

**Міністерство освіти і науки України
Західноукраїнський національний університет**

ДРОБНЕР Ганна Георгіївна

**СОЦІАЛЬНО-КОМУНІКАТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ ВЗАЄМОДІЇ ЗАКЛАДУ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗІ СПОЖИВАЧАМИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ**

спеціальність 073 менеджмент

освітня програма менеджмент закладів охорони здоров'я

Випускна кваліфікаційна робота за ступенем вищої освіти "магістр"

Тернопіль 2021

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНО-КОМУНІКАТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ВЗАЄМОДІЇ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗІ СПОЖИВАЧАМИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	6
1.1. Комунікативна політики та комунікативна діяльність як ефективний засіб підвищення відповідальності населення за своє здоров'я та розвитку системи охорони здоров'я.....	6
1.2. Використання інформаційних технологій в комунікаціях охорони здоров'я.....	11
Висновки до розділу 1	27
РОЗДІЛ 2. ОЦІНКА КОМУНІКАТИВНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗІ СПОЖИВАЧАМИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	29
2.1. Оцінка комп'ютеризації та інформатизації закладів охорони здоров'я як основа ефективних комунікацій в системі охорони здоров'я.....	29
2.2. Проблеми інформатизації охорони здоров'я України, як основи сучасного інформаційного забезпечення комунікацій в охороні здоров'я та можливі шляхи їх вирішення	37
2.3. Оцінка використання інформаційних технологій процесі взаємодії закладів охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг	39
Висновки до розділу 2	47
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ СОЦІАЛЬНО-КОМУНІКАТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ВЗАЄМОДІЇ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗІ СПОЖИВАЧАМИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	49
3.1. Концептуальні підходи до створення системи комунікацій в охороні здоров'я.....	49
3.2. Методичні підходи до проведення комунікацій при реформуванні охорони здоров'я.....	56
Висновки до розділу 3	63
ВИСНОВКИ.....	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	69
ДОДАТКИ.....	75

ВСТУП

Актуальність теми дослідження Комунікаційний процес визнаний необхідною умовою становлення, розвитку і функціонування всіх соціальних систем, він є інструментом побудови громадянського суспільства в державі.

ВООЗ документом «Основи європейської політики та стратегія для XXI століття» визначає необхідність підвищення рівня розвитку систем та послуг інформаційного забезпечення охорони здоров'я і визначає відповідні напрямки комунікаційної діяльності. Із десяти основних функцій громадської охорони здоров'я ВООЗ одну визначає як комунікацію в інтересах громадської охорони здоров'я, вказуючи, що це мистецтво та техніка інформування окремих громадян, установ та різних аудиторій громадськості, впливу на них і створення у них позитивної мотивації відносно важливих питань та детермінант здоров'я.

Закордонні автори вказують на значення ефективних комунікацій в боротьбі з факторами ризику ХНЗ (J. Graham, B. Amos, T. Plumptre, 2003), забезпеченні дорожньої безпеки для дітей (D. Sethi, F. Racioppi, F. Mitis, 2008) та підвищенню фізичної активності (P. Kirk, 1999). Ефективні комунікації також мають вирішальне значення в адвокації рішень з розвитку систем охорони здоров'я на різних рівнях управління (Г.О. Слабкий, В.М. Лехан 2010, 2012).

В загальній літературі представлено форми, методи та сучасні канали комунікацій, їх функції (Г.Г. Почепцов, 2002, 2005; С.М. Квіт, 2008; В.В. Різун 2008, 2010). Значна частина робіт присвячена питанням розвитку інформаційних технологій (О.П. Мінцер, 2012, 2013; О.Ю. Майоров, 2013, 2014), телемедицини (О.С. Коваленко 2010,2012; В.Г. Осташко, 2011, 2012) та їх місця в забезпеченні інформаційного супроводу зв'язків з громадськістю (Є.М. Кривенко, О.Р. Ситенко, 2012, 2012, 2013). Але комплексних досліджень, присвячених комунікаціям в системі охорони здоров'я України, не проводилося, що і зумовило актуальність дослідження та його мету і завдання. Незважаючи на наявність значного масиву наукових напрацювань, недостатньо розкритими залишаються питання забезпечення комунікативної взаємодії закладу охорони

здоров'я із споживачами медичних послуг та її вдосконалення. Це посилює актуальність виконання теми випускної кваліфікаційної роботи та зумовлює постановку мети і завдань цієї роботи.

Метою випускної кваліфікаційної роботи є розвиток теоретичних положень та вироблення практичних рекомендацій щодо удосконалення соціально-комунікативних технологій взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг.

Основними завданнями випускної кваліфікаційної роботи є:

- провести дослідження комунікативної політики та комунікативної діяльності закладів охорони здоров'я;
- провести дослідження використання інформаційних технологій в комунікаціях охорони здоров'я;
- провести оцінку комп'ютеризації та інформатизації закладів охорони здоров'я як основа ефективних комунікацій в системі охорони здоров'я
- визначити проблеми інформатизації охорони здоров'я України, як основи сучасного інформаційного забезпечення комунікацій в охороні здоров'я та запропонувати можливі шляхи їх вирішення;
- провести оцінку використання інформаційних технологій процесі взаємодії закладів охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг;
- запропонувати концептуальні підходи до створення системи комунікацій в охороні здоров'я;
- запропонувати методичні підходи до проведення комунікацій при реформуванні охорони здоров'я.

Об'єктом випускної кваліфікаційної роботи є процес комунікативної взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг.

Предметом випускної кваліфікаційної роботи є механізми та методи забезпечення взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг.

Практична значущість одержаних результатів полягає у тому, що розроблені у ній теоретичні положення та практичні рекомендації щодо

удосконалення комунікативної взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг можуть бути використані медичними установами різних форм власності у їх діяльності; при підготовці і прийнятті управлінських рішень щодо забезпечення і покращення комунікацій цих установ зі споживачами медичних послуг.

Апробація. За результатами дослідження опубліковано тези доповідей на тему «Комунікації як ефективний засіб розвитку системи охорони здоров'я» у матеріалах доповідей Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки» (Тернопіль, ТНЕУ, 2020) та тези доповідей на тему «Комунікативна взаємодія як необхідна складова діяльності медичної установи» у матеріалах доповідей V Науково-практичної конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні проблеми економіки, підприємництва та управління на сучасному етапі» (Тернопіль, ЗУНУ, 2020).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНО-КОМУНІКАТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ВЗАЄМОДІЇ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗІ СПОЖИВАЧАМИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

1.1. Комунікативна політики та комунікативна діяльність як ефективний засіб підвищення відповідальності населення за своє здоров'я та розвитку системи охорони здоров'я

Комунікації розглядаються як один з найважливіших інструментів побудови громадянського суспільства в державі [1, с.11]. Система взаємовідносин між владою і засобами масової інформації може свідчити про рівень демократизації суспільства і його готовність до завоювання та утримання громадянської свободи [17]. Враховуючи, що охорона здоров'я є розділом соціальної діяльності держави, комунікації в охороні здоров'я відносяться до розділу соціальних комунікацій [18].

Головна мета становлення українського суспільства полягає в розбудові суверенної і незалежної, демократичної, соціальної і правової держави [19]. Соціальні комунікації стають одним із найважливіших інструментів побудови громадянського суспільства, а система взаємовідносин між владою і засобами масової інформації може свідчити про рівень демократизації суспільства і його готовність до завоювання та утримання громадянської свободи. Досягнення високого рівня розвитку демократичних відносин в Україні тісно пов'язане із формуванням в нашій державі громадянського суспільства [20,21].

До основних функцій громадянського суспільства належить, окрім повного задоволення матеріальних та духовних потреб людини, захисту приватної сфери життя, отримання політичної влади від тотального та абсолютного панування, ще й розвиток та стабілізація суспільних, відносин, за для чого активно використовуються засоби соціальної комунікації [39]. Комунікативний процес є необхідною умовою становлення, розвитку і функціонування всіх соціальних систем, тому що саме завдяки йому стає можливим зв'язок між поколіннями,

накопичення й передача соціального досвіду, його збагачення, розділення праці та обмін її продуктами, організація суспільної діяльності, трансляція культури [40,41]. Саме завдяки комунікації здійснюється управління, і тому вона є тим соціальним механізмом, який сприяє реалізації влади в суспільстві [42-45].

Перш ніж перейти до аналітичного аналізу літературних джерел вважаємо за необхідне зупинитися на визначеннях, адже розуміння термінології є надзвичайно важливим в розумінні далі поданої інформації.

Необхідно зазначити, що існує велика кількість визначень соціальної комунікації [46-48]. Найчастіше соціальна комунікація розглядається як «передача інформації, ідей, емоцій (завдяки знакам і символам), як процес, який пов'язує окремі частини соціальних систем одне з одним. Соціальна комунікація у процесі свого здійснення вирішує такі взаємопов'язані задачі, як інтеграція окремих людей в соціальні групи або спільноти, а спільноти – в цілісну систему суспільства; внутрішню диференціацію суспільства, відокремлення і відособлення суспільства й окремих його груп один від одного, що приводить до більш глибокого усвідомлення ними своєї специфіки та функцій. Громадянське суспільство потребує розвинутих і обґрунтованих комунікаційних стратегій і тактик, які допомагають» [2]:

- по-перше, задовольнити потреби суспільства в якісній та оперативній інформації,
- по-друге, забезпечать суспільство, окремі організації і групи людей максимально повними й вичерпними відомостями про діяльність всіх (владних і невідладних) структур в суспільстві, нададуть можливість всім суб'єктам комунікації довести свою соціальну значущість, завоювати довіру до своєї діяльності й дістати підтримку з боку громадськості для успішного виконання своїх функцій. В охороні здоров'я це інформування та навчання населення основам збереження та зміцнення особистого здоров'я, ЗСЖ, профілактики захворювань, тактиці дій при загрозових для здоров'я та життя станах; виду та місця і умов отримання певних видів медичної допомоги.

В демократичному суспільстві забезпечується одна з найважливіших потреб сучасного людства – потреба вчасно отримувати об'єктивну, неупереджену, повну і достовірну інформацію. Інформація є невід'ємною складовою процесу комунікації як окремих індивідів, так і цілих спільнот [52,53].

Доцільно наголосити, що одним із найпоширеніших тверджень сучасності є «визнання того, що в епоху інформаційного суспільства отримання, споживання, створення і розповсюдження інформації є домінантною ознакою сучасного життя» [63]. Інформація впливає на людину і чинить на неї вплив у найрізноманітніших сферах людського буття. Все це передбачає широке використання інформаційних технологій у будь-якій сфері в тому числі в охороні здоров'я за для формування: громадської думки, яка є важливим чинником побудови в державі громадянських відносин, а в охороні здоров'я мотивованого відповідального відношення до особистого здоров'я та здоров'я членів родини.

Одним із джерел отримання такої інформації та фактором впливу на формування громадської думки частіше за все стають ЗМІ [55,56]. Система взаємовідносин між засобами масової комунікації і суспільством може використовуватися під різними кутами зору. Центральним стає питання: «на яких принципах засоби масової комунікації функціонують в конкретних політико-економічних і культурно-історичних умовах» [3].

Слід зауважити, що навряд чи можливо запропонувати «ідеальну» схему взаємодії системи охорони здоров'я та населення в цілому та окремих груп комунікативного впливу: кожна країна шукає власні шляхи з огляду на соціокультурні традиції.

Рівень довіри української громадськості до засобів масової інформації коливається залежно від багатьох чинників, проте загалом він є достатньо високим упродовж тривалого часу. За таких умов засоби масової інформації стають впливовим чинником створення в українському суспільстві сприятливих умов для впровадження громадських здоров'я формуючих та здоров'я зберігаючих технологій [59].

Ситуація з впливом соціальних комунікацій на стан життя в країні розглядається в різних аспектах, але сьогодні, на погляд деяких авторів [60,61], передчасно говорити про тотальний якісний прорив у цій сфері.

Становлення інформаційного суспільства в Україні можна охарактеризувати здебільшого кількісним зростанням обсягів інформації, збільшенням інформаційних потоків. Але це саме по собі зовсім необов'язково призводить до появи нових можливостей розвитку людини і суспільства в цілому. З іншого боку, інформація (особливо з боку владних і політичних структур) і канали її трансляції в маси активно використовуються в діяльності будь-яких, як державних, так і недержавних інститутів і діячів у зв'язку з тим, що інформація є основою для формування світогляду або змін у ньому [62,63]. І це обов'язково треба використовувати при створенні системи комунікацій в охороні здоров'я.

Суспільні комунікації не обмежуються лише засобами масової інформації. Саме потребами соціуму в регулюванні суспільно вагомих сфер діяльності та соціальних відносин зумовлене формування соціального інституту PR в Україні. Паблік рілейшнз як особлива управлінська діяльність спрямована на формування й підтримку ефективної системи публічних комунікаційно-інформаційних зусиль соціальних суб'єктів, що забезпечують оптимізацію його взаємодії з громадськістю [4]. Щоб задовольнити свої потреби, «індивіди і соціальні групи налагоджують і постійно підтримують взаємозв'язки, тому що налагодження контактів і підтримання добрих стосунків з громадськістю набувають особливого значення в умовах демократизації суспільного життя в Україні та її виходу на міжнародну арену як суверенної і незалежної держави» [2].

Аналізуючи соціальну комунікацію як основну складову розвитку суспільства у постіндустріальний період, виділяють принципи її функціонування, дотримання яких є основною умовою побудови громадянського суспільства в Україні [63]:

- по-перше, це те, що комунікація починається зі створення клімату довіри;
- по-друге, зміст комунікаційних зусиль повинен бути узгодженим з

реальною ситуацією, відповідати їй. Як би вміло і професійно не використовувалися засоби масової інформації, вони лише доповнюють повсякденне життя, думки та дії людей. Контекст ситуації має надавати можливість брати участь у подіях і реагувати на комунікативні зусилля;

- по-третє, повідомлення повинно мати значення для громадськості, воно має збігатися з системою її цінностей, бути релевантним ситуації;

- по-четверте, комунікація – це безперервний та нескінченний процес, який мусить тривати постійно, тому що недостатність інформації завжди породжує розповсюдження неправдивих відомостей, які породжують неадекватну поведінку з боку реципієнтів, вводять їх в оману та веде до непередбачуваних наслідків. На думку фахівців [63], в Україні спостерігаються особливості у використанні моделей комунікації. Особливо це стосується комунікацій з боку органів державної влади, яка намагається впливати на поведінку громадськості у бік підтримки своєї діяльності. Для того, щоб відбулися прогресивні зрушення в цій сфері, вирішальним має стати усвідомлення того, що уявлення громадськості про їх діяльність формуються на підставі їхньої лінії поведінки та інформаційних повідомлень. Щоб відбулися глибокі зміни у зв'язках з громадськістю, потрібен перехід до розуміння комунікації як інструмента стратегічного управління [4].

Таким чином можна стверджувати, що соціальна комунікація є найбільш складним видом комунікації. Важливою стає необхідність постійної підтримки двостороннього потоку інформації, а також розуміння владою того, що комунікативна політика не має автоматично впливати з організаційної політики, а повинна формуватися шляхом узгодження. Підґрунтя такого підходу становить принцип, за яким аудиторія, як правило, допускає вплив на себе лише в тому разі, якщо влада або організація готові до діалогу з нею (безпосередньо або опосередковано) заради узгодження принципів своєї діяльності. Це і стане важливим чинником покращення здоров'я населення України шляхом формування у нього мотивованого відповідального ставлення до особистого здоров'я та здоров'я членів родини.

1.2. Використання інформаційних технологій в комунікаціях охорони здоров'я

Дискусії з приводу того, як вірно організувати охорону здоров'я, ведуться вже не один рік і все частіше переростають у обговорення проблем медицини в цілому. Наразі як серед розвинутих країн, так і серед країн, що розвиваються, не залишилось жодної держави, яка б не заявила про реформу охорони здоров'я [4]. Проте причини пильної уваги до сфери здоров'я і цілі, поставлені реформами, різні. В США, наприклад, в умовах високовартісної приватної медицини 30% населення взагалі не отримують регулярного медичного обслуговування [35]. У Європі, навпаки, охорона здоров'я на 70% державна. Але при громадській системі охорони здоров'я громадяни змушені все більше платити за медичну допомогу. Крім того, населення Європи старіє, а літні люди потребують інтенсивного медичного догляду. Зростає і частота хронічних захворювань [36].

