

**Міністерство освіти і науки України  
Тернопільський національний економічний університет  
Факультет державного управління**

Кафедра державного і муніципального управління

**Медвідь Леся Миколаївна**

**ДИСПЕТЧЕРИЗАЦІЯ НАДАННЯ ОЗДОРОВЧО-  
ЛІКУВАЛЬНИХ ПОСЛУГ САНАТОРІЯ  
ПРОФІЛАКТОРІЯ ВИЩОГО НАВЧАЛЬНОГО  
ЗАКЛАДУ**

**Спеціальність 8.18010018 – адміністративний менеджмент**

**Дипломна робота за освітньо-кваліфікаційним рівнем «магістр»**

Слухач спеціальності  
«Адміністративний менеджмент»  
Медвідь Л.М.

---

Підпис

Науковий керівник  
к.н.держ.упр. Петриків А.В.

---

підпис

Дипломну роботу допущено до  
захисту

«\_\_»\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Зав. кафедри, д.е.н., професор

Мельник А.Ф.

---

прізвище, ініціали підпис

**ТЕРНОПІЛЬ  
2014**

## ВСТУП

*Актуальність теми.* На сьогоднішній день в Україні, як і в цілому світі, важко уявити собі систему охорони здоров'я населення без санаторно-курортного лікування та відпочинку. Досвід показує, що процес диспетчеризації надання оздоровчо-лікувальних послуг санаторія-профілакторія вищого навчального закладу при добре організованій диспетчерській службі ефективно функціонує та сумлінно виконує свої завдання та обов'язки. Для успішної роботи будь-якого санаторія-профілакторія потрібна налагоджена система диспетчеризації, котра допомагає раціонально використовувати та спрощувати роботу тих чи інших ресурсів санаторію. Диспетчеризація і основані на ній централізований збір і обробка оперативної інформації, контроль і регулювання дозволяють в декілька разів збільшити швидкість проходження інформації, підвищити інформаційну забезпеченість керівників і спеціалістів.

Аналіз праць низки науковців, що вивчали питання розвитку та функціонування санаторно-курортних та оздоровчих підприємств (Алешугіна Н.О., Андрєєва Г.П., Богадунова Р.Н., Влащенко Н.М., Коваль П.Ф., Колєсник А.В., Любіцева О.О., Стафійчук В.І., Ткаченко Т.І.), а також нормативно-правових актів щодо діяльності санаторно-курортних і оздоровчих підприємств в Україні існують відмінності у визначенні назви даної групи підприємств і в їх класифікації. Однак багато питань пов'язаних із диспетчеризацією надання оздоровчо-лікувальних послуг санаторія-профілакторія вищого навчального закладу та процесами, які відбуваються в середині організації залишається недостатньо дослідженими. Актуальність проблеми обумовила вибір теми дипломної роботи і визначення її мети.

*Метою дипломної роботи* є розроблення практичних рекомендацій щодо вдосконалення диспетчеризації з метою покращення надання оздоровчо-лікувальних послуг санаторія-профілакторія вищого навчального закладу.

Досягнення поставленої мети ґрунтується на вирішенні комплексу взаємопов'язаних завдань:

- розкрити суть і значення надання оздоровчо-лікувальних послуг санаторія-профілакторія вищого навчального закладу;
- висвітлити особливості здійснення диспетчеризації надання оздоровчо-лікувальних послуг санаторія-профілакторія вищого навчального закладу в Україні;
- охарактеризувати зарубіжний досвід диспетчеризації надання оздоровчо-лікувальних послуг санаторія-профілакторія вищого навчального закладу;
- здійснити характеристику системи планування диспетчеризації надання оздоровчо-лікувальних послуг санаторія-профілакторія ТНПУ ім. В.Гнатюка;
- провести аналіз інформаційного забезпечення діяльності санаторія-профілакторія ТНПУ ім. В. Гнатюка в контексті диспетчеризації надання оздоровчо-лікувальних послуг;
- здійснити оцінку ефективності диспетчеризації надання оздоровчо-лікувальних послуг санаторія - профілакторія ТНПУ ім. В.Гнатюка;
- запропонувати шляхи удосконалення організації диспетчеризації надання оздоровчо-лікувальних послуг санаторія-профілакторія вищого навчального закладу;
- розробити пропозиції щодо удосконалення методик та інструментарію диспетчеризації надання оздоровчо-лікувальних послуг санаторія-профілакторія вищого навчального закладу;
- вивчити питання удосконалення ресурсного забезпечення диспетчеризації надання оздоровчо-лікувальних послуг санаторія-профілакторія вищого навчального закладу в контексті зарубіжного досвіду.

*Об'єкт дослідження* — процес надання оздоровчо-лікувальних послуг санаторієм-профілакторієм Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка.

*Предмет дослідження* — механізм диспетчеризації надання оздоровчо-лікувальних послуг санаторієм-профілакторієм Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка.

*Методи дослідження.* Для розв'язання поставлених завдань у процесі дослідження використовувались методи: класифікації, систематизації, емпіричних оцінок, аналізу і синтезу, кореляції, індукції та дедукції, практичного узагальнення статистичних даних, власних спостережень та досліджень.

*Наукова значимість результатів дослідження* полягає в удосконаленні методик та інструментарію здійснення диспетчеризації надання оздоровчо-лікувальних послуг санаторія-профілакторія вищого навчального закладу та наданні сучасної оцінки функціонування диспетчеризації надання оздоровчо-лікувальних послуг ТНПУ ім. В. Гнатюка.

*Практичне значення дипломної роботи.* Матеріали дипломної роботи можуть використовуватись у закладенні перспективних планів із диспетчеризації надання оздоровчо-лікувальних послуг та для удосконалення практики управління в санаторії-профілакторії ТНПУ ім. В. Гнатюка та в інших санаторіях-профілакторіях вищих навчальних закладів.

Результати роботи апробовані в квітні 2014 року на Загальноуніверситетській студентській конференції «Формування особливості майбутнього вченого, фахівця високої кваліфікації» та опубліковані в збірнику наукових праць слухачів магістратури «Актуальні проблеми державної служби та адміністративного менеджменту». — Тернопіль: ТНЕУ, 2014.

Інформаційною базою дослідження є наукова література, статті в наукових журналах, матеріали діяльності санаторії-профілакторії ТНПУ ім. В. Гнатюка, ресурси мережі Інтернет.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДИСПЕТЧЕРИЗАЦІЇ НАДАННЯ ОЗДОРОВЧО-ЛІКУВАЛЬНИХ ПОСЛУГ САНАТОРІЯ-ПРОФІЛАКТОРІЯ ВИЩОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

### 1.1. Суть і значення надання оздоровчо-лікувальних послуг санаторія-профілакторія вищого навчального закладу

Весь уклад життя в лікувально-профілактичному закладі має позитивний вплив на психіку хворих. Уважний, бережливий підхід, чуттєве відношення до переживань і скарг хворих, до всього, що їх хвилює і тривожить – основні принципи, якими керуються медичний і обслуговуючий персонал санаторію-профілакторію.

Розглянемо визначення поняття «санаторій-профілакторій» з точки зору управління медичним закладом.

Санаторій-профілакторій — це лікувально профілактичний заклад санаторного типу, призначений для проведення лікувальної та оздоровчої роботи серед робітників і службовців, студентів вищих і учнів середніх спеціальних закладів та професійно - технічних училищ [6]

Основними завданнями санаторію - профілакторію вищого навчального закладу ( ВНЗ ) є: зміцнення здоров'я працюючих, студентів; формування здорового способу життя .

Найбільший вплив на стан здоров'я студента вищого навчального закладу та здоров'я працюючих має їхній спосіб життя. Самопочуття, енергія та продуктивна робота це одні з аспектів, які організація повинна враховувати для своїх робітників та студентів, які навчаються та працюють у закладі.

Виконання завдань та досягнення поставлених цілей, всебічний розвиток, свіжі ідеї та погляди дозволяють цікаво й активно проводити час та таким чином усучаснювати та закликати до здорового способу життя. Здоровий спосіб

життя допоможе позбутися поганих звичок, знайти гармонію в житті, продовжити молодість і попередити захворювання.

Санаторії-профілакторії вищих навчальних закладів прикладають багато зусиль, щоб їхнє студентство, молодь була здоровою, енергійною, розумною та здобувала найвищі результати у досягненні всіх поставлених завдань та планів на майбутнє.

У діяльності санаторно-курортних підприємств, до складу яких входять і санаторії-профілакторії вищих навчальних закладів, основною послугою є оздоровлення студентів. Здебільшого ця послуга реалізується в комплексі зі супутніми послугами: побутовими послугами; послугами харчування; культурно-розважальними тощо.

Санаторій-профілакторій ВНЗ забезпечує:

- оздоровлення і лікування працюючих ( в основному, без відриву від виробничої діяльності, а також в період їх відпусток), студентів (з урахуванням специфіки навчального процесу і з врахуванням графіку навчання);
- безперервність і повноту лікувально-оздоровчого процесу,
- його належну ефективність, послідовність та взаємодію в роботі з закладами охорони здоров'я;
- проведення різноманітних оздоровчих і лікувальних заходів переважно за допомогою немедикаментозної терапії і в тому числі нетрадиційних методів лікування;
- надання повноцінного раціонального і дієтичного харчування [6].

Дієтичне харчування працюючих та студентів організовують у дієтичних їдальнях та дієтичних відділеннях загальних їдалень. Для цього вищі навчальні заклади виділяють у їдальнях 10% від загальної кількості місць [8].

Згідно чинного законодавства України, підставою для надання санаторієм-профілакторієм послуг із санаторно-курортного лікування та оздоровлення особам, які навчаються у вищому навчальному закладі є заповнена відповідним чином путівка, форма якої затверджена наказом

Міністерства охорони здоров'я України від 22.01.2002 № 19 "Про затвердження зразка санаторно-курортної путівки".

Основою надання кваліфікованих послуг санаторієм-профілакторієм ВНЗ є, в першу чергу, ліцензія Міністерства охорони здоров'я України на право провадження медичної практики власника даного санаторія (переважно це головний лікар), а також акредитаційний сертифікат (що видається самому санаторію, як діючій структурі) [4].

Перелік послуг, котрі надає санаторій-профілакторій ВНЗ, залежить від списку лікарів-спеціалістів, що працюють, та кабінетів, що повноцінно функціонують.

Санаторій-профілакторій ВНЗ надає такі загальноприйняті послуги:

1) збалансоване та дієтичне триразове харчування на протязі встановленого часу перебування ;

2) фізіотерапевтичні послуги, що являють собою сукупність різних кабінетів. Наприклад, електросвітло лікування, інгаляторій, кварц, ультразвукова терапія, які, по мірі можливостей та фінансування, оснащені сучасною фізіотерапевтичною апаратурою. Проводяться ін'єкції: внутрішньовенні, внутрішньом'язові, підшкірні, внутрішньовенно-краплинні вливання (маніпуляційний кабінет) , а також компреси, перев'язки;

3) водолікарня. Ванни: загальні соляні, ароматичні (хвойні), соляно-хвойні. Душі: потоковий, циркулярний, Шарко, підводний душ-масаж ;

4) стоматологічні послуги. За допомогою сучасного устаткування, сучасних методик лікування проводиться обстеження, профілактика і лікування таких стоматологічних захворювань, як карієс, пульпіт, захворювання слизової оболонки порожнини рота тощо(6);

5) діагностичні послуги (кабінет електрокардіографії, кабінет ультразвукового обстеження органів травлення та сечової системи, кабінет комп'ютерної спірографії - комплексне обстеження органів дихання) [7];

6) послуги лікувального масажу ( сегментарний, крапковий та інші види масажу, мануальна терапія), а також лікувальної фізкультури;

## 7) медикаментозне лікування.

Попит на послуги санаторно-курортного підприємства прямо пропорційно залежить від потоку інформації, що надходить до студентів, і від якості цієї інформації.

Інформація має бути вичерпною, всеосяжною, доступною, викликати інтерес потенційного клієнта й збуджувати намір відвідати санаторій (7).

З економічної точки зору лікування — це діяльність, пов'язана з наданням послуг клієнтові (пацієнтові) шляхом використання людського капіталу, природних, матеріальних і нематеріальних ресурсів, спрямована на відновлення та поліпшення функцій людської життєдіяльності.

Санаторне лікування як послуга має чітко виражену реабілітаційну спрямованість. Реабілітація при цьому розглядається як комплекс взаємозалежних медичних, соціальних, педагогічних та інших заходів, що мають за мету відновлення соціальної (трудової, професійної, сімейно-побутової) дієздатності людини на основі максимально можливого відновлення функцій її організму, порушених хворобою. Саме відновлювальне лікування становить медичний аспект реабілітації. Поетапна система реабілітації передбачає взаємозалежну і спадкоємну лікувальну діяльність лікарняного, диспансерно-поліклінічного і санаторного етапів.

Загальними завданнями медичної реабілітації як послуги є:

- відновлення анатомічної цілісності структури чи органів (за можливості);
- відновлення функцій відповідного органу, системи, структури;
- комплексне відновлення функціональних можливостей організму;
- відновлення психіки хворого, формування належного ставлення до себе та власного здоров'я, до родини, оточуючих людей, до роботи й відпочинку.

Спектр послуг, які може запропонувати санаторій-профілакторій залежить від:



- матеріально-технічної бази вищого навчального закладу та його спроможності забезпечувати фінансування оздоровниці, завдяки чому створюється можливість введення інновацій, розширення або створення нових пропозицій в лікувально-оздоровчому процесі;
- специфіки потреб пацієнтів, котрі обслуговуються в конкретному санаторії-профілакторії.

Наприклад, одні санаторії-профілакторії ВНЗ роблять акцент тільки на стандартну лікувальну базу (процедурний кабінет, фізіотерапевтичний кабінет, стоматологічний кабінет, кабінет електрокардіографії, кабінет лікарського прийому і т.д.), в той час, як інші завдяки унікальності розташування доповнюють список своїх послуг унікальними пропозиціями (кабінет штучного мікроклімату та інгаляторій з використанням солотвинської солі – санаторій-профілакторій на базі Львівського національного університету імені Івана Франка)(8).

Термін лікування в санаторіях-профілакторіях ВНЗ встановлений 18, 21, 24 дня. Між заїздами встановлюється перерва до 2 днів для проведення санітарної обробки приміщень санаторію-профілакторію. Тобто санаторій-профілакторій ВНЗ може мати до 12 заїздів на рік.

У санаторій – профілакторій ВНЗ направляються особи, які потребують за станом здоров'я в санаторному і фізіотерапевтичному лікуванні. Відбір проводять лікарі медико-санітарної частини або територіальної поліклініки, що обслуговують вищий навчальний заклад, за участю лікаря санаторія-профілакторія. Лікуючі лікарі керуються переліком показань і протипоказань, представлених в рекомендаціях з організації відбору. При цьому враховуються зростання захворюваності по окремих нозологічних формах, сезонність деяких захворювань, а також необхідність проведення окремим хворим противорецидивного курсу лікування.

У санаторій-профілакторій не приймаються: особи в період їх тимчасової непрацездатності; особи, які потребують стаціонарного лікування; особи, які потребують спеціального догляду; особи, що хворіють інфекційними,

психічними, венеричними захворюваннями, злоякісними новоутвореннями, алкоголізмом. Як виняток, за рішенням головного лікаря санаторію-профілакторію та лікуючого лікаря закладу охорони здоров'я до оздоровниці можуть прийматися особи, які потребують реабілітаційного лікування після перенесеної травми опорно-рухового апарату, а також особи, які за станом здоров'я переведені тимчасово на легшу роботу.

Дільничний лікар, направляючи в санаторій-профілакторій, забезпечує проведення необхідних обстежень (лабораторних, рентгенологічних, ЕКГ та ін), організовує консультації фахівців, заповнює санаторно-курортну карту і дає рекомендації з лікування з урахуванням результатів раніше проведеного амбулаторного чи стаціонарного лікування, специфіки виробництва, професійних шкідливих і характеру праці пацієнта.

По закінченні терміну лікування лікуючий лікар санаторія-профілакторія заповнює виписаний епікриз, який передається в медсанчастину (територіальну поліклініку), де підшивається в медичну карту амбулаторного хворого. Лікуючий лікар лікувально-профілактичного закладу використовує інформацію, що поступила з санаторію-профілакторію, для подальшої лікувально-профілактичної роботи з пацієнтом.

Приміщення, матеріально-технічне оснащення санаторію-профілакторію забезпечуються підприємством відповідно до типового табелем, але з урахуванням специфіки виробництва, рівня і структури захворюваності відповідних контингентів. Санаторій-профілакторій підпорядковується адміністрації підприємства і працює під методичним керівництвом і фінансовим контролем відповідного відділення Фонду соціального страхування України, галузевого комітету профспілки [6].

Економічний зміст санаторно-курортної галузі зводиться до виконання робіт і надання послуг шляхом використання відповідних лікувальних ресурсів. Специфіка санаторно-курортної галузі полягає в тому, що:

- по-перше, процес створення продукту представлено у формі надання послуги чи виконання роботи (лікування, медична реабілітація, профілактика);
- по-друге, вона має чітко виражений сезонний характер;
- по-третє, вона має комплексний, інтегрований характер. Специфічні особливості послуг полягають не тільки у відносно більшій місткості праці порівняно з виробництвом матеріально-речових благ, а й у значно меншій частці матеріальних затрат (вартості) кінцевого виробництва послуг.

В процесі розвитку суспільства, з урахуванням різних глобалізацій них процесів, санаторії-профілакторії ВНЗ стали приділяти також велику увагу оздоровчому розвитку особистості студентів. А саме, внесли до списку своїх послуг заходи по виробленню важливих життєвих навичок здорового способу життя. Таких як:

- індивідуальні бесіди з основ знань по своєму захворюванню та профілактиці загострень;
- бесіди з основ здоров'я та аналіз різноманітних життєвих ситуацій;
- засування правила здорового харчування та особистої гігієни;
- виховання розуміння значення виконання вправ лікувальної фізкультури
- формування усвідомлення шкідливості тютюну, алкоголю та наркотиків;
- формування позитивної мотивації щодо здорового способу життя;
- контроль виконання призначень лікарем індивідуальних оздоровчих заходів.

Завдяки такого роду послуг, відбувається психологічне розвантаження, що позитивно впливає як на лікувально-оздоровчий процес загалом, так і в деяких випадках, пришвидшує одужання пацієнтів.

Всі послуги, які надаються санаторієм-профілакторієм ВНЗ слід розглядати, як діяльність, яка спрямована на збереження та зміцнення здоров'я

молоді, що є необхідною умовою для прогресивного розвитку суспільства в усіх напрямках.

## **1.2. Особливості здійснення диспетчеризації надання оздоровчо-лікувальних послуг санаторія-профілакторія вищого навчального закладу в Україні**

Диспетчеризація надання оздоровчо-лікувальних послуг санаторія-профілакторія вищого навчального закладу, при умові, якщо вона правильно функціонує дозволяє швидко вирішувати та виконувати поставленні завдання для досягнення запланованої мети та цілей організації .

Диспетчеризація (англ. *dispatch* - швидко виконувати) — процес централізованого оперативного контролю та дистанційного керування, з використанням оперативної передачі інформації між об'єктами диспетчеризації та пунктом управління [21].

Оперативний контроль насамперед здійснюється з метою виявлення відхилень та оперативного керівництва (регулювання) явищами та процесами [12]. На кожному етапі чи процесі роботи, контроль відіграє велику роль у кінцевому результаті, який ми отримуємо. Своєчасне виявлення тих чи інших відхилень у роботі, та своєчасна передача інформації щодо цього відхилення, дозволяє працівникам оперативно вирішувати, ліквідувати та виправляти ситуацію, яка не найкраще склалась .

В Україні важливою передумовою ефективної організації оперативного управління є розробка положення про диспетчерську службу підприємства (об'єднання) і посадових інструкцій для її персоналу.

Посадова інструкція — документ, що визначає організаційно-правове становище працівника в структурному підрозділі, що забезпечує умови для його ефективної праці. Посадова інструкція — це обов'язковий кадровий документ [11]. Положення — нормативно-правовий або локально-правовий акт, що визначає основні правила організації та діяльності державних органів,

структурних підрозділів органу, а також установ, організацій і підприємств (філій), що їм підпорядковуються, тимчасово створюваних комісій, груп, бюро і т.п. [13].

У типовому положенні про диспетчерську службу можна виділити три розділи:

- 1) задачі, функції і місце диспетчерської служби в структурі управління, об'єкти диспетчеризації;
- 2) посадові положення працівників диспетчерської служби і їх взаємодія з іншими працівниками апарату управління;
- 3) організація роботи диспетчерської служби, порядок проведення диспетчерських нарад, розпорядок дня диспетчерських пунктів і постів, диспетчерська документація.

Функціями диспетчерської служби є:

а) оперативна координація діяльності підрозділів; організація і участь у розробці оперативних планів, доведення до виконавців розпоряджень керівників головних спеціалістів; розробка рішень з поточних питань, надання організаційної і технічної допомоги, забезпечення швидкого зв'язку керівництва з підрозділами, керівництво роботою всіх транспортних і технічних засобів обслуговування і постачання, маневрування матеріально технічними ресурсами і робочою силою;

б) контрольно-облікова робота: оперативний контроль виконання розпоряджень, облік виконання робіт, облік витрат, контроль за своєчасністю виконання графіків ;

в) організація внутрішньої інформації: збір, обробка, узагальнення і накопичення первинних зведень, аналіз і оцінка ситуації, повідомлення керівникам і головним спеціалістам про стан виробництва, передача необхідної інформації господарським підрозділам, організація диспетчерських нарад [2].

Досвід показує, що при добре організованій диспетчерській службі затрати часу керівників підприємств, установ, організацій на оперативне управління скорочують майже на половину, а головних спеціалістів на 20-25%.

Диспетчеризація і основані на ній централізований збір і обробка оперативної інформації, контроль і регулювання дозволяють багато разів збільшити швидкість проходження інформації, підвищити інформаційну забезпеченість керівників і спеціалістів [3].

Системи диспетчеризації вирішують такі основні завдання:

- автоматичне забезпечення необхідного мікроклімату;
- надійна і безвідмовна робота встановлених систем;
- можливість зниження загальних капітальних витрат;
- зниження витрат на використання висококласних (і дорогих) фахівців;
- безпека як встановлених систем, так і їх користувачів.

Диспетчеризація забезпечує:

- ширші можливості щодо управління при скороченні штату обслуговуючого персоналу;
- можливість збору статистичної інформації і прогнозування;
- отримання об'єктивної інформації про роботу і стан всіх систем.

Для ефективного функціонування будь-якого санаторія-профілакторію потрібна налагоджена система диспетчеризації, котра допомагає раціонально використовувати та спрощувати роботу тих чи інших ресурсів санаторію.

Таким чином здійснюється контроль — процес забезпечення досягнення цілей санаторію-профілакторію ВНЗ, шляхом постійного спостереження за його діяльністю та усунення відхилень, які при цьому виникають. Даний контроль здійснює спеціально організована при санаторіях-профілакторіях ВНЗ, так звана, диспетчерська служба.

Отже, диспетчерська служба — це організаційна форма оперативного управління.

Основою диспетчерської служби є :

- застосування сучасних засобів зв'язку та комунікації;
- збирання, обробка інформації;
- контролю за ходом поставлених та виконаних завдань.

Правильно організована диспетчерська служба:

- підвищує оперативність;
- скорочує витрати робочого часу;
- своєчасно усуває труднощі, які виникають або можуть виникнути в ході поставлених цілей;
- знижує простої техніки, апаратури, обладнання;
- вдосконалює діяльність керівників, спеціалістів та фахівців;
- підвищує якість управлінських рішень, що призводить до раціонального використання виробничих ресурсів;
- підвищує ефективність діяльності санаторію в цілому.

Завданнями диспетчерської служби є: а) досягнення пропорційності, погодженості, рівномірності безперервності в організації робочих процесів; б) забезпечення належної роботи санаторію-профілакторію та його підрозділів (8).

