

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**Тернопільський національний технічний університет ім. І. Пулюя**  
**Тернопільський національний медичний університет**  
**ім. І. Горбачевського**  
**Академія соціального управління**  
**НТШ**

**Роман ШЕРСТЮК, Наталя СЛОБОДЯН,**  
**Ірина ШЕРСТЮК, Андрій НАДКЕВИЧ,**  
**Вадим РАТИНСЬКИЙ**



**УПРАВЛІННЯ ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАТИВНОЮ**  
**КОМПОНЕНТОЮ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**  
**В УМОВАХ АДМІНІСТРАТИВНО-ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ**  
**РЕФОРМИ**

(На досвіді комунікаційного забезпечення функціональної діяльності медичних закладів об'єднаних територіальних громад у повоєнний період)

**Загальна редакція**  
заслуженого діяча науки і техніки України  
доктора економічних наук, професора **Андрушків Б. М.**

Тернопіль – 2022

УДК 303.823.3:316.334.2

У 68

**Рецензенти:** проф., д-р екон. наук *В.М. Нижник (м. Хмельницьк)*  
проф., д-р екон. наук *В. І. Куценко (м. Київ)*  
проф., д-р мед. наук *Я.Я. Боднар (м. Тернопіль)*

**Наукове керівництво** д.е.н., проф. *Кирич Н.Б*

**Загальна редакція** засл. діяч науки і техніки України, д.е.н., проф.  
*Андрушків Б.М.*

*Рекомендовано до друку вченою радою факультету економіки та менеджменту Тернопільського національного технічного університету імені Івана Пулюя та Президією Академії соціального управління.*

*(протокол?)*

**Управління** інформаційно-комунікативною компонентою закладів охорони здоров'я в умовах адміністративно-територіальних реформи (На досвіді комунікаційного забезпечення функціональної діяльності медичних закладів об'єднаних територіальних громад у повоєнний період) / Колектив авторів - Осадца Ю.В. 2022.- 340 с.

**ISBN**

У книзі розглядаються актуальні питання удосконалення управління інформаційно-комунікативною компонентою закладів охорони здоров'я в умовах адміністративно-територіальних реформи у воєнний та повоєнний період.

На прикладі медичного підприємства аналізується досвід використання нових організаційних форм управління цими процесами з урахуванням місцевих, територіальних (регіональних) особливостей. Дано пропозиції з їх удосконалення

Видання буде корисним не лише для учених економістів, медиків, а і для працівників соціальної сфери, керівників підприємств, установ і організацій, студентів, широкого кола читачів, і усіх тих, хто планує вкладати кошти у розвиток охорони здоров'я на Україні, та об'єднаних територіальних громад.

**УДК 303.823.3:316.334.2**

*Художнє оформлення і дизайн: Кирич І.М.*

ISBN **5-11-000643-1**

© Тернопіль ТНТУ ім. І. Пулюя, 2022

© Тернопіль ТНМУ ім. І. Горбачевського, 2022

© ФОП Осадца Ю.В., 2022



## ЗМІСТ

<b>Війна закінчиться — що далі? .....</b>	<b>6</b>
<b>Думка вченого: Вирішення добре налагодженої охорони здоров'я, інформаційно-комунікативне обслуговування сприятиме вирішенню усіх соціогуманітарних проблем у повоєнний період. Це не лише стабільність трудового колективу загалом, а і здоров'я кожного його члена у Європейській перспективі, зокрема (д.е.н., проф. Кирич Н.Б.).....</b>	<b>9</b>
<b>ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ .....</b>	<b>13</b>
<b>ЧАСТИНА I. Характеристика передумов удосконалення управління інформаційно-комунікативним обслуговуванням охороною здоров'я ОТГ та формування алгоритму дослідження .....</b>	<b>15</b>
Прембула або Дати вчасну і повноцінну інформацію територіальній громаді про можливості охорони здоров'я у повоєнний період, забезпечити якісне комунікування, власне з цього починається оздоровлення нації (слово редактора д.е.н., проф. Богдана Андусківка).....	16
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ КОМУНІКАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ .....</b>	<b>68</b>
1.1. Сутність комунікацій в управлінні медичним закладом (підприємством) .....	69
1.2. Рівень комунікаційного забезпечення функціональної діяльності медичного закладу.....	77
<b>РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОМУНІКАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ У МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ НЕОБХІДНА УМОВА ПОВОЄННОГО ВІДРОДЖЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....</b>	<b>84</b>
2.1. Загальна характеристика функціональної діяльності медичного закладу (на прикладі КНП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації») .....	85
2.2. Аналіз стану інформаційно-комунікаційних процесів у медичному закладі на сучасному етапі .....	92
2.3. Характеристика організаційно-психологічних аспектів управління інформаційно-комунікаційним процесом у медичних закладах ОТГ .....	99

<b>РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, - ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ПОВОЄННОГО УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСАМИ В УМОВАХ ОТГ .....</b>	<b>106</b>
3.1. Використання автоматизованих інформаційних систем у діяльності медичного закладу (підприємства). .....	107
3.2. Напрями вдосконалення інформаційно-комунікаційних процесів в закладах охорони здоров'я .....	113
<b>Резюме за Частиною 1 .....</b>	<b>120</b>
<b>Список використаних джерел за Частиною 1 .....</b>	<b>123</b>
<b>Організація Європейської системи охорони здоров'я, належне інформаційно-комунікаційне забезпечення це добрий настрій населення України, його висока роботоздатність і конкурентність у мирному, цивілізованому світі (д.е.н.,с.н.с. Ольга Погайдак).....</b>	<b>130</b>
<b>ЧАСТИНА II. Теоретико-прикладні аспекти удосконалення організаційно-економічних механізмів управління інформаційно-комунікативною компонентою закладів охорони здоров'я в умовах адміністративно-територіальної реформи .....</b>	<b>138</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ СОЦІОГУМАНІТАРНОЮ СФЕРОЮ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ОБ'ЄДНАНОЇ ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ГРОМАДИ. МІСЦЕ І РОЛЬ МЕДИЧНОЇ КОМПОНЕНТИ .....</b>	<b>139</b>
1.1. Загальна характеристика наявного досвіду управління медичним обслуговуванням у контексті соціогуманітарного розвитку підприємств розміщених території об'єднаної громади (аспекти зарубіжного досвіду).....	140
1.2. Методика формування інформаційної бази дослідження ефективності медичного обслуговування з врахуванням стану інформаційно-комунікативного забезпечення населення та суб'єктів господарювання у повоєнний період .....	155
1.3. Реалізація інноваційно-інформаційних підходів у дослідженнях механізму функціонування охорони здоров'я в контексті соціогуманітарної сфери ОТГ .....	183
Резюме за розділом 1 .....	194
<b>РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ УПРАВЛІННЯ ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАТИВНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ В УМОВАХ ОТГ .....</b>	<b>196</b>
2.1. Особливості формування зовнішнього і внутрішнього середовища інформаційно-комунікативного забезпечення	

охорони здоров'я в контексті соціогуманітарної діяльності, медичного обслуговування; .....	197
2.2. Оцінка медико-профілактичного рівня соціогуманітарного обслуговування гаселення та підприємств ОТГ .....	202
2.3. Проблеми алгоритмізації процесів інформаційно- комунікативного забезпечення: акценти корпоративної культури ...	211
2.4. Методика визначення індексу людського (соціогуманітарного) розвитку об'єднаної територіальної громади .....	222
Резюме до розділу 2 .....	234

**РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ І НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ  
ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ  
УПРАВЛІННЯ ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАТИВНИМ  
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ОТГ:  
ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОПОНОВАНИХ ЗАХОДІВ .....**

3.1. Формування наукових засад удосконалення організаційно- економічного механізму управління розвитком інформаційно- комунікативного забезпечення медичного обслуговування у контексті соціогуманітарної компоненти господарської діяльності ОТГ .....	236
3.2. Визначення стратегії розвитку інформаційно- комунікативного забезпечення медичного обслуговування у контексті соціогуманітарного розвитку ОТГ .....	252
3.3. Ефективність інформаційно-комунікативних заходів у сфері охорони здоров'я та медичного обслуговування ОТГ в повоєнний період .....	283
Резюме за розділом 3 .....	305
Висновки за частиною II .....	307

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....**

**КОРОТКИЙ ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК З МЕДИКО-  
ПРОФІЛАКТИЧНОЇ, СОЦІАЛЬНОЇ ПРОБЛЕМАТИКИ ТА  
ОХОРОНИ ПРАЦІ .....**

Проблеми соціального управління .....	324
Короткий термінологічний словник з охорони праці та організації безпечної життєдіяльності населення ОТГ .....	327



*Не кожен схвалить відвагу роздумувати  
про відновлення повоєнної економіки України ...  
під час військових дій.*

*Але українці такі, вони думають про  
перспективу навіть у самі критичні моменти.*

**(Богдан Андрушків)**

## **Війна закінчиться — що далі?**

10 березня 2022 року, Владислав Сочинський керівник валютно-фінансового департаменту банку, в Інтернеті у відомих виданнях: «Економічної правди» та «Української правди», поділився думками: «Як відновлювати країну після закінчення війни. Першочергові завдання для уряду, бізнесу та міжнародних партнерів».

Як відмічає редакція, колонка є видом матеріалу, який відображає винятково точку зору автора. Вона не претендує на об'єктивність та всебічність висвітлення теми, про яку йдеться. Точка зору редакції «Економічної правди» та «Української правди» може не збігатися з точкою зору автора.

**Примітка:** Колектив авторів вважає за доцільне розмістити роздуми автора у повному обсязі у нашій книзі у розрахунку що вони допоможуть читачеві зрозуміти і нашу проблематику.

*Тож на що потрібно звернути увагу громадянам, Уряду, Країнам-Союзникам?*

### **Фаза виживання**

1. Люди (а це працівники, працівники, студенти, школярі, пенсіонери, чиновники) шукають безпеки. Хто евакуюється, хто виїжджає з країни, хто ховається у сховищах.

*Тих, хто може відновити свою роботу (у нашому випадку надавати послуги своїм клієнтам, проводити розрахунки, платежі), поки що мало, але процес рухається.*

2. Бізнеси — це виробництво, логістика, сервіс, імпорт, експорт — більшість зупинено, зокрема, враховуючи п.1 відповідно, різко скоротяться податкові платежі, доходи бюджету впадуть.

*У міру того, як вирішуватимуться проблеми з розміщенням людей, почнуть трансформуватися бізнеси — переміщення виробництва у західну Україну, можливе за кордон. Уряд визначатиме пріоритетні галузі, куди направлятиметься ресурс підтримки.*

*Як забезпечити стійкість економіки в умовах війни?*

3. Імпорт зупинився. Працюють лише критичні сектори – медицина, паливо, перевезення. Інші — заморожені, що веде до порушення виробничих ланцюжків.

4. Уряд повинен продовжувати виплачувати пенсію та інші соціальні платежі. А це означає – треба друкувати гроші. НБУ вже відкрив канал рефінансування банків без обмеження до 1 року. У перші дні видано 51 млрд грн.

Але це закриває потенційні проблеми ліквідності, тому що бізнеси перестануть обслуговувати кредити, а вкладники та й просто клієнти виводитимуть гривню (зокрема, ті 2 млн українців, які вже виїхали з країни, розраховуються своїми гривневими картками).

Другий канал – купівля ОВДП Мінфіну безпосередньо на аукціонах – учора перші 20 млрд грн вже оформлені. Звучала цифра – 400 млрд грн потенційна потреба уряду на найближчий час.

5. Це все може призвести до різкого зростання цін, а також знецінення гривні. Гіперінфляція. Одночасно доходи населення не зростатимуть, а багато можливо втратить свої джерела — скорочення та втрата робочих місць.

Виникне гуманітарна криза – і тут без зовнішньої підтримки буде складно. Харчування, медикаменти.

6. Демографічний фактор – зараз країну вимушено покидають жінки та діти. І це загроза втрати майбутнього населення. Питання – за яких умов вони зможуть чи будуть готові повернутися?

### **Фаза відновлення**

Після перемоги Україна поверне свої території, включаючи Крим.

1. Оцінити масштаб втрат – інфраструктури (мости, дороги, аеропорти, тощо), виробництва, житлового сектору.

2. Визначити джерело/ресурси відновлення. Очікується, що створюватимуться міжнародні фонди, гранти.

Оптимальне рішення – включення України до складу ЄС, та визначення статей європейського бюджету – тобто не за рахунок держборгу.

Є ризик затягування процесу через бюрократію, а також внутрішній корупції. Для цього країна має максимально швидко нормалізувати наше законодавство з європейським (закрити гени, прогалини).

Також є ризик, що великий бізнес може чинити опір цьому процесу, тому що буде втрачати свою монопольну позицію, відповідно, необхідна політична воля (аля скажений принтер

Верховної Ради зразка 2019 року).

3. Зовнішні приватні інвестиції будуть вкрай обмежені, зважаючи на фактор зовнішньої загрози (раша, як і раніше, залишається нашим сусідом). Рішення — це повна капітуляція раши, з повною демілітаризацією (відсилення до 1945 року і статус повоєнної Німеччини).

4. Внутрішній ресурс обмежений. Малий бізнес швидко зможе відновитися і скасування будь-яких податків, перевірок тощо допоможуть вирішити проблему працевлаштування та заробітку.

Середній бізнес потребує ресурсу — і тут можуть допомогти урядові фонди/програми, які виконуватимуть функцію перерозподілу коштів європейського бюджету.

Це призведе до зростання частки держави в економіці (тимчасовому та вимушено виправданому). Знову ризик корупції.

Великий бізнес намагатиметься триматися за своє монопольне становище, але в довгостроковій перспективі втрачатиме частку зовнішніх компаній.

Ця фаза відновлення може тривати 3-5 років.

Тепер, розуміючи можливі часові рамки та шляхи розвитку, необхідно позначити першочергові завдання.

1. Перемога – повернення всіх територій, включаючи Крим. Обов'язково домогтися позбавлення статусу ядерної держави і її демілітаризація.

2. Забезпечити безпеку громадян та підтримувати порядок. Для цього необхідно буде продовжувати формувати сили тероборони та запровадити жорсткі заходи покарання мародерів та інших злочинних елементів.

3. Забезпечивши п.2 розпочати кампанію щодо повернення населення на свої місця.

4. Маючи лад і людей на місцях наділити їх ресурсом для відновлення — своєрідний план Маршалла, ресурси Євросоюзу, організації на кшталт ЄБРР, світовий банк, МВФ.

Паралельно, вступивши до ЄС, країна отримує величезну мобільність — вільний рух капіталу, робочої сили, інвестицій, ефективно правову/судову систему.

Разом переможемо. Слава Україні!

Безперечно план не настільки всеосяжний. Не настільки глибокий, але він демструє прагнення до життя і творення в ім'я Перемоги, Миру і благополуччя.





### **Думка вченого:**

**Вирішення добре налагодженої охорони здоров'я, інформаційно-комунікативне обслуговування сприятиме вирішенню усіх соціогуманітарних проблем у повоєнний період. Це не лише стабільність трудового колективу загалом, а і здоров'я кожного його члена у Європейській перспективі, зокрема**

*(д.е.н., проф. Катрін Н.Б.)*

В Україні, у зв'язку з розвитком широкомасштабної війни, спостерігається складний процес економічних і соціальних перетворень. Особливо проявляється вона в соціогуманітарній компоненті господарської діяльності в т.ч. і у сфері охорони здоров'я. Пропоновані науковцями і практиками розробки у цій сфері, в багатьох випадках, допомагають уникнути хибних управлінських рішень та забезпечити ефективний перехід господарської системи до надійних соціально-трудових відносин не оминаючи категорію якості життя в умовах адміністративно-територіальної реформи, яка охопила об'єднання територіальних громад загалом та розміщені там підприємства, установи та організації зокрема.