Сьогодні неможливо надавати високоякісні медичні послуги в межах системи, зорієнтованої на стаціонарне лікування [37-140]. Перехід до дійової повсюдної медицини є можливим тільки тоді, коли медичні послуги стануть доступними широкому колу людей. В той же час необхідно перенести акцент з клінічної медицини профілактику та ранню діагностику. Крім того, висока якість можлива лише в умовах конкуренції, хоча і середовище, на жаль, не гарантує високої якості послуг [41].

Префікс “e” “електронна охорона здоров'я”, з'явилася у всіх стратегічних планах з удосконалення медичних послуг, що надаються громадянам економічно розвинутих країн [42]. Проте використання тут інформаційних та комунікаційних технологій сприймається поки неоднозначно. Якщо раніше у Європі на електронні послуги відводилося в середньому близько 2% загальних витрат на пацієнта, то сьогодні різні країни Євросоюзу підходять до розвитку електронної охорони здоров'я по-різному. В деяких країнах норма “електронізації” охорони з здоров'я навіть знижується, що в основному пов'язано зі збільшенням загальних витрат [43].

Наприклад, Німеччина, яка в середньому витрачає щорічно 2,660 тис. євро

на лікування пацієнта, суто на електронні послуги відводить лише 17,3 євро, а Іспанія при щорічних витратах на медичні послуги з розрахунку в середньому 1,55 тис. на особу витрачає тільки 15 євро на електронні послуги: запис на прийом до лікарів, історія хвороби та можливість більш персоніфікованого підходу до пацієнта. Крім цього, в рамках програм “е” створюються інформаційні портали, де можна отримати відомості з окремих видів захворювань, і, разом з цим, знайти спеціаліста з потрібного профілю або спеціалізовану лікарню[44-146].

Одне з найуразливіших місць у лікувальному процесі – це вузька спеціалізація при відсутності координації з лікарями інших профілів [47]. Дійсно, кардіолог лікує серце, уролог нирки, гепатолог печінку, і відновити повну картину стану здоров'я пацієнта при такому підході важко, потрібні консилиуми. Можна, звичайно, скористатися телеконференцією, але для цього потрібне відповідне оснащення [48]. Тим не менш, наразі є рішення, що дозволяють проводити віртуальні консилиуми, розглядати та коментувати складну інформацію, не відходячи від свого комп'ютера, прямо на робочому місці [49]. Якщо ж лікарям потрібно просто неформально порадитись один з одним – адже не завжди і не скрізь у лікарнях дозволяється користуватися мобільним телефоном - можна скористатися технологією Microsoft Unified Communicator (UC), а разом з цим і дізнатися, хто з лікарів знаходиться у даний час на робочому місці [2]. Варто пригадати таку послугу як електронні збори, або віртуальні консилиуми. Медичний персонал, як правило, не має багато часу на оперативні наради, до того ж набагато корисніше для справи знаходитися більше поруч з хворим, проте спілкування з колегами та їх поради є вкрай необхідними. Інтернет програми Live Meeting допомагають зекономити час за рахунок віртуальних консилиумів, а скориставшись одночасно Microsoft Information Bridge, можна отримати доступ до даних та документів, що зберігаються в самих різних форматах [3].

Враховуючи, перенесення акценту зі стаціонарного на амбулаторне та превентивне лікування компанія "Home Care Homebase" розробила спеціальне

мобільне рішення для лікарів та медсестер, які відвідують пацієнтів вдома. Відвідуючи до пацієнта для обстеження, медичний працівник вводить інформацію до свого мобільного пристрою, синхронізуючи її з даними в центральній базі лікарні. Користуючись, наприклад, такою системою, як Microsoft Identity Manager Server, можна отримати необхідну інформацію з усіх відділень (лабораторія, кардіологія і т.ін.), а загальна інфраструктура на основі Active Directory гарантує захист даних від несанкціонованого доступу [52].

Охорона здоров'я стає в наш час мультиплікатором бізнес-процесів [3]. Якщо, наприклад, можна ще на етапі будівництва оснастити будинок входом до Інтернет або обладнати систему безпеки, то чому зразу ж не подумати про здоров'я майбутніх жителів? У Голландії створено рішення "Home Care – послуги на дому", яке інтегрується збудоване житло ще на етапі проектування. Дані моніторингу стану здоров'я літньої людини, яка знаходиться вдома, знімаються за допомогою датчиків, і в разі якщо показники виходять за визначені межі, до медичного центру спостереження надходять сигнали тривоги. Аналогічну систему з назвою "Блакитне світло" розроблено для літніх людей у Чехії [54]. Крім "кнопки порятунку", при натисненні на яку автоматичний сигнал тривоги надходить на пульт уповноваженої медичної сестри, у квартирі встановлені датчики рухів. Якщо протягом 10-12 годин таких рухів немає, автоматично сигнал надходить родині, а також до медичного центру. Одним з рішень можуть стати персональні електронні портали, побудовані за технологією Health Vault. Вони дозволяють людині отримати дані, наприклад, серію вимірювань артеріального тиску або рівня цукру за допомогою приборів, підключених до комп'ютера, та зберігати ці показники безпосередньо на порталі. При цьому людина сама вирішує, кому надавати доступ до його електронної карти: лікарю або родичу. Звичайно, такі технології потребують і відповідної інфраструктури – саме в цьому і полягає поки різниця між розвинутими європейськими країнами та Україною [55].

У Данії, де вже декілька років функціонує єдиний національний портал охорони здоров'я, 70% населення і 92% лікарів загальної практики активно

працюють в Інтернеті, щомісяця більше 2,5 млн. повідомлень надсилаються електронними каналами зв'язку, 84% скерувань пацієнтів зі стаціонарів до поліклінік, 97% лабораторних аналізів та 81% рецептів включно [56]. Причому 95% лікарів загальної практики потенційно мають доступ до електронної карти пацієнта. Це означає, що пацієнт може в будь-який час отримати доступ до своїх медичних даних та за своїм вибором і в зручний час записатися до спеціаліста, який до моменту візиту буде мати всю необхідну інформацію для зустрічі. При всіх очевидних вигодах електронної медицини існує низка серйозних проблем, що перешкоджають її впровадженню. Перш за все, це низький рівень довіри медичних працівників до ІТ. Задача лікарів – не вивчати технології, а лікувати людей. У Великій Британії [57], наприклад, де було витрачено більше 12 млрд. фунтів стерлінгів на інформатизацію первинної ланки і стаціонарів, Національна служба охорони здоров'я (National Health System, NHS) раптом з'ясувала, що лікарі відмовляються користуватися новими високовартісними системами. Причина проста – незручно. Лікарі не мають ні часу, ні бажання вивчати різні, нерідко вкрай складні інтерфейси, щоб зрозуміти, де і як вони можуть отримати висновок по хворому, зробити виписку, отримати аналіз, призначити консультацію і т.ін. Потрібні інтерфейси, що дозволяють лікарю не тільки відразу знайти те, що йому потрібне, а й вірно скласти виписку та призначити лікування.

Створення “Єдиного інтерфейсу лікаря” дозволило б вирішити ще одну важливу задачу – скоротити кількість медичних помилок. Принципи безпеки пацієнта визначено ВООЗ і вони включають: правила ідентифікації пацієнта та відповідність призначеному лікуванню; запобігання помилок при переміщенні пацієнта; забезпечення точності призначення та видачі медикаментів; виконання призначеної процедури для конкретного пацієнта [58].

Як показує досвід західноєвропейських країн, ефект від використання ІТ в медицині є достатньо відчутним. Програма Wireless Home Care з надання медичних послуг на дому, що діє у Великій Британії дозволила скоротити щотижневі витрати на медичні послуги на 85%. Дослідження фінансового ефекту

ІКТ в Германії показало, що використання ІТ для надання послуг пацієнту в режимі віддаленого доступу скорочує щорічні витрати на охорону здоров'я на 1,5 млрд. євро [59]. Дуже цікавим є приклад іспанської державної лікарні «Торревьєха», де використання інформаційних технологій для створення електронної карти пацієнта, підтримки клінічних процесів, а також навчання персоналу дозволило помітно покращити якість медичних послуг. Вже за рік після запуску системи в цій державній лікарні було проведено 15 тис. успішних операцій, що в 4 рази більше, ніж у багатьох медичних центрах Іспанії. Скоротилися також витрати на лікування, в основному завдяки відмові від повторних аналізів та швидкому доступу до результатів лабораторних досліджень. Майже для всіх лікарняних процесів час очікування було скорочено в середньому в 4 рази, при цьому кошти, що вивільнилося, були скеровані на навчання персоналу та підвищення премій найбільш кваліфікованим співробітникам. Середня заробітна платня лікаря у лікарні «Торревьєха» на 40% перевищує середній заробіток лікаря в Іспанії [59].

Електронна охорона здоров'я та його телекомунікаційний компонент – телемедицина – первісно виникли в країнах, де густина розселення порівняно невелика (перш за все це Скандинавські країни, такі як Данія, Норвегія), а вимоги громадян мати рівномірні по якості медичні послуги, незалежно від місця проживання, досить високі. У Росії, та й в низці європейських країн, основні медичні заклади розташовані у великих муніципальних центрах, і жителям віддалених районів доводиться звертатися по допомогу до міст. Це створює додаткове навантаження на лікувальний персонал у медичних центрах, а втрачають час на приготування до переїздів [60]. Крім того, медицина у великих міських клініках поневолі знеособлюється, коли клінічному персоналу протистоїть нескінчений потік пацієнтів. Адже багато які проблеми зі здоров'ям можна було б вирішити на місці, якщо з самого початку вірно поставити діагноз. Саме в такій ситуації телемедицина може виявитися надзвичайно корисною. У Германії, наприклад, медичні аналітики вивчили результати 1024 неврологічних обстежень пацієнтів за період 1995- 2000 років, проведених у восьми

спеціалізованих центрах південної частини країни (графічні зображення, отримані за допомогою методів магнітно-резонансної томографії). З'ясувалося, що в 67% випадків транспортування хворих до спеціалізованих центрів було непотрібне і можливо було провести терапію на місцях, що дешевше та зручніше для пацієнта [61]. Найбільш кваліфіковані спеціалісти Румунії зосереджені у медичному центрі Бухареста, а у багато провінційних районів навіть не мають лікарів, здатних грамотно “прочитати” рентгенівський знімок, особливо якщо локалізація підозрюваної патології не відповідає спеціалізації місцевого лікаря. Щоб подолати такі труднощі компанією Infoworld було створено портал, на який завантажувалися рентгенівські знімки. Тепер спеціалісти медичного центра у Бухаресті консультують місцевих лікарів у відносно складних випадках. Що ж потрібно для того, щоб електронна охорона здоров'я запрацювало на повну силу? В першу чергу має бути визначено законодавчі та фінансові рамки телемедицини. Хто несе відповідальність за консультації? Як будуть оплачуватися послуги телеконсультантів? Вирішення цих питань – прерогатива держави [62].

Ще одна важлива проблема – це канали зв'язку [63]. Необхідні надійні, захищені канали Інтернет-комунікацій. Практичні рекомендації зі створення надійної інфраструктури вже існують, а досвід, накопичений країнами Євросоюзу у охороні здоров'я у проектах різного рівня – від масштабних національних проектів, таких як “Електронна охорона здоров'я Великої Британії”, до проектів регіонального масштабу як “Автоматизації первинної медичної ланки” (поліклінік) в Андалусії (Іспанія) – є узагальненим і доступним, наприклад, у документі “Інтегрована система охорони здоров'я ” (Connected Healthcare Framework, CHF) [63].

Ті, хто створює CHF можуть скористатися для побудови складних інформаційних медичних систем на базі готових шаблонів розробки медичних сервісів, інтерфейсів або автоматизованих робочих місць лікарів. Ця архітектура націлена на вирішення типових задач, з якими неминуче доводиться стикатися електронній медицині, CHF дозволяє побудувати систему, здатну працювати не

тільки в одному медичному закладі, а і в сусідній районній лікарні або в інших країнах. Наразі все більше і більше говорять про необхідність стандартної, реплікованої інфраструктури, що відповідає загальним базовим вимогам і є відкритою для різноманітних прикладань, які можна легко підключити відповідно до потреб людей. Адже кожного разу, створюючи щось нове, зокрема нові системи та коди, ми збільшуємо ризик появи помилок. І справа тут не тільки у мінімізації витрат, але і в надійності. Наразі технології можуть багато чого, але не слід забувати, що це лише інструмент, людський фактор завжди був і залишається вирішальним.

Галузь охорони здоров'я має свої проблеми у прийнятті нових технологій [1]. Одним з розділів, у яких ці проблеми присутні, є мобільний зв'язок. Хоча розповсюдження мобільних пристроїв докорінно змінило те, як люди працюють, лікарні застрягли у минулому. Ускладнення з фінансуванням ІТ-відділів призвело до того, що вони змушені забезпечувати дотримання HIPAA, продовжуючи спиратися на старі технології, з використанням пейджерів та стаціонарних телефонів [2].

Насправді, ефект від застарілої комунікаційної інфраструктури, стосується не тільки співробітників лікарні, які змушені жонглювати декількома пристроями. Повільні комунікації, можуть стати смертельними

— для пацієнтів лікарні. За даними Об'єднаної комісії, яка акредитує та посвідчує понад 20500 організацій та програм у галузі охорони здоров'я у Сполучених Штатах, майже 70% з подій, що попали під нагляд — інцидентів, що призводять до смерті пацієнта або тяжким травмам — прямо пов'язані з відмовами зв'язку. Замість того, щоб користуватися старими та повільними технологіями, багато з працівників лікарень змушені користуватися своїми смартфонами та планшетами, щоб працювати скоріше, хоча і через невідповідні канали [23].

Наразі багато організацій у галузі охорони здоров'я прийняли деяку форму уніфікованих комунікацій, щоб зекономити кошти та спростити обмін повідомленнями для співробітників. Але багато з них зіткнулися з проблемами

при використанні цих технологій на мобільних [4].

По-перше, шляхом впровадження крос-платформеного рішення для управління мобільністю закладу (EMM), такого як BES12 від BlackBerry, можна упорядкувати комунікації співробітників, що є вирішальним фактором в галузях, де затримка навіть на декілька секунд може означати різницю між життям та смертю.

По-друге, можна пом'якшити багато проблем, пов'язаних з використанням власних пристроїв співробітників через контейнеризацію. Ця технологія зберігає робочі дані та прикладання. Контейнеризація не тільки зберігає дані компанії у безпеці та зменшує ризик випадкової втрати даних співробітників, вона також зменшує витрати на мобільні пристрої співробітників за рахунок спрощення управління пристроями.

Ці два кроки допомагають пройти довгий шлях до прийняття співробітниками спільних та швидких комунікацій для догляду за пацієнтами [3].

Інженери Tango Networks та BlackBerry працюють у прямому співробітництві для створення безшовних технологій для організацій, що працюють у галузі охорони здоров'я. За допомогою послуги Tango Networks Enterprise Mobile UC у поєднанні з BES12 клієнти отримують переваги [17]:

Один номер. Користуючись одним номером для голосової пошти і набору на смартфонах, медсестри та лікарі мають більш ефективний доступ один до одного та до пацієнтів.

Розширення обхвату за допомогою VOIP. Використання Wi-Fi, а не тільки мобільної мережі, забезпечує максимальне “досягнення” — дзвінки не будуть проходити кожен раз через мережу оператора, незалежно від того, де опинились співробітники на території лікарні.

Покращена інтеграція. Tango Networks підтримує широкий діапазон платформ та інтегрується з пристроями на базі операційних систем BlackBerry, а також IOS и Android, які вже широко використовуються у охороні здоров'я.

У сфері охорони здоров'я, ефективні комунікації мають вирішальне значення. Користуючись технологіями Tango Networks та можливостями BES12,

медичні компанії можуть зекономити кошти, підвищити продуктивність.

Нашу увагу привернула стаття Кучач В.В. зі співавторами [11] з Білорусії, присвячена актуальній проблемі – ролі електронної охорони здоров'я та інформаційно-комунікаційних технологій в системі забезпечення ліками літнього населення. В ній показано, що розвиток електронної охорони здоров'я є наслідком реалізації державних програм та ініціатив в різних країнах. За допомогою Інтернет-технологій та мобільної охорони здоров'я медичні служби та аптеки здійснюють дистанційне діагностичне тестування літніх пацієнтів, контролюють процес лікування у домашніх умовах, консультують їх з проблем здоров'я. Авторами зроблено висновок, що інформаційно-комунікаційні технології сприяють підвищенню медичної грамотності літнього населення та його прихильності до лікуванню.