Умови успішної роботи диспетчерської служби:

- 1) проектування диспетчеризації послуг з повним урахуванням особливостей санаторія-профілакторію;
- 2) чітке визначення місця диспетчерської служби у системі оперативного управління виробництва;
- 3) забезпеченість санаторія-профілакторію штатними одиницями для диспетчерської служби та висока їх кваліфікація;
- 4) наявність надійного внутрішнього зв'язку з диспетчерським пунктом, обладнаним потрібними технічними засобами;
- 5) правильна організація роботи диспетчерської служби і забезпечення трудової, планової і виконавської дисципліни.

У проекті диспетчеризації санаторія-профілакторію ВНЗ виділяють наступні етапи:

I етап — визначення штатної чисельності працівників диспетчерської служби, перелік абонентів і вид зв'язку між ними;

II етап — визначення потреб в засобах оргтехніки, планування центрального диспетчерського пункту і диспетчерських пунктів-відділків;

III етап — складення кошторису на придбання всього необхідного обладнання і робочі креслення.

Диспетчерська служба використовує такі види зв'язку:

- внутрішньовиробничий зв'язок загального користування (комутатор);
- внутрішньовиробничий зв'язок – провідний (на базі радіостанцій, телефони та інші види);
- телефон та інші види із зовнішніми об'єктами (9).

Диспетчерська служба виконує наступні функції:

1) оперативна координація виробничої діяльності підрозділів санаторію: організація і участь в розробці оперативних планів; доведення до виконання розпоряджень; розробка рішень з поточних питань; надання організаційної і технічної допомоги; забезпечення швидкого зв'язку керівництва з санаторними підрозділами;

2) контрольно-облікова робота: оперативний контроль за виконанням розпоряджень; облік виконання робіт; облік витрат; контроль за своєчасним виконанням графіку роботи; технічне обслуговування і план ремонту медичної техніки та обладнання; прийом і виконання заявок.

3) організація внутрішньої інформації: збирання, обробка, узагальнення і нагромадження первинних відомостей; аналіз і оцінка ситуації; повідомлення керівникам і головним спеціалістам про стан санаторія; передача потрібної інформації керівництву та підрозділам; організація проведення диспетчерських нарад.

Отже, належну роботу санаторія-профілакторію та надання ним кваліфікованих послуг забезпечує головний лікар даного закладу.

Головний лікар — керівник лікувально-профілактичного закладу, який здійснює керівництво лікувально-профілактичним закладом відповідно до чинного законодавства України та нормативно-правових актів, що визначають діяльність підприємств, установ і організацій охорони здоров'я; організовує лікувально-профілактичну, адміністративно-господарську та фінансову



діяльність закладу; співпрацює з органами управління, місцевою владою, суміжними медичними закладами та забезпечує взаємодію підрозділів лікувально-профілактичного закладу; забезпечує надання якісної медичної та фармацевтичної допомоги населенню; впроваджує сучасні методи діагностики і лікування, лікувально-оздоровчого режиму, раціонального харчування; регулює використання ліжкового фонду; організовує роботу з добору, розстановки та використання медичних кадрів, забезпечує своєчасне підвищення їх кваліфікації; створює належні виробничі умови, забезпечує додержання співробітниками правил внутрішнього трудового розпорядку, охорони праці та протипожежного захисту; аналізує показники роботи закладу, вживає заходів щодо їх оптимізації, видає відповідні директивні документи з цього питання; організовує проведення науково-практичних конференцій медичних працівників закладу з актуальних питань охорони здоров'я [10].

Саме головний лікар формує склад диспетчерської служби санаторію (визначає кількість осіб даної служби тощо), координацію якого очолює заступник головного лікаря. В разі, коли є така посада, як заступник головного лікаря, не передбачена нормативно-правовою постановою санаторія-профілакторію ВНЗ, керівником диспетчерської служби призначається помічник головного лікаря з організаційно-виконавчих питань.

### **1.3. Зарубіжний досвід диспетчеризації надання оздоровчо-лікувальних послуг санаторія-профілакторія вищого навчального закладу**

Як і в Україні, так і у всьому світі, в умовах глобалізаційних процесів, в умовах модернізації та технічного прогресу, фізичне та моральне здоров'я людини, громадянина будь-якої країни, стало виходити на перше місце в сучасному суспільстві. У всьому світі здоров'я людини — фундаментальна основа благополуччя та процвітання суспільства.

Зарубіжний досвід диспетчеризації надання оздоровчо-лікувальних послуг санаторія-профілакторія вищого навчального закладу, на відміну від

вітчизняного, не досить часто застосовується на практиці та розвивається, або такого поняття, як санаторій-профілакторій вищого навчального закладу взагалі немає. Це зумовлено тим, що закордоном медицина є досить розвиненою і вдосконаленою, ніж в Україні, тому більшість зарубіжних країн гострої проблеми та потреби мати структурний підрозділ, як санаторій-профілакторій у своїх вищих навчальних закладах не бачить і не відчуває, оскільки є достатнього сучасних пристосованих до рекреації курортів, баз відпочинку тощо. В більшості країн Світу держава забезпечує своє населення, в яке теж входить студентство вищих начальних закладів, соціальним пакетом, надає медичне страхування. Населення включаючи студентів мають змогу оздоровлюватися на курортах своєї держави, та і більше того їхати в іншу країну з метою рекреації, і тому в людей ще навіть до того моменту коли вони поступають у вищі навчальні заклади за їх здоров'я дбає та опікується держава та робить максимум для того , що їх нація була здоровою. Більшість закордонних навчальних закладів мають в собі медпункти (для надання першої невідкладної медичної допомоги), спортивними майданчиками, басейнами, тренажерними залами тощо.

Такий досвід лікувально-профілактичного закладу, як санаторій-профілакторій вищого навчального закладу має Росія.

В Російській Федерації на сьогоднішній день ця форма лікувально-профілактичного закладу є більш розвиненою і усучасненою. Це обумовлено тим, що країна перебуває у більш розвиненому економічному становищі, і має можливість виділяти більше коштів на сферу освіти. Кожний санаторій – профілакторій, який являється структурним підрозділом вищого навчального закладу не обділяється фінансуванням, та більше того достатньо та стрімко розвивається, це характеризується новішим обладнанням, більшим спектром послуг які надають тощо.

Наприклад, на відміну від Росії в Україні в санаторії-профілакторії вищого навчального закладу можуть бути апарати, які використовують для надання тої чи іншої процедури 20-ти річної давності та вже сам ефект від

процедури набагато гірший ніж нове сучасне обладнання, але через брак коштів, його не можуть списати і замінити новим, тому змушенні продовжувати роботу на тому матеріально-технічному забезпеченні яке є в наявності.

Санаторії-профілакторії як нова форма лікувально-профілактичного закладу, були організовані за пропозицією першого наркома охорони здоров'я М. О. Семашка незабаром після жовтневої революції.

Перший профілакторій був відкритий в 1921 році, в Замоськворецькому районі міста Москви. Надалі ця форма роботи зазнала змін, і санаторії-профілакторії стали організовуватися при промислових підприємствах.

За часів радянської влади будівництво санаторіїв-профілакторіїв було поставлено на широку ногу і вищі навчальні заклади мали в своєму розпорядженні оздоровлюючі установи для своїх співробітників. Особливістю і перевагою санаторіїв-профілакторіїв є їх дуже мала віддаленість від промислових підприємств, тому, проведення лікувального та оздоровчого обслуговування робітників і службовців проводиться без відриву від їх трудової діяльності [1].

Для керівництва кожного вищих навчальних закладів Російської Федерації оздоровлення студентів та працівників було і залишається однією з пріоритетних завдань. Так, існування на базі вищого навчального закладу санаторію-профілакторію додає позитивних відгуків про заклад, а також підвищує його рейтинг серед інших вузів без додаткових лікувально-оздоровчих баз. Більшість абітурієнтів, які планують і вибирають той чи інший вищий навчальний заклад, також звертають увагу на те, що ще окрім здобуття освіти, має в собі університет. Можливість без відриву від основного процесу навчання придбати путівку в санаторій-профілакторій, який знаходиться на території вищого навчального закладу та харчуватися в їдальні санаторію-профілакторію і проходити курс профілактики чи лікування є досить поширеним та популярним серед студентства.

Управління та диспетчеризація надання оздоровчо-лікувальних послуг санаторію-профілакторію ВНЗ РФ здійснюється на основі Положення про

санаторії-профілакторії організації (підприємства), затвердженого Міністерством охорони здоров'я Російської Федерації від 01.11.1996 року, номер 2510/4827-96-29.

Згідно Положення умови управління та контролю санаторієм-профілакторієм є такими:

- санаторій-профілакторій очолює головний лікар, який призначається на посаду і звільняється з посади керівником підприємства за погодженням з виконавчим органом фонду відповідно до чинного законодавства. На посаду головного лікаря приймається особа, яка має вищу медичну освіту, відповідну підготовку по фізіотерапії і курортології та практичний досвід роботи в охороні здоров'я не менше п'яти років. Атестація головного лікаря та інших медичних працівників санаторію-профілакторію проводиться відповідно до Положень про порядок атестації лікарів і середніх медичних працівників;

- головний лікар здійснює керівництво закладом у межах своєї компетенції, визначеної "Положенням про даний санаторій-профілакторії" і Тарифно-кваліфікаційної характеристики за посадами головних лікарів закладів охорони здоров'я;

- контроль за виробничою, фінансово-господарською діяльністю санаторію-профілакторію здійснюють, в межах своєї компетенції, адміністрація підприємства, виконавчі - органи фонду, органи управління охороною здоров'я, ліцензійно-акредитаційні комісії, податкова служба та інші органи, відповідно до чинного законодавства [3].

Управління санаторієм – профілакторієм здійснює головний лікар. Головний лікар санаторію - профілакторію має право:

1) наймати і звільняти працівників , відповідно до чинного законодавства;

2) перерозподіляти штати санаторію - профілакторію , що фінансуються за рахунок коштів соціального страхування в межах коштів по фонду заробітної плати , що виділяються установі виконавчим органом фонду;

- 3) встановлювати в межах фонду заробітної плати надбавки , доплати та інші виплати стимулюючого характеру , передбачені системою оплати праці;
- 4) за дорученням адміністрації підприємства , на балансі якого знаходиться санаторій - профілакторій , представляти його в державних органах , суді , арбітражних судах та інших організаціях;
- 5) за дорученням адміністрації підприємства укладати угоди з іншими організаціями на амбулаторне лікування ( при неповному завантаженні санаторію - профілакторію і виконання плану - замовлення);
- 6) укладати різноманітних договори щодо забезпечення поточної діяльності санаторію - профілакторію (продукти харчування , медикаменти та ін. );
- 7) видавати накази (розпорядження) , давати вказівки , обов'язкові для виконання всіма працівниками санаторію - профілакторію .

Головний лікар несе відповідальність за :

- 1) організацію лікування та обслуговування осіб у період їх перебування в санаторії - профілакторії ;
- 2) цільове використання коштів відповідно до кошторису , своєчасне підвищення кваліфікації фахівців , ефективне використання штатів , впровадження в практику роботи санаторію - профілакторію передових форм і методів організації праці , лікування, профілактики захворювань ;
- 3) своєчасність підготовки та подання статистичної та фінансової звітності про діяльність здравниці і її достовірність ;
- 4) проведення аналізу ефективності лікування в санаторії - профілакторії працівників обслуговується підприємства ( підприємств);
- 5) виконання плану-замовлення з лікування працівників і членів їх сімей;
- 6) дотримання правил експлуатації будівель і споруд , медичної апаратури, устаткування і техніки безпеки при роботі з ними ;
- 7) виконання санітарно-гігієнічних вимог в санаторії-профілакторії та дотримання протиепідемічних заходів.

Головний лікар забезпечує:

1) спільно з комісією із соціального страхування формування плану-замовлення з лікування працівників на майбутній рік , що затверджується виконавчим органом Фонду соціального страхування Російської Федерації ; вивчення стану здоров'я працюючих і втрат робочого часу через хвороби в трудовому колективі підприємства , розробку та реалізацію заходів щодо їх зниження ;

2) підготовку відомостей страхувальникові , необхідних для формування кошторису витрат санаторію - профілакторію , що фінансуються за рахунок коштів соціального страхування, відповідно до затвердженого плану - замовленням , графіком профільних заїздів на майбутній рік , із зазначенням кількості обслуговуваних осіб по заїздах , і фінансового звіту про використання коштів соціального страхування ( форма 16 -ФСС РФ);

3) щорічний звіт перед трудовим колективом підприємства про результати роботи санаторію - профілакторію .

Таким чином, використання російського досвіду диспетчеризації сприятиме покращенню роботи санаторіїв-профілакторіїв в Україні.

### **Висновки до розділу 1**

Сучасний період навчання у вищому навчальному закладі - доленосні роки, які виховують молоду людину, її духовність, громадянську позицію, етично-моральні орієнтири та загальну культуру.

Тому вищі навчальні заклади в Україні позиціонують свою діяльність не лише як професійні заклади підготовки висококваліфікованих фахівців, але й центрами їх духовного та фізичного виховання. Формування особистості майбутнього вважається не менш вагомою справою, ніж навчання наукам.

У пошуках ефективних шляхів практичного втілення профілактики у систему охорони здоров'я молоді вибір було зроблено на користь санаторіїв-профілакторіїв.

Санаторій-профілакторій вищого навчального закладу - це лікувально-профілактичний заклад санаторного типу, який проводить лікувально-оздоровчу роботу серед студентів без відриву від навчання, і є важливою ланкою в оздоровленні студентів в загальній системі охорони здоров'я.

Роботу студентського санаторію-профілакторію треба розглядати, як діяльність, яка спрямована на збереження та зміцнення здоров'я молоді, що є необхідною умовою для прогресивного розвитку суспільства в усіх напрямках.

Санаторії-профілакторії розробляють і впроваджують нові оздоровчо-рекреаційні технології, розраховані на всі категорії відпочиваючих, при цьому використовують як традиційні, так і нові засновані на комп'ютерній діагностиці.

Успішне та ефективне функціонування даних закладів є можливим лише за допомогою кваліфікованої та налагодженої системи диспетчеризації надання лікувально-оздоровчих послуг ,як зовні так і в середині організації.

Комунікація між керівництвом та персоналом, персоналом і відпочиваючими – основа організації.

Наявність санаторія-профілакторія завжди була ознакою динамічного розвитку та соціально-орієнтованого змісту діяльності вищого навчального закладу України.

## РОЗДІЛ 2

# АНАЛІЗ ПРАКТИКИ ДИСПЕТЧЕРИЗАЦІЇ НАДАННЯ ОЗДОРОВЧО-ЛІКУВАЛЬНИХ ПОСЛУГ САНАТОРІЯ-ПРОФІЛАКТОРІЯ ВИЩОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ НА ПРИКЛАДІ САНАТОРІЯ-ПРОФІЛАКТОРІЯ ТЕРНОПІЛЬСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО ПЕДАГОГІЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ГНАТЮКА.

## 2.1. Характеристика діяльності санаторію-профілакторію Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка з урахуванням аспекту диспетчеризації

Санаторій-профілакторій Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28.10.2002 року № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я». Він належить до санаторно-курортних закладів, основною функцією яких є надання послуг, пов'язаних із санаторно-курортним лікуванням та оздоровленням застрахованих осіб і членів їх сімей, осіб, які навчаються у Тернопільському національному педагогічному університеті імені Володимира Гнатюка.

Санаторій-профілакторій підпорядкований адміністрації Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка і працює під методичним керівництвом і фінансовим контролем Тернопільського обласного відділення Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності. За звітний період приведено у відповідність діючому законодавству документацію, що регламентує діяльність санаторію-профілакторію.

Відповідно до наказу виконавчої дирекції Тернопільського обласного відділення Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності



від 14.09.2006 року № 183-ос, наказу Виконавчої дирекції Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності від 06.09.2006 року № 140-ос загальна кількість місць у санаторії-профілакторії становить 110 (100 амбулаторних місць з лікуванням і харчуванням та 10 амбулаторних місць з лікуванням без харчування).

Санаторій-профілакторій розташований на території студентського містечка університету . Лікувальне відділення розміщене на 1-3 поверхах в гуртожитку № 5 в спеціально пристосованому приміщенні. Поряд, в окремому приміщенні, знаходиться відділення харчоблоку санаторію-профілакторію та водолікувальне відділення. Загальна площа приміщень санаторію-профілакторію 1131, 16 м<sup>2</sup>. Необхідна лікувально-оздоровча база санаторію-профілакторію відповідає санітарним нормам та стандарту безпеки праці.

Основними функціями санаторію-профілакторію є зміцнення здоров'я, профілактика різних захворювань та формування у громадян навиків здорового способу життя.

Санаторій-профілакторій забезпечує:

- оздоровлення і лікування працюючих та осіб які навчаються, в основному без відриву від виробничої діяльності чи навчального процесу, а також в період їх відпусток чи канікул;
- безперервність і повноту лікувально-оздоровчого процесу, його належну ефективність, послідовність та взаємодію в роботі з закладами охорони здоров'я;
- проведення різноманітних оздоровчих і лікувальних заходів, переважно за допомогою немедикаментозної терапії, в тому числі нетрадиційних методів лікування;
- надання повноцінного раціонального і дієтичного харчування.

Робота санаторію-профілакторію організовується за цілорічним графіком роботи. Термін оздоровлення 18, 21, 24 робочі дні. Між заїздами робиться перерва до 2 днів для проведення санітарної обробки приміщення. Витрати на харчування, лікування , культобслуговування осіб, що оздоровлюються, та на

заробітну плату працівників санаторію-профілакторію проводять відповідно нормативам за рахунок коштів Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності. Будівництво, ремонт, благоустрій території і господарське утримання санаторію-профілакторію (опалення, освітлення, прибирання території, охорона, водопостачання, придбання обладнання, медичної апаратури, інвентарю і т. ін.) здійснюється за рахунок коштів Тернопільського національного педагогічного університету ім. В. Гнатюка. Обладнання санаторію-профілакторію проводиться Тернопільським національним педагогічним університетом ім. В. Гнатюка відповідно до типового Табелю оснащення санаторіїв-профілакторіїв з урахуванням рівня і структури захворюваності.

Значне місце в покращенні санаторно-курортної допомоги, проведенні лікувально-оздоровчих заходів відіграло видання «Рекомендованих стандартів санаторно-курортного лікування» та іншої спеціалізованої літератури. За звітний період працівниками санаторію-профілакторію розроблено і удосконалено ряд документів, що використовуються в роботі санаторію-профілакторію. Комп'ютерну мережу санаторію-профілакторію підключено до комп'ютерної мережі університету що дало змогу повноцінно користуватись інтернетом.

Направлення хворих до санаторію-профілакторію, які за станом здоров'я та умовами праці і навчання потребують санаторного оздоровлення та фізіотерапевтичного лікування, забезпечується комісією з соціального страхування університету відповідно до графіків заїздів. З метою більш широкого надання необхідної лікувально-профілактичної допомоги студентам і працівникам в санаторії-профілакторії організоване їх амбулаторне обслуговування без перебування в нічний час, з лікуванням і харчуванням, а також з лікуванням. Медичний відбір осіб для направлення в санаторій-профілакторій проводиться лікарями лікувально-профілактичних закладів за участю лікарів санаторію-профілакторію. Відбір і направлення здійснюється відповідно до Інструкції по організації відбору і направлення громадян в

санаторії-профілакторії, послідовності та взаємодії в роботі лікувальних закладів і санаторіїв-профілакторіїв, затвердженої Міністерством охорони здоров'я України 19.06.1995 року. Результати обстежень вносяться в санаторно-курортні карти з рекомендаціями про профілактичне лікування, з яким направлені поступають в санаторій-профілакторій.

В санаторій-профілакторій на оздоровлення направляються в першу чергу: особи, які знаходяться на диспансерному обліку в зв'язку з різними захворюваннями, інваліди, сироти, чорнобильці; хворі з початковими формами хронічних захворювань і в період їх ремісії; частохворюючі і довгохворюючі; особи з підвищеним ризиком захворювань; особи з ослабленим здоров'ям, недостатнім фізичним розвитком і фізичною підготовкою; особи з явищами без адаптації, особливо студенти 1-2 курсів, підлітки; донори, відмінники навчання, студенти з малозабезпечених сімей, молоді матері, воїни-інтернаціоналісти (табл. 2.1).

Не приймаються в санаторії-профілакторії хворі студенти і працівники в період тимчасової непрацездатності, а також особи, які потребують стаціонарного лікування і спеціального догляду за ними з такими захворюваннями: всі захворювання в гострій стадії, а також хронічні захворювання в стадії загострення; інфекційні, венеричні, психічні захворювання; злоякісні новоутворення, кровотечі; всі форми туберкульозу; хвороби, які супроводжуються розвитком паралічі або парезів; наркоманія, алкоголізм; хвороби, які потребують спеціальної реабілітації.

*Таблиця 2.1*

**Категорії оздоровлених в санаторії-профілакторії ТНПУ ім. В. Гнатюка**

№ п/п.	Назва показників	Кількість оздоровлених по роках		
		2010	2011	2012
1.	Кількість оздоровлених			
	- по плану	1100	990	990
	- фактично	1146	990	991
2.	З них амбулаторні з лікуванням та харчуванням	1064	900	900

3.	З них амбулаторні з лікуванням без харчування	82	90	91
4.	Жінок	608	513	581
5.	Студентів	1146	990	991
6.	Пільгових категорій	105	89	93

На кожного пацієнта заводиться історія хвороби і санаторна книжка, де відмічаються стан хворого і всі призначені процедури. На протязі лікування хворий оглядається не менше 5-ти разів. Після оздоровлення в санаторії-профілакторії лікар заповнює виписний епікриз, в якому відмічається діагноз, характер і об'єм лікування, результати лікування, харчування, режим роботи, навчання і відпочинку. Виписний епікриз направляється в медичний пункт університету.

Таблиця 2.2

**Основні показники лікувально-профілактичної роботи санаторія-профілакторія ТНПУ ім. В. Гнатюка**

Назва показника	Оснащення		Кількість осіб, які користувалися даним видом лікування			Кількість отриманих процедур			Кількість умовних одиниць		
	Одиниця виміру	К-ть	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Відділення лікувальних ванн	ванни	2	34	53	84	309	467	694	309	467	694
Відділення лікувальних душів	установки	3	79	88	100	681	784	960	681	784	960
Фізіотерапевтичний кабінет	апарати	20	727	680	715	8979	8124	8291	15196	15208.5	15144.5
Кабінет теплолікування	кушетки	4	407	340	358	3795	3896	3762	7590	7792	7524
Інгаляторій	точки	5	753	657	645	7530	7546	7512	7530	7546	7512
Кабінет масажу	кушетки	5	308	331	398	3063	3230	3403	7715	7239	7376.5
Процедурний кабінет	х	х	45	49	52	415	390	394	х	х	х
Стоматологічний кабінет	крісла	2	1146	990	991	4045	4042	4009	5691	5688	5604
Кабінет психотерапії	х	х	305	367	37	2135	2444	207	х	х	х
Кабінет фітотерапії	х	х	315	294	296	12135	16345	17058	х	х	х
Гінекологічний кабінет	крісла	1	608	513	581	2563	2419	2447	х	х	х

Кабінет електросну	апарати	1	38	49	50	361	469	454	1805	2345	2270
Кабінет аероіонотерапії	апарати	1	260	253	248	2281	2334	2475	2281	2334	2475
Кабінет механотерапії	x	19	210	193	205	4843	4902	4718	x	x	x
Кабінет лікувальної фізкультури	x	x	329	345	362	3231	3389	3673	x	x	x
Кабінет функціонально і діагностики „Накатані”	апарати	1	661	664	496	661	664	496	x	x	x
Кабінет КХЧ	апарати	2	58	56	68	548	538	635	x	x	x
Кабінет функціонально і діагностики «Омега»	апарати	1	128	122	61	212	161	77	x	x	x
Кабінет солярій	апарати	1	72	68	52	707	671	493	x	x	x
Профілактор Євмінова	апарати	1	127	150	152	1260	1649	1618	x	x	x
Кабінет лазеротерапії	апарати	2	151	178	190	1530	1833	2237	x	x	x
Кабінет рефлексотерапії	кушетки	3	13	-	-	130	-	-	x	x	x

Для надання якісної медичної допомоги ключовим є наявна лікувально-оздоровча база. В першу чергу слід відмітити, що незважаючи на економічну кризу вдалося зберегти кількість місць, структуру і матеріально-технічну базу санаторію-профілакторію. Більше того, постійно проводиться робота по зміцненню матеріально-технічної бази санаторію-профілакторію, закупівлі нового обладнання та інструментарію. Капітально відремонтовано вхідне приміщення в санаторії-профілакторії. В лікувальних кабінетах відбувається заміна віконних блоків на сучасні склопакети, що сприяє енергозбереженню, кращому освітленню і створює комфортні умови для роботи. Постійно відбувається поточний ремонт, капітально відремонтований кабінет лазеротерапії.