Мета цієї наукової роботи за темою: «Управління інформаційно-комунікативною компонентою закладів охорони здоров'я в умовах адміністративно-територіальної реформи (На досвіді комунікаційного забезпечення функціональної діяльності медичних закладів об'єднаних територіальних громад)», вперше присвячена як раз заповненню цієї прогалини у контексті якості життя у повоєнний період. Робота є своєчасною, а визначені у ній мета та завдання є актуальними і мають теоретичне й прикладне значення. Актуальність дослідження, крім усього, обумовлене новими перспективами соціогуманітарного розвитку України, які нині переживають період формування і значною мірою визначаються пошуком і залученням новітніх інструментів та шляхів виходу із сучасної затяжної економічної та соціальної кризи яка у результаті агресивної поведінки сусідньої держави переросла спочатку у гібридну, а потім у широкомасштабну війну. До таких пріоритетних напрямів належить не лише забезпечення ефективного виробництва на переважно інноваційних засадах, а і залучення до цього процесу уніфікацію

інформаційно-комунікаційного забезпечення, розвиток соціальних інституцій та інструментарію, серед яких охорона здоров'я, медичне обслуговування, соціальне страхування, посилення соціального захисту працюючих та використання для цього наявного наукового потенціалу, активізація цієї роботи на різних векторах і рівнях національної економіки та у контексті держава – галузь, підприємства – споживачі соціогуманітарних послуг в умовах ОТГ.

Необхідною умовою успішного функціонування й розвитку будь-якої системи господарювання є наявність адекватного для розв'язання таких завдань організаційно-економічних механізмів. Соціогуманітарна сфера, належне інформаційно-комунікаційне забезпечення, організація системи медичного обслуговування, повинні разом з відповідним рівнем споживання матеріальних та духовних благ, розвиненості сфери освіти, культури, повинні забезпечувати надійний захист працівників в т.ч. тих, хто виконує свої функції в умовах ОТГ.

Зосереджуючись на аналізі наукових розробок вітчизняних та зарубіжних учених щодо визначення сутності якості життя у контексті якості функціонування сфери послуг в умовах ОТГ, уніфікація інформаційно-комунікаційного забезпечення, впровадження загальнообов'язкового державного страхування, інновацій в цих сферах, автор обґрунтовує об'єктивну необхідність відокремлення соціогуманітарної сфери, цієї, особливої системи забезпечення надійного медико-профілактичного, комунально-побутового та культурологічних послуг обслуговування працюючих. Автор пропонує цей сектор розглядати як сукупність взаємопов'язаних елементів у інформаційно-комунікаційному та інноваційному ланцюгу, діяльність яких на основі розроблених показників забезпечується не лише ріст продуктивності праці, а і якість продукції, робіт та послуг, попередженням можливих негативних наслідків непевних розрахункових фінансових ситуацій в системі соціального страхування, засобами прогнозування, посилення контролю і відповідальності, раціонально організованими потоками фінансових та особливо інформаційно-комунікаційних ресурсів інше.

Автори ґрунтовно здійснили системний аналіз довоєнного періоду соціогуманітарної сфери та оцінку не лише управління господарською діяльністю ОТГ та медичного закладу, а і його стану у зв'язку з успішністю функціонування адміністративно-територіальної реформи загалом, при тому знову ж таки в інноваційному ланцюзі: «держава – галузь, регіон – споживачі соціогуманітарних послуг в

умовах ОТГ». Визначено основні чинники та проблеми їх функціонування, здійснено їх класифікацію та доведено необхідність удосконалення організаційно-економічного механізму медичного обслуговування їх функціонування в умовах ОТГ.

З огляду на це, безпосередній практичний інтерес можуть мати розроблені автором показники оцінки якості інформаційно-комунікативного обслуговування, організаційні та методичні рекомендації щодо надання кваліфікованих консультаційних послуг у сфері соціального обслуговування в умовах ОТГ.

Особливої уваги заслуговують пропоновані методи та засоби вирішення завдань з удосконалення організації інформаційно-комунікативного обслуговування соціогуманітарних процесів як на рівні держави, так і на рівні галузі, регіонів та ОТГ, в окремих випадках, що стосуються оздоровлення, профоб'єднань, методичні рекомендації щодо впровадження в сферу організації господарської діяльності медичних закладів, економічних методів управління, які дозволяють управляти техніко-економічними чинниками стабілізації роботи безпосередньо як підприємств, так і медичних закладів, належного соціального захисту працюючих ОТГ та проживаючого там населення.

У роботі, не малу увагу приділено розкриттю взаємозв'язків держави, регіонів та підприємництва безпосередньо на підприємстві, контрольних функцій органів державного управління за станом соціогуманітарного обслуговування, при тому розглянуто ці питання знову ж таки з позицій не лише якості обслуговування, а у значній мірі охорони здоров'я та соціального захисту працюючих ОТГ.

Слід зазначити, що результати пропонованого наукового дослідження на даний час достатньо повно висвітлені автором у наукових публікаціях. Основні положення роботи апробовані на Всеукраїнських, регіональних і міжнародних науково-практичних конференціях. Їх впровадження сприятиме не лише зміцненню системи соціального захисту працюючих, а і підвищенню рівня якості життя у сільських населених пунктах та поселеннях у контексті становлення національної економіки, сфери обслуговування, активізації їх інноваційного розвитку з виділенням особливостей функціонування згаданих систем в умовах ОТГ.

Аналіз наукової роботи свідчить, що вона, є оригінальним, самостійним, завершеним науковим дослідженням, таким, що відповідає не лише виробничим і соціогуманітарним вимогам сьогодення, а і високим державним науковим запитам повоєнної

відбудови національної економіки та суттєво доповнює розробки у згаданій царині Космарової Надії Анатоліївна за темою: «Управління соціальним розвитком колективів промислових підприємств».

У роботі вперше, у такому ракурсі, за останні роки запропоновано механізми та системи організаційних та економічних методів управління соціогуманітарною сферою як господарської компоненти в умовах інформаційно-комунікативного обслуговування ОТГ, якістю медико-профілактичного обслуговування, процесами соціального страхування, теоретичні та прикладні інструменти забезпечення соціального захисту на випадок тимчасової втрати працездатності (поранення, реабілітація), охорони праці, шляхом управління показниками та чинниками, які впливають на якість послуг, що дозволяє гнучко реагувати на зміни виробничого середовища тощо.

Формулювання понять і сутності в царині управління інформаційно-комунікативного обслуговування закладами охорони здоров'я та соціогуманітарною компонентою господарської діяльності ОТГ, організаційно-економічного механізму запропонованого автором, на всіх етапах ринкових перетворень, дає змогу споживачам медичних та соціогуманітарних послуг, усвідомити зміни, що відбуваються в Україні у повоєнний період та під час адміністративно-територіальної реформи. Активувати формування новітньої науково-технічної політики, яка проявляється у нових, інноваційних напрямках розвитку науки.

Наукові розробки будуть корисними не лише науковцям і практикам, але і студентам та без сумніву сприятимуть підвищенню рівня якості життя населення, що проживає на території ОТГ у повоєнний період.

*Тернопільський національний технічний  
університет імені Івана Пулюя,  
д.е.н., проф. Наталія Кирич*

## ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

АПСПУ	– Асоціація посередників соціальних працівників України;
АСУ	– автоматизована система управління;
АкСУ	– Академія соціального управління;
ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я;
ВВП	– валовий внутрішній продукт;
ДОТГ	– добровільне об'єднання територіальних громад;
ДСТ	– галузевий стандарт;
ДСТУ	– державний стандарт України;
ДП «Укр НДНЦ»	– Державне підприємство «Український науково-дослідний і навчальний центр проблем стандартизації, сертифікації та якості»;
КМУ	– Кабінет Міністрів України;
КСУЯПРП	– Комплексна система якості продукції, робіт і послуг;
МОЗ	– Міністерство охорони здоров'я;
ОФТЛР	– обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації;
ОДА	– обласна державна адміністрація;
ОР	– обласна рада;
ОПР	– облпрофрада;
ПМСД	– первинна медико-санітарна допомога;
РСТ	– регіональний стандарт;
СТП	– стандарт підприємства;
SA 8000 (ISO 22000)	– стандарт соціальної відповідальності;
ТНЕУ	– Західно-український національний університет;
ТНТУ	– Тернопільський національний технічний університет;
ФСС	– Фонд соціального страхування;
ТВП	– тимчасова втрата працездатності;
ЕОМ	– електронно-обчислювальна машина;
ПОМ	– персональна обчислювальна машина.

*Європейська держава, її повсюдна соціогуманітарна політика, це добре організована охорона здоров'я, досконале управління інформаційно-комунікативною компонентою медичних закладів охорони здоров'я в умовах адміністративно-територіальних реформи та соціальне обслуговування загалом, в основі яких лежать виважені управлінські рішення, глибокий соціальний менеджмент, які в значній мірі, мають сприяти повнішому задоволенню соціальних потреб працюючих і населення, забезпечення цивілізованого обслуговування і таким чином забезпечувати громадянам України щасливе життя.*

*Хочеться надіятися, що досягненню цієї мети у якійсь мірі прислужиться і ця наукова праця.*

*Автори - укладачі вдячні всім, чії матеріали в тій чи іншій мірі використані при формуванні цього друкованого видання.*

Примітка: Для забезпечення глибини наукових розвідок, повноти викладу результатів наукового пошуку в книзі частково використано дослідження: «Комунікаційне забезпечення функціональної діяльності медичного закладу», А. Л. Надкевич та Удосконалення управління соціогуманітарною компонентою господарської діяльності промислового підприємства Слободян Н., О. Слободян Л. М. - Вид-во при ТНТУ ім. Івана Пулюя, 2014.- 322 с., інші джерела, що представлені в переліку використаної літератури.



*Для того щоб побачити велике, необхідно дивитись на нього  
здалеку, для того щоб зрозуміти загальне покликання ідеї необхідно  
її осягнути всеціло, у повному обсязі.  
(Богдан Андрушків)*

## **ЧАСТИНА I**

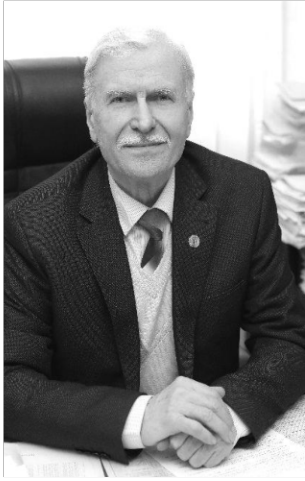
### **Характеристика передумов удосконалення управління інформаційно-комунікативним обслуговуванням охороною здоров'я ОТГ та формування алгоритму дослідження**

*ПРЕАМБУЛА* або *Дати вчасну і повноцінну інформацію територіальній громаді про можливості охорони здоров'я у повоєнний період, забезпечити якісне комунікування, власне з цього починається оздоровлення нації*

*– теоретичні засади комунікаційного забезпечення функціональної діяльності медичного закладу в умовах об'єднаної територіальної громади;*

*– дослідження особливостей комунікаційних процесів у медичному закладі на сучасному етапі;*

*– шляхи удосконалення комунікаційних процесів в закладі охорони здоров'я, особливості управління процесами.*



*Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність,  
недоторканість і безпека визначаються в Україні  
найвищою соціальною цінністю.  
(ст. 1. Конституції України)*

**Преамбула або Дати вчасну і повноцінну інформацію  
територіальній громаді про можливості охорони здоров'я у  
повоєнний період, забезпечити якісне комунікування, власне  
з цього починається оздоровлення нації**

*(слово редактора д.е.н., проф. Богдана Андрушківа)*

Політичні та соціально-економічні перетворення, що відбулися в країні в останні роки, анексія росіянами Криму та частини територій Донецької та Луганської областей, а потім повномасштабне вторгнення Росії в Україну вкрай негативно відбилися на не лише економіці, а і на стані здоров'я, рівні та якості життя населення. Віроломність та неофіційне оголошення війни суттєво вплинули в т.ч. і на діяльність медичних підприємств та систему охорони здоров'я в цілому, обумовлюючи її докорінне реформування та удосконалення управління у повоєнний період.

Основні напрями реформи охорони здоров'я на сучасному етапі полягають у подальшому розвитку профілактичного спрямування, підвищенні ефективності діяльності медичних установ, удосконаленні їх інформаційного забезпечення, раціональному використанні наявних ресурсів в умовах конструктивних руйнувань.

Тим часом питання організації стаціонарної допомоги населенню в умовах ОТГ стає одним із найактуальніших у сучасній системі охорони здоров'я. При цьому через низьку ефективність профілактичного спрямування первинної ланки, відсутність амбулаторного лікування, а також недосконалість в організації роботи служби швидкої меддопомоги стаціонарна допомога стала виступати основним рівнем у системі охорони здоров'я. Зазначимо, що надання стаціонарної медичної допомоги є необхідним лише при захворюваннях, які вимагають комплексних підходів з використанням сучасного інформаційно-комунікативного чинника, як до діагностики,

так і лікування, використання складних методів обстеження, а також використання сучасної медичної техніки, проведення оперативних втручань, постійне цілодобове лікарське спостереження та інтенсивний догляд.

Реформування системи охорони здоров'я як єдиного організаційно-технологічного комплексу лікувально-профілактичної допомоги, управління інформаційно-комунікативною компонентою закладів охорони здоров'я в умовах адміністративно-територіальних реформи та комунікаційного забезпечення функціональної діяльності медичних закладів об'єднаних територіальних громад, щоб підвищити його ефективність доцільно здійснювати на підставі зміни методологічних підходів, насамперед, до системи комунікативної взаємодії, розвитку горизонтальних та вертикальних комунікативних зв'язків, забезпечення роботи цілодобового телемедичного зв'язку між стаціонарами як однією з важливих складових комунікативної політики, і на цій основі – удосконалення моделі управління багатопрофільними стаціонарами.

Таким чином, найбільш перспективний шлях оптимізації діяльності лікувально-профілактичних установ в умовах ОТГ сьогодні є розробка концепції комунікативної політики і зокрема управління інформаційно-комунікативною компонентою закладів охорони здоров'я в умовах адміністративно-територіальних реформи та комунікаційного забезпечення функціональної діяльності медичних закладів об'єднаних територіальних громад у повоєнний період.

Аналіз останніх досліджень та наукових праць за темою дослідження показує доцільність глибинного вивчення цієї проблематики та вироблення науково обґрунтованих рекомендацій. Питання щодо процесу організації інформаційно-комунікаційного забезпечення функціональної діяльності медичних організацій у довоєнний період зосереджені у працях багатьох, як зарубіжних, так і вітчизняних дослідників. Зокрема, над даним питанням працювали такі вчені: Андрушко А.А., Баєва О.В., Белікова І.В., Голубчиков М.В., Злепко С.М., Знаменська М.А., Знаменська Т.К., Коваленко О.С., Костріков А.В., Кривенко Є.М., Крисько Ж.Л., Радченко Н.Р., Ситенко О.Р., Слабкий Г.О., Філіппова Н.П. [1-3].

Метою цієї книги є розроблення і обґрунтування методичних основ та практичних рекомендацій щодо організації інформаційно-комунікаційного забезпечення функціональної діяльності медичного закладу у повоєнний період.

У роботі відповідно до мети поставленні завдання:

– розкрити сутність інформаційно-комунікативного забезпечення ОТГ та комунікацій в управлінні медичним закладом у повоєнний період;

– дослідити комунікаційне забезпечення функціональної діяльності медичного закладу та рівень інформаційного обслуговування на сучасному етапі;

– дати загальну характеристику функціональної діяльності медичного закладу на прикладі КНП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації»;

– провести аналіз стану комунікаційних процесів у медичному закладі у повоєнний період;

– дослідити організаційно-психологічні аспекти управління інформаційно-комунікаційним процесом у медичному закладі;

– окреслити використання автоматизованих комунікаційно-інформаційних систем у діяльності медичного підприємства ОТГ;

– визначити напрями вдосконалення інформаційно-комунікаційних процесів в закладі охорони здоров'я ОТГ у повоєнний період.

Об'єктом дослідження виступає процес організації інформаційно-комунікаційного забезпечення функціональної діяльності медичних закладів в т.ч. КНП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації».

Предмет дослідження – теоретичні та практичні аспекти організації інформаційно-комунікаційного забезпечення функціональної діяльності медичного закладу у повоєнний період.

В основу дослідження покладено діалектичний підхід до вивчення економічних явищ, який виявляє закономірності, тенденції і взаємозалежності, що постійно змінюються. У роботі використовувались ряд наукових методів серед яких: аналіз і синтез; порівняльний аналіз; групування; ланцюгові підстановки; графічне зображення. У даному дослідженні широко використано системний підхід.

Практична значущість результатів полягає у тому, що наведені рекомендації можуть бути використані менеджментом закладів охорони здоров'я, про що підтверджує досвід КНП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» та Чемеровецький медичний коледж Хмельницької області у процесі формування механізму системи управління всіма інформаційно-комунікаційними процесами у повоєнний період.