Далі нами проаналізовано стан інформатизації системи охорони здоров'я в Україні.

Державна політика в Україні щодо інформатизації системи охорони здоров'я, а також впровадження новітніх інформаційних технологій (телемедицини, дистанційного навчання тощо) спрямована на ліквідацію відставання в цій сфері від передових світових держав і прискорення входження в інформаційний простір міжнародного співтовариства з метою підняття на сучасний рівень управління охороною здоров'я, практичної медицини, медичної освіти і науки [12].

Для України актуальними є питання розробки стратегії формування та подальшого вдосконалення відомчої інформаційної системи відповідно до вимог єдиного інформаційного простору країни, а об'єкт інформатизації розглядається як складова частина інформаційної структури держави та сукупність різноманітних структур і форм їх взаємодії щодо збору, обробки, збереження, розповсюдження та використання різних видів інформації з метою підтримки прийняття рішень та задоволення інтересів громадян [13].

У рамках проведення інформатизації охорони здоров'я, в т.ч. існуючих регіональних програм інформатизації галузі за останні роки зроблені істотні

кроки з покращення комп'ютерного забезпечення закладів охорони здоров'я (в першу чергу обласного та районного рівнів), підключення їх до мережі Інтернет; створення корпоративної мережі обміну інформацією між установами та медичними закладами на основі електронної пошти; створення локальних мереж в медичних закладах; розвитку та підтримки функціонування медичних веб-сайтів; розвитку інформаційних технологій клінічної та навчальної спрямованості; впровадження автоматизованих робочих місць медичних працівників, медико-статистичних систем, систем типу «Стационар» або

«Поліклініка» зі створенням персоніфікованих баз даних; впровадження сучасних телекомунікаційних систем та телемедичних технологій; підвищення ефективності і якості всіх видів робіт, пов'язаних зі збором, обробкою, збереженням і поданням медико-статистичної інформації для підвищення оперативності і якості прийняття управлінських рішень [17].

Проте головна увага приділяється переважно покращенню матеріально-технічної бази органів управління охороною здоров'я та закладів вторинного і третинного рівнів надання медичної допомоги, що полегшує працю окремих фахівців (переважно з адміністративних та фінансових служб, служби статистики), але не дає значущого ефекту як для закладу так і для галузі в цілому.

Причому значною (близько 50%) є частка морально застарілих комп'ютерів, що унеможливує впровадження повною мірою сучасних програмних продуктів, які розраховані на більш потужне устаткування. Це призводить до низького рівня використання лікувально-діагностичних інформаційних систем, їх недостатню якість та ізольованість, відсутність на галузевому рівні цілісної системи збору, обміну та аналізу інформації [1].

Намітилася тенденція відокремлення інформаційного забезпечення в самостійні системи, які не пов'язані методологічно між собою, і функціонують ізольовано через неузгодженість у підходах до кодування інформації, застосування програмного забезпечення. Інформація, що накопичується в таких базах даних, практично не використовується в процесі прийняття управлінських та лікарських рішень, не дає можливості оцінити якість надання медичної

допомоги, діяльність територіальних медичних служб і лікувально-профілактичних закладів [1].

Відсутні належні нормативні документи, що регламентують використання комп'ютерних систем у сфері електронного документообігу, захисту інформації, сертифікації програмних засобів, стандартів передання даних та інформаційного обміну. Повільно розвивається інформаційно-телекомунікаційна інфраструктура галузі. В таких умовах створення єдиного медичного інформаційного простору неможливе [4].

Далі нами проведено аналіз літературних джерел щодо регіонального розвитку інформатизації охорони здоров'я та впровадження інформаційно-телекомунікаційних технологій в систему охорони здоров'я [4].

Рівень комп'ютеризації ЗОЗ Дніпропетровської області та доступу до Інтернет в недостатній. Аналіз рівня комп'ютеризації за рівнями медичної допомоги показав, що у ЗОЗ, які надають ПМД переважають ПК року випуску 2008–2010 рр. – відповідно 51,3% від загальної чисельності в таких закладах; у ЗОЗ, що надають ВМД – ПК рік випуску до 2008 р. становлять 36,9%, ПК з року випуску з 2010 р. – 39,2%; у ЗОЗ, що надають ТМД – переважають ПК, рік випуску яких до 2008 р. (38,9%). Відсоток ПК нових модифікацій (ноутбуки) у ЗОЗ всіх рівнів незначний – в цілому по області до 10,0% від загальної чисельності всіх ПК [4].

В області за рівнями медичної допомоги рівень комп'ютеризації та доступу до Інтернет ЗОЗ, які надають третинну медичну допомогу становить 55,4% від загального комп'ютерного парку області, ЗОЗ первинного та вторинного рівні займають за рівнем комп'ютеризації відповідно 21,4 та 23,2%. Всі ЗОЗ підключені до мережі Інтернет.

Системне програмне забезпечення у вигляді операційних систем складається переважно з Windows 7, та Windows XP.

На рівні ЗОЗ та у медичних закладах інших рівнів використовуються переважно наступні прикладні програмні продукти: Укрмедсофт – “Поліклініка”, Програмний комплекс “Медстат”, “Інфомед” та “Медичні кадри”.

Також Комплексна МІС “Стаціонар-Поліклініка” розроблена спеціалістами області. До інших прикладних програмних засобів, що функціонують в закладах охорони здоров’я області необхідно віднести програмні продукти компанії “Медичні системи” та інформаційна система, створена на базі кафедри хірургії ДМА, яка функціонує у МКЛ №6. Всього програмне забезпечення для потреб медицини, які установлені в закладах охорони здоров’я, складає лише 30% від потреби [3].

Все інше програмне забезпечення представлено, в основному, програмними засобами для потреб бухгалтерсько-економічних підрозділів ЗОЗ.

У Департаменті охорони здоров’я обласної держадміністрації підключено до автоматизованої системи діловодства “ДОК ПРОФ”, відповідно підключені усі робочі місця локальної обчислювальної мережі Департаменту, що дає можливість бути включеними до системи “Електронний уряд”. Централізована база даних розміщена на серверах Телекомунікаційного центру області з забезпеченням резервного копіювання баз даних.

Телемедичні консультаційні центри для обслуговування закладів існують на базі Дніпропетровської обласної клінічної лікарні імені І.І. Мечникова та Дніпропетровського обласного центру кардіології та кардіохірургії.

В області функціонують наступні реєстри та інформаційні ресурси:

- реєстр осіб, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС;
- реєстр осіб, хворих на цукровий діабет;
- популяційний канцер реєстр – облік онкохворих;
- реєстр хворих на туберкульоз;
- база даних ВІЛ-інфікованих осіб та епідеміологічного моніторингу “EpidEids”;
- реєстр хворих на гіпертонічну хворобу;
- реєстр хворих на гострий інфаркт міокарда;
- реєстр дітей з вродженими вадами серця;
- реєстр донорів крові
- реєстрація хворих на сифіліс та гонорею;

- база даних осіб, визнаних та невизнаних інвалідами;
- бази даних статистичних відомостей про здоров'я населення та показники діяльності ЗОЗ.

Прикладне програмне забезпечення розроблено в основному в середовищі DELPHI під MS. Бази даних зберігаються на серверах БД MS SQL. В Кіровоградській області [6] використовуються дві медичні діагностичні системи “Тредекс” – канал ЕКГ-транстелефонний “Телекард” На базі КЗ “Кіровоградський обласний кардіологічний диспансер” – випуску 2004 року в експлуатації з 20.02.2005 р. з 12 периферійними пристроями в 12 ЦРЛ. На базі Знам'янської ЦРЛ рік випуску 2005, в експлуатацію введений з 25.04.2006, з 10 периферійними пристроями в лікарських амбулаторіях району.

У всіх ЗОЗ області з жовтня 2012 р. діє телекомунікаційна система. За рахунок субвенції з державного бюджету на загальну суму 1393,1 тис. грн. було придбано комплекс медичний, діагностичний, телеметричний, транстелефонний “Тредекс” – у складі 13 приймальних станцій і 89 ЕКГ- передавачів. Інсталяція комплексів з приймальними станціями проведена в кінці жовтня 2012 року в комунальному закладів “Кіровоградський обласний кардіологічний диспансер”, КЗ “КМЛШМД”, МК ЛПЗ – МЛ № 1 м. Олександрії і 10 центральних районних лікарнях. 11 ЦРЛ передають електрокардіограми в КЗ “КОКД”.

ЕКГ-передавачами оснащені бригади швидкої медичної допомоги м. Кіровограда, м. Олександрії, м. Знам'янки, м. Світловодська та усі (21) ЦРЛ. Проводиться організаційна робота по ефективному використанню цієї системи.

З метою налагодження системи оперативної координації діяльності щодо реалізації завдань та заходів Загальнодержавної програми протидії туберкульозу, на національному та регіональному рівнях запроваджено проведення щомісячних скайп-нарад, на яких розглядаються питання щодо стану реалізації державної політики у сфері протидії туберкульозу в регіонах; проводяться консилиуми в он-лайн режимі з розбору клінічно важких та мультирезистентних випадків туберкульозу на національному рівні.

Для підвищення ефективності медичної допомоги хворим на туберкульоз,

забезпечення своєчасності її надання, достовірності статистичної інформації та адміністративних даних, функціонує електронний реєстр хворих на туберкульоз.

До мережі Інтернет у Львівській області [18] підключено всі обласні лікарні, дитячі обласні лікарні, дитячі міські лікарні, спеціалізовані заклади, центральні районні лікарні та пологові будинки, поліклініки, 97,5% інших закладів охорони здоров'я, 100% поліклінік, 83,9% міських лікарень, 77,3% районних лікарень і лише 6,9,8% амбулаторій. Неповне охоплення Інтернетом деяких закладів охорони здоров'я і, зокрема, амбулаторій, пояснюється недостатнім фінансуванням для встановлення та обслуговування Всесвітньої мережі. Всі медичні заклади, що мають доступ до Інтернету, входять до єдиної системи взаємному обміну медичною інформацією, включаючи департамент охорони здоров'я та обласний медичний інформаційно-аналітичний центр. Система використовується для передавання статистичної, фінансово-господарської та оперативної інформації, у тому числі і до МОЗ України і Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України. Передача всієї оперативно-звітної інформації здійснюється електронною поштою.

Кількість медичних послуг, наданих за допомогою ІКТ, зросла з 409 у 2013 р. до 538 у 2014 р. Найбільший приріст відбувся за рахунок обласного державного кардіологічного центру, де проведено 507 консультацій. Телемедичні послуги в основному включають в себе питання діагностики та лікування хворих. Крім кардіоцентру, телемедичними діагностично-консультаційними послугами охоплювались заклади охорони здоров'я міст Дрогобича, Трускавця, Червонограда, Буського, Золочівського, Сколівського, Старосамбірського та Турківського районів.

Певна кількість робіт присвячена впровадженню телемедичних технологій.

Телемедичні технології у Вінницькій області в закладах охорони здоров'я впроваджуються по наступних напрямкам [4]:

- в міждержавній системі ContentNet (www.content.net.ua) зі створенням сайтів для кожного закладу, підпорядкованого ДОЗ та К ОДА та Моніторингу ;
- Україно – Швейцарська Програма “Здоров'я матері та дитини” на базі

телемедичної Інтернет-платформи ІРАТН:

До телемедичної мережі залучено регіональні медичні навчальні заклади, установи національного рівня (Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, Національну медичну Академію післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика), приватні та державні клініки з різних регіонів України, а також із закордону.

В Івано-Франківській обласній [45] дитячій клінічній лікарні в 2014 р. проведено 63 відеоконсультації хворих дітей (в реальному числі), проведено 16 відеолекцій для лікарів (підключення до кафедр КМАПО ім. Шупика і лікарні ОХМАТДИТ).

Обласний фтизіопульмонологічний центр: протягом 2014 р. проведено 2 телемедичні консультації ведення випадків туберкульозу у дітей та дорослих із спеціалістами Національного інституту фтизіатрії та пульмонології ім. С.Г.Яновського АМН України.

Із спеціалістами ДЗ “Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України” проведено 16 скайп-нарад щодо дотримувannya схем лікування у хворих із мультирезистентним туберкульозом, забезпеченості протитуберкульозних закладів протитуберкульозними препаратами, правильності ведення статистично затверджених форм ТБ 01 та ТБ 01-МРТБ [18].

Обласний кардіологічний диспансер: проведено 5 консультацій в режимі “Skype”, 3 ННЦ “Інститут кардіології імені ак. М.Стражеско”).

Обласний онкологічний диспансер: участь лікарів закладу в 7 науково-практичних конференціях (в режимі ОНЛАЙН).

Обласні лікувально-профілактичні заклади області співпрацюють з профільними закладами (інститутами, центрами м.Києва, м.Харкова), проте недостатньо розвиваються телемедичні технології на рівень районних та міських закладів.

У Кіровоградській області використовуються дві медичні діагностичні системи “Тредекс” – канал ЕКГ-транстелефонний “Телекард”. На базі КЗ

“Кіровоградський обласний кардіологічний диспансер” - випуску 2004 року в експлуатації з 20.02.2005 р. з 12 периферійними пристроями в 12 ЦРЛ. На базі Знам'янської ЦРЛ рік випуску 2005, в експлуатацію введений з 25.04.2006 р., з 10 периферійними пристроями в лікарських амбулаторіях району.

У всіх ЗОЗ області з жовтня 2012 р. діє телекомунікаційна система. За рахунок субвенції з державного бюджету на загальну суму 1393,1 тис. грн. було придбано комплекс медичний, діагностичний, телеметричний, транстелефонний “Тредекс” – у складі 13 приймальних станцій і 89 ЕКГ- передавачів. Інсталяція комплексів з приймальними станціями проведена в кінці жовтня 2012 року в комунальному закладі “Кіровоградський обласний кардіологічний диспансер”, КЗ “КМЛШМД”, МК ЛПЗ – МЛ №1 м.Олександрії і 10 центральних районних лікарнях. 11 ЦРЛ передають електрокардіограми в КЗ “КОКД”.

ЕКГ-передавачами оснащені бригади швидкої медичної допомоги м.Кіровограда, м.Олександрії, м.Знам'янки, м.Світловодська та усі (21) центральні районні лікарні. Проводиться організаційна робота по ефективному використанню цієї системи.

Транстелефонна передача ЕКГ та консультації з ЛПЗ області в комунальний заклад “Кіровоградський обласний кардіологічний диспансер” за 2014 рік передано 1243 ЕКГ.

Передача ЕКГ по телемедичній системі “Тредекс”: в межах районів області, які мають приймальну станцію, за 2014 рік передано 3691 ЕКГ.

Всього по області передано 4934 ЕКГ.

У 2012 р. в обласній лікарні встановлено обладнання, яке використовується для телемедицини: Відеотермінал QDX 6000 1 шт.; Інсталяційний сервіс для QDX 6000 Series 1 шт.; Маршрутизатор (Router) провідний Cisco CISCO1921-SEC/K9 1 шт.; Мобільна стійка для ТВ-панелі з 2-ма полицями під обладнання (ТВ панель, проектор відсутні) 1 шт.

Для надання телемедичної допомоги область співпрацює з Київським інститутом педіатрії акушерства та гінекології, перинатальними центрами Дніпропетровської та Одеської областей [10].

З метою конструктивної співпраці та налагодження системи оперативної координації діяльності щодо реалізації завдань та заходів Загальнодержавної програми протидії туберкульозу, на національному та регіональному рівнях запроваджено проведення щомісячних скайп-нарад, на яких розглядаються питання щодо стану реалізації державної політики у сфері протидії туберкульозу в регіонах; проводяться консилиуми в он-лайн режимі з розбору клінічно важких та мультирезистентних випадків туберкульозу на національному рівні.

До відомчої інформаційної системи Телемедициної мережі Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Львівської області на сьогодні підключено 26 закладів охорони здоров'я [11].

Телемедична мережа структурно складається з Регіонального телемедичного консультаційного центру (РТМЦ) та Телемедичних консультаційних центрів (ТМЦ), між якими засобами інформаційних мереж здійснюється обмін медичною інформацією з метою надання кваліфікованої медичної консультаційної допомоги на відстані [192-195].