Це все сприяє впровадженню нових методів лікування. Можна навести приклад по стоматологічному кабінету. Відкрито сучасний стоматологічний рентгенкабінет що сприяє кращій діагностиці стоматологічних захворювань. Закуплено для стоматологічного кабінету сучасний пезоскалер для зняття зубного каменю, сучасна содоструйка для зняття зубного нальоту. Уже раніше

наявне обладнання ( вакумний масажер по Кулаженко, діатермокоагулятор, лазерний апарат) і закуплене нове дозволяють в повному об'ємі комплексне лікування захворювань тканин пародонту і слизової.

Уже виконано ряд робіт і продовжуються ремонтні роботи в корпусі, де розташоване відділення харчоблоку. Навколо корпусу капітально відремонтовано відмостку і водовідливи, проведено ремонтні роботи даху, змонтоване нове приміщення для зберігання овочів. В корпусі проведено заміну всіх віконних блоків на сучасні склопакети. Проведений капітальний ремонт м'ясо-рибного і овочевого цехів. Проведено ремонт холодильного обладнання та кухонних плит.

Окремо слід відмітити, що проведено капітальний ремонт масажного кабінету, де розташовано 5 масажних кушетки і 3 масажні столики. Це дозволяє використовувати кабінет разом з кафедрою валеології і реабілітації університету як лікувально-навчальний. Проведення навчання і виробничої практики студентами-реабілітологами під керівництвом досвідчених викладачів сприяє кращому обслуговуванню відвідувачів санаторію-профілакторію, підвищує кваліфікацію медичного персоналу. Обстеження на комп'ютерній діагностиці по методу Накатані, за допомогою системи комплексного комп'ютерного дослідження функціонального стану організму людини „Омега-М” до і після процедури масажу дозволяє не тільки бачити ефективність проведеної процедури, але і допомагає вибрати найбільш ефективний по показах вид масажу. Слід відмітити зокрема що кафедрою розроблено цілий ряд методичних рекомендацій для кабінетів лікувальної фізкультури і механотерапії.

В даний момент в санаторії-профілакторії функціонують такі кабінети: чергової медичної сестри; головного лікаря; головного бухгалтера; старшої медичної сестри (видача ліків); сестри-господині; медичної сестри з дієтичного харчування; кімната для зберігання і приготування деззасобів; зубопротезна лабораторія.

Медичні кабінети: терапевтичний; діагностичний (комп'ютерна діагностика по методу Накатані, система комплексного комп'ютерного дослідження функціонального стану організму людини „Омега-М”).

Фізіотерапевтичні кабінети: електролікування; світлолікування; фотарій; солярій; інгаляторій; теплолікування; фітолікування; рефлексотерапії; лазеротерапії; масажний; електросну; лікувальної фізкультури; механотерапії; аероіонотерапії; КХЧ-терапії.

Водолікувальне відділення: лікувальні ванни; лікувальні душі; кліматична кольородинамічна камера „Квант”; кабінет лікувальної грязі; масажний кабінет.

Спеціалізовані кабінети: гінекологічний; стоматологічний; процедурний; психотерапевтичний.

Організація лікування та головні завдання, які ставить перед собою колектив санаторію-профілакторію є:

- забезпечити доступність і високу кваліфікацію медичної допомоги всім тим, які звертаються в санаторій-профілакторій;
- знизити захворюваності в колективі університету;
- підтримувати тісний зв'язок з Тернопільською міською поліклінікою №3, медичним пунктом університету, кафедрою валеології і реабілітації університету, Тернопільським обласним комунальним лікарсько-фізкультурним диспансером та іншими лікувальними закладами.

З метою вивчення захворюваності з тимчасовою втратою працездатності щокварталу проводяться спільні засідання дільничих лікарів медпункту університету, завідуючої відділом Тернопільської міської поліклініки №3 і головного лікаря санаторію-профілакторію на спеціально утвореній координаційній раді університету в присутності завідуючого виховним відділом університету, завідуючого кафедрою валеології і реабілітації, проректора з навчальної роботи, де вивчаються причини захворюваності серед студентів, затверджують заходи по зменшенню захворюваності.

Проблеми медичного обслуговування студентів і співробітників та шляхи його покращення постійно заслуховуються на засіданнях ректорату та Вченої ради університету.

За звітний період відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України “ Про управління якістю медичної допомоги” від 24.02.2010р. № 163

створено Медичну раду санаторію-профілакторію куди ввійшли: головний лікар, лікарі санаторію – профілакторію, сестра медична старша санаторію – профілакторію, викладачі кафедри валеології та реабілітації університету, представники Тернопільського обласного відділення Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, лікарі медичного пункту університету, представники студентської профспілки університету. На засіданнях Медичної ради розглянуто ряд питань, в тому числі:

- доступність медичної допомоги особам, що навчаються в Тернопільському національному педагогічному університеті ім. В.Гнатюка;
- впровадження нових медичних технологій в роботу санаторію – профілакторію;
- раціонального використання коштів в санаторії – профілакторії;
- запровадження в санаторії – профілакторії клінічних протоколів санаторно курортного лікування в санаторно курортних закладах ( наказ Міністерства охорони здоров'я України від 06.02.2008р. № 56);
- використання в роботі санаторію – профілакторію Методичних рекомендацій щодо здорового харчування ( наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14.01.2013р. № 15).

Планові заходи диспетчеризації санаторію-профілакторію ТНПУ ім. В.Гнатюка умовно можна поділити на дві групи: зовнішні планові заходи; внутрішні планові заходи.

Зовнішні планові заходи — це заходи,що здійснюються відповідно до річних або квартальних планів, які затверджуються органом державного нагляду. Заходи державного нагляду (контролю) - планові та позапланові заходи, які здійснюються шляхом проведення перевірок, ревізій, оглядів,



обстежень та інших дій. Орган державного нагляду (контролю) визначає у віднесеній до його відання сфері критерії, за якими оцінюється ступінь ризику від здійснення господарської діяльності. З урахуванням значення прийнятного ризику всі суб'єкти господарювання, що підлягають нагляду (контролю), відносяться до одного з трьох ступенів ризику: з високим, середнім та незначним. Залежно від ступеня ризику органом державного нагляду (контролю) визначається періодичність проведення планових заходів державного нагляду. Критерії, за якими оцінюється ступінь ризику від здійснення господарської діяльності і періодичність проведення планових заходів, затверджуються Кабінетом Міністрів України за поданням органу державного нагляду. Залежно від ступеня ризику органом державного нагляду визначаються переліки питань для здійснення планових заходів, які затверджуються його наказом. У межах переліку питань кожен орган державного нагляду (контролю) залежно від цілей заходу має визначити ті питання, щодо яких буде здійснюватися державний нагляд. Уніфіковані форми актів, в яких передбачається перелік питань залежно від ступеня ризику, затверджуються органом державного нагляду (контролю) і публікуються в мережі Інтернет у порядку, визначеному законодавством. Орган державного нагляду (контролю) оприлюднює критерії та періодичність проведення планових заходів із здійснення державного нагляду (контролю) шляхом розміщення інформації в мережі Інтернет у порядку, визначеному законодавством. Щорічно до 1 квітня орган державного нагляду (контролю) готує звіт про виконання річного плану (квартальних планів) державного нагляду (контролю) суб'єктів господарювання за попередній рік і оприлюднює його в мережі Інтернет. Органи державного нагляду здійснюють планові заходи з державного нагляду (контролю) за умови письмового повідомлення суб'єкта господарювання про проведення планового заходу не пізніше як за десять днів до дня здійснення цього заходу.

Повідомлення повинно містити:

- дату початку та дату закінчення здійснення планового заходу;

- найменування юридичної особи або прізвище, ім'я та по батькові фізичної особи - підприємця, щодо діяльності яких здійснюється захід;
- найменування органу державного нагляду (контролю).

Повідомлення надсилається рекомендованим листом чи телефонограмою за рахунок коштів органу державного нагляду (контролю) або вручається особисто керівнику чи уповноваженій особі суб'єкта господарювання під розписку.

Суб'єкт господарювання має право не допускати посадову особу органу державного нагляду (контролю) до здійснення планового заходу в разі недержання повідомлення про здійснення планового заходу. Строк здійснення планового заходу не може перевищувати п'ятнадцяти робочих днів, а для суб'єктів малого підприємництва - п'яти робочих днів, якщо інше не передбачено законом [64]. Продовження строку здійснення планового заходу не допускається.

Внутрішні планові заходи диспетчеризації санаторію-профілакторію ТНПУ імені Володимира Гнатюка — це сукупність заходів, котрі чітко прописані у режимі роботи санаторію-профілакторію. Так, щопонеділка, під керівництвом головного лікаря (за його відсутності обов'язки по проведенню зборів бере на себе головний менеджер по роботі з персоналом), проводиться колективна нарада керівництва та персоналу закладу. На такого роду нарадах обговорюються, аналізуються та шукаються шляхи вирішення нагальних питань, які виникають в ході робочого процесу в санаторії-профілакторії, даються додаткові вказівки. В санаторії-профілакторії такі наради проводяться завжди у встановлений час.

Проведення диспетчерської наради є найбільш активною формою координації зусиль усіх ланок санаторію-профілакторію, спрямованих на організацію виконання тижнево-добового графіка робіт. Зачитується, так званий, рапорт, що починається звичайно з підведення підсумків виконання графіка за минулий тиждень. Після короткої доповіді головного диспетчера про хід робіт і виконання графіка за минулий тиждень, а також про виконання

рішень, прийнятих на попередніх диспетчерських нарадах, заслуховуються повідомлення лікарів і господарчих сестер про виконання тижневого графіка і рапорти керівників структурних підрозділів про виконання ними тижнево-добових графіків проведення робіт. Прийняті в процесі рапорту рішення і вказівки керівництва заносяться в журнал чи записуються на магнітофон і головний диспетчер встановлює суворий контроль за їх виконанням.

Щомісячно, працівниками диспетчерської служби, проводяться планові заходи на предмет наявності усіх протипожежних заходів безпеки (наприклад, наявність та справність стану вогнегасників у службових приміщеннях та приміщеннях загального користування тощо) , рапорти по даному питанню обговорюються на останній нараді, що закриває поточний місяць або якщо дати перевірок не збігають з датою останньої наради, то дане питання виноситься на першу заплановану нараду наступного місяця.

## **2.2. Аналіз інформаційного забезпечення діяльності санаторію-профілакторію ТНПУ ім. В.Гнатюка в контексті диспетчеризації надання оздоровчо-лікувальних послуг**

Для організації взаємодії різних інформаційних систем з різними користувачами та між собою, дані потрібно відповідним чином описати в усіх системах на різних рівнях, тобто вирішити проблему їх інформаційної сумісності в найширшому розумінні.

Це досягається створенням інформаційного забезпечення. Інформаційне забезпечення — це сукупність форм документів, нормативної бази та реалізованих рішень щодо обсягів, розміщення та форм існування інформації, яка використовується в інформаційній системі. Інформаційне забезпечення повинно відповідати наступним вимогам: а) цілісність; б) вірогідність; в) контроль; г) захист від несанкціонованого доступу; д) гнучкість; е) стандартизація та уніфікація; є) адаптивність; ж) мінімізація введення та виведення інформації [41].

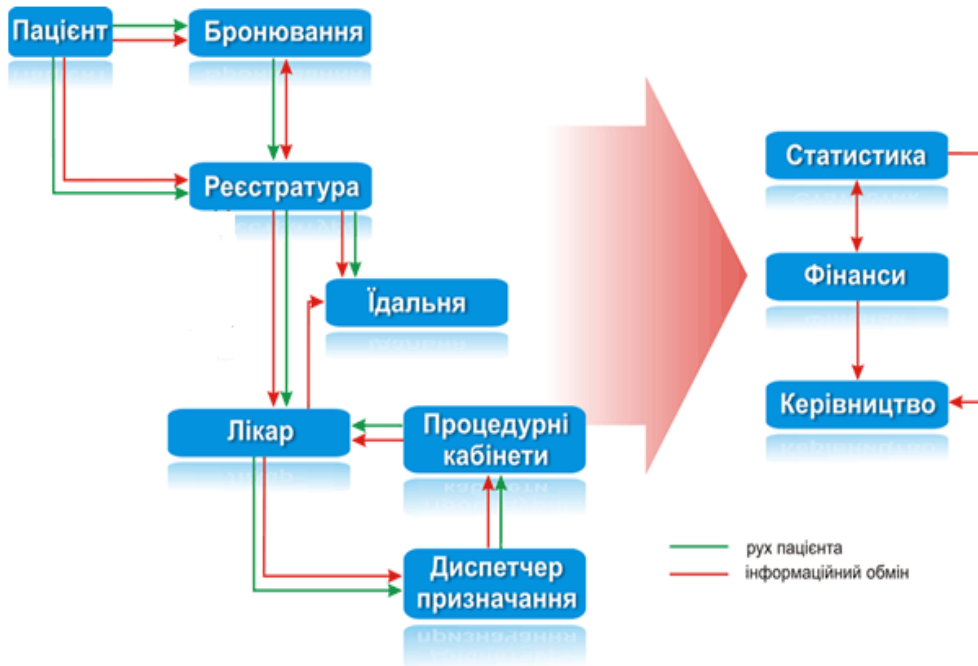
Розроблення інформаційного забезпечення — одна з найважливіших складових розроблення інформаційної системи, яка повинна забезпечити: єдність і зберігання інформації, необхідної для розв'язання задач; єдність інформаційних масивів для всіх задач інформаційних систем; однократність уведення інформації та її багатоцільове використання; різні методи доступу до даних; низьку вартість витрат на зберігання та використання даних, а також на внесення змін.

Інформаційне забезпечення складається з таких частин: методичні та інструктивні матеріали; система класифікації та кодування; інформаційна база.

Інформаційна база (ІБ), одна з основних складових інформаційного забезпечення, — це сукупність упорядкованої інформації, яка використовується під час функціонування інформаційної системи (ІС); вона і поділяється на внутрішньомашинну та зовнішньомашинну (позамашинну). Внутрішньомашинна інформаційна база — це частина ІБ, яка являє собою сукупність даних на машинних носіях, використовуваних в ІС. Внутрішньомашинна ІБ даної інформаційної системи організується у вигляді спеціальних масивів даних, які можна умовно поділити на оперативну та нормативно-довідкову інформацію. Уся ця інформація знаходиться на ЖМД, але в будь-який момент може бути зроблено архів. Зовнішньомашинна (позамашинна) інформаційна база — це частина ІБ, яка являє собою сукупність повідомлень, сигналів і документів, призначених для безпосереднього сприйняття людиною без використання засобів обчислювальної техніки. Вона складається з вхідних, вихідних і нормативно-довідкових повідомлень. При розробленні внутрішньомашинної інформаційної бази особливу увагу приділяють тому, щоб дані, які зберігаються в ній, можна було широко використовувати і щоб способи використання даних можна було легко змінити. Для забезпечення гнучкості використання даних, їх ефективного використання в даному проекті пропонується файлова організація внутрішньомашинної ІБ. Характерною особливістю запропонованої інформаційної бази є наявність нормативно-довідкових даних [52].

В процесі диспетчеризації надання лікувально-оздоровчих послуг санаторієм-профілакторієм ТНПУ ім. В.Гнатюка використовується також медична інформаційна система (рис. 2.2.).

Медична інформаційна система - призначена для управління лікувальним процесом та комплексної автоматизації санаторно-курортних закладів. Система відповідає вимогам до побудови сучасних інформаційних систем.



**Рис. 2.2.** Медична інформаційна система санаторію-профілакторію ТНПУ ім. В. Гнатюка

Мета системи - підвищення якості медичної допомоги за рахунок автоматизації роботи медичного персоналу і комплексної автоматизації всіх видів діяльності в санаторно-курортному закладі.

На базі ТНПУ імені Володимира Гнатюка в санаторії-профілакторії ця система призначена для автоматизованої реєстрації пацієнтів, автоматичного складання розкладу роботи процедурних кабінетів, розподілення навантаження лікарів, оформлення медичної документації, підбір дієт.

Бронювання та резервування путівок: облік вільних місць; перегляд і обробка замовлень; оформлення фінансових документів на сплату замовника; формування графіків заїзду відпочиваючих.

Автоматизація реєстратури: реєстрація пацієнта; ведення медичної картки пацієнта; розширений пошук медичної картки пацієнта за даними пацієнта та даними картки; запис пацієнта на прийом до обраного лікаря, у відповідності з розкладом цього лікаря; ведення журналів обліку пацієнтів за різними категоріями обліку; формування звітності та документації для пацієнтів.

Призначення і розподіл процедур: складання графіку роботи спеціалістів і процедурних кабінетів; розподіл процедур призначених лікарем за процедурними кабінетами, складання розкладу прийому процедур для пацієнтів; урахування сумісності процедур за медичними та технологічними параметрами; аналіз навантаження процедурних кабінетів, лікарів та медичного персоналу на будь-який період.

Статистичний аналіз: отримання статистичної звітності за всіма аналітичними та статистичними формами затвердженими МОЗ; моніторинг діяльності санаторно-курортного закладу з використанням зведених таблиць; складання таблиць руху пацієнтів; аналіз ефективності лікування.

Автоматизація роботи лікаря: ведення історії хвороби, що дозволяє здійснювати введення, корекцію і зберігання даних; заповнення описової частини історії хвороби на підставі існуючих шаблонів; заповнення даних із санаторно-курортної карти, анамнезу, скарг хворого; проведення і заповнення даних об'єктивного обстеження на первинному прийомі; ведення щоденників лікування на повторних прийомах і консультаціях спеціалістів; заповнення епікризу і виписки пацієнта на заключному прийомі; оперативні вибірки даних для звітів про виконану роботу.

Адміністрування, захист інформації: розподілення та контроль прав доступу до функцій системи, документів; встановлення прав доступу для кожного користувача; ведення протоколу дій користувачів; захист інформації.

Звітність: формування звітів, нагадувань, довідок з можливістю друку; самостійне конструювання звітів в системі показників, необхідних користувачу на певний момент (використання вбудованого дизайнера звітів); аналітичні довідки; експорт даних в більшість відомих форматів (MS Word, Excel, Open Office, PDF, BMP, JPEG, GIF, TIFF, Текстовий файл, CSV файл).

Використання системи дозволяє: оптимізувати роботу всіх відділів та служб санаторно-курортного закладу;

- забезпечити можливість одночасної роботи декількох спеціалістів з однією історією хвороби;
- контролювати поточну та заплановану завантаженість медичного персоналу або будь-яких інших ресурсів;
- отримувати аналітичну інформацію про поточну та заплановану завантаженість процедурних кабінетів, стан ліжкового фонду, кількість відпочиваючих тощо;
- контролювати процес надання медичних послуг;
- отримувати оперативну інформацію з фінансових питань;
- автоматизувати процес складання звітності;
- забезпечити можливість ефективного використання ресурсів та постійної оптимізації процесів, що впливають на якість обслуговування пацієнтів та ефективність роботи закладу в цілому;
- забезпечити повну автоматизацію та наблизитись до «безпаперової» технології документообігу.

Інформаційна система санаторію-профілакторію повинна забезпечувати необхідною інформацією управлінський персонал і власників підприємства, задовольняти інтереси широкого кола зовнішніх користувачів.

### 2.3. Оцінка ефективності диспетчеризації надання оздоровчо-лікувальних послуг санаторія-профілакторія ТНПУ ім. В. Гнатюка

Головним критерієм оцінки діяльності лікувально-профілактичного закладу, зокрема санаторія-профілакторія ТНПУ ім. В. Гнатюка (табл. 2.3), є зниження втрат робочого часу через хвороби на підприємстві, яке він обслуговує.

Лікувальна робота санаторію-профілакторію регламентується розробленими і затвердженими посадовими інструкціями в яких чітко визначені права і обов'язки лікарів, середнього медичного персоналу, молодших медичних працівників, працівників харчоблоку, господарських працівників.

Таблиця 2.3

#### Планова потужність санаторія-профілакторія ТНПУ ім. В. Гнатюка

№ п/п	Назва показників	Значення показника по роках			
		2009	2010	2011	2012
1.	Кількість місць (всього)	110	110	110	110
2.	з них - амбулаторних з харчуванням і лікуванням	100	100	100	100
3.	- амбулаторних без харчування	10	10	10	10
4.	Тип закладу	санаторно-курортний			
5.	Заклад	санаторій-профілакторій			
6.	Тип санаторію	загальнотерапевтичний			

Щотижня проводяться оперативні наради з персоналом, на яких аналізуються наслідки роботи за минулий тиждень і планується робота на наступний тиждень.

Перебування в санаторії-профілакторії може бути продовжене комісією з соціального страхування університету на кількість днів тимчасової непрацездатності, якщо особа хворіла під час знаходження в санаторії-профілакторії.



Путівки за рахунок коштів Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності до санаторію-профілакторію видаються з оплатою 10 відсотків вартості путівки. Безкоштовні путівки видаються комісією з соціального страхування університету лише категорії сиріт.

Умовою ефективності діяльності є наявність відповідних штатів санаторію-профілакторію (табл. 2.4). Згідно штатного розпису в санаторії-профілакторії є 38,5 одиниць медичного і господарського персоналу.

Таблиця 2.4

### Кадровий потенціал санаторія-профілакторія ТНПУ ім. В. Гнатюка

№ п/п	Назва показників	Значення показника по роках			
		2009	2010	2011	2012
1.	Кількість місць (всього)	110	110	110	110
2.	Середньооблікова кількість працівників	39,5	38,5	38,5	38,5
	- у тому числі лікарів	4	3,5	3,5	3,5
	- середнього медперсоналу	11,5	11,5	11,5	11,5
	- молодшого медперсоналу	7	7	7	7
	- адміністративно господарських	4	4	4	4
	- блоку харчування	13	12,5	12,5	12,5

Підвищення кваліфікації лікарського персоналу здійснювалось шляхом проходження курсів на факультетах післядипломної освіти медичних навчальних закладів, на переривчастих курсах, семінарах. Середні медичні працівники підвищували свою кваліфікацію на курсах при Тернопільській обласній комунальній клінічній лікарні, з молодшим медичними працівниками проводяться планові заняття. В санаторії-профілакторії заведено картотеку, в яку заносяться дані на кожного працівника (рік закінчення навчального закладу, час підвищення кваліфікації, проходження атестації та інше). На основі цих даних складається перспективний план підвищення кваліфікації та проходження атестації.

Критерієм ефективності роботи санаторію-профілакторію є рівень використання санаторних путівок (табл. 2.5).

**Рівень використання санаторних путівок в санаторії-профілакторії ТНПУ  
імені В.Гнатюка**

<b>Рік</b>	<b>Кількість путівок передбачена кошторисом</b>	<b>Фактично</b>	<b>% виконання</b>
2005	1000	1109	110.9
2006	1000	1076	107.6
2007	1210	1362	112.56
2008	1100	1178	107.09
2009	1100	1142	103.81
2010	1100	1146	104.18
2011	990	990	100
2012	990	991	100.10

Аналіз диспетчеризації показує, що захворюваність серед студентів за останні три роки незначно зросла, але для того, щоб правильно оцінювати захворюваність і розповсюдженість, необхідно враховувати фактори, які впливають на рівень захворюваності, а саме :

- збільшення первинних хворих з гострими і хронічними захворюваннями, первинно-хронічних хворих, хворих з недолікованими гострими захворюваннями;
- характер об'єму медичної допомоги в поліклініці, що пов'язано з реорганізацією і оптимізацією надання медичних послуг;
- якість медичного обслуговування в лікувальних закладах;
- рівень соціальної культури студентів.

Щоб впливати на рівень захворюваності, планувати заходи, направлені на її зниження, необхідно знати всю структуру захворюваності серед студентів. Статистика свідчить, що в структурі захворюваності основні місця займають хвороби крові, шлунково-кишкового тракту, захворювання серцево-судинної системи, захворювання опорно-рухового апарату, захворювання органів дихання. Проводиться робота по створенню банку даних щодо захворюваності та соціального стану студентів, спільні з медичним пунктом університету заходи по зниженню захворюваності та на ліквідацію причин, які визначають перехід гострих захворювань в хронічні.

Так, захворюваність серед студентів за останні три роки незначно зросла, але для того, щоб правильно оцінювати захворюваність і розповсюдженість, необхідно враховувати фактори, які впливають на рівень захворюваності, а саме: збільшення первинних хворих з гострими і хронічними захворюваннями, первинно-хронічних хворих, хворих з недолікованими гострими захворюваннями; характер об'єму медичної допомоги в поліклініці, що пов'язано з реорганізацією і оптимізацією надання медичних послуг; якість медичного обслуговування в лікувальних закладах; рівень соціальної культури студентів.

В завдання санаторію-профілакторію входять створення таких умов лікування й організації активного відпочинку, які б забезпечили без відриву від навчання, праці, не тільки лікувально-відновлюючий ефект, але й підвищили б опірність організму до сприятливих факторів зовнішнього середовища.

Як показує практика раціональне використання фізичних факторів сприяє не тільки зниженню активності патологічного процесу у тих, які лікуються, але й у багатьох випадках і повному видужанню.

Встановлено, що застосування фізичних лікувальних засобів більш ніж вдвічі, підвищує стійкість терапевтичного ефекту і тривалість періоду ремісії.

При правильному відборі контингенту для оздоровлення в санаторії – профілакторії фізіотерапевтичні методи лікування повинні бути, є і назначаються більшості хворим.

На основі вищевказаного в структурі лікувально-профілактичного відділу санаторію-профілакторію є набір таких спеціалізованих фізіотерапевтичних кабінетів: електролікування, світлолікування, теплових процедур, масажу, лазерного лікування, КВЧ-терапії, електросну, солярій. Крім цього, з метою масової фізіопрфілактики для групового впливу фізичними факторами створені також такі кабінети: фотарій, інгаляторій, зал лікувальної фізкультури, зал механотерапії, кабінет рефлексотерапії, лікувальних ванн, лікувальних душів. Їх наявність забезпечує широке використання фізичних факторів як з профілактичною, так і з лікувальною метою. Раціональне оснащення кабінетів

фізіотерапії апаратурою відповідає основній меті – забезпечення хворих всіма необхідними фізіотерапевтичними методами лікування з врахуванням сучасних лікувальних методик. Окрім вищезгаданих в санаторії-профілакторії працюють стоматологічний та гінекологічний кабінети, кабінет лікаря-психотерапевта, кабінети функціональної діагностики, процедурний кабінет.

Всі методи фізичної терапії є факторами оточуючого середовища і тому організм відповідає на них захисно-приспосувальними реакціями, які вироблені в процесі еволюції і супроводжуються нейро-гуморальними зсувами, зміною характеру обмінних процесів і загальною реактивністю організму.

В останні роки в патогенезі деяких хронічних захворювань, як наприклад артрит і остеохондроз, все більшу роль відіграють токсико-алергічні механізми, зв'язані з хімічним забрудненням оточуючого середовища. Викликає тривогу ріст алергічних захворювань. Все це висуває на перший план питання немедикаментозного лікування, корекції порушення гомеостазу, профілактики. Звичайно, про ці особливості слід пам'ятати при організації роботи в санаторії-профілакторії. А тому, враховуючи неблагополучну ситуацію, що склалася на Україні в демографічних та екологічних показниках, основна увага в санаторії-профілакторії приділяється найбільш ефективним методам немедикаментозного лікування (лікувальне харчування, масаж, лазеротерапія, рефлексотерапія, фітотерапія), факторам фізичної та природної терапії. Настала пора відмовитись від принципу "лікування по звертанню" і почати обслуговувати по принципу "превентивна терапія – основа збереження здоров'я і працездатності".

Санаторії-профілакторії від разової медичної допомоги переходять до системного лікування і контролю, при якому головне місце займає динамічність медичних заходів.

Ефективність лікування в санаторії залежить від строгої індивідуалізації призначень лікаря, правильного планування і чергування лікувальних процедур в поєднанні з навчальним процесом (роботою), степені активності комплексу лікувальних процедур і їх дії на організм.

Оснoву санаторно-курортного лікування складає режим. Режим – це встановлений і науково обґрунтований розпорядок життя особи що лікується або оздоровляється в санаторії, який регламентує час перебування на роботі (навчанні), лікуванні, харчуванні, на відпочинку. Для кожного профільованого заїзду встановлюється певний розпорядок дня, правила лікування і обслуговування. Режим хворого – основа лікування й відпочинку. Він має й виховне значення, так як хворий, який призвичаївся дотримуватись певного розпорядку, буде керуватися ним і в щоденному житті.

Весь уклад життя в лікувально-профілактичному закладі має позитивний вплив на психіку хворих. Уважний, бережливий підхід, чуттєве відношення до переживань і скарг хворих, до всього, що їх хвилює і тривожить – основні принципи, якими керуються медичний і обслуговуючий персонал санаторію-профілакторію.

Лікар встановлює такі відношення з пацієнтами, які дозволяють йому глибоко вивчити їх індивідуальні особливості й характер. Без належного контакту з лікарем і обов'язкового довір'я до лікарських призначень вони можуть бути малоефективними. А тому успішність методів лікування в великій мірі залежить від авторитету і довір'я, якими лікар користується серед хворих. Тому першим завданням лікаря є вселити хворому впевненість в свої сили, в выздоровлення, підняти настрій, переконати вести здоровий спосіб життя. З цією метою в санаторії-профілакторії широко застосовуються різні види психотерапії, яка дає позитивні результати не тільки при неврозах, але й при багатьох захворюваннях внутрішніх органів.

Правилами внутрішнього розпорядку санаторію-профілакторію передбачені умови відпуску лікувальних процедур: їх можна приймати в фізіотерапевтичних кабінетах, лікувальних кабінетах. Всі лікарські призначення заносяться в книжечку призначень кожного хворого згідно історії хвороби.

Важливим елементом в кінцевому результаті лікування в санаторії є харчування. В його основу покладені гігієнічні вимоги до режиму харчування,

харчового раціону й умов прийому їжі. Санаторій-профілакторій в своїй діяльності використовує методичні рекомендації „Організація профілактичного харчування в санаторіях-профілакторіях, які частково фінансується за рахунок коштів Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності” (затвердженні постановою правління Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності від 26.09.2002 р. № 53) та „Рекомендацій для лікарів загальної практики-сімейної медицини з приводу консультування пацієнтів щодо основних засад здорового харчування” ( наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14.01.2013 р. № 15).

Клінічні спостереження показують, що в деяких осіб, особливо з лабільною нервовою системою, порушення режиму харчування викликає невротичні реакції, які пов'язані зі зміною співвідношення процесів збудження і гальмування, порушенням діяльності вегетативних центрів, очевидно, внаслідок порушення регуляторної функції вищих відділів нервової системи. Клінічно це проявляється мігренню, головними болями, проявами гіпоглікемії.

При складанні режиму харчування враховується графік роботи навчального закладу, тривалість обідньої перерви, можлива організація індивідуального режиму харчування у відповідності із висновком лікаря поліклініки. Як режим, так і раціон харчування назначаються індивідуально у відповідності з особливостями патологічного процесу і реактивності нервової системи хворого, з врахуванням його смаків і звичок, якщо вони не протирічають гігієнічним вимогам.

Режим і раціон харчування в лікувальному закладі відрізняється від таких в умовах трудової діяльності. Хоча при цьому порушується динамічний стереотип (час їжі, час сну тощо), хворі в більшості випадків дуже швидко пристосовуються до нових умов і почувають себе дуже добре. Для підтримки хорошого апетиту і забезпечення ритмічності процесів секреції притримуються фіксованих годин прийому їжі. Питання дієтичного харчування вирішує лікар з врахуванням особливостей патологічного процесу, включаючи стадію й фазу, особливості нервової системи, а також, по можливості, стереотип хворого -

уклад і звички. З останнього положення зовсім не впливає, що лікар, при призначенні лікування, повинен іти на "поводу" хворого. В період перебування в лікувально-профілактичному закладі прививаються здорові навики з врахуванням можливостей хворого, його побутових і професійних умов. В деяких випадках приходиться вносити незначні елементи примусу, однак це робиться так, щоб хворий розумів зміст і значення останнього.

При організації харчування в санаторії-профілакторії в раціон широко включаються вітамінні напої, відвари лікувальних трав у вигляді чаїв (шлунковий, жовчогінний, нирковий, заспокійливий тощо). З допомогою назначеного хворому режиму досягається значний успіх як в лікуванні, так і в профілактиці загострень і рецидивів захворювання. Вплив лікаря, вплив на психіку хворого тут надзвичайно суттєві. Лікувальне харчування ізольовано від інших оздоровлюючих заходів не призначається; тільки комплексне лікування може привести в найкоротший термін до компенсації стану хворого.

Велику увагу в роботі санаторію-профілакторію приділяється санпросвітній роботі і пропаганді здорового способу життя, пропагуються основні правила гігієнічного режиму праці, навчання, харчування з врахуванням специфіки роботи, захворювання; роз'яснюється важливість попередження перевтоми, звертається увага на способи боротьби з факторами ризику при багатьох захворюваннях – надлишковою масою тіла, курінням, вживанням алкоголю, переїданням, малорухливим способом життя, наднормовою роботою з комп'ютером та ін.

По закінченні терміну лікування або оздоровлення лікар-терапевт санаторію-профілакторію заповнює виписний епікриз. В якому вказуються всі види і об'єм допомоги, рекомендації в подальшому лікуванні, режимі харчування, праці й відпочинку. Виписний епікриз передають в поліклініку Тернопільської міської лікарні №3, де його підшивають до індивідуальної амбулаторної карти хворого. Дільничний лікар аналізує виписний епікриз, результати проведеного лікування, намічає план подальшого лікування.

Адміністрація поліклініки Тернопільської міської лікарні № 3 і санаторію-профілакторію вивчає ефективність оздоровлення на основі віддалених результатів для розробки заходів по підвищенню рівня лікувально-оздоровчої роботи і подальшого удосконалення якості обслуговування (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

**Віддалені результати оздоровлення в санаторії-профілакторії ТНПУ ім. В.Гнатюка**

№ п/п	Назва показника	Значення показника по роках		
		2010	2011	2012
1.	Число оздоровлених, по яких розраховують віддалені результати	60	60	60
2.	Тимчасова непрацездатність працюючих на підприємстві в робочих днях за звітний період	430,1	420,2	431,2
3.	Число оздоровлених, по яких розраховують віддалені результати	50	50	50
4.	Тимчасова непрацездатність по всіх захворюваннях, виключаючи травми в робочих днях за звітний період -до оздоровлення	350	345	330
	-після оздоровлення	203	200	200

В медичній практиці впровадження наукової організації праці сприяє підвищенню ефективності лікувально-профілактичної діяльності, вдосконаленню кваліфікації медичного персоналу. Медична праця повинна відповідати принципам етики, деонтології і проходити в нормальних санітарно-гігієнічних умовах.

В санаторії-профілакторії створено Медичну раду санаторію-профілакторію куди ввійшли: головний лікар, лікарі санаторію-профілакторію, сестра медична старша санаторію – профілакторію, викладачі кафедри валеології та реабілітації університету, представники Тернопільського обласного відділення Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, лікарі медичного пункту університету, представники студентської профспілки університету. На засіданнях Медичної ради розглянуто ряд питань, в тому числі: доступність медичної допомоги особам, що навчаються в Тернопільському національному педагогічному університеті



ім. В.Гнатюка; впровадження нових медичних технологій в роботу санаторію-профілакторію; раціонального використання коштів в санаторії-профілакторії; запровадження в санаторії – профілакторії клінічних протоколів санаторно-курортного лікування в санаторно-курортних закладах наказ Міністерства охорони здоров'я України від 06.02.2008р. № 56); використання в роботі санаторію – профілакторію Методичних рекомендацій щодо здорового харчування ( наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14.01.2013р. № 15).

Головними завданнями, які ставить перед собою колектив санаторію-профілакторію є: забезпечити доступність і високу кваліфікацію медичної допомоги всім тим, які звертаються в санаторій-профілакторій; знизити захворюваності в колективі університету; підтримувати тісний зв'язок з Тернопільською міською поліклінікою №3, медичним пунктом університету, кафедрою валеології і реабілітації університету, Тернопільським обласним комунальним лікарсько-фізкультурним диспансером та іншими лікувальними закладами.

Для зміцнення здоров'я населення має надзвичайно велике значення пропаганда здорового способу життя. З метою вивчення захворюваності з тимчасовою втратою працездатності щокварталу проводяться спільні засідання дільничих лікарів медпункту університету, завідуючої відділом поліклініки Тернопільської міської лікарні №3 і головного лікаря санаторію-профілакторію на спеціально утвореній координаційній раді університету в присутності завідуючого виховним відділом університету, завідуючого кафедрою валеології і реабілітації, проректора з навчальної роботи, де вивчаються причини захворюваності серед студентів, затверджують заходи по зменшенню захворюваності.

Проблеми медичного обслуговування студентів і співробітників та шляхи його покращення постійно заслуховуються на засіданнях ректорату та Вченої ради університету.

## Висновки до розділу 2

Санаторій-профілакторій Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28.10.2002 року № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я». Він належить до санаторно-курортних закладів, основною функцією яких є надання послуг, пов'язаних із санаторно-курортним лікуванням та оздоровленням застрахованих осіб і членів їх сімей, осіб, які навчаються у Тернопільському національному педагогічному університеті імені Володимира Гнатюка.

Санаторій-профілакторій підпорядкований адміністрації Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка і працює під методичним керівництвом і фінансовим контролем Тернопільського обласного відділення Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності. За звітний період приведено у відповідність діючому законодавству документацію, що регламентує діяльність санаторію-профілакторію.

Відповідно до наказу виконавчої дирекції Тернопільського обласного відділення Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності від 14.09.2006 року № 183-ос, наказу Виконавчої дирекції Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності від 06.09.2006 року № 140-ос загальна кількість місць у санаторії-профілакторії становить 110 (100 амбулаторних місць з лікуванням і харчуванням та 10 амбулаторних місць з лікуванням без харчування).

## РОЗДІЛ 3

### УДОСКОНАЛЕННЯ ДИСПЕТЧЕРИЗАЦІЇ НАДАННЯ ОЗДОРОВЧО-ЛІКУВАЛЬНИХ ПОСЛУГ САНАТОРІЯ-ПРОФІЛАКТОРІЯ ВИЩОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

#### **3.1. Удосконалення організації диспетчеризації надання оздоровчо-лікувальних послуг санаторія-профілакторія вищого навчального закладу**

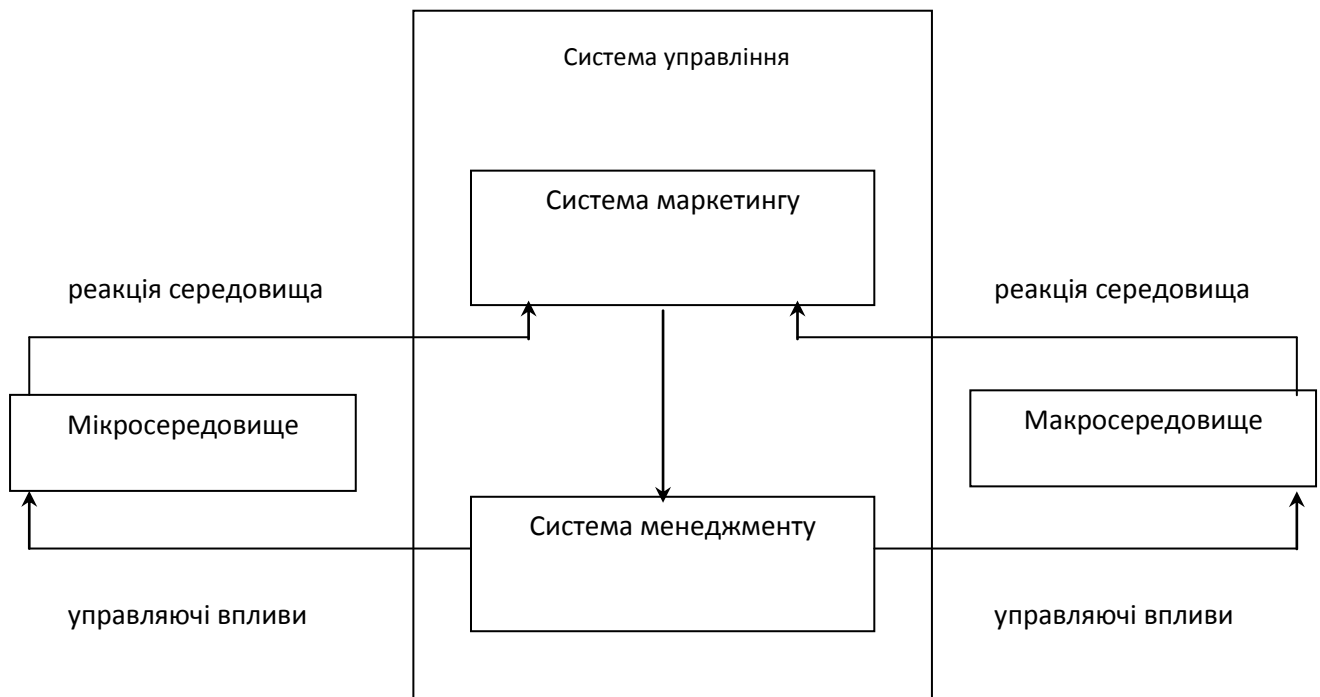
Вирішення проблеми підвищення ефективності медичного обслуговування, яка набула сьогодні свого актуального значення, у значній мірі залежить від якості організаційного забезпечення комунікативних технологій, їх здатності ефективно вирішувати завдання, пов'язані з управлінням діяльністю санаторія-профілакторія вищого навчального закладу (СП ВНЗ).

Управління медичним закладом можна представити як процес прийняття рішень, що здійснюється в межах певного коридору дій, визначеного внутрішніми та зовнішніми факторами. Центральною ланкою процесу управління є вибір, заснований на порівнянні наявного ресурсного потенціалу з можливостями і загрозами зовнішнього середовища.

Складність процесу управління СП ВНЗ потребує створення відповідної системи комунікативного забезпечення; особливість її побудови визначається специфікою медичного обслуговування. Ми пропонуємо забезпечити формування маркетинго орієнтованої системи організаційного забезпечення реалізації комунікацій в управлінні СП ВНЗ.

Управління СП ВНЗ вимагає прийняття всіх управлінських рішень, з позицій задоволення потреб клієнта, без чого неможливим стає фінансове благополуччя установи. Це приводить до зміни філософії медичного обслуговування і потребує постійної оцінки ринку медичних послуг, створення нових послуг та просування їх до споживачів. У такому контексті система маркетингу перетворюється в основний, домінуючий над системою менеджменту елемент системи диспетчеризації надання оздоровчо-лікувальних

послуг СП ВНЗ, виконує функції нормативного її елемента і є ланкою, що поєднує зовнішнє та внутрішнє середовища організації (рис. 3.1).



**Рис. 3.1.** Місце маркетингу в системі диспетчеризації СП ВНЗ

З перетворенням маркетингу в провідну функцію управління всі інші напрями менеджменту слід розглядати через призму маркетингового управління, що вимагає розробки комплексної програми поведінки СП ВНЗ, стратегії і тактики його розвитку з урахуванням процесів, які відбуваються на ринку медичних послуг, так в окремих його сегментах. При цьому задачею менеджменту стає реалізація планів маркетингу та заходів, визначених в них.

Сьогодні маркетинг має розглядатися як одна з вирішальних складових системи диспетчеризації надання оздоровчо-лікувальних послуг СП ВНЗ, і як своєрідна філософія медичного обслуговування.

Маркетингові методи дозволяють збільшити обсяги надання медичних послуг, розширити пропозицію медичних послуг через модифікацію існуючих і розробку нових продуктів, адресуючи їх конкретним цільовим групам, впроваджувати найбільш зручні способи надання медичних послуг споживачам, підвищувати якість обслуговування, що сприяє залученню до

обслуговування нових клієнтів, встановленню довготермінових відносин з ними. Все це сприяє підвищенню ефективності медичного обслуговування.

Отже, поліпшення результатів роботи СП ВНЗ, підвищення ефективності медичного обслуговування необхідно розглядати через призму вирішення проблем пацієнтів та широкого впровадження маркетингу в систему диспетчеризації надання оздоровчо-лікувальних послуг.

Спираючись на дослідження ринку, вивчення потреб споживачів медичних послуг, маркетинг стає вирішальним не тільки при визначенні стратегії СП ВНЗ, а й при розробці тактичних і оперативних заходів, що дозволяє оперативно реагувати на зміни в ринковому середовищі. Маркетинг не тільки формує реальні цілі СП ВНЗ відповідно до фактичних потреб ринку, а й організує їх досягнення, використовуючи інструменти, що є в його розпорядженні, перетворюючись у вирішальний фактор впливу на ефективність медичного обслуговування.

Забезпечення конкурентоспроможності СП ВНЗ має ґрунтуватися на постійному вдосконаленні комунікативної діяльності та ефективному управлінні якістю проведення досліджень, і проектування нового медичного продукту. Всі ці питання успішно вирішуються в складі так званої тотальної системи управління якістю.

Мета тотального управління якістю — досягти більш досконалого рівня якості послуг. Викладена загальна концепція дає змогу побудувати схему широкого розуміння тотального управління якістю в межах організації з урахуванням зовнішнього середовища, з яким більш-менш безпосередньо дана система взаємодіє (рис. 3.2).

Управління якістю послуг СП ВНЗ сприятиме впровадженню менеджменту маркетингових комунікацій, під розуміють аналіз проблем, а також планування, організацію, проведення та контроль заходів, спрямованих на вирішення цих проблем.



Рис. 3.2. Система управління якістю послуг СП ВНЗ

Планування є чи не найважливішою складовою менеджменту комунікацій. Плани та контроль виконання дають змогу медичній установі діяти цілеспрямовано, мати перспективний план дій, координувати комунікації із загальною стратегією установи, інформувати співробітників про цілі й завдання маркетингових комунікацій та виділених на це коштів, умотивовано стимулювати працю конкретних виконавців. Планування є також необхідною передумовою для належної оцінки та контролю результатів роботи підрозділу.

План маркетингових комунікативних заходів має мати здебільшого таку структуру:

- коротке оглядове резюме зі стислим описом цілей та пропонувані способів їхньої реалізації. Це допомагає керівництву установи ліпше збагнути основні положення плану;
- поточний стан ринку медичних послуг;
- загрози та можливості (опис факторів, які можуть позитивно чи негативно вплинути в плановому періоді на діяльність медичної установи);
- завдання та проблеми (стисле формулювання завдань медичної установи щодо конкретної послуги);
- стратегія маркетингу (загальна концепція маркетингового підходу);
- програма дій (напрямки маркетингової діяльності, детальний план виконання);
- бюджет (тобто порівняння прогнозованих доходів з витратами);
- контроль (порядок, строки і персональна відповідальність). Здебільшого план дій підрозділу маркетингової політики комунікацій входить як складова частина в загальний план стратегічних дій установи.

В контексті удосконалення організаційного забезпечення реалізації комунікативних технологій ми пропонуємо покращити дизайн медичних палат. Сучасний дизайн та елементи оформлення медичних палат сприяють створенню певного іміджу такого закладу. В оформленні медичних палат СП ВНЗ необхідно дотримуватися таких правил: завелика кількість елементів оформлення, особливо в малих приміщеннях, дуже погано сприймається пацієнтом; не рекомендується використовувати занадто контрастні кольори (це може спричинитися до швидкого втомлення пацієнта); добираючи кольори, треба виходити з того, на яку цільову аудиторію розрахована палата.

Вершиною у створенні іміджу СП ВНЗ має стати фірмовий стиль. Це сукупність постійних художніх, текстових та інших елементів у всіх формах інформації про установу. До таких елементів відносять фірмовий знак, фірмовий шрифтовий напис фірмовий блок, фірмове гасло (слоган), фірмовий колір. Ми вважаємо, що потрібно розробити логотип СП ВНЗ в контексті його максимально позитивного сприйняття пацієнтами.

Важливим аспектом удосконалення організації інформаційно-комунікативного забезпечення медичних установ є впровадження функції планування в їх діяльність.

Як показало дослідження, на сьогоднішній день діяльність медичних установ в нашій країні не є ефективною і не відповідає поставленим перед ними завданням, про що яскраво свідчать показники їх діяльності: коротка тривалість життя, висока смертність осіб працездатного віку, захворюваність на туберкульоз тощо. Такий стан речей передусім зумовлений недосконалістю системи менеджменту медичних закладів та вимагає її реформування. У цьому контексті особливої уваги вимагає удосконалення системи планування, як відправної точки та найважливішої функції управління. Як не парадоксально, в Україні планування діяльності закладів охорони здоров'я продовжує здійснюватися в рамках моделей, розроблених ще за радянських часів, що не дозволяє адекватно реагувати на динаміку зовнішнього середовища, запити і потреби споживачів медичних послуг. Незважаючи на обмеженість фінансування, планування продовжує орієнтуватися на збільшення кількості ліжко-місць та персоналу, а це призвело до того, що Україна за даними показниками займає одне із перших місць в світі. В той же час структура медичних послуг залишається деформованою. Тому дуже важливим в контексті підвищення ефективності управління медичною установою є розробка та застосування інноваційних механізмів оперативного та перспективного планування її діяльності, імплементація елементів стратегічного планування.

Сучасний стан системи охорони здоров'я в Україні, завдання менеджменту медичної установи у світлі реформування галузі, формування конкурентного середовища та переходу на багатоканальне фінансування, зумовлюють актуальність обраної теми дослідження..

Зокрема можна визначити основні проблеми що виникають у процесі планування діяльності медичної установи. Умовно їх можна поділити на зовнішні та внутрішні. До першої групи слід віднести передусім: недосконалу



законодавчу базу у сфері охорони здоров'я. Існуючий на сьогодні механізм управління галуззю, визначений Законами України «Про заклади охорони здоров'я», «Про обов'язкове медичне страхування» та іншими нормативно – правовими актами не створює належних умов для реалізації управлінських рішень на рівні окремої комунальної лікарні; вузьке коло питань які на свій розсуд може вирішувати менеджмент медичної установи; відсутність механізму фінансового забезпечення менеджменту медичної установи. Ці проблеми неможливо вирішити на рівні окремого медичного закладу. Для цього потрібне комплексне реформування галузі.

Зовнішні проблеми в свою чергу є головним чинником внутрішніх диспропорцій планування: відсутність чітко окреслених стратегічних цілей діяльності медичних установ та їх фінансово – ресурсного забезпечення, орієнтація на оперативне планування; плани розробляються відповідно до державних програм у галузі охорони здоров'я, і часто просто дублюють їх положення; низький рівень узгодженості тактичних та оперативних планів; низький рівень організаційно - методичного забезпечення планування, відсутність перед планового прогнозування діяльності медичних установ; відсутність належного інформаційного забезпечення планування діяльності медичної установи.

Здійснений аналіз дозволяє виокремити найважливіші шляхи удосконалення організаційного, методичного та інформаційного забезпечення планування діяльності медичних установ. До них належать:

- удосконалення законодавства та існуючих механізмів управління галуззю в цілому, реформування фінансового забезпечення планування діяльності медичних установ;
- введення посади менеджера у комунальних медичних установах, до кола обов'язків якого буде належати стратегічне і тактичне планування діяльності установи;

- реорганізація планування структури доходів та витрат медичного закладу з орієнтацією на збільшення частки витрат на розвиток установи;
- раціоналізація організаційного та інформаційного забезпечення планування шляхом перегляду функціональних обов'язків відповідальних осіб щодо формування планів;
- удосконалення методичної бази планування, застосування методів передпланового прогнозування, системного аналізу, одно- та багатофакторних математичних моделей.
- імплементація елементів стратегічного планування у діяльність медичних установ;

Впровадження в діючу практику запропонованих заходів дозволить значно підвищити ефективність планування діяльності медичної установи, що, в свою чергу, сприятиме покращенню організації інформаційно-комунікативного забезпечення.

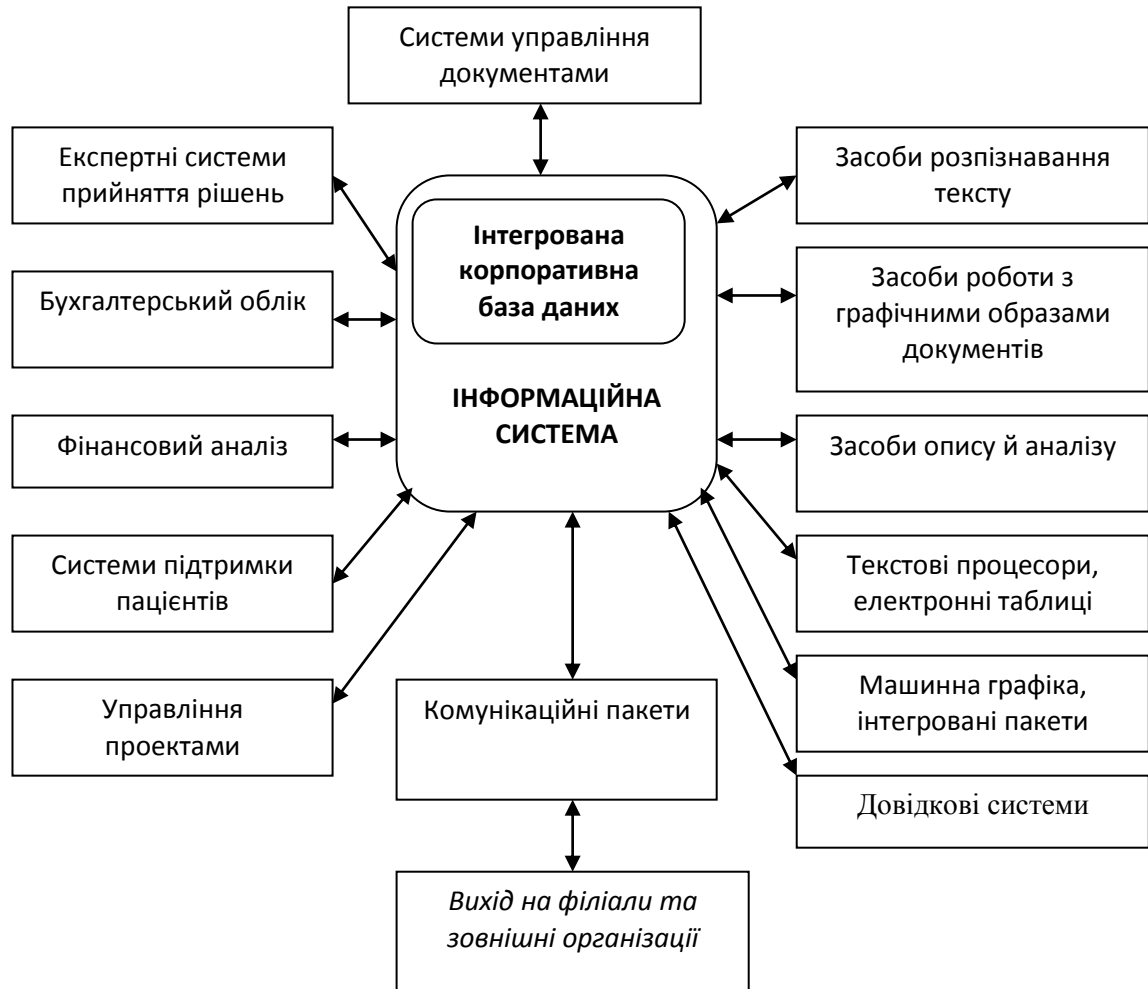
Таким чином, удосконалення організаційного забезпечення диспетчеризації надання оздоровчо-лікувальних послуг в управлінні СП ВНЗ має бути зорієнтоване на підвищення ролі маркетингової служби організації.

### **3.2. Удосконалення методик та інструментарію диспетчеризації надання оздоровчо-лікувальних послуг санаторія-профілакторія вищого навчального закладу**

На нашу думку, в контексті удосконалення методик та інструментарію диспетчеризації надання оздоровчо-лікувальних послуг санаторія-профілакторія вищого навчального закладу СП ВНЗ пріоритетним має стати напрямок, який базується на імплементації передових досягнень інформаційних технологій як основи комунікації.

Сучасні організації застосовують інформаційні технології для вдосконалення методів роботи. В результаті змінюється організаційна

структура організацій, розробляються нові організаційні взаємозв'язки, які раніше економічно були неможливі. Ми пропонуємо таку принципову схему побудови і взаємодії основних елементів сучасної інформаційної системи організації подана на рис. 3.3.



**Рис. 3.3.** Сучасна інформаційна система медичної установи

Інформаційну систему організацій доцільно розглядати у розрізі наступних підсистем:

- підсистема поточної інформації (електронна пошта, оперативний облік, вибіркова звітність);
- підсистема адміністративної інформації (законодавчі акти, нормативні акти, методичний матеріал);
- підсистема накопичення та збереження даних (комп'ютерний банк даних);

- облікова підсистема (бухгалтерський облік, податковий облік, статистика, моніторинг);
- експлуатаційна підсистема (розробка цільових програм, проектні послуги, управління персоналом, видавнича діяльність);
- комп'ютерна підсистема (Internet, внутрішня комп'ютерна підсистема).

Зміни в організації та техніці управління під впливом інформаційних технологій і автоматизованих офісів мають відбуватися за наступними напрямками. По-перше, докорінно змінюється організація та техніка інформаційного забезпечення керівника. Особливого значення набуває масове впровадження міні- і мікрокомп'ютерів, персональних комп'ютерів як складових частин інформаційних систем, пов'язаних з мережею банків даних. При цьому робота по збору, обробці і розповсюдженню інформації здійснюється зручними інтерфейсами «людина — ЕОМ», що не вимагають спеціальної підготовки (діалоги на природній мові, мовне введення-виведення інформації). Істотно змінюється також техніка зберігання і обробки інформації. Автоматизуються системи ухвалення, впорядкування, зберігання і передачі інформації, в яких підтримується чистота інформаційних каналів і не допускається неповнота інформації, дублювання, введення інформації, розрахованої на інші рівні управління.

По-друге, необхідно здійснити автоматизацію окремих функцій керівника. Зросло число ефективних автоматизованих систем, що охоплюють господарську діяльність, організаційно-технологічні процеси. Велика частина роботи при складанні планів передається комп'ютеру. При цьому істотно підвищується якість планів, розроблених з використанням мікрокомп'ютерів на нижчому рівні управління. Крім того, чітко узгоджуються плани для окремих підсистем системи управління. Удосконалюються системи контролю, що дають можливість виявити відхилення від запланованого рівня та причини виникнення таких відхилень.

По-третє, мають змінитися і засоби комунікації, не рахуючи обміну повідомленнями через мережу мікропроцесорів. Особливого значення набуває

система телекомунікацій, яка дає можливість проведення заочних консіліумів, телеконференцій (учасники яких можуть знаходитися один від одного на значних відстанях), оперативної передачі інформації. Відповідно змінюються методи та техніка комунікаційних відносин керівників з підлеглими і органами управління вищого рівня.

Автоматизований офіс висуває нові вимоги до ділових якостей керівника, серед яких уміння і навички користуватися складною технікою управління, визначати стратегію розвитку системи, керувати колективом, мотивувати і направляти його діяльність. Особливе місце займає уміння вирішувати конфлікти, оперативно реагувати на виникнення проблемних ситуацій, чітко обґрунтовувати ухвалені рішення, своєчасно доводити їх до виконавців. Творчий підхід до вирішення управлінських завдань, розвиток стратегічного мислення керівників передбачає використання нових інформаційних технологій, можливостей автоматизованих офісів. При формуванні системи маркетингової комунікації установи, крім характеристик складової цієї системи, необхідно враховувати багато чинників, що визначають її ефективність.

Етапи розробки ефективної програми маркетингової комунікації СП ВНЗ можна розподілити таким чином:

1. Визначення контактної аудиторії.
2. Визначення цілі комунікації.
3. Створення звернення.
4. Вибір каналів комунікації.
5. Визначення загального бюджету, виділеного для комунікації.
6. Ухвалення рішення про змішані засоби просування.
7. Оцінка результатів просування.
8. Управління здійсненням комплексних маркетингових комунікацій і координація цього процесу.

Розглянемо деякі з цих етапів.

Визначення цільової контактної аудиторії – це пошук того прошарка споживачів, на який буде спрямований комплекс комунікацій. Така аудиторія може бути подана окремими особами або групами. До неї можуть відноситися потенційні пацієнти медичної установи, ті, що приймають рішення, і впливають на його прийняття. Основна частина аналізу аудиторії складається з оцінки стереотипних уявлень про установу, її продукт і конкурентів.

При формуванні системи маркетингових комунікацій необхідно визначити цілі комунікативної політики, які можна уявити таким чином (рис. 3.4)



Рис. 3.4. Цілі маркетингових комунікацій МП ВНЗ

Для правильного формування цілей маркетингових комунікацій, необхідно чітко охарактеризувати стадії ухвалення рішення споживачем з приводу отримання медичного обслуговування (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

## Стадії ухвалення рішення споживачем з приводу отримання медичної послуги

Стадії ухвалення рішення споживачем	Задачі адміністрації
1. Поінформованість	Велика частина аудиторії не має належну поінформованість. Задача установи створити цю поінформованість за допомогою простих звертань
2. Знання	Аудиторія знає про медичну послугу. Задача маркетингу в розширенні уявлення про отримання медичної послуги.
3. Симпатія	Якщо відношення аудиторії несприятливе, необхідно дізнатися причину його виникнення і усунути її. При сприятливому відношенні – підсилити це відчуття
4. Перевага	Якщо аудиторія не віддає медичній послугі переваги, але вона їй подобається, варто пропагувати його якість, цінність, ефективність.
5. Лояльність	Уже перевага віддана медичній послугі, але одержання її ще не здійснилося. Задача маркетингу в переконанні цільового пацієнта в тому, що найкраще рішення в його житті – це дана послуга
6. Одержання послуги	Отримання послуги ще не зроблене, але пацієнт готовий до цього.

При формуванні системи маркетингових комунікацій установи прийнято вважати, що високоосвічені люди і/або інтелектуали є менш схильними до побічного впливу, проте цей факт не доведений остаточно. Люди, що приймають зовнішні заклики як керівництво до дії, які володіють слабковираженим власним світоглядом, невпевнені в собі, здаються більш схильними до переконання. Проте дослідження американських вчених показують визначений взаємозв'язок між впевненістю в собі і схильністю до переконання. Причому ті, що мають середній ступінь впевненості в собі, надаються найбільше схильними до переконання. У людей, котрих уже намагалися переконати, буде інша відповідна реакція, ніж у тих, кого переконувати не намагалися.

Ефективність маркетингових комунікаційних звернень залежить, у першу чергу, від джерел звертання, від самих комунікаторів. Обравши опору на наявні в суспільстві типи комунікації, природним чином нам необхідно знайти опору на більш ефективні для даної аудиторії типи комунікаторів. Це пов'язано з прийнятою схемою комунікації, коли було виявлено, що на аудиторію не тільки і не стільки діють засоби масової інформації, як наступне обговорення їхніх новин разом із «лідерами думок». У цьому ж змісті використовується термін «ключові комунікатори».

Маркетингова або будь-яка інша інформація СП ВНЗ може передаватися трьома основними способами комунікації: завдяки засобам масової інформації, через організації та неформальні контакти. У першому випадку мова йде про друковані (газети, журнали, книжки, плакати, буклети, листівки) або електронні (телебачення, радіо, комп'ютер та інші) засоби масової інформації. У другому випадку маються на увазі комунікативні можливості громадських організацій, установ різної форми власності, окремих громадян, тощо. Останні використовуються як двобічні ланцюги обміну між керівництвом установ, урядом та громадянами-споживачами.

Процес комунікації шляхом неформальних контактів характеризується двома ступенями передачі інформації. Аудиторія сприймає інформацію не безпосередньо від джерела інформації, а від лідерів громадської думки, а друга вже йде від них. Таким чином, останні виступають по суті ретрансляторами (їм, до речі, довіряють більше, ніж мас-медіа, оскільки знають безпосередньо).

Вибір каналів маркетингових комунікацій СП ВНЗ має відбуватися з особистих і неособистих каналів комунікації. Особисті канали маркетингових комунікацій – це звернення двох або більше людей з метою ознайомлення, обслуговування і/або просування продукту (ідеї). До каналів особистої маркетингової комунікації відносять адвокат-канали, експертні канали, суспільні канали. Адвокат-канали складаються з представників медичної установи, що зв'язується з представниками цільової аудиторії. Експертні канали складаються з незалежних експертів, що роблять заяви для представників цільової аудиторії. Суспільні канали – це сусіди, родичі і колеги, що розмовляють із представниками цільової аудиторії. До таких каналів ставляться з найбільшою довірою. Неособисті канали комунікацій передають звернення без особистої участі. Вони містять у собі засоби масової інформації, інтер'єри і заходи стимулювання збуту. Схематично це можна представити таким чином (рис. 3.5).



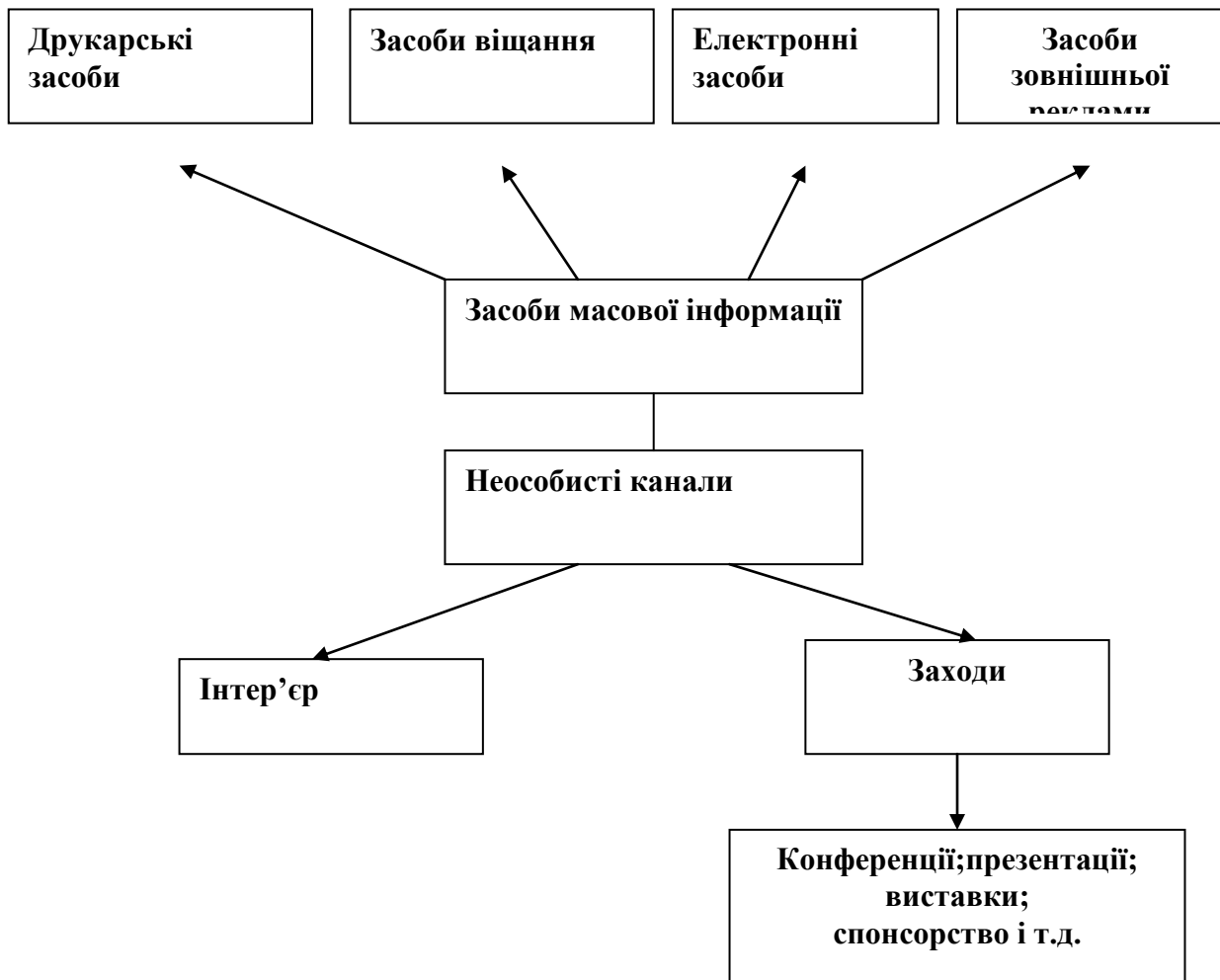


Рис. 3.5. Складові неособистих каналів комунікацій медичних установ

Неособисті комунікації, як правило, конструюються за соціальним принципом. Вони вважають, що установа складається з кланів – невеличких соціальних груп, члени яких взаємодіють один з одним більш, ніж з іншими. Це ізолює клан від проникнення нових ідей. Задачею маркетолога є створення більшої відкритості в кланах. Вона досягається за допомогою людей, що слугують сполучними ланками і мостами. Сполучна ланка – це людина, що з'єднує два або більше клани, не належачи до жодного з них. Міст – це людина, що належить одному клану і пов'язана з представниками іншого.

Таким чином, можна стверджувати, що вищезазначене вимагає від керівників СП ВНЗ значно більшої інтелектуальності, що, в свою чергу, передбачає розробку та планування витрат на «публік рілейшнз», використання засобів комунікаційної технології, заходів щодо вдосконалення корпоративної

культури установи, інших напрямів, які ґрунтуються на теорії комунікацій. Тобто можна сказати, що система маркетингових комунікацій має вбудуватися у систему управління медичною установою.

В цьому контексті необхідно максимально орієнтуватися на використання мережі Інтернет, оскільки реклама в Інтернет націлена на:

- 1) створення сприятливого іміджу організації або медичної послуги;
- 2) забезпечення доступності інформації про організацію або медичний продукт для багатьох людей, у тому числі географічно віддалених;
- 3) реалізація всіх можливостей подання інформації про медичний продукт;
- 4) оперативна реакція на ринкову ситуацію: інформація про організацію або її продукти, анонс нової медичної послуги.

Інтернет дає можливість використовувати: корпоративний Web-сервер, банери, електронна пошта і т.д.

До переваг Інтернет – промоції щодо інших традиційних засобів просування необхідно віднести: по-перше, легку доступність для споживача. По-друге, інформація, яка передається через Інтернет - банер та відповідну Web- сторінку має найбільш повний опис медичної послуги . По - третє, Інтернет - промоція, як і сам Інтернет, стає більш масовою з кожним роком. По-четверте, Інтернет – промоція є більш дешевою для медичної установи ніж інші традиційні засоби просування. По-п'яте, Інтернет – промоція привертає увагу потенційних споживачів медичних послуг. Значною мірою це відбувається через професійність оформлення сайтів та можливість отримати додаткову інформацію відразу.

Зокрема для СП ВНЗ доцільно розробити та ввести в дію інтернет-портал.

Таким чином, спектр впровадження інноваційних комунікативних технологій в управлінні СП ВНЗ є надзвичайно широким, що може стати предметом багатьох наукових досліджень.

Необхідним є впровадження в СП ВНЗ інформаційної системи "EMCiMED", яка реалізована за багаторівневою схемою прикладних програм баз даних. В якості серверу баз даних використовується MSSQL 2000/2005 під управлінням ОС MS Windows 2003. В БД зберігаються дані системи, а також тригери, збережені процедури та SQL-запити (зберігаються в окремій таблиці), які забезпечують доступ до даних, їх цілісність та виконання бізнес-логіки. На COM+ сервері (MS Windows 2000 або вище) працює MS DTC-сервіс, який забезпечує виконання COM+ модулів системи та керує SQL-транзакціями. COM+ модулі: диспетчер SQL-запитів: виконує доступ до запитів, які зберігаються в БД, викликає SQL-сервер для їх виконання та передає результати у вигляді ADO Recordset до викликаючого модулю. прикладний сервіс "EMCiMED" виконує автентифікацію користувача, підтримує сесію користувача та авторизацію при доступі до ресурсів системи, а також викликає диспетчер SQL-запитів.

Таким чином використання COM+ призводить до відсутності блокування транзакцій з боку серверу БД і забезпечує рівень доступності до 99.995%.

"EMCiMED" сокет-сервер реалізовано як Windows-сервіс, що здійснює: підтримку з'єднання з клієнтом у мережевому середовищі TCP/IP; отримання запитів та передачу даних між клієнтською частиною та прикладним сервісом "EMCiMED"; серіалізацію/десеріалізацію даних у форматі XML або ADTG; шифрування/дешифрування трафіку згідно протоколу SSL; моніторинг трафіку клієнтських з'єднань та ведення протоколу запитів.

WEB-сервіс COM+ реалізовано як WEB XML сервіс ASP.NET, який забезпечує: отримання запитів та передачу даних між HTTP-клієнтом та прикладним сервісом "EMCiMED"; серіалізацію/десеріалізацію даних у формат XML; підтримання сесії клієнта на Web-сервері. Також цей сервіс використовується для інтеграції із зовнішніми системами, такими як "1:С Підприємство"

На робочому місці лікаря працює клієнтський модуль "EMCiMED" та модуль оновлення версій. Клієнтський модуль "EMCiMED" забезпечує

користувача виконанням всіх операцій по введенню даних в систему, їх первісній перевірці на припустимість та несуперечність, передачу їх на сервер, а також отримання інформації з сервера даних та її представлення у зручному для перегляду та аналізу вигляді.

Підсистема з'єднання виконує: підтримку з'єднання (в тому числі віддаленого) з сервером з'єднань "EMCiMED"; серіалізацію/десеріалізацію даних; шифрування/дешифрування трафіку; примусове управління клієнтськими SQL-транзакціями.

Мобільний пристрій працює під ОС Windows Mobile 5.0 або вище. Встановлений на ньому MS SQL 2005 Mobile, разом з локальною базою даних, дозволяє проведення автономної роботи віддаленим користувачем за умови відсутності зв'язку з основним сервером даних. Синхронізація даних з основною БД виконується за запитом користувача. Клієнтська програма для мобільного пристрою виконана у вигляді основного модуля-завантажувача та набору програмних модулів, оновлення яких може виконуватись окремо. Комунікації з Web-сервісом "EMCiMED" здійснюються за протоколом HTTP через з'єднання Wi-Fi або GPRS.

Якщо до комп'ютеру підключено лабораторно-діагностичне обладнання, і це обладнання здійснює обмін даними через COM-порт в визначеному форматі, то на такий комп'ютер може бути встановлений монітор лабораторних пристроїв разом із відповідними драйверами пристроїв. Драйвери представляють собою COM-об'єкти, які безпосередньо здійснюють комунікацію з обладнанням через інтерфейс RS-232, перетворюють передані ним дані в формат, загальний для всіх пристроїв, та передають їх монітору. Монітор лабораторних пристроїв діє як клієнт "EMCiMED", передаючи дані до серверу "EMCiMED" через сервер підключень. На сервері даних DICOM (PACS) зберігається база даних DICOM (за виключенням зображень) та працює MS SQL сервер. Прикладний сервіс DICOM реалізовано як Windows-сервіс, який виконує запити до БД DICOM та здійснює доступ до сховища зображень, яке розташоване на тому ж самому комп'ютері або як мережевий ресурс. Клієнт

"EMCiMED" взаємодіє безпосередньо з DICOM-сервером "EMCiMED" або з іншим DICOM-сервером.

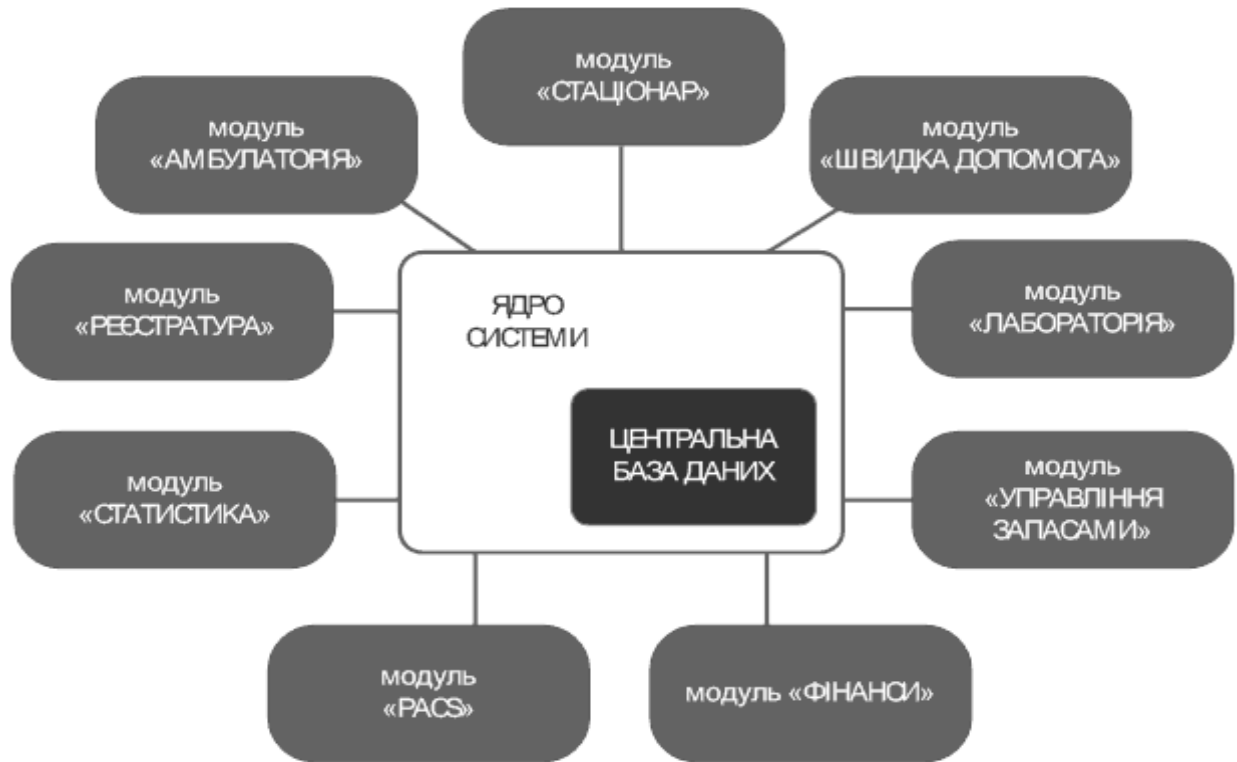
Бізнес-логіка системи розподілена на декількох рівнях та оптимізована з точки зору мінімізації трафіку між клієнтськими модулями та сервером підключень, або Web-сервером. Основну її частину реалізовано у вигляді тригерів, збережених процедур та SQL-запитів, що виконуються на SQL-сервері.

Підсистема захисту "EMCiMED" може виконувати наступні функції: автентифікацію користувачів при вході до системи за допомогою хешування паролю або методом Challenge-Response за допомогою клієнтських сертифікатів; криптографічний захист інформаційного трафіку між сокет-сервером "EMCiMED" та клієнтською частиною програми; зберігання приватних даних пацієнтів в БД в зашифрованому вигляді; авторизований запуск прикладного сервісу "EMCiMED" адміністратором захисту; генерацію RSA-ключів та управління клієнтськими сертифікатами; ведення захищеного журналу виконаних користувачем операцій; розмежування повноважень користувачів та авторизація їх доступу до функцій системи згідно повноважень. Підсистему реалізовано з використанням засобів захисту Aladdin eToken Pro, Alladin HASP HL та стандартних засобів Windows. Вона складається з набору екранних форм та функцій, які використовуються на рівні як клієнтської, так і серверної частин системи "EMCiMED".

Медична інформаційна система "EMCiMED" призначена для комплексної автоматизації лікувально-профілактичного закладу (медичного об'єднання) і має на меті виконання наступних задач: підтримка лікувально-діагностичних заходів; забезпечення інформаційної підтримки роботи медичних працівників; надання інформаційної підтримки при проведенні оцінки ефективності лікувального процесу; підтримка адміністративно-господарської та фінансової діяльності; бізнес-планування та оптимізація лікувального процесу.

"EMCiMED" складається з окремих функцій, що об'єднані в модулі, які безпосередньо працюють з центральною базою даних. Кожен модуль може

працювати автономно, але за умови використання ядра системи, яке виконує функції ведення довідкової інформації для забезпечення реєстрації документів (подій) в організації, а також містить базу ЕМК (електронна медична картка) (рис. 3.6).



**Рис. 3.6.** Модулі інформаційної системи "EMCiMED"

Призначення "EMCiMED" в частині управління медичною інформацією є:

- забезпечення інформаційної підтримки функціонування медичного закладу, основною складовою якої є автоматизація адміністративних та виконавчих функцій лікувального персоналу, таких як підготовка, ведення і перегляд поточної облікової документації;
- рішення задач управління медичним закладом: складання графіків роботи, використання приміщень та обладнання, призначення пацієнтам часу прийому у лікарів та інші подібні функції, які пов'язані із плануванням діяльності лікувально-профілактичного закладу.

Модуль "Реєстратура" Основною задачею модулю є оптимізація роботи диспетчерського посту (реєстратури): проведення організації реєстрації пацієнта, пошук картки (ЕМК) пацієнта в базі даних, запис пацієнта на прийом.

Можливе виконання додаткових функцій по інформаційному забезпеченню клієнтів в частині, що стосується вартості медичного обслуговування, переліку послуг та їх опису. Основною задачею модулю є забезпечення роботи диспетчерського посту (реєстратури).

Модуль «Амбулаторія» Організація структурованого зберігання в електронному вигляді особистих даних пацієнтів, їх амбулаторної карти, що забезпечує користувачам швидкий та зручний доступ до необхідної інформації. Забезпечення оперативного обміну інформаційними матеріалами між такими підрозділами, як реєстратура (диспетчерський пост), консультативно-діагностичне відділення, відділ статистики. Також передбачається інформаційний обмін з іншими модулями системи.

Модуль «Лабораторія» Автоматизація роботи процедурних кабінетів, лабораторій та дослідницьких кабінетів, організація оперативного обміну інформацією між ними. Між ланками модулю існують гнучкі інформаційні зв'язки, що дозволяють працювати, як у складі одного комплексу так і окремо. Передбачається використання готових розробок з наступною інтеграцією в АС. Передбачається автоматизація клінічної лабораторії за видами досліджень: клінічних, біохімічних, гематологічних, імунологічних, гормональних, цитологічних, гістологічних.

Модуль «Швидка допомога» Здійснення процесу автоматизації роботи пункту невідкладної медичної допомоги. Забезпечення прийому, реєстрації та диспетчеризації викликів в режимі реального часу. Реєстрація та оптимізація виїздів лікарських бригад. Забезпечення відповідного ведення необхідної документації. Здійснення контролю за надходженням і використанням медикаментів та перев'язувальних матеріалів. Надання можливості виїзним лікарським бригадам здійснювати перегляд та реєстрацію інформації в ЕМК під час роботи за межами клініки.

Модуль «Фінанси» Головне призначення модулю є перетворення будь-яких дій, які виконуються персоналом ЛПЗ в фінансовий еквівалент. Автоматизується процес обліку наданих послуг, автоматичний розрахунок

вартості проведеного лікування на підставі преїскурантів, встановлених знижок, витрат матеріалів, медикаментів та інших накладних витрат. Відбувається автоматизація процесу роботи та звітування разом із страховими і їх асистанськими компаніями. На підставі обліку формуються дані, які можуть використовуватися в системі бухгалтерського обліку «1:С-Підприємство».

Модуль «Управління запасами» Призначений для здійснення автоматизованого контролю за рухом медикаментів, перев'язувальних матеріалів і виробів медичного призначення з формуванням відповідних документів між постачальниками, аптекою і відділеннями стаціонару, «Швидкою допомогою» та консультативно-діагностичним відділенням. Автоматизується процес формування звітної інформації аптек, про рух медикаментів, що підлягають предметно-кількісному обліку за визначений проміжок часу.

Модуль "PACS" (Архів медичних зображень) Автоматизація процесу формування архівації, пошуку та доступу до медичних зображень. Забезпечення безпосереднього підключення діагностичного обладнання - КТ, МРТ тощо. Реалізація обміну даними за протоколом DICOM3.

Модуль "Статистика" Модуль призначений для отримання оперативної інформації про лікувально-діагностичний процес, про роботу лікувальних відділень, розрахунку та друку всіх аналітичних та статистичних форм затверджених МОЗ за будь-який проміжок часу.

Модуль «Стаціонар» Оптимізація процесу контролю за прибуттям пацієнтів в стаціонар, їх розміщенням, забезпеченням лікувальним процесом, витрачанням медикаментів та перев'язувальних матеріалів, зберіганням в електронному вигляді особистих даних пацієнтів стаціонару, їх структурованої історії хвороби. Оперативний обмін інформацією з іншими підрозділами лікувального закладу.

Модуль «Адміністративні функції» Автоматизація процесу аналізу та обліку медикаментів, перев'язувальних матеріалів, обладнання, інвентарю тощо, який тим чи іншим чином впливає, або безпосередньо використовується



в забезпеченні проведення лікувального процесу. Автоматизація процесу аналізу та бізнес-планування (моделювання) витрат на здійснення лікувального процесу на майбутні періоди або, у випадку можливостей, розширення функціональності ЛПЗ. Функції управління персоналом Автоматизація процесу ведення кадрової інформації, штатного розкладу, отримання табелів обліку робочого часу та формування розпорядчих документів. Модуль працює тільки на потреби АС.

Сучасна медична наука виходить із представлення про лікувально-діагностичний процес як про процес керування, що відбувається в складній багатофакторній системі яка розвивається, і яка являє собою медичну установу. Повний формальний опис системи і процесів керування зіштовхується з майже нездоланими труднощами через складність досліджуваних структур і невизначеність великої частини вихідної інформації. Ступінь і характер цих труднощів значною мірою залежить від організації лікувально-діагностичного процесу.

Вихід з цієї ситуації знаходиться в залученні засобів обчислювальної техніки й обробки інформації для виявлення структур керування установою, зменшення невизначеності вихідної інформації і формування процедур прийняття рішень у сучасних умовах.

Медична інформаційна система представляє собою сукупність програмно-технічних засобів, баз даних і знань, призначених для автоматизації різних процесів, що здійснюються у лікувально-профілактичній установі.

Медична інформаційна система повинна забезпечити потреби медичного персоналу та керівників в систематичному отриманні інформації з усіх аспектів діяльності для прийняття рішень, що сприяють вирішенню цільової функції - підвищенню якості надання медичної допомоги.

Причинами, що сприяють впровадженню інформаційної системи, є: оснащення установи сучасним обладнанням; зростання кількості фізіологічних параметрів, вимірювання яких можливе за допомогою сучасної діагностичної апаратури; збільшення обсягів інформації, необхідної лікарю що лікує для

оцінки стану кожного пацієнта; прагнення лікарів одержати доступ до інформації, що надається всесвітньою мережею Інтернет; постійне здешевлення комп'ютерних систем і підвищення їхньої надійності; доступність програм для автоматизації господарської діяльності і необхідність ведення комп'ютерного бухгалтерського обліку.

З іншого боку, існує ряд причин, що обумовили необхідність розробки МІС "EMCiMED": лікарям необхідно заповнювати величезну кількість бланків про перебіг лікувального процесу й оформлювати облікову і звітну документацію; молодшому медичному персоналу щодня доводиться вести облік виконання необхідних лікувальних призначень; взаємодія між лікарем що лікує і лікарями-фахівцями здійснюється на вербальному рівні; лікар, через недолік часу, обмежується при заповненні історії хвороби короткими записами-висновками. контроль за лікуванням хвороби здійснюється в ретроспективному плані; значна частка помилок при обстеженні хворого, встановленні остаточного діагнозу і при лікуванні виявляється, найчастіше, тільки при його виписці.

### **3.3. Удосконалення ресурсного забезпечення диспетчеризації надання оздоровчо-лікувальних послуг санаторія-профілакторія вищого навчального закладу**

Динамічний розвиток сучасного світу потребує використання адекватної комунікаційної політики на основі багатоканальності, що є елементом удосконалення ресурсного забезпечення диспетчеризації надання оздоровчо-лікувальних послуг санаторія-профілакторія вищого навчального закладу .

В цих умовах ми пропонуємо використовувати концепцію інтегрованих мережевих комунікацій (ІМК). Концепція ІМК об'єднує в єдине ціле зв'язки з громадськістю, просування, стимулювання збуту, комунікації, Інтернет перетворює комунікації у вигляд, що сприймається отримувачем – єдиний потік інформації з ряду нероздільних джерел. Згідно концепції ІМК спілкуватися зі

споживачами необхідно на основі їх знань, бачень, відчуттів, а не тільки виходячи з послуг медичної установи, як вважалося раніше.

Процес втілення концепції ІМК в практику діяльності СП ВНЗ гальмується в наслідок дії наступних факторів: не усвідомлення значення застосування ІМК в процесі зростання ефективності комунікацій; протиріччя між різними функціональними підрозділами служб комунікатора. Часто особисті інтереси їх співробітників виявляються вище загально організаційних.

Інтегрована мережева комунікація – це концепція планування комунікацій, що виходить з необхідності оцінки стратегічної ролі їх окремих напрямків і пошуку оптимального співвідношення чіткості, послідовності і максимізації впливу комунікаційних програм шляхом інтеграції всіх окремих звернень.

Не дивлячись на очевидні переваги концепції ІМК, українські медичні організації не поспішають втілювати їх і здійснювати необхідні зміни в силу організаційних та інших причин. Для усунення описаних бар'єрів необхідно: втілення менеджментом медичної організації концепції ІМК зверху вниз і забезпечення її всебічної підтримки на місцях; маркетинг установи повинен стати орієнтованим на споживача; ефективні маркетингові комунікації мають визнаватися усіма членами організації в якості основної конкурентної переваги; комунікації повинні здійснюватися та інформація в організації повинна збиратись централізовано, зберігатися та аналізуватися професіоналами з глибокими управлінськими знаннями.

Не дивлячись на труднощі, що стоять на шляху застосування концепції ІМК в практику діяльності СП ВНЗ, слід відмітити, що вона отримує все більш широке визнання. Новітні комунікаційні технології (інтерактивні комунікації, використання баз даних в налагодженні комунікаційних зв'язків, застосування комп'ютерних технологій, в першу чергу Internet) сприяють росту ефективності застосування підходу інтегрованих комунікацій.

На нашу думку, втілення концепції ІМК в медичну організацію дозволить підвищити ефективність не тільки маркетингових заходів, але й управління установою в цілому.

Як відзначалося в попередньому підрозділі, проблема підвищення ефективності медичного обслуговування може бути розв'язана за умови посилення ролі маркетингу в усіх сферах діяльності СП ВНЗ, через впровадження маркетингового підходу в систему управління установою. Основним постулатом такого підходу є орієнтація на ринкове середовище та адекватне реагування на його динаміку. З перетворенням маркетингу в провідну функцію управління всі інші напрями менеджменту, як системи заходів для отримання найвищих результатів при зниженні витрат, розглядаються через призму маркетингового управління, що вимагає розробки комплексної програми поведінки організації, стратегії й тактики її розвитку з урахуванням процесів, що відбуваються на ринку медичних послуг, прийняття всіх управлінських рішень з позицій задоволення потреб пацієнта. Це обумовлює важливість розробки та реалізації маркетингової стратегії СП ВНЗ, основні елементи якої представлені на рис. 3.7. Кожний з елементів у стратегії маркетингу виконує свою функцію, обумовлену реаліями існуючої ринкової ситуації. Так, наприклад, взаємини із середовищем є ціннісними для нього, оскільки забезпечують імідж установи. У свою чергу позиція, що характеризує засвоєння нових медичних послуг, є проблемною для організації, тому що вимагає вирішення багатьох завдань у сфері вивчення середовища, якості прийняття рішень та підготовки персоналу.

Маркетингова стратегія є важливим елементом загальної стратегії розвитку СП ВНЗ, її розробка і реалізація має здійснюватися в рамках загальної процедури стратегічного менеджменту. Важливе місце в формуванні багатоканального механізму комунікативного забезпечення СП ВНЗ мають комунікації як непряма форма переконання, яка базується на інформаційному чи емоційному описі переваг медичних послуг. Їх завдання – створити у споживачів позитивне уявлення про медичний продукт. В сучасному

медичному менеджменті основний акцент має робитися на інтегровані комунікації. Під інтегрованими маркетинговими комунікаціями ми розуміємо: 1) поєднання відповідних типів просування послуги та стимулювання; 2) відповідність загальному набору цілей комунікації для організації, точніше, особливе «макропозиціонування» установи; 3) інтеграція методів і засобів просування послуг з врахуванням часу та інтересів пацієнтів.

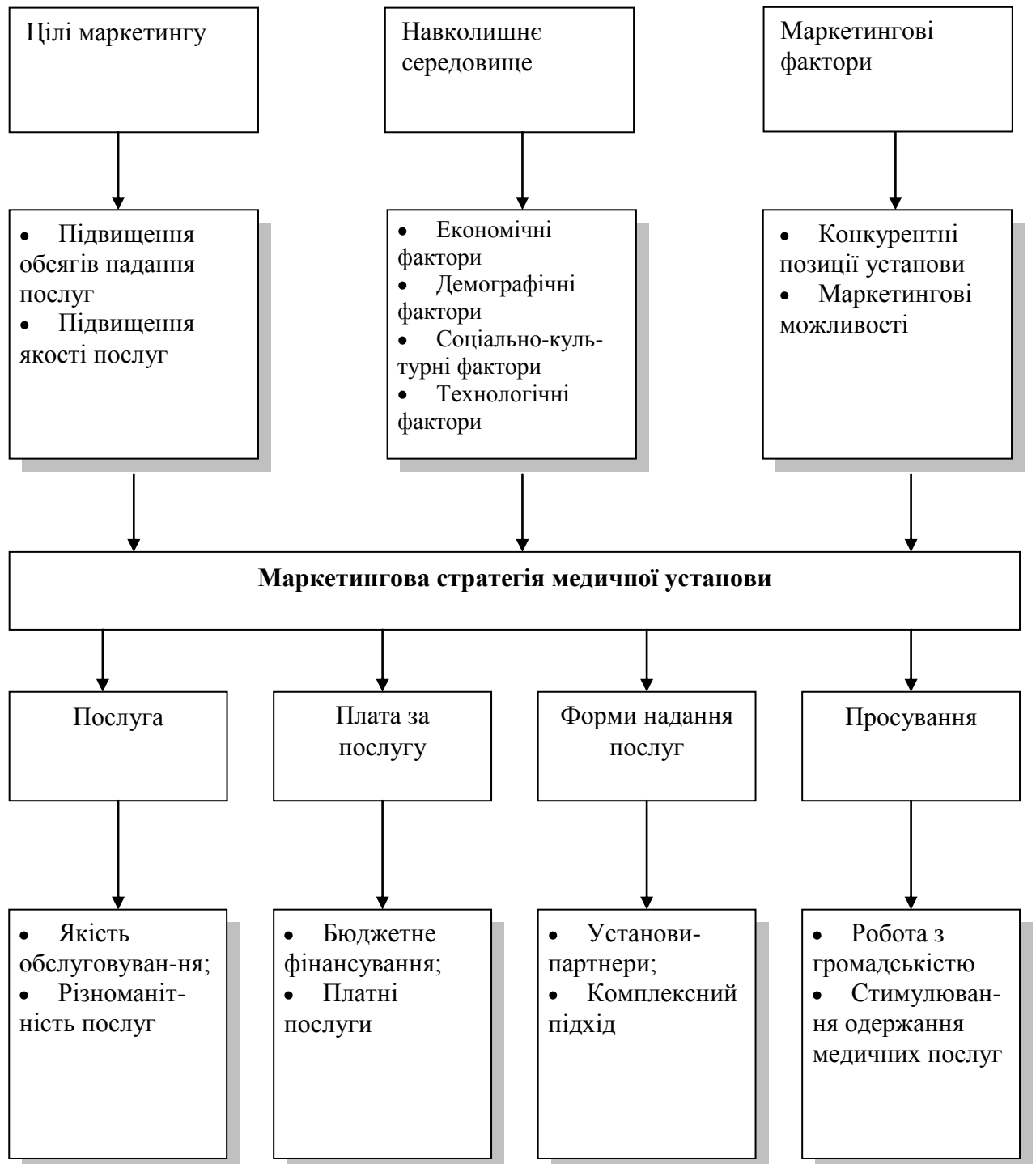


Рис. 3.7. Елементи маркетингової стратегії медичної установи

Щоб інформація спонукала пацієнтів до певних дій, вона повинна викликати ефекти комунікації. Для цього треба визначити, які саме ефекти, тобто асоціації, пов'язані з організацією, повинні виникнути у пацієнтів і яку позицію в їх очах повинна прийняти організація, щоб люди почали діяти. Для цього і встановлюються цілі комунікації, які визначаються для кожної установи окремо. Як правило, цілі комунікації обираються з наступного набору: потреба в категорії, поінформованість про організацію, ставлення до організації, намір одержати послугу.

Суттєве значення для сучасного розвитку системи інформаційного забезпечення медичної науки та охорони здоров'я має аналіз медичної інформатики як системного поняття, яке віддзеркалює етапи його становлення та зміни під впливом глобалізації інформаційного суспільства.

Саме понятійний апарат є ефективним інструментом глибинного осмислення сутності інформаційного забезпечення окремих галузей науки, формування концептуальних засад подальшого розвитку. Саме від правильного використання понятійного апарату залежить рівень інформаційної культури інформаційних працівників, що, в свою чергу, впливає на якість їхньої діяльності.

Упродовж багатьох років провідні фахівці в галузі медичної інформації використовували у своїх працях поняття „медична інформація”, „наукова медична інформація” та „медична інформатика”.

Зміна фундаментальних уявлень щодо медичної науки у зв'язку з появою нової концепції сучасної доказової медицини зумовила необхідність вивчення особливостей медичної інформації, зокрема клінічних даних.

Концептуальне дослідження сучасних поглядів на медичну інформатику в понятійному апараті медичної науки є дуже актуальним.

Особливості медичної інформації, порівняно з інформацією в інших сферах діяльності людини, пов'язані, по-перше, з властивостями клінічних даних (фактів, відомостей), по-друге, з характером клінічного мислення, що визначає особливості уявлення, обробки і розкриття значення даних, тобто

створення інформації з клінічної (за 37 напрямками, зокрема внутрішні хвороби, урологія, онкологія, стоматологія та ін.), профілактичної (епідеміологія, гігієна та професійна патологія, соціальна медицина, історія медицини) та теоретичної медицини (анатомія; фізіологія; фармакологія; токсикологія; імунологія та алергологія; гістологія, цитологія, ембріологія; медична та біологічна інформатика і кібернетика). Тому медична інформація – це вираз значення клінічних даних або інформації в галузі охорони здоров'я, що охоплює широку галузь знань про здоров'я і захворювання людини.

Відомо, що у світовій науково-освітній спільноті існують три основні концепції, які визначають предмет і область досліджень інформатики.

Відповідно до першої з них, інформатика кваліфікується як наукова дисципліна, що вивчає закони, методи і засоби накопичення, обробки і передачі інформації за допомогою ЕВМ та інших технічних засобів. Саме ця концепція була домінуючою аж до 1995 р.

У США, Канаді і багатьох інших англomовних країнах терміну «інформатика» відповідають, як мінімум, чотири англomовні терміни і чотири області знання: Information Science, Computer Science, Computer Science and Information Science і Computational Science. При цьому у області Information Science основна увага надається вивченню власне інформаційних процесів.

З виникненням терміна «інформаційна наука» (Information Science) розпочалися найпалкіші суперечки саме в спільноті бібліотечних фахівців. У 60-ті роки Н. Borke та E.G. Detlefsen стверджували, що інформаційна наука є незалежною дисципліною, яка набагато ширша, ніж бібліотечна справа. 2000 р., на думку Н.А. Brown, бібліотеки лише використовують нові технології, основним їх завданням залишається саме робити інформацію корисною для користувачів. G. Marco вважав, що інформаційна наука взагалі не є самостійною галуззю, ґрунтуючись на тому, що визначення, які використовують в інформаційній науці та бібліотечній справі, повністю ідентичні.

В 1980-1990 рр. стала особливо активно розвиватися медична інформатика. Наочна галузь її (як й інформатики) полягає у вивченні структури і властивостей медичної інформації, її збиранні, систематизації, зберіганні, пошукові, поширенні і використанні, а також вивченні наукових комунікацій у галузі медицини. У спеціальній медичній літературі ця нова науково-практична галузь визначається вужче, радше як клінічна інформатика, використання і вивчення можливостей інформаційних технологій у медичній практиці.

Розглядаючи сучасні наукові праці щодо медичної інформатики, можна виокремити появу декількох напрямів:

1) біомедична інформатика, предметом якої є теоретичні знання, відчужені від рутинної діяльності лікаря (вона являє особливий інтерес для вчених);

2) клінічна інформатика, предметом якої є наукові клінічні знання, тобто практичні знання, споживачами яких є лікарі;

3) біологічна інформатика – сучасний напрям, який використовує інформаційні технології у біологічних дослідженнях.

Поява біомедичної і клінічної інформатики відповідає уявленню про два типи знання — біомедичного («теоретичний» погляд на хворобу як біологічне явище) і клінічного («практичний» погляд на проблеми конкретного хворого або популяції хворих). Структура клінічного знання повинна також містити і біомедичні відомості про хворобу: епідеміологію, діагностику, патогенез, методи лікування, клінічні випробування. Крім того, в клінічному знанні наявні практичні аспекти: особисте сприйняття хворим свого стану, соціальні, економічні і етичні питання. Ці два типи знання розрізняються за характером взаємодії їхніх компонентів. Якщо біомедичні знання базуються на сукупності аргументів, взаємодоповнюючих і підтверджуючих один одного, то клінічне знання ґрунтується на конкуренції і балансі взаємосуперечливих аргументів. Прикладом конфлікту між компонентами клінічного знання може стати ситуація, коли з біомедичної точки зору уявлення про хворобу є цілком однозначним, а отже, лікування може бути призначене з високим ступенем



надійності, проте для конкретного хворого метод лікування неприпустимий з етичних або економічних причин. З погляду Н. Nederbragt, роль доказової медицини полягає в тому, щоб посилити значимість біомедичних аргументів у клінічному знанні.

Особливості сучасної медичної інформатики полягають у тому, що найефективніше поширення і використання медичних знань можна здійснювати за допомогою інформаційних технологічних засобів. Серед завдань медичної інформатики можна виділити: дослідження закономірностей розвитку медичної інформації на основі принципів доказової медицини; визначення інформаційних потреб медичних працівників з урахуванням особливості їх клінічного мислення і пошук ефективних форм їх задоволення; удосконалення систем класифікації біомедичних і клінічних знань; розробка систем уніфікованої медичної термінології (узгодження українських і англійських термінів); створення системи аналітичної обробки медичної інформації з використанням бібліометричних підходів; розвиток медичної журналістики (просування нових електронних журналів, рецензування рукописів, популяризація медичних знань та ін.); створення спеціалізованих медичних баз даних; створення медичного середовища в інтернеті; розвиток телемедичних технологій; розробка і просування комп'ютерних систем збирання, обробки, аналізу і зберігання первинних клінічних даних та інформації.

Треба підкреслити, що проблеми пошуку, збереження і розповсюдження інформації, заснованої на доказах, поставила перед фахівцями науково-медичних бібліотек додаткові досить складні завдання із забезпечення лікарів систематизованою доказовою медичною інформацією, для чого вони повинні мати знання не тільки з бібліотечної справи, але і з медичних питань. Саме це зумовило появу в США нового спеціаліста – інформаціоніста (informationist), який має медичні знання і розуміння пошуку і оцінки інформації та використовує цю комбінацію знань як член дослідницької або клінічної групи.

Така подія вже розглядається як справжній культурний зсув у інформаційному забезпеченні медицини

Появі поняття «інформаціоніст» передувала концепція розвитку моделі клінічного бібліотекознавства, прихильниками якої були E.G. Detlefsen, V. Florance, N.B. Giuse, D.S. Ketchell. Медичне клінічне бібліотекознавство з успіхом розширило роль бібліотекарів з включенням додаткових функцій із обслуговування і надання інформаційних послуг лікарям, але при цьому зіткнулося із значними труднощами у розповсюдженні цього сервісу. Проте на сучасному етапі активно розвиваються програми навчання інформаційно-бібліотечних фахівців новій спеціальності – інформаціоніст.

Відтак, сучасні тенденції поширення концепції доказової медицини сприяють збільшенню інтересу до інформаційного забезпечення клініцистів необхідною інформацією, що дозволяє зробити такі висновки: 1) інформаціоніст, озброєний широким спектром релевантного клінічного знання і розуміння практики дослідження, повинен надавати інформаційно-аналітичні послуги медичним працівникам; 2) інтеграція доказової медицини з інструментальними засобами інформатики забезпечує ефективний механізм доступу до інформації у той час і в тому місці, де ухвалюються клінічні рішення; 3) сучасні інформаційні підрозділи наукових медичних установ повинні активно розвивати методологію забезпечення фахівців установи оглядовою інформацією, яка базується на доказах.

В контексті формування механізму комунікативного забезпечення управління організацією необхідним є здійснення рекламування іміджу установи. Класичне визначення реклами іміджу медичної установи пов'язане скоріше з просуванням її індивідуального, пізнаваного образу, ніж її послуг. Однак часто зустрічається і «змішана» реклама одночасно і образу установи, і її послуг. Також установа може використовувати і більш нову форму реклами свого іміджу, відому як «проблемно-пропагандистська» реклама. З її допомогою установа просуває не себе безпосередньо, а скоріше проблему чи

причину, яка не прямо стосується її діяльності. Так, турбота про стан здоров'я матері та дитини є з тих, на яких може будуватись суспільна позиція установи.

Таким чином, формування багатоканального комплексного механізму комунікаційного забезпечення управління СП ВНЗ має передбачати використання інтегрованої інформаційної мережі на основі застосування багатовекторних технологій.

### Висновки до розділу 3

1. Вирішення проблеми підвищення ефективності медичного обслуговування, яка набула сьогодні свого актуального значення, у значній мірі залежить від якості організаційного забезпечення диспетчеризації надання оздоровчо-лікувальних послуг, її здатності ефективно вирішувати завдання, пов'язані з управлінням діяльністю СП ВНЗ.

2. Управління медичним обслуговуванням можна представити як процес прийняття управлінських рішень, що здійснюється в межах певного коридору дій, визначеного внутрішніми та зовнішніми факторами. Центральною ланкою процесу управління є вибір, заснований на порівнянні наявного ресурсного потенціалу з можливостями і загрозами зовнішнього середовища. Отже, поліпшення результатів роботи СП ВНЗ, підвищення ефективності медичного обслуговування необхідно розглядати через призму вирішення проблем пацієнтів та широкого впровадження маркетингу в систему управління медичної установи.

3. Спираючись на дослідження ринку, вивчення потреб споживачів медичних послуг, маркетинг стає вирішальним не тільки при визначенні стратегії СП ВНЗ, а й при розробці тактичних і оперативних заходів, що дозволяє оперативно реагувати на зміни в зовнішньому середовищі. Маркетинг не тільки формує реальні цілі СП ВНЗ відповідно до фактичних потреб, а й організує їх досягнення, використовуючи інструменти, що є в його

розпорядженні, перетворюючись у вирішальний фактор впливу на ефективність медичної установи.

4. Забезпечення конкурентоспроможності СП ВНЗ має ґрунтуватися на постійному вдосконаленні комунікативної діяльності та ефективному управлінні якістю проведення досліджень, і проектування нового медичного продукту. Всі ці питання успішно вирішуються в складі так званої тотальної системи управління якістю диспетчеризації надання оздоровчо-лікувальних послуг.

5. Динамічний розвиток сучасного світу потребує використання адекватної комунікаційної політики на основі багатоканальності. В цих умовах ми пропонуємо використовувати концепцію інтегрованих мережевих комунікацій (ІМК). Концепція ІМК об'єднує в єдине ціле зв'язки з громадськістю, просування, стимулювання, корпоративні комунікації, Інтернет перетворює комунікації у вигляд, що сприймається отримувачем – єдиний потік інформації з ряду нероздільних джерел. Згідно концепції ІМК спілкуватися зі споживачами послуг необхідно на основі їх знань, бачень, відчуттів, а не тільки виходячи з послуг установи.

6. В контексті формування багатоканального механізму ресурсного забезпечення управління організацією необхідним є здійснення рекламування іміджу установи. Класичне визначення реклами іміджу медичної установи пов'язане скоріше з просуванням її індивідуального, пізнаваного образу, ніж її послуг. Однак часто зустрічається і «змішана» реклама одночасно і образу установи, і її послуг. Також установа може використовувати і більш нову форму реклами свого іміджу, відому як «проблемно-пропагандистська» реклама. З її допомогою установа просуває не себе безпосередньо, а скоріше проблему чи причину, яка не прямо стосується її діяльності.

## ВИСНОВКИ

Сьогоднішній стан охорони здоров'я не відповідає сучасним вимогам. Пацієнтів не задовільняють черги в медичних закладах, неухважність, а інколи і рівень кваліфікації медичного персоналу, якість медичної допомоги в лікувально-профілактичних закладах, не завжди задовільні умови перебування в них. Медики не задоволені низьким рівнем заробітної плати, поганим медичним обладнанням, слабким медикаментозним забезпеченням, “паперотворчістю” і т. ін.

Безумовно, що багато причин, які призвели до такого стану охорони здоров'я, лежать за межами її самої. Це і преславутний “залишковий принцип” фінансування, недосконала законодавча база. Однак, рівень медичного забезпечення залежить також і від ефективності використання тих обмежених ресурсів, якими володіє медицина, а також від зацікавленості медичних працівників в досягненні кінцевих результатів в умовах ефективного використання ресурсів. Саме життя вимагає докорінної перебудови охорони здоров'я на принципово новій основі.

Особливо актуальність набуває проблема вдосконалення диспетчеризації надання оздоровчо-лікувальних послуг санаторія-профілакторія вищого навчального закладу та її координація. Для ефективного виконання основних функцій санаторію-профілакторію, а саме: зміцнення здоров'я, профілактика різних захворювань та формування у громадян навиків здорового способу життя доцільно удосконалити надання оздоровчо-лікувальних послуг санаторія-профілакторія вищого навчального закладу за такими напрямками:

- забезпечити доступність і високу кваліфікацію медичної допомоги всім тим, які звертаються в санаторій-профілакторій;
- знизити захворюваності в колективі університету;
- знизити захворюваність серед диспансерних хворих, часто тривало-хворіючих, з підвищеним ризиком захворювання, з ослабленим здоров'ям та

для попередження загострень хронічних захворювань направлення в санаторій-профілакторій видавати проводячи якісний відбір [2];

- ширше проводити санітарно-просвітню роботу серед студентів по профілактиці простудних захворювань, грипу, про раціональне харчування, про здоровий спосіб життя, про негативний вплив на організм куріння, алкоголю, вживання наркотиків;

- систематично підвищувати кваліфікацію лікарів і середнього медичного персоналу на базах вищих навчальних медичних закладів, обласної лікарні і курсів удосконалення, шляхом ознайомлення з роботою інших санаторно-курортних та реабілітаційних закладів, впровадження нових методів діагностики та лікування;

- постійно розширювати і підвищувати якість медичної допомоги, для чого звертатись з клопотанням до адміністрації університету про необхідність виділення коштів на придбання нової лікувально-діагностичної апаратури, обладнання; з метою комплексного медичного обслуговування студентів, розширенням діагностичної бази у санаторії – профілакторії розглянути з адміністрацією університету можливість по створенню нових додаткових діагностичних та медичних кабінетів;

- розширювати перелік лікувальних послуг (використання болота місцевого походження, застосування герудотерапії, використання мінеральних вод місцевих джерел);

- досягнути чіткого добросовісного виконання функціональних обов'язків і посадових інструкцій від кожного працівника;

- покращити фінансування санаторію-профілакторію;

- розширити небюджетні форми медичного обслуговування у вигляді платних послуг для населення;

- організувати роботу в літній період.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антонов С.В. Способи надання обов'язкової інформації про заклад охорони здоров'я/ С.В. Антонов //Управління закладом охорони здоров'я.- 2007.- №6 с.78
2. Армстронг М. Основы менеджмента. Как стать лучшим руководителем./ М. Армстронг.- Феникс (Букинистика).-1998.-245с.
3. Армстронг М. Управление эффективностью работы / М. Армстронг, А.Барон : пер. с англ. - М.: НИРО, 2005.
4. Афанасьев М. В. Основы менеджменту: навч.-метод, посібник для самостійного вивчення дисципліни / М. В. Афанасьев, Л. Г. Шемаєва, В. С. Верлока/ за ред. проф. М. В. Афанасьєва. - Харків : ВД «ІНЖЕК», 2003. - 484 с.
5. Багрянцева Н.А. Роль региональных информационных компьютерных сетей в системах лекарственного обеспечения / Н.А. Багрянцева // Информационные технологии в здравоохранении. - 2002. - №5-7. - С. 14-15.
6. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: навчальний посібник / О.В.Баєва. - К.: Центр учбової літератури, 2008. - 640с.
7. Баєва О.В. Основы менеджменту охорони здоров'я: Навч.-метод. Посібник / О.В. Баєва. - К.: МАУП, 2007. - 328 с.
8. Бажин И. И. Информационные системы менеджмента / И. И. Бажин. - М.: ГУ-ВШЭ, 2000. - 688 с.
9. Бакуменко В.Д. Теоретичні та організаційні засади державного управління (опорний конспект дистанційного курсу навчальної дисципліни): Навчальний посібник / В.Д. Букуменко, П.Л. Недолітній. - К.: Міленіум, 2003. -162 с.
- 10.Біняк М.Н. Організація управління: Навч. посібник / М.Н. Біняк. - К.: А.С.К., 2003.- 172 с.
- 11.Бойко А.Т. Качество медицинской помощи. Проблемы обеспечения. / А.Т. Бойко // Мир Медицины. - № 1-2. - 2001.

- 12.Борисова Л.Ф. Информационные ресурсы для врача / Л.Ф. Борисова, Т.А. Пронина, Н.Г. Куракова // Главврач. - 2002. - №9. - С. 36-49.
- 13.Борщ С.К. Фінансовий менеджмент та елементи маркетингу в організації роботи лікувального закладу, параклінічного відділення та лікаря / С.К. Борщ, Л.С. Малофій // Журнал практичного лікаря. - 2004. - N1. - С. 6-10.
- 14.Вардинець І.С. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я: за редакцією проф. О.М. Голяченка / І.С. Вардинець, В.С. Тарасюк, М.П. Семків, Г.К. Козаков. - Тернопіль.: ЛПЛЕЯ, 2001.- 152 с.
- 15.Вартанян Ф. Реформы здравоохранения в Европейских странах / Ф.Вартанян, С.Рожецкая, Н.Чачава //Врач. - 2001. - №4. - С.45-46.
- 16.Велешчук С.С. Техніка адміністративної діяльності: навчальний посібник:за ред.д-раекон.наук,проф.А.Ф.Мельник/ А.Ф.Мельник, С.С. Велешчук.- Тернопіль.:Економічна думка,2011-320с.
- 17.Венедиктов Д.Д. Корпоративная телемедицинская сеть / Д.Д. Венедиктов, Е.Н. Тимин // [www.medi.ru](http://www.medi.ru). - [електронний ресурс] - режим доступу: <http://www.medi.rufdoc/ecmz0233.htm> .
- 18.Веснин В. Р. Основы менеджмента: учебник / В. Р. Веснин / Институт международного права и экономики. - М.: Триада, ЛТД, 1996.-384 с.
- 19.Віханський О. Менеджмент : людина, стратегія, організація, процес: підручник / О. Віханський, А. Наумов. - М., 2005.
- 20.Гірняк О.М. Менеджмент: теоретичні основи і практикум: навч. посібник / О.М. Гірняк, П.П. Лазановський. - К.: Магнолія плюс; Львів: Новий Світ- 2000, 2003.-336 с.
- 21.Гладун З.С. Державне управління в галузі охорони здоров'я /З.С. Гладун. - Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. - 312 с.
- 22.Головніна Н.У. Економічні моделі національних систем охорони здоров'я / Н.У. Головіна // Економіка охорони здоров'я. - 2005. - №10. - С.18.
- 23.Голубчиков М.В. Стратегія регіоналізації системи охорони здоров'я / М.В. Голубчиков, Н.М. Орлова // Медичний всесвіт. - 2003. - №1-2. - С. 96-99.



24.Гордієнко І.В. Інформаційні системи і технології в менеджменті: Навч.-метод. посібник. - 2-ге вид., перероб. і доп. / І.В. Гордієнко. - К.: КНЕУ, 2003.- 259 с.

25.Гордієнко Л. Ю. Адміністративний менеджмент: конспект лекцій для слухачів магістратури державної служби / Л. Ю. Гордієнко -Харків: Вид. ХНЕУ.- 2005. -112 с.

26.Дегряр А. О. Державно-управлінські рішення : інформаційно-аналітичне та організаційне забезпечення : монографія / А. О. Дегряр. - Харків : ХарРІ «Магістр», 2004. - 224 с.

27.Державна уніфікована система документації. Уніфікована система організаційно-розпорядчої документації. Вимоги до оформлювання документів : ДСТУ 4163-2003. — К. : Держстандарт України, 2003. — (Національний стандарт України).

28.Дзяк Г.В. Стандарти якості медичної допомоги - актуальна проблема реформування охорони здоров'я України / Г.В. Дзяк, Я.С. Березницький // Фінанси України. - 2003. - №5. - С. 28.

29.Довгань Л. Є. Праця керівника, або практичний менеджмент : навч. посіб. / Л. Є. Довгань. - К. : ЕксОб, 2002. - 384 с.

30.Дячук І.Б. Страхування в галузі охорони здоров'я / І.Б. Дячук, І.Я. Сенюта, Х.Я. Терешко, І.І Фуртак. - ЛОБФ «Медицина і право», 2010. - 216 с.

31.Єадюк З. Управління якістю медичної допомоги та її доступність для населення/Єадюк З.// Вісник Національної академії державного управління при Президентіві України.-2005.-№3.- с.255-261

32.Жаліло Л. Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти: Навчальний посібник / Л. Жаліло, І. Солоненко, Б. Волос. - К.: УАДУ, 2001. - 231 с.

33.Жаліло Л.І. Наукові засади реформування охорони здоров'я в Україні / Л.І. Жаліло, О.В. Конгурцев, Н.Д. Солоненко, О.І. Мартинюк // Вісн. УАДУ. -2001.- №3.-С. 205-209.

34. Загородній В.В. Прикладні та теоретичні аспекти державного управління реформуванням у системі охорони здоров'я /В.В. Загородній, О.С. Коваленко // Охорона здоров'я України. - 2001. - №1. - СІЗ-16.

35. Закон України „Основи законодавства України про охорону здоров'я” від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ (зі змінами та доповненнями).

36. Закон України „Про захист прав споживачів” від 12 травня 1991 р. № 1023-ХІІ (нова редакція від 1 грудня 2005 р.).

37. Інформація та документація. Базові поняття. Терміни та визначення : ДСТУ 2392-94. - (Чинний від 1 січня 1995 р.). - К.: Держстандарт України, 1994. - (Національний стандарт України).

38. Інформація та документація. Комплектування фонду, бібліографічний опис, аналіз документів. Терміни та визначення-ДСТУ 2394-94. - К.: Держстандарт України, 1994. - (Національний стандарт України).

39. Карамішев Д.В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я (державно-управлінські аспекти): Монографія/ Д.В Карамішев.-Х.: Вид-во ХРІДУ НАДУ „Магістр”, 2004.- 304с.

40. Карамішев Д.В. Проблеми і перспективи розробки та виконання галузевих програм з охорони здоров'я в Україні/ Д.В Карамішев // Вісник Національної академії державного управління при президенті України-2006-№3 с.226-234.

41. Карамішев Д.В. Якість медичної допомоги-інтегральний показник соціальної ефективності управління системою охорони здоров'я/Д.В. Карамішев// Вісник Національної академії державного управління при Президентіві України.-2005-№4.- С.415-420.

42. Карамішев Д.В. Якість медичної допомоги як інтегральний показник соціальної ефективності державного управління / Д.В. Карамішев, Я.Ф Радиш, Л.Я. Радиш / Вісн. НАДУ. - 2005. - №4. - С. 415-420.

43. Конституція України від 28.06.1996р./ВВРУ. – 1996. – №30.

44. Система контроля качества и эффективности медицинской помощи (учебно-методическое пособие), Сибирский Государственный Медицинский Университет. Факультет усовершенствования врачей. Кафедра социальной медицины, экономики и управления здравоохранения.- Томск.- 1999.

45. Магдач З.Т. Термінологія освітнього менеджменту: „Лідерство”, „Керування”, „Менеджмент”, „Управління”./З.Т. Магдач. - [електронний ресурс].- <http://www.nbuu.gov.ua>. - режим доступу: [http://www.nbuu.gov.ua/portal/soc\\_gum/pspo/2008.../magdach\\_st.pdf](http://www.nbuu.gov.ua/portal/soc_gum/pspo/2008.../magdach_st.pdf)

46. Картиш В.П. Про найгостріші медичні проблеми охорони здоров'я та визначення пріоритетних напрямів розвитку окремих медичних служб /В.П.Картиш // Вісн. соц. гігієни та організ. охорони здоров'я України. - 2001. - №2. -С.15-19.

47. Корінчевська І.А. Вдосконалення якості медичних послуг шляхом підвищення професійного рівня медичних працівників/І.А. Корінчевська //Економіка та держава.-2007.- С.70.

48. Клименко П. Система комп'ютерно-інтегрованого управління лікувально-профілактичним закладом / П. Клименко // Персонал. - 2004. -№4. - С. 73-77.

49. Комаров Л. Проблеми розвитку медицини в Україні / Л. Комаров // Голос України. - 2006. - №45. - С.7.

50. Кузнецов Г.Г. Информационная система лечебно-профилактического учреждения / Г.Г. Кузнецов // Главврач. - 2003. - №5. – С. 71-74.

51. Кузнецов Г.Г. Проблема выбора информационной системы для лечебно-профилактического учреждения / Г.Г. Кузнецов // Главврач. - 2003. -№1.-С. 48-50.

52. Кузьмін О.Є. Основи менеджменту: Підручник / О.Є. Кузьмін, О.Г. Мельник / К.: Академвидав, 2003. - 416 с.

53. Курило Т. Удосконалення підготовки менеджерів охорони здоров'я на Україні та досвід США /Т.Курило // Вісник Національної академії державного управління при Президентові України.-2005-№3.- С.214-221.

- 54.Литвак А.И. Система управления медицинской организацией / А.И. Литвак // Главный врач. - 2005. - №6. - С. 56-64.
- 55.Литвинова О.Н. Функції менеджера в охороні здоров'я / О.Н. Литвинова // Вісник соц. гігієни та організ. охорони здоров'я України. - 2002. -№2.-С. 94-95.
- 56.Лободіна З. Прагматика і проблематика розподілу фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я дітей / З. Лободіна // Економічний аналіз. -2008. - №2(18). -С. 115-118.
- 57.Лучкевич В.С. Основи соціальної медицини й управління охороною здоров'я / В.С. Лучкевич. - К.: 2002. - 77с.
- 58.Мартиненко Л.В. Якість медичної допомоги пацієнту - якість життя медика/Л.В. Мартиненко// Жіночий лікар.- 2006 .-№1.-С36.
- 59.Мажная А. Основні принципи побудови ефективної системи мотивації. А.Мажная. - [електронний ресурс].- <http://www.medexpert.com.ua> - режим доступу: <http://www.medexpert.com.ua/Default.aspx?module=articles&article=14>.
- 60.Матвієнко О.В. Основи інформаційного менеджменту: Навчальний посібник / О.В. Матвієнко. - К.: Центр навчальної літератури, 2004. - 128 с.
- 61.Мегедь, В. П. Специфіка підготовки сучасного керівника системи охорони здоров'я України / В.П. Мегедь, СІ. Куш, Я.Ф. Радиш // Лікарська справа. Врачебное дело. - 2006. - N8. – С. 96-99.
- 62.Медичне право України. Збірник нормативно-правових актів/ Упорядк. і наук. ред. Н.Б.Болотіна.-К.: Видавничий дім „Ін Юре”,2001.-412с.
- 63.Медицинское страхование за рубежом (обзор печати) // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. - 2004. - №5(41). -С. 67-78.
- 64.Медичне страхування в Австрії, Фінляндії, Швеції, Італії, Ізраїлі, США (Огляд, складений з фрагментів статей) // <http://www.likar.info>. -[електронний ресурс] - режим доступу: <http://www.likar.info/profi/articles/405.html>

65. Медичне страхування в деяких країнах східної Європи, Росії, Латвії (Огляд, складений з фрагментів статей) // <http://www.likar.info>. - [електронний ресурс] - режим доступу: <http://www;lik.ar.info/profi/articles/406.html>
66. Мельник А.Ф. Державне управління: Навч. посіб. за ред А.Ф. Мельник. / А.Ф. Мельник, О.Ю. Оболенський, А.Ю. Расіна, Л.Ю. Гордієнко. -К.: Знання-прес, 2004. - 343 с.
67. Мельник А.Ф. Менеджмент державних установ і організацій. Навчальний посібник. За ред. А.Ф. Мельник / А.Ф. Мельник, А.Ю. Васіна, Н.М. Кривокульська. - Тернопіль: Економічна думка, 2006. - 320 с.
68. Москалюк В.Є. Планування діяльності підприємства: Навчальний посібник: За ред. В.Є. Москалюка. - К.: КНЕУ, 2002.-252с.
69. Муляр М.М. Медична Інформаційна Система - зручний інструмент для управління медичним закладом/М.М. Муляр//Управління закладом охорони здоров'я. - 2008-№8
70. Наказ МОЗ України „Медична облікова документація, що використовується в стаціонарах лікувально-профілактичних закладів” від 26.07.1999 р.- № 194
71. Наказ МОЗ України „Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги” від 15.07.2011р.- №417
72. Наказ МОЗ України „Про атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою” від 23.11.2007р.- №742
73. Наказ МОЗ України „Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я” від 14.03.2011р.- №142
74. Наказ МОЗ України „Про затвердження інструкції про періодичність рентгенівських обстежень органів грудної порожнини певних категорій населення України” від 17.05.2002р.- №254
75. Наказ МОЗ України „Про затвердження змін до положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах" від 07.07.2009р.- №484
76. Наказ МОЗ України „Про затвердження методичних рекомендацій „Уніфікована методика з розробки клінічних настанов, медичних стандартів,

уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів на засадах доказової медицини)” від 05.11.2009р.- №798/75

77. Наказ МОЗ України „Про затвердження методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі” від 15.07.2011р.-№420

78. Наказ МОЗ України „Про затвердження норм робочого часу для працівників закладів та установ охорони здоров'я” від 05.05.2006р.- №319

79. Наказ МОЗ України „Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги” від 28.12.2002р.-№507

80. Наказ МОЗ України „Про затвердження Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах” від 18.05.1994р.- №73

81. Наказ МОЗ України „Про затвердження порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій” від 23.07.2007р.- №246

82. Наказ МОЗ України „Про затвердження тимчасових нормативів надання медичної допомоги дитячому населенню в амбулаторно-поліклінічних закладах” від 28.12.2002р.- №502

83. Наказ МОЗ України „Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в поліклініках (амбулаторіях)” від 27.12.1999 р.- № 302.

84. Наказ МОЗ України „Про подальше удосконалення атестації лікарів” від 19.12.1997р.- №359

85. Наказ МОЗ України „Про порядок контролю та управління якістю медичної допомоги” від 26.03.2009р.-№189

86. Наказ МОЗ України „Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів” від 16.09.2011р.- №595

87. Наказ МОЗ України „Про тимчасові штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я” від 23.02.2000р.-№33

88.Новіков В.В. Імперативи розвитку міської муніципальної медицини/В.В.Новіков //Демографія та соціальна економіка.-2009№2-С.141-152.

89.Основи менеджменту : Навч. посібник / за ред. В. С. Верлоки, І. Д. Михайлова. - Харків : Основи, 1996. - 352 с.

90.Петрова Н.Г. Менеджмент в здравоохранении / Н.Г. Петрова, Н.И. Вишняков, Е.Н. Пенюгина, И.В. Додонова. - М.: МЕДпресс-информ, 2009. -256 с.

91.Пивень Д.В. Быть ли отечественному институту менеджеров здравоохранения? Дискуссия «МЗ» / Д. В. Пивень, И. А. Тогунов // Менеджер здравоохранения. - 2008. - №3. -С. 31-34.

92.Пономаренко В.М. Концептуальні положення застосування інформаційних технологій телемедицини в системі аналізу стану захворюваності населення України / В.М. Пономаренко, М.М. Ластовченко, В.В. Кальниш, Ю.Г. Барбиш, Р.О. Волошин // Вісн. соц. гігієни та орг. охор. здоров'я України. - 2002. - №2. - С. 53-6

93.Правила побутового обслуговування населення, затверджені Постановою Кабінету Міністрів України від 16 травня 1994 р. № 313 (зі змінами та доповненнями).

94.Про електронні документи та електронний документообіг [текст]: Закон України від 22 травня 2003 року № 851-IV // Відомості Верховної Ради України. — 2003. — № 36. — С. 275.

95.Про інформацію [текст]: Закон України від 2 жовтня 1992 року № 2657-ХІІ // Відомості Верховної Ради України. —1992. — № 48. — С. 650.

96.Райченко А. В. Административный менеджмент / А. В.Райченко.- СПб.: Питер, 2009. - 416 с.

97.Рыбкин Л.И. Классификация контроля качества медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования/Л.И. Рыбкин // Бюл. НИИ соц. гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко. - 1996. - С.17-22.

98. Романюк Л. Сучасні проблеми інформаційного забезпечення управління охороною здоров'я/Л. Романюк // Вісник наукових досліджень.-2004-№2.- С.23-25.

99. Система контроля качества и эффективности медицинской помощи (учебно-методическое пособие), Томск 1999г. Сибирский Государственный Медицинский Университет. Факультет усовершенствования врачей. Кафедра социальной медицины, экономики и управления здравоохранения. <http://www.ssmu.ru>. - [електронний ресурс] - режим доступу: <http://www.ssmu.ru/office/f7/soc/met2.htm>.

100. Словарь иностранных слов. - 7-е изд., перераб. - М.: Русский язык, 1990.-624 с.

101. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я/ Під ред.Вороненка Ю.В.,Москаленка В.Ф.-Тернопіль: Укрмедкнига, 2000.-677с.

102. Тарасюк Г.М., Шваб Л.І. Планування діяльності підприємства: навч. Посіб / Г.М.Тарасюк, Л.І. Шваб. - К.: Каравела, 2003. - 432с.

103. Третьяков В. І. Основи менеджменту : методичний посібник / В. І. Третьяков, В. Т. Зіза. - Харків : Вид. ХВУ, 2000. - 94 с.

104. Туленков М.В. Концептуальні засади організації сучасного менеджменту: монографія / М.В. Туленков. - К.: Ніжин „Аспект-Поліграф”, 2006.-321 с.

105. Указ Президента України „Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України” від 8 серпня 2000 р.- № 963/2000 /Офіційний вісник України.-2000.- № 32.- С. 1344

106. Цивільний кодекс України від 16 січня 2003 р.

107. Холл Р Х. Организации: структуры, процессы, результаты /Холл Р. Х. - СПб.: Питер, 2001. - 512 с.

108. Хан Д. Планирование и контроль: концепция контроллинга/Д.Хан.- пер. с нем. - М: Финансы и статистика, 1997. - 800с. (рос.)



## Додаток А

**ЗВІТ**  
**санаторію-профілакторію Тернопільського національного**  
**педагогічного університету імені Володимира Гнатюка**  
**про лікувально-профілактичну роботу за 2010, 2011, 2012 рр.**

Назва показника	Оснащення		Кількість осіб, які користувалися даним видом лікування			Кількість отриманих процедур			Кількість умовних одиниць		
	Одиниця виміру	К-ть	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Відділення лікувальних ванн	ванни	2	34	53	84	309	467	694	309	467	694
Відділення лікувальних душів	установки	3	79	88	100	681	784	960	681	784	960
Фізіотерапевтичний кабінет	апарати	20	727	680	715	8979	8124	8291	15196	15208.5	15144.5
Кабінет теплолікування	кушетки	4	407	340	358	3795	3896	3762	7590	7792	7524
Інгаляторій	точки	5	753	657	645	7530	7546	7512	7530	7546	7512
Кабінет масажу	кушетки	5	308	331	398	3063	3230	3403	7715	7239	7376.5
Процедурний кабінет	х	х	45	49	52	415	390	394	х	х	х
Стоматологічний кабінет	крісла	2	1146	990	991	4045	4042	4009	5691	5688	5604
Кабінет психотерапії	х	х	305	367	37	2135	2444	207	х	х	х
Кабінет фітотерапії	х	х	315	294	296	12135	16345	17058	х	х	х
Гінекологічний кабінет	крісла	1	608	513	581	2563	2419	2447	х	х	х
Кабінет електросну	апарати	1	38	49	50	361	469	454	1805	2345	2270
Кабінет аероіонотерапії	апарати	1	260	253	248	2281	2334	2475	2281	2334	2475
Кабінет механотерапії	х	19	210	193	205	4843	4902	4718	х	х	х
Кабінет лікувальної фізкультури	х	х	329	345	362	3231	3389	3673	х	х	х
Кабінет функціональної діагностики „Накатані”	апарати	1	661	664	496	661	664	496	х	х	х
Кабінет КХЧ	апарати	2	58	56	68	548	538	635	х	х	х
Кабінет функціональної	апарати	1	128	122	61	212	161	77	х	х	х

діагностики «Омега»											
Кабінет солярій	апарати	1	72	68	52	707	671	493	x	x	x
Профілактор Євмінова	апарати	1	127	150	152	1260	1649	1618	x	x	x
Кабінет лазеротерапії	апарати	2	151	178	190	1530	1833	2237	x	x	x
Кабінет рефлексотерапії	кушетки	3	13	-	-	130	-	-	x	x	x

Головний лікар

Дацко І.Я.

## Додаток Б

Форма № 17  
ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства охорони  
здоров'я України  
10.07.2007 № 378  
за погодженням з Держкомстатом  
України

### ЗВІТ про медичні кадри за 2012 рік

Подають	Терміни подання
1. Заклади охорони здоров'я, які перебувають у сфері управління Міністерства охорони здоров'я України, заклади іншого підпорядкування, форми власності – Міністерству охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, Головному управлінню охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської та Управлінню охорони здоров'я Севастопольської міських державних адміністрацій.	5 січня
2. Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управління охорони здоров'я обласних, Севастопольської міської, Головного управління охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської міської держадміністрації зведений звіт по закладах, що перебувають у сфері управління Міністерства охорони здоров'я України, закладах іншого підпорядкування, форми власності – Міністерству охорони здоров'я України.	Згідно з наказом МОЗ
3. Міністерство охорони здоров'я України зведений звіт по Україні - Державному комітету статистики України.	15 квітня

Найменування організації – складача інформації: Санаторій – профілакторій Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка						
Місцезнаходження: 46027, м. Тернопіль, вул. Винниченка 6, корп.5						
Коди організації - складача						
за ЄДРПОУ	території (КОАТУУ)	виду економічної діяльності (КВЕД)	форми власності (КФВ)	організаційно-правової форми (КОПФ)	міністерства, іншого центрального органу, якому підпорядкована організація – складач інформації (КОДУ) (*)	
1	2	3	4	5	6	7

21162215	6110100000	85.11.3 85.12.0	державна	610	Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України	
----------	------------	--------------------	----------	-----	---	--

\* Тільки для підприємств державної форми власності  
Медичні кадри

Таблиця 1000

	Номер рядка	Усього	У тому числі на основній роботі в закладах підготовки кадрів, НДІ та апараті органів управління	Із загальної кількості лікарів (графа 1), які мають кваліфікаційну категорію		
				вищу	I	II
А	Б	1	2	3	4	5
1. Лікарі						
Кількість лікарів (без зубних) на 31.XII, фізичних осіб	1	7		5		3
у тому числі жінок	2					
із загальної кількості – лікарі сільських адміністративних районів	3					
із загальної кількості – лікарі з організації і управління охорони здоров'я (соціал-гігієністи)	4	1				1
у тому числі статистики	5					
терапевти - усього	6	2		1		1
у тому числі дільничні міських дільниць	7					
пульмонологи	8					
у тому числі дитячі	9					
кардіологи	10					
ревматологи	11					
кардіоревматологи дитячі	12					
гастроентерологи	13					
у тому числі дитячі	14					
нефрологи	15					
у тому числі дитячі	16					
ендокринологи	17					
у тому числі дитячі	18					
алергологи	19					
у тому числі дитячі	20					
гематологи	21					

у тому числі дитячі	22					
дієтологи	23					
фізіотерапевти	24	1		1		
з лікувальної фізкультури та спортивної медицини	25					
з функціональної діагностики	26					
хірурги	27					
у тому числі дитячі	28					
серцево – судинні хірурги	29					
торакальні хірурги	30					
нейрохірурги	31					
у тому числі дитячі	32					
анестезіологи	33					
у тому числі дитячі	34					
ортопеди – травматологи	35					
у тому числі дитячі	36					
урологи	37					
у тому числі дитячі	38					
ендоскопісти	39					
проктологи	40					
трансфузіологи	41					
онкологи	42					
у тому числі дитячі	43					
онкологи – хірурги	44					
онкологи – гінекологи	45					
онкологи – отоларингологи	46					
радіологи	47					
стоматологи	48	2		2		
у тому числі дитячі	49					
стоматологи – хірурги	50					
стоматологи – ортопеди	51					
стоматологи – ортоданти	52					
акушери – гінекологи	53	1				1
у тому числі гінекологи дитячі	54					
педіатри	55					
у тому числі міських дільниць	56					
педіатри - неонатологи	57					
рентгенологи	58					
з ультразвукової діагностики	59					
офтальмологи	60					
у тому числі дитячі	61					
отоларингологи	62					
у тому числі дитячі	63					
фтизіатри	64					
у тому числі дитячі	65					
невропатологи	66					
у тому числі неврологи дитячі	67					
психіатри	68					
у тому числі дитячі	69					

психотерапевти	70	1		1		
сексопатологи	71					
наркологи	72					
дерматовенерологи	73					
у тому числі дитячі	74					
патологоанатоми	75					
у тому числі дитячі	76					
медицини невідкладних станів	77					
генетики	78					
імунологи	79					
у тому числі дитячі	80					
лаборанти – генетики	81					
інфекціоністи	82					
у тому числі дитячі	83					
токсикологи	84					
бактеріологи і вірусологи	85					
епідеміологи, дезінфекціоністи, паразитологи	86					
санітарні лікарі комунальної гігієни	3: 87					
гігієни праці	88					
гігієни харчування	89					
гігієни дітей та підлітків	90					
загальної гігієни	91					
радіаційної гігієни	92					
судово – медичної експертизи	93					
санологи	94					
лаборанти	95					
загальної практики – сімейний лікар	96					
інтерни	97			x	x	x
інші	98					
Із загальної кількості лікарів – аспіранти і клінічні ординатори	99			x	x	x
Із загальної кількості лікарів – працюють на основній роботі в закладах, які підпорядковані: центральним органам виконавчої влади	100			x	x	x
обласними, міськими та іншими органами виконавчої влади	101	3		x	x	x
2. Зубні лікарі	102					
у тому числі жінки	103					
3. Провізори в лікувально – профілактичних закладах, закладах підготовки кадрів, НДІ і апаратах органів управління.	104					

Провізори в інших закладах	105				
----------------------------	-----	--	--	--	--

Таблиця 1001

А	Номер рядка	Усього	Із загальної кількості середніх медичних працівників, які мають кваліфікаційну категорію		
			вищу	I	II
Б	1	2	3	4	5
1. Середній медичний персонал Кількість середнього медичного персоналу на 31.XII (фізичних осіб)	1	12	1	1	1
у тому числі фельдшери	2				
акушерки	3	1		1	
помічники санітарних лікарів і помічники епідеміологів	4				
медичні сестри в усіх закладах	5	10			1
інструктори - дезінфектори	6		x	x	x
лаборанти (фельдшери - лаборанти)	7				
зубні техніки	8				
рентгенотехніки	9		x	x	x
рентгенлаборанти	10				
медичні статистики	11				
інші	12				
2. Фармацевти в лікувально – профілактичних закладах, закладах підготовки кадрів, НДІ та апаратах органів управління	13				
Фармацевти в інших закладах	14				
3. Інструктори – методисти з лікувальної фізкультури з вищою немедичною освітою	15		x	x	x
Інструктори з лікувальної фізкультури (без медичної освіти)	16		x	x	x
Молодші медичні сестри для догляду за хворими	17				
4. Із загальної кількості середніх медичних працівників - жінок	18	12	1	1	1

Таблиця 1002

Із загальної кількості фізичних осіб середнього медичного персоналу (табл. 1001, рядок 1, графа 1), що працює на основній роботі в закладах підготовки кадрів, НДІ та апараті органів управління (без урахування середнього медичного персоналу клінік вузів і стаціонарів НДІ)

\_\_\_\_\_

Таблиця 1003

1. Із загальної кількості лікарів (табл. 1000, рядок 1, графа 1) осіб пенсійного віку \_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_
2. Із загальної кількості лікарів (табл. 1000, рядок 1, графа 1), працюють у сільській місцевості \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## Таблиця 1004

1. Із загальної кількості середнього медперсоналу (табл. 1001, рядок 1, графа 1) осіб пенсійного віку \_\_\_\_3\_\_\_\_
2. Із загальної кількості середнього медперсоналу (табл. 1001, рядок 1, графа 1) працюють у сільській місцевості \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Керівник закладу

І.Я. Дацко