В інтернеті розміщено рекламну інформацію про Чемеровецький медичний коледж під назвою «Від історії – до сьогодення». На даний час керівництво коледжу активно працює над тим щоб адаптуватися до вимог сучасності розширити перелік спеціальностей відповідно вимог сьогодення. Цю статтю варто було назвати: «Від медсестринства до інформаційно-комунікативних диспетчерів ОТГ».

**Довідково:** Свою історію Чемеровецький медичний коледж розпочав в 1963 році згідно наказу №227 від 11.05.1963 року по Хмельницькому обласному відділу охорони здоров'я про створення Чемеровецького медичного училища. На даний час готує спеціалістів з медсестринства: сестринська справа та лікувальна справа. За неповних 57 років навчальним закладом підготовлено 7549 молодших медичних спеціалістів, в тому числі 3165 фельдшерів та 4384 медичних сестри.

*Гордістю коледжу є випускники, що досягли певних вершин медичної науки. Серед них: Суходоля А.І. – доктор медичних наук, професор, зав. кафедрою хірургії післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М.Пирогова, заслужений лікар України; Дубей Л.Я. – доктор медичних наук, професор кафедри педіатрії, неонатології факультету післядипломної освіти Львівського університету ім. Д.Галицького; Недоборський К.В. – доктор медичних наук, полковник медичної служби, начальник НДЛ «Загальноармійський реєстр МЦРФ»; Угляр Ю.В. – кандидат медичних наук, доцент кафедри онкології і променевої діагностики Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я.Горбачевського; Нагорний І.М. – кандидат медичних наук, директор Хмельницького базового медичного коледжу, заслужений лікар України; Ковальчук П.Є. – кандидат медичних наук, доцент кафедри травматології, ортопедії та нейрохірургії Буковинського державного медичного університету, Бодак В.М. – кандидат медичних наук, державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України.*

*У свій час навчальному закладу було виділено кілька кімнат для проведення занять у старому пристосованому приміщенні. Викладання вели 4 штатних викладачі, в тому числі лише 1 лікар. Першим директором училища був О. В. Муляр. На його долю випало формування педагогічного колективу, створення матеріально-технічної бази та встановлення ділових зв'язків з іншими медичними закладами області та України.*

*Перший прийом в училище складав лише 95 студентів, з них зі*

спеціальності «Лікувальна справа» – дві групи на базі (восьмирічної) неповної середньої школи і зі спеціальності “Сестринська справа” – одна група на базі середньої школи.

Загальна площа навчального корпусу тоді складала 730 кв.м.

Дошка та крейда впродовж кількох років були основними навчальними засобами медиків і викладачів загальноосвітніх дисциплін у процесі вивчення програмового матеріалу, засвоєння необхідних вмінь та знань, формування загальноосвітнього рівня студентів. І тільки, перебуваючи в лікарні, на практичних заняттях студенти бачили інструментарій, медтехніку, лікувальні засоби і лікарські препарати, а головне – вчилися у досвідчених наставників – медичних сестер і фельдшерів практично виконувати біля ліжка хворого призначення лікарів, рекомендації найбільш кваліфікованих спеціалістів. Буквально по крихтах педагоги збирали і створювали навчальні та методичні посібники, інструментарій, предмети догляду за хворими.

З року в рік училище розбудовувалось, розширювалась його матеріально-технічна база, відбувався поступовий перехід на кабінетну систему, здійснювалось переобладнання класних кімнат у приміщення із сучасним навчальним устаткуванням, технічними засобами, необхідними для занять і самопідготовки.

За 10 років значно зміцнилась навчально-матеріальна база закладу: загальна площа зросла до 2550 кв.м. До послуг студентів в училищі функціонувало 4 лекційних аудиторії та 20 кабінетів і лабораторій. Кількість студентів становила 428 осіб. Їх навчали 20 штатних викладачів, з них – 9 педагогів і 11 лікарів.

За своє десятиліття училище випустило 938 спеціалістів.

За 20 років існування медичного училища навчальні потужності вирости до 8319 кв.м, кількість лекційних аудиторій збільшилась до 5, кабінетів і лабораторій – до 25.

У 1983 році в училищі навчалось вже 476 студентів. Кількість штатних викладачів становила 37 осіб, з них – 16 педагогів і 21 лікар. За цей період училище підготувало 2006 спеціалістів.

За 30 років існування загальна площа навчального закладу вирости до 6710 кв.м. Кількість кабінетів і лабораторій збільшилась до 35, лекційних аудиторій – до 6. В 1993 році училище нараховувало 657 студентів, яких навчали 43 штатних викладачі, з них – 19 педагогів і 24 лікарі. Навчально-методичну та виховну роботу здійснювали 6 методичних комісій.

З 1990 р. педагогічний колектив коледжу очолює Шерстюк П.Я. –



кандидат медичних наук, людина, яка розуміє нові виклики часу, чітко уявляє стратегічні пріоритети у модернізації педагогічного процесу і трансформації училища у навчальний заклад нового типу, який би відповідав усім сучасним запитам. Зберегти і примножити всі традиції і надбання попередніх поколінь педагогів, забезпечити гармонію трьох складових – навчання, виховання і управління, утвердити дух демократизму і колективізму, створити матеріально-технічну базу та соціальну інфраструктуру європейського рівня – стало управлінським і життєвим кредо нового директора.

На початок 2003-2004 навчального року загальна площа навчального закладу вже складала 6841 кв.м, чисельність кабінетів і лабораторій – 40, лекційних аудиторій – 7, викладацький склад об'єднувався у 8 циклових (методичних) комісій.

У 2009 році навчальний заклад змінив свій статус: відповідно до рішення сесії Хмельницької обласної ради від 24.09.09 р. за №12-21/2009 Чемеровецьке медичне училище було перейменовано на Чемеровецький медичний коледж.

Коледж пишається вихованцями навчального закладу, які стали майстрами в галузі медицини, відомими своїми науковими здобутками як в Україні, так і за її межами. В усіх куточка Хмельниччини, а також України та світу працюють наші випускники.

За два останні десятиліття обличчя коледжу невпізнанно змінилося. Комп'ютеризація, інформатизація навчального процесу, пошук інноваційних освітніх технологій, орієнтація на високі освітні стандарти – ось стратегічні завдання колективу навчального закладу. Власне ці обставини і обумовлюють необхідність обговорення проблеми підготовки новітніх кадрів: інформаційно-комунікативних диспетчерів ОТГ

Медичний коледж переосмислює свою історію, живе насиченим сьогоденням, визначає перспективи на майбутнє. Головною фігурою в житті навчального закладу була і залишається особистість майбутнього медичного фахівця його все стороння освіченість.

Задля нього колектив коледжу працює творчо, має перспективу для розвитку та удосконалює освітній процес підготовки високоосвічених та активних фахових молодших медичних бакалаврів в нових економічних умовах

Апробація результатів дослідження відбулася на науково

практичних конференціях про що свідчать опубліковані тези доповідей опублікованих за результатами дослідження (див.перелік публікацій).

Переглянувши книгу хочу зупинитись на змісті, принципах і меті управління інформаційно-комунікативною компонентою закладів охорони здоров'я в контексті соціогуманітарного розвитку ОТГ у повоєнний період.

В умовах повоєнних динамічних політичних, економічних та соціальних перетворень, особливо актуальними стали проблеми управління інформаційно-комунікативною компонентою закладів охорони здоров'я в умовах адміністративно-територіальних реформі зокрема об'єднаних територіальних громад. Комунікаційне забезпечення функціональної діяльності медичних закладів в умовах об'єднаних територіальних громад власне у соціогуманітарній та трудовій сфері є як ніколи своєчасною і актуальною. Особливо актуальною є зазначена проблематика не лише для посттоталітарних країн, з перехідною економікою, до яких належить і Україна, а виключно для об'єднаних територіальних громад.

На справді, в нашій державі особливої актуальності набула ця проблема у контексті соціогуманітарного обслуговування ОТГ, соціального захисту населення у повоєнний період. Це зумовлено тим, що система соціального захисту, яка діяла в колишньому СРСР, виявилася несумісною з принципами ринкової економіки і була повністю зруйнована. Участь держави в управлінні інформаційно-комунікативною компонентою закладів охорони здоров'я в умовах адміністративно-територіальних реформи, комунікаційного забезпечення функціональної діяльності медичних закладів об'єднаних територіальних громад та соціогуманітарним розвитком звелось до мінімуму. Водночас більшість підприємств, організацій і установ ОТГ у повоєнний період в силу цих обставин не в змозі самостійно забезпечити належного рівня не лише соціального захисту своїх працівників, а і медико-профілактичного обслуговування.

Дотепер не створено нової системи управління інформаційно-комунікативною компонентою закладів охорони здоров'я в умовах адміністративно-територіальних реформи та комунікаційного забезпечення функціональної діяльності медичних закладів об'єднаних територіальних громад, соціогуманітарного розвитку ОТГ в умовах трансформаційної економіки соціального обслуговування, адекватної Європейському ринковому середовищу, через складні соціально-економічні процеси, що супроводжуються руйнаціями,

наслідками зростаючого безробіття, зубожінням значних верств населення, збільшенням заборгованостей по соціальних виплатах, залишковим соціальним розшаруванням суспільства, скороченням тривалості життя, що в кінцевому підсумку призводить до значних втрат трудових і людських ресурсів.

Причини такої ситуації насамперед пов'язані не лише з особливостями перехідного періоду: в умовах лібералізації управління економікою держава відійшла від тотальної регламентації трудових відносин, державного патерналізму, але фактично одержало, як зазначає А.М. Колот, неадекватну соціально орієнтованій економіці “модель регулювання цих відносин, якій властиві стихійність, безсистемність, поспішна відмова від централізованих регуляторів, а ефективність тих, що використовуються, недостатня для оптимізації інтересів сторін соціального діалогу” [30-33]., а і з військовими агресивними діями росіян на Сході.

У результаті не лише в Україні, а і в державах з перехідною економікою системи медичного та соціального забезпечення втратили значну частину своєї ефективності, а рівень доступу до основних соціальних послуг і соціального забезпечення більшості населення різко знизився. Таким чином, коло основних прав людини не тільки не розширилося, але, навпаки, звузилося. Що, у свою чергу, породило в людях в окремих випадках, байдужість і соціальну відчуженість як це має місце в умовах ОТГ, що потерпіли від руйнацій.

Помилкову стратегію в проведенні ліберальних реформ, у першу чергу, у плані перегляду ролі держави в колишніх соціалістичних країнах визнала і Програма розвитку ООН. Помилкова стратегія призвела не до прискореного “людського розвитку”, як передбачалося, а зовсім навпаки. Скорочення ролі держави в обстановці відсутності демократичних традицій і ефективної юридичної системи позбавили людей рівного доступу до наявних можливостей. Відсутність правової системи і забезпечення прав власності, без яких не може бути ринкової економіки, призвели до економічної неефективності, судової сваволі, корупції та неадекватного управління.

Крім повоєнних наслідків, негативним результатом трансформаційного переходу в Україні стало також руйнація інформаційних зв'язків комунікацій, небачене зростання бідності, повільний перехід на сучасні засоби комунікування, обсяг якої фіксується соціологічними службами на рівні 60% населення.

Українське суспільство, колись високо інтегроване і відносно однорідне за основними майновими й ідеологічними критеріями, розпалося на численні групи інтересів, що розташовуються буквально на різних полюсах. Як відомо, у довоєнний період, розшарування суспільства на бідних і багатих становить 1:25 (тобто кожна багата людина приблизно в 25 разів багатша, ніж бідна). За міжнародними стандартами, в тому випадку, коли розшарування переходить за 1:6, суспільство впадає в стан соціальної депресії й одночасно соціальної напруженості. Якщо врахувати, що в Україні найбагатші становили всього 3-4%, то стає ясно, що без ефективного вирішення соціальних проблем, запровадження управління інформаційно-комунікативною компонентою закладів охорони здоров'я в умовах адміністративно-територіальних реформи, забезпечення функціональної діяльності медичних закладів об'єднаних територіальних громад, досягнення прогресу або хоча б суспільної стабільності неможливо.

Нереалістично думати, що вирішення цієї проблеми можливо на основі класичного централізованого підходу, тобто за допомогою вишукування необхідних бюджетних коштів. На думку ОЕСР, “далі соціальна згода буде все більше залежати від ініціатив приватного сектора – різноманітних, інноваційних і часто несподіваних”. Пошуки нових економічних форм, здатних подолати наявні суперечності, привели до однієї з них, яка дістала назву “соціальна економіка”, що включає економічну діяльність підприємств ОТГ, котрі дотримуються фундаментальних принципів: пріоритету – завершеності обслуговування своїх членів або колективів, а не прибуток; управлінської автономії; демократичного процесу прийняття рішень; переваги людей праці над капіталом у процесі розподілу доходів.

Концепція соціальної економіки у повоєнний період, компонентою якої є управління інформаційно-комунікативною компонентою закладів охорони здоров'я в умовах пролонгації адміністративно-територіальних реформи, комунікаційного забезпечення функціональної діяльності медичних закладів об'єднаних територіальних громад офіційно визнана Європейським Союзом. Існує спеціальна програма Генерального директорату XXIII Європейської комісії з розвитку соціальної економіки. У рамках Європейського парламенту створена Міжнародна група з “соціальної економіки”. Як показав досвід, за допомогою методів “соціальної економіки” досить ефективно можна боротись з безробіттям і проблемами, пов'язаними з реструктуризацією в перехідний період. Як зазначає А. Скотт, зростання продуктивності праці, національного

багатства повинні досягатися на основі і завдяки соціальній орієнтації ринкової економіки [81].

Досвід країн з розвинутою ринковою економікою показує, що перспективи вирішення соціально-економічних проблем, усунення трудових конфліктів на виробництві пов'язані з упровадженням системи соціального партнерства – об'єднання представників найманих працівників, точніше профспілок, роботодавців і держави, спрямоване на співробітництво, пошук компромісів, підготовку пропозицій щодо прийняття ними узгоджених рішень з питань соціально-трудова відносин [5].

Якщо в країнах з ринковою економікою ці проблеми були успішно вирішені на основі соціального партнерства, то в Україні розв'язання соціальних проблем в умовах перехідної економіки можна назвати лише частковим, до того ж найчастіше воно обмежується декларуванням. Практика ринкової трансформації економіки довела складність адаптації соціально-трудова сфери до нових умов, що знайшло своє відображення у відносинах роботодавців і найманих працівників в Україні, зумовило поширення фактів формального сприйняття соціального партнерства, далекого від його реального змісту [4].

Складовими елементами, формами соціального партнерства на практиці мають бути: а) узгодження між партнерами на вищому (національному) рівні політики доходів і соціально-економічної політики в цілому, в тому числі основних критеріїв і показників соціальної справедливості та заходів для захисту інтересів суб'єктів соціально-трудова відносин; б) переговорний характер переговорно-договірному процесу і врегулювання розбіжностей, що виникають між сторонами; в) наявність механізмів і інститутів для узгодження інтересів соціальних партнерів на різних рівнях; г) часть найманих робітників в управлінні підприємствами; пом'якшення гостроти соціальних конфліктів із залученням арбітражних, примирливих методів” [26].

Г.Т. Куликов визначає соціальне партнерство як “...принципи і процедури, правові й організаційні нормативи, норми і заходи, за допомогою яких забезпечується взаємодія суб'єктів соціально-трудова відносин на різних рівнях господарювання з метою досягнення ними згоди, прийняття спільних рішень, здійснення погоджених дій і запобігання конфліктним ситуаціям” [33].

Ю.К. Зайцев розглядає соціальне партнерство як одну з основних форм існування соціального капіталу, тобто систему цілеспрямованих

соціальних зв'язків, що виникають на рівні суспільства, окремого підприємства, фірми і забезпечують таку соціальну організацію відносин між основними суб'єктами господарської діяльності, основу якої становлять взаємодія, довіра, надійність і прозорість у відносинах [46].

Під соціальним партнерством в наших умовах (у повоєнний період) варто розуміти форму соціальних відносин у колективах підприємств ОТГ, що спрямовані на формування соціальної згоди й ефективну реалізацію різних специфічних інтересів сторін соціального партнерства між населенням, підприємствами, закладами охорони здоров'я. В умовах наявності дієвої системи соціального партнерства підприємець може забезпечити собі стабільне одержання певної норми прибутку, а найманий працівник – гідний рівень життя та належне медичне обслуговування. Безумовно, саме в таких відносинах об'єктивно зацікавлені всі соціальні групи, держава, підприємці, наймані працівники і суспільство в цілому, оскільки вони забезпечують соціальну стабільність суспільства, його ефективний соціально-економічний розвиток у повоєнний період.