Проведений аналіз літературних джерел вказує на значне відставання системи охорони здоров'я України у процесах інформатизації ЗОЗ та використання інформаційних технологій у процесі комунікацій в охороні здоров'я.

Висновки до розділу 1

Соціальна комунікація є найбільш складним видом комунікації. Важливою стає необхідність постійної підтримки двостороннього потоку інформації, а також розуміння владою того, що комунікативна політика не має автоматично впливати з організаційної політики, а повинна формуватися шляхом узгодження. Підґрунтя такого підходу становить принцип, за яким аудиторія, як правило, допускає вплив на себе лише в тому разі, якщо влада або організація готові до діалогу з нею (безпосередньо або опосередковано) заради узгодження принципів своєї діяльності. Це і стане важливим чинником покращення здоров'я

населення України шляхом формування у нього мотивованого відповідального ставлення до особистого здоров'я та здоров'я членів родини.

З метою конструктивної співпраці та налагодження системи оперативної координації діяльності щодо реалізації завдань та заходів Загальнодержавної програми протидії туберкульозу, на національному та регіональному рівнях запроваджено проведення щомісячних скайп-нарад, на яких розглядаються питання щодо стану реалізації державної політики у сфері протидії туберкульозу в регіонах; проводяться консилиуми в он-лайн режимі з розбору клінічно важких та мультирезистентних випадків туберкульозу на національному рівні.

РОЗДІЛ 2

ОЦІНКА КОМУНІКАТИВНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗІ СПОЖИВАЧАМИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

2.1. Оцінка комп'ютеризації та інформатизації закладів охорони здоров'я як основа ефективних комунікацій в системі охорони здоров'я

Метою дослідження є вивчення рівня комп'ютеризації та інформатизації закладів охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги як фактора, який сприяє запровадженню ефективної системи комунікацій в охороні здоров'я.

В ході виконання роботи використані результати оперативного моніторингу стану комп'ютеризації та інформатизації закладів охорони здоров'я України за 2020 рік в розрізі областей крім Донецької та Луганської і АР Крим, який проводить Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України.

На першому етапі дослідження було вивчено рівень забезпеченості закладів охорони здоров'я різного рівня медичної допомоги персональними комп'ютерами. На первинному рівні надання медичної допомоги, враховуючи специфіку діяльності сімейних лікарів, вивчався рівень забезпечення ЗОЗ у відповідності до кількості лікарів первинного рівня медичної допомоги. На вторинному та третинному рівнях вивчалось забезпечення персональними комп'ютерами структурних підрозділів вказаних закладів охорони здоров'я. Отримані результати наведені в табл.2.1.

За наведеними в табл.2.1 результатами дослідження видно, що в цілому в Україні за рівнями надання медичної допомоги найвищий рівень забезпечення персональними комп'ютерами встановлено на третинному рівні (30,5%), а найнижчий – на первинному (9,8%) рівні надання медичної допомоги. На вторинному рівні надання медичної допомоги рівень забезпеченості персональними комп'ютерами склав 17,2%.

Таблиця 2.1

**Забезпеченість закладів охорони здоров'я персональними комп'ютерами,
%**

Адміністративна територія	Рівень медичної допомоги		
	Первинний	Вторинний	Третинний
<i>Області</i>			
Вінницька	28,5	9,1	37,8
Волинська	21,4	11,8	25,9
Дніпропетровська	27,1	15,4	39,6
Житомирська	12,2	15,1	31,7
Закарпатська	9,8	19,1	29,8
Запорізька	5,1	9,8	21,5
Івано-Франківська	9,1	14,1	21,8
Київська	3,0	14,4	27,5
Кіровоградська	2,8	9,2	29,3
Львівська	9,7	26,7	32,7
Миколаївська	7,9	12,0	23,1
Одеська	11,2	25,9	34,6
Полтавська	8,9	14,7	29,9
Рівненська	4,7	9,9	24,8
Сумська	6,8	11,0	29,6
Тернопільська	3,2	9,7	16,3
Харківська	11,5	19,7	34,9
Херсонська	4,8	21,8	31,4
Хмельницька	7,5	24,7	24,8
Черкаська	8,7	24,2	32,7
Чернівецька	4,9	23,6	37,2
Чернігівська	3,6	15,4	36,2
<i>Міста</i>			
Київ	12,3	37,5	49,6
По Україні	9,8	17,2	30,5

В цілому в Україні різниця забезпеченості ЗОЗ персональними комп'ютерами між рівнями надання медичної допомоги становить:

- між первинним та вторинними рівнями надання медичної допомоги – 1,8 разів;
- між первинним та третинним рівнями надання медичної допомоги – 3,1 разів;
- між вторинним та третинним рівнями надання медичної допомоги – 1,8 разів.

Найвищі рівні забезпеченості персональними комп'ютерами за рівнями надання медичної допомоги зареєстровані в наступних регіонах:

- первинний рівень: 28,5% Вінницька, 27,1% Дніпропетровська, 21,4% Волинська області;
- вторинний рівень: 37,5% м. Київ, 26,7 % Львівська та 25,9% Одеська області;
- третинний рівень: 49,6% м. Київ, 39,6% Львівська та 37,8% Вінницька області.

Найнижчі рівні забезпеченості персональними комп'ютерами за рівнями надання медичної допомоги зареєстровані в наступних регіонах:

- первинний рівень: 2,8% Кіровоградська, 3,2% Тернопільська та 3,6% Чернігівська області;
- вторинний рівень: 9,1% Вінницька, 9,2% Кіровоградська та 9,7% Тернопільська області;
- третинний рівень: 16,3% Тернопільська, 21,5% Запорізька та 21,8% Івано-Франківська області.

Граничні показники забезпеченості закладів охорони здоров'я за рівнями надання медичної допомоги становлять:

- первинний рівень: 10,2 разу: від 2,8% в Кіровоградській до 28,5% в Вінницькій областях;
- вторинний рівень: 4,1 разу: від 9,1% в Вінницькій області до 37,5% в м. Києві;
- третинний рівень в 3,0 разу: від 16,3% в Тернопільській області до 49,6% в м. Києві.

При цьому необхідно відмітити, що за даними ДУ «Український інститут стратегічних досліджень» [46] до 60 % комп'ютерної техніки є фізично застарілою.

Далі вивчалоя питання доступності в закладах охорони здоров'я доступу до мережі Інтернет. Рівень доступу до мережі Інтернет встановлювався із числа закладів охорони здоров'я, які комп'ютеризовано. Отримані в ході дослідження дані наведено в табл.2. 2.

Таблиця 2. 2

Доступ закладів охорони здоров'я до мережі Інтернет, %

Адміністративна територія	Рівень медичної допомоги		
	Первинний	Вторинний	Третинний
Вінницька область	100,0	100,0	100,0
Волинська область	15,6	79,5	100,0
Дніпропетровська область	23,1	82,7	100,0
Житомирська область	17,7	88,6	100,0
Закарпатська область	19,4	100,0	100,0
Запорізька область	3,6	100,0	100,0
Івано-Франківська область	6,3	73,5	94,4
Київська область	7,4	96,2	100,0
Кіровоградська область	2,8	92,0	100,0
Львівська область	7,5	68,3	96,4
Миколаївська область	4,5	75,1	82,4
Одеська область	9,7	80,3	100,0
Полтавська область	9,6	92,5	100,0
Рівненська область	1,6	100,0	83,5
Сумська область	4,9	100,0	100,0
Тернопільська область	7,9	89,0	88,6
Харківська область	100,0	100,0	100,0
Херсонська область	11,9	100,0	100,0
Хмельницька область	5,6	96,4	100,0
Черкаська область	10,6	65,2	52,4
Чернівецька область	6,7	100,0	100,0
Чернігівська область	5,7	100,0	100,0
м. Київ	23,3	76,4	100,0
По Україні	17,6	89,4	95,5

За даними табл. 2.2 видно, що найнижчий рівень доступу до системи Інтернет мають ЗОЗ первинного рівня надання медичної допомоги – 17,6%, а найвищий рівень доступу мають ЗОЗ третинного рівня медичної допомоги – 95,5%. Заклади охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги мають доступ до системи Інтернет у 89,4%.

В цілому в Україні різниця в рівнях доступу до системи Інтернет ЗОЗ за рівнями надання медичної допомоги становить:

- між первинним та вторинними рівнями надання медичної допомоги – 5,1 разів;
- між первинним та третинним рівнями надання медичної допомоги – 5,4 разів;
- між вторинним та третинним рівнями надання медичної допомоги – 1,1

раз.

В ході дослідження встановлено, що всі комп'ютеризовані заклади охорони здоров'я первинного рівня надання медичної допомоги мають доступ до мережі Інтернет в Вінницькій та Харківській областях, а найнижчі рівні доступу до системи Інтернет мають ЗОЗ Рівненської (1,6%), Кіровоградської (2,8%), Запорізької (3,6%) та Миколаївської (4,5%) областей.

Різниця граничних показників рівня забезпеченості доступу до мережі Інтернет ЗОЗ первинного рівня надання медичної допомоги за регіонами країни є достовірною і становить 62,5 разів.

Встановлено високий рівень доступності закладів охорони здоров'я вторинного рівня медичної допомоги до мережі Інтернет. Так, ЗОЗ 9 адміністративних територій (39,1%) мають доступ до мережі Інтернет. Найнижчі рівні доступу ЗОЗ вторинного рівня надання медичної допомоги до мережі Інтернет зафіксовані в Черкаській (65,2%), Львівській (56,83%), Івано-Франківській (73,5%) та Миколаївській (75,1%) областях.

Різниця граничних показників рівня забезпеченості доступу до мережі Інтернет ЗОЗ вторинного рівня надання медичної допомоги за регіонами країни є достовірною ($p \geq 0,05$) і становить 1,53 разу.

Також встановлено високий рівень забезпеченості закладів охорони здоров'я третинного рівня надання медичної допомоги доступом до мережі Інтернет. У 17 (73,9%) адміністративних територіях ЗОЗ третинного рівня надання медичної допомоги забезпечені доступом до системи Інтернет. Найнижчі рівні забезпеченості доступом до мережі Інтернет ЗОЗ третинного рівня надання медичної допомоги мають ЗОЗ в Черкаській (52,4%), Миколаївській (82,4%) та Рівненській (83,5%) областях.

Різниця граничних показників рівня забезпеченості доступом до мережі Інтернет ЗОЗ третинного рівня надання медичної допомоги за регіонами країни є достовірною ($p \geq 0,05$) становить 1,9 раз.

Далі вивчалоя питання забезпеченості закладів охорони здоров'я первинного та вторинного рівня надання медичної допомоги програмами

навчального санітарно-гігієнічного характеру, інформаційної призначеності для населення з питань профілактики захворювань, інформаційних програм з інформування населення про тактику дій при критичних станах та ускладненнях хронічних захворювань, програм персонального постійного зв'язку сімейного лікаря та пацієнта.

В ході дослідження було встановлено, що названі програми, які мають використовуватися в системі профілактичної діяльності медичних працівників в Україні централізовано не розроблялися і не ліцензувалися.

Наступним кроком дослідження було вивчення наявності у ЗОЗ різних рівнів сайтів та їх змісту у відповідності до теми дослідження:

- плани реформування системи охорони здоров'я: регіону, адміністративної території, закладу охорони здоров'я;
- рекомендації із здорового способу життя;
- рекомендації з тактики дій при критичних станах та ускладненнях хронічних захворювань.

Отримані в ході дослідження результати приведено в табл.2.3.

Таблиця 2.3

Рівень наповнення сайтів системи охорони здоров'я

Рівень сайту	Плани реформування СОЗ		Рекомендації з ЗСЖ		Рекомендації тактики дій при погрозі здоров'ю	
	абс	%	абс	%	абс	%
ЗОЗ вторинного рівня (п-217)	5	2,3	9	4,2	6	2,8
Центри ПМСД (п- 50)	-	-	4	8,0	2	4,0
Управління охорони здоров'я (п-39)	21	53,8	7	17,9	-	-

Отримані та наведені в табл. 2.3 дані вказують на вкрай низький рівень наповнення існуючих сайтів в системі охорони здоров'я з питань, які інтересують. Встановлено, що наповнення сайтів залежить від рівня закладу охорони здоров'я чи управління:

- плани реформування системи охорони здоров'я: регіону,

адміністративної території, закладу охорони здоров'я висвітлені на 53,8% сайтів управлінь охорони здоров'я, 2,3% сайтів ЗОЗ вторинного рівня надання медичної допомоги та не висвітлюються взагалі на сайтах ПМСД ;

- рекомендації із здорового способу життя висвітлені на 17, 9% сайтів управлінь охорони здоров'я, 4,2% сайтів ЗОЗ вторинного рівня надання медичної допомоги та 8,0% на сайтах ПМСД;

- рекомендації з тактики дій при критичних станах та ускладненнях хронічних захворювань висвітлені на 2,8% сайтів ЗОЗ вторинного рівня надання медичної допомоги та 4,0% на сайтах ПМСД і не висвітлюються взагалі на сайтах управлінь охорони здоров'я.

Відповідно до програми дослідження було вивчено рівень готовності організаторів охорони здоров'я та ЛЗП-СЛ до використання інформаційних технологій в комунікативній діяльності з формування у населення відповідального відношення до свого здоров'я та позитивного ставлення до реформи охорони здоров'я. Отримані в ході дослідження результати наведено в табл.2.4.

Відповідно до наведених в табл. 2.4 даних рівень позитивного ставлення організаторів охорони здоров'я до використання інформаційних технологій в комунікативній діяльності вищий ніж лікарів загальної практики-сімейних лікарів.

Так, всі організатори ОЗ в своїй професійній діяльності користуються персональними комп'ютерами, при цьому $7,0 \pm 1,3\%$ на професійному рівні, а $75,0 \pm 2,2\%$ висловили готовність подальшого навчання користування ПК.

Всі організатори ОЗ вважають на необхідність комп'ютеризацію робочих місць та забезпечення їх доступом до системи Інтернет. Більше 80,0% організаторів ОЗ вважає за необхідність впровадження в практичну діяльність системи охорони здоров'я відповідним програмним забезпеченням.

Таблиця 2.4

Ставлення організаторів охорони здоров'я та лікарів загальної практики-сімейних лікарів до використання інформаційних технологій в комунікативній діяльності, %

Позиція	Організатори ОЗ (п- 100)			ЛЗП-СЛ (п-400)		
	позитивно	негативно	не визначився	позитивно	негативно	не визначився
Необхідність комп'ютеризації робочого місця	100,0	-	-	82,5±1,9	16,75±1,9	0,75±0,4
Необхідність забезпечення доступом до системи Інтернет	100,0	-	-	78,75±2,1	16,75±1,9	4,5±1,0
Необхідність забезпечення навчальними програмами	96,0±1,0	1,0±0,5	3,0±0,9	80,25±2,0	17,25±1,9	2,5±0,8
Необхідність забезпечення інформаційними програмами	4,0±1,2	3,0±0,9	3,0±0,9	80,25±2,0	17,25±1,9	2,5±0,8
Необхідність забезпечення програмами індивідуального зв'язку з пацієнтами	2,0±1,9	14,0±1,7	4,0±1,0	76,75±2,1	21,5±2,0	1,75±0,7
Вміння професійного користування ПК	7,0±1,3	-	-	3,25±0,9	-	-
Користування ПК на рівні споживача	93,0±1,3	-	-	78,25±2,1	-	-
Не користується ПК	-	-	-	18,5±1,9	-	-
Готовність подальшого навчання користування ПК.	75,0±2,2	12,0±1,6	13,0±1,7	83,25±1,9	16,0±1,8	0,75±0,4

Аналіз отриманих результатів щодо ставлення ЛЗП-СЛ до використання інформаційних технологій в комунікативній діяльності вказує на те, що 16,75±1,9% не підтримує жодних інновацій в тому числі комп'ютеризації робочих місць. Це ЛЗП-СЛ, яким більше 65 років за віком і які пройшли спеціалізацію з сімейної медицини, а до цього працювали дільничними лікарями. Важливим є те, що 83,25±1,9% ЛЗП-СЛ висловили готовність подальшого навчання користування ПК і підтримує впровадження сучасних програм, які забезпечують комунікації в охороні здоров'я.

Таким чином можна константувати низький рівень комп'ютеризації

закладів охорони здоров'я першого та другого рівнів надання медичної допомоги та більш високий – третинного рівня медичної допомоги. При цьому встановлено низький рівень доступу до мережі Інтернет закладів охорони здоров'я первинного та значно вищий - закладів вторинного та третинного рівнів медичної допомоги. Встановлено відсутність програмного матеріалу по забезпеченню поставленої мети комунікацій в охороні здоров'я. Також встановлено вкрай низький рівень використання сайтів ЗОЗ та управлінь охорони здоров'я з пропаганди серед населення реформи охорони здоров'я та питань здорового способу життя і своєчасного звернення за медичною допомогою. Отже, існуючий рівень інформатизації закладів охорони здоров'я не дозволяє впровадити ефективну систему комунікацій в охороні здоров'я.

2.2. Проблеми інформатизації охорони здоров'я України, як основи сучасного інформаційного забезпечення комунікацій в охороні здоров'я та можливі шляхи їх вирішення

Проведений системний аналіз отриманих в ході дослідження даних та даних наукової літератури дозволив виявити проблеми щодо інформатизації охорони здоров'я України, як основи сучасного інформаційного забезпечення комунікацій в охороні здоров'я та запропонувати можливі шляхи їх вирішення.

Основні проблемні питання:

- відсутність цільової галузевої програми інформатизації системи охорони здоров'я, що вказує на не пріоритетність запровадження сучасних інформаційних технологій в організації діяльності системи охорони здоров'я країни;
- недостатня нормативно-правова база, яка регламентує впровадження та розвиток інформаційних технологій в охороні здоров'я;
- низький рівень комп'ютеризації закладів охорони здоров'я, особливо первинного рівня надання медичної допомоги при відсутності єдиного програмного продукту з питань формування у населення відповідального

ставлення до свого здоров'я, санітарно-освітнього характеру та формування прихильності до реформи охорони здоров'я при високій питомій вазі фізично застарілого обладнання;

- відсутність у медичних працівників мотивації до використання інформаційних технологій в професійній діяльності на що вказують результати дослідження: $16,75 \pm 1,9\%$ ЛЗП-СЛ не є користувачами ПК, не підтримує жодних інновацій в тому числі комп'ютеризації робочих місць і не готові навчатися роботі на ПК;

- низький рівень розвитку комунікаційних каналів належної потужності між ЗОЗ (у т.ч. відсутність якісного підключення до мережі Інтернет), що заважає створенню єдиної системи передачі медичних даних;

- низький рівень використання ліцензованих засобів, що гальмує процес інтеграції медичних інформаційних систем України в єдиний інформаційний простір Європи та використання сучасних інформаційних методів комунікації в системі охорони здоров'я країни.

Базуючись на визначених проблемних питаннях з інформатизації охорони здоров'я України, як основи сучасного інформаційного забезпечення комунікацій в охороні здоров'я нами були запропоновані можливі шляхи їх вирішення. Вони полягають в наступному:

- розробка та прийняття цільової галузевої програми інформатизації системи охорони здоров'я, яка буде забезпечена достатнім рівнем фінансування, можливо із використанням механізму державно- приватного партнерства;

- прийняття необхідної нормативно-правової бази інформатизації в охороні здоров'я з виділенням в окремий напрямок інформаційного забезпечення системи комунікацій в охороні здоров'я, яка відповідає сучасним Європейським підходам;

- створення організаційної структури і науково-методичного забезпечення інформатизації процесу комунікацій в охороні здоров'я з формуванням єдиної багаторівневої системи медичних інформаційних стандартів, єдиної інформаційно-аналітичної, нормативно-правової і довідкової

системи;

- створення баз даних, що містять детальну інформацію для населення з питань збереження та покращання здоров'я, тактику дій при загрозливих для життя станах, реформу охорони здоров'я;

- достатній комп'ютеризації закладів охорони здоров'я всіх рівнів надання медичної допомоги і в першу чергу ПМСД з доступом до мережі Інтернет та впровадженням передових інформаційних технологій в організацію єдиної системи збору, зберігання та аналізу і поширення інформації за рахунок побудови глобальної мережі галузі охорони здоров'я;

- запровадження системи підготовки медичних працівників до використання інформаційних технологій в практичній професійній діяльності;

- організація доступу населення до інформаційної системи охорони здоров'я і формування механізмів «зворотного зв'язку».

Стратегія розвитку інформаційної системи, як основи сучасного інформаційного забезпечення комунікацій в охороні здоров'я, має повністю відповідати основним цілям галузі та сприяти збереженню здоров'я нації і забезпечити ефективний розвиток галузі охорони здоров'я.

2.3. Оцінка використання інформаційних технологій процесі взаємодії закладів охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг

Відповідно до програми дослідження на даному етапі виконання роботи було розроблено концептуальні підходи до використання інформаційних технологій в системі комунікацій в охороні здоров'я.

Для забезпечення ефективної діяльності процесу комунікацій необхідна наявність всебічної комплексної та достовірної інформації за наступними напрямками:

- Медико-демографічна ситуація в розрізі регіонів, адміністративних територій та за віко-статевими показниками;
- Структура та стан ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я

країни включаючи відомчу медицину;

- Основні статистичні показники діяльності системи охорони здоров'я країни в розрізі регіонів, адміністративних територій, при необхідності окремих закладів охорони здоров'я включаючи показники ефективності та якості медичної допомоги;

- Законодавчо-нормативне забезпечення діяльності системи охорони здоров'я;

- Права населення та пацієнтів в системі охорони здоров'я та правовий захист медичних працівників в питаннях професійної діяльності;

- Реформування системи охорони здоров'я: правове забезпечення, заходи, кроки та результати проведення;

- Методичне забезпечення здорового способу життя та мінімізації факторів ризику їх негативного впливу на здоров'я;

- Рекомендації спеціалістів щодо тактики дій при загрозливих для життя станах, гострих хворобах та загостреннях хронічних хвороб;

- Матеріали ЗМІ про діяльність системи охорони здоров'я;

- Наукова інформація з питань організації системи охорони здоров'я та шляхів збереження і зміцнення здоров'я населення;

- Результати соціологічних досліджень з питань відношення населення реформування охорони здоров'я; оцінки діяльності системи охорони здоров'я, окремих закладів охорони здоров'я; способу життя, впливу окремих соціально-економічних детермінант на здоров'я;

- Міжнародний досвід з організації медичної допомоги населенню.

Інформація має надходити до ресурсного центру, який визнано центральним елементом системи комунікації з визначенням функцій науко- методичного та організаційно-інформаційного супроводу процесу комунікацій в галузі, з усіх рівнів управління та організації медичної допомоги. В табл. 2.5 представлено джерела, зміст та планові терміни подачі інформації до ресурсного центру.

Таблиця 2.5

Джерела, зміст та планові терміни подачі інформації до ресурсного центру

Джерела інформації	Зміст інформації	Планові терміни подачі
Центр медичної статистики МОЗ України.	Показники населення здоров'я та смертності	Щорічно
Центр медичної статистики МОЗ України. Департаменти охорони здоров'я. Головні лікарі.	Мережа закладів охорони здоров'я. Показники забезпечення населення різними видами медичної допомоги за її рівнями. Показники кадрового забезпечення. Показники відповідності ЗОЗ СНІПам. Показники матеріально-технічного забезпечення ЗОЗ. Показники фінансування системи охорони здоров'я. Вказані показники по окремим закладам охорони здоров'я.	Кожні пів року По запиту
Центр медичної статистики МОЗ України. Департаменти охорони здоров'я. Головні лікарі.	Показники діяльності системи охорони здоров'я країни в розрізі регіонів, адміністративних територій та рівнів надання медичної допомоги за визначеними індикаторами. Показники діяльності окремих закладів охорони здоров'я.	Кожні пів року По запиту
Верховна Рада України	Закони України.	По прийняттю
Адміністрація Президента України	Укази Президента України	По прийняттю
КМУ	Урядові акти	По прийняттю
МОЗ України	Накази МОЗ України Клінічні протоколи	По прийняттю
ДУ «Укрпатентінформ»	Методичні листи. Інформаційні рекомендації. Галузеві нововведення.	По прийняттю
Пілотні регіони	Кроки та результати проведення реформи.	Щоквартально
Національний центр здоров'я	Характеристика факторів ризику та їх вплив на стан здоров'я населення. Рекомендації населенню по мінімізації негативного впливу факторів ризику на здоров'я. Рекомендації населенню по забезпеченню здорового способу життя. Рекомендації з тактики дій при загрозливих станах для здоров'я та життя населенню.	Щорічно та по мірі розробки
Державний експертний центр	Перелік лікарських засобів зареєстрованих в Україні	По мірі реєстрації
Центри здоров'я	Публікації в ЗМІ які стосуються здоров'я населення та діяльності системи охорони здоров'я.	По мірі публікацій
Науково-дослідні установи, вищі медичні навчальні заклади	Результати наукових досліджень щодо організації охорони здоров'я та шляхів збереження і зміцнення здоров'я населення	За підготовкою поточних та заключних звітів
Організації дослідники	Результати соціологічних досліджень серед різних цільових груп які стосуються охорони здоров'я.	По мірі проведення соціологічних досліджень
ВООЗ, ЮНІСЕФ, ПРООН і тощо.	Документи міжнародних організацій з витань охорони здоров'я населення.	По мірі прийняття

Інформація поступає до ресурсного центру через інформаційну електронну систему, накопується на головному сервері ресурсного центру. Інформаційна система дозволяє концентрувати комплексну всебічну, достовірну інформації з питань охорони здоров'я, провести її аналіз та представити аналітичні та статистичні дані користувачам.

Для цього створюється комплекс збирання, обробки, збереження, аналізу даних та система розробки прогнозів.

Складовою частиною інформаційної електронної системи є модель обліку та накопичення інформації шляхом створення відповідних довідників. Організаційна структура довідників наведена в п'ятому розділі.

Основними довідниками, необхідними для функціонування системи є: законодавча та нормативно-правова база в системі охорони здоров'я, методичні матеріали по здоровому способу життя, довідник медикаментів та засобів медичного призначення, а також довідник закладів охорони здоров'я та медичних кадрів.

Крім того, обліковується та накопичується інформація статистичного та інформаційного характеру.

Накопичена інформація підлягає групуванню за рівнями комунікативного впливу та статистичній і аналітичній обробці з метою представлення користувачам.

Нами виділено наступні рівні комунікативного впливу.

Перший: центральні органи законодавчої та виконавчої влади.

Другий: галузевий – Міністерство охорони здоров'я.

Третій: органи регіональної влади та місцевого самоврядування.

Четвертий: засоби масової інформації.

П'ятий: всі верстви населення.

Шостий: заклади охорони здоров'я та медичні працівники.

Сьомий: громадські організації та громадські діячі.

Головними користувачами аналітичної інформації визначені:

1) особи, що приймають рішення на всіх рівнях управління.

- 2) організатори охорони здоров'я, медичні асоціації та організації професійного самоврядування, медичні працівники.
- 3) працівники засобів масової інформації.
- 4) громадські організації та об'єднання громадян.
- 5) окремі громадяни.
- 6) хворі та члени їх родин.

Користувачам інформація надсилається як в плановому порядку, терміни якого узгоджуються між користувачами і ресурсним центром так і по запити користувачів інформації, що здійснюється у відповідності до чинного законодавства України.

Інформаційна електронна система ресурсного центра створюються на базі існуючих систем в охороні здоров'я і адаптована до особливостей системи комунікацій в охороні здоров'я.

Вона складається із локальних мереж та головного терміналу мережі системи в який подається інформація для узагальнення, аналізу та представлення користувачам, який знаходиться в ресурсному центрі. Система є відкрито. В ній не використовується конфіденційна інформація.

Далі представлена функціонально-організаційна модель взаємодії інформації в процесі комунікацій в охороні здоров'я. Рис.3.1. Вона є типовою для всіх рівнів управління: галузевий, регіональний, місцевий.

При аналізі забезпечення процесу комунікацій в охороні здоров'я виділяється два головних потоки інформації, що підтримують функціонування системи: висхідний – інформацію із вищенаведених джерел і низхідний, що забезпечує користувачів необхідною комплексною статистичною та аналітичною інформацією.

В діяльності інформаційної електронної системи по забезпеченню комунікацій в охороні здоров'я важливе місце займає функціонування сайту ресурсного центру.

Сайт ресурсного центру має дві складових. Перша складова сайту є постійною і поповнюється в затверджені терміни, які відповідають часу

надходження до ресурсного центру інформації. Структура даної складової сайту відповідає вказаним вище напрямкам інформації. Друга частина існує для інтерактивного спілкування. Всі бажаючі можуть через дану частину сайту задати питання та отримати професійну відповідь.

Запропонована інформаційна електронна система ресурсного центру системи комунікацій в охороні здоров'я дозволяє в автоматизованому режимі проводити збір, облік, аналіз та забезпечення учасників процесу комунікацій за рівнями комунікативного впливу комплексною, своєчасною та повною інформацією з питань медико-демографічної ситуації та організації надання медичної допомоги населенню і актуальних питань її реформування, з питань збереження та зміцнення здоров'я, а також тактики дій при виникненні загрозливих для життя станів.

Нами, вперше в галузі, запропоновано примірну структуру сайту закладу охорони здоров'я, яка представлена в табл. 2.6.

Таблиця 2.6

Структура сайту закладу охорони здоров'я

Розділи сайту	Матеріали для наповнення	Термін оновлення
1	2	3
Керівництво лікарня	Дані про головного лікаря та його заступників із контактними телефонами, графіком прийому громадян Дані про завідувачів структурними підрозділами з контактними даними Дані про старших медичних сестер структурних підрозділів з контактними даними.	По мірі зміни даних
Вище стоячі органи управління	Контакти органів управління в охороні здоров'я. Графік роботи.	По мірі зміни даних
Структура лікарні та механізми і умови звернення	Структура закладу охорони здоров'я. Показники акредитації та ліцензування. Юридична адреса. Режим роботи.	До 10 січня поточного року, далі по мірі зміни даних.
Дані про структурні підрозділи ЗОЗ	По кожному структурному підрозділу наступна інформація: - фактична адреса, робочі (контактні) номери телефонів; - режим роботи; - режим звернення; - умови перебування; - обсяги безоплатної медичної допомоги; - умови отримання медичної допомоги поза	До 10 січня поточного року, далі щоквартально

	межами безоплатної допомоги, вартість, механізми оплати; - основні показники роботи за останній рік, півроку, квартал; - рівень виконання клінічних протоколів; - умови відвідування пацієнтів;	
Кадрова політика	Персоніфіковані дані про медичні кадри ЗОЗ включаючи кваліфікаційну категорію. Список вакантних посад з вимогами до претендентів на вказані посади.	Щомісячно
Екстрена медична допомога	Номери телефонів для звернення при ургентних станах. Адреса ЗОЗ для звернення за медичною допомогою. Перелік та характеристика загрозливих для здоров'я та життя станів з визначенням тактики дій при них.	До 10 січня поточного року, далі по мірі зміни даних.
Права пацієнтів	Перелік та характеристика прав пацієнтів в охороні здоров'я. Перелік законодавчих актів, якими затверджені права пацієнтів. Перелік, адреси та графік можливого звертання по забезпеченню прав пацієнтів. Перелік та адреси правоохоронних громадських організацій.	До 10 січня поточного року, далі по мірі зміни даних.
Медико-соціальні консультації		До 10 січня поточного року, далі по мірі зміни даних.
Публічна інформація		По мірі надходження нових даних
Порядок забезпечення лікарськими засобами		До 10 січня поточного року, далі по мірі зміни даних.
Основи здорового способу життя		До 10 січня поточного року, далі при надходженні нових даних.
Рекомендації з відмови від шкідливих звичок		До 10 січня поточного року, далі при надходженні нових даних.
Заходи з реформи системи надання медичної допомоги		До 10 січня поточного року, далі при надходженні нових даних.
Консультація спеціаліста	Консультації по збереженню та зміцненню здоров'я лікарів: Алерголога; Кардіолога; Пульмонолога; Інфекціоніста;	До 10 січня поточного року, далі при надходженні нових

	Ендокринолога; Гастроентеролога; Нефролога; Педіатра; Невролога; Отоларинголога; Акушера-гінеколога; Гематолога; Уролога;	даних.
Школа відповідального батьківства	Консультації та рекомендації лікарів: Акушера-гінеколога; Неонатолога; Дієтолога; Психолога;	До 10 січня поточного року, далі при надходженні нових даних.
Школа «Здорова посмішка»	Комплексні рекомендації лікаря-стоматолога та лікаря-стоматолога дитячого віку з питань догляду за порожниною рота та зубами, профілактики карієсу, профілактичних звернень за медичною допомогою.	До 10 січня поточного року, далі при надходженні нових даних.
Школа здорового зору	Комплексні рекомендації лікаря-офтальмолога та лікаря-офтальмолога дитячого віку з питань збереження зору, профілактики захворювань ока та його додаткового апарату з наданням адреси для звернення за медичною допомогою.	До 10 січня поточного року, далі при надходженні нових даних.
Школа збереження психічного здоров'я	Рекомендації лікаря-психіатра по збереженню психічного здоров'я. Рекомендації лікаря-психіатра з тактики дій при окремих порушеннях психіки та поведінки. Рекомендації з тактики дій при критичних станах психо-емоційного характеру. Рекомендації членам сім'ї при проживанні в ній хворого на розлади психіки та поведінки.	До 10 січня поточного року, далі при надходженні нових даних.
Школа профілактики ВІЛ та інфекцій, що передаються статевим шляхом.	Інформація про шляхи передачі вказаних хвороб. Рекомендації з забезпечення безпечних статевих контактів. Рекомендації з профілактики парентерального шляху передачі ВІЛ. Місця звернення для анонімного обстеження: «Кабінети довіри».	До 10 січня поточного року, далі при надходженні нових даних.
Сторінка звернень пацієнтів, відгуків та рекомендацій пацієнтів.		

Запропонована структура сайту закладу охорони здоров'я включає наступні складові: розділи сайту, матеріали наповнення сайту, терміни оновлення та доповнення інформації. Наповнення сайту вказаною інформацією забезпечить населення комплексною інформацією з питань діяльності ЗОЗ та матеріалами профілактичного та санітарно-просвітницького характеру.

Висновки до розділу 2

Встановлено низький рівень комп'ютеризації закладів охорони здоров'я першого та другого рівнів надання медичної допомоги та більш високий – третинного рівня медичної допомоги. При цьому встановлено низький рівень доступу до мережі Інтернет закладів охорони здоров'я первинного та значно вищий - закладів вторинного та третинного рівнів медичної допомоги. Встановлено відсутність програмного матеріалу по забезпеченню поставленої мети комунікацій в охороні здоров'я. Також встановлено вкрай низький рівень використання сайтів ЗОЗ та управлінь охорони здоров'я з пропаганди серед населення реформи охорони здоров'я та питань здорового способу життя і своєчасного звернення за медичною допомогою. Отже, існуючий рівень інформатизації закладів охорони здоров'я не дозволяє впровадити ефективну систему комунікацій в охороні здоров'я.

Проведений системний аналіз отриманих в ході дослідження даних та даних наукової літератури дозволив виявити проблеми щодо інформатизації охорони здоров'я України, як основи сучасного інформаційного забезпечення комунікацій в охороні здоров'я які наведено в розділі та запропонувати можливі шляхи їх вирішення. Стратегія розвитку інформаційної системи, як основи сучасного інформаційного забезпечення комунікацій в охороні здоров'я, має повністю відповідати основним цілям галузі та сприяти збереженню здоров'я нації і забезпечити ефективний розвиток галузі охорони здоров'я.

Представлено джерела, зміст та планові терміни подачі інформації до ресурсного центру. Інформація має надходити до ресурсного центру з усіх рівнів управління та організації медичної допомоги. Інформація поступає до ресурсного центру через інформаційну електронну систему, накопується на головному сервері ресурсного центру. Інформаційна система дозволяє концентрувати комплексну всебічну, достовірну інформації з питань охорони здоров'я, провести її аналіз та представити аналітичні та статистичні дані

користувачам. Складовою частиною інформаційної електронної системи є модель обліку та накопичення інформації шляхом створення відповідних довідників. Накопичена інформація підлягає групуванню за рівнями комунікативного впливу та статистичній і аналітичній обробці з метою представлення користувачам. Інформаційна система складається із локальних мереж та головного терміналу до якого подається інформація для узагальнення, аналізу та представлення користувачам. Головний термінал знаходиться в ресурсному центрі. Система є відкрита. В ній не використовується конфіденційна інформація. Вперше в галузі, розроблено структуру сайту закладу охорони здоров'я, яка представлена в розділі.

Запропонована інформаційна електронна система ресурсного центру системи комунікацій в охороні здоров'я дозволяє в автоматизованому режимі проводити збір, облік, аналіз та забезпечення учасників процесу комунікацій за рівнями комунікативного впливу комплексною, своєчасною та повною інформацією з питань медико-демографічної ситуації та організації надання медичної допомоги населенню і актуальних питань її реформування.

Запропонована примірна структура сайту закладу охорони здоров'я та алгоритм його наповнення по забезпеченню населення необхідною комплексною інформацією з питань діяльності ЗОЗ та матеріалами профілактичного та санітарно-просвітницького характеру.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ СОЦІАЛЬНО-КОМУНІКАТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ВЗАЄМОДІЇ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗІ СПОЖИВАЧАМИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

3.1. Концептуальні підходи до створення системи комунікацій в охороні здоров'я

Результати проведених досліджень показують низький рівень інформованості населення як про мету реформи так і про конкретні заходи та етапи її проведення. Більшість населення, особливо сільського, не поінформовано про організаційні зміни в отриманні медичної допомоги, а медичні працівники – про майбутнє місце роботи.

Результати дослідження показують, що населення та медичні працівники отримують інформацію з питань проведення реформи у $39,5 \pm 2,4\%$ випадків по телебаченню, $7,25 \pm 1,3\%$ - із газет, $33,0 \pm 2,4\%$ - від родичів та знайомих і тільки у $3,75 \pm 0,9\%$ від представників влади та $10,25 \pm 1,5\%$ населення від медичних працівників. В результаті $89,25 \pm 1,5\%$ вважає, що медична допомога стане менш доступною і тільки $10,75 \pm 1,5\%$ вважає, що вона покращиться. При цьому реформи підтримує до 12% опитаних.

Також встановлено низький рівень інформованості населення про здоровий спосіб життя ($38,5 \pm 2,4\%$), основи профілактики хронічних неінфекційних хвороб ($42,75 \pm 2,5\%$).

Особисте здоров'я є головним пріоритетом тільки для $6,75 \pm 1,3\%$ сільського та $14,75 \pm 1,8\%$ міського населення при цьому $53,3 \pm 2,5\%$ сільського та $61,93 \pm 2,4\%$ міського населення мають хронічні хвороби. В разі погіршення стану особистого здоров'я за медичною допомогою звертається $48,90 \pm 2,5\%$ чоловіків та $41,74 \pm 2,5\%$ жінок які є сільськими жителями і $54,0 \pm 2,5\%$ чоловіків та $58,16 \pm 2,5\%$ жінок які є мешканцями міст.

У $38,25 \pm 2,4\%$ випадках населення отримує інформацію негативного характеру.

Така ситуація склалася у зв'язку з відсутністю системи комплексного

інформування всіх верств населення з питань здорового способу життя, проведення реформи та висвітлення в засобах масової інформації здебільшого негативних прикладів проведення реформи системи охорони здоров'я та окремих випадків у наданні медичної допомоги в окремих закладах охорони здоров'я країни.

На початку дослідження було проведене визначення оптимального варіанта розв'язання проблеми на основі порівняльного аналізу можливих варіантів.

I варіант (несимістичний) – збереження існуючої ситуації, коли основні комунікації проводяться епізодично вузьким колом спеціалістів в основному на центральному та регіональному рівні по певному колу проблем, що призведе до поглиблення спротиву проведення реформи охорони здоров'я як серед медичних працівників, так і серед широкого загалу населення.

II варіант (малоефективний) – проведення комунікацій з реформування охорони здоров'я з залученням працівників Департаментів охорони здоров'я державних адміністрацій та головних позаштатних спеціалістів і журналістів, які підтримують стратегію реформування системи охорони здоров'я, що не дасть можливості забезпечити комплексний підхід в даному напрямку роботи та унеможливить адресну роботу з цільовими групами населення з єдиним підходом проведення комунікацій на державному регіональному та місцевому рівнях.

III варіант (оптимальний) – скерований на розробку та впровадження комплексної системи комунікацій в охороні здоров'я при стратегічному та поточному плануванні її здійснення, що дозволить підвищити рівень інформованості населення за всіма аспектами реформи та сформуванню у населення позитивне ставлення до неї та її підтримку, а також відповідального ставлення до свого здоров'я. Це в свою чергу дасть можливість прискорити проведення реформи та провести її більш ефективно, а значить оптимізувати систему надання медичної допомоги у відповідності до потреб населення із зміною механізмів фінансування закладів охорони здоров'я, відновити

профілактичний напрямок та раннє виявлення неінфекційних захворювань, формування системи громадського здоров'я, що відповідає Європейському плану дій до 2020 року, залучення та мотивація населення до здорового способу життя, запровадження заходів з реабілітації, що забезпечить зниження потреби у медичній допомозі, раціональне використання ресурсів галузі, підвищення рівня здоров'я та зниження, первинної інвалідизації населення, загальної смертності та смертності населення в працездатному віці.

Виходячи з цього була розроблена концептуальна модель комунікацій в охороні здоров'я. Рис.3.1.

Концептуальна модель скерована на рішення поставлених задач по створенню системи комунікацій в охороні здоров'я.

Такими задачами являються наступні: ресурси системи, стратегія комунікативної політики, комунікативні технології, цільові групи комунікативного впливу, моніторинг та оцінка.

Рішення кожної задачі концептуальної моделі комунікацій в охороні здоров'я передбачає проведення певних заходів.

Рішення задачі ресурсів системи є найбільш складним так як система комунікацій створюється в галузі вперше. Воно передбачає як формування системи із її спеціальною мережею та використанням існуючих закладів так і забезпечення її певними ресурсами.

Що стосується мережі закладів, то рекомендовано на галузевому рівні створення ресурсного центру. Його основними функціями є науково-методичний та інформаційно-організаційний супровід комунікативної діяльності в галузі. На регіональному рівні організаційно-інформаційну та координуючу функцію виконують інформаційно-аналітичні центри управлінь охорони здоров'я обласних та м. Києва державних адміністрацій. Безпосередніми комунікаторами є організатори охорони здоров'я та лікарі всіх спеціальностей незалежно від рівня надання медичної допомоги та форми власності ЗОЗ. Особливе місце в комунікативній діяльності медичні працівники першого контакту – ЛЗП-СЛ та сімейні медичні сестри.



Рис. 3.1. Концептуальна модель комунікацій в охороні здоров'я

Враховуючи відсутність системи їх підготовки в концептуальну модель

включено необхідність створення системи з підготовки медичних працівників до ефективної комунікативної діяльності та визначення їх компетенцій з даного напрямку діяльності.

Іншими ресурсами системи мають стати забезпечення сучасними інформаційними технологіями із високим рівнем комп'ютеризації ЗОЗ та забезпечення комунікаторів достовірною та своєчасною аналітичною інформацією.

Таким чином, центральним елементом системи стає галузевий ресурсний центр, який забезпечує збір, накопичення, аналіз первинної інформації та підготовку інформаційно-аналітичних матеріалів, як узагальнюючого комплексного характеру так і конкретного локального характеру та її представлення заінтересованим особам та організаціям. Центр також проводить підготовку спеціалістів, що залучені до процесу комунікацій в охороні здоров'я, та розробляє стратегічні плани комунікацій, її форми та методи, визначає потребу окремих категорій населення в різних видах інформації.

Необхідна сума видатків обраховуються після затвердження планів комплексної комунікативної політики галузі.

Рішення другої задачі: стратегія комунікативної політики, полягає в створенні системи управління комунікативною діяльністю на всіх рівнях управління від галузевого – до ЗОЗ. Важливою складовою рішення даної задачі є практичне відпрацювання взаємозв'язків суб'єкту та об'єкту комунікативного впливу. Особливістю системи комунікацій є те, що при різних задачах комунікативного впливу та рівнях комунікацій одні й ті ж особи можуть виступати в ролі суб'єкту і об'єкту комунікативного впливу. Це нами враховано при розробці системи комунікацій в охороні здоров'я.

Важливою складовою рішення даної задачі є прийняття комплексної довгострокової галузевої програми комунікацій в охороні здоров'я. Нами листом від 17.06.2015 р. № 215 ініційовано Міністерству охорони здоров'я України розробку даної програми.

Отримані в ході вивчення наукової літератури досвід [1-4] вказує на те, що

досягти ефективності та поставлених метою комунікацій результатів можливо тільки при довгостроковій спланованій роботі. Тому нами до рішення даної задачі включено стратегічне планування комунікацій на всіх рівнях управління.

Третя задача передбачає використання сучасних комунікативних технологій. Нами розділено комунікативні технології на дві групи: комунікативні організаційні технології та технології процесу комунікації.

Організаційні комунікативні технології включають створення основного джерела інформації та координацію діяльності регіональних структур з комунікацій, що може забезпечити галузева та регіональні комітети комунікативної діяльності в системі охорони здоров'я.

Технології процесу комунікації включають форми та канали представлення інформації, що забезпечує своєчасність, достовірність та достатність представлення інформації для її споживачів - населення в цілому та окремих груп комунікативного впливу.

Тому четвертою задачею концептуальної моделі нами визначено вибір цільових груп комунікативного впливу, що залежить від задачі комунікацій.

Основними цільовими групами комунікативного впливу з питань охорони здоров'я нами виділено:

- з питань формування та збереження здоров'я: пацієнти, хворі, сім'ї, громади, керівники підприємств, організацій та закладів, керівники громадських організацій в сфері охорони здоров'я;

- з питань організації медичної допомоги населенню: особи, що приймають рішення на всіх рівнях управління в державі, керівники підприємств, організацій та закладів, керівники громадських організацій в сфері охорони здоров'я.

Наступною групою задач, яка підлягає рішення, є моніторинг та оцінка ефективності комунікативної діяльності в охороні здоров'я в цілому та окремих програм та заходів комунікації. Для рішення даної задачі передбачено створення на всіх рівнях управління (галузевий, регіональний, місцевий) групи з моніторингу та оцінки ефективності комунікацій. Нами розроблені методичні

рекомендації з визначення ефективності комунікативної діяльності в охороні здоров'я. Оцінка проводиться за визначеними індикаторами з активним використанням соціологічних досліджень серед населення в цілому та окремих цільових груп комунікативного впливу.

Таким чином, основними напрямками комунікативної діяльності мають стати:

- вивчення та визначення цілеспрямованості інформації для різних цільових груп;
- прогнозування довгострокової та короткотермінової потреби з визначенням видів та форм комунікацій;
- прогнозування позитивного та негативного впливу комунікацій в охороні здоров'я на різні цільові групи;
- стратегічне та поточне планування роботи;
- координація діяльності регіональних структур з комунікацій в охороні здоров'я;
- критичні питання та надзвичайні ситуації, які потребують надання інформації для населення в цілому або для окремих цільових груп.
- підготовка кадрів з комунікацій в охороні здоров'я;
- підготовка та видання методичних та інформаційних матеріалів;
- організація проведення соціологічних досліджень та аналіз їх результатів;
- організація та методично-інформаційне забезпечення цільових комунікативних кампаній;
- моніторинг ефективності комунікативної роботи.

Ефективна комунікативна діяльність може бути забезпечена шляхом використання:

- сучасних технологій комунікацій в загальній стратегії паблік рілейшнз ;
- методів індивідуального та масового інформування населення з питань реформування системи охорони здоров'я та інших актуальних питань

сьогодення;

- своєчасності представлення необхідної інформації;
- вивчення, шляхом проведення соціологічних досліджень, потреби населення та окремих цільових груп в інформації профілактичного, медичного, організаційного, законодавчого характеру;
- прогнозування позитивної та негативної реакції населення чи окремих цільових груп та певну інформацію та форму її подачі.

Забезпечити ефективну комунікативну діяльність можливо при наявності повної інформації з предмету комунікації та з метою неоднозначної трактовки певних документів та інформації організацію пояснення чи консультування спеціалістів.

3.2. Методичні підходи до проведення комунікацій при реформуванні охорони здоров'я

Нами запропоновано структуру підготовки та проведення комунікаційної кампанії в країні у зв'язку з реформою системи охорони здоров'я. Вона складається з наступних етапів.

Оцінка ситуації та визначення проблеми. Визначення цілей.

Планування та програмування.

Пошук на всіх рівнях прихильників реформи та підготовка спеціалістів для проведення комунікаційних програм.

Вибір цільових груп для проведення комунікацій.

Відбір каналів і механізмів масової та індивідуальної комунікації, техніки впливу.

Планування бюджету.

Дії в межах програми комунікацій. Оцінка результатів.

Зупинимося на змісті складових комунікаційної стратегії проведення реформи системи охорони здоров'я в країні.

Оцінка ситуації та визначення проблеми. Досвід проведення комунікаційних кампаній на рівні країн показує, що без чіткого визначення

проблеми ніколи неможливо прийти до вірного рішення, при цьому важливо визначити рівень проблеми сьогоднішнього дня, оскільки для її вирішення необхідний стан проблеми теперішнього часу, а не її витoki.

На національному рівні в Україні глобальною проблемою, яка привела до необхідності реформування системи охорони здоров'я, є:

- концентрація уваги на вирішенні проблем галузі, а не на задоволенні потреб населення;
- неефективність структури системи, що призводить до деформованості структури медичної допомоги та неефективності використання ресурсів охорони здоров'я;
- недостатність обсягів фінансування галузі з суспільних джерел, що призводить до порушення принципів справедливості та солідарності.

На регіональному та місцевому рівні необхідно провести детальний аналіз, який включає стан здоров'я населення, стан ресурсного і технологічного забезпечення закладів охорони здоров'я, доступність (фізична, фінансова) та якість всіх видів медичної допомоги на рівнях її надання, задоволеність населення отриманою медичною допомогою, рівень впливу системи охорони здоров'я на медико-демографічну ситуацію в регіоні.

Другою важливою складовою оцінки ситуації комунікативного аспекту питання є знання думки всіх прошарків населення, в тому числі медичних працівників та осіб, які ухвалюють рішення, на всіх рівнях управління, про їх ставлення до ситуації, що склалася в системі охорони здоров'я, задоволеності медичною допомогою і запропонованою Президентом стратегії її реформування. Для цього важливо провести незалежні репрезентативні соціологічні дослідження з залученням прогресивних громадських організацій та/або недержавних професійних інституцій.

Таким чином, отримані результати під час проведення оцінки ситуації на всіх рівнях управління та надання медичної допомоги і визначені проблеми стають підставою для виконання наступних етапів/складових комунікаційної стратегії проведення реформи системи охорони здоров'я в країні.

Визначення цілей. На даному етапі на всіх рівнях управління та планування визначаються цілі, які мають бути досягнені в ході проведення довгострокової комунікаційної кампанії: на центральному рівні (Кабінет Міністрів України і Міністерство охорони здоров'я країни), рівні регіонів (обласні/міські державні адміністрації), місцевому рівні (органи місцевого самоуправління та заклади охорони здоров'я).

Необхідно відзначити, що цілі на нижчих рівнях управління повинні відповідати цілям, які поставлені на центральному рівні влади, доповнювати та деталізувати їх з урахуванням специфіки регіону і місцевого рівня.

В нашому випадку метою системної, такою, що діє протягом всього періоду проведення реформи системи охорони здоров'я країни комунікаційної кампанії, є інформування широких прошарків населення, в першу чергу осіб, які ухвалюють рішення, і медичних працівників про цілі, задачі та механізми проведення реформи.

Планування та програмування. Оскільки програма, пов'язана з реформуванням державної системи охорони здоров'я, є комплексною, багаторівневою і спрямована на досягнення довготермінових цілей, можна говорити про неї як про державну стратегічну комунікацію в системі охорони здоров'я. Детальне планування – це завжди складний процес, на який завжди не вистачає часу. Але необхідно знати, що виграє той, хто вірно розробляє стратегію своїх дій, а не рухається за течією.

В ході проведення реформи спеціалісти з комунікацій повинні забезпечити наступне:

- створення основного джерела інформації про реформу системи охорони здоров'я, розрахованого на всі рівні управління: центральний, регіональний, місцевий та різні цільові групи аудиторій;
- донесення диференційованої інформації про реформу до цільових аудиторій;
- аналіз змін громадської думки та поведінки населення в цілому і основних діючих осіб на підтримку проведення реформи;

- передача отриманої інформації для внутрішнього використання;
- координація діяльності з впливу на населення, а також осіб, котрі ухвалюють рішення на всіх рівнях управління, з формування позитивного ставлення та підтримки реформи.

В цілому цей етап має відповісти на такі питання: ціль програми (чого прагнуть організатори кампанії); цільова аудиторія (кого необхідно охопити впливом); вимоги (чого слід досягти при спілкуванні з кожним типом аудиторії); форми впливу (засоби масової інформації, індивідуальні форми роботи); рівні впливу (центральний, регіональний, місцевий).

Таке планування необхідно для того, щоб за допомогою змін громадської думки досягнути змін у поведінці населення у бік підтримки проведення реформи системи охорони здоров'я в країні.

Вибір цільових груп для проведення комунікацій. Цей етап є складним і важливим у побудові системи комунікацій на підтримку проведення реформ, адже кожна цільова група потребує розробки специфічної для неї інформації, використання форм її подачі та підбору комунікаторів. Крім цього, кожна цільова група має свій рівень впливу на проведення реформи, виступаючи її прихильником або супротивником. Отже, загальною аудиторією комунікативного процесу є все населення країни. Цільові аудиторії на різних рівнях управління будуть різними, але в цілому їх можна розділити на такі групи: особи, які ухвалюють рішення; організатори охорони здоров'я; практичні медичні працівники; працівники засобів масової інформації; працівники системи освіти; активісти громадських організацій та неформальні лідери; керівники підприємств різних форм власності; профспілкові активісти і т.ін.

Пошук на всіх рівнях прихильників реформи та підготовка спеціалістів для проведення комунікаційних програм. Безумовно, прихильників проведення реформи системи охорони здоров'я в країні багато. В першу чергу це спеціалісти, що розробляли її стратегію, чиновники всіх рівнів і медичні працівники, яких не задовольняє стан системи, а також частина незадоволених пацієнтів та їх родини. Частина прихильників реформи відома. Але вони необхідні на всіх рівнях

управління і всіх рівнях надання медичної допомоги. Саме вони мають стати провідниками реформи у суспільстві. Виявити прихильників реформи можна різними шляхами: при проведенні різних масових заходів (конференції, збори асоціацій, семінари, круглі столи, соціологічні опитування та інше). Прихильники реформи в першу чергу мають бути детально поінформовані про задачі та механізми проведення реформ. Для цього організуються відповідні навчально- комунікативні заняття у Міністерстві охорони здоров'я, регіональних управліннях охорони здоров'я, на кафедрах організації охорони здоров'я вищих медичних навчальних закладів. Такі заняття повинні бути спланованими та регулярними.

Відбір каналів і механізмів масової та індивідуальної комунікації, технології впливу. При виконання цього етапу необхідно вирішити питання про канали, механізми і форми комунікації, які будуть використані у ході проведення кампанії, форматі інформаційного блоку. Зазначені засоби комунікацій розробляються для кожного рівня.

Наразі широко використовуються такі канали комунікацій як телебачення, радіо, Інтернет, відкриті телефонні лінії, акції масової культури, акції за участі відомих осіб та неформальних лідерів, інформація на різних носіях, індивідуальні та групові бесіди. Така форма комунікацій як лекція втрачає своє значення і є малоефективною.

Необхідно визначити не тільки канали і форми подачі інформації, а й комплексність їх використання та регулярність подачі інформації.

Планування бюджету. При плануванні необхідного фінансування для проведення комунікативної роботи з формування у населення позитивного ставлення до реформи охорони здоров'я потрібно враховувати всі необхідні витрати, пов'язані з матеріально-технічним забезпеченням, заробітною платою, використанням засобів масової інформації, проведенням різних форм комунікації на всіх рівнях. При плануванні бюджету, який мусить бути реальним, необхідно визначити джерела фінансування.

Дії в межах програми комунікацій. Головною умовою успішного

проведення реформи системи охорони здоров'я в країні є координація дій всіх її учасників і комунікації, адже ефективність одного залежить від ефективності іншого. При цьому, згідно з правилами комунікативного впливу, необхідно забезпечити позиції комунікатора та аудиторії, а в нашому випадку це все населення країни, адже тільки в цьому випадку можна добитися максимального успіху.

Для цього американські PR-спеціалісти пропонують наступну техніку [62]:

1. Використовуйте засоби масової інформації, які найбільш приближені до позиції аудиторії.
2. Використовуйте комунікативне джерело, що користується найбільшою довірою аудиторії у даному питанні.
3. Уникайте підкреслення різниці між позицією комунікатора та аудиторії.
4. Находьте спільні з аудиторією місця у словах та подіях, які згадуєте.
5. Формулюйте позицію комунікатора як позицію більшості.
6. Користуйтеся посиланнями на ідентифікацію групи (соціальної, професійної, релігійної, вікової і т.ін.), якщо вони вам можуть допомогти.
7. Модифікуйте повідомлення з метою досягнення цілі комунікації.

Організатори комунікативної програми повинні знати стандартні вимоги, які використовуються в роботі з засобами масової інформації. До них належить те, що повідомлення повинні мати новинний характер, бути зрозумілими, прив'язаними до аудиторії, місця і часу.

Таким чином, цей розділ включає наступні елементи: стратегії дії, комунікативні стратегії, плани реалізації програми реформування системи охорони здоров'я країни.

Оцінка результатів. Для проведення оцінки результатів комунікаційної кампанії, яка відображає успішність проведення реформи системи охорони здоров'я країни, як в цілому так і по окремих її напрямках на центральному, регіональному і місцевому рівнях, необхідно на всіх рівнях управління створити групи/центри моніторингу і оцінки. Головними критеріями в їх діяльності мають

статі розроблені індикатори оцінки, які відповідають поставленим для кожного рівня та регіону/місцевості задачам і мають конкретні терміни виконання та показники досягнення поставленої мети. Результати оцінки мають базуватися на достовірних даних, отриманих з достовірних джерел. У складі центрів/груп моніторингу і оцінки повинні працювати незаангажовані спеціалісти, які мають досвід роботи у моніторингу і оцінці та ознайомлені з досвідом роботи в даному напрямку в інших країнах.

Оцінка результатів, згідно з системним підходом, складається з двох напрямків:

- *плану оцінки*, до якого включаються критерії і терміни оцінки майбутніх дій;
- *зворотнього зв'язку та плану гнучкого перегляду* програм на всіх рівнях управління, в якому передбачаються варіанти змін у відповідності до результатів отриманої оцінки.

Це дуже важливий пункт програми, оскільки його виконання дасть можливість оперативно реагувати на проблеми, які можуть виникати в ході проведення реформи.

Таким чином, можна констатувати, що розроблено методичні підходи до проведення комунікацій в ході реформування системи охорони здоров'я. Структура підготовки та проведення комунікаційної кампанії в країні у зв'язку з реформою системи охорони здоров'я складається з наступних етапів: оцінка ситуації та визначення проблеми; визначення цілей; планування і програмування; пошук на всіх рівнях прихильників реформи та підготовка спеціалістів для проведення комунікаційних програм; вибір цільових груп для проведення комунікацій; відбір каналів і механізмів масової та індивідуальної комунікації, техніки впливу; планування бюджету; дії в межах програми комунікацій; оцінка результатів.

Висновки до розділу 3

Базуючись на сформованих на основі результатів наукових досліджень, присвячених пошуку форм і механізмів комунікацій в охороні здоров'я та даних доказового менеджменту даних, теоретично обґрунтовано концептуальну модель системи комунікацій в охороні здоров'я, складовими компонентами якої є: ресурси системи, стратегія комунікативної політики, комунікативні технології, цільові групи комунікативного впливу, моніторинг та оцінка. Основу комунікативної діяльності складає міжсекторальний підхід, а правова основа забезпечується цільовою довгостроковою програмою комунікацій та їх стратегічним плануванням на всіх рівнях управління.

Розроблена комплексна система комунікацій в охороні здоров'я структурною основою якої визначені нормативно-правове забезпечення, наявність потрібних організаційних, кадрових, матеріально-технічних, фінансових ресурсів, визначення повноважень, інформаційне забезпечення, сучасні технології, ефективне управління, міжсекторальний підхід, моніторинг та оцінка діяльності. Заходи щодо створення системи комунікацій мають бути комплексними, охоплювати всі складові елементи системи. Досягнення успішності комунікативної діяльності є вдосконалення управлінської ланки, зокрема, визначення потреби населення в інформації, стратегічне та поточне планування, розробка методології та технологій комунікацій, ресурсного забезпечення та вимог щодо ефективності комунікативного впливу, а також постійне удосконалення процесу та технологій комунікативної діяльності. Особливістю діяльності запропонованої системи є те, що одні і ті ж учасники процесу при різних рівнях комунікацій можуть виступати як об'єктом так і суб'єктом комунікативного впливу.

Центральним елементом системи є галузевий ресурсний центр із забезпечення комунікацій в охороні здоров'я метою діяльності якого є наукове прогнозування потреб різних верств населення в комунікаціях з охорони здоров'я, прогнозування її позитивного і негативного впливу та забезпечення всіх її учасників необхідною комплексною, достовірною та своєчасною інформацією, а

задачею - збір, накопичення та поширення інформації, планування заходів з комунікацій в охороні здоров'я і навчання комунікаторів.

Для забезпечення ефективної комунікації медичних працівників з цільовими групами комунікативного впливу розроблено компетенції медичних працівників з комунікативної діяльності в залежності від рівня надання медичної допомоги і займаної посади та способи їх досягнення в системі післядипломної освіти з запровадженням курсів тематичного удосконалення та зміною парадигми підготовки медичних працівників. Розроблено модель управління комунікативною діяльністю на рівні закладу охорони здоров'я з визначенням суб'єкту, об'єкту управління та блоку наукового регулювання, комплексне використання яких на рівні закладу охорони здоров'я дозволить ефективно організувати його комунікативну діяльність.

ВИСНОВКИ

В кваліфікаційній роботі представлено обґрунтовану комплексну систему комунікативних технологій взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг скеровану на формування у населення відповідального ставлення до свого здоров'я та прихильності до проведення реформи охорони здоров'я складовими якої є нормативно-правове забезпечення, наявність потрібних організаційних, кадрових, матеріально-технічних, фінансових ресурсів, визначення повноважень, інформаційне забезпечення, сучасні технології, ефективне управління, міжсекторальний підхід, моніторинг та оцінка діяльності при розробці стратегії комунікативної політики та сегментації і пріоритизації цільових груп комунікативного впливу з визначенням компетенцій медичних працівників та способів їх досягнення в системі післядипломної освіти.

За допомогою соціологічного дослідження встановлено низький рівень відповідального ставлення населення до особистого здоров'я: $13,0 \pm 1,7\%$ сільських жителів та $15,25 \pm 1,8\%$ міських жителів веде спосіб життя, який сприяє збереженню здоров'я; для $6,25 \pm 1,2\%$ та $14,75 \pm 1,8\%$ відповідно особисте здоров'я є головним пріоритетом; $48,5 \pm 2,5\%$ та $40,75 \pm 2,5\%$ палить; $37,0 \pm 2,4\%$ та $28,5 \pm$ % зловживає алкоголем, $14,75 \pm 1,7\%$ та $34,0 \pm 2,4\%$ регулярно відвідує лікаря з профілактичною метою; $22,25 \pm 2,1\%$ та $54,25 \pm 2,5\%$ хворих на ХНЗ виконує рекомендації лікаря відносно лікування.

Встановлено низький рівень комп'ютеризації ($9,8\%$ первинний, $17,2\%$ вторинний, $30,2\%$ третинний рівень), доступу комп'ютеризованих до системи інтернет ($17,6\%$ первинний, $89,4\%$ вторинний, $95,5\%$ третинний рівень) ЗОЗ при відсутності програмного забезпечення організаційного, інформаційного і навчального характеру та низького рівня використання сайтів ЗОЗ та управліннь охорони здоров'я для пропаганди серед населення реформи охорони здоров'я, ЗОЖ, своєчасного звернення за медичною допомогою. Показано, що існуючий рівень інформатизації закладів охорони здоров'я не дозволяє впровадити ефективну систему комунікацій в охороні здоров'я.

За результатами дослідження розроблено інформаційну електронну систему системи комунікацій в охороні здоров'я, яка дозволяє в автоматизованому режимі проводити збір, облік, аналіз та забезпечення учасників процесу комунікацій за рівнями комунікативного впливу комплексною, своєчасною та повною інформацією з питань медико- демографічної ситуації та організації надання медичної допомоги населенню і актуальних питань її реформування. Інформаційна система складається із локальних мереж та головного терміналу до якого подається інформація для узагальнення, аналізу та представлення користувачам. Головний термінал знаходиться в ресурсному центрі. Система є відкритою. В ній не використовується конфіденційна інформація.

В ході соціологічного дослідження встановлено недостатній рівень готовності ЛЗП-СЛ до проведення профілактичної діяльності та формування у населення прихильності до здорового способу життя: $29,9 \pm 2,3\%$ мають достатній рівень теоретичних знань з профілактики найбільш поширених інфекційних та неінфекційних захворювань, у $39,0 \pm 2,4\%$ наявні теоретичні знання з основ ЗСЖ для різних вікових груп населення, а $2,9 \pm 0,8\%$ мають практичні навички та методики з розробки на рівні сім'ї програм усунення факторів ризику розвитку найбільш поширених неінфекційних захворювань та розладів психіки та поведінки та їх профілактики, а $4,0 \pm 1,0\%$ - навички визначення цільових груп комунікативного впливу при цьому у $45,4 \pm 2,5\%$ наявні навички індивідуальних комунікацій з різними цільовими групами впливу, $22,4 \pm 2,1\%$ - комунікацій на груповому рівні, $27,0 \pm 2,2\%$ - масової комунікації, $1,1 \pm 0,5\%$ - знайомі з методиками паблікрелейшен.

Найбільш часто ЛЗП-СЛ використовують наступні форми роботи з формування у населення прихильності до здорового способу життя та профілактичної діяльності: $98,8 \pm 0,6\%$ - індивідуальні бесіди з диспансерною групою хворих; $85,6 \pm 1,8\%$ - випуски санітарних бюлетенів; $37,9 \pm 2,4\%$ - індивідуальні бесіди з усіма хто проводить профілактичні огляди; $28,2 \pm 2,2\%$ - бесіди групові з батьками; $23,6 \pm 2,1\%$ - заняття з різними цільовими групами населення; $19,5 \pm 2,0\%$ - школи здоров'я. Рідко ЛЗП-СЛ використовують такі форми профілактичної діяльності як створення веб-сайту здоров'я ($1,1 \pm 0,5\%$); бесіди

групі з особами, що приймають рішення ($2,9 \pm 0,9\%$); виступи по телебаченню ($4,0 \pm 1,0\%$); бесіди групі з цільовими групами диспансерних хворих ($4,6 \pm 1,0\%$); індивідуальні бесіди з усіма хто звернувся ($6,3 \pm 1,2\%$). При цьому при отриманні базової освіти, включаючи інтернатуру, майбутніх ЛЗП- СЛ не готують до проведення профілактичної роботи та формування у населення здорового способу життя, основ проведення комунікаційної діяльності; не визначені компетенції медичних працівників з комунікативної діяльності.

Запропонована комплексна модель комунікативної діяльності сімейного лікаря яка визначає задачі та функції; рівень, об'єкт, інструмент впливу; форми реалізації; необхідні ресурси; моніторинг і оцінку. Структурну основу моделі складають наявні ресурси діючої системи охорони здоров'я, а її впровадження не вимагає значних додаткових фінансових ресурсів. Стратегічним напрямком моделі комунікативної діяльності сімейних лікарів є забезпечення всіх категорій населення комплексною, об'єктивною інформацією з питань ПМСД. Тактичним напрямком моделі є інформування всіх цільових груп населення, яке обслуговує сімейний лікар з питань, які стосуються надання первинної медико-санітарної допомоги.

Базуючись на сформованих на основі результатів наукових досліджень, присвячених пошуку форм і механізмів комунікацій в охороні здоров'я та даних доказового менеджменту даних, теоретично обґрунтовано концептуальну модель системи комунікацій в охороні здоров'я, складовими компонентами якої є: ресурси системи, стратегія комунікативної політики, комунікативні технології, цільові групи комунікативного впливу, моніторинг та оцінка. Основу комунікативної діяльності складає міжсекторальний підхід, а правова основа забезпечується цільовою довгостроковою програмою комунікацій та їх стратегічним плануванням на всіх рівнях управління.

Розроблена комплексна система комунікацій в охороні здоров'я структурною основою якої визначені нормативно-правове забезпечення, наявність потрібних організаційних, кадрових, матеріально-технічних, фінансових ресурсів, визначення повноважень, інформаційне забезпечення, сучасні технології, ефективне управління, міжсекторальний підхід, моніторинг та оцінка діяльності. Заходи щодо

створення системи комунікацій мають бути комплексними, охоплювати всі складові елементи системи. Досягнення успішності комунікативної діяльності є вдосконалення управлінської ланки, зокрема, визначення потреби населення в інформації, стратегічне та поточне планування, розробка методології та технологій комунікацій, ресурсного забезпечення та вимог щодо ефективності комунікативного впливу, а також постійне удосконалення процесу та технологій комунікативної діяльності. Особливістю діяльності запропонованої системи є те, що одні і ті ж учасники процесу при різних рівнях комунікацій можуть виступати як об'єктом так і суб'єктом комунікативного впливу.

Центральним елементом системи є галузевий ресурсний центр із забезпечення комунікацій в охороні здоров'я метою діяльності якого є наукове прогнозування потреб різних верств населення в комунікаціях з охорони здоров'я, прогнозування її позитивного і негативного впливу та забезпечення всіх її учасників необхідною комплексною, достовірною та своєчасною інформацією, а задачею - збір, накопичення та поширення інформації, планування заходів з комунікацій в охороні здоров'я і навчання комунікаторів.

Для забезпечення ефективної комунікації медичних працівників з цільовими групами комунікативного впливу розроблено компетенції медичних працівників з комунікативної діяльності в залежності від рівня надання медичної допомоги і займаної посади та способи їх досягнення в системі післядипломної освіти з запровадженням курсів тематичного удосконалення та зміною парадигми підготовки медичних працівників. Розроблено модель управління комунікативною діяльністю на рівні закладу охорони здоров'я з визначенням суб'єкту, об'єкту управління та блоку наукового регулювання, комплексне використання яких на рівні закладу охорони здоров'я дозволить ефективно організувати його комунікативну діяльність.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Августин Р.Р. Тіньова економіка як перешкода реформування системи охорони здоров'я. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи: *Матеріали доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю*. Тернопіль- Кам'янець-Подільський. 2018. С.13-16
2. Августин Р.Р., Демків І.О. Управлінські інновації як чинник підвищення конкурентоспроможності підприємств. *Ефективна економіка*. 2020. № 4. URL: http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/4_2020/16.pdf
3. Августин Р. Р. Пріоритети державної політики детінізації національного господарства України на сучасному етапі розвитку. *Проблеми економіки*, 2016, 4: 35-40.
4. Августин Р. Р. Електронне врядування як інформаційна база забезпечення взаємодії влади і бізнесу. *Збірник матеріалів доповідей науково-практичної конференції з міжнародною участю «Влада і бізнес: актуальні проблеми партнерства»*. Тернопіль, 2013, 104-107.
5. 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.
6. Антонюк, О. Адміністративний менеджмент: етико-методологічні засади. *Персонал*. 2006. № 12. С. 58-65.
7. Артюхіна М.В. Маркетингова діяльність закладів охорони здоров'я в умовах реформування галузі. URL: <http://dspace.nbuv.gov.ua/bitstream/handle/123456789/24092/23-Artiukhina.pdf?sequence=1>
8. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я. URL: http://pidruchniki.com/1781040937372/meditsina/menedzhment_u_galuzi_ohoroni_zdorovya
9. Беденко-Зваридчук О. Правовий статус медичних закладів. URL: <http://103-law.org.ua/Docs/9irfoboq6vБеденко.pdf>

10. Вовк С.М. Системні трансформації охорони здоров'я: монографія. Донецький державний університет управління, МОН України. Кривий Ріг : вид. Р. А. Козлов. 2017. 315 с.
11. Гапонова Е.О. Особливості формування ринку медичних послуг в Україні на сучасному етапі. *Вісник Харківського національного університету імені В.Н.Каразіна*. 2014. №1144.
12. Гойда Н. Г. Медикосоціологічна інформація як інструмент управління якістю медичної допомоги: 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. URL: <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. URL: http://www.nbuuv.gov.ua/old_jrn/chem_biol/sped/2012_1/015-18.pdf
15. Грабовський В.А., Клименко П.М.. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я. URL: <http://visnyk.academy.gov.ua/wp-content/uploads/2014/10/2014-10-20.pdf>
16. Декларація про політику в галузі забезпечення прав пацієнта у Європі, ВООЗ; 1994 р. URL: http://samlib.ru/s/stonogin_s_w/europe.shtml
17. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. моногр. у 2 ч. / заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша. К. : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
18. Державна служба статистики України: веб-сайт. URL: <https://www.ukrstat.gov.ua>
19. Дробнер Г. Комунікації як ефективний засіб розвитку системи охорони здоров'я: мат. доп. Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки». (Частина 2), м. Тернопіль, 15 травня. 2020 р. Тернопіль, 2020. С. 153-157.
20. Дробнер Г. Комунікативна взаємодія як необхідна складова діяльності

медичної установи: мат. доп. V Науково-практичної конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні проблеми економіки, підприємництва та управління на сучасному етапі» (Тернопіль, ЗУНУ, 2020)

21. Ефективне управління медичними закладами. Можливості МІС. URL: <https://euromd.com.ua/post-8164-efektivne-upravlinnya-medichnimi-zakladami-mozhливosti-mis>.

22. Жаліло Л. Охорона громадського здоров'я як соціальна інституція. *Вісн. УАДУ*. 2003. № 2. С.72-77.

23. Зражевська Н. І. Комунікаційні технології: посібник. Черкаси: Брама-Україна, 2010. 224 с.

24. Конвенція про захист прав та гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини, Рада Європи; від 04.04.1997р. URL: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/994_334.

25. Котлер Ф. Основы маркетинга / пер. с англ. В. Б. Боброва. М. : Ростинер, 1996. 704 с.

26. Кривенко Є.М., Ситенко О.Р. Роль комунікації та PR-технологій у взаємодії галузі охорони здоров'я і громадськості. Україна. Здоров'я нації. 2013. № 4. С. 101-105

27. Критерії оцінювання якості роботи головних та старших медичних сестер медичного закладу: інформаційно-оціночний документ. URL: emedsestra.m CFR.ua/article.aspx?aid=462276

28. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. К. : Укр. Інститут стратегічних досліджень МОЗ України, 2009. 34 с.

29. Механізми та функціонально-структурні інструменти забезпечення конкурентоспроможності національної економіки в умовах сучасних загроз економічної безпеки : монографія / за ред. д.е.н., проф. Васильціва Т. Г., д.е.н., доц. Лупака Р. Л. Львів : Видавництво ННБК «АТБ», 2019. 552 с.

30. Медична послуга: класифікація та правовий вимір / І.О. Бедрик, Л.О. Буравльов, І.М. Паращич, Я.Ф. Радиш. *Медичне право України: проблеми управління та фінансування охорони здоров'я*: III всеукр. наук.-практ. конф. з

мед. права. Л. : Вид-во ЛОБФ «Медицина і право», 2009. С. 20 - 24.

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

32. Мельник А., Мельник Ю. Національний та регіональні ринки послуг України: чи наближаємось ми до Європи? *Журнал європейської економіки*. 2015. Том 14. (№ 4). с. 456-476. .

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

34. Міністерство охорони здоров'я України: офіційний веб-сайт. URL: <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>

35. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я: монографія / за ред. Шкільняк М.М., Желюк Т.Л. Тернопіль, Крок, 2020. 560 с.

36. МОЗ: ціни на медичні послуги будуть встановлюватися за єдиною методикою. URL: <http://pravda.press/news/society/moz-tsiny-na-medichni-poslugi-budut-vstanovlyuvatisya-za-dinoyu-metodikoju--23352/>

37. Москаленко В. Ф. Економіка охорони здоров'я : підручник. Вінниця: Нова Книга, 2010. 288 с.

38. Нагорная А.М. Проблема якості в охороні здоров'я. Подільській: Абетка-НОВА, 2002. 384с.

39. Науковий менеджмент в медицині URL: <http://angio-veritas.com/innovatsiji/naukovo-innovatsijnyj-menedzhment/naukovyj-menedzhment-v-medytsyni>

40. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років. URL: http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Strategiya_UKR.pdf

41. Нормативні документи, які регулюють різні сфери надання послуг. URL: <http://zakon.nau.ua/search/?word=%EF%EE%F1%EB%F3%E3%E8> 9

42. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від

19.11.1992 № 2801-ХІІ. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>

43. Офіційний сайт Комунального некомерційного підприємства «Хмельницький обласний протипухлинний центр» Хмельницької обласної ради. URL: <http://hood.net.ua/>

44. Петрашик Ю.М. Якість медичних послуг: особливості, роль, фактори. URL: irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis.../cgiirbis_64.exe?...

45. Права пацієнтів у міжнародних документах URL: irbis-nbuv.gov.ua/.../cgiirbis_64.exe?...

46. Про впровадження телемедицини в закладах охорони здоров'я: Наказ МОЗ України від 26.03.2010р. № 261. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100326_261.html

47. Про соціальні послуги: Закон України. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=966-15>

48. Про схвалення Концепції проекту Закону України “Про основні засади державної комунікативної політики” : Розпорядження Кабінету Міністрів України №85-р від 13.01.2010 р. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=85-2010-%F0&new=1>

49. Психологія лікаря: особливості взаємин з родичами хворих. URL: <http://osvita.ua/vnz/reports/psychology/29425/>

50. Пушмак Г. Маркетингові шляхи реформування медицини в Україні. *Маркетинг в Україні*. 2013. № 3. С. 28-32.

51. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування. К.: Видавництво УАДУ, 2010. 360 с.

52. Савельєва В.С., Єськов О.Л. Управління персоналом: навчальний посібник. К: “Професіонал”, 2005. 336 с.

53. Самофал М.М. Підстави виникнення правовідносин з надання медичних послуг. URL: http://www.vru.gov.ua/content/article/visnik13_13.pdf

54. Солоненко І. Аналіз державної політики з реформування галузі охорони здоров'я. *Управління сучасним містом*. 2017. №10/12. С. 54-59.

55. Стефанишин Л. С. Теоретико-методичні основи застосування

партисипативного управління закладом охорони здоров'я. *Держава та регіони. Серія : Економіка та підприємництво*. 2019. № 3. С. 160-166.

56. Токарчук О., Августин Р. Автоматизація системи управління медичною інформацією в закладах охорони здоров'я. 2020. С.270-271

57. Управління медичним закладом в процесі реформи: що необхідно і чого не слід робити. URL:<https://www.umj.com.ua/article/127584>.

58. Чехун О.В. Надання платних медичних послуг: цивільно-правові аспекти. Часопис Київського ун-ту права 2010. № 2. URL: kul.kiev.ua/images/chasop/2010_2/213.pdf

59. Шавкун І.Г. Ділова комунікація: сутність та типологізація. URL: http://www.zgia.zp.ua/gazeta/VISNIK_38_7.pdf

60. Шкільняк М.М. Вектори модернізації менеджменту закладу охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. *Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи*. Мат. доп. Всеукраїнської наук.-практ. конференції з міжнародною участю. Тернопіль – Кам'янець-Подільський: ТНЕУ, 2018. С. 332-336

61. Шомникова А.В. Сутність та особливості функціонування ринку медичних послуг. URL:http://tpre.econom.univ.kiev.ua/data/2010_23/Zb23_28.pdf

62. Ямненко Т. М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід. *Юридичний вісник. Повітряне і космічне право*. 2018. № 2. С. 116-120.

63. Avhustyn R., Demkiv I. and K. Nataliya, Modeling the Assessment of the Probability of Shadowing and Spread of Corruption in the Social System and the Sphere of Public Services, 2019 9th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT), Ceske Budejovice, Czech Republic, 2019, pp. 388-392, doi: 10.1109/ACITT.2019.8780106.