників – особисті, колективні, громадські. Вони є результатом різнорідної діяльності, що здійснюється виробником на замовлення будь-яких споживачів (окремих громадян, підприємств, організацій, підприємців), і, як правило, веде до зміни стану одиниць, які споживають ці послуги. Специфіка послуг як продукції полягає в тому, що послуги не накопичуються (за винятком окремих видів), не транспортуються,

не існують окремо від виробників, тобто вони споживаються в основному в момент їх надання” [54];

- “результат трудової діяльності, що відображається у корисному ефекті, особливий споживач вартості” [54].

Отже, у сучасному українському законодавстві поняття “послуга” тлумачиться як закупівля (товар); результат взаємодії між постачальником і споживачем; певна діяльність чи її результат; обслуговування; різноманітні заходи, які здійснюються чи пропонуються у різних сферах надання державних та муніципальних послуг, як-то: охорона здоров’я; освіта; громадська безпека; пожежна охорона; соціальне забезпечення; працевлаштування; відпочинок; оподаткування; сфера житлово-комунальних послуг; транспортне обслуговування; сфера фінансових та юридичних послуг тощо.

Існуючий на сьогодні офіційно визначений перелік послуг не є вичерпним. Якщо звернутися до досвіду Європейського Союзу у справі дефініцій, то термін *public service* (аналогічний українському терміну “державна послуга”) має принаймні два значення, які між собою майже не перетинаються: 1) “Державна послуга” й “Державне обслуговування”, та 2) “Державна служба”. У європейському праві цей термін вживається в обох значеннях; у першому – в контексті норм, що регламентують політику щодо конкуренції, питання застосування загальних принципів політики конкуренції до секторів, що відповідають за мережеві послуги, питання денационалізації та лібералізації цих секторів тощо (Договору про заснування Європейської Спільноти ст. 73); у другому – в контексті норм, пов’язаних із свободою руху робочої сили (Договору про заснування Європейської Спільноти ст. 39, Договору про функціонування Європейського Союзу гл. III-ст. 18) 21.

У законодавстві ЄС визначення послуг міститься у первинному та вторинному законодавстві; окреслено відмінності між послугами загальних інтересів (*services of general interest*) та загальних економічних інтересів

(services of general economic interest). Існує кілька правових інструментів Європейського Союзу у сфері надання та регулювання державних послуг: Договір про функціонування ЄС через звичайні законодавчі процедури, Протоколи, що зазначають принципи та механізми для забезпечення застосування послуг, директиви, рішення Суду ЄС, а також Хартія засадничих прав, в якій створені чіткі правові принципи, що гарантують доступ до послуг загальноекономічного інтересу як основоположного права. Ст. 14 Договору про функціонування ЄС та Протокол № 26 “Послуги” Договору висуває до наднаціональних органів та держав-членів три основні вимоги: забезпечення високого рівня якості послуг, їх безпеки та доступності, однакового ставлення та пропагування загального доступу і прав споживачів [99].

Сукупність соціально-економічних відносин у сфері нематеріального виробництва формують ринок послуг. Система ж соціально-економічних відносин у сфері охорони здоров'я утворює ринок медичних послуг.

Ринок медичних послуг являє собою суспільну форму організації й функціонування системи охорони здоров'я, що забезпечує економічні зв'язки різних суб'єктів продавців, покупців цих послуг, а також посередників, що обумовлені не тільки медичними, а й економічними інтересами [100].

У контексті ідентифікації ринку медичних послуг у структурі національного ринку, його справедливо відносять до ринку соціально-культурних послуг, іноді виключаючи із ринку споживчих послуг. Ринок соціально-культурних послуг теж є споживчим у тому розумінні, що задовольняє особисті потреби громадян, хоча й тут мають місце позитивні екстерналії для всього суспільства. Виділення його в ринок соціально-культурних послуг виправдано у випадку обмеження усіх медичних послуг групою суспільних. Але якщо медичні послуги виступають як індивідуальні блага, – їх можна відносити, подібно іншим послугам і продуктам, до споживчого ринку, на якому діють з певними обмеженнями ринкові закони [100].

Ринок медичних послуг має певні особливості. З одного боку, прагнення людей до здоров'я забезпечує постійний попит на даний вид послуг, а з іншого – специфіка цих послуг формує негативний попит (щеплення, хірургічні процедури, стоматологічні маніпуляції тощо). Більше того, особливість ринку медичних послуг пов'язана з оберненою залежністю якості послуг і попиту на них: чим вища якість медичної послуги, тим менший попит на неї в кінцевому результаті. Повна незалежність споживача і виробника в реальній дійсності ринку медичних послуг є дуже відносною. Причому, лікар, наприклад, є не лише безпосереднім виробником медичної послуги, а й грантом захисту інтересів свого клієнта та відповідальності за прийняте рішення.

Слід враховувати й те, що сфера охорони здоров'я складається із численних самостійних і різноманітних компонентів, рівно, як і кожна окрема медична послуга. Причому, ці компоненти можуть бути специфічні для одних і тих самих послуг (наприклад, перев'язки у різних відділеннях лікувально-профілактичного закладу).

На ринку медичних послуг присутні три суб'єкти, які мають ключове значення для системи охорони здоров'я, беруть участь в процесі комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг, і визначають особливості такої взаємодії, є:

- пацієнт (суб'єкт, що споживає медичні послуги);
- медичний заклад (суб'єкт, що надає медичні послуги);
- платник (суб'єкт, що фінансує медичні послуги) [96].

Представлений поділ є максимально спрощеним, оскільки функції платника, медичного закладу, і пацієнта взаємопов'язані (наприклад, пацієнт може бути одночасно платником, який фінансує медичні послуги, які йому надає медичний заклад).

Фінансування державного та некомерційного сектору медичних послуг, що надаються бідним, соціально та економічно уразливим категоріям населення, водночас підтримуючи стали модель комерційного забезпечення

медичних послуг на вільному ринку для споживачів, які фінансово спроможні платити, характеризує загальний ринковий підхід у формуванні ринку медичних послуг.

Модель загальноринкового підходу у формуванні ринку медичних послуг, на думку, Є.Гапонової, має свої особливості:

- підвищення рівня використання медичних послуг серед цільових груп передбачає розширення ринку в цілому для того, щоб створити нових користувачів;

- для забезпечення ефективності ринок медичних послуг повинен бути сегментованим на однорідні групи з подібними потребами і характеристиками;

- формування ринку медичних послуг має здійснюватись з використанням переваг кожного сектору (комерційного, державного, соціального) для досягнення максимальної ефективності роботи, дозволяючи при цьому кожному сектору направити свої ресурси тим, хто найбільше цього потребує [10].

Медичні послуги – це послуги, надання яких у непристосованому місці невідповідним персоналом із використанням неналежного устаткування може призвести до погіршення здоров'я або втрати життя для споживача конкретної послуги [60].

Медична послуга — це вид професійної або господарської діяльності медичних закладів (організацій), фізичних осіб-підприємців, які займаються приватною медичною практикою, що включає застосування спеціальних заходів стосовно здоров'я (результатом яких є поліпшення загального стану, функціонування окремих органів або систем організму людини) чи спрямованих на досягнення певних естетичних змін зовнішності [82, с. 4].

Законодавство України не дає чіткого визначення ані поняття «медична допомога», ані поняття «медична послуга». Більшість учених розмежовують поняття «медична послуга» та «медична допомога», як правило, за критерієм оплатності, проте існує і позиція щодо їх ототожнення [82, с. 3].

Заслуговує на увагу позиція, відповідно до якої медична послуга є більш широкою категорією, що пояснюється через особливості результату діяльності при наданні медичних послуг і допомоги [3, с. 38]. Зокрема, медична допомога завжди спрямована на досягнення лікувального, діагностичного або профілактичного результату, а при наданні медичної послуги може досягатися не тільки лікувальний (відновлювальний) результат, а ще й додатковий естетичний ефект. Тобто у межах медичної послуги може надаватися і допомога, і додаткова послуга естетичного характеру.

З даною позицією погодитися не можна, по-перше, з огляду на те, що відповідно до ст. 3 **Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»** [57], здоров'я – це стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів, а оскільки основною метою надання медичної допомоги є підтримання чи відновлення певного стану здоров'я, то в рамках медичної послуги надається медична допомога, навіть якщо метою послуги є виключно естетична складова. По-друге, при такому тлумаченні співвідношення двох понять, про визнання певних дій медичною послугою можна говорити лише за наявності естетичної складової, що не відповідає дійсності.

На нашу думку, медична допомога є ширшим поняттям, ніж медична послуга. Медична допомога може надаватися як у рамках медичних послуг, так і поза ними. Наприклад, ст. 37 **Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»** [57] передбачає особливості надання медичної допомоги в невідкладних та екстремальних ситуаціях. Першу невідкладну медичну допомогу повинні надавати співробітники міліції, пожежної охорони, аварійних служб, водії транспортних засобів та представники інших професій, на яких цей обов'язок покладено законодавством і службовими інструкціями.

Аналізуючи дану норму, можна дійти висновку, що перелічені вище особи надають не медичні послуги, а медичну допомогу. Водночас медична допомога є змістом медичної послуги.

Найбільш характерними ознаками медичної послуги, що відрізняють її від медичної допомоги, є плата і мета (кінцевий результат).

Медичні послуги можуть мати матеріальний і нематеріальний результат.

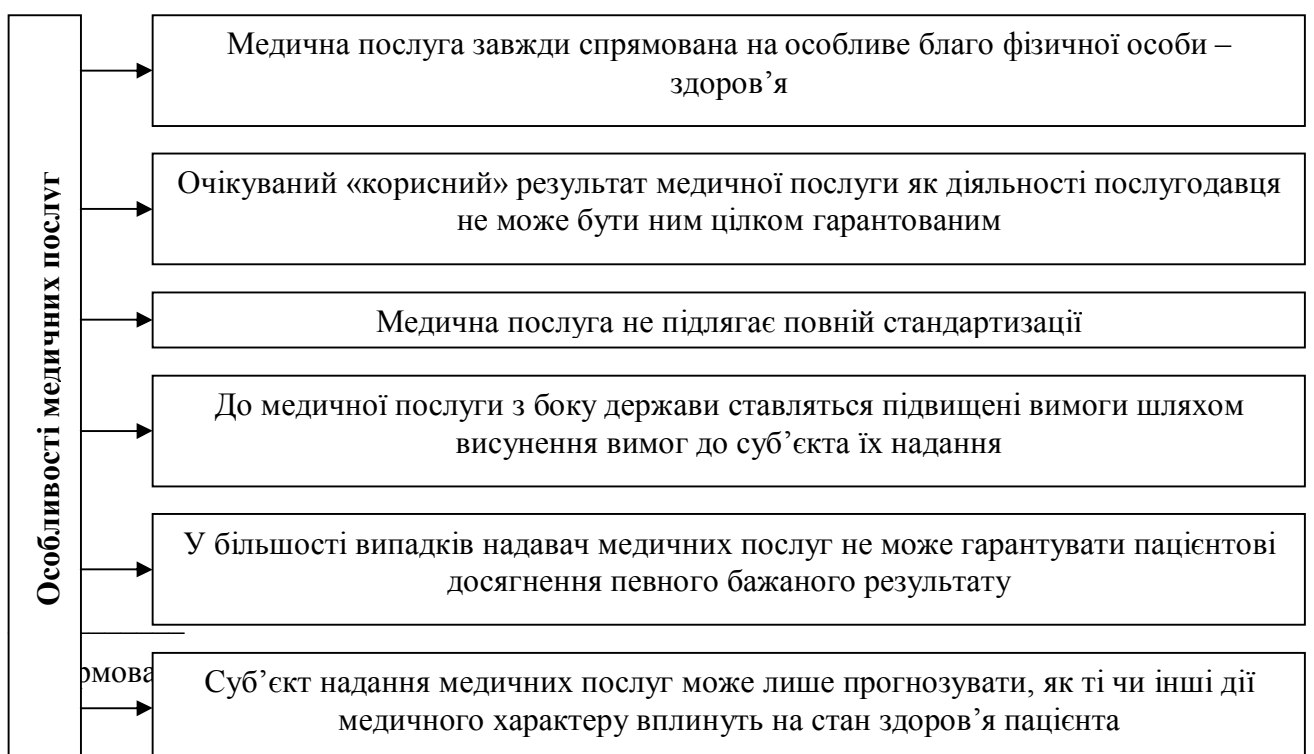
До особливостей нематеріальних послуг, зокрема й медичних, можна віднести:

- відсутність речових результатів, відокремлених від виконавця;
- формування вартості послуги у процесі її надання;
- неможливість гарантувати результат.

Окремі медичні послуги можуть мати матеріальний (упредметнений) результат — наприклад, використання полімерних імплантатів в реконструктивній гінекології, ортопедичне лікування в стоматології, встановлення штучного кришталіку в офтальмології.

Упредметнений результат медичної послуги не може існувати як самостійний об'єкт цивільних прав саме в тій формі і в тому функціональному призначенні, в якому він існував для первинного замовника чи одержувача послуг. Коронка з дорогоцінного металу може бути предметом купівлі-продажу, але покупець не може її використовувати за первинним призначенням без переробки.

Особливості медичних послуг систематизовані на рис. 1.3.





Отже, медична послуга завжди спрямована на особливе благо фізичної особи – здоров'я. Тобто за допомогою медичної послуги найчастіше можна досягти оптимального для організму людини стану (позитивний результат: поліпшення чи підтримання стану здоров'я). Очікуваний «корисний» результат медичної послуги як діяльності послугодавця не може бути ним цілком гарантованим. Медична послуга не підлягає повній стандартизації, тому що характер самих дій суб'єкта надання медичної послуги може істотно відрізнятись у залежності від багатьох факторів (задавленості хвороби, віку пацієнта, особливостей анатомічної будови його тіла тощо), які не можна заздалегідь повністю передбачити жодними стандартами чи нормативами, затвердженими МОЗ України.

До медичної послуги з боку держави ставляться підвищені вимоги шляхом висування вимог до суб'єкта їх надання. Наприклад, суб'єкт надання медичних послуг повинен відповідати єдиним кваліфікаційним вимогам, проходити акредитацію.

Надання послуг медичною установою, характеризується тим, що:

- споживач послуг залучається до реального виробничого процесу продукування послуги;
- споживач супроводжує увесь життєвий цикл надання послуги або його частину;
- виробництво здатне створити запаси матеріальних благ, а нематеріальні блага відправити на склад неможливо;
- медична послуга має бути організована і надана споживачу тоді, коли він цього хоче (коли у цьому є потреба).

Це зумовлює об'єктивну необхідність комунікативної взаємодії з споживачами послуг і формує особливості такої взаємодії.

Згідно чинного законодавства України, медична практика відноситься до видів господарської діяльності, які дозволено здійснювати лише за наявності ліцензії, яку видає орган ліцензування. Органом ліцензування в сфері медичної

діяльності є Міністерство охорони здоров'я України. Норми про ліцензування медичної практики закріплені в ст.ст. 17, 74 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», а також в спеціальному Законі України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності».

Окрім того, медична послуга нерозривно пов'язана з особою виконавця, оскільки якість її надання прямо залежить від професійності медичних працівників, рівня технічного оснащення медичного закладу тощо.

У більшості випадків надавач медичних послуг не може гарантувати пацієнтові досягнення певного бажаного результату — наприклад, повного одужання онкологічного хворого. Однак навіть негативні результати лікування не скасовують факт надання медичних послуг. У більшості випадків бажаний для пацієнта результат (скажімо, повне вилікування артриту) перебуває за рамками договору з надання платних медичних послуг. Тобто ризик недосягнення бажаного результату, якщо інше не передбачене угодою сторін, покладається на самого пацієнта, що зумовлено специфікою таких послуг.

Суб'єкт надання медичних послуг може лише прогнозувати (зокрема, у відсотковому відношенні), як ті чи інші дії медичного характеру вплинуть на стан здоров'я пацієнта. Тому гарантувати надавач медичних послуг може лише належне виконання обумовлених угодою (планом лікування) медичних дій. Окрім того, досягнення корисного ефекту (повне видужання чи відчутне поліпшення стану здоров'я) великою мірою залежить від організму та поведінки самого пацієнта. Навіть за попереднього сприятливого прогнозу через недодержання пацієнтом вказівок лікуючого лікаря одужання може й не настати.

Медичний заклад слід розглядати як відкриту систему, що взаємодіє із зовнішнім середовищем, де одночасно відбувається значна кількість процесів. Ці процеси зумовлені потоками, які проходять через заклад, два з яких найважливіші - потік хворих та потік грошових коштів. При плановій економіці ці потоки існували незалежно один від одного. В нових економічних умовах,

при нових джерелах фінансування відбувається їх поєднання (тобто потік пацієнтів впливає на потік грошових коштів і навпаки).

Оптимальність поєднання потоку пацієнтів і потоку грошових коштів багато в чому визначається управлінськими рішеннями, якістю надання медичної допомоги та налагодженням комунікативної взаємодії медичного закладу із споживачами медичних послуг. Саме через побудову такої взаємодії досягаються цілі управління цим закладом:

- 1) досягається довгостроковий успіх закладу;
- 2) забезпечується оптимальна динаміка розвитку медичного закладу, в цілому, та кожного його співробітника, зокрема;
- 3) забезпечується задоволеність пацієнта.

Об'єктивну необхідність комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг **обумовлюють також фактори, які впливають на якість надання медичних послуг, зокрема:**

**- управління та контроль за поточними процесами в медичному закладі;**

**- якість процесу (технології)** (дотримання стандартів обсягів медичної допомоги; правильність вибору медичних технологій і дотримання їх якості; якість виконання роботи);

**- якість результату;**

**- якість організаційної структури** (рівень організації роботи персоналу; кваліфікація кадрів; матеріально-технічне забезпечення, його відповідність стандарту; рівень фінансування; рівень забезпечення медикаментами).

Саме зворотний зв'язок є комунікативним каналом від отримувачів послуг до їх надавачів. У разі зміни вимог користувачів до медичних послуг і їх якості, параметрів ринку, появи нових технологій медичний заклад як система має відреагувати на ці зміни і внести відповідні корективи у параметри функціонування.

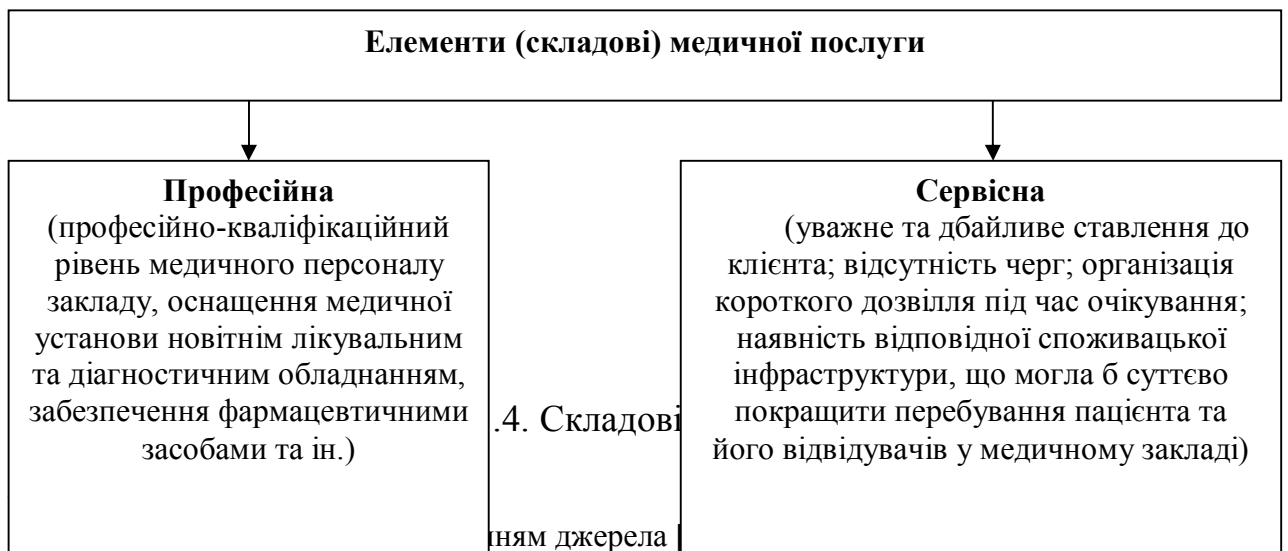
У контексті висвітлення питання особливостей комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг, вкажемо на те, що медичні послуги

складаються з двох підгруп: індивідуальних послуг і послуг загального користування. Це, власне й визначає такі особливості.

Під індивідуальною медичною послугою будемо розуміти будь-який контакт споживача послуги з її надавачем, який здобув медичну освіту, обізнаний з медичних питань і діяльність якого приносить пряму користь виключно користувачеві.

Медичні послуги загального користування – це будь-який контакт споживача з надавачем, який здобув медичну освіту, обізнаний з медико-санітарних питань, діяльність якого приносить пряму користь суспільству, в цілому [16].

Говорячи про медичну послугу, доцільно виділити дві її основних складові – професійну та сервісну (рис. 1.4).



До професійної можна віднести: професійно-кваліфікаційний рівень медичного персоналу закладу; оснащення медичної установи новітнім лікувальним та діагностичним обладнанням; забезпечення фармацевтичними засобами. Сервісна складова, зокрема, організація надання медичної послуги є не менш важливою, а особливо, в умовах ринку. Сюди можна віднести: уважне та дбайливе ставлення до клієнта; відсутність черг; організація короткого дозвілля під час очікування; наявність відповідної споживацької

інфраструктури, що могла б суттєво покращити перебування пацієнта та його відвідувачів у медичному закладі.

Медична послуга не існує до моменту її надання, відповідно, неможливо оцінити її результат до отримання. Така закономірність створює найбільший споживацький дисонанс, що виражається у можливій невідповідності очікувань клієнта і фактичних отриманих результатів. Враховуючи специфіку медичної послуги і її безпосередній зв'язок з фізичним станом споживача та його дієздатністю, ця проблема, на нашу думку, є однією з найважливіших, яка повинна враховуватися при розкритті економічної сутності медичної послуги, і братись до уваги при побудові комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг. Відповідно, якість медичної послуги виходить на перший план. Більше того, якість медичної допомоги, як об'єкт управління, виступатиме важливою властивістю процесу взаємодії лікаря та пацієнта, обумовленою кваліфікацією медика-професіонала, тобто використанням медичних технологій, зменшенням ризику прогресування наявних у пацієнта захворювань і виникненням нового паталогічного процесу, оптимальним використанням медичних ресурсів і забезпеченням задоволеності пацієнта від його взаємодії з медичною установою і її персоналу як медичною системою.

## **Висновки до розділу 1**

1. Адміністративна діяльність державної установи реалізується завдяки функціонуванню таких її підсистем: інституційної, інституціональної, функціональної, організаційної, комунікаційної, кадрової. Завданнями комунікативної підсистеми медичних установ є: забезпечення інформаційного обслуговування цих установ; налагодження комунікації з “внутрішніми клієнтами” (медичними працівниками); забезпечення комунікативної взаємодії із “зовнішніми клієнтами” (громадськістю).

2. Різноманітність об'єктів комунікаційної взаємодії в адміністративній діяльності зумовлює різні види комунікацій (організаційні; міжособові; зовнішні; внутрішні; горизонтальні; вертикальні; висхідні; низхідні; формальні;

неформальні) та різні види комунікативних технологій, використовуваних медичними установами (загальні технології лікування та діагностики; біотехнології, нанотехнології, технології генної інженерії; інформаційно-комунікативні технології; хіміко-фармацевтичні технології; технології інформаційно-організаційного забезпечення; технології інформаційно-технічного забезпечення; управлінські технології).

3. Суб'єктами, які мають ключове значення для системи охорони здоров'я, беруть участь в процесі комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг, і визначають особливості такої взаємодії, є: пацієнт (суб'єкт, що споживає медичні послуги); медичний заклад (суб'єкт, що надає медичні послуги); платник (суб'єкт, що фінансує медичні послуги).

4. Надання послуг медичною установою, характеризується тим, що: споживач послуг залучається до реального виробничого процесу продукування послуги; споживач супроводжує увесь життєвий цикл надання послуги або його частину; медична послуга має бути організована і надана споживачу тоді, коли він цього хоче (коли у цьому є потреба). Це зумовлює об'єктивну необхідність комунікативної взаємодії з споживачами послуг і формує особливості такої взаємодії.

5. Об'єктивну необхідність комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг і особливості такої взаємодії обумовлюють також: **поділ медичних послуг на підгрупи (наприклад, індивідуальні послуги і послуги загального користування); фактори, які впливають на якість надання медичних послуг (наприклад, якість процесу (технології); якість організаційної структури; якість результату).** Саме зворотний зв'язок є комунікативним каналом від отримувачів послуг до їх надавачів. У разі зміни вимог користувачів до медичних послуг і їх якості медичний заклад як система має відреагувати на ці зміни і внести відповідні корективи у параметри функціонування.

**РОЗДІЛ 2**

**ОЦІНКА КОМУНІКАТИВНОЇ ВЗАЄМОДІЇ З СПОЖИВАЧАМИ  
МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСНІЙ КЛІНІЧНІЙ  
КОМУНАЛЬНІЙ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНІЙ ЛІКАРНІ**

**2.1. Зони відповідальності та забезпечення комунікативної взаємодії з  
споживачами медичних послуг в досліджуваній медичній установі**

Ключовими компонентами управління досліджуваною медичною установою є зони відповідальності.

За своєю суттю зони відповідальності є віртуальними інституціями – цілеорієнтованими сферами діяльності, здійснюваними в рамках управління медичною установою, які концентрують ресурси і відповідальність для виконання місії цієї установи.

Управління досліджуваною медичною установою як система і відповідний синтез зон відповідальності передбачає одночасний вплив на такі чинники праці:

„організаційний” (порядок роботи, правила її виконання);

„комунікаційний” (внутрішні і зовнішні комунікаційні взаємозв’язки установи);

„чинник часу” (за який проміжок часу мають виконуватись елементи трудової діяльності);

„людський” (характеристика фахових якостей, особисті характерологічні особливості);

„матеріально-технічний” (необхідні матеріали і технічні засоби для здійснення трудового процесу).

Зони відповідальності в досліджуваній медичній установі можна поділити на: організаційну, комунікаційну, кадрову. Саме за цими цілеорієнтованими сферами діяльності, здійснюваними в рамках управління медичною установою, концентруються ресурси для виконання місії цієї установи і розподіляються завдання (табл. 2.1).



Таблиця 2.1

**Зони відповідальності в досліджуваній медичній установі і вирішуваними завдання**

<b>№ з/п</b>	<b>Назва зони відповідальності</b>	<b>Завдання в рамках цієї зони відповідальності</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>1</b>	<b>Організаційна</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- постійні регламентування і цілеспрямована координація планової поточної (функціонування) та стратегічної (розвиток) діяльності працівників структурних підрозділів медичної установи на забезпечення досягнення місії;</li> <li>- каскадування завдань щодо забезпечення функціонування і розвитку медичної установи на всі рівні ієрархії;</li> <li>- делегування повноважень і відповідальності командам виконавців (або окремим виконавцям) різних рівнів, чим забезпечується наближення засобів розв'язання проблем до місць їх виникнення, створюються можливості щодо вибору найбільш раціональної форми реалізації ініціатив у залежності від специфіки вирішуваних проблемних питань;</li> <li>- оцінка діяльності медичної установи та роботи її персоналу.</li> </ul>
<b>2</b>	<b>Комунікаційна</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- забезпечення дієвого зворотного зв'язку між всіма рівнями і ланками управління медичною установою;</li> <li>- забезпечення комунікативної взаємодії медичної установи і її працівників із споживачами медичних послуг.</li> </ul>
<b>3</b>	<b>Кадрова</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- забезпечення усвідомлення персоналом зв'язку його діяльності з розв'язанням проблем функціонування і розвитку медичної установи;</li> <li>- мотивація і стимулювання праці медичного персоналу.</li> </ul>
<b>4</b>	<b>Матеріально-технічна</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- формування необхідного матеріально-технічної бази для здійснення трудового процесу і надання якісних медичних послуг.</li> </ul>

Примітка. Сформовано автором самостійно

Управлінню досліджуваною медичною установою як системній множині зон відповідальності притаманні характеристики, наведені на рис. 2.1.

Важливість організаційної зони відповідальності в досліджуваній медичній установі і вирішуваних нею завдань обумовлена тим, що в сучасних умовах діяльність медичної установи є ускладненою необхідністю більш гнучкої її адаптації до умов її функціонування, розширенням обов'язків та відповідальності її персоналу, значимістю забезпечення доступних і надання якісних медичних послуг. За таких умов об'єктивно необхідним є забезпечення комунікативної

взаємодії з споживачами медичних послуг. Важливим у цьому контексті є встановлення чіткого порядку роботи медичної установи, який досягається за допомогою регламентування.

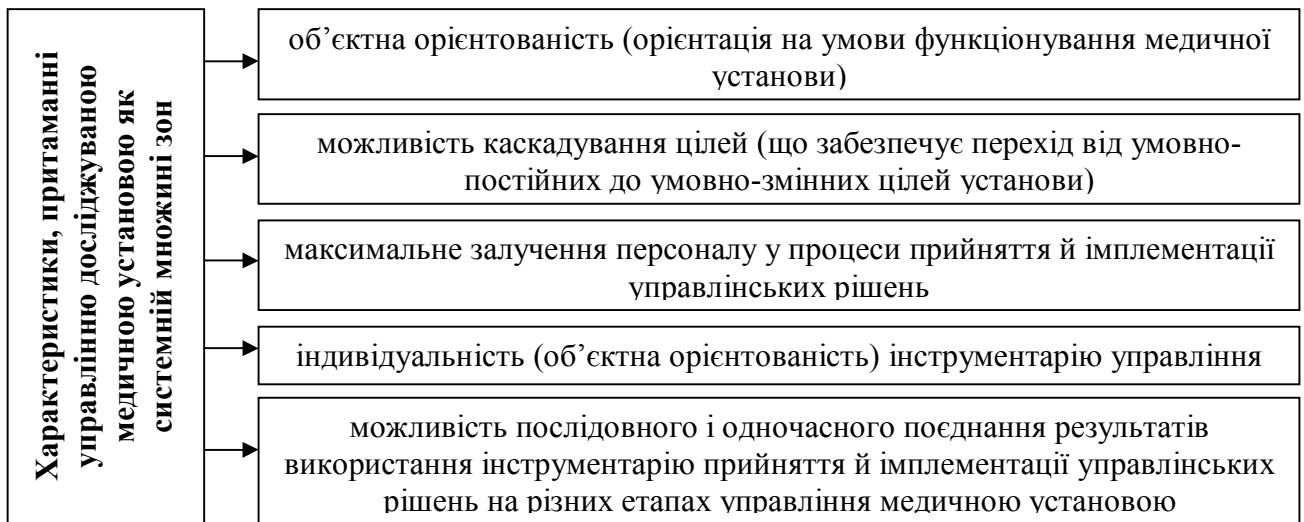


Рис. 2.1. Характеристики, притаманні управлінню досліджуваною медичною установою як системній множині зон відповідальності

Сформовано автором самостійно

Медична установа як формальна організаційна структура може успішно функціонувати тільки за наявності низки документів, що регламентують відносини, зв'язки та процедури управління, на яких будується організаційний механізм. Їх можна поділити на:

- нормативно-правові акти і положення, що визначають відносини між працівниками апарату управління в процесі виконання поставлених завдань;
- нормативно-технологічні регламенти, що визначають процедурний бік виконання окремих управлінських робіт, операцій і процесу управління в цілому (спеціальні інструкції, правила, матриці повноважень щодо прийняття рішень, документограми, органіграми та ін.)

В основі регламентування діяльності медичної установи лежать:

- внутрішньоорганізаційні документи, які формують внутрішнє правове середовище роботи. Вони розробляються в повній відповідності до документів законодавчого регулювання діяльності медичних закладів. Законодавче

регулювання діяльності медичних установ має ступінчасту ієрархічну структуру, основою якої є Конституція України. Правове забезпечення діяльності цих установ представлено також Законами України та нормативними актами. Внутрішньоорганізаційні документи регламентують як діяльність медичних установ, так і посадові обов'язки їх адміністративного апарату і працівників.

- нормативна база, яка визначає права та повноваження керівника відповідного рівня управління медичної установи, а також обов'язки й повноваження його підлеглих.

За ознакою конкретизації розрізняють типові й індивідуальні організаційні документи. За сферою застосування організаційні документи залежно від поширення їх на об'єкти організації обліку, контролю та аналізу поділяють на види робіт, що регламентують:

- обліковий процес (графіки, стандарти і т. ін.);
- контрольний та аналітичний процеси (графіки, схеми);
- обліковий і аналітичний процеси (положення про нормативний облік, стандарти);
- роботу апарату управління медичного закладу (положення про відділи, посадові інструкції).

Практика роботи Тернопільської обласної клінічної психоневрологічної лікарні (ТОККПНЛ) засвідчила, що організаційні документи регламентують її діяльність наступним чином.

Основним регламентуючим документом роботи медичної установи є Положення про неї. Законодавством України передбачаються обов'язкові відомості, які повинні бути вказані в Положенні.

Положення є основним нормативним актом управління медичною установою. Воно розробляється з метою розмежування функцій, повноважень, прав і відповідальності в системі управління нею, діяльністю її структурних підрозділів і посадових осіб.

Положення про Тернопільську обласну клінічну психоневрологічну лікарню наведене в додатку А.

Структурно Положення про Тернопільську обласну клінічну психоневрологічну лікарню представлено трьома розділами: „Загальні положення”, „Завдання, права і функції лікувально-профілактичної установи”, „Керівництво психоневрологічною лікарнею”.

Пунктом 1.1. Положення про Тернопільську обласну клінічну психоневрологічну лікарню зазначено, що вона є спеціалізованим лікувально-профілактичним закладом, що проводить стаціонарне обстеження, лікування осіб з психічними та пограничними психічними розладами ендogenous та екзогенно-органічного генезу, а також неврологічними розладами, соціально-трудова реабілітацію, військову і трудову експертизу на основі діючих законів.

Каскадування завдань щодо забезпечення функціонування і розвитку медичної установи на всі рівні ієрархії врегульовує розділ 2 „Завдання, права і функції лікувально-профілактичної установи” цього ж Положення, де вказано, що основні завдання, права і функції клінічної психоневрологічної лікарні визначаються законодавством України про охорону здоров'я населення, нормативними документами Міністерства охорони здоров'я України та умовами укладеного договору.

Завданнями і функціями клінічної психоневрологічної лікарні згідно розділу 2 Положення, насамперед, є:

- надання в умовах стаціонару спеціалізованої висококваліфікованої, соціально-відновлюючої допомоги особам, які хворіють психіатричними і неврологічними розладами;
- проведення стаціонарної військово-лікарської і лікарсько-трудова експертизи особам з психічними і неврологічними розладами;
- забезпечення наступності з психоневрологічним диспансером і другими медичними закладами в лікуванні і соціально-трудова реабілітації психічно хворих;
- освоєння і впровадження в практику нових організаторських сучасних засобів і методів діагностики і лікування психічних і неврологічних розладів, а також соціально-трудова реабілітації психічно і неврологічно хворих,

основаних на досягненнях науки, техніки і передового досвіду охорони здоров'я та ін.

Розробка регламентуючих організацію праці документів, в тому числі, Положення про Тернопільську обласну клінічну психоневрологічну лікарню, здійснюється з дотриманням таких принципів: відкритості, пріоритетності, обов'язковості соціальної захищеності працівників. Ці ж принципи знаходять своє відображення у Правилах внутрішнього трудового розпорядку лікарні, які також є регламентуючим документом, що врегульовує роботу медичної установи та її персоналу (див. додаток Б).

Посадова інструкція визначає статус (місце) працівника в системі управління медичною установою, закріплює за ним певні види діяльності, надає повноваження, необхідні для виконання посадових обов'язків, а також врегульовує питання делегування повноважень і відповідальності.

Важливим завданням організаційної зони відповідальності в досліджуваній медичній установі є оцінка діяльності медичної установи та роботи її персоналу.

Діяльність медичної установи та роботи її персоналу, їх оцінка знаходиться відображення у щорічних доповідях про діяльність:

- Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні;

- Сестринської Ради по впровадженню реабілітаційних заходів у ТОККПНЛ.

У доповіді про діяльність Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні за 2015 рік вказано, що у ТОККПНЛ функціонує 11 психіатричних та 5 неврологічних відділень, амбулаторно-поліклінічне відділення (на 150 відвідувань в день), де ведеться прийом за 10-ма спеціальностями, функціонує амбулаторна судово-психіатрична експертна комісія;

- обласний судинно-діагностичний центр, до складу якого входять третє неврологічне судинне відділення (для лікування хворих з гострими порушен-

ням мозкового кровообігу) (на 45 ліжок), інсультне відділення (для надання невідкладної допомоги хворим з гострими порушеннями мозкового кровообігу) (на 15 ліжок), відділення інтенсивної терапії кризових станів (на 6 ліжок);

- Центр медико-соціальної реабілітації хворих з органічними ураженнями нервової системи та психоневрологічною патологією, до складу якого входить 4 неврологічне відділення (на 30 ліжок), на базі якого функціонує центр медико-соціальної реабілітації учасників АТО та фізіотерапевтичне відділення з водолікарнею;

- на базі лікарні розміщені кафедра неврології, психіатрії, медичної психології та наркології ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського та кафедра фізіотерапії, медичної реабілітації та курортології.

Високоспеціалізована, консультативна і стаціонарна допомога в рамках роботи лікарні здійснюється відповідно до затверджених державних та обласних програм: превентивного лікування хворих на розсіяний склероз; профілактики і лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань.

Інформація про роботу Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні за 2015 рік, відображена у доповіді про її діяльність, констатує, що основним напрямком її роботи є забезпечення в повному обсязі висококваліфікованою спеціалізованою медичною допомогою осіб з психічними і неврологічними розладами здоров'я в амбулаторних умовах і стаціонарі, лікувально-консультативна медична допомога амбулаторним неврологічним та психіатричним хворим, спеціалізована консультативна неврологічна та психіатрична допомога населенню в районних та номерних лікарнях області.

Результати роботи Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні за 2015 рік засвідчують, що щороку в лікарні стаціонарно оздоровлюється близько 11тис. хворих, в т.ч.: неврологічних – 5300 (з них сільських жителів – 39%); психіатричних – 5700 (з них сільських жителів – 49%). Впродовж 2011-2015 років мала місце тенденція до збільшення

поступлень пацієнтів в лікарню як психіатричного так і неврологічного профілю (з 12304 хворих в 2011 році до 14025 хворих в 2015 році).

В середньому, по медичній установі потужність ліжкового фонду у 2015 році використовувалась на 101,5% із середньою роботою ліжка 343,6 дні протягом року. По психіатричному стаціонару мало місце зменшення середньої тривалості лікування (перебування хворого на ліжку) на 6,5% і склало 36,0 днів (загальноукраїнський показник становив 43,2 дні), по неврологічному – зменшення середньої тривалості лікування (перебування хворого на ліжку) на 4,8% і склало 10,5 днів (загальноукраїнський показник становив 11,04 дні).

Показники використання ліжкового фонду ТОККПНЛ впродовж 2011 – 2015 років представлені в табл. 2.2.

*Таблиця 2.2*

**Показники використання ліжкового фонду ТОККПНЛ  
впродовж 2011 – 2015 років**

№ з/п	Показник	Роки				
		2011	2012	2013	2014	2015
1	2	3	4	5	6	7
1	% виконання ліжко-днів	102,5	103,2	101,4	101,4	101,5
2	Середня тривалість роботи ліжка	348,4	338,0	344,9	344,0	343,6
3	Середня тривалість лікування	23,5	22,5	21,2	22,8	23,3

Примітка. Сформовано автором за даними ТОККПНЛ

У доповіді про діяльність Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні за 2015 рік систематизовано проблемні питання її роботи та окреслені перспективи. Так, у доповіді зазначено, що вдосконалення вимагає надання психіатричної та неврологічної допомоги мешканцям області згідно клінічних протоколів. Доцільним є впровадження в практику роботи лікарні новітніх методів діагностики та лікування недуг, а саме, централізована поставка для лікарні ангіографа для забезпечення ранньої діагностики та

лікування судинної патології центральної нервової системи, а також локального лізису тромбів в судинній системі організму. З урахуванням:

- значної щоденної кількості пацієнтів на обстеження МРТ необхідно відшукати можливість проведення таких обстежень у 3 зміни при 6-ти денному режимі роботи медичного персоналу комплексу МРТ;

- щорічного збільшення кількості хворих з гострою судинною патологією нервової системи є доцільним впровадження в практику цілодобового надання невідкладної допомоги таким хворими спеціалістами ургентних мультидисциплінарних бригад.

Недостатньо широким є впровадження тромболітичної терапії хворим з ішемічними інсультами. Тому, необхідним є:

- централізоване забезпечення лікарні препаратами для проведення вказаної терапії з врахуванням їх дороговартості;

- напрацювання технології скерування у лікарню хворих з районів області та м. Тернополя з підозрою на гостре порушення мозкового кровообігу в межах терапевтичного вікна (до 3-х годин);

- налагодження телекомунікаційних зв'язків з лікувальними закладами області та провідними клініками нашої держави;

- з врахуванням понад 50-ти років функціонування лікарні фінансове забезпечення ремонтно-реконструктивних та опоряджувальних робіт згідно поточних та перспективних планів.

У щорічній доповіді про діяльність Сестринської Ради по впровадженню реабілітаційних заходів у ТОККПНЛ за 2015 рік зазначено, що кожен відділ психіатричного профілю працює над облаштуванням кімнат, де пацієнти втілюють у життя свої бажання та демонструють свої таланти. Паралельно з облаштуванням кімнат адміністрацією відділень продовжується облаштування прогулянкових майданчиків, на яких пацієнти мають змогу відпочивати та брати участь у роботах і заняттях, організовуваних цими відділеннями для хворих (бібліотерапія, музикотерапія, малювання, бісероплетіння, вишивка, макраме, виготовлення свічок, вишивка стрічками, тісто пластика, літературні вечори та ін.), і змаганнях.



Слід вказати на те, що в рамках організаційної зони відповідальності в досліджуваній медичній установі організаційний вплив на неї як керовану систему здійснюється й у вигляді організаційного нормування, яке є необхідним з огляду на те, що в процесі адміністрування виникає потреба уточнення меж для певних процесів. Організаційна підсистема, наприклад, вимагає встановлення нормативів роботи медичної установи (кількості структурних одиниць, встановлення норми керованості тощо). Підсистема організації праці потребує визначення співвідношення різних категорій працюючих, тривалості робочого дня, часу виконання певного виду робіт, встановлення нормативів оплати праці та ін. Робота економічної підсистеми, в першу чергу, базується на нормативах витрат ресурсів.

Норми – це планові техніко-економічні показники, що характеризують питомі величини видатку матеріальних, трудових, фінансових ресурсів або граничні часові величини, що затверджуються в установленому порядку та розраховані на основі аналізу розвитку науково-технічних досягнень у плановому періоді, які забезпечують високу якість виконуваних робіт (послуг) та економне використання ресурсів. Норма являє собою порівняльну якісну та кількісну оцінку стану предмету, процесу або явища в заданому проміжку часу та фіксованих умовах. При цьому кількісна оцінка може виражатись в абсолютному або відносному значенні [25, с. 73-74].

Норма праці повинна створюватись не для роботи взагалі, а для конкретних умов її виконання. Підтвердженням цього слугує додаток до Колективного договору лікарні „Норми видачі спеціального одягу, спеціального взуття та інших засобів індивідуального захисту працівникам Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні” (див. додаток Д).

Норми видачі спеціального одягу, спеціального взуття та інших засобів індивідуального захисту працівникам Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні складено на основі типових галузевих норм видачі спецодягу, спецвзуття та інших засобів індивідуального захисту працівникам закладів охорони здоров'я та соціального захисту.

Цим нормативним документом встановлені норми видачі спеціального одягу, спеціального взуття та інших засобів індивідуального захисту працівникам для 11 категорій професій та посад працівників досліджуваної медичної установи.

До таких категорій професій та посад працівників Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні віднесені:

- лікарі, середній медичний персонал процедурних кабінетів, хірургічних, гінекологічних, урологічних, стоматологічних кабінетів;

- лікар – отоларинголог;

- лікар, середній медичний персонал при роботі в рентгенкабінетах;

- лікар, середній та молодший медичний персонал лабораторії;

- лікар, середній медичний персонал світло електролікувальних кабінетів;

- молодший медичний персонал, зайнятий миттям суден та іншого медичного інвентарю;

- ліфтери, зайняті в стаціонарах;

- середній та молодший медичний персонал, зайнятий відпуском лікувальних процедур;

- середній та молодший медичний персонал, обслуговуючий психічно хворих на зовнішніх роботах взимку;

- водій санітарного автомобіля;

- електромеханік по ремонту і обслуговуванню медичного обладнання.

Поряд із нормами у роботі досліджуваної медичної установи використовуються нормативи, під якими розуміємо показники, що характеризують відносну величину (ступінь) використання знарядь та предметів праці. Норматив завжди пов'язаний з дією або цілеспрямованим впливом. Нормативи розробляються на довгий час і характеризують певні "середні" умови виконання робіт. Якщо норматив не змінюється в заданому проміжку часу, то норма може переглядатись в тому ж періоді у відповідності зі змінами умов виробництва [25, с. 74].

Організаційна підсистема ТОККПНЛ вимагає також встановлення нормативів роботи медичної установи (кількості структурних підрозділів,

чисельності персоналу тощо). Так, в досліджуваній лікарні станом на 01.01.2016 року працювало 1017 працівників (лікарі – 136 осіб, з яких з вищою категорією – 55, з першою категорією – 21, з другою категорією – 24, медичних сестер – 349 осіб, молодший медичний персонал – 365 осіб, інженерно – технічний та обслуговуючий персонал – 147 осіб).

Організаційне нормування передбачає розробку нормативів, які використовуються в системі управління ТОККПНЛ. Наприклад, стосовно норм тривалості робочого дня слід вказати на те, що надання медичної допомоги вимагає постійної та повної готовності до її невідкладного надання кожному та у будь-який час. Саме тому медичні заклади (в тому числі, ТОККПНЛ), зокрема ті, що мають стаціонари, працюють цілодобово та безперебійно. Такий режим роботи потребує постійного перебування в них фахівців, які здатні оперативно та якісно надати необхідну допомогу. З цією метою запроваджується чергування медичних працівників вдома та у стаціонарі — так зване ургентування.

Цей режим роботи є особливим та характерним лише для медичної галузі, оскільки не підпадає під наявні в трудовому праві поняття чергування. Медичні працівники під час чергування продовжують виконувати свої безпосередні обов'язки згідно з трудовим договором.

Чергування поділяється на таке, що здійснюється в межах місячної норми робочого часу, та понад місячну норму робочого часу. Законодавчо визначені вимоги до лікарів (фахівців), які можуть залучатись до чергування, та їх кількість. Зокрема, до чергування вдома можуть бути залучені лікарі та фахівці з базовою та неповною вищою медичною освітою закладів охорони здоров'я, які зайняті наданням медичної допомоги населенню, зокрема екстреної. Чергування у стаціонарі здійснюється у ТОККПНЛ, оскільки вона має стаціонарне відділення.

У разі виклику працівника під час чергування (у ТОККПНЛ, на місце події та додому до хворого) час, витрачений на виклик, оплачується за фактично відпрацьовані години з розрахунку посадового окладу працівника, встановленого за штатним розписом, зі збереженням чинного порядку оплати праці працівників охорони здоров'я у нічний час.

При здійсненні чергування у стаціонарі в робочі дні згідно з графіком роботи в межах місячної норми робочого часу додаткова оплата (понад посадовий оклад) не проводиться. Чергування за графіком у вихідний і святковий день у межах місячної норми робочого часу може компенсуватися за згодою сторін наданням іншого дня відпочинку або в розмірі одинарної годинної ставки понад оклад.

Важливість комунікаційної зони відповідальності в досліджуваній медичній установі обумовлена тим, що вона є фактором покращення діяльності цього закладу, підвищення якості лікування і забезпечення безпеки як пацієнтів, так і самих медичних працівників. Саме в рамках цієї зони відповідальності забезпечуються:

- дієвий зворотний зв'язок між всіма рівнями і ланками управління медичною установою;
- комунікативна взаємодія (комунікативний діалог) медичної установи і її працівників із споживачами медичних послуг.

Кадрова зона відповідальності в досліджуваній медичній установі виступає об'єктом роботи кадрової служби (служби управління персоналом).

Практика роботи кадрової служби ТОККПНЛ свідчить про те, що сьогодні головним напрямком її діяльності є формування кадрових ресурсів (планування потреб у них, організація практичних заходів по набору кадрів, вирішення конфліктів, проведення соціальної політики), що пов'язано з комунікаціями.

Штатний розпис Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні представлено в додатку В.

Більше того, «основним завданням формування та реалізації кадрової політики державних установ та організацій в сучасних умовах є найбільш ефективно використання здібностей співробітників відповідно до цілей установи та суспільства в цілому. При цьому мають бути встановлені відносини конструктивного співробітництва між членами колективу й різними соціальними групами» [81, с. 21].

Кадрова політика, здійснювана службою управління персоналом ТОККПНЛ, реалізується в процесі виконання визначених цілеспрямованих дій і

припускає реалізацію таких основних функцій: визначення цілей і основних напрямків роботи з персоналом, постійне удосконалювання системи кадрової роботи в організації; визначення засобів, форм і методів здійснення поставлених цілей, організацію роботи з виконання прийнятих рішень, координацію і контроль виконання намічених заходів. Це ілюструє рис. 2.2.



Рис. 2.2. Функціональне навантаження кадрової політики в ТОККПНЛ

Сформовано автором з використанням джерела [81, с. 21]

Процес формування кадрових ресурсів чинить прямиий вплив на досягнення ТОККПНЛ місії і цілей. Інформаційні дані щодо забезпеченості ТОККПНЛ персоналом представлено в таблиці 2.3.



Таблиця 2.3

**Інформаційні дані щодо забезпеченості Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні персоналом у 2013-2015 роках**

Категорії персоналу	Чисельність у 2013 році	Чисельність у 2014 році		Відхилення (+, -)				Виконання плану, %	Чисельність у 2015 році		Відхилення (+, -)				Виконання плану, %
		Потреба	Факт	До потреби		Від 2013 року			Потреба	Факт	До потреби		Від 2014 року		
				Абсолютне	Відносне, %	Абсолютне	Відносне, %				Абсолютне	Відносне, %	Абсолютне	Відносне, %	
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>
Лікарський персонал	264	300	265	-35	-11,7	1	0,4	88,3	300	265	-35	-11,7	0,0	0,0	88,1
Середній медперсонал	539	535	534	-1	-0,2	-5	-0,9	99,8	544	537	-7	-1,3	3,0	0,6	98,7
Молодший медперсонал	242	255	239	-16	-6,3	-3	-1,2	93,7	260	233	-27	-10,4	-6,0	-2,5	89,6
Спеціалісти (не медики)	56	60	56	-4	-6,7	0	0,0	93,3	60	57	-3	-5,0	1,0	1,8	95,0
Інший персонал	189	242	233	-9	-3,7	44	23,3	96,3	243	236	-7	-2,9	3,0	1,3	97,1
Всього	1383	1392	1374	-65	-4,7	37	2,9	95,3	1418	1391	-79	-5,6	1,0	0,1	94,4

Примітка. Наведено за матеріалами ТОККПНЛ

З таблиці 2.3 видно, що фактична чисельність працівників поступово збільшувалася з 1290 чол. у 2013 році до 1328 чол. у 2015 році, проте спостерігається зниження показників абсолютного та відносного відхилення від загальної потреби. Так, у 2014 році фактична чисельність працівників становила 95,3%, в 2015 році – 94,4% від загальної потреби, в тому числі:

- по лікарському персоналу – 88,3% і 88,1% відповідно;
- по середньому медичному персоналу – 99,8% і 98,7% відповідно;
- по молодшому медперсоналу – на 93,7% і 89,6% відповідно;
- спеціалістах-немедиках – на 93,3% і 95% відповідно;
- по іншому персоналу – 96,3% і 97,1% відповідно.

У процесі аналізу забезпеченості медичного закладу персоналом використаємо і розрахуємо коефіцієнт укомплектованості персоналом ( $K_{уп}$ ), який характеризується відношенням кількості зайнятих посад ( $П_{факт}$ ) до затвердженої кількості штатних посад ( $П_{пл}$ ) (формула 2.1.).

$$K_{уп} = \frac{П_{факт}}{П_{пл}} \quad (2.1.)$$

Аналіз укомплектованості персоналом здійснимо на основі даних, наведених в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

**Укомплектованість персоналом Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні у 2013-2015 роках**

Категорія персоналу	Кількість посад, затверджена штатним розписом	Фактично зайнято посад	Відхилення	
			+/-	$K_{уп}$
1	2	3	4	5
<b>2013 рік</b>				
Лікарський персонал	302,00	301,50	-0,50	1,00
Середній персонал	535,00	526,75	-8,25	0,98
Молодший персонал	255,75	249,50	-6,25	0,98
Спеціалісти-немедики	60,00	60,00	0,00	1,00
Інший персонал	230,00	229,25	-0,75	1,00
Кількість посад всього	1382,75	1397,00	-15,75	0,99



1	2	3	4	5
<b>2014 рік</b>				
Лікарський персонал	302,00	298,50	-3,50	0,99
Середній персонал	535,00	524,00	-11,00	0,98
Молодший персонал	255,75	248,75	-7,00	0,97
Спеціалісти-немедики	60,00	60,00	0,00	1,00
Інший персонал	242,25	242,50	0,25	1,00
Кількість посад всього	1392,00	1373,75	21,25	0,98
<b>2015 рік</b>				
Лікарський персонал	309,25	296,75	-12,50	0,96
Середній персонал	544,50	537,50	-7,00	0,99
Молодший персонал	260,50	254,50	-6,00	0,98
Спеціалісти-немедики	60,00	60,00	0,00	1,00
Інший персонал	243,75	243,00	-0,75	1,00
Кількість посад всього	1418,00	1391,75	-26,25	0,98

Примітка. Наведено за матеріалами ТОККПНЛ

Із даних таблиці 2.4 видно, що укомплектованість персоналом у 2014 році знизилася на 1% у порівнянні з 2013 роком. В 2015 році коефіцієнт укомплектованості персоналом знаходився на рівні 2014 року. Поступово збільшувалась кількість вакантних ставок: 15,75 – в 2013 році, 21,25 – в 2014 році, 26,25 – в 2015 році. Особливо це стосується лікарських посад: з 0,5 ставки в 2013 році до 12,50 ставок в 2015 році.

Табличні дані дозволяють зробити висновок про те, що фактична кількість зайнятих посад не відповідає реальним потребам, тобто не в змозі надати той обсяг медичних послуг, який необхідний для задоволення потреб населення. Це призводить до перевантаження працюючого персоналу, зниження рівня і якості медичного обслуговування населення.

Укомплектованість закладів штатними одиницями при граничній кількості спеціалістів забезпечується за рахунок сумісництва за посадами.

Коефіцієнт сумісництва медичних працівників ТОККПНЛ  $K_{CM}$  розрахуємо за формулою 2.2:

$$K_{CM} = \frac{D_{шт}}{D_{фл}}, \quad (2.2.),$$

де  $D_{шт}$  – кількість штатних одиниць за штатним розписом;  $D_{фл}$  – чисельність працюючих у закладі фізичних осіб.

Розрахунок коефіцієнта сумісництва медичних працівників Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні у 2013-2015 роках представлений в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

**Коефіцієнт сумісництва медичних працівників Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні у 2013-2015рр.**

Показники	2013 рік	2014 рік	2015 рік
За штатним розписом	837	837	853,75
Фактично зайнято посад	828,25	822,5	834,25
Фізичних осіб	694	705	716
Коефіцієнт сумісництва	1,19	1,17	1,17

Примітка. Сформовано за матеріалами ТОККПНЛ

Як видно з таблиці 2.5, коефіцієнт сумісництва протягом 2013-2015рр. змінився незначно з 1,19 в 2013 році до 1,17 в 2014 році. Зниження коефіцієнта сумісництва пов'язане зі зростанням чисельності працюючих. Проте це дуже високий показник, який свідчить про те, що укомплектованість персоналом досягається за рахунок сумісництва, а це небажане явище, оскільки може призвести до зниження якості обслуговування населення і надання медичних послуг.

Важливість матеріально-технічної зони відповідальності в досліджуваній медичній установі обумовлена тим, що матеріально-технічне забезпечення є однією з головних передумов надання якісних медичних послуг. Переваги матеріально-технічного забезпечення виробничих процесів в медичному закладі зумовлені його істотною соціальною значимістю, пов'язаною з: забезпеченням можливості ефективного ведення пацієнта, скороченням часу проведення діагностики, зростанням ефективності лікування пацієнтів, зменшенням тривалості перебування хворого на лікарняному ліжку в умовах стаціонарного лікування. Якість та своєчасність надання медичним персоналом послуг населенню залежить від стану медичної техніки, яка є

знаряддям праці більшості категорій медичного персоналу і без якої вони не в змозі виконувати свою роботу на сучасному професійному рівні.

Технічне забезпечення виробничих процесів в медичній установі вимагає забезпечення безпеки як обладнання, устаткування, так і персоналу, що його використовує у роботі. Тому, технічне забезпечення реалізується паралельно з інформаційним забезпеченням безпечної праці в лікарні, що, в свою чергу, реалізується через такі етапи:

1) збір усіх видів інформації, що має відношення до технічного забезпечення виробничих процесів в медичній установі, в тому числі, до діяльності щодо забезпечення дотримання вимог безпеки праці в ній;

2) аналіз одержаної інформації з обов'язковим дотриманням методів організації робіт;

3) аналіз стану дотримання вимог безпеки праці усіма організаційними підсистемами досліджуваного медичного закладу;

4) інші види робіт щодо розробки та забезпечення належного функціонування інформаційної складової технічного забезпечення виробничих процесів в медичній установі (наприклад, захист інформаційного середовища, формування внутрішніх баз даних і каталогів тощо).

Основою техніки безпеки при роботі з медичною апаратурою ТОККПНЛ є постійна підтримка її в справному технічному стані, дотримання правил її застосування, загальних і галузевих правил експлуатації приладів і апаратів. Більше того, матеріально-технічна підсистема, наприклад, потребує технічних (стандарти) і технологічних нормативів, які визначають порядок та послідовність надання медичних послуг, тривалість кожної операції як в рамках їх надання, так і в рамках адміністрування роботи ТОККПНЛ, в цілому, й сприяють організації управління їх виробництвом.

Для забезпечення електробезпечності технік з експлуатації та ремонту устаткування лікарні проводить періодичний контроль і огляд технічного стану електромедичної апаратури, перевіряє електромонтаж, електроізоляцію й засоби захисту.

Система організаційних заходів щодо забезпечення техніки безпеки в роботі ТОККПНЛ включає:

- своєчасний інструктаж і навчання медичного й технічного персоналу безпечним прийомам роботи;
- правильну організацію робочого місця й режиму праці медичного персоналу;
- застосування захисних засобів;
- допуск до самостійної роботи з медичною технікою тільки спеціально навченого персоналу не молодше 18 років, придатного по стану здоров'я й кваліфікації (атестованого) до здійснення експлуатації, монтажу, технічного обслуговування й ремонту медичної техніки;
- призначення відповідального по техніці безпеки (його функції виконує технік з експлуатації та ремонту устаткування);
- розробку програми періодичних оглядів і технічних випробувань електромедичної апаратури й електричних установок;
- застосування попереджувальних написів і знаків.

Технік з експлуатації та ремонту устаткування забезпечує організацію та виконання робіт з технічного обслуговування медичної техніки (експлуатація, технічне обслуговування та ремонт).

При покупці медичної техніки досліджуваний медичний заклад враховує те, що відповідальність за технічне обслуговування ("сервіс") медичної техніки несе підприємство-виробник продукції. В обов'язки постачальника входить не тільки забезпечення необхідної якості й надійності техніки, що ним виготовляється, але й наступні зобов'язання:

- забезпечення безкоштовного ремонту виробу або заміни непрацездатного виробу протягом зазначеного гарантійного строку за допомогою спеціалізованих сервісних служб самого виготовлювача або інших сервісних служб, акредитованих підприємством-виробником;
- забезпечення ремонту виробів на договірній основі в післягарантійний період протягом терміну служби виробу;

- подання інформації користувачеві (в інструкції для експлуатації або сервісній документації) про технічне обслуговування виробу, яке необхідно здійснювати користувачеві для підтримки виробу в працездатному стані;
- поставка спеціалізованих запчастин протягом терміну служби виробу;
- оснащення акредитованих сервісних служб необхідною сервісною й ремонтною документацією;
- оснащення акредитованих сервісних служб спеціалізованим ремонтним і діагностичним устаткуванням (при необхідності);
- навчання й сертифікація фахівців із сервісу.

Ці зобов'язання підприємства-виробника відображаються у договорах на поставку виробу (не залежно від того, чи здійснюється поставка самим підприємством-виготовлювачем, чи дистриб'ютором).

Разом з тим, такі договори поставки не є досконалими. Це пов'язано з тим, що в їх основу не покладено принцип запобігання уникнення відповідальності за обслуговування техніки, яка поставляється виробником або дистриб'ютором досліджуваному медичному закладу як замовнику (покупцю) медичного устаткування. Тобто, в договорі поставки техніки відсутні наступні пункти:

- у випадку, якщо поставка здійснюється через посередника або дилера фірми-виробника медичного виробу, до договору не додається оригінал листа від виробника в якому посередник (дилер) уповноважується здійснювати поставку. Також до договору не додається нотаріально засвідчена копія контракту між виробником і дилером, де є інформація про те, що дилер наділений необхідними повноваженнями із продажу медичної техніки, що виготовляється виробником;
- попри зазначення у договорі гарантійного терміну служби виробу, – підприємство, відповідальне за безкоштовне технічне обслуговування й ремонт виробу з підтвердженням його повноважень на цю діяльність, завірених виробником у спеціальному листі або договорі, – не вказується;

- підприємство, відповідальне за технічне обслуговування й ремонт виробу в післягарантійний період протягом терміну служби виробу, з підтвердження його повноважень аналогічно тому, як це зазначено в попередньому пункті також не вказується.

Усунення цих упущень, вважаємо, має бути обов'язковим, особливо, при закупівлі медичної техніки за рахунок бюджетних коштів.

При обслуговуванні медичним закладом медичної техніки застосовуються різноманітні форми контактів зі споживачами. Більша частина робіт доводиться на таку форму взаємин як обслуговування на місці розміщення медичного встаткування. В основному, це пов'язано з тим, що сучасні медичні комплекси складні в перевезенні й демонтажі. Загалом, близько 90% всіх видів робіт з обслуговування медичної техніки й устаткування проводиться в лікарні.

Звіт про рух матеріалів і продуктів харчування ТОККПНЛ за 2016 рік наведено в табл. 2.6.

Таблиця 2.6

**Звіт про рух матеріалів і продуктів харчування ТОККПНЛ за 2016 рік, грн.**

Показники	На початок 2016 року	На кінець 2016 року	Витрачено на потреби ТОККПНЛ у 2016 році
1	2	3	4
Продукти харчування (232)	26 244,60	26 096,97	260 581,36
Медикаменти і перев'язувальні засоби (233)	270 220,27	323 570,25	1 562 933,38
Господарські матеріали і канцелярське приладдя (234)	50 828,54	49 743,06	99 142,93
в т.ч. будматеріали для поточного і капітального ремонту	21 850,08	8 561,97	13 288,11
Паливо, горючі і мастильні матеріали (235)	5 171,46	8 204,00	116 644,16
Тара (236)	139,60	139,60	-
Запчастини до транспортних засобів, обладнання (238)	605,72	3 733,33	19 379,71
Інші матеріали (239)	2 605,36	9 097,04	53 279,62
<b>Разом матеріалів і продуктів харчування (231 - 239)</b>	<b>355 815,55</b>	<b>420 584,25</b>	<b>2 111 961,16</b>

Примітка. Сформовано за даними ТОККПНЛ

Отже, комунікаційні процеси в досліджуваному медичному закладі в контексті технічного забезпечення виробничих процесів, що протікають у ньому, в кінцевому підсумку повинні бути спрямовані на задоволення потреб споживачів в медичній допомозі і медичних послугах.

Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня є найбільшим ліжковим закладом в області з лікарняною територією близько 15 га. Ліжковий фонд ТОККПНЛ становить 825 ліжок, в т.ч. 630 психіатричних, 195 - неврологічних. Матеріальна база досліджуваного медичного закладу включає в себе 4 корпуси загальною площею 18 000 кв. м.

Основне устаткування ТОККПНЛ подане в табл. 2.7.

Таблиця 2.7

### Основне устаткування ТОККПНЛ

№ з/п	Назва устаткування
1	2
1	- Рентгенологічно-діагностичний комплекс з цифровою обробкою зображення РДК-ВСМ, Україна, ЗАО КПО «Медапаратура», 2003р.в.,
2	- Апарат та мультидетекторний комп'ютерний томограф Asteion 4 фірми Toshiba (Японія), 2006 р.в..
3	- електрокардіограф ЕКІТ 03-М2, Україна, Львів, 1991р.в.;
4	- енцефалограф Nihon-Cohden, Японія 1990р.в.;
5	- енцефалограф «Радмир», Україна Харків, 2002р.в.;
6	- ЕНМГ MG 440 «Медікор» Угорщина, 1986р.в.;
7	- УЗД-апарат «Радмир», Україна Харків 2003р.в.;
8	- УЗД-апарат Ultima PRO 30 Україна Харків 2004р.в.;
9	- доплерограф Logidor-4, Кранцбуглер (Австрія), 1995р.в.;
10	- фіброгастроскоп «Фуджі», Японія, 2003 р.в.;
11	- ЕКГ-апарат 08-SD з ПЗ BTL-08, Київ, 2007р.в.;
12	- УЗД-систему HD7Lite Philips, Австрія, 2009р.в.
13	- пульт розбрискування Niagara. Комплект (циркулярний душ, висхідний душ з біфункціональною душевою головою, дощовий душ, управління на пульті розбрискування, 2008 р.;
14	- ванну для підводного масажу OCEAN Standart (комплектація Forte), 2008р.;
15	- додаткове устаткування: озонотерапія для ванни Ocean, 2008 р.;
16	- ванна вихорна для ніг Cascade, 2008 р.;
17	- ванна вихорна для рук Coral. Комплект (Lymfo лімфатичний масаж з регулюванням), 2008 р.;
18	- терапевтичний комплекс VIBROSAUN Австралія, 2008 р.;
19	- вертикальний солярій KBL megaSun Tower space 2000 (Німеччина), 2008 р.;
20	- 7040 Система шийного витягування, 2008р.;

21	-18030 Педальний тренажер Magneciser, 2008 р.;
22	- 18010 Педальний тренажер з опором Deluxe, 2008 р.;
23	- пристрій для витягування Triton Traction Unit, 2008 р.;
24	- портативний масажний стілець Adapta MC-100, 2008 р.;
25	-2776 фізіотерапевтичний мобільний ультразвуковий прилад INTELECT MOBILE ULTRASOUND, 2008 р.;



1	2
26	- 2777 Електротерапевтичний мобільний прилад INTELECT MOBILE STIM, 2008 р.;
27	- 2772 МС Комбінований фізіотерапевтичний прилад INTELECT Advanced Combo(чорнобіла версія), 2008 р.;
28	-2774 Вакуумний електродний модуль на візку, 2008 р.;
29	- «Region» 7 з пневмоприводом і Платформа для лікування інтегральною пенокожею і-Skin (7-секційний стіл) 18030 Педальний тренажер Magneciser, 2008р.;
30	- Model TXS-1 ,Flexion Stool Стілець, 2008 р.
31	- 4—позиційний фітнес центр Максима, 2008 р.;
32	- стіл Ergo Wave 1ST для міжсегментального витягання електричний, 2008 р.;
33	- ванну гальванічна для кінцівок Elektra, 2008 р.;
34	- 2762 багатофункціональна фізіотерапевтична система з компонентом для електроміографії Intellect Advaced Combo(кольорова версія), 2008 р.;
35	- системний модуль підігріву Shortwave 400, 2008 р.;
36	- модуль лазерної терапії, 2008 р.;
37	- велоергометр Vision E 3200HRT, 2008 р.;
38	- бігову доріжку електричну Elit 407, 2008 р.;
39	- апарат для гідроклонолтерапії COLON HYDROMAT, 2008 р.;
40	- комплект обладнання для підводної тракції хребта, 2009 р.
41	- електрокардіограф портативний 1/3 канальний “Heart Merror”, 2010 р.;
42	- апарат штучної вентиляції легенів Karina System, 2010 р.;
43	- Atmoport портативний відсмоктувач 2004 р.

Примітка. Сформовано за даними ТОККПНЛ

Джерелами формування майна досліджуваної медичної установи є: надходження коштів з обласного бюджету; власні надходження; інші джерела, не заборонені законодавчими актами України. Фінансування ТОККПНЛ здійснюється за рахунок коштів обласного бюджету. Власні надходження лікарні формують поступлення від надання платних послуг чи здійснення іншої діяльності відповідно до діючого законодавства, доходи від якої спрямовані на здійснення видатків, передбачених в єдиному кошторисі, і не мають на меті отримання прибутку. Іншими джерелами власних надходжень ТОККПНЛ є: благодійні внески, пожертвування організацій, підприємств, громадян; кошти, які отримує лікарня для виконання окремих конкретних доручень від підприємств, організацій чи фізичних осіб, від інших бюджетних установ; кошти, отримані лікарнею на тимчасове зберігання від осіб, що перебуватимуть на лікуванні.

Лікарня з дозволу обласної ради має право продавати і передавати іншим підприємствам, організаціям та установам, обмінювати і здавати оренду, надавати тимчасово в безкоштовне користування належні їй будівлі обладнання, транспортні та інші основні засоби, списувати їх з балансу.

На забезпечення хворих медикаментами та виробами медичного призначення у 2015 році було спрямовано 7,7 млн. грн, а на медичне обладнання – 0,9 млн. Стосовно Тернопільської області, вкажемо на те, що на придбання медикаментів в розрахунку на одного жителя у 2015 році з місцевих бюджетів було витрачено в середньому по регіонах України 73,6 грн, а у Тернопільській області – 49,7 грн. На забезпечення хворих медикаментами та виробами медичного призначення спрямовано у 2016 р. по області 47,7 млн. грн, на медичне обладнання – 0,4 млн. Разом з тим, на придбання медикаментів в розрахунку на одного жителя у 2016 р. з місцевих бюджетів було витрачено в середньому по регіонах України 72,5 грн, а у Тернопільській області – найменше – 44,5 грн. Частина найбільш застосовуваного медичного обладнання вітчизняного виробництва (комп'ютерний томограф, рентгенологічні апарати, електрокардіографи, апарати ультразвукової діагностики та інші) виходила з ладу 1-2 рази на рік, а внаслідок відсутності достатнього фінансування медичних закладів сплата за ремонтні послуги та метрологічне забезпечення відбувалась із затримкою, у зв'язку з чим мали місце перебої у проведенні відповідних діагностичних процедур пацієнтам [13].

Недостатній рівень матеріально-технічного забезпечення має спонукати керівника і колектив ТОККПНЛ до підвищення економії ресурсів, у тому числі, власних коштів населення, раціонального їх витрачання відповідно до дійсних потреб пацієнтів у даному клінічному стані хвороби.

Використання клінічних протоколів медичної допомоги, які містять перелік необхідних ресурсів, та результатів аналізу медико-демографічної ситуації і стану здоров'я населення території діяльності досліджуваного

закладу охорони здоров'я повинно стати джерелом інформації щодо планування його ресурсного забезпечення.

Отже, аналіз зон відповідальності та забезпечення комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг в досліджуваній медичній установі показав, що ТОККПНЛ не є незалежною організацією, тому вона не може самостійно здійснювати ефективне управління своїми ресурсами в сфері розподілу бюджетних коштів, приймати інвестиційні рішення та здійснювати кадрове планування. Проте, вона може здійснювати щоденне управління своєю діяльністю, організовувати колективну працю, приймати рішення, розробляти плани діяльності структурних підрозділів, персоналу з метою надання якісних медичних послуг споживачам. Це є важливим для забезпечення належного функціонування лікарні в зонах її відповідальності та повинно використовуватись для підвищення ефективності діяльності як лікарні, так і її працівників. Тому, праця персоналу в структурних підрозділах і лікарні, в цілому, наприклад, обов'язково повинна здійснюватись з урахуванням аспекту розмежування відповідальності управлінських кадрів та лікарів (приміром, в ТОККПНЛ головний лікар є відповідальним за управління (як керівник), а також за лікувальний процес (як провідний лікар)).

До відповідальності управлінських кадрів входять ті функції, які виконуються постійно (регулярно). Крім того, є функції адміністративного (штатного) управління, які поширюються на всі відділення, а додаткова відповідальність пов'язана з функціями, виконуваними в процесі лікування пацієнтів. Отже, управлінська відповідальність має визначатись виходячи із організаційної структури ТОККПНЛ та складу її структурних підрозділів. Це повинно бути чітко визначено в рамках організаційної зони відповідальності.

Аналіз практики роботи зон відповідальності в досліджуваній медичній установі також показав, що в основі оцінювання медичного персоналу не в повній мірі враховується принцип доброякісності надання послуг (це певною мірою обумовлюється специфікою роботи ТОККПНЛ), зокрема:

- послуги, що надаються, не завжди забезпечують оптимальне поліпшення стану здоров'я пацієнта;

- ці послуги не завжди супроводжуються чутливістю та турботою щодо добробуту пацієнтів (наприклад, прагненням забезпечити комунікативну співпрацю з пацієнтом і залучення його в процес лікування);

- ці послуги більшою мірою є формальними і не супроводжуються роботою медичного персоналу щодо популяризації здорового способу життя та профілактики захворювань.

Принцип забезпечення доброякісності послуг та його використання у практиці діяльності медичного закладу і зон відповідальності та забезпечення комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг вимагає впорядкування не тільки організаційних аспектів роботи, а й максимально повної його імплементації у діяльність щодо налагодження внутрішньої і зовнішньої комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії ТОККПНЛ.

## **2.2. Оцінка внутрішньої комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії лікувального закладу**

В основу внутрішньої комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії досліджуваного лікувального закладу, в цілому, покладені принципи, подані в табл. 2.8.

*Таблиця 2.8*

### **Принципи і підходи, покладені в основу внутрішньої комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії досліджуваного лікувального закладу**

<b>№ з/п</b>	<b>Назва принципу (підходу)</b>	<b>Його зміст</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>1</b>	<b>Орієнтація на споживача (замовника)</b>	ТОККПНЛ залежить від своїх замовників та інших зацікавлених сторін, тому розуміє і усвідомлює усі поточні й майбутні їх потреби, виконує вимоги та прагне до перевищення їх очікувань, доводить ці потреби і очікування до усього персоналу, вимірює задоволеність

	<b>медичної послуги</b>	замовників і керує взаємодією з ними;
<b>2</b>	<b>Залучення медичних працівників</b>	Медичні працівники на всіх рівнях організаційної системи становлять основу медичної установи. Їх залучення дає змогу використовувати їх здібності на користь ТОККПНЛ і споживачів медичних послуг;

1	2	3
3	<b>Процесний підхід</b>	Якісніше надання послуг досягається через покладення в основу внутрішньої комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії лікувального закладу процесного підходу;
4	<b>Системний підхід</b>	Покладення в основу внутрішньої комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії досліджуваного лікувального закладу системного підходу уможливорює забезпечення результативної роботи і досягнення місії і цілей ТОККПН-і вимагає: встановлення і розробки системи процесів, що забезпечують досягнення заданих цілей; розуміння взаємозалежності процесів у медичному закладі як системі; постійного поліпшення системи процесів через їх вимір та оцінку; визначення можливостей ресурсного забезпечення;
5	<b>Лідерство</b>	Головний лікар ТОККПНЛ встановлює єдність призначення та напрямів діяльності установи з метою створення та підтримки такого внутрішнього середовища, в якому медичні працівники можуть бути цілком залучені до досягнення місії і цілей, поставлених перед лікарнею;
6	<b>Прийняття рішень на підставі фактів</b>	Ефективні рішення приймають на підставі результатів аналізу даних та інформації. Використання цього принципу потребує: вимірювання і збору даних та інформації, що стосуються досягнення місії і виконання завдань ТОККПНЛ; забезпечення їх достовірності і точності; прийняття рішень і виконання дій на основі балансу результатів аналізу фактів, досвіду та інтуїції;
7	<b>Постійне поліпшення загальних показників діяльності</b>	Принцип поліпшення загальних показників діяльності лікарні, в тому числі, через налагодження внутрішньої комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії досліджуваного лікувального закладу, вимагає формування потреби у кожного співробітника у постійному поліпшенні медичної послуги, системи, процесів; періодичної оцінки відповідності встановленим критеріям досконалості для визначення сфери потенційного поліпшення; постійного підвищення ефективності усіх процесів, навчання кожного медичного працівника методам і засобам такого поліпшення показників роботи.

Примітка. Сформовано автором самостійно

Отже, в основі внутрішньої комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії лікувального закладу лежить інформація, яка виступає об'єктом комунікативних зв'язків ТОККПНЛ, її підсистем та персоналу.

Інформаційно-комунікаційний базис виступає механізмом підвищення ефективності та якості лікувально-діагностичного процесу. Він є одним із механізмів оптимізації процесу управління діяльністю досліджуваної медичної установи.

Джерелами отримання інформації, що формує основу внутрішньої комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії лікувального закладу, перш за все, є наступні медичні документи: талон амбулаторного пацієнта (форма 025-7/0); статистична карта вибулого із стаціонару (форма 066/ 0); лікарське свідоцтво про смерть (форма 103/Q), звіти про медичні кадри (лікарів та середній медичний персонал) (форми 17, 20). Збір і аналіз цієї інформації ґрунтується на поєднанні суцільного і вибіркового методів статистичного дослідження та застосуванні варіаційного, динамічного, кореляційного аналізу, економіко-математичних методів та математичного моделювання [1].

Комунікативна взаємодія з споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії лікувального закладу повинна забезпечуватись висококваліфікованим персоналом.

Використання результатів виконання роботи середнім та молодшим сестринським персоналом та план підвищення кваліфікації містить інформаційно-оціночний документ „Критерії оцінювання якості роботи головних та старших медичних сестер медичного закладу» та інформаційний документ „Про результати проведення контрольного визначення рівня знань і практичних навичок середнього медичного персоналу”.

Інформаційний документ „Про результати проведення контрольного визначення рівня знань і практичних навичок середнього медичного персоналу” [72] забезпечується через контрольний залік, завданням якого є визначення обсягу рівня знань і практичних навичок середнього медичного персоналу, якими вони володіють, визначення рівня професійної підготовки та вирішення питань використання спеціалістів і забезпечення своєчасного підвищення їх кваліфікації.

Так, середні медичні працівники незалежно від профілю роботи повинні знати: симптоматику і діагностику, найбільш частих захворювань і термінальних станів, володіти прийомами реанімації, вміти надати допомогу

при травматичних пошкодженнях, кровотечах, отруєнні, утопленні, повішенні, анафілактичному шоці, опіках, відмороженнях, алергічних станах, тактику при виявленні інфекційного хворого. Також середній медичний персонал повинен знати: фармакологічну дію найбільш поширених лікарських речовин, директивні документи, якими керуються в роботі середні медичні працівники, методи дезінфекції та стерилізації інструментарію та виробів медичного призначення, досконально володіти медичним доглядом за хворими.

Контрольне визначення рівня знань і практичних навичок проводиться методом тестового контролю. Головною метою контрольного визначення рівня знань і практичних навичок середнього медичного персоналу є індивідуальна (персональна) оцінка теоретичної і практичної підготовки за критеріями оцінки якості.

Програми тестового контролю складаються із 100 тестів з чотирма відповідями, із яких необхідно вибрати одну правильну та позначити її на контрольному листі. Для визначення одного тестового питання відведено одну хвилину, а для всієї програми півтори години.

Критерії оцінювання знань у відсотках правильних відповідей наступні: від 81–100 % – право на зарахування показників при проходженні атестації на вищу категорію; від 71–80 % – право на зарахування показників при проходженні атестації на першу категорію; від 61–70 % – право на зарахування показників при проходженні атестації на другу категорію; до 60 % – незадовільно, термінове направлення на курси підвищення кваліфікації чи постійно діючі цикли [41, с. 26].

Інформаційне забезпечення внутрішньої комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії лікувального закладу формують також медичні стандарти (МС). Вони належать до категорії інформаційно-методичних документів, які визначають перелік правил, норм та вимог щодо надання якісної медичної допомоги і є своєрідним рівнем відповідності індикатору чи критерію оцінки.



Хоча в системі охорони здоров'я України, загалом, та у роботі ТОККПНЛ, зокрема, існує велика кількість розроблених стандартів, що лежать в основі інформаційно-комунікативного забезпечення роботи (у вигляді переліків медичних послуг) і протоколів лікування (у вигляді детальних настанов з лікувально-діагностичної тактики, які мають статус медичних стандартів), якісний рівень цих розробок порівняно з міжнародною практикою недостатній. Так, наприклад, міжнародний досвід свідчить, що більшість медичних стандартів, розроблених на основі підготовлених клінічних рекомендацій (твердження, розроблені на основі визначеної методології, для допомоги лікарю, сестринському персоналу і пацієнту у прийнятті рішення щодо надання раціональної медичної допомоги в різних клінічних випадках), ґрунтуються на систематичних оглядах високоякісних клінічних досліджень і мають певну градацію за силою доказів. В клінічних рекомендаціях представлена належна «примірна» медична практика з діагностики і лікування певного захворювання [47, с. 133].

На противагу цьому, зазначена практика створення медичних стандартів в Україні відсутня, а певна кількість діагностичних і лікувальних втручань із сумнівною або непідтвердженою ефективністю представлена у стандартах, що затверджуються і використовуються медичними закладами, в тому числі, ТОККПНЛ на практиці.

Для побудови сучасної системи надання медичної допомоги, яка б опиралася на принципи доказової медицини і клінічної епідеміології, необхідними стали розробка і затвердження методики створення медичних стандартів, яка б відповідала встановленій міжнародній практиці, що заснована на доказовій медицині і при цьому використовувала б досвід України в плані організації підготовки таких стандартів. Для цього Міністерство охорони здоров'я України представило в Європейську комісію технічне завдання, в якому окремим важливим завданням стало напрацювання науково обґрунтованої методики створення медичних стандартів на основі міжнародних підходів. У цьому напрямку почав

працювати проект Європейського Союзу (ЄС) «Підтримка розвитку системи медичних стандартів в Україні».

Передумови реалізації завдань проекту в Україні формували такі чинники: постійне збільшення потреби населення в медичній допомозі і її якості; недостатнє фінансування системи охорони здоров'я; нераціональне і неефективне використання наявних ресурсів системи охорони здоров'я; вагома частка необґрунтованих і неефективних медичних втручань в системі охорони здоров'я; збільшення в практичній медицині кількості нових медичних технологій і лікарських засобів; відсутність консенсусу по ключових питаннях розвитку системи медичних стандартів; необхідність використання системи доказів у щоденній медичній практиці для вибору ефективних технологій [47, с. 140].

До медичних стандартів роботи медсестер ТОККПНЛ, які регламентують комунікації, належать: деонтологія медичної сестри; дотримання санепідрезиму; дотримання внутрішнього розпорядку і лікувально-охоронного режиму; догляд за важко хворим; виконання лікарських призначень; дотримання трудової дисципліни (недотримання трудової дисципліни зумовлює: матеріальну, адміністративну, дисциплінарну та кримінальну відповідальність); підвищення кваліфікації; дотримання правил охорони праці та техніки безпеки; ведення документації; робота з медичною апаратурою.

Лікарняні клінічні протоколи є своєрідною інструкцією надання медичної допомоги, яка відповідає на запитання: хто, коли, де, на якому обладнанні, за якою схемою і т.п. надає допомогу певній категорії пацієнтів. Протоколи безпосередньо пов'язані із організаційною структурою досліджуваного медичного закладу, станом матеріально-технічного забезпечення і фінансовими можливостями закладу охорони здоров'я і відповідають потребам медичних стандартів.

Контроль за дотриманням вимог і стандартів клінічних протоколів здійснюється на трьох рівнях:

- на рівні завідувачів відділень, заступника головного лікаря з поліклінічної роботи, заступника головного лікаря з медичної частини, заступника головного лікаря з експертизи тимчасової непрацездатності;

- на рівні кожного лікаря через оцінку рівня якості його лікування;

- на рівні лікарні в цілому (в тому числі по відділеннях) через формування узагальненої оцінки її діяльності.

внутрішньої комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії лікувального закладу.

Управління якістю медичної допомоги, яка надається, ТОККПНЛ і її структурними підрозділами, базується на отриманні об'єктивної та достовірної інформації про реальні події в результаті внутрішньої комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії лікувального закладу, визначенні відповідності наданих медичних послуг клінічним настановам та стандартам медичної допомоги.

На виконання Плану заходів на виконання Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2010 року, затвердженого Наказом МОЗ України від 25.06.2008 № 340, було розроблено уніфіковану методику розробки індикаторів якості медичної допомоги, яка є логічним продовженням методичних рекомендацій «Уніфікована методика з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (I, II), базується на матеріалах Проекту ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні» «Рекомендації щодо подальшого розвитку вторинної медичної допомоги в Україні» [50, с. 154]. На основі цих документів було видано наказ головного управління охорони здоров'я Тернопільської облдержадміністрації від 06.10.2010 р. №464 «Про управління якістю медичної допомоги в області», а в підпорядкованих лікувально-профілактичних закладах встановлено порядок організації та проведення контролю за якістю медичної допомоги.

Внутрішня комунікативна взаємодія з споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії ТОККПНЛ знаходить своє відображення в рамках здійснення контролю.

Контроль в системі управління якістю медичної допомоги лікувального закладу можна розглядати як функцію управління, як систему і як процес.

Контроль як функція управління передбачає:

- ідентифікацію уповноваженими суб'єктами контролю фактичного стану об'єкта контролю на основі його моніторингу за встановленими характеристиками;

- вимірювання отриманих даних і оцінку їх відхилень від запланованих критеріїв, виявлення та аналіз причин відхилень;

- використання аналітичної інформації для прийняття управлінського рішення з поліпшення якості об'єкта контролю.

Таким чином, реалізується зворотний зв'язок в системі управління лікувальним закладом.

Контроль як система розглядається через сукупність взаємопов'язаних елементів: мети, завдань, ідентифікованих суб'єктів і об'єктів контролю, функцій, методів, засобів контролю, джерел інформації про функціонування системи якості в ТОККПНЛ, критеріїв і результатів контролю.

Метою такого контролю є:

- визначення шляхів удосконалення діяльності в сфері якості як всього медичного закладу, так і діяльності керівництва з управління якістю;

- поліпшення якості медичної допомоги і задоволеності нею усіх зацікавлених сторін: пацієнтів, медичних працівників, вищих органів управління, громади.

Завдання контролю (як системи) в системі управління якістю медичної допомоги лікувального закладу спрямовані на досягнення поставленої мети і охоплюють забезпечення дотримання співробітниками:

- законодавчих і нормативно-правових вимог;

- повноти і точності виконання медичних процедур, маніпуляцій, технічних регламентів;
- належного ведення первинної медичної документації;
- відповідності обґрунтованих очікувань пацієнтів отриманій медичній допомозі.

Суб'єктами контролю якості виступають:

- лінійні керівники (заступники керівника закладу, завідувачі лікувально-діагностичних відділень, структурних підрозділів і допоміжних служб);

- вповноважені керівником на виконання визначених контрольних функцій постійно діючих експертних груп професіонали (лікувально-контрольна комісія, комісія з експертизи непрацездатності, летальна комісія, комісія з розгляду випадків внутрішньолікарняних інфекцій, гемотрансфузійна рада, протиракова комісія, медична рада закладу охорони здоров'я);

- вповноважені керівником на виконання визначених контрольних функцій груп внутрішніх аудиторів, груп самооцінки системи управління якістю.

У системі контролю якості медичної допомоги досліджуваного лікувального закладу зазначені групи набувають статусу суб'єктів – матричних структур контролю якості.

Особливість суб'єктного складу контролю в системі управління якістю медичної допомоги лікувального закладу полягає у обов'язковому віднесенні до нього лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою задля «підключення» рівня самоконтролю. Це є дуже важливим, оскільки саме з рівня самоконтролю, з робочих місць, де безпосередньо надається медична допомога пацієнту ТОККПНЛ, слід розпочинати моніторинг і вимірювання якості за встановленими критеріями.

Керівником досліджуваного лікувального закладу суб'єктам здійснення контролю делегуються обов'язки та повноваження, які прописуються в

посадових інструкціях персоналу та Положеннях про відповідні експертні групи, групи самооцінки, службу внутрішнього аудиту та медичну раду, а також відповідальність.

Об'єктами контролю якості є як функціонально-структурні елементи ТОККПНЛ (лікувально-діагностичні відділення, кабінети, підрозділи немедичних служб), так і процеси, що відбуваються для досягнення мети та виконання завдань, поставлених перед лікувальним закладом (основні процеси: лікувально-діагностичний, профілактичної допомоги; процеси управління; допоміжні процеси, призначення яких – забезпечення якості медичної допомоги за рахунок ресурсної підтримки основних процесів).

*Контроль якості медичної допомоги як система вимагає використання процесного підходу, який, уможлиблює здійснення контролю за розробкою структури усіх процесів в досліджуваному лікувальному закладі (протоколів, формулярів, інструкцій, алгоритмів дій), а також за наданням медичної допомоги конкретному хворому на основі визначених критеріїв в «ключових точках» процесу.*

«Ключові точки» пов'язані з такими етапами робіт, які з високою вірогідністю можуть вплинути на очікуваний ТОККПНЛ результат і в яких є найвища вірогідність відхилень, дефектів, невідповідностей (рис. 2.3).

Носіями інформації про рівень якості, якого треба досягти (критерії), слугують нормативи, стандарти, інструкції, методики, інші директивні та розпорядчі документи. Джерелами – носіями інформації про фактичний рівень досягнень в сфері якості об'єктами контролю є обліково-звітні форми первинної медичної документації, карти експертних оцінок, матеріали галузевої статистичної звітності, дані соціологічних опитувань, відеозаписи, дані за результатами безпосереднього контролю (спостереження). Індикатори якості створюють інформаційну базу даних з власних джерел ТОККПНЛ, яка характеризує її досягнення на шляху до якості медичної допомоги.

До технічних засобів, що використовують для виконання завдань контролю, належать: комп'ютерна техніка, програмне забезпечення для

автоматизованого збору і обробки даних, відеообладнання, канцелярське знаряддя.

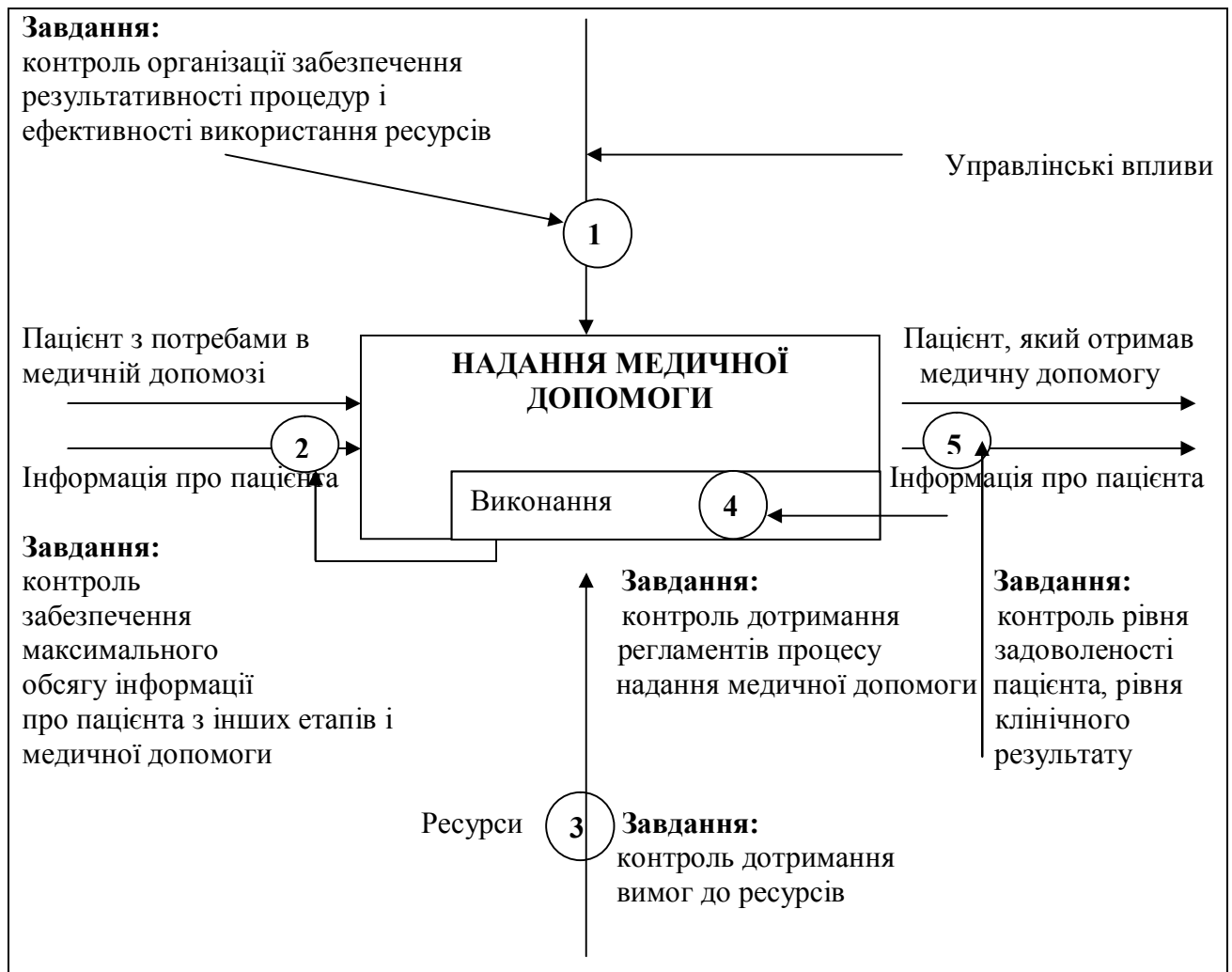


Рис. 2.3. Структурно-логічна схема процесу надання медичної допомоги  
ТОККПНЛ за «ключовими точками» контролю

Сформовано автором самостійно

Контроль в системі управління якістю медичної допомоги лікувального закладу як процес призначений забезпечити відповідність функціонування об'єктів контролю прийнятим управлінським рішенням в сфері якості.

Процес контролю можна представити за класичними компонентами: «вхід» – «пертворення як сукупність видів діяльності, що додають цінності» – «вихід» (рис. 2.4).

На «вході» процесу контролю визначається мета контролю, а саме – потреба в управлінській інформації для прийняття рішень з поліпшення якості. Також встановлюються критерії якості, відносно яких проводитиметься контроль.

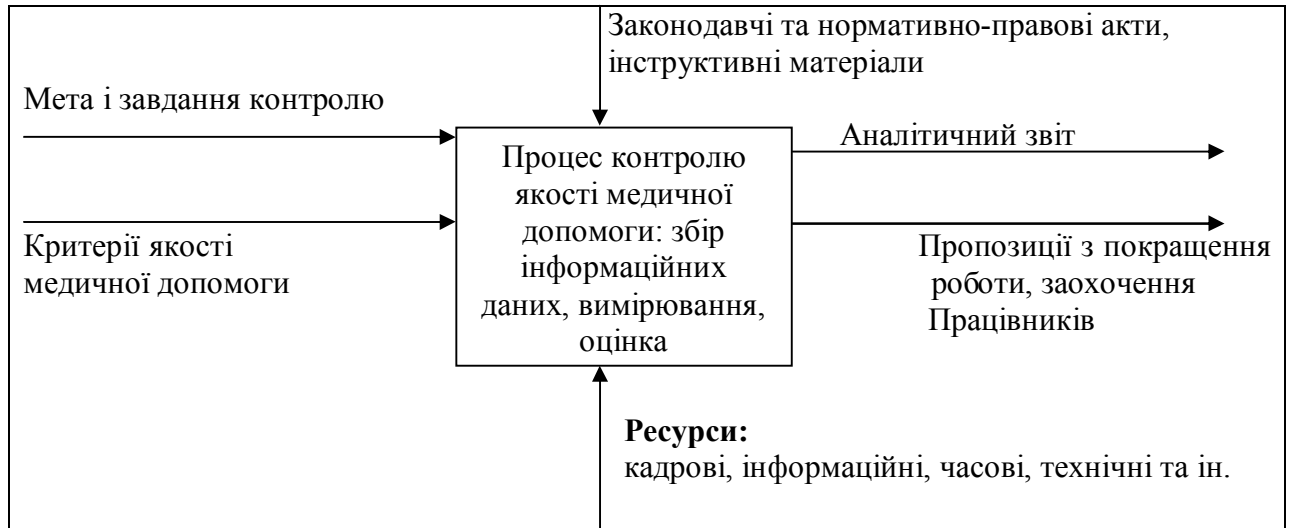


Рис. 2.4. Структурно-логічна схема процесу контролю якості медичної допомоги ТОККПНЛ

Сформовано автором самостійно

Процес контролю в системі управління якістю медичної допомоги ТОККПНЛ охоплює виконання дій, що представляють контроль як функцію управління: систематичний збір (моніторинг) інформації про діяльність закладу; вимірювання (де є можливість) отриманих даних; порівняння результатів з визначеними критеріями (оцінка).

Результатом процесу контролю («виходом») є виявлені розбіжності між досягнутими і запланованими результатами, аналіз їх причин, розробка пропозицій з усунення невідповідностей лінійними керівникам або вищому рівню управління, з проведення коригувальних дій для утримання об'єктів, процесів, системи якості в межах заданих параметрів.

Слід зазначити, що практика роботи ТОККПНЛ вже засвідчувала про відсутність невідповідностей між досягнутими і запланованими результатами. У такому випадку пропозиції охоплювали заходи щодо використання заохочувальних стимулів до виконавців, розгляд можливостей



щодо покращення планових показників діяльності та поширення позитивного досвіду на інші ділянки роботи лікувального закладу.

*Контроль якості медичної допомоги досліджуваної лікарні як процес здійснюється на основі нормативів, які врегульовують його проведення, розпоряджень, положень, вказівок і підтримується необхідними ресурсами (особами, які здійснюють контроль (кадрові ресурси), джерелами інформації (інформаційні ресурси), технічними засобами (технічні ресурси), встановленими часовими межами (часові ресурси) тощо). Окремі ділянки роботи щодо забезпечення якості послуг контролюються: лікарями (наприклад, в частині забезпечення конфіденційності інформації про пацієнта), відповідальними працівниками (приміром, техніком з експлуатації та ремонту устаткування, який забезпечує організацію та виконання робіт з технічного обслуговування медичної техніки).*

*Разом з тим, у структурі ТОККПНЛ відсутній підрозділ, який би здійснював функцію контролю якості медичних послуг, що надаються. Тому, доцільним є створення такого структурного підрозділу, особливо з огляду на необхідність контролю якості послуги впродовж усього її життєвого циклу. Це означає, що такий контроль повинен мати значний часовий горизонт і охоплювати, як мінімум, попередній, поточний і заключний види контролю якості послуг.*

Адаптація роботи ТОККПНЛ до умов зовнішнього середовища, узгодженості і організованості у роботі керуючої і керованої організаційних підсистем, координації трудових зусиль працівників шляхом адміністративного спонукання їх до дій, а також контролю за роботою як самої організації, так і її структурних підрозділів і працівників здійснюється, перш за все, через використання організаційно-розпорядчих методів управління. Ці методи істотно впливають на внутрішню комунікативну взаємодію з споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії лікувального закладу.

Організаційно-розпорядчі (адміністративні) методи управління спрямовані на використання таких мотиваторів трудової діяльності медичних працівників, як почуття обов'язку, відповідальності. Разом з тим, поняття „організаційно-розпорядчі методи управління” є ширшим, оскільки „адміністративні методи управління” ґрунтуються на застосуванні нормативних актів (постанов, наказів, інструкцій), а організаційно-розпорядчі методи охоплюють і впливають на роботу усєї організаційної складової механізму управління ТОККПНЛ та її комунікаційну складову (містять мотиваційний і стимулюючий компонент).

Відносини у трудовому колективі ТОККПНЛ за ознакою їх формування і реалізації врегульовуються трьома видами соціальних норм:

- 1) юридичними (правовими) нормами, які встановлюються державою;
- 2) суспільними нормами, які встановлюються громадськими організаціями і товариствами;
- 3) нормами моралі, які формуються в свідомості людей у процесі їх виховання і життєдіяльності.

Все більшого значення сьогодні у врегулюванні відносин працівників ТОККПНЛ набувають норми моралі. Так, основними принципами медичної етики працівників досліджуваного структурного підрозділу є: гуманність, повага людської гідності особистості; повага моральної автономії особистості; благодійність; справедливість. У контексті цього, у ТОККПНЛ існують неписані правила ставлення медичної сестри до колег та інших людей, так чи інакше пов'язаних із хворим, згідно яких медсестра:

- співпрацює з колегами й іншими людьми, виходячи з потреб хворого;
- поважає погляди і компетентність колег та інших людей, які беруть участь у догляді за хворим;
- бачачи у діях колег чи інших спеціалістів небезпеку для здоров'я хворого, вживає заходів стосовно його захисту;
- об'єднує дії усіх осіб для здійснення догляду за хворим.

Характер комунікацій медичних працівників, зокрема, лікаря щодо взаємовідносин із суспільством врегульовується законодавством, в тому числі, Етичним кодексом лікаря, і полягає у взаємодії і взаємовідносинах з: іншими медичними працівниками, пацієнтом, його родичами. Так, статтею 19 „Лікар зобов’язаний усіма своїми діями сприяти встановленню з пацієнтом відносин взаємного співробітництва на благо пацієнта” Етичного кодексу лікаря обумовлюється наступне:

- встановлення довірчих взаємовідносин і співробітництво лікаря і пацієнта визначають успіх лікування і є одним із головних обов’язків лікаря;
- лікар повинен сприяти усвідомленню та реалізації відповідального ставлення пацієнта до процесу обстеження та лікування;
- авторитарне ставлення лікаря (медичного працівника) до пацієнта без урахування ставлення останнього до процесу лікування неприпустимо, крім тих ситуацій, що вимагають невідкладного медичного втручання;
- якщо можливість довірчих взаємовідносин з лікарем виключає стан пацієнта, їх встановлюють з його законними представниками, родиною чи близькими йому людьми [24].

У процесі реалізації місії лікувального закладу важливим є оцінювання зовнішньої комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг.

### **2.3. Оцінка зовнішньої комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії лікувального закладу**

Оцінюючи зовнішню комунікативну взаємодію з споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії лікувального закладу вкажемо на те, що діяльність досліджуваного лікувального закладу у цьому контексті слід розглядати в економічній, соціальній і політичній площинах, оскільки від них залежить підтримання і збереження здоров’я суспільства.

В економічному розумінні медична послуга означає виробництво цієї послуги ТОККПНЛ і її споживання клієнтом. У правовому контексті зазначені сторони представлені відповідно як виконавець (досліджувана

організація) і замовник (громадянин). У професійному відношенні сторони представлені медичним працівником і ТОККПНЛ, а також пацієнтом.

Медична послуга в процесі реалізації місії лікувального закладу являє собою різновид професійних послуг. При їх наданні законом пред'являються підвищені вимоги до кваліфікації виконавця.

Враховуючи все вище сказане можемо зробити висновок, що медична послуга в процесі реалізації місії лікувального закладу – це сукупність необхідних, достатніх, сумлінних, доцільних професійних дій медичного працівника (виконавця, виробника послуг), спрямованих на задоволення потреб пацієнта (замовника, споживача послуг) шляхом зміни або збереження його фізичного чи психологічного стану, що жорстко регулюється ліцензійними та нормативними вимогами з боку держави.

Медичну послугу в процесі реалізації місії лікувального закладу доцільно розглядати в розрізі двох її основних складових – професійної та сервісної (рис. 2.5).

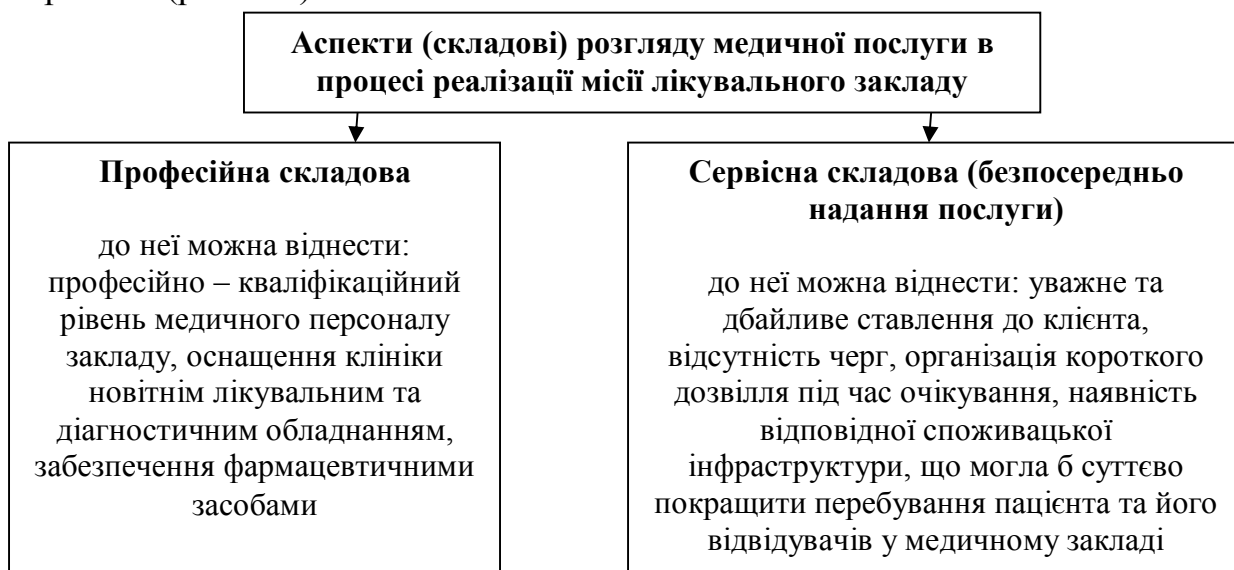


Рис. 2.5. Аспекти (складові) розгляду медичної послуги в процесі реалізації місії лікувального закладу

Сформовано автором самостійно

Медична послуга не існує до її надання, відповідно неможливо оцінити її результат до отримання. Ця закономірність і створює найбільший

споживацький дисонанс, що виражається у можливій невідповідності очікувань клієнта і фактичних отриманих результатів. Враховуючи специфіку медичної послуги і її безпосередній зв'язок з фізичним станом споживача та його дієздатністю, ця проблема, на нашу думку, є однією з найважливіших, яка повинна враховуватися як в процесі надання послуги, так і в ході налагодження зовнішньої комунікативної взаємодії з її споживачами. Відповідно її якість стає найбільшим пріоритетом.

У контексті цього, результати соціологічних досліджень за даними огляду матеріалів Державної служби статистики України (2014), засвідчили низьку активність процедури безпосереднього реагування на заяви, пропозиції, скарги фізичних осіб з приводу неякісного медичного обслуговування: лише кожен п'ятий респондент, чий права були порушені, намагався реалізувати своє право на оскарження, але більшість постраждалих набули негативного досвіду у захисті свого права, оскільки отримували формальні відповіді на скарги (50%), які неодноразово поверталися від інстанції до інстанції (43%) або взагалі залишалися без відповіді (34%). Головною причиною недоступності окремих видів медичної допомоги у 2015 році переважна більшість респондентів назвала надто високу вартість ліків і медичних товарів [13].

Якість медичної послуги як предмет зовнішньої комунікативної взаємодії з її споживачами і об'єкт управління є властивістю процесу взаємодії лікаря та пацієнта, обумовленою кваліфікацією професіонала, тобто здатністю використовувати медичні технології, зменшувати ризик прогресування наявних у пацієнта захворювань і виникнення нового паталогічного процесу, оптимально використовувати ресурси установи і забезпечувати задоволеність пацієнта від його взаємодії з нею.

Виходячи з цього, наголосимо на тому, що перешкодою для успішної діяльності в ринковому середовищі, гнучкого реагування на зміни і прийняття ефективних управлінських рішень, є те, що ТОККПНЛ в рамках зовнішньої комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг не

використовує концепції маркетингу, направленої на визначення потреб цільових ринків і забезпечення задоволення потреб більш ефективними і продуктивними способами ніж конкуренти.

У науковій літературі має місце бачення, що розглядаючи медичну послугу з позицій маркетингу, слід звертати увагу на її багаторівневий склад.

Перший рівень розуміння послуги – основний, послуга за задумом. Для медичної послуги цей рівень становить собою власне медичну допомогу.

Другий рівень – послуга у реальному виконанні. Вона включає визначений рівень якості надання медичної допомоги, торгіву марку (іншими словами назву конкретної лікарні у якій надається ця послуга), комфорт та естетику при її наданні, сервіс чи додаткові послуги (наприклад, разом з наданням медичної допомоги щодо лікування конкретного захворювання надаються послуги з повної діагностики організму, приймаються аналізи, лікуються додаткові захворювання, проводиться госпіталізація, транспортування, психологічна підтримка, післяопераційне обслуговування, профілактичні заходи, консультація дієтолога, медикаментозне забезпечення тощо).

Третій рівень становить собою всі інші рівні плюс підтримка інструментами маркетингу, а саме ціновою політикою, якщо послуга не є безкоштовною для споживача; політикою розподілу; маркетинговою політикою комунікацій.

Четвертий рівень, на якому інколи акцентують дослідники, являє собою отримання споживачем послуги не за основним її призначенням, а за прихованими мотивами [40].

Місце процесу зовнішньої комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії ТОККПНЛ в структурі процесів системи управління якістю медичного закладу відображене в табл. 2.9.

Зовнішня комунікативна взаємодія з споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії досліджуваного медичного закладу прямо залежить

від якості кадрових ресурсів, професійного «наповнення» діяльності в системі «працівник – пацієнт», спонукальних мотивів до активної і результативної роботи.

**Місце процесу зовнішньої комунікативної взаємодії з споживачами  
медичних послуг в процесі реалізації місії ТОККПНЛ в структурі  
процесів системи управління якістю медичного закладу**

№ з/п	Групи процесів	Види процесів у групі
1	2	3
1	Процеси, необхідні для надання медичної допомоги і послуг	<ul style="list-style-type: none"> <li>- лікувально-діагностичний процес за формами;</li> <li>- отримання згоди пацієнта на обробку персональних даних; отримання поінформованої згоди на медичні втручання;</li> </ul>
2	Процеси управлінської діяльності керівництва (функції управління в сфері якості)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- процеси взаємодії з пацієнтами (визначення потреб у медичній допомозі, дотримання прав пацієнтів, моніторинг публікацій у засобах масової інформації, робота зі зверненнями громадян);</li> <li>- розробка політики і стратегічних цілей в сфері якості медичної допомоги;</li> <li>- планування діяльності з досягнення цілей на стратегічному, тактичному і оперативному рівнях управління;</li> <li>- планування і розробка організаційної структури системи управління якістю;</li> <li>- аналіз функціонування системи управління якістю;</li> <li>- прийняття управлінських рішень з поліпшення якості медичної допомоги, пслуг, ресурсного забезпечення та функціонування системи; впровадження новітніх технологій;</li> </ul>
3	Процеси забезпечення якості ресурсів	<ul style="list-style-type: none"> <li>- навчання і мотивація персоналу, визначення професійних потреб і очікувань від професійної діяльності;</li> <li>- забезпечення якості інфраструктурних ресурсів (будівель, споруд, приміщень, транспорту, зв'язку);</li> <li>- забезпечення якості робочого середовища (робочих місць та їх обладнання, параметрів робочого середовища);</li> <li>- ресурсне забезпечення виконання протоколів (стандартів) медичної допомоги (медичні технології, медичне обладнання, лікарські засоби, вироби медичного призначення, інформаційно-комп'ютерні технології);</li> <li>- забезпечення надання послуг фінансовими ресурсами;</li> </ul>
4	Процеси «зворотного зв'язку» в системі	<ul style="list-style-type: none"> <li>- моніторинг, вимірювання і оцінка процесу і результатів медичної допомоги, процесів забезпечення ресурсами, процесів управління, надання послуг;</li> <li>- аудит процесів, результатів, системи управління якістю і надання медичних послуг;</li> <li>- самооцінка системи управління якістю;</li> <li>- аналіз даних моніторингу, аудиту, самооцінки.</li> </ul>

Примітка. Сформовано автором самостійно

Для виявлення чинників, які спонукають медичних працівників добре працювати, активно взаємодіяти з споживачами медичних послуг



(комунікувати), що в підсумку впливає на досягнення місії лікувального закладу, нами було проведене анкетування 110 осіб різних груп медичного персоналу, зокрема: старшого (лікарі) – 30 осіб, середнього (медичні сестри) – 40 осіб, молодшого (санітарки) – 40 осіб.

Опитуваним було запропоновано дати відповідь на питання; „Що в найбільшій мірі спонукає Вас добре працювати?” з метою виявлення стимулів до результативної праці з точки зору їх пріоритетності і важливості для різних категорій медичних працівників з метою якіснішого надання ними послуг.

Зразок анкети, яка використовувалась, подана в додатку Є.

Результати анкетного опитування (їх середня оцінка) засвідчили, що найбільш важливими чинниками, які спонукають медичних працівників досліджуваної організації добре працювати, є: участь у досягненні результатів роботи ТОККПНЛ, самостійне ухвалення рішень в рамках своєї професійної компетенції, усвідомлення важливості своєї справи, участь в ухваленні рішень з проблем медичного обслуговування, інформаційно-комунікативне забезпечення роботи та можливість реалізувати свої професійні знання та навички, на що вказали 39,4%, 31,2%, 29,9%, 29,8%, 24,5% та 24,4% опитаних відповідно (табл. 2.10).

*Таблиця 2.10*

### **Результати анкетного опитування медичних працівників**

#### **ТОККПНЛ, %**

<b>№ з/п</b>	<b>"Що в найбільшій мірі спонукає Вас добре працювати?"</b>	<b>Старший медичний персонал</b>	<b>Середній медичний персонал</b>	<b>Молодший медичний персонал</b>	<b>Середня оцінка</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
1	Усвідомлення важливості своєї справи	48,6	30,0	11,0	<b>29,9</b>
2	Інформаційно-комунікативне забезпечення роботи	32,2	30,8	10,4	<b>24,5</b>
3	Матеріально-технічне забезпечення роботи	32,0	20,2	10,1	<b>20,8</b>

1	2	3	4	5	6
4	Можливість реалізувати свої професійні знання та навички	48,1	24,0	1,1	<b>24,4</b>
5	Чіткі вимоги до виконання посадових обов'язків	32,6	18,1	8,0	<b>19,6</b>
6	Висока моральна оцінка досягнутих результатів праці керівництвом та колегами	33,0	30,7	7,2	<b>23,6</b>
7	Брати участь і відчувати значущість своєї роботи в досягненні результатів діяльності	56,2	40,0	22,0	<b>39,4</b>
8	Брати участь в ухваленні рішень з проблем медичного обслуговування	47,3	39,8	2,2	<b>29,8</b>
9	Самостійно ухвалювати рішення в рамках своєї професійної компетенції	47,2	39,0	7,5	<b>31,2</b>

Примітка. Розраховано автором за результатами анкетування медичного персоналу ТОККПНЛ

Результати табл. 2.10 засвідчили, що дуже важливими компонентами професійної діяльності для груп опитаних старшого і середнього медичного персоналу, як виявило анкетування, є:

- участь у досягненні результатів діяльності, про що вказало 17 осіб (або 56,2%) старшого і 16 осіб (або 40%) середнього медичного персоналу;

- участь в ухваленні рішень з проблем медичного обслуговування, що зазначили 47,3% лікарів і 39,8% медичних сестер;

- самостійне ухвалення рішень в рамках своєї професійної компетенції, на що акцентувало 47,2% (або 14 осіб) і 39,0% (або 15 осіб) старшого і середнього медичного персоналу відповідно.

Це свідчить про самостійність у роботі медичного персоналу, бажання приймати рішення і брати на себе відповідальність, досягати результатів діяльності. Причому, саме такі компоненти професійної діяльності уможливають здійснення належної як внутрішньої, так і зовнішньої комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії лікувального закладу.

Значну мотиваційну дію для старших медичних кадрів (лікарів) мають: можливість реалізувати свої професійні знання та навички, на що акцентувало 48,1% (або 14 осіб) опитаних, і усвідомлення важливості своєї справи (зазначили 48,6% (або 16 осіб)).

Разом з тим, розрив між усвідомленням важливості своєї справи і можливістю реалізувати свої професійні знання та навички у групи опитаних середнього медичного персоналу є істотнішим, що пов'язано з тим, що медсестри відчують невідповідність між важливістю своєї професійної діяльності та можливістю її реалізації.

Далі, як показали результати анкетного опитування, фактори, які спонукають старших і середніх медичних кадрів ТОККПНЛ добре працювати, розподілились наступним чином:

- висока моральна оцінка досягнутих результатів праці керівництвом та колегами (зазначило 33,0% лікарів і 30,7% медичних сестер);

- інформаційно-комунікативне забезпечення роботи (на це вказали 32,2% і 30,8% з числа опитаних груп старшого і середнього медичного персоналу, відповідно);

- матеріально-технічне забезпечення роботи (зазначило 32,0% лікарів і 20,2% медичних сестер).

Актуальним для професійної діяльності і результативної роботи медичного закладу та його персоналу (старшого і середнього), на що вказало 32,6% (або 10 осіб) опитаних з числа старшого медичного персоналу, є встановлення чітких вимог до виконання посадових обов'язків. Важливість встановлення чітких вимог до виконання посадових обов'язків для середнього медичного персоналу, що зазначило 18,1% респондентів, пов'язана з тим, що роботу окремих працівників з числа середнього медичного персоналу регламентують недостатньо чітко виписані посадові інструкції (наприклад, це стосується посадової інструкції техніка з експлуатації та ремонту устаткування лікарні).

Результати проведеного опитування, згідно яких на значимість такого чинника-мотиватора як належне інформаційно-комунікативне забезпечення роботи вказала майже одна кількість старшого і середнього медичного персоналу (32,2% та 30,8% відповідно), дозволяють зробити висновок про їх виняткову важливість для результативної роботи медичного закладу, його персоналу, і в підсумку для надання якісних послуг споживачам.

Разом з тим, як виявило спілкування з респондентами в ході опитування, зовнішня комунікативна взаємодія з споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії лікувального закладу покликана кардинально змінити в бік покращення діяльність ТОККПНЛ щодо її інформаційного супроводу. Це пов'язано з тим, що недоліками інформаційно-комунікативного забезпечення роботи лікарні в напрямі надання медичних послуг є недосконалість: інформаційної інфраструктури щодо формування єдиного інформаційного простору медичних установ; використовуваної інформаційної системи досліджуваної медичної установи (наприклад, електронні історії хвороб не використовуються через нерозробленість стандартів щодо їх використання).

Наявність таких недоліків (особливо, недосконалість інформаційної інфраструктури щодо формування єдиного інформаційного простору медичних установ) унеможливорює:

- здійснення належного інформаційного супроводу роботи лікарні щодо надання послуг;
- створення інформаційно наповнених баз даних пацієнтів та здійснення їх персоніфікації;
- здійснення моніторингу фінансово-господарської, виробничої, маркетингової діяльності ТОККПНЛ.

Усунення цих бар'єрів сприятиме інтеграції процесів управління ТОККПНЛ на основі системності та інформаційно-комунікативного підкріплення, забезпечить належні внутрішню взаємодію і зовнішні комунікативні зв'язки з споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії лікувального закладу.

## Висновки до розділу 2

1. Ключовими компонентами управління досліджуваною медичною установою є зони відповідальності як цілеорієнтовані сфери діяльності, на яких концентруються ресурси для виконання місії цієї установи і розподіляються завдання. Їх у досліджуваній медичній установі поділено на: організаційну, комунікаційну, кадрову, матеріально-технічну.

2. Характеристики, притаманні управлінню досліджуваною медичною установою як системній множині зон відповідальності, охоплюють: можливість послідовного і одночасного поєднання результатів використання інструментарію прийняття й імплементації управлінських рішень на різних етапах управління установою; індивідуальність (об'єктна орієнтованість) інструментарію управління; максимальне залучення персоналу у процеси прийняття й імплементації управлінських рішень; можливість каскадування цілей (забезпечує перехід від умовно-постійних до умовно-змінних цілей); об'єктна орієнтованість (орієнтація на умови функціонування ТОККПНЛ).

3. Аналіз практики роботи зон відповідальності в досліджуваній медичній установі дозволив виявити такі недоліки в частині забезпечення комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг: послуги, що надаються, не завжди забезпечують оптимальне поліпшення стану здоров'я пацієнта; ці послуги не завжди супроводжуються чутливістю та турботою щодо добробуту пацієнтів (наприклад, прагненням забезпечити комунікативну співпрацю з пацієнтом і залучення його в процес лікування); ці послуги більшою мірою є формальними і не супроводжуються роботою медичного персоналу щодо популяризації здорового способу життя та профілактики захворювань.

4. Внутрішня комунікативна взаємодія з споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії ТОККПНЛ знаходить своє відображення в рамках здійснення контролю. Тому у роботі охарактеризовано процеси надання медичної допомоги ТОККПНЛ за «ключовими точками» контролю і контролю якості медичної допомоги лікарні. Встановлено, що у *структурі*

*ТОККПНЛ відсутній підрозділ, який би здійснював функцію контролю якості медичних послуг, що надаються, впродовж усього їх життєвого циклу.*

5. Оцінка зовнішньої комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії лікувального закладу дозволила виявити, що ТОККПНЛ не використовує концепції маркетингу, направленої на визначення потреб цільових ринків і забезпечення задоволення потреб більш ефективними і продуктивними способами ніж конкуренти.

6. Для виявлення чинників, які спонукають медичних працівників добре працювати, активно взаємодіяти з споживачами медичних послуг (комунікувати), нами було проведене анкетування 110 осіб різних груп медичного персоналу, в рамках якого запропоновано дати відповідь на питання; „Що в найбільшій мірі спонукає Вас добре працювати?” з метою виявлення стимулів до результативної праці з точки зору їх пріоритетності і важливості для різних категорій медичних працівників з метою якіснішого надання ними послуг.

7. Як виявило спілкування з респондентами в ході опитування, зовнішня комунікативна взаємодія з споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії лікувального закладу покликана кардинально змінити в бік покращення діяльність ТОККПНЛ щодо її інформаційного супроводу. Це пов'язано з недоліками інформаційно-комунікативного забезпечення роботи лікарні щодо надання медичних послуг (приміром, недосконалістю використовуваної інформаційної системи у якій електронні історії хвороб не використовуються через нерозробленість стандартів щодо їх використання).

## РОЗДІЛ 3

### УДОСКОНАЛЕННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ДОСЛІДЖУВАНОЇ МЕДИЧНОЇ УСТАНОВИ З СПОЖИВАЧАМИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В КОНТЕКСТІ ПІДВИЩЕННЯ ЇЇ ІМІДЖУ

#### 3.1. Діагностика потреб споживачів медичних послуг як база планування комунікацій

У сучасних умовах ставлення до комунікацій і їх планування кардинально змінилося. Поява нового комунікативного простору, пов'язаного з демократизацією соціально-економічних відносин, обумовила зростання значимості комунікації, яка «з додаткового інструмента стосовно сфери виробництва товарів, робіт і послуг перетворилася у важливу функцію, здійснювану для досягнення ділового успіху...Ефективне управління діловою комунікацією вимагає розбудови комунікаційної системи управління, яка через інтегровану комунікацію з цільовими аудиторіями, сприяє досягненню максимальної ефективності в усіх напрямках розвитку організації в умовах мінливого зовнішнього середовища» [98].

Потреби споживачів у медичних послугах свідчать про наявність і відображають відчуття особистої нестачі й невдоволення, відсутності відносин з приводу набуття суспільних благ соціоорієнтованого характеру, результати яких спрямовані на відтворення та відновлення здоров'я індивіда шляхом одержання медичних послуг як форми задоволення цих потреб. Через це, діагностика потреб споживачів медичних послуг проводиться для того, щоб мати вичерпну інформацію щодо стану задоволення цих потреб та у правильному напрямі скерувати процес втручання (спланувати комунікації).

Отже, значимість діагностики потреб споживачів медичних послуг як бази планування комунікацій у роботі ТОККПНЛ обґрунтовується необхідністю:

- вивчення потреб споживачів медичних послуг як джерела інформації для розвитку внутрішніх комунікаційних зв'язків лікарні (наприклад,

вертикальних в системі «лікар – пацієнт», горизонтальних в системі «лікар – лікар»);

- вдосконалення зовнішніх комунікаційних зв'язків лікарні з метою покращення їх якості та активізації попиту на медичні послуги, що можна додатково аргументувати науковою працею А.Мельник та Ю.Мельник, у якій наводяться дані про те, що в структурі регіонального ринку послуг (ринку послуг Тернопільської області) за видами економічної діяльності у 2014 році частка послуг охорони здоров'я становила 2,6% [43, с. 464].

Для діагностики потреб споживачів медичних послуг як бази планування комунікацій у роботі ТОККПНЛ доцільним є використання методичних підходів до такої діагностики. Більше того, у вітчизняних закладах охорони здоров'я регулярна діяльність з моніторингу рівня задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги не налагоджена через відсутність уніфікованих методичних підходів до організації проведення опитувань, підбору адекватного методичного інструментарію, визначення та аналізу отриманих результатів.

Дослідження літературних наукових джерел [49; 51; 56; 59; 77-78; 80; 83-84; 102-104] уможливило використання у дипломній роботі (з адаптацією до об'єкта і предмета дослідження) аналізованої у них методики діагностики потреб споживачів медичних послуг в закладі охорони здоров'я. Ця методика цілеорієнтована (за підсумками отриманих завдяки її застосуванню результатів) на підвищення рівня задоволеності пацієнтів чи їхніх представників, що актуально, наприклад, для психічно хворих пацієнтів ТОККПНЛ, якістю медичної допомоги і його постійне покращення на основі отриманих результатів.

На першому етапі організації проведення опитування споживачів медичних послуг досліджуваної медичної установи слід сформулювати програму і робочий план опитування.

Програма проведення опитування споживачів медичних послуг лікарні повинна містити:



- визначення об'єкта опитування (пацієнт або його представники);
- формулювання проблеми (у чому відображається невідповідність між очікуваними і реально отриманими споживачами послугами);
- встановлення мети (визначення рівня задоволеності пацієнтів або їхніх представників послугами і підвищення ефективності роботи лікарні за результатами діагностики) і завдань (внесення відповідних корективів у плани діяльності) опитування.

У програмі проведення опитування споживачів медичних послуг досліджуваної медичної установи повинні бути вказані способи відбору респондентів. Найбільш доцільним і простим, вважаємо, є механічний спосіб, який полягає в арифметичному підході до відбору респондентів. Тому, після визначення обсягу вибіркової і генеральної сукупностей слід встановити їх співвідношення (у %). Наприклад, якщо це співвідношення складе 10%, то для опитування необхідно відібрати кожного десятого пацієнта, який звернеться вперше в даному місяці поточного року за медичною допомогою в поліклінічний заклад або буде вперше госпіталізований.

Програма проведення опитування споживачів медичних послуг досліджуваної медичної установи повинна містити розроблену анкету соціологічного опитування, яка слугуватиме інструментом дослідження.

При розробці анкети слід врахувати основні складові медичної послуги, сконцентровані навколо запитів пацієнта, які можуть бути оцінені як характеристики її якості (результат лікування, повнота діагностичних обстежень, своєчасність отримання медичної допомоги (процедур), повнота забезпечення медикаментами, ставлення персоналу, дотримання прав пацієнта, якість харчування в стаціонарі, санітарно-технічні умови перебування тощо).

Потреби (запити, вимоги) пацієнта мають різний ступінь важливості для нього, тому доцільно зіставити ступінь важливості характеристики якості медичної послуги зі ступенем задоволеності цією характеристикою. Визначені характеристики необхідно розташувати в двох розділах анкети: в

першому — питання стосовно задоволеності, в другому — стосовно важливості для пацієнта запропонованих характеристик якості медичної послуги.

Для вимірювань доцільно застосовувати цифрову шкалу з 10 поділок, оскільки роздрібненість метрики — чутливість шкали — прямо пов'язана з точністю вимірювань. Саме такі підходи забезпечать точність і надійність вимірів і отримання достовірних результатів [14].

Робочий план опитування має бути органічною складовою програми і включати терміни проведення опитування, прізвища відповідальних осіб з розподілом повноважень і відповідальності, розрахунки кількості необхідних інформаційно-методичних матеріалів і примірників анкет, порядок проведення опитування (інструктаж), терміни подання попередніх і заключних результатів опитування.

Другий етап організації проведення опитування споживачів медичних послуг досліджуваної медичної установи повинен включати безпосереднє опитування пацієнтів (чи їх представників як у випадку з психічно хворими).

Вивчений нами досвід організації проведення опитувань [12; 56; 58] свідчить, що спочатку потрібно здійснювати ідентифікацію пацієнта (його представника) шляхом вкладання заздалегідь підготовленої анкети в медичну документацію пацієнта, який підлягає опитуванню (в поліклініці — співробітниками реєстратури, в стаціонарі — співробітниками приймального відділення). Далі відповідальні за опитування особи (лікар, сестринський медичний персонал) пропонують пацієнту (представникові пацієнта) надати письмову інформовану згоду на опитування, яка є складовою анкети, і, тоді, — відповіді на пункти анкети.

Опитування пацієнтів, наприклад, поліклінічного відділення ТОККПНЛ доцільно проводити після отриманої послуги (по завершенні амбулаторного лікування), пацієнтів стаціонару — на етапі виписки.

Далі заповнені бланки анкет повинні бути передані в інформаційно-аналітичний відділ для перевірки на правильність заповнення, вилучення

непридатних екземплярів, подальшої статистичної обробки з використанням можливостей комп'ютерного програмного забезпечення та аналізу вповноваженими особами.

Підрахунки середніх величин повинні здійснюватися у балах по кожній шкалі анкети, а потім мають порівнюватися оцінки важливості і задоволеності.

Результати опитування повинні направлятися керівнику закладу, оскільки він повинен проаналізувати отримані дані для прийняття управлінського рішення, спрямованого на здійснення коригувальних або попереджувальних дій для усунення або недопущення невдоволеності пацієнтами отриманою медичною послугою. Результати аналізу даних опитування повинні бути обов'язково доведені до відома персоналу медичного закладу.

З метою апробації методики діагностики потреб споживачів медичних послуг в досліджуваному закладі охорони здоров'я ми здійснили опитування пацієнтів ТОККПНЛ щодо їх задоволеності медичними послугами в ній.

Усім учасникам опитування було запропоновано відповісти на ряд запитань щодо якості надання послуг.

Пропонована анкета для діагностики потреб споживачів медичних послуг ТОККПНЛ наведена в додатку Ж.

У дослідженні було застосовано соціологічний та медико-статистичний методи.

В опитуванні взяло участь 505 респондентів, з них 128 (або 25,1%) чоловіків та 377 (або 74,9%) жінок, середній вік опитаних становив 50,5 роки (наймолодшому учаснику було 17 років, найстаршому – 84 роки).

Щодо сімейного стану, то більшість (72,2% усіх опитаних, 279 (або 74,0%) жінок і 90 (або 70,3%) чоловіків) зазначили, що вони одружені. Частка самотніх людей становила 124 особи (або 24,6%). При цьому, більшість з цієї групи – неодружені (19 осіб або 15%) чи розлучені (10 осіб або 7,9%).

Вищу освіту отримали 60 (або 47,2%) чоловіків і 117 (або 30,9%) жінок, а середню спеціальну освіту – 30% і 55,5% відповідно. Більшість 319 (або 63,2%) респондентів проживали у містах, а решта 186 (або 36,8%) – у селах і селищах міського типу.

За соціальним статусом найбільшу групу склали службовці (189 осіб або 37,5%) та робітники (152 особи або 30,0%).

Частка пенсіонерів у загальній чисельності респондентів становила 11,4% (або 58 осіб).

За рівнем доходу абсолютна більшість опитаних належала до груп, які мають доходи на рівні прожиткового мінімуму або нижчі (72,1% чоловіків і 85,1% жінок) (прожитковий мінімум в анкетах зафіксовано на період 01.05.2016 – 31.11.2016 на рівні 1399 грн на 1 особу в місяць). Лише 27,0% чоловіків і 16,5% жінок зазначили, що мають доходи вищі.

Серед респондентів 35,0% чоловіків і 39,2% жінок мали одну або дві дитини, 9,0% – трьох та більше дітей.

Слід зазначити, що серед респондентів, які вказали про свої доходи як про такі, що не перевищують прожиткового мінімуму, було більшість родин, де є двоє і більше дітей. Серед опитаних споживачів медичних послуг, у яких рівень доходу вищий за прожитковий мінімум, було найбільше родин, де є одна або дві дитини.

Рівень організації надання медичної допомоги більше визначається оптимізмом населення в оцінці стану власного здоров'я. При цьому саме самооцінка певною мірою характеризує потреби населення в медичній допомозі і послугах [94, с. 14].

Майже 66,7% опитаних (або 337 осіб) вказали, що оцінюють стан власного здоров'я як «задовільний». Як «добрий» стан власного здоров'я оцінили 21,0% (або 106 осіб) респондентів. Причому, майже однакові оцінки щодо стану власного здоров'я дали представники обох статей. Майже 40,0% опитаних у вікових групах: до 25 років та 25–35 років визначили стан власного здоров'я як «добрий». На противагу цьому, лише 8,0% респондентів

у групах осіб: віком 45–55 років і старших за 55 років оцінили стан здоров'я як «добрий».

У віковій групі старших за 55 років частка осіб, які відзначили стан власного здоров'я як «поганий», сягла 27,0%. Поряд із цим, у вікових групах: до 25 років та 25–35 років стан здоров'я як поганий було оцінено 15% опитаних.

Стан власного здоров'я як «добрий» визначили 26,0% респондентів, які були у групі з доходом на рівні прожиткового мінімуму, 14,0% опитаних у групі з рівнем доходу, нижчим за прожитковий мінімум, та 20,9% опитаних із рівнем доходу, вищим за прожитковий мінімум.

У групі респондентів з рівнем доходу нижчим за прожитковий, – 12,0% опитаних вказали, що мають «поганий» стан здоров'я. У групі з доходом на рівні прожиткового мінімуму на «поганий» стан здоров'я вказали 8,1% опитаних, а у групі з рівнем доходу, вищим за прожитковий мінімум як «поганий» стан власного здоров'я оцінили лише 5% респондентів.

Слід зазначити, що майже однакова кількість і міських, і сільських жителів оцінили стан власного здоров'я як «добрий» (19,1% і 21,8% відповідно). Разом з тим, жителі села частіше вважали його «поганим».

Із загальної кількості опитаних 85% зазначили, що вони піклуються про стан здоров'я. Однак, чітко зазначити заходи, пов'язані з піклуванням про здоров'я, змогло значно менше респондентів. Так, як засвідчили дані опитування, одним із найбільш поширених заходів щодо піклування про власне здоров'я було проходження регулярного медичного обстеження, на що вказало 57,0% респондентів.

Крім цього, 46,2% опитаних стверджували, що виконували усі рекомендації лікарів, 35,1% – відмовилися від шкідливих звичок (куріння, вживання алкоголю тощо). На те, що вони раціонально харчувалися, регулярно займалися фізкультурою і спортом вказали тільки 9,0% респондентів.

Отже, результати відповідей респондентів щодо важливості для них окремих характеристик (складових) медичної послуги, отриманої у лікарні, показали, що менше, на думку опитаних, якість надання ТОККПНЛ медичних послуг залежить від:

- рекомендацій лікаря при виписці (так вважають 39,0% респондентів);
- дотримання прав пацієнта, повага до нього (це зазначили 38,6% опитаних);
- санітарно-гігієнічних умов (вказали 36,7% респондентів);
- зручного проїзду і «розумного» часу очікування на процедуру чи послугу (вважають 32,3% опитаних).

Поряд із цим, як засвідчили результати відповідей респондентів, найбільш важливими для них характеристиками (складовими) медичної послуги, отриманої у лікарні, є:

- результат лікування і проведені діагностичні заходи (зазначили 91,0% респондентів);
- рівень кваліфікації медичних кадрів (вказали 88,1% опитаних);
- матеріально-технічне забезпечення надання послуг (зазначили 68,2% опитаних);
- своєчасність проведених процедур, на що вказали 68,0% респондентів;
- ставлення до пацієнта з боку лікарів і медсестер (середнього медичного персоналу), на що вказали 58,0% респондентів;
- рекомендації лікаря при виписці (вважають 52% опитаних осіб);
- участь у процесі прийняття рішень щодо лікування (прийняття пацієнтом остаточного рішення), що зазначили 47,6% опитаних. Причому, участь у процесі прийняття рішень щодо лікування, перш за все, повинна ґрунтуватися на тому, що лікар зобов'язаний дати пацієнтові в достатній формі інформацію про стан його здоров'я, мету проведення запланованих обстежень і лікувальних рекомендацій, прогноз можливого розвитку захворювання, зокрема, наявність ризику для життя і здоров'я.

Результати відповідей респондентів щодо важливості для них окремих характеристик (складових) медичної послуги, отриманої у ТОККПНЛ наведені в табл. 3.1.

*Таблиця 3.1*

**Результати відповідей респондентів щодо важливості для них окремих характеристик (складових) медичної послуги, отриманої у ТОККПНЛ**

№ з/п	Характеристики медичної послуги			
	Більш важливі	% опитаних	Менш важливі	% опитаних
1	2	3	4	5
1	результат лікування і проведені діагностичні заходи	91,0	рекомендацій лікаря при виписці	39,0
2	рівень кваліфікації медичних кадрів	88,1	дотримання прав пацієнта, повага до нього	38,6

Продовження табл.3.1

1	2	3	4	5
3	матеріально-технічне забезпечення надання послуг	68,2	санітарно-гігієнічних умов	36,7
4	своєчасність проведених процедур	68,0	зручного проїзду і «розумного» часу очікування на процедуру чи послугу	32,3
5	ставлення до пацієнта з боку лікарів і медсестер	58,0		
6	рекомендації лікаря при виписці	52		
7	участь у процесі прийняття рішень щодо лікування (прийняття пацієнтом остаточного рішення)	47,6		

Примітка. Сформовано автором самостійно

Тобто, значна частина найбільш важливих характеристик медичної послуги, які є важливими для споживачів (ставлення до пацієнта з боку лікарів і медсестер (середнього медичного персоналу), участь у процесі прийняття рішень щодо лікування, що в підсумку впливає на результат лікування), супроводжує процес внутрішньої комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг (наприклад, ставлення до пацієнта з боку лікарів і медсестер (середнього медичного персоналу), участь у процесі прийняття рішень щодо лікування) або ж є результатом такої взаємодії (рекомендації лікаря при виписці, результат лікування).

Більше того, як виявило спілкування в ході опитування, фактором впливу на якість продуктованих послуг є ставлення споживачів медичних послуг (пацієнтів) до збереження свого здоров'я, рекомендацій лікаря та його профілактичних рекомендацій.

Це вимагає вдосконалення внутрішньої комунікативної взаємодії ТОККПНЛ, її структурних підрозділів, медичного персоналу з споживачами медичних послуг.

### **3.2. Удосконалення внутрішньої комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг**



Значимість удосконалення внутрішньої комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг шляхом використання комунікаційної системи, орієнтованої на споживача, що характеризує відносини лікаря і пацієнта, та можливості керування такою системою з метою надання медичних послуг обґрунтовується тим, що вона повинна прийти на зміну чинній, «патерналістській» системі відносин лікаря і пацієнта (рис. 3.1).



Рис. 3.1. Порівняльна характеристика патерналістської і комунікаційної (орієнтованої на споживача) систем відносин «лікар – пацієнт»

Сформовано автором самостійно

Необхідність переміщення акцентів на користь використання комунікаційної системи, орієнтованої на споживача, пов'язана з тим, що патерналістська система ґрунтується на: авторитарному відношенні керівництва медичного закладу як до працівників, так і до пацієнтів;

нерозвиненості структур громадянського суспільства; слабкості особистої думки і позиції споживачів послуг; обплутуванні особи, що знаходиться на лікуванні, приписами тощо.

На противагу цьому, «міжнародними стандартами ISO серій 9001:2000 та 10001:2007 рекомендовано регулярно і на систематичній основі визначати ступінь задоволеності споживача отриманою продукцією (послугою), при цьому можуть бути застосовані різні методи, які організація обирає самостійно, наприклад, анкетування» [44].

Функціонально-логічну залежність у пропонованій комунікаційній системі, орієнтованій на споживача, складатимуть структурні взаємозв'язки лікаря, пацієнта і надані медичні послуги (рис. 3.2).

<b>Пацієнт</b>	Бажання пацієнта досягнення мети	Професіоналізм лікаря	Функції щодо досягнення мети	Загальна мета	Функції щодо досягнення мети	Ефективні препарати	Бажання лікаря	<b>Лікар</b>
		Самостійність в прийнятті остаточного рішення				Нові методики лікування		
		Ефективність лікування				Вивчення історії хвороб пацієнта		
		Ефективна профілактика захворювань				Моніторинг задоволеності пацієнтів		
		Здоров'я хворого						

Рис. 3.2. Функціонально-логічна залежність у комунікаційній системі надання медичних послуг, орієнтованій на споживача

Сформовано автором самостійно

Отже, для того, щоб бажання пацієнта і лікаря співпали (наприклад, бажання хворого самостійно приймати остаточне рішення та бажання лікаря здійснювати моніторинг задоволеності споживачів) необхідною є спільна робота лікаря і пацієнта за наступним алгоритмом (рис. 3.3).



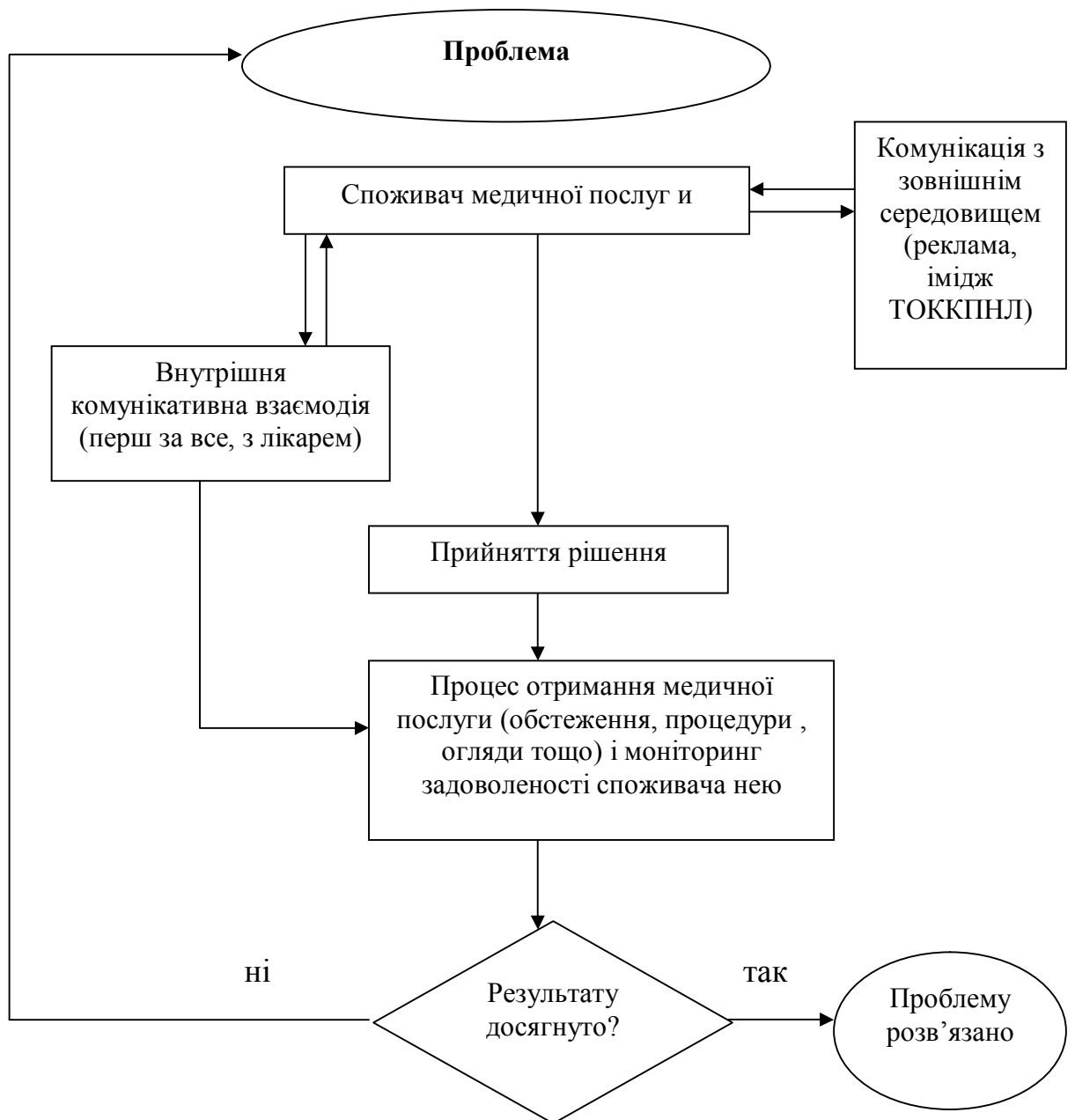


Рис. 3.3. Пропонований алгоритм прийняття рішення щодо одержання медичної послуги споживачем у ТОККПІЛ

Сформовано автором самостійно

Констатація нами того факту, що у пропонованій комунікаційній системі, орієнтованій на споживача, функціонально-логічну залежність складатимуть структурні взаємозв'язки лікаря, пацієнта і надані медичні послуги, зумовлює висновок про необхідність використання досліджуваною організацією в системах: «лікар (старший медичний персонал) - пацієнт», «медична сестра (середній медичний персонал) - пацієнт» деонтологічних правил (правил поведінки медичного персоналу з хворими).

Деонтологічні правила повинні віддзеркалювати особистість медичного працівника ТОККПНЛ, якості, якими він має володіти.

Деонтологічні якості медичного працівника досліджуваної медичної установи, які мають бути йому притаманні, повинні охоплювати дві групи якостей: основні і психологічні (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

### Групування якостей, якими повинні володіти медичні кадри ТОККПНЛ

№ з/п	Якості	
	Основні	Психологічні
1	2	3
1	- морально-вольові; - естетичні; - інтелектуально – пізнавальні.	- пильність і спостережливість; - емоційний супровід отриманої і осмисленої інформації; - гуманізм; - милосердя; - доброта; - скромність і акуратність; - ввічливість і увага до споживача медичної послуги; - оптимізм і позитивне мислення; - психічне здоров'я.

Примітка. Сформовано автором самостійно

До основних якостей, які повинні бути притаманні медичному персоналу (старшому (лікарі), середньому (медсестри)) ТОККПНЛ, слід віднести:

- морально-вольові: співчуття, доброзичливість, совість, оптимізм, чесність, самовідданість, працелюбство, терпіння, ввічливість, уважність, ніжність, лагідність, мужність, рішучість, скромність, принциповість, почуття власної гідності, ініціативність, дисциплінованість, вимогливість до себе та інших;

- естетичні: акуратність, охайність, намагання покращити умови, в яких перебуває хворий.

- інтелектуально – пізнавальні: ерудованість, логічність, систематичне підвищення рівня професійних знань і кваліфікації, вміння бути уважним співрозмовником, комунікабельним у спілкуванні з пацієнтами та їх родичами.

До групи психологічних якостей, які повинні бути характерні медичному персоналу ТОККПНЛ, слід віднести:

- пильність і спостережливість, яка дозволить осмислювати отриману від пацієнта та його родичів інформацію з виділенням головного й ефективно використовувати її в лікувально-профілактичному процесі;

- емоційний супровід отриманої і осмисленої інформації. Медичний працівник повинен відчувати біль і переживання іншої людини як свої власні. Це допоможе зрозуміти стан хворого і розділити з ним його переживання, що має важливе значення для хворого (особливо, психіатричних відділень ТОККПНЛ);

- гуманізм, який ґрунтується на любові до людини-пацієнта, людини-медичного працівника;

- милосердя. Через те, що хворий вбачає в медичній сестрі помічника лікаря, то ставить особливі вимоги саме до особистості медичної сестри, шукає в ній риси доброти, співчуття, милосердя;

- доброту, яка є основою гуманізму і милосердя. Поряд із цим, наприклад, порушення хворим лікарняного режиму вимагає рішучої заборони таких дій у тактовній формі. Тобто, у роботі сестринського персоналу повинні органічно поєднуватися доброта, милосердя і гуманізм медика з рішучістю і принциповістю посадової особи, тактовністю працівника як людини;

- скромність і акуратність, які повинні бути притаманні і стилю поведінки, і зовнішньому вигляду медичного персоналу досліджуваної організації, що створюють позитивний імідж медичного працівника, який повинен впливати (психологічно, терапевтично) на пацієнта і допомагати його одужанню.

- ввічливість і увагу до споживача медичної послуги, відсутність яких негативно впливає на перебіг недуги;

- оптимізм і позитивне мислення. Сенса позитивного мислення полягає у психологічному прийомі, при якому в голові формуються думки, слова та

образи, що сприяють внутрішньому розвитку й успіху. Від 1 до 5 % всіх наших думок є такими, що постійно повторюються. Саме вони, на думку дослідників даної проблеми, є найбільш переважаючими і викликають в нас різного виду емоції. Коли ж думка постійно повторюється, вона перетворюється на переконання, яке впливає на процес прийняття рішень у будь-яких справах [36]. Оптимізм має бути невід'ємною частиною діяльності сестринського персоналу досліджуваної організації, оскільки йому доводиться брати участь у лікуванні неврологічно і психічно хворих пацієнтів. Необхідно всіляко переконувати їх у сприятливому результаті лікування. Разом з тим, оптимізм повинен бути не надмірний і виправданий, оскільки занадто оптимістично налаштовані люди схильні необ'єктивно оцінювати реальність і в зв'язку з цим поводитися нерозумно і нераціонально, що недопустимо для медичного персоналу. Оптимізм і позитивний настрій має підкріплюватися реальними діями медичних працівників;

- психічне здоров'я. Медичні працівники досліджуваної установи з невірноваженою психікою не зможуть належним чином переносити всі психоемоційні навантаження, пов'язані з професією, що вимагає розвинутої здатності до пристосування. В ході виконання службових обов'язків сестринський персонал відділення завжди повинен проявляти високий професіоналізм і адекватну тактовну поведінку.

Компонентами системи «Лікар – пацієнт» в ході внутрішньої комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг повинні бути: підтримка, взаєморозуміння, повага, співчуття, співпраця, практична взаємодовіра. Приміром, «довіра як морально-психологічна категорія визначає ставлення як до дій іншої особи, так і до себе самої, ґрунтується на переконанні, що діє ця особа правильно, їй притаманні сумління і чесність. Довіра є обов'язковим компонентом у діяльності будь-якої соціальної групи, в якій люди спілкуються і мають тимчасові чи постійні цілі. Такими цілями у взаємовідносинах лікаря та хворого є успіхи у лікувальному процесі» [74].

Перевагами формування відносин взаємної співпраці та практичної взаємодії лікаря і пацієнта є:

- встановлення довірчих взаємин і співпраця лікаря і пацієнта, які визначають успіх лікування;
- формування лікарем відповідального відношення пацієнта до процесу обстеження і лікування та важливість врахування цього відношення у процесі лікування хворого з метою отримання позитивного результату.

Удосконалення внутрішньої комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг повинно ґрунтуватися на тому, що кожен лікар ТОККПНЛ в своїй діяльності має виходити з особистої і колективної відповідальності перед пацієнтами і, загалом, перед суспільством.

Особиста відповідальність лікаря спирається на його власний досвід, людські якості, глибоке знання хворого і його захворювання, індивідуальний підхід до кожного. Така відповідальність повинна виходити з постійного прагнення лікаря до поглиблення теоретичних знань і вдосконалення практичних навиків, безперервного підвищення професійної класифікації на основі критичного аналізу своїх спостережень, вивчення помилок, навчання у старших колег, виховання етико-деонтологічних норм. Об'єктивна, науково обґрунтована, вдумлива оцінка фактів і подій, розуміння лікарем необхідності перш за все з'ясувати їх першопричину і мотиви повинні супроводжувати процес ухвалення правильного і справедливого рішення стосовно пацієнта.

Колективна відповідальність повинна ґрунтуватись на впровадженні у практичну діяльність традицій медичного закладу, накопичених і узагальнених знань, основних принципів охорони здоров'я.

Взагалі, особливість роботи лікаря ТОККПНЛ в процесі комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг полягає в тому, що він постійно стикається з необхідністю вирішувати (і деколи в лічені хвилини) складні проблеми, за якими стоять, перш за все, життя і здоров'я пацієнта. Це стосується не тільки діагностики, але і визначення ступеня ризику операції,



доцільності тих або інших додаткових діагностичних і лікувальних маніпуляцій, отримання згоди хворого і його родичів на термінове хірургічне втручання тощо. Ухвалення таких рішень вимагає від лікаря великої напруги моральних сил, мобілізації досвіду і знань, глибокого розуміння ступеня відповідальності перед хворим, колективом медичної установи, де він працює, перед суспільством. Складність ситуації посилюється і тим, що він не може гарантувати абсолютного успіху і в той же час повинен знайти можливості зниження ступеня операційного ризику, а у разі, коли такий ризик перевищує ризик самої хвороби, мати мужність сказати про це.

Комунікативна взаємодія з споживачами медичних послуг також повинна базуватись на:

- максимально повному інформуванні пацієнтів. Так, пацієнти мають мати право на ознайомлення з медичними картами і даними лабораторних й інструментальних досліджень, а також з будь-якою іншою документацією, що відноситься до їх діагнозу, лікування і догляду, а також мають право на отримання копій і виписок з цих документів. Такі положення, наприклад, зафіксовані у Декларації про права пацієнтів в Європі у розділі «Конфіденційність і недоторканість приватного життя» [18; 61]. Більше того, наприклад, стаття 5 Конвенції про захист прав та гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини (Конвенція про права людини та біомедицину), встановлює загальне правило щодо інформованої згоди на медичне втручання, відповідно до якого будь-яке втручання у сферу здоров'я може здійснюватися тільки після добровільної та свідомої згоди на нього відповідної особи. Такій особі заздалегідь надається інформація про мету і характер втручання, а також про його наслідки та ризики. Особа у будь-який час може безперешкодно відкликати свою згоду [32];

- нерозголошенні лікарської таємниці. Таємниця розповсюджується на всі відомості, отримані в процесі звернення і лікування хворого (діагноз, методи лікування, прогноз та інше). Лікар повинен стежити за тим, щоб особи, які беруть участь в лікуванні хворого, також дотримували професійну

таємницю, а особи, що користуються правом доступу до медичної інформації, – зберігали в таємниці всі отримані про пацієнта відомості.

Тобто, вектори поведінки медичного персоналу ТОККПНЛ повинні бути направлені на утвердження пріоритету цінності людського життя, цінності здоров'я пацієнта-споживача медичної послуги, особливо, у практичних ситуаціях, які виникають у процесі лікарської діяльності в умовах реформування медичної галузі.

### **3.3. Удосконалення комунікативних зв'язків з громадськістю в процесі виконання місії організації**

У рамках удосконалення комунікативних зв'язків з громадськістю в процесі виконання місії організації актуальності набуває формування маркетингової комунікаційної системи, що характеризує відносини цієї організації з громадськістю, та можливості керування такою системою з метою надання медичних послуг.

Опираючись на концепцію маркетингу, можемо стверджувати, що умовою досягнення мети будь-якої організації є визначення потреби цільових ринків і споживачів і її забезпечення (отримання) більш ефективними та найбільш продуктивними способами ніж у конкурентів.

Співвідношення попиту і пропозиції на ринку медичних послуг залежить насамперед, від специфіки та особливостей таких послуг. Зокрема, виділяють профілактичний, лікувальний та соціальний сегменти ринку медичних послуг.

На профілактичному сегменті ринку медичних послуг переважає попит і пропозиція на профілактичні процедури. Лікувальний сегмент, характеризується попитом і пропозицією на лікувально-діагностичні процедури та на медичні послуги. На соціальному сегменті ринку медичних послуг домінує пропозиція медико-соціальних послуг, спрямована на підтримку рівня стану споживачів медичних послуг (пацієнтів). Різноманітність саме таких сегментів ринку медичних послуг у

співвідношенні профілактичного, лікувального та соціального, являє собою маркетингову систему охорони здоров'я населення держави, регіону, медичного закладу [90, с. 23-24].

Використання ТОККПНЛ маркетингової комунікаційної системи дасть можливість у логічній послідовності визначити пріоритети пропозиції і попиту на певні види медичних послуг.

З огляду на те, що пунктом 1.1. Положення про Тернопільську обласну клінічну психоневрологічну лікарню зазначено, що вона є спеціалізованим лікувально-профілактичним закладом, що проводить стаціонарне обстеження, лікування осіб з психічними та пограничними психічними розладами ендogenous та екзогенно-органічного генезу, а також неврологічними розладами, соціально-трудова реабілітацію, військову і трудову експертизу на основі діючих законів, можемо стверджувати, що діяльність ТОККПНЛ охоплює профілактичний, лікувальний та соціальний сегменти ринку медичних послуг. Тому, пріоритетами пропозиції послуг для лікарні за критерієм нозологічних форм захворювань (одиниці класифікації хвороб з типовим для них поєднанням симптомів) та врахування важкості їх перебігу повинні стати:

- послуги із збереження життя (у перинатальному періоді, при екстремальних станах, що загрожують життю пацієнта, у похилому віці тощо);

- послуги споживачам, які потребують повернення здоров'я, збереження відповідного рівня працездатності за її тимчасової втрати;

- послуги споживачам, що потребують збереження та підтримки стану відносно здорового організму (диспансеризація тощо) (рис. 3.5).

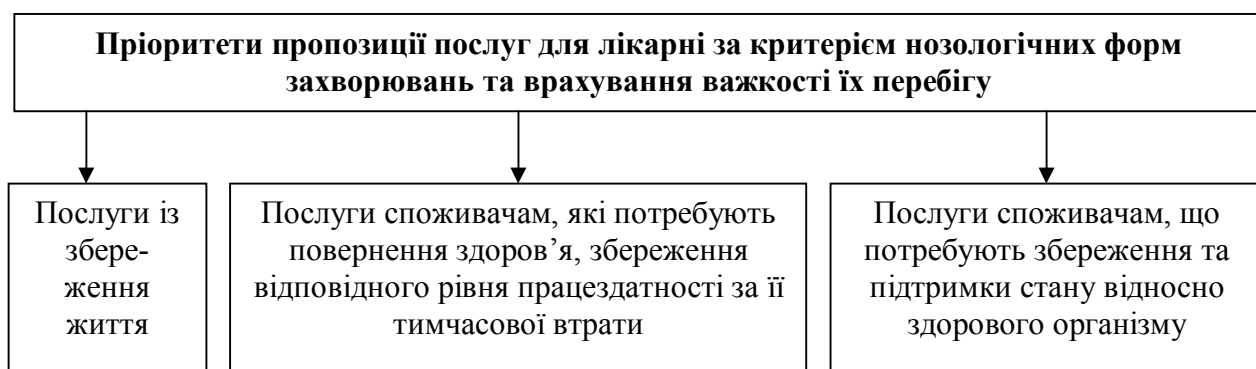


Рис. 3.5. Пріоритети пропозиції послуг для лікарні за критерієм нозологічних форм захворювань та врахування важкості їх перебігу

Сформовано автором самостійно

Використання ТОККПНЛ маркетингової комунікаційної системи надання медичних послуг вимагає визначення її структури та взаємозв'язків окремих елементів. Елементами маркетингової комунікаційної системи як інструмента вдосконалення комунікативних зв'язків з громадськістю в процесі виконання місії ТОККПНЛ мають стати:

1) суб'єктно-об'єктний склад. Суб'єктами такої системи повинні бути: досліджувана медична установа (її структурні підрозділи, медичні кадри) і громадськість (пацієнти, їх представники, населення, громадські утворення, стейкхолдери), а об'єктами, – виступати: медичні послуги або процедури, медико-професійна або діагностична група, випадок медичного обслуговування (амбулаторно-поліклінічний або госпітальний) тощо;

2) продукт діяльності (медична послуга). Формуючи комунікації з урахуванням потреб споживачів у послугах, досліджувана медична установа повинна враховувати той факт, що поряд із традиційними властивостями (нематеріальність, невіддільність від виробника, неможливість транспортування і збереження, мінливість) послуга має ряд специфічних рис, властивих їй. По-перше, медична послуга може бути дуже тривалою у часі (наприклад, у випадку хронічного захворювання медична послуга може надаватися протягом усього життя пацієнта). По-друге, не завжди відчутним є ефект від споживання послуги (наприклад, у випадку профілактичних заходів). По-третє, досліджувана медична установа істотно відчуває на собі вплив державного регулювання (це спостерігається у наявності переважно державного фінансування, необхідності ліцензування, встановлення вимог до кваліфікації персоналу тощо).

Розглядаючи медичну послугу з позицій маркетингу, ТОККПНЛ повинна враховувати її багаторівневий склад.

Перший рівень розуміння послуги – основний (власне медична допомога).

Другий рівень – послуга у реальному виконанні. За цих умов послугу характеризуватимуть:

- якість її надання;
- торгова марка (назва конкретного структурного підрозділу лікарні, у якому надається ця послуга);
- комфорт та естетика при її наданні;
- сервіс чи додаткові послуги (наприклад, разом з наданням медичної допомоги щодо лікування конкретного захворювання надаються послуги з повної діагностики організму, приймаються аналізи, лікуються додаткові захворювання, проводиться госпіталізація, транспортування, психологічна підтримка, післяопераційне обслуговування, профілактичні заходи, консультація дієтолога, медикаментозне забезпечення тощо).

Третій рівень надання послуги охоплює підтримку і супровід її надання інструментами маркетингу (наприклад, ціновою політикою, маркетинговою політикою комунікацій).

Таким чином, медична послуга з позицій маркетингу включає багато складових і обставин, які є важливими з погляду її споживача;

3) ціна. Плануючи комунікації з урахуванням потреб споживачів у послугах, досліджувана медична установа повинна виходити з того, що особливості цінової політики на медичні послуги визначає держава, якою «на основі найкращих практик уже існуючих розрахунків має бути створена єдина, уніфікована, розроблена МОЗ України методика, яка була б максимально простою, придатною в межах цільових державних видатків на охорону здоров'я, враховувала б гарантійний державний пакет медичних послуг, і водночас з правом медичних закладів самостійно визначати та

коригувати вартість наданих послуг в залежності, наприклад, від статусу закладу, собівартості послуги, складності пролікованого випадку» [46]. У зв'язку з відсутністю для сфери охорони здоров'я методики визначення вартості платних послуг, – базою для визначення ціни послуги є розрахунок витрат, пов'язаних з безпосереднім її наданням;

**4) маркетингові комунікації ТОККПНЛ, які повинні охоплювати засоби, що застосовують інші організації, а саме: рекламу, Паблік Рілейшнз та ін.**

Отже, важлива роль у маркетинговій комунікаційній системі повинна відводитись маркетинговим комунікаціям.

Під маркетинговими комунікаціями ТОККПНЛ будемо розуміти множину інструментів, які використовуються або мають використовуватися досліджуваною медичною установою для інформування чи нагадування споживачам про свої послуги.

З урахуванням необхідності заміни патерналістської системи відносин «лікар – пацієнт» на комунікаційну (орієнтовану на споживача), головними цілями, які повинні бути досягнуті в процесі маркетингових комунікацій ТОККПНЛ, є: створення довірчих відносин між досліджуваною медичною установою та громадськістю, пропаганда здорового способу життя, підтримка і надання допомоги людям, які страждають на важкі та важко виліковні захворювання (наприклад, психічно хворим).

Вважаємо, що інструментами, які повинні бути використані в процесі маркетингових комунікацій задля вдосконалення комунікативних зв'язків з громадськістю в процесі виконання місії ТОККПНЛ, мають стати:

1) реклама як платна неперсоніфікована форма інформаційного впливу на споживача з метою «запуску мотиваційного механізму» отримання медичних послуг лікарні. Перевагами використання реклами є: значна охоплюваність аудиторії (безпосередні споживачі послуг, стейкхолдери,

громадські формування тощо), універсальність, можливість застосування задля інформування громадськості про всі види медичних послуг.

Рекламуючи власну діяльність, ТОККПНЛ також може виступити засновником журналу чи газети або спонсором телепередачі на тему здоров'я;

2) формування інформаційних мереж, які уможливають інтерактивний зв'язок для усіх зацікавлених сторін (для пацієнтів – проконсультуватися, для лікарень – обмінятися досвідом, для інвесторів – презентувати результати лікування тощо), швидкий вихід на потрібні електронні ресурси. Це стосується: розвитку сайту ТОККПНЛ, на якому крім установчих документів і номерів телефонів керівництва, повинні розміщуватись інформація про роботу лікарні та проведені нею заходи різного спрямування, здійснюватись консультації лікарів, надаватись психологічна допомога та ін.;

3) проведення виставок та конференцій, зокрема:

- виставок, які дадуть змогу фахівцям, а також іншим особам ознайомитися з новітніми технологіями, використовуваними ТОККПНЛ, асортиментом медичних послуг, що надаються, і надання яких планується в майбутньому;

- електронних і відеоконференцій, телемостів, конференцій у режимі он-і офф-лайн, необхідних для консолідації зусиль лікарів і тих, хто пов'язаний з соціопсихологічною профілактикою захворювань;

4) використання інформаційних технологій, пов'язаних із соціальним моніторингом захворювань, диспансерним наглядом, що дають змогу прискорити процес обробки і аналізу даних.

Більше того «в області обстеження пацієнта з прогнозуванням можливих форм захворювання на найближчі кілька років інформаційні технології посідають значне місце. Громадські організації, зазвичай, мають справу тільки з ре-зультатами застосування таких технологій: статистикою, прогнозами тощо» [2];

5) публік релейшнз (PR) як платна форма особистого чи неособистого інформаційного впливу на громадськість з метою формування її позитивного ставлення до медичного закладу, його діяльності, послуг, що надаються, за допомогою засобів масової інформації. «Перспективним напрямом розвитку охорони здоров'я є застосування PR-технологій у питаннях профілактики, адже вона є одним із ключових методів охорони здоров'я... Щоб знизити поширеність факторів ризику, зменшити їх вплив на людину і стимулювати сприятливі для здоров'я фактори внутрішнього і зовнішнього середовища, необхідно реалізувати політику зміцнення здоров'я та профілактики захворювань» [35];

б) дослідження громадської думки. Значимість цього інструменту маркетингових комінікацій обгрунтовується тим, що управлінські рішення, що приймаються з метою оптимізації функціонування ТОККПНЛ в умовах змін соціально-економічного середовища, потребують адекватних форм і методів отримання оперативної інформації. Для своєчасної оцінки ситуації, що склалася у свідомості споживачів послуг, досліджуваній медичній установі потрібно проводити дослідження громадської думки. Ці дослідження мають стратегічну важливість у розвитку відносин лікарні з суспільством, оскільки можуть надати можливість впливати на цільові групи за допомогою отриманої інформації.

Вкажемо на те, що дослідження громадської думки доцільно проводити за декількома напрямками. По-перше, ТОККПНЛ слід вивчати думку і отримувати інформацію від населення про ефективність роботи лікарні, інформаційні запити цільових груп. Другий напрям досліджень повинен охоплювати вивчення проблем в межах досліджуваної організації (проблеми: медичних працівників, пов'язані з їх професійною діяльністю, соціальним статусом у суспільстві: побудови взаємодії лікарні з іншими соціальними інститутами і державними органами та ін.).



Проведення досліджень громадської думки дасть змогу створити таку систему маркетингових комунікацій ТОККПНЛ, завдяки якій у різних верств населення сформується ціннісне ставлення до лікарні, медичного обслуговування і послуг, що в ній надаються, свого здоров'я. Для цього у штатний розпис лікарні слід включити посаду спеціаліста з Паблік Релейшнз, яку б обіймав кваліфікований фахівець;

7) розробка фірмового стилю, яка може супроводжуватися створенням ТОККПНЛ фірмових бланків, логотипів, фірмових кольорів, вибором корпоративного героя (ним, як правило у медичних закладах є головний лікар);

8) використання директ-маркетингу як процесу просування послуг напряду споживачу. Цей процес просування послуг, на відміну від просування через мас-медіа, використовує директ-медіа, тобто медіа для доставки рекламного повідомлення безпосередньо споживачу (наприклад, електронною поштою (інтернет-маркетинг) чи шляхом надсилання SMS-повідомлення (мобільний маркетинг) досліджувана організація може інформувати родичів своїх пацієнтів про нові методики лікування). Він вважається більш персоналізованим засобом просування у порівнянні з рекламою, оскільки передбачає наявність реакції-відповіді на отримання послуги (реакцією-відповіддю комунікації директ-маркетингу можуть бути безпосереднє надання послуги, звернення за додатковою інформацією про неї, консультування з лікарем з цього приводу). Крім цього, як вказує В.Куш, «директ-маркетинг є маркетингом пошани. Слід поважати своїх клієнтів, щоб забезпечити їх повторні звернення за продукцією чи послугою» [37].

Резюмуючи усе вказане вище, зазначимо, що використання інструментів маркетингових комунікацій має проводитися системно, комплексно і з дотриманням таких умов:

- послідовності (передбачає безперервність у побудові відносин з цільовими контактними аудиторіями);
- активного просування успіху (про позитивні зміни необхідно активно і своєчасно інформувати громадськість);
- ініціативності контактів (ініціатива повинна завжди виходити від досліджуваної організації);
- постійної, цілеспрямованої і кваліфікованої діяльності, орієнтованої на довгострокову перспективу;
- створення атмосфери довіри між організацією та цільовими аудиторіями;
- в основу маркетингових комунікацій слід покласти принципи соціально-етичного маркетингу, які повинні дотримуватися на всіх етапах життєвого циклу організації і надання медичних послуг;
- продукування медичних послуг належної якості, яка певною мірою задовольняє попит на ринку.

Попри це, дотримання такої умови в процесі побудови маркетингових комунікацій ТОККПНЛ вимагає врахування у її діяльності того, що загальна множина чинників, які забезпечують якість медичної послуги на рівні закладу охорони здоров'я, має включати:

- ресурсний потенціал;
- державне нормативно-правове забезпечення (нормативні акти зі стандартизації, ліцензування та акредитації);
- організацію роботи закладу (технології лікування, систему контролю, стандартизацію);
- ставлення споживачів медичних послуг (пацієнтів) до збереження свого здоров'я та рекомендацій лікаря.

Отже, мотиваційними чинниками для медичних кадрів в частині підвищення якості медичних послуг, що надаються ТОККПНЛ, повинні стати: економічні (матеріальне стимулювання) та моральні (повага оточуючих, моральне задоволення від якісного надання медичної послуги,

можливість кар'єрного зростання, професійне зростання, відзнаки керівництва) чинники.

Це уможливить отримання позитивного результату, а саме – вдосконалення комунікативних зв'язків з громадськістю в процесі виконання місії ТОККПНЛ.

### **Висновки до розділу 3**

1. Наявність потреб споживачів у медичних послугах свідчить про відсутність відносин з приводу набуття суспільних благ соціоорієнтованого характеру, результати яких спрямовані на відновлення здоров'я індивіда шляхом одержання медичних послуг як форми задоволення цих потреб. Через це, діагностика потреб споживачів медичних послуг проводиться для того, щоб мати вичерпну інформацію щодо стану задоволення цих потреб та у правильному напрямі скерувати процес втручання (спланувати комунікації).

2. Для діагностики потреб споживачів медичних послуг як бази планування комунікацій у роботі ТОККПНЛ доцільним є використання методичних підходів до такої діагностики. Тому, у дипломній роботі (з адаптацією до об'єкта і предмета дослідження) апробовано методику діагностики потреб споживачів медичних послуг в досліджуваному закладі охорони здоров'я (через анкетне опитування пацієнтів ТОККПНЛ щодо їх задоволеності медичними послугами в ній). Ця методика (за підсумками отриманих завдяки її застосуванню результатів) цілеорієнтована на підвищення рівня задоволеності пацієнтів чи їхніх представників, що актуально, наприклад, для психічно хворих пацієнтів ТОККПНЛ, якістю медичної допомоги і його постійне покращення на основі отриманих результатів.

3. У результаті проведеного анкетування було встановлено, що значна частина найбільш важливих характеристик медичної послуги, які є важливими для споживачів, супроводжує процес внутрішньої комунікативної

взаємодії з споживачами медичних послуг (наприклад, ставлення до пацієнта з боку лікарів і медсестер) або ж є результатом такої взаємодії (рекомендації лікаря при виписці, результат лікування).

4. Значимість удосконалення внутрішньої комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг шляхом використання комунікаційної системи, орієнтованої на споживача, обґрунтовується тим, що вона повинна прийти на зміну чинній, «патерналістській» системі відносин лікаря і пацієнта.

5. Для того, щоб бажання пацієнта і лікаря співпали (наприклад, бажання хворого самостійно приймати остаточне рішення та бажання лікаря здійснювати моніторинг задоволеності споживачів) необхідною є спільна робота лікаря і пацієнта за певним алгоритмом прийняття рішення щодо одержання медичної послуги споживачем, який запропоновано у роботі.

6. Констатація того факту, що у пропонованій комунікаційній системі, функціонально-логічну залежність складатимуть структурні взаємозв'язки лікаря, пацієнта і надані медичні послуги, зумовлює висновок про необхідність використання досліджуваною організацією в системах: «лікар - пацієнт», «сестринський персонал - пацієнт» деонтологічних правил. Вони повинні віддзеркалювати якості, якими має володіти медичний працівник, і які згруповано на: основні і психологічні.

7. Вдосконалення комунікативних зв'язків з громадськістю в процесі виконання місії організації вимагає формування маркетингової комунікаційної системи, що характеризує відносини цієї організації з громадськістю. Елементами цієї системи визначено: її суб'єктно-об'єктний склад, продукт діяльності (медична послуга), ціна, маркетингові комунікації.

8. Інструментами, які повинні бути використані в процесі маркетингових комунікацій для вдосконалення комунікативних зв'язків з громадськістю в процесі виконання місії ТОККПНЛ, мають стати: реклама, формування інформаційних мереж, проведення виставок та конференцій, використання

інформаційних технологій, публік рілейшнз (PR), дослідження громадської думки, розробка фірмового стилю, використання директ-маркетингу.

## Висновки

1. Функціонування інституційної, інституціональної, функціональної, організаційної, комунікаційної, кадрової підсистем забезпечує здійснення адміністративної діяльності державної установи. Завданням навантаження комунікативної підсистеми охоплює: забезпечення інформаційного обслуговування цих установ; налагодження комунікації з “внутрішніми клієнтами” (медичними працівниками); забезпечення комунікативної взаємодії із “зовнішніми клієнтами” (громадськістю).

2. Видове різноманіття комунікацій (організаційні; міжособові; зовнішні; внутрішні; горизонтальні; вертикальні; висхідні; низхідні; формальні; неформальні) та комунікативних технологій в медичних установах (загальні технології лікування та діагностики; біотехнології, нанотехнології, технології генної інженерії; інформаційно-комунікативні технології; хіміко-фармацевтичні технології; технології інформаційно-організаційного забезпечення; технології інформаційно-технічного забезпечення; управлінські технології) зумовлене об’єктним складом комунікаційної взаємодії в адміністративній діяльності.

3. Особливості комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг визначають її суб’єкти: пацієнт (суб’єкт, що споживає медичні послуги); медичний заклад (суб’єкт, що надає медичні послуги); платник (суб’єкт, що фінансує медичні послуги).

4. Об’єктивну необхідність комунікативної взаємодії з споживачами послуг і особливості такої взаємодії зумовлюють:

- специфіка надання послуг медичною установою (споживач послуг залучається до реального виробничого процесу продукування послуги; медична послуга має бути надана споживачу тоді, коли він цього хоче та ін.);

- поділ медичних послуг на підгрупи (наприклад, індивідуальні послуги і послуги загального користування);

- фактори, які впливають на якість надання медичних послуг (наприклад, якість процесу (технології); якість організаційної структури; якість результату).

5. Зони відповідальності як цілеорієнтовані сфери діяльності, на яких концентруються ресурси для виконання місії цієї установи і розподіляються завдання, є ключовими компонентами управління досліджуваною медичною установою. У досліджуваній медичній установі до них віднесено: організаційну, комунікаційну, кадрову, матеріально-технічну.

6. Для аналізу організаційної зони відповідальності було розкрито специфіку функціонування цієї зони (через здійснення організаційного регламентування, організаційного нормування та організаційного інструктування як інструментів забезпечення комунікативного зв'язку в ній) та визначено особливості її впливу (через ідентифікацію переваг і недоліків) на роботу ТОККПНЛ.

7. Оцінка комунікаційної зони відповідальності дозволила виявити її переваги (дієвий зворотний зв'язок між всіма рівнями і ланками управління медичною установою, комунікативна взаємодія (комунікативний діалог) медичної установи і її працівників із споживачами медичних послуг) і констатувати, що ця зона є інструментом покращення діяльності ТОККПНЛ, підвищення якості лікування і забезпечення безпеки як пацієнтів, так і самих медичних працівників.

8. Аналіз кадрової зони відповідальності супроводжувався: оцінкою функціонального навантаження кадрової політики, позитивів і проблем її проведення, а також процесу формування кадрових ресурсів ТОККПНЛ (через: характеристику забезпеченості лікарні персоналом, укомплектованість кадрами, визначення коефіцієнта сумісництва).

9. Важливість матеріально-технічної зони відповідальності в досліджуваній медичній установі обумовлена тим, що матеріально-технічне забезпечення є однією з головних передумов надання якісних медичних послуг. В ході аналізу цієї зони відповідальності було: визначено її переваги, етапність реалізації матеріально-технічного забезпечення роботи ТОККПНЛ, розкрито особливості виконання робіт з технічного обслуговування медичної техніки.

10. Дослідження практики роботи зон відповідальності в ТОККПНЛ дозволило виявити множину недоліків в частині забезпечення комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг (послуги, що надаються, не завжди забезпечують оптимальне поліпшення стану здоров'я пацієнта; ці послуги не завжди супроводжуються чутливістю та турботою щодо добробуту пацієнтів, наприклад, прагненням забезпечити комунікативну співпрацю з пацієнтом і залучення його в процес лікування та ін.

8. Констатація факту, що внутрішня комунікативна взаємодія з споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії ТОККПНЛ знаходить своє відображення в рамках здійснення контролю, зумовила здійснення аналізу процесу контролю якості медичної допомоги лікарні. За результатами аналізу виявлено, що у структурі ТОККПНЛ відсутній підрозділ, який би здійснював функцію контролю якості медичних послуг, що надаються, впродовж усього їх життєвого циклу.

9. Проведена у роботі оцінка зовнішньої комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії ТОККПНЛ дозволила встановити, що лікарня не використовує концепції маркетингу, що дозволяє зробити висновок про те, що вона не здійснює визначення потреб цільових ринків і не відшукує шляхи забезпечення задоволення потреб споживачів більш ефективними і продуктивними способами ніж конкуренти.

10. З метою виявлення стимулів до результативної праці з точки зору їх пріоритетності і важливості для різних категорій медичних працівників з метою якіснішого надання ними послуг, ідентифікації чинників, які спонукають медичних працівників активно взаємодіяти з споживачами медичних послуг (комунікувати), нами було проведене анкетування 110 осіб різних груп медичного персоналу, в рамках якого запропоновано дати відповідь на питання; „Що в найбільшій мірі спонукає Вас добре працювати?”.

11. Важливим результатом опитування і спілкування з респондентами в ході нього став висновок про те, що зовнішня комунікативна взаємодія з споживачами медичних послуг повинна кардинально змінитися в бік



покращення діяльності ТОККПНЛ щодо її інформаційного супроводу. Це пов'язано з недоліками інформаційно-комунікативного забезпечення роботи лікарні щодо надання медичних послуг (приміром, недосконалістю використовуваної інформаційної системи, у якій електронні історії хвороб не використовуються через нерозробленість стандартів щодо їх використання).

12. Факт існування недоліків інформаційно-комунікативного забезпечення роботи лікарні щодо надання медичних послуг унеможлиблює: здійснення належного інформаційного супроводу роботи лікарні щодо надання послуг; здійснення повноцінного моніторингу фінансово-господарської, виробничої, маркетингової діяльності ТОККПНЛ. Усунення цих бар'єрів сприятиме інтеграції процесів управління лікарнею на основі системності та інформаційно-комунікативного підкріплення, забезпечить належні внутрішню взаємодію і зовнішні комунікативні зв'язки з споживачами медичних послуг в процесі реалізації місії.

13. Одержання медичних послуг є формою задоволення потреб споживачів у них. Тому, діагностика потреб споживачів медичних послуг проводиться з метою отримання вичерпної інформації щодо стану задоволення цих потреб та у правильному напрямі скерування процесу втручання.

14. Діагностика потреб споживачів медичних послуг як база планування комунікацій у роботі ТОККПНЛ вимагає напрацювання і використання методичних підходів до такої діагностики. Тому, у дипломній роботі (з адаптацією до об'єкта і предмета дослідження) апробовано методику діагностики потреб споживачів медичних послуг в досліджуваному закладі охорони здоров'я (через анкетне опитування пацієнтів ТОККПНЛ щодо їх задоволеності медичними послугами в ній). За умови використання досліджуваною установою отриманих завдяки застосуванню цієї методики результатів її діяльність буде цілеорієнтована на підвищення рівня задоволеності пацієнтів послугами, якістю медичної допомоги і їх постійне покращення на основі отриманих результатів.

15. У результаті проведеного анкетування було встановлено, що значна частина найбільш важливих характеристик медичної послуги, які є важливими для споживачів, супроводжує процес внутрішньої комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг або ж є результатом такої взаємодії. Це обумовлює значимість удосконалення внутрішньої комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг шляхом використання комунікаційної системи, орієнтованої на споживача. Така система повинна прийти на зміну чинній, «патерналістській» системі відносин лікаря і пацієнта.

16. Узгодження бажань пацієнта і лікаря (наприклад, бажання хворого самостійно приймати остаточне рішення та бажання лікаря здійснювати моніторинг задоволеності споживачів) вимагає спільної їх роботи за пропонуваним у роботі алгоритмом прийняття рішення щодо одержання медичної послуги споживачем.

17. Опираючись на те, що у пропонованій комунікаційній системі, функціонально-логічну залежність складатимуть структурні взаємозв'язки лікаря, пацієнта і надані медичні послуги, досліджуваній організації в системах: «лікар - пацієнт», «сестринський персонал - пацієнт» доцільно використовувати деонтологічні правила. Вони є віддзеркаленням основних і психологічних якостей, якими має володіти медичний працівник.

18. Вдосконалення комунікативних зв'язків з громадськістю в процесі виконання місії організації вимагає формування маркетингової комунікаційної системи, елементом якої є маркетингові комунікації. Інструментами, які повинні бути використані в процесі маркетингових комунікацій, мають стати: реклама, формування інформаційних мереж, проведення виставок та конференцій, використання інформаційних технологій, паблік рілейшнз (PR), дослідження громадської думки, розробка фірмового стилю, використання директ-маркетингу.

## Список використаних джерел

1. Аналіз системи охорони здоров'я України / Л.Тарантіно, С.Чанкова, Е. Прибл, Дж. Розенфелд, С. Раут Бетесда. – MD : Проект Системи охорони здоров'я, Abt Associates Inc. Abt. – 2014 – 179 с.
2. Андрюшков А. А. Использование информационных технологий в здравоохранении [Электронный ресурс] / А. А. Андрюшков. – Режим доступа: <http://www.healthmanagement.ru>. – Название с экрана.
3. Антонов С.В. Цивільно-правова відповідальність за заподіяння шкоди здоров'ю при наданні платних медичних послуг : дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03 / НАН України. Ін-т держави і права ім. В.М. Корецького. – К., 2006. – 204 с.
4. Антонюк, О. Адміністративний менеджмент: етико-методологічні засади / О.Антонюк // Персонал. – 2006. – № 12. – С. 58 – 65.
5. Артюхіна М.В. Маркетингова діяльність закладів охорони здоров'я в умовах реформування галузі [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://dspace.nbuu.gov.ua/bitstream/handle/123456789/24092/23-Artiukhina.pdf?sequence=1>
6. *Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я [Електронний ресурс] Режим доступу: [http://pidruchniki.com/1781040937372/meditsina/menedzhment\\_u\\_galuzi\\_ohoroni\\_zdorovya](http://pidruchniki.com/1781040937372/meditsina/menedzhment_u_galuzi_ohoroni_zdorovya)*
7. Беденко-Зваридчук О. Правовий статус медичних закладів [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://103-law.org.ua/Docs/9irfoboq6vБеденко.pdf>
8. Бойко В.Я. Вивчення думки населення щодо надання медичної допомоги у Рівненській області (за даними соціологічного опитування) [Електронний ресурс]. — Режим доступу: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Пользователь/Мои%20документы/Uzn\\_2012\\_4\\_20%20\(1\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Пользователь/Мои%20документы/Uzn_2012_4_20%20(1).pdf)
9. Василенко И. А. Административно-государственное управление в странах Запада : США, Великобритания, Франция, Германия / И. А. Василенко. – М. : Издат. корпорация «Логос», 2000. – 200с.

10. Гапонова Е.О. Особливості формування ринку медичних послуг в Україні на сучасному етапі [Електронний ресурс] / Е.О.Гапонова // Вісник Харківського національного університету імені В.Н.Каразіна. – 2014. – №1144. Режим доступу: <http://international-relations-tourism.karazin.ua/themes/irtb/resources/a9939806ac2f46d44dab5a12050cb4d4.pdf>
11. Глуховский В. В. Стандарты и механизмы обеспечения прав пациентов в системах здравоохранения / В. В. Глуховский. – Николаев : Дизайн и полиграфия, 2014. – 134 с.
12. Гойда Н. Г. Медикосоціологічна інформація як інструмент управління якістю медичної допомоги / Н. Г. Гойда, В. В. Горачук // Матеріали конф. з між нар. уч. «Медична та біологічна інформатика та кібернетика: віхи розвитку». — К., 2011. — С. 27
13. Горачук В.В. Медико-соціальне обґрунтування моделі системи управління якістю медичної допомоги [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://nmapo.edu.ua/zagruzka/DrAr/DrGorahuk.pdf>
14. Горачук В.В., Гойда Н.Г. Методичні підходи до визначення задоволеності пацієнтів (їхніх представників) медичною допомогою у закладі охорони здоров'я [Електронний ресурс]. — Режим доступу: [http://www.nbuu.gov.ua/old\\_jrn/chem\\_biol/sped/2012\\_1/015-18.pdf](http://www.nbuu.gov.ua/old_jrn/chem_biol/sped/2012_1/015-18.pdf)
15. Гордієнко, Л.Ю. Менеджмент державної установи: навч. посіб. / Л.Ю.Гордієнко. – Х. : Вид-во ХДЕУ, 2001. – 152с.
16. Грабовський В.А., Клименко П.М.. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://visnyk.academy.gov.ua/wp-content/uploads/2014/10/2014-10-20.pdf>
17. Гріфін Рікі В. Основи менеджменту: підруч. для студ. екон. спец. / В. Гріфін Рікі, В. Яцура. – Л.: БаК, 2001. – 624с.
18. Декларація про політику в галузі забезпечення прав пацієнта у Європі, ВООЗ; 1994 р. [Електрон. ресурс]. – Режим доступу : [http://samlib.ru/s/stonogin\\_s\\_w/europe.shtml](http://samlib.ru/s/stonogin_s_w/europe.shtml)

19. Державне управління: словник-довідник / уклад. : В.Д.Бакуменко (кер. творч. кол.), Д.О.Безносенко, І.М.Варзар [та ін.] ; заг. ред. В.М.Князева, В.Д.Бакуменка. – К. : Вид-во УАДУ, 2002. – 228с.
20. Дегтяр А.О. Державно-управлінські рішення: інформаційно-аналітичне та організаційне забезпечення: [Моногр.] – Х.: Вид-во ХарPI НАДУ „Магістр”, 2013. – 224 с.
21. Електронна демократія : сподівання та проблеми / Джоан Кедді, Крістіан Вергез та ін.; [пер. з англ. С.Соколик, О.Орель, К.Гомма] – К. : Центр адаптації державної служби до стандартів Європейського Союзу, 2009. – 164с.
22. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Пре-зидентові України ; наук.-ред. колегія : Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. – К. : НАДУ, 2011. Т. 2 : Методологія державного управління / наук.-ред. колегія : Ю. П. Сурмін (співголова), П. І. Надолішній (співголова) та ін. – 2011. – 692с.
23. Етимологічний словник української мови. У-т. Т. 1. – К. : Наук. думка, 1982. – 630с.
24. Етичний кодекс лікаря [Електронний ресурс] Режим доступу: [http://meduniv.lviv.ua/index.php?option=com\\_content&view=article&id=197&Itemid=206&lang=uk](http://meduniv.lviv.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=197&Itemid=206&lang=uk).
25. Жаліло Л. Охорона громадського здоров'я як соціальна інституція / Жаліло Л., Солоненко І., Скуратівський В. // Вісн. УАДУ. - 2003. - № 2. - С.72-77.
26. Зеленевиц В. О. Шляхи вдосконалення фінансування охорони здоров'я в Україні / В. О. Зеленевиц [Електронний ресурс]. Режим доступу : <http://intkonf.org/zelenevich>.
27. Злепко С.М. Огляд медичних інформаційних систем [Електронний ресурс] Режим доступу: [http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis\\_nbuv/cgiirbis\\_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE\\_FILE\\_DOWNLOAD=1&Image\\_file\\_name=PDF/soi\\_2011\\_3\\_46.pdf](http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/soi_2011_3_46.pdf)
28. Зражевська Н. І. Комунікаційні технології: лекції / Н. І. Зражевська. — Черкаси: Брама-Україна, 2010. — 224 с.

29. Кармишев Д.В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я (державно-управлінські аспекти): Моногр. / Д.В. Кармишев. – Х. : Вид-во ХарРІ НАДУ „Магістр”, 2004. – 304 с.
30. Кардинал М. Удосконалення внутрішньої комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг / М.Кардинал // Збірник тез доповідей секції «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні» загальноуніверситетської студентської наукової конференції «Науково-дослідна робота студентів: формування особистості майбутнього вченого, фахівця високої кваліфікації» (Тернопіль, квітень 2016 року). – С. 130-132.
31. Коваль Л. В. Адміністративне право України. Курс лекцій (Загальна частина) / Л. В. Коваль – К. : Основи, 2004. – 154 с.
32. Конвенція про захист прав та гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини, Рада Європи; від 04.04.1997р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/994\\_334](http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/994_334).
33. Котлер Ф. Основы маркетинга / Ф. Котлер [пер. с англ. В. Б. Боброва]. — М. : Ростинер, 1996. — 704 с.
34. Котлер, Ф. Маркетинг. Менеджмент: експресс-курс / Ф.Котлер, К.Л.Келлер. - Санкт-Петербург : Питер: Мир книг, 2012. -479 с.
35. Кривенко Є.М., Ситенко О.Р. Роль комунікації та PR-технологій у взаємодії галузі охорони здоров'я і громадськості [Електронний ресурс]. — Режим доступу: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Пользователь/Мои%20документы/Uzn\\_2013\\_4\\_19.pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Пользователь/Мои%20документы/Uzn_2013_4_19.pdf)
36. Критерії оцінювання якості роботи головних та старших медичних сестер медичного закладу: інформаційно-оціночний документ. [Електронний ресурс] Режим доступу: [emedsestra.mcfr.ua/article.aspx?aid=462276](http://emedsestra.mcfr.ua/article.aspx?aid=462276)
37. Куш Н.П. Директ-маркетинг: необхідність активізації в сучасних умовах [Електронний ресурс]. — Режим доступу: [www.kntu.kr.ua/doc/zb\\_10\\_2/stat\\_10\\_2/51.doc](http://www.kntu.kr.ua/doc/zb_10_2/stat_10_2/51.doc)
38. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. — К. : Укр. Інститут стратегічних досліджень МОЗ України, 2009. — 34 с.

39.Лозікова Г.М. Техніка адміністративної діяльності Конспект лекцій для студентів спеціальності 8.18010018 «Адміністративний менеджмент» Частина 1 [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://ipo.donnueet.dn.ua/images/stories/Distant/magistr/tehnika-admin-diyalnosti.pdf>

40.Марчук О.В. Сутність та характеристики медичних послуг у маркетинговій товарній політиці медичних закладів [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://ena.lp.edu.ua:8080/bitstream/ntb/16807/1/165-Marchuk-269-271.pdf>

41.Махновська І. Р. Підготовка медичних сестер при алгоритмізації практичного навчання / І. Р. Махновська // Магістр медсестринства [Текст] : наук. журн. – № 1 / за ред. В. Ф. Шатило (гол. ред.) [та ін.]. – Житомир : Житомирський інститут медсестринства, 2013. – С.-25 - 28.

42.Мельник А. Ф. Менеджмент державних установ і організацій : навч. посіб. / [А. Ф. Мельник, А. Ю. Васіна, Н. М. Кривокульська] / За ред. А. Ф. Мельник. – Київ : ВД “Професіонал”, 2006 р. – 464 с.

43.Мельник А., Мельник Ю. Національний та регіональні ринки послуг України: чи наближаємось ми до Європи? / А.Мельник, Ю.Мельник // Журнал європейської економіки. – 2015. – Том 14. – (№ 4). – с. 456-476. [Електронний ресурс] – Режим доступу: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Пользователь/Мои%20документы/jee\\_2015\\_14\\_4\\_9.pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Пользователь/Мои%20документы/jee_2015_14_4_9.pdf)

44.***Менеджмент качества. Удовлетворенность потребителей. Рекомендации по правилам поведения для организаций (ISO 10001:2007) [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.normload.ru/SNiP/Data1/57/57037/index.htm> — Назва з екрану.***

45.***Миронова Г. Право пацієнта на вибір методів лікування: «білі плями» українського законодавства / Г. Миронова // Право України. – 2015. – № 3. – С. 59–64.***

46.***МОЗ: ціни на медичні послуги будуть встановлюватися за єдиною методикою [Електронний ресурс] – Режим доступу:***

<http://pravda.press/news/society/moz-tsiny-na-medichni-poslugi-budut-vstanovlyuvatisya-za-dinoyu-metodikoyu--23352/>

47. Москаленко В. Ф. Економіка охорони здоров'я : підручник / В.Ф.Москаленко, О. П. Гульчій, В. В. Таран та ін. – Вінниця: Нова Книга, 2010. – 288 с.
48. Москаленко В.Ф. Право на охорону здоров'я у нормативно-правових актах міжнародного та правового рівня. – Харків: ВПП «Контракт», 2006. – 285с.
49. Набережная Ж. Б. Анализ удовлетворенности больных медицинской помощью в стационарах / Ж. Б. Набережная, А. Г. Сердюков // Управление качеством. — 2005. — № 3. — С. 49—54.
50. Нагорная А.М. Проблема якості в охороні здоров'я / Нагорная А.М., Степаненко А.В., Морозов А.Н. -Подільській: Абетка-НОВА, 2002. – 384с.
51. Найджел Хилл. Измерение удовлетворенности потребителя по стандарту ИСО 9000:2000 / Найджел Хилл, Билл Сельф, Грег Роше. — М. : Издательский дом «Технологии», 2004. — 192 с.
52. Науковий менеджмент в медицині [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://angio-veritas.com/innovatsiji/naukovo-innovatsijnyj-menedzhment/naukovyj-menedzhment-v-medytsyni/>
53. Новейший словарь иностранных слов и выражений. – М. : Современный литератор, 2013. – 976с.
54. Нормативні документи, які регулюють різні сфери надання послуг. – Режим доступу: <http://zakon.nau.ua/search/?word=%EF%EE%F1%EB%F3%E3%E8%9>
55. Норми видачі спеціального одягу, спеціального взуття та інших засобів індивідуального захисту працівникам Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні.
56. Опыт использования анкетирования пациентов для оценки качества медицинской помощи / В. К. Юрьев, Н. Е. Арефьева, Т. А. Волкова [и др.] // Социология медицины. — 2007. — № 2. — С. 28—30.



57. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
58. Особливості способу життя школярів підліткового віку м. Києва за результатами соціологічного дослідження / В. В. Горачук, Л. М. Дудка, С. М. Скрипка [та ін.] // Вісн. соц. медицини і організації охорони здоров'я. — 2011. — № 1. — С. 82—85
59. Паніна Н. В. Технологія соціологічного дослідження : курс лекцій / Н. В. Паніна. — К., 2007. — 320 с.
60. Петрашик Ю.М. Якість медичних послуг: особливості, роль, фактори [Електронний ресурс] Режим доступу: [irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis.../cgiirbis\\_64.exe?...](http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis.../cgiirbis_64.exe?...)
61. Права пацієнтів у міжнародних документах [Електронний ресурс] – Режим доступу: [irbis-nbuv.gov.ua/.../cgiirbis\\_64.exe?...](http://irbis-nbuv.gov.ua/.../cgiirbis_64.exe?...)
62. Про охорону праці: Закон України від 25 березня 1992 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1992. – № 27. – С. 382.
63. Про соціальні послуги: Закон України [Електронний ресурс] Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=966-15>
64. Про схвалення Концепції проекту Закону України “Про основні засади державної комунікативної політики” : Розпорядження Кабінету Міністрів України №85-р від 13.01.2010 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=85-2010-%F0&new=1>
65. Про впровадження телемедицини в закладах охорони здоров'я: Наказ МОЗ України від 26.03.2010р. № 261. – Електронний ресурс. Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20100326\\_261.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100326_261.html)
66. Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії: Доручення Кабінету Міністрів України від 1 листоп. 2000 р. № 18249/1 до Закону України від 5 жовт. 2000 р. № 32017; Доручення Президента України від 6 берез. 2003 р. № 31-1/25.
67. Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили

втрату працездатності: Закон України. – Електронний ресурс. Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1105-14>.

68. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2010 року: Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 166 від 31.03.2008р. [Електронний ресурс] : Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20080331\\_166.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20080331_166.html)

69. Про затвердження Правил проведення клінічних випробувань медичної техніки та виробів медичного призначення і Типового положення про комісії з питань етики: Наказ Міністерства охорони здоров'я [Електронний ресурс] : Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0387-10>.

70. Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги: Постанова Кабінету Міністрів України від 11 лип. 2002 р., № 955 // Стоматолог. – 2002. – № 8(52). – С. 8–9.

71. Про Порядок контролю та управління якістю медичної допомоги Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 189 від 26.03.2009р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20090326\\_189.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090326_189.html)

72. Про результати проведення контрольного визначення рівня знань і практичних навичок середнього медичного персоналу: інформаційний документ. [Електронний ресурс] Режим доступу: [rivneosvita.org.ua/method\\_kabinet/biblioteka.php/Книги%20/.../nw14.pdf](http://rivneosvita.org.ua/method_kabinet/biblioteka.php/Книги%20/.../nw14.pdf)

73. Про управління якістю медичної допомоги в області: наказ головного управління охорони здоров'я Тернопільської облдержадміністрації від 06.10.2010 р. №464.

74. *Психологія лікаря: особливості взаємин з родичами хворих* [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://osvita.ua/vnz/reports/psychology/29425/>

75. Пушмак Г. Маркетингові шляхи реформування медицини в Україні / Г. Пушмак // Маркетинг в Україні. – 2013. – № 3. – С. 28–32.

76. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування. – К.: Видавництво УАДУ, 2010. – 360 с.

77. Решетников А. В. Методика проведения медико-социологических исследований / А. В. Решетников, С. А. Ефименко, Л. М. Астафьев. — М. : ГЕОТАРМЕД, 2003. — 96 с.
78. Решетников А. В. Основы построения медико-социологического мониторинга в системе обязательного медицинского страхования / А. В. Решетников // Социология медицины. — 2009. — № 1. — С. 3—11.
79. Рубцов В. П. Державне управління та державні установи: Навч. посіб. для дистанційного навчання / В. П. Рубцов, Н. І. Перинська; За ред. д.Ара соціол. наук, проф. Ю. П. Сурміна.— К.: Університет «Україна», 2008.— 440 с.
80. Русинова Н. Л. Предикторы удовлетворенности потребителей услугами первичного здравоохранения / Н. Л. Русинова, Л. В. Панова, О. Н. Бурмыкина // Социология медицины. — 2006. — № 2. — С. 24—26.
81. Савельева В.С., Єськов О.Л. Управління персоналом: Навчальний посібник. – К: “Професіонал”, 2005. – 336 с.
82. Самофал М.М. Підстави виникнення правовідносин з надання медичних послуг [Електронний ресурс] Режим доступу: [http://www.vru.gov.ua/content/article/visnik13\\_13.pdf](http://www.vru.gov.ua/content/article/visnik13_13.pdf)
83. Смехнова Г. П. Основы прикладной социологии : [учебн. пособ.] / Г. П. Смехнова. — М. : Вузовский учебник, 2008. — 240 с.
84. Сокол К. М. Социологическое исследование особенностей образа жизни учащейся молодежи / К. М. Сокол // Україна. Здоров'я нації. — 2009. — № 1—2 (9—10). — С. 168—171. 19. Социологический инструментарий : [учебн. пособ.] / под ред. проф. А. А. Сарно. — СПб. : Изд-во СПбГУЭФ, 2001. — 67с.
85. Соціологічна оцінка якості амбулаторно-поліклінічної допомоги дитячому населенню Закарпатської області / В. В. Горачук, В. В. Брич, І. Г. Рошко [та ін.] // Проблеми клін. педіатрії. – 2011. – № 1–2 (11–12). – С. 21–24.
86. Телетов О.С., Дмитрієв Д.В.. Сучасні проблеми маркетингу медицини і фармації [Електронний ресурс] – Режим доступу: [essuir.sumdu.edu.ua/bitstream/123456789/8533/1/565.doc](http://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream/123456789/8533/1/565.doc)

- 87.Ткачук С.В. Маркетинг послуг [Електронний ресурс]: конспект лекцій для студ. галузі знань 0305 "Економіка і підприємництво" напряму підготовки 6.030507 "Маркетинг" денної та заочної форм навч. / С.В. Ткачук. – К.: НУХТ, 2015. – 119с.
- 88.Тогунов И.А. Концептуальное обоснование применения метода системного подхода к оценке качества медицинской помощи / И.А.Тогунов // Проблемы социальной гигиены и история медицины – № 3. – 2008. – с. 45-48.
- 89.Тогунов И.А. Маркетинговая сущность медицинской профилактической деятельности / И.А. Тогунов // Мир медицины: журнал для медицинских сестер, фельдшеров и акушеров / учредители: ОДО "НТМ-2000", Ассоциация медицинских сестер г. Минска. – 2003. – №7. – С. 22-23.
- 90.Тогунов И.А. Соотношение и адекватность понятий модели маркетинговой системы и категорий системы здравоохранения, функционирующей в условиях рынка / И.А. Тогунов // Экономика здравоохранения – 2015. – № 7 – С. 21-25.
- 91.Україна крізь призму Європейської хартії прав пацієнтів: результати виконання в Україні другого етапу європейських досліджень на відповідність стандартам ЄС з прав пацієнтів / [В. В. Глуховський та ін.] ; Європ. прогр. Міжнар. фонду Відродж. «Розвиток співпраці аналітичних центрів України та країн Західної Європи». – К. : Дизайн і поліграфія, 2012. – 158 с.
- 92.Файоль А., Эмерсон Г., Форд Г. Управление – это наука и искусство / А.Файоль, Г.Эмерсон, Г.Форд. Республика, 1992. – 352с.
- 93.Философский словарь / авт-сост. : И.В.Андрущенко, О.А.Вусатюк, С.В.Линецкий, А.В.Шуба. – К. : А.С.К., 2006. – 1058с.
- 94.Хальфин Р. А. Качественные критерии оценки медицинской помощи в учреждениях здравоохранения муниципального уровня / Р. А. Хальфин, Е. Ю. Огнева, В. В. Мадьянова // Экономика здравоохранения. – 2010. – № 11–12. – С. 12–20.
- 95.Черкасов, В.В. Управленческая деятельность менеджера. Основы менеджмента / В.В.Черкасов, С.В.Платонов, В.Й.Третьак. – К. : Ваклер; Атлант, 2008. – 470с.

96. Чехун О.В. Надання платних медичних послуг: цивільно-правові аспекти [Електронний ресурс] / О.В.Чехун // Часопис Київського ун-ту права – 2010. – № 2. Режим доступу: [kul.kiev.ua/images/chasop/2010\\_2/213.pdf](http://kul.kiev.ua/images/chasop/2010_2/213.pdf)
97. Чорний, Г.М. Управління: концептуальні засади національного менеджменту: монографія / Г.М.Чорний. – К. : ННЦ ІАЕ, 2005. – 102с.
98. Шавкун І.Г. Ділова комунікація: сутність та типологізація [Електронний ресурс] – Режим доступу: [http://www.zgia.zp.ua/gazeta/VISNIK\\_38\\_7.pdf](http://www.zgia.zp.ua/gazeta/VISNIK_38_7.pdf)
99. Шереметьєва Л.А. Концептуальні підходи, типи та види державних послуг в Європейському Союзі та в Україні: порівняльний аналіз [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej12/txts/10slaupa.pdf>
100. Шомникова А.В. Сутність та особливості функціонування ринку медичних послуг [Електронний ресурс] Режим доступу: [http://tppe.econom.univ.kiev.ua/data/2010\\_23/Zb23\\_28.pdf](http://tppe.econom.univ.kiev.ua/data/2010_23/Zb23_28.pdf)
101. Ясінська А.І., Демків Н.І. Маркетингові і логістичні рішення у період реформування медичної галузі України [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://ena.lp.edu.ua:8080/bitstream/ntb/17080/1/289-Yasinska-468-469.pdf>
102. Coulter A. Patients' experiences with hospital care in five countries / A. Coulter, P. D. Cleary // Health Aff. — 2001. — № 20. — P. 24—52.
103. Coulter, S. Bruster // Междунар. журн. качества мед. помощи. – 2002. – №14. – С. 353–358.
104. Jenkinson C. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from inpatient surveys in five countries / C. Jenkinson, A.