На жаль, в Україні тимчасово, на даному етапі, склався стереотипний підхід, відповідно до якого соціальна сфера фінансується за “залишковим принципом”, а рівень фінансування ставиться в залежність від темпів зростання матеріального виробництва. Вважається, що спочатку необхідно забезпечити необхідні темпи розвитку виробництва, і тільки потім звертати увагу на вирішення соціальних проблем. Однак такий підхід суперечить світовому досвіду, відповідно до якого реформування економічної сфери має відбуватися паралельно й одночасно з реформуванням соціальної сфери. Це зумовлено необхідністю збереження й розвитку людського потенціалу, оскільки в періоди економічних трансформацій, як правило, найбільших збитків зазнають людські ресурси, хоча в ці періоди саме вони мають вирішальний вплив на результативність соціально-економічних перетворень.

Схожої точки зору дотримується і В.В. Довбня, який вважає, що “оскільки соціально-трудові відносини є базовими системоутворюючими відносинами в будь-якому суспільстві, то їх реорганізація, удосконалення – необхідні і найважливіші фактори подолання трансформаційної кризи суспільства” [12].

Не можна не погодитися з думкою А.М. Колота про те, що становлення ринкової економіки й формування конкурентного середовища різнобічно і суперечливо вплинули на сферу трудової



діяльності в Україні, знайшли ряд вузлових проблем, що потребують глибоких наукових досліджень. Ключове місце серед таких проблем належить регулюванню соціально-трудових відносин в інтересах забезпечення стабільності й ефективності економічного розвитку суспільства [30-33].

З цього приводу доречно навести висловлення Я.А. Бондаря, який зазначає: “Завжди існують варіанти подальшого розвитку. Один – рухатися і далі в прірву, і тоді попереду неминуче чекає соціальний вибух. Другий, перевірений десятиліттями в розвинутих країнах Європи, – створення системи соціального партнерства як важливого елемента національної безпеки... Дослідження проблем соціального партнерства ... являє собою не тільки теоретичний, але і практичний інтерес” [5].

В багатьох розвинутих країнах приділяється всебічному розвитку людини – забезпеченню його здоров'я, освіти і добробуту. У зв'язку з цим усе більшої значущості набуває управління соціальним розвитком, якість якого є важливим чинником збереження і розвитку людського потенціалу. Водночас слід зазначити, що через недостатню розробленість теоретичних основ управління соціальним розвитком є істотні розбіжності у визначенні його сутності, принципів і функцій, що знижує можливості розробки ефективних заходів щодо поліпшення соціальної захищеності населення.

Не можна не погодитися з тим, що, на даний час, необхідно відновлення теоретичних і методологічних підходів до вивчення цих питань та управління інформаційно-комунікативною компонентою закладів охорони здоров'я в умовах адміністративно-територіальних реформи забезпечення функціональної діяльності медичних закладів об'єднаних територіальних громад. Це зумовлено рядом обставин серед яких тотальним руйнуванням інфраструктури: по-перше, розвитком теоретичних і прикладних уявлень про зростаючу роль людини в господарській діяльності ринкового типу; по-друге, переходом до системи господарювання, заснованої на різноманітних формах власності; по-третє, необхідністю оптимізації інтересів соціальних партнерів у нових економічних умовах; по-четверте, входженням країн (зокрема, України) на світовий ринок робочої сили ін.

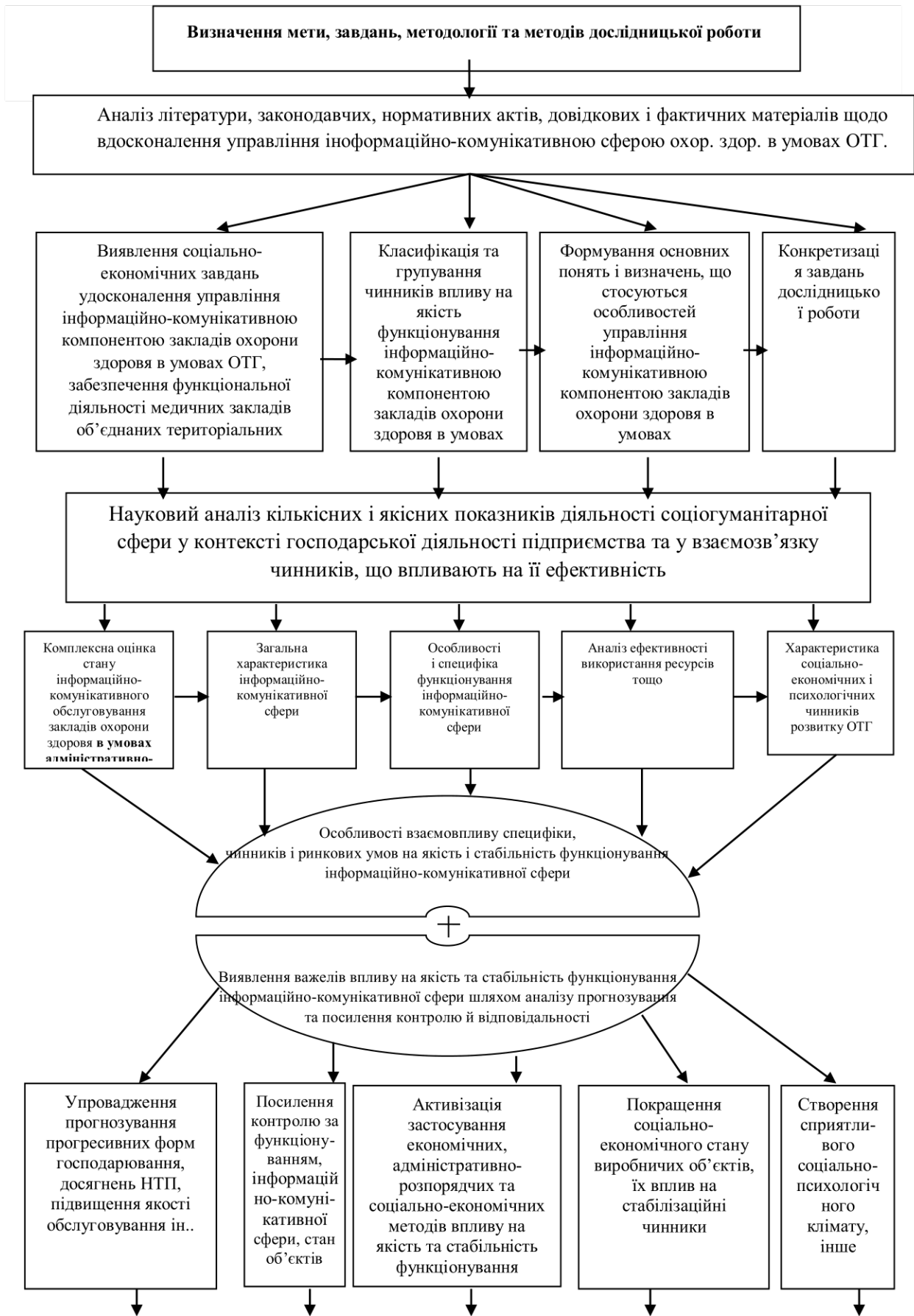
Важливість дослідження соціально-трудових відносин у взаємозв'язку з результатами структурної модернізації економіки підкреслює С.І. Бандур, зазначаючи, що стратегія соціальних пріоритетів “...повинна ґрунтуватися на таких концептуальних

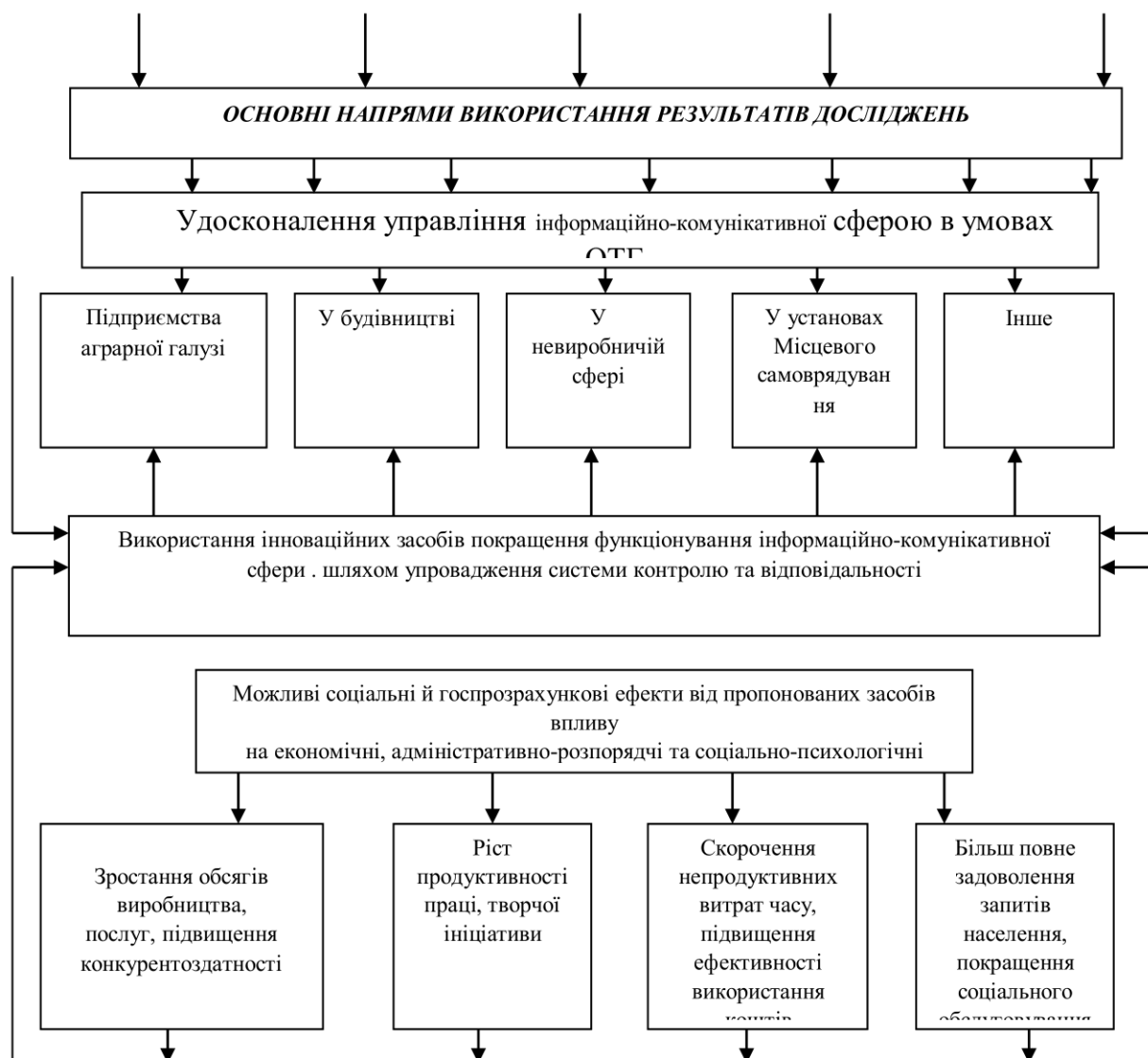
положеннях: реальне забезпечення у всіх секторах економіки і сферах економічної діяльності прав людини на працю відповідно до професійної підготовки; оптимальне об'єднання загальнодержавних, територіальних і галузевих інтересів щодо ефективного використання існуючого трудового потенціалу; упровадження різних форм трудозбереження як основи економічного піднесення держави, підвищення рівня продуктивності праці, а потім – можливостей вирішення соціальних питань...” [5].

Сформовану ситуацію значно ускладнює відсутність єдиного інформаційно-комунікативного поля з питань як охорони здоров'я так і соціального розвитку загалом, недосконалість системи показників життя, що характеризують його рівень, тощо. Тому існує необхідність подальшого розвитку теоретичних і прикладних досліджень проблем управління соціальним розвитком в умовах ринкової трансформації економіки України. При цьому їх необхідно розглядати в контексті адаптації вітчизняних особливостей перехідного періоду до сучасних світових тенденцій розвитку соціально-економічних відносин.

Загалом управління соціальним розвитком у повоєнний період можна охарактеризувати як систему управлінських, регулятивних і організаційно-економічних заходів і дій, спрямованих на відновлення та формування й реалізацію соціальних потреб, вирішення соціальних проблем на основі знань закономірностей соціальних процесів, точного аналітичного розрахунку й вивіренних соціальних нормативів при ефективному управлінні інформаційно-комунікативною компонентою закладів охорони здоров'я в умовах адміністративно-територіальних реформи, комунікаційного забезпечення функціональної діяльності медичних закладів об'єднаних територіальних громад у повоєнний період.

Мета управління соціальним розвитком полягає у вирішенні соціальних розбіжностей, що гальмують процес формування соціально орієнтованої ринкової економіки, становлення середнього класу, соціальної мобільності, створення дієвих механізмів соціального життєзабезпечення людини як головного суб'єкта соціального розвитку. Загалом етапність дослідження означених проблем і т.ч. і управління соціогуманітарною сферою в умовах об'єднаних територіальних громад у повоєнний період представлено на адаптований нами схемі (див. рис. 1).





**Рис. 1. Етапність дослідження проблем управління інформаційно-комунікативною сферою охорони здоров'я у повосний період в умовах ОТГ**

Як відомо соціальне управління здійснюється на різних рівнях: національному (макроекономічному), галузевому і регіональному (мезоекономічному), виробничому (мікроекономічному) та територіальному. Суб'єктами соціального управління є ОТГ, наймані працівники, колективи промислових підприємств, профспілки, роботодавці, і держава й органи місцевого самоврядування (табл. 1).

**Класифікація і характеристика проблем управління інформаційно-комунікативною сферою охорони здоров'я в умовах ОТГ у соціальних контекстах адміністративно-територіальної реформи у повоєнний період**

<b>Рівні управління</b>	<b>Об'єкти управління</b>	<b>Суб'єкти управління</b>	<b>Нормативно-правове регулювання</b>
Мікроекономічній (виробничі структури)	Кадрова політика, матеріальне і моральне стимулювання, об'єкти соціальної інфраструктури й ін.	Наймані робітники, роботодавці, профспілки	Нормативні матеріали, статuti, положення, трудові угоди і договори
Мезоекономічній (регіональний, галузевий, територіальний)	Галузеві (регіональні) норми й умови праці, оплата праці, якість і кількість наданих соціальних послуг тощо	Представники організацій і об'єднань роботодавців і профспілок, органи регіонального самоврядування	Міжгалузеві і галузеві (регіональні) нормативно-методичні матеріали
Макроекономічній (державній)	Умови, принципи і норми реалізації соціально-економічної політики і соціально-трудоу відносин	Уряд, представники організацій об'єднань роботодавців і профспілок	Державні закони, нормативні акти президента й уряду

Управління інформаційно-комунікативним розвитком в системі охорони здоров'я у повоєнний період є одним з елементів соціальної політики, до якої також входять система соціального захисту, сфера оплати праці, соціальне забезпечення тощо. На певних етапах розвитку держави, у періоди економічних криз, зменшення обсягів виробництва і валового внутрішнього продукту, зниження рівня і погіршення умов життя управління соціальним розвитком має бути спрямоване, насамперед, на гарантування мінімального соціального забезпечення населення у повоєнний період.

В умовах економічної кризи тільки ефективно управління розвитком цього сектору економіки, дотримання його принципів і функцій забезпечує "виживання" людей. Слід зазначити, що для категорії "управління інформаційно-комунікативним розвитком охорони здоров'я в умовах ОТГ" видається можливим виділити специфічні закономірності, принципи і цілі (рис. 2).



**Рис. 2. Структура категорії “управління інформаційно-комунікативним розвитком охорони здоров'я у повоєнний період в умовах ОТГ”**

Усі процеси, що відбуваються в соціальній сфері ОТГ у повоєнний період, можна об'єднати в три групи, яким відповідають три групи цілей соціального управління:

- пов'язані зі змінами в умовах життя людей;
- спрямовані на формування й розвиток соціальних якостей людей;
- спрямовані на формування, функціонування й розвиток соціальних систем як цілісних утворень.

До першої групи цілей входять: забезпечення безпеки населення; створення умов, що гарантують права і свободи громадян; забезпечення джерелом засобів до існування і створення сприятливих можливостей для підвищення рівня доходів; забезпечення охорони здоров'я працівників; забезпечення оптимальної адаптації людей до

соціальної обстановки, що змінюється; поліпшення побутових умов життя; розвиток соціально-культурної інфраструктури.

Якщо розглянута група цілей соціального управління у повоєнний період торкається зміни зовнішніх умов життєдіяльності людей, то друга охоплює процеси змін у формуванні соціальних якостей людей: забезпечення зростання освітнього й культурного рівня; забезпечення дисципліни і правопорядку; розвиток трудової, соціально-політичної, творчої й інших видів суспільної активності; створення умов і вдосконалювання механізмів участі працівників у управлінні підприємствами.

Третя група цілей соціального управління охоплює цілеспрямовані впливи на вищезгадані процеси формування, функціонування й розвитку соціальних систем як цілісних утворень, зміна їх соціальної організації і структури у повоєнний період.

У плані соціогуманітарного розвитку підприємства та населення ОТГ за результатами соціологічних досліджень можна виділити наступні напрями розвитку:

Удосконалення соціальної структури колективу. Тут пропонується звертати особливу увагу на скорочення частки або повну ліквідацію важких і шкідливих для здоров'я робіт, на скорочення частки малокваліфікованої праці, на підвищення освітнього і кваліфікаційного рівнів працівників, на зміну (якщо в цьому є необхідність) статево-вікової структури колективу. Окремо розглядається праця жінок, підлітків, осіб літнього віку із зазначенням тих структурних змін, що доцільно провести серед цих категорій працівників.

До завдань соціологів на підприємстві входить вивчення соціальної структури колективу, її змін, виявлення позитивних і негативних тенденцій у динаміку соціальних груп, розробка заходів, спрямованих на оптимізацію соціальних процесів через цілеспрямовану зміну соціальної структури у повоєнний період.

Оптимізація – процес перетворення соціальної структури трудового колективу, що приводить до підвищення ефективності роботи колективу. Такі перетворення варто проводити, насамперед, усередині функціональних груп.

Якщо розглядати соціальні чинники розвитку виробництва та сфери послуг в т.ч. медичних та підвищення його економічної ефективності то тут доцільно планувати заходи, пов'язані з технічним



переозброєнням та упровадженням інновацій, нової техніки й технології. Серед таких заходів можна назвати проектування прогресивних форм організації й оплати праці, що забезпечують підвищення змістовності праці, зниження його монотонності. Насичення виробництва високопродуктивною комунікативною технікою загострює проблему вивільнення працівників і забезпечення зайнятості персоналу підприємства. Для вирішення таких проблем доцільно використовувати різні форми зайнятості: неповний робочий день, режими гнучкого робочого часу, праця вдома для жінок і пенсіонерів тощо. Важливо, щоб у плані знайшли відображення питання подолання не лише наслідків воєнних інфляції, підвищення працівникам реальної заробітної плати.

Поліпшення умов праці і побуту працівників обумовлює покращення управління інформаційно-комунікативною компонентою закладів охорони здоров'я в умовах адміністративно-територіальних реформи у повоєнний період і зокрема на прикладі комунікаційного забезпечення функціональної діяльності медичних закладів об'єднаних територіальних громад, соціогуманітарним розвитком ОТГ. Організація профілактично-оздоровчої роботи У плані управління інформаційно-комунікативним розвитком охорони здоров'я в умовах ОТГ необхідно особливо виділити ділянки і підрозділи з несприятливими умовами праці, для яких необхідно передбачити заходи для оздоровлення виробничого середовища, заміну устаткування, що є джерелом підвищеної шкідливості і небезпеки, або надійну ізоляцію такого устаткування.



***Довідково:** Система охорони здоров'я має відповідати певним універсальним критеріям: ієрархічна будова; налагоджені управлінські комунікації між суб'єктами та об'єктами управління. При цьому система охорони здоров'я країни повинна враховувати особливості стану здоров'я населення, його захворюваність.*

*Систему охорони здоров'я повністю контролює держава. Управління та координація цієї системи забезпечується Міністерством охорони здоров'я України через:*

*1. Управління охорони здоров'я при обласних державних адміністраціях.*

*2. Управління охорони здоров'я обласних та міських державних адміністрацій.*

*Структура охорони здоров'я України має три основних рівні: національний, регіональний та субрегіональний (місцевий).*

*Національний рівень системи охорони здоров'я представлений Міністерством охорони здоров'я України (суб'єкт управління) та закладами охорони здоров'я державної форми власності, які підпорядковані безпосередньо МОЗ (об'єкт управління).*

*Регіональний рівень системи охорони здоров'я представлений Міністерством охорони здоров'я України та управліннями охорони здоров'я при обласних державних адміністраціях (суб'єкт управління) та державні заклади охорони здоров'я, які передані їм в управління відповідними рішеннями вищих органів державної влади, та заклади охорони здоров'я, які перебувають у спільній власності територіальних громад. Наприклад, обласні лікарні, діагностичні центри, тощо (об'єкти управління).*

*Субрегіональний (місцевий) рівень системи охорони здоров'я представляють районні державні адміністрації, районні, міські, районні у містах, селищні та сільські органи місцевого самоврядування (суб'єкт управління) та заклади охорони здоров'я, які підпорядковані цим органам на правах комунальної власності (об'єкт управління).*

Насправді в Україні збереглася система первинної медико-санітарної допомоги, що існувала за часів СРСР та ґрунтувалася на моделі Семашко. Безпосередньо охорону здоров'я забезпечують санітарно-профілактичні, фізкультурно-оздоровчі, санаторно-курортні, аптечні, науково-медичні та інші заклади охорони здоров'я, Спеціально уповноваженим центральним органом державної виконавчої влади в галузі охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України, компетенція якого, на даному етапі, визначається положенням, що затверджується Кабінетом Міністрів України. Функції спеціально уповноважених органів державної виконавчої влади в адміністративно-територіальних одиницях України покладаються на відділи охорони здоров'я ОДА та органи місцевого самоврядування та регіональних державних адміністрації.

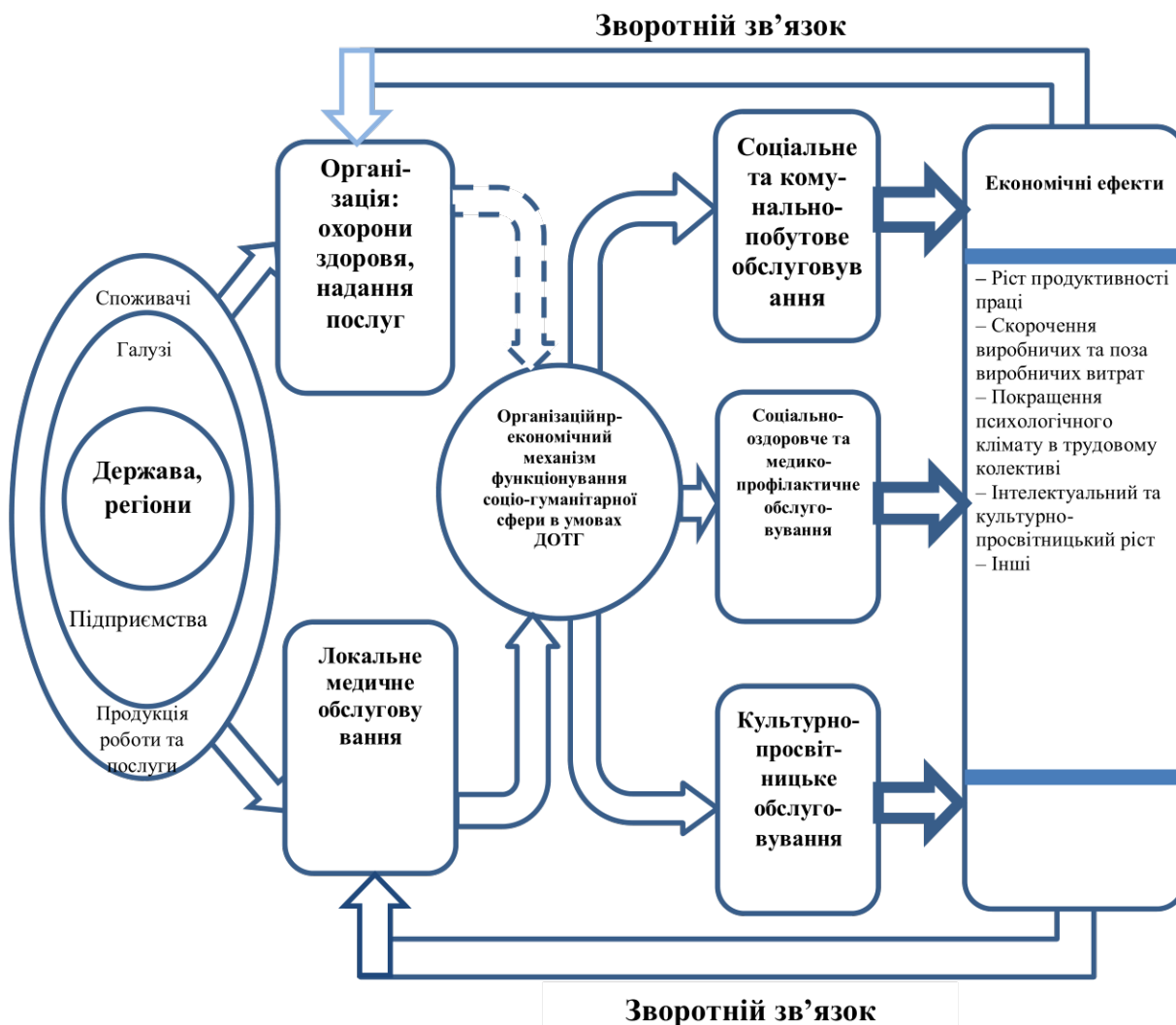
На досвіді інформаційно-комунікаційного забезпечення функціональної діяльності медичних закладів об'єднаних

територіальних громад запропоновано парадигму удосконалення управління інформаційно-комунікативною компонентою закладів охорони здоров'я в умовах адміністративно-територіальних реформи див. рис. стор 45.

У реалізації цих процесів на суб'єктах господарювання доцільно також передбачити заходи щодо дотримання санітарно-гігієнічних норм і стандартів безпеки праці, організації на підприємстві добре обладнаних пунктів прийому їжі, прання спецодягу, ремонту взуття, з доставки працівникам через столи замовлень продуктів і промислових товарів тощо. Особливо повинні бути виділені питання забезпечення працівників житлом, дитячими дошкільними закладами, місцями відпочинку й ін.

Виховання дисципліни праці, розвиток трудової активності і творчої ініціативи. Заходи цього розділу плану розробляються на основі аналізу ціннісних орієнтацій працівників і мають бути спрямовані на стимулювання високої трудової і виробничої дисципліни, на розвиток різних форм залучення працівників у процеси вдосконалення виробництва.

**Парадигма**  
**удосконалення управління інформаційно-комунікативною**  
**компонентою закладів охорони здоров'я у повоєнний період в**  
**умовах адміністративно-територіальних реформи**  
 (На досвіді комунікаційного забезпечення функціональної діяльності  
 медичних закладів об'єднаних територіальних громад)



**Примітка:** Парадигма (грецькою – приклад, взірець) теоретико - методологічна модель. Схема адаптована з Слободян Н.М «Удосконалення управління соціогуманітарною компонентою господарської діяльності промислового підприємства – вид. Астон, 2014, 218 стор

Для забезпечення ефективного управління інформаційно-комунікативним розвитком охорони здоров'я, у повоєнний період, в умовах ОТГ за вищевказаними напрямками кожне підприємство повинне мати на своєму балансі або мати доступ до певного набору об'єктів соціальної інфраструктури (див. рис. 3).

Найбільш чітко цілі соціогуманітарного управління цих напрямів

виявляються стосовно до виробничих колективів ОТГ. Предметом управління соціальним розвитком тут виступає досить складний процес перетворення сукупності людей у колектив як якусь цілісність, додання йому організованості тощо, а потім і різноманітні процеси його функціонування й розвитку як соціальної системи.



**Рис. 3. Оптимальний склад об'єктів соціогуманітарної інфраструктури в т.ч. управління інформаційно-комунікативним розвитком охорони здоров'я в умовах ОТГ у повоєнний період**

Відповідно до цього можна виділити певні цілі соціального управління:

– формування й розвиток, у повоєнний період, кадрового потенціалу підприємства яке полягає в оцінці наявних трудових ресурсів, оцінці майбутніх потреб виробництва, розробка програм по розвитку кадрового потенціалу. Так, стосовно соціально-

демографічної структури при виявленні тенденцій “старіння” колективу або якогось його структурного підрозділу необхідно вирішувати завдання поповнення персоналу молодими кадрами й оптимізувати поєднання молодих і досвідчених кадрів.

– підбір і розстановка кадрів повинні бути спрямовані на забезпечення соціально-психологічної сумісності членів колективу, сумісності особливостей даного колективу й особистісних особливостей прийнятих на роботу осіб. Наприклад, включення недисциплінованої людини з рядом інших рис негативної репутації в малу групу (первинний колектив) з високим рівнем соціальної і моральної зрілості може піти на користь цій людині, не завдаючи шкоди колективу, а якщо рівень зрілості самого колективу низький, його поповнення такою людиною погіршить обстановку.

– профорієнтація та соціальна адаптація вводить нових працівників в організацію та її підрозділи, дає можливість працівникам чітко зрозуміти що від них чекає організація і яка праця буде заслужено оцінена. Основною метою цього принципу є зростання продуктивності праці робітників;

– формування сприйнятливості до інновацій і нововведень дає можливість працівникам позитивно сприймати зміни, які проходять на виробництві як у сфері соціального управління, так і у виробничому процесі, що збільшує ефективність виконання необхідних дій, які забезпечують досягнення поставлених цілей;

– формування й розвиток соціальної організації колективу перетворює сукупність людей в соціальну систему, а потім підвищується або знижується рівень соціальної зрілості колективу, рівень його згуртованості й соціальної стабільності. Спрямованість і інтенсивність цього процесу залежить від цілеспрямованості впливу на колектив;

– соціальне нормування та регулювання спрямовано на створення на підприємстві чітких норм та правил в області соціального захисту працівників та членів їх сімей, що дасть їм змогу бути більш впевненим у завтрашньому дні, підвищити рівень і якість життя.

До закономірностей соціального управління, особливо актуальних у ринковій економіці, варто віднести:

– пріоритет соціальних цілей. Відповідно до цієї закономірності не виробництво, не політика, не економіка є метою розвитку суспільства й умовою підтримки його рівноваги і розвитку, а постійне

підвищення якості життя його членів, їх добробуту, соціального самопочуття, безперервне вдосконалення способу життя;

– поділ та кооперація праці означає, що вся діяльність з організації управління соціальним розвитком ділиться на найпростіші операції.

– спеціалізація в соціальному управлінні, яка передбачає, що управління соціальним розвитком у сучасних умовах веде до розмежування функцій управління, до специфічного їх прояву в конкретних умовах, на різних рівнях і напрямках. Тому соціальне управління вимагає високого професіоналізму в різних сферах: економічній, соціальній, політичній, організаційно-технічній, правовій, екологічній, демографічній та ін.;

– інтеграція соціального управління означає об'єднання в управлінні різних спеціалізованих дій в єдиний управлінський процес у рамках єдиного соціального організму – системи. Як інтегруючі фактори виступають цілі, завдання й інтереси суспільства, виробничих колективів, що потребують підтримки нормальної життєдіяльності й розвитку складної соціальної системи відповідно до постійних змін внутрішнього та зовнішнього середовища;

– зростаюча інтелектуальність праці у соціальному управлінні.

Закономірністю управлінських відносин є те, що, будучи по суті відносинами людей, усі вони в тій або іншій формі проходять через свідомість людей, створюються й удосконалюються людьми, залежно від об'єктивних змін у виробництві і інтелектуалізація суспільства.

Усвідомлення цієї закономірності привело цивілізовані країни до побудови соціальної держави, соціально орієнтованого ринку. Більше того, виявлення цього закономірного зв'язку зумовило встановлення не тільки якісних, а й кількісних характеристик у досягненні соціальної справедливості: стабільність у суспільстві не може допустити 10-разову різницю в доходах найбагатших і найбідніших. З об'єктивних причин не більше ніж 10% населення можуть прожити на межі бідності. Це критична оцінка для більшості розвинутих країн. Інакше в суспільстві спостерігаються застій, стагнація, наростання кризових явищ, стає неможливим розвиток, у тому числі й економічний.

Під принципами соціального управління, в наших умовах, варто розуміти правила, основні положення й норми поведінки, якими керуються органи управління в соціальних умовах, що склалися в



суспільстві. Вони визначають вимоги до системи, структури і процесу соціального управління. Принципи соціального управління – це керівні ідеї, вихідні положення, що відображають закони розвитку відносин управління.

Принципи соціального управління повинні: ґрунтуватися на законах розвитку суспільства й управління; відповідати цілям соціального управління та відображати основні властивості, зв'язки й відносини управління; враховувати часові та територіальні аспекти процесів соціального управління; у необхідних випадках мати правове оформлення, одержувати закріплення в різних нормативних документах.

Система принципів управління змінюється в процесі розвитку соціального управління. Проте основні принципи управління цілком зникнути не можуть, тому що виражають загальні вимоги до системи соціального управління. Форми ж і методи використання цих принципів на різних етапах соціального розвитку можуть і повинні бути різними.

На нашу думку, у повоєнний період, можна виділити дві групи принципів управління соціальним розвитком: соціально-політичні (загальні) й організаційно-технологічні. До першої групи варто віднести принципи: наукової обґрунтованості, системності, ефективності (оптимальності), демократизму, конкуренції, мотивації.

До організаційно-технологічних принципів управління соціальним розвитком відносять такі принципи: соціальної орієнтації управління, ієрархічності і зворотного зв'язку, оптимального поєднання централізації і децентралізації, соціального партнерства, соціальної стабільності, соціальної відповідальності.

Принцип соціальної орієнтації управління. Як відомо, в системі управління виділяють трудові, матеріальні, фінансові ресурси. Людський капітал у сучасних умовах є чинником, що визначає рівень конкурентоспроможності й ефективності будь-якого виробництва. Тому погляди керівників в останні роки радикально змінилися, і витрати на людський капітал стали розглядатися не як витрати, а як активи компаній, які необхідно ефективно використовувати.

Принцип ієрархічності і зворотного зв'язку полягає у створенні багатоступінчастої (скалярної) структури соціального управління, при якій первинні ланки (нижній рівень) керуються своїми ж органами, що знаходяться під контролем органів керівництва наступного рівня.

Ті, у свою чергу, підпорядковуються й контролюються органами наступного рівня. Відповідно цілі перед нижчими ланками ставить більш високий за ієрархією орган соціального управління. Постійний контроль за діяльністю всіх ланок соціального управління здійснюється на основі зворотного зв'язку. По суті, це сигнали, що виражають реакцію керованого об'єкта на керуючий вплив.

Принцип оптимального поєднання централізації і децентралізації в соціальному управлінні це оптимальний розподіл (делегування) повноважень при прийнятті управлінських рішень, тобто вища особа повинна делегувати частку відповідальності своїм підлеглим. Поєднання централізації і децентралізації передбачає необхідність умілого використання єдиноначальності й колективних форм в управлінні. Принцип соціального партнерства спрямовано на узгодження інтересів працівників та роботодавців з питань регулювання трудових відносин, а також інших відносин безпосередньо зв'язаних з ними. Основою цього принципу є співробітництво між роботодавцями і найманими працівниками, які реалізуються у формах проведення переговорів, укладення колективних договорів та колективних угод, узгодження проектів нормативно-правових актів, консультацій при прийнятті рішень соціальними партнерами на всіх рівнях.

Принцип соціальної стабільності полягає в досягненні соціального балансу між працівниками, роботодавцями та державою, що дає можливість розв'язувати соціальні проблеми виробничого колективу з залученням фінансових, матеріально-технічних, інтелектуальних та інших ресурсів підприємства. Цей принцип спрямовано на розвиток впевненості у майбут-ньому, підвищення продуктивності праці, покращення якості життя працівників та членів їх сімей, зріст рівня життя в цілому в суспільстві.

Принцип соціальної відповідальності полягає в добровільному бажанні керівництва ОТГ розв'язувати соціальні проблеми не тільки свого виробничого колективу, а також територіальної громади де знаходиться підприємство. Це бажання повинно лежати за межами вимог встановлених законом або регулюючими органами. Соціальна відповідальність включає відповідальність компанії у відносинах з партнерами, відповідальність щодо споживачів медико-профілактичних послуг, відповідальну політику щодо працівників, екологічну відповідальність, відповідальність компанії перед

суспільством у цілому.

Безумовно заслуговують на увагу особливості використання лікувально-оздоровчих послуг у повоєнний період в умовах ОТГ.

Проведення аналізу діючої системи надання лікувально-оздоровчих послуг в умовах ОТГ, визначення способів і методів їх оцінювання, сприяє розкриттю нових можливостей для вдосконалення процесу управління їх споживанням. Найважливішою метою державної політики в області охорони здоров'я у повоєнний період є поліпшення стану здоров'я населення, забезпечення доступності медичної допомоги для широких верств населення. Дана мета була відмічена в числі найбільш пріоритетних завдань розвитку охорони здоров'я.



**Довідково:** В Україні існує триланкова система управління охороною здоров'я.

Основою національної системи охорони здоров'я є первинна лікувально-профілактична допомога, яка надається переважно за територіальною ознакою лікарями загальної практики.

Світовий досвід, узагальнений ВООЗ, свідчить, що розвиток первинної допомоги на засадах сімейної медицини є найефективнішим засобом досягнення справедливого розподілу і раціонального використання коштів, підвищення результативності роботи галузі охорони здоров'я.

У більшості країн світу первинна медико-санітарна допомога при ефективній її організації забезпечує до 90 % загального обсягу медичної допомоги. Кількість лікарів загальної практики – сімейної медицини становить 30 – 50 % кількості всіх лікарів, що працюють у галузі охорони здоров'я.

Принцип доступності лікувально-профілактичної допомоги реалізується згідно ст. 49 Конституції України, відповідно до якої «кожний має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Держава створює умови для ефективного та доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних

*закладів усіх форм власності».*

*Управління закладами первинної ланки національної системи охорони здоров'я здійснюють:*

*– у містах – управління (відділ) охорони здоров'я виконавчого комітету міської Ради;*

*– у селах (селищах) – головний лікар району.*

В Україні первинна медико-санітарна допомога представлена роздробленими структурами, що функціонально, організаційно та фінансово поєднані із спеціалізованою амбулаторною допомогою. Впродовж тривалого часу увага в основному приділялася розвитку дорогих видів спеціалізованої та швидкої медичної допомоги. Фінансове забезпечення первинної допомоги у довоєнний період становила менше ніж 10 % коштів, виділених на охорону здоров'я, що не дозволяло досягти оптимального розподілу обсягів роботи між рівнями медичної допомоги. В Україні на первинному рівні починають і закінчують лікування лише до 30 % пацієнтів у містах і до 50 % пацієнтів у сільській місцевості.

Нераціональна організація первинної допомоги та її недостатнє фінансування призвели до втрати комплексності та наступності в наданні медичної допомоги, формального підходу до здійснення профілактики та диспансерної роботи. Як наслідок спостерігаються високі показники пізнього виявлення тяжких хвороб та ускладнень хронічних захворювань, що зумовлює надмірну потребу в дорогому спеціалізованому лікуванні.

В існуючих умовах управління первинною медико-санітарною допомогою використання економічних важелів, практично неможливе.

Названі та інші проблеми первинної медико-санітарної допомоги спричинені:

– нераціональною інфраструктурою охорони здоров'я;

– низькою доступністю первинної допомоги для населення, особливо в сільській місцевості;

– недостатньою якістю первинної медико-санітарної допомоги внаслідок технологічної відсталості лікувально-профілактичних закладів, відсутністю мотивації працівників, стандартів лікування, що не відповідають сучасним умовам, принципам фінансування закладів охорони здоров'я;

- неналежним кадровим забезпеченням;
- відсутністю дієвої системи управління первинною медико-санітарною допомогою;
- недостатністю наукового обґрунтування та нормативно-правової бази для функціонування і розвитку первинної медико-санітарної допомоги.

Згідно зі ст. 35 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», держава гарантує надання доступної соціальної прийнятної первинної лікувально-профілактичної допомоги як основної частини медико-санітарної допомоги населенню, що передбачає консультацію лікаря, просту діагностику і лікування основних найпоширеніших захворювань, травм та отруєнь, профілактичні заходи, направлення пацієнта для надання спеціалізованої і високоспеціалізованої допомоги.

Заклади первинної медико-санітарної допомоги забезпечують надання медичної допомоги переважно на засадах загальної лікарської практики/сімейної медицини.

Формування контингенту, закріпленого за лікарем загальної практики/сімейним лікарем, базується на основі вільного вибору лікаря пацієнтом. У сільських сімейних амбулаторіях право вільного вибору лікаря може обмежуватись, якщо медичну допомогу надає тільки один лікар.

Лікар загальної практики/сімейний лікар надає пацієнтам первинну медико-санітарну допомогу, яка передбачає консультацію, діагностику і лікування основних найпоширеніших захворювань, травм та отруєнь, а також у межах наданих йому повноважень спеціалізовану допомогу.

Лікар загальної практики/сімейний лікар у своїй медичній практиці зобов'язаний за наявності комп'ютерної техніки користуватися телемедичними технологіями.

Лікар загальної практики/сімейний лікар організовує та відстежує надання медичної допомоги своїм пацієнтам на вторинному і третинному рівнях.

У разі самостійного (без направлення) звертання пацієнта до спеціалістів поліклініки або стаціонару, окрім деяких випадків, визначених спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади в сфері охорони здоров'я, він несе економічну відповідальність у вигляді часткового або повного відшкодування

вартості отриманих послуг.

Особам, які перебувають у станах, що загрожують здоров'ю та життю, у разі нещасних випадків (травм, отруєнь) і раптових гострих захворювань надається швидка медична допомога за викликом хворого, його родичів чи інших оточуючих.



Як відомо швидка медична допомога надається на місці події, під час транспортування хворого до стаціонарного медичного закладу.

Швидка медична допомога в державних і комунальних закладах охорони здоров'я надається безоплатно незалежно від місця проживання як громадянам України, так і іноземцям та особам без громадянства.

Оплата медичних послуг швидкої медичної допомоги фіксується в договорі між замовником і надавачем таких послуг на основі розрахунків прогнозованої потреби у наданні такої допомоги.

Порядок направлення чи відбору пацієнтів на консультацію, обстеження та лікування в клініку встановлюється спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади в сфері охорони здоров'я.

До основних принципів надання первинної лікувально-профілактичної допомоги відносяться:

- кваліфікованість;
- оперативність;
- доступність.

Для реалізації принципу кваліфікованості Міністерству охорони здоров'я України доцільно проведення позачергової атестації лікарів, переведених на посади лікарів загальної практики – сімейних лікарів. Згідно з наказом, МОЗ в Україні має впроваджуватися первинна лікувально-профілактична допомога на принципах сімейної медицини. Лікарі, які надають первинну лікувально-профілактичну допомогу, мають пройти перепідготовку та атестацію на присвоєння первинної спеціалізації за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина». Лікарям планується присвоювати кваліфікаційні категорії за цією спеціальністю.

Необхідність пріоритетного напряму розвитку первинної лікувально-профілактичної допомоги, що ґрунтується на моделі загальної практики - сімейної медицини, визначається основними

документами:

– Концепція розвитку охорони здоров'я населення України;

– Постанова Кабінету Міністрів України « Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я».

Метою Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини є забезпечення зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення шляхом формування та налагодження ефективного функціонування системи надання населенню доступної і високоякісної первинної допомоги на засадах сімейної медицини.

Формування національної моделі первинної допомоги та її поетапного впровадження на всій території України має вирішити проблеми недостатньо ефективної роботи галузі охорони здоров'я, зумовленої низькою, нерівною доступністю первинної допомоги для населення та її неналежною якістю. Процес впровадження Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини ґрунтується на створенні нормативно-правових засад, які дають чітке визначення структурних, фінансово-економічних, функціональних та інших аспектів перспективної моделі первинної допомоги, а також визначають кроки поетапної перебудови амбулаторно-поліклінічної ланки.

Створення перспективної моделі первинної медико-санітарної допомоги передбачає структурно-організаційне та фінансово-економічне розмежування первинної та спеціалізованої допомоги з поступовим збільшенням обсягів фінансування первинної допомоги.

Планування розвитку мережі та створення нових амбулаторій сімейного лікаря у повоєнний період здійснюватиметься на основі застосування нормативів первинної медико-санітарної допомоги, затверджених Кабінетом Міністрів України, а їх створення відбуватиметься впродовж усього терміну Програми і триватиме після її завершення в міру розвитку населених пунктів.

Основним суб'єктом надання населенню первинної медико-санітарної допомоги у результаті реалізації Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини має стати автономний або юридично незалежний медичний заклад – центр первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики сімейної медицини. Кількість обслуговуваного населення, за попередніми даними, має становити близько 30 тисяч



осіб. До складу такого закладу на правах підрозділів мають входити амбулаторії загальної практики сімейної медицини. В них будуть практикувати один (переважно на сільській місцевості) або декілька (переважно в містах) лікарів загальної практики – сімейної медицини.

Така форма організації первинної допомоги дозволить забезпечити фінансову сталість медичних закладів первинного рівня та рівність у наданні ПМСД. Сімейні лікарі можуть отримати ліцензії на здійснення медичної практики. З такими лікарями будуть укладатися договори на надання населенню первинної медико-санітарної допомоги.

Таким чином, в результаті реалізації Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини первинна медико-санітарна допомога населенню України буде надаватися юридично самостійними суб'єктами господарювання комунальної або іншої форми власності – центрами ПМСД та амбулаторіями сімейного лікаря. Центри будуть укладати договори з замовником, яким виступатиме територіальний орган управління охорони здоров'я, а в разі введення загальнообов'язкового соціального медичного страхування – підрозділи страхового фонду. У системі взаємовідносин між надавачами первинної медико-санітарної допомоги і населенням буде реалізовано механізм вільного вибору сімейного лікаря та/або його зміни.

Наступним компонентом перспективної моделі ПМСД є подушний принцип фінансування із застосуванням коригуючих коефіцієнтів та часткового фондоотримання. Запровадження зазначених механізмів базуватиметься на відповідних рішеннях Кабінету Міністрів України, прийнятих за поданням МОЗ та опрацьованих спільно МОЗ, Мінфіном, Мінекономіки та Мін'юстом. Вдосконалення системи застосування коригуючих коефіцієнтів та часткового фондоотримання відбуватиметься постійно з накопиченням практичного досвіду та його наукового аналізу. Цей захід разом з впровадженням механізму вільного вибору лікаря стане фактором утворення конкурентного середовища у первинній ланці медичної допомоги і одним з потужних регуляторів її якості.

Повномасштабне впровадження керованості спеціалізованої медичної допомоги, у повоєнний період, тобто організації доступу пацієнтів до спеціалізованої допомоги через направлення сімейного лікаря (дільничного лікаря), за винятком випадків, що потребують

подання невідкладної спеціалізованої медичної допомоги, розпочнеться в міру формування конкурентного середовища надавачів первинної допомоги та створення умов для реалізації права пацієнтів на вибір сімейного лікаря.

Структурне оформлення первинної допомоги та впровадження прогресивних механізмів фінансування сформує первинну медико-санітарну допомогу як підсистему галузі охорони здоров'я та створить стимули до збільшення обсягів і поліпшення якості її роботи. Система управління якістю ґрунтуватиметься на впровадженні стандартів надання первинної допомоги та методів моніторингу.

Здатність первинної медико-санітарної допомоги взяти на себе додаткові обсяги медичної допомоги з дотриманням стандартів визначатиметься, крім обсягів і механізмів фінансування, також належним матеріально-технічним оснащенням закладів та кваліфікацією кадрів.

Оснащення лікувально-профілактичних закладів та підготовка кадрів відбуватиметься впродовж всього терміну виконання Програми. На фінансування цих заходів передбачаються кошти у державному бюджеті. Пріоритет надаватиметься принципу «одночасного охоплення кожної окремої території», який передбачає надання підтримки щодо повного задоволення потреб мережі первинної допомоги з державного та регіонального рівнів.

Система кадрового забезпечення виконання Програми матиме кількісну і якісну складову. Необхідна кількість лікарів загальної практики та молодших спеціалістів з вищою освітою для первинної допомоги забезпечуватиметься за рахунок формування державного замовлення на науково обґрунтовані обсяги підготовки зазначених спеціалістів.

Керованість розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини забезпечуватиметься багаторівневою системою управління. На державному рівні впровадження Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини буде здійснювати Координаційна рада. В ній будуть представлені усі основні інституції – міністерства та відомства, місцеве самоврядування (Асоціація міст та громад України), медичні неурядові організації (Асоціація сімейної медицини).

Впровадження Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини суттєво змінить систему надання медичної допомоги.

Спеціалізована (вторинна) лікувально-профілактична допомога подається лікарями, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити більш кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику і лікування, ніж лікарі загальної практики. Спеціалізована лікувально-профілактична допомога надається в спеціалізованих лікарняних відділеннях міських, центральних районних і частково в обласних лікарнях.

Управління закладами вторинної ланки національної системи охорони здоров'я здійснюють:

- центральною районною лікарнею – головний лікар району;
- міськими лікарнями – відділ (управління) охорони здоров'я виконавчого комітету міської ради;
- обласними лікарнями – управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації.

Високоспеціалізована (третинна) лікувально-профілактична допомога подається лікарем або групою лікарів, які мають відповідну підготовку в галузі складних для діагностики і лікування захворювань, у разі лікування хвороб, що потребують спеціальних методів діагностики та лікування, а також з метою встановлення діагнозу і проведення лікування захворювань, що рідко трапляються. Високоспеціалізована лікувально-профілактична допомога надається в спеціалізованих республіканських лікарнях, республіканських диспансерах, спеціалізованих санаторіях, клініках при науково-дослідних інститутах, підпорядкованих Академії медичних наук України та МОЗ України, клінічних закладах охорони здоров'я (міські, обласні лікарні), на базі яких працюють відповідні кафедри медичних академій, інститутів та університетів, Інститутів удосконалення лікарів.

Управління закладами третинної ланки національної системи охорони здоров'я здійснюють:

- міські лікарні – відділ (управління) охорони здоров'я виконавчого комітету міської Ради;
- обласні лікарні – управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації;
- центральні спеціалізовані лікарні, клініки, медичні

університети, академії та інститути удосконалення лікарів – Міністерство охорони здоров'я України.

Крім названих, до національної системи охорони здоров'я належать відомчі медико-санітарні служби, які представлені закладами охорони здоров'я та відповідними органами, що здійснюють управління.



***Довідково:** Санітарна характеристика суб'єкту господарювання складається також з важливих для оцінки здоров'я демографічних показників відтворення – смертності, народжуваності, природного руху, середньої очікуваної тривалості належного життя. Так, демографічні матеріали про народжуваність та чисельність дітей дошкільного та шкільного віку*

*потрібні для проведення активного патронажу, профілактичних щеплень, оздоровчих заходів тощо. Необхідними також є матеріали фізичного розвитку дітей та підлітків, робітників, студентів та інших груп населення.*

*Медико-статистичні матеріали необхідні для обґрунтування лікувально-профілактичної, санітарно-гігієнічної та протиепідемічної діяльності, для проведення оздоровчих заходів. При цьому такі поняття, як захворюваність, смертність, забезпеченість населення лікувально-профілактичною допомогою, ефективність медичних заходів та інше, в яких вивчення явищ проводиться в кількісному вираженні, вимагають спеціальних прийомів.*

Метою будь-якого наукового дослідження є розкриття суті масових явищ, процесів, закономірностей. Визначені закономірності хоч і базуються на індивідуальних характеристиках кожної одиниці спостереження, проте дають характеристику не кожній одиниці, а стосуються всієї їх сукупності. Отже, в основі визначення статистичних закономірностей лежить так званий “закон великих чисел”.

У найбільш загальному вигляді закон великих чисел може бути сформульований так: “Закон великих чисел – це загальний принцип, в силу якого сукупна дія великого числа випадкових чинників призводить, при деяких загальних умовах, до результату, який не

залежить від випадку”.

Таким чином, щоб дати вірну характеристику явища в цілому, слід вивчати не окремі, одиничні спостереження, а використати та узагальнити всю сукупність фактів або досить велике їх число. За допомогою цього закону вдається отримати статистичні показники, які відтворюють об’єктивні закономірності.

Характерною особливістю закономірностей у повоєнного суспільного життя в умовах ОТГ є те, що вони проявляють себе в результаті дії комплексу причин, які змінюються з розвитком суспільства та виявляються тільки в масі, в сукупностях. Це закономірності масових явищ, основу яких складають деякі загальні умови. Вони виявляються як провідна тенденція на основі масового узагальнення фактів.

Отже, в Україні і у повоєнний період збереглася система охорони здоров’я, яка була ще за СРСР, існування якої за ринкових умов проблематичне, оскільки вона потребує великих асигнувань. Структура медичних послуг за цією системою грубо деформована – на первинному рівні починається і закінчується лікування менше третини усіх випадків і домінує спеціалізована та стаціонарна медична допомога. У доповіді Міністра МОЗ України «Можливий шлях реорганізації системи охорони здоров’я в Україні» зазначалося, що залучення до первинного контакту вузьких спеціалістів цілеспрямоване або зумовлене незадовільною організацією роботи первинної ланки, призводить до деперсоніфікації відповідальності медичного персоналу за результати медичного обслуговування марнотратного використання потенціалу амбулаторно-поліклінічних закладів застою в інформаційно-комунікативному розвитку. Крім цього, недоліки діючої в Україні системи первинної лікувально-профілактичної допомоги проявляються в тому, що:

- вона забезпечуються багатоланковою структурою (дорослі та дитячі поліклініки, медико-санітарні частини, жіночі консультації, сільські лікарські амбулаторії);

- немає чіткого розподілу на служби первинної та вторинної лікувально-профілактичної допомоги, поняття первинної лікувально-профілактичної допомоги відноситься до поліклініки в цілому, а не до первинної ланки;

- терапевтична та педіатрична кваліфікації дільничних лікарів не дозволяють професійно вирішувати всіх проблем первинного

медичного обслуговування населення;

- пацієнти мають можливість звертатися до лікарів-спеціалістів самостійно, без направлення дільничного лікаря;

- дільничні лікарі, праця яких оплачується за твердими ставками і не залежить від обсягу їх роботи, не зацікавлені в пацієнтах та їх доброму здоров'ї і самі заохочують подібну практику.

Основну стратегію реорганізації системи охорони здоров'я у повоєнний період Міністерство охорони здоров'я України бачить у раціональному використанні ресурсів, для чого необхідно впровадити:

- зміни підходів і механізмів розподілу ресурсів в охороні здоров'я – «утримання» медичних закладів до їхнього фінансування залежно від обсягу та структури виконуваної роботи;

- реформування первинної медичної допомоги;

- структурного реформування стаціонарної допомоги;

- стандартизації медичної діяльності на всіх рівнях;

- змін функцій та механізмів управління охороною здоров'я;

- формування базових територіальних програм, які мають бути законом для медичних установ;

- залучення додаткових ресурсів з інших джерел (обов'язкове медичне страхування, добровільне медичне страхування);

- використання доведено ефективних медичних втручань (доказова медицина).

У закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності проводиться облік наданих медичних послуг за затвердженими в установленому порядку:

- 1) медичними обліковими та звітними статистичними формами;

- 2) фінансовими обліковими та звітними формами.

Дані про стан здоров'я, діагноз, методи лікування пацієнта, які зафіксовані в обліковій медичній документації або на комп'ютерних файлах, медичні працівники, інші особи закладів охорони здоров'я не мають права розголошувати, окрім передбачених законом випадків.

У разі направлення пацієнта в інший заклад охорони здоров'я для подальшого надання медичної допомоги з метою забезпечення наступності в обстеженні та лікуванні йому видають направлення та виписку з історії хвороби; Основні напрямки реформи вітчизняної охорони здоров'я полягають в підвищенні ефективності діяльності закладів системи лікувально-профілактичної допомоги,

раціональному використанні наявних ресурсів, структурної перебудови галузі і її профілактичної спрямованості. Успішне функціонування галузі і її окремих служб в сучасних умовах можливе лише при оптимальній взаємодії всіх елементів системи охорони здоров'я і багато в чому залежить від рівня організації і управління діяльністю лікувальних закладів на будь-якому рівні системи охорони здоров'я з метою оптимізації їх роботи.

Україна повільно, але впевнено крокує до Європейської цивілізованої ринкової економіки, про що свідчить ціла низка законів та постанов, прийнятих нашим парламентом та виданих урядом. Для медицини цей перехід характеризується не тільки змінами в мережі лікувально-профілактичних закладів, удосконаленням видів медичного обслуговування, а й великими змінами в економіці і управлінні.

Відомо, що якість надання лікувально-оздоровчих послуг залежить не тільки від розвитку медичних технологій, кваліфікації медичного персоналу, але і від економічних можливостей суспільства. З цього погляду охорону здоров'я в розвинутих країнах часто пов'язують, наприклад, із життєвим рівнем населення, якістю життя. Такий підхід ставить провідника охорони здоров'я перед проблемою визначення параметрів економічного аналізу, пов'язаних із здоров'ям.

Здоров'я має споживчу вартість, але не має мінової вартості. Тобто здоров'ям неможливо торгувати, отже, не існує і ринку здоров'я. Але охорона здоров'я є предметом ринкових відносин. Медична послуга перетворюється в товар і тому вона підпорядкована законам ринку і, особливо, попиту і пропозиції. Істотна відмінність полягає в тому, що здоров'я купити безпосередньо не можна, а послуги системи охорони здоров'я – можливо.

Послуги системи охорони здоров'я використовуються саме і лише тому, що вони стосуються здоров'я. Попит на медичну допомогу в певній мірі є похідним, заснованим на бажанні споживача мати міцне здоров'я для успішного функціонування в усіх інших сферах виробництва й споживання. Тому не дивно, що суспільство надає охороні здоров'я особливої ваги.

Питання попиту на медичну допомогу складне ще й тому, що для використання послуг охорони здоров'я (за винятком профілактичних) споживач має бути хворим, а люди здебільшого воліли б цього



уникнути. Звичайно, коли йдеться про профілактичні заходи, споживачеві не обов'язково бути хворим.

Однак, попит на профілактику теж базується на очікуваному від інвестицій прибутку у вигляді здоров'я.

Споживання медичних послуг в першу чергу пов'язане зі станом здоров'я, хоча на нього можуть впливати найрізноманітніші фактори, головні причини їхнього споживання зовсім інші. Існує певна відмінність послуг системи охорони здоров'я від інших, але збут перших зумовлений лише їхнім сподіванням на покращення здоров'я.

Те, що здоров'я не є товаром, не виключає неможливості економічного аналізу проблеми споживання та виробництва у сфері охорони здоров'я. Яскравим прикладом аналізу є зв'язок між безробіттям і здоров'ям. Проте, більшість досліджень у галузі економіки охорони здоров'я мають суто практичне значення, про що свідчить створення, принаймні в усіх розвинутих країнах, цілої мережі закладів, що спеціалізуються на виробництві й розподілі послуг у системі охорони здоров'я.

Ці аргументи зумовили рівень економічних досліджень. В економіці звичайно припускають, що максимальної корисності можна досягти при здійсненні вибору в умовах повної поінформованості. Проте, споживач, захворівши, навряд чи стане збирати необхідну для здійснення оптимального вибору інформацію, навіть якщо він фізично здатний на це. До того ж потреба в такій інформації найімовірніше буде значною. Лікар не тільки володіє потрібною для споживача інформацією, а й забезпечує лікування. Ці обставини, безперечно, впливають на вибір і обсяг послуг. Тому нас цікавить поведінка споживачів і виробників.

Непередбачуваність виникнення та подальшого перебігу хвороби – факт нашого життя. Про лікування багатьох з них споживач знає дуже мало, а тому не орієнтується і в його вартості. Цілком природно, що медичне страхування передбачає взяття на себе деякої частини ризику можливих видатків.

Специфіка надання медичних послуг, порівняно з іншими різновидами подібного бізнесу, особлива. Особливість полягає в тому, що медичні послуги пов'язані з охороною здоров'я найбільш важливої цінності людини – її життя та здоров'я.

Як відомо, послуга – це специфічна форма виробничої діяльності, результатом якої є не створення матеріального блага, а певного

корисного ефекту, втіленого у матеріальному об'єкті (матеріальна послуга) або спрямованого безпосередньо на саму людину (чиста послуга). Економічна теорія доводить, що діяльність лікаря є саме чистою послугою, в основі якої покладено ефект збереження та зміцнення здоров'я. Цю послугу не можна побачити, спробувати, дізнатися до моменту її набуття. Пацієнт, який прийшов на прийом до лікаря, не може заздалегідь знати результат. Він повинен вірити лікареві на слово. Цю послугу не можна демонструвати, її не можна здійснювати через посередників, оскільки на прийом повинен прийти безпосередньо той, хто потребує цієї послуги. Такий різновид послуг обмежений у транспортуванні (хірургічні операції практично не виконуються удома, а ін'єкції медпрацівник може виконати й на виїзді). Інакше кажучи, ринок надання медичних послуг специфічний. Це не означає, що особливий він лише в Україні, специфіка накладає відбиток на цей різновид бізнесу як у нас в країні, так і за кордоном. Наприклад, у Сполучених Штатах Америки, зважаючи на таку особливість послуги, як неможливість її зберігання, лікарі беруть плату і з тих, хто не з'явився на прийом, оскільки вартісна значимість послуги існувала якраз у момент неявки пацієнта. А от в Україні, зважаючи на таку особливість, що пацієнт повинен вірити лікареві на слово, деякі лікарі, для того щоб заволодіти гаманцем пацієнта, намагаються знайти у нього безліч хвороб.

На медичні послуги встановлюються: монопольні ціни (встановлюються виробником); номінальні ціни з врахуванням собівартості і мінімальної прибутковості; оптові ціни (для організацій відпускається велика кількість товару із значною знижкою); роздрібні ціни (у магазині) з врахуванням допустимих націнок продавця; ринкові ціни (рівні роздрібним) (визначаються групою продавців з врахуванням загальної вигоди); ковзаючі ціни (встановлюються з врахуванням різних умов); тверді ціни (визначаються державою, асоціаціями споживачів, договорами).

Наявність багатьох груп споживачів різної статі, віку, соціального статусу, зацікавлених в даному виді послуг, може підтримуватися постійною психологічною дією на споживача (реклама).

Медичні послуги, як і будь-який товар, мають свої стадії життєвого циклу:

- 1) стадія введення послуги на ринок;
- 2) стадія зростання потреби;

- 3) стадія зрілості і насичення;
- 4) стадія занепаду потреби.

Аналізуючи систему охорони здоров'я у повоєнний період в умовах ОТГ, економісти приходять до висновку, що ринок медичних послуг особливий. По-перше, надання багатьох різновидів медичної допомоги не пов'язане з великими первинними витратами та наявністю значного стартового капіталу. По-друге, попит на цьому ринку може активно приваблювати у цю сферу як нових спеціалістів, так і псевдофахівців.

Отже, ринок медичних послуг у світі специфічний. Щодо конкретно України, то вітчизняний ринок, крім того, що специфічний за світовими параметрами, вирізняється ще й «національною» особливістю. Зважаючи на сучасний економічний і правовий стан у державі, чітко простежуються кілька основних форм видозміни у структурі надання медичних послуг.

В Україні ринок охорони здоров'я представлений державними та приватними закладами охорони здоров'я. Крім того, існують: ринок пацієнтів; ринок ідей; ринок фармакологічної продукції; ринок медичної техніки; ринок предметів і послуг в області санітарії і гігієни; ринок послуг в області фізичної культури; ринок системи медичної освіти; ринок медичних послуг і нетрадиційних способів лікування і оздоровлення; ринок медичного страхування та ін. Кожен з видів ринку підрозділяється на сегменти і види послуг, які реалізують менеджери і продавці. Сегменти ринку визначаються споживачами з врахуванням медико-географічних особливостей, статево-вікових, психологічних і інших умов що базуються на статистичних даних.



***Довідково:** На сьогоднішній день медична статистика є головним джерелом інформації про стан здоров'я населення країни, діяльність медичних закладів і ресурси охорони здоров'я. За останні роки у медичній статистиці значно упорядковано обсяг державної і галузевої звітності, здійснено перехід до створення*

*окремих національних автоматизованих програм збору та обробки медико-статистичної інформації, реєстрів баз даних, які впроваджені на всій території України. Разом з тим, необхідність реформування галузі висуває ряд нових вимог до функціонування*

*медичної статистики.*

*Статистичний облік в практичному плані – це первинна реєстрація (систематична та повсякденна) різних проявів явищ та ознак, які вивчаються (наприклад, заповнення історій хвороби, карт вибулого із стаціонару, талона амбулаторного пацієнта, екстрених повідомлень про інфекційне захворювання тощо).*

*Статистична звітність – це періодична систематизована інформація узагальненого характеру, що відображає підсумки роботи окремих структурних підрозділів галузі за певні проміжки часу.*

*Дані обліку та статистичні звіти використовуються як основне джерело інформації для оперативно-управлінської діяльності і зв'язку між окремими ланками системи охорони здоров'я, вони є основою для поглибленого аналізу явищ в охороні здоров'я та перспективного програмування.*

Для організації управління інформаційно-комунікативним розвитком охорони здоров'я у повоєнний період в умовах ОТГ необхідно щоб статистичні дані (матеріали) відповідали таким вимогам:

1) бути вірогідними (достовірними) та точними (особливо це стосується первинних матеріалів, які поступають з низових ланок охорони здоров'я);

2) забезпечувати повноту інформації (охоплювати всі об'єкти спостереження за весь період дослідження згідно складеної програми);

3) забезпечувати порівнюваність та співставлення даних („сравнивай сравнимое”) – виконання цієї вимоги досягається єдністю програм та номенклатури, уніфікацією методичних підходів і оціночних критеріїв;

4) їх отримання, обробка та подання до інстанції вищого порядку мають здійснюватись своєчасно.

Більш детальна характеристика здоров'я обіймала такі явища:

1. Демографічні процеси (чисельність, структура, динаміка природного та механічного руху).

2. Захворюваність (структура та динаміка первинної, загальної, лікарняної захворюваності, а також захворюваності з тимчасовою втратою працездатності).

2.1 Соматометричний розвиток.

2.2 Психомоторний розвиток, психічне здоров'я, адаптаційну здатність до соціального життя;

2.3 Дисперсію біологічних констант стосовно їх значень, що вважаються нормальними.

Вивчення причин цих явищ близьке до вивчення факторів ризику, чим займається аналітична епідеміологія, однак, предмет медичної статистики ширший. Він включає додатково фактори пропаганди здоров'я – соціально-економічні, культурні, санітарні. Тому тут більше підходить назва «шанси», а не «ризик».

Крім того, предметом медичної статистики є вивчення динаміки адаптації груп населення до колективного співіснування – адаптація школярів, робітників, службовців тощо, що наближає її до предмету соціології.

Важливим зацікавленням медичної статистики є кількісний та якісний аналізи діяльності лікувально-профілактичної мережі, оцінка цієї діяльності через механізм впливу на стан здоров'я з обов'язковим врахуванням комплексного впливу різних факторів.

Ринок медичних послуг – це сукупність медичних технологій, медичної техніки, методів організації медичної діяльності, фармакологічних засобів, лікування і профілактики.

На сьогодні вітчизняний ринок класифікується як ринок продавця, тобто існує пріоритет виробника по відношенню до споживача. Це виявляється у диктаті з боку виробника (наприклад, державної системи охорони здоров'я), у зменшенні свободи вибору для споживача та й узагалі в дефіциті. Ринок продавця став головним гальмом на шляху запровадження нових медичних технологій і виникнення нових послуг. Але найяскравіше це відображено у системі фінансування медичних закладів.

Наступним моментом, який заважає розвитку цього різновиду послуг, є відсутність конкуренції. На ринку медичних послуг у повоєнний період в ОТГ конкуренція надто слабка: міські поліклініки займають тут ключову позицію, а у фірм, які лише створюються виникають проблеми із реєстрацією. У сільській місцевості рівень надання медичних послуг взагалі не витримує ніякої критики. Український пацієнт, як правило, упродовж всього життя відвідує одну й ту саму поліклініку – або за місцем проживання, або за місцем роботи. У державі склалася ситуація, коли пацієнти не можуть

порівняти діяльність різних поліклінік і вибрати найкращу.

Оскільки в Україні значну більшість медичних закладів складають державні компанії, варіативність пропозиції за такої ситуації буде низькою, інакше кажучи, ціни лікувально-профілактичних закладів однакової організаційно-правової форми власності не будуть помітно відрізнятися. Більше того, на сьогодні попит, скажімо, на платні медичні послуги обмежений через дві важливі причини: по-перше, через низьку платоспроможність населення, завдяки чому лікувально-профілактичні заклади не можуть встановити реальну ціну; по-друге, через відсутність конкуренції на ринку приватної медицини зазначені послуги непомірно дорогі.

Як би там не було, але на сьогодні в Україні функціонують дві форми надання медичних послуг – безкоштовна і платна. З одного боку – велика кількість закладів безкоштовної державної медицини із штатом хороших лікарів, які працюють на морально і фізично застарілому медобладнанні; з іншого боку – незначна частка платної медицини із сучасною технікою і професійними фахівцями. Ці дві форми неврівноважені. Ці форми – два абсолютно різні підходи до надання послуг не тільки на рівні власне послуги, але й, наприклад, відповідальності за надання послуги. Так, система відповідальності за ненавмисні дії, які завдали шкоди пацієнтові, у державних і приватних закладах різні.

Варто зазначити, ще неабиякий переконливий аргумент з боку приватної медицини: при платності послуг населення стане більше піклуватися про своє здоров'я, вести здоровий спосіб життя, адже коли за медичну допомогу треба платити – дешевше не хворіти.

Таким чином, назріло питання про реформування медицини в Україні. І хоча все більше переваг у платної медицини, все ж це не повинно означати повну відмову від безкоштовної медицини.

Здоров'я тільки за певних умов можна називати товаром. І тільки в тому сенсі, що робоча сила є товар, і здоровий працівник – більша цінність за таких же умов, ніж робітник, який має, наприклад, хронічне захворювання і час від часу втрачає працездатність. Але саме по собі здоров'я, маючи найвищу цінність, не продається і тому не може вважатись товаром.

В той же час, все, що використовується в охороні здоров'я як в галузі економіки, має конкретну вартість, являє собою товар. Тому і медичні послуги також є товаром, який має попит і пропозицію,

безперечну вартість і тому в ринкових умовах повинен мати ціну. Ціна в даному випадку виступає як відповідність між доцільністю і можливостями.

Медицина накопичила достатню кількість альтернативних методів лікування однієї хвороби і, як правило, в сучасних умовах вибір одного з них залежить від матеріальних можливостей (парадокс вартості, коли пацієнти вважають, що чим вища ціна медичної допомоги, тим вища її якість). Вважається, що вибір методу лікування повинен насамперед визначатись медичними показаннями. Але якщо можливості держави обмежені і певні методи не можуть бути внесені до переліку гарантованої медичної допомоги з економічних міркувань, то це ще не означає, що заклади охорони здоров'я взагалі повинні відмовитись від подібних технологій. Доречно буде зауважити, що навіть в державах, де на охорону здоров'я виділяється значна частка валового національного продукту, при виборі альтернативних програм часто-густо використовують метод „витрати – результати”, тобто враховують вірогідно отриману користь у співвідношенні з кількістю необхідних матеріальних ресурсів.

Кожна людина володіє природним невід'ємним і непорушним правом на охорону здоров'я, що є одним із пріоритетних напрямків державної політики, а також її обов'язком.

Охорона здоров'я охоплює систему заходів, спрямованих на забезпечення, збереження та розвиток фізіологічних та психологічних функцій, оптимальної працездатності, соціальної активності людини за максимальної біологічної можливості індивідуальної тривалості життя.

Основними заходами системи охорони здоров'я в т.ч. і в умовах ОТГ є:

- створення здорових і безпечних умов життя:
  - підтримка необхідного для здоров'я життєвого рівня населення;
  - охорона навколишнього природного середовища;
  - забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя території і населених пунктів;
  - створення сприятливих для здоров'я умов праці, навчання, побуту і відпочинку;
  - збереження генофонду народу України;
  - запобігання для населення захворюванням;
  - обов'язкові медичні огляди;



- сприяння здоровому способу життя населення.
- гарантування лікувально-профілактичної допомоги:
  - забезпечення лікувально-профілактичної допомоги (первинної, спеціалізованої, високо спеціалізованої);
  - направлення хворих на лікування за кордон;
  - надання медичної допомоги в невідкладних та екстремальних ситуаціях;
    - вибір лікаря та лікувального закладу;
    - обов'язкове надання медичної інформації;
    - збереження лікарської таємниці;
    - звільнення від роботи на період роботи;
    - погодженість медичного втручання;
    - застосування методів профілактики, діагностики, лікування і лікарських засобів;
    - спеціальні заходи профілактики і лікування;
    - донорство крові та її компонентів;
    - трансплантація органів та інших анатомічних матеріалів.
- забезпечення лікарськими і протезними засобами:
  - забезпечення лікарськими засобами та імунобіологічними препаратами:
    - виробництво лікарських засобів та імунобіологічних препаратів;
    - забезпечення протезною допомогою.
- охорона здоров'я матері та дитини:
  - заохочення материнства, гарантії охорони здоров'я матері та дитини;
    - забезпечення медичною допомогою вагітних жінок і новонароджених;
    - піклування про зміцнення та охорону здоров'я дітей та підлітків;
      - організація дитячого харчування та контроль його якості;
      - контроль за охороною здоров'я дітей у дитячих виховних та навчальних закладах;
      - державна допомога громадянам у здійсненні догляду за дітьми з дефектами фізичного та психічного розвитку;
      - пільги матерям у разі хвороби дітей;
      - контроль за трудовим і виробничим навчанням та умовами праці підлітків;
      - обов'язкові медичні огляди працюючих підлітків.

- організація санаторно-курортної діяльності та відпочинку:
  - медико-санітарне забезпечення санаторно-курортної діяльності;
  - медико-санітарне забезпечення відпочинку.
- медична експертиза:
  - медико-соціальна експертиза втрати працездатності;
  - військово-лікарська експертиза;
  - судово-медична і судово-психіатрична експертизи;
  - патолого-анатомічна експертиза;
  - альтернативна медична експертиза.
- медична та фармацевтична діяльність:
  - заняття медичною і фармацевтичною діяльністю;
  - підготовка перепідготовка та підвищення кваліфікації медичних фармацевтичних працівників.
- міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я:
  - скорочення мертвонароджуваності, дитячої смертності;
  - забезпечення здорового розвитку дитини;
  - поліпшення всіх аспектів гігієни зовнішнього середовища і гігієни праці на виробництві;
  - запобігання і лікування епідемічних, ендемічних, професійних та інших хвороб, боротьба з ними;
  - створення умов для забезпечення медичної допомоги і медичного догляду в разі хвороби.

Охорона здоров'я є однією зі складових невиробничої сфери. Її зв'язок із споживанням є безпосереднім, якщо послуги безкоштовні, і опосередкованим, якщо вони платні. Послуги охорони здоров'я споживаються безпосередньо.

Система охорони здоров'я покликана підтримувати і стимулювати працездатність організму людини, з економічного погляду – робочої сили. Це означає, що її послуги безпосередньо впливають на виробництво. Водночас значна кількість послуг охорони здоров'я не має прямого зв'язку з виробництвом. У цьому виявляється одна з відмінностей охорони здоров'я від інших елементів невиробничої сфери.

Пріоритетна роль серед оздоровчих послуг належить лікувально-профілактичній допомозі, яку надають поліклініки, лікарні, диспансери, клініки науково-дослідних інститутів, інші акредитовані заклади охорони здоров'я, служби швидкої допомоги, окремі медичні працівники, які мають відповідний дозвіл (ліцензію).

Охорона здоров'я в Україні – це науково обґрунтована система лікувально-профілактичних та оздоровчих заходів, метою яких є зміцнення здоров'я людей, запобігання захворюванням, підвищення працездатності і продовження їх активної життєдіяльності. Для виконання цих завдань створено органи охорони здоров'я, а також державні та громадські заклади з охорони та поліпшення здоров'я людей.

Заклади охорони здоров'я – підприємства, установи, організації, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, здійснення профілактичних і лікувальних заходів, послуг медичного характеру, виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників.

Первина лікувально-профілактична допомога – основна частина медико-санітарної допомоги, що передбачає консультації лікаря, просту діагностику, лікування основних найпоширеніших захворювань, травм та отруєнь, профілактичні заходи, направлення пацієнта для надання спеціалізованої і високо спеціалізованої допомоги. Надають її переважно за територіальною ознакою сімейні лікарі або інші лікарі загальної практики.

Спеціалізовану (вторинну) лікувально-профілактичну допомогу надають лікарі, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити більш кваліфіковані консультування, діагностику, профілактику і лікування, ніж лікарі загальної практики.

Право на надання високоспеціалізованої (третинної) лікувально-профілактичної допомоги мають лікарі або групи лікарів, які пройшли відповідну підготовку для діагностики і лікування складних і рідкісних захворювань, а також лікування хвороб, що потребують спеціальних методів діагностики та лікування.

Медичні працівники зобов'язані надавати невідкладну допомогу при нещасних випадках і гострих захворюваннях. Це є обов'язком служб швидкої медичної допомоги або найближчих лікувально-профілактичних закладів незалежно від відомчої підпорядкованості та форм власності. Надання безплатної допомоги громадянам в екстремальних ситуаціях (стихійне лихо, катастрофи, аварії, масові отруєння, епідемії, епізоотії, радіаційне, бактеріологічне і хімічне забруднення) покладаються насамперед на спеціалізовані бригади постійної готовності “Служби екстреної медичної допомоги” з

відшкодуванням необхідних витрат місцевих закладів охорони здоров'я в повному обсязі за рахунок централізованих фондів.

Кожен пацієнт має право вільного вибору лікаря та лікувально-профілактичного закладу незалежно від форм власності, якщо вони можуть забезпечити відповідні лікування та медичні послуги. Лікар повинен пояснити пацієнтові у доступній формі стан його здоров'я, мету діагностики і лікувальних послуг, можливий розвиток захворювання, в т.ч. наявність ризику для життя і здоров'я. В особливих випадках коли, інформація може завдати шкоди здоров'ю пацієнта, лікар може її обмежити. У такому випадку він інформує про це членів сім'ї або законного представника пацієнта. Аналогічно він діє, якщо пацієнт перебуває в непритомному стані. У свою чергу, пацієнт може ознайомитися з історією своєї хвороби та документами щодо його лікування.

Надання послуг (медичне втручання), пов'язане з ризиком для здоров'я пацієнта, допускається за гострої потреби, коли ймовірна шкода від застосування методів діагностики, профілактики або лікування є меншою, ніж та, що може настати внаслідок відмови від втручання, а усунення небезпеки для його здоров'я іншими методами неможливе. Для медичного втручання необхідна згода об'єктивно проінформованого дієздатного пацієнта або його законних представників. У невідкладних випадках, коли існує реальна загроза життю хворого, згода хворого (його представників) на медичне втручання не потрібна.

У встановленому законодавством порядку з обов'язкової згоди донора або пацієнта медичні заклади надають такі послуги, як донорство крові та її компонентів; трансплантація органів та інших анатомічних матеріалів; штучне запліднення та імплантація ембріона тощо.

Із метою охорони здоров'я населення ОТГ спеціальні органи і заклади зобов'язані здійснювати заходи профілактики та лікування соціально-небезпечних (туберкульоз, психічні, венеричні захворювання, СНІД, хронічний алкоголізм, наркоманія) і карантинних захворювань. Їх учасниками можуть бути і підприємства приватного сектору, які спеціалізуються на наданні здебільшого таких послуг:

– доведення інформації про санітарно-гігієнічні заходи і їх фінансування. Як правило, цим займаються неурядові організації,

яким для ефективної діяльності потрібна підтримка місцевих громад;

– участь у реалізації програм допомоги хворим. Наприклад, вакцинація населення може здійснюватися на основі зовнішніх контрактів, за державного фінансування;

– лікувально-профілактичне обслуговування.

Послугам сфери охорони здоров'я притаманні специфічні ознаки, що ускладнює спостереження, контроль за ними і відповідний рівень оцінювання.

Основними напрямками надання послуг у сфері охорони здоров'я є:

– індивідуально-орієнтовані клінічні послуги;

– орієнтовані на населення масові послуги (стандартні послуги, які передбачають контроль за розповсюдженням інфекційних захворювань, вакцинацію тощо).

– послуги, орієнтовані на сім'ю, які стимулюють самодопомогу.

Медичні клінічні послуги надають за вказівкою лікаря, за характером вони є традиційно-інтенсивними, тому потребують індивідуальної діагностики і лікування.

Це ускладнює їх моніторинг, особливо під час обслуговування пацієнтів на стаціонарному лікуванні, лікування важкохворих. Деякою іншою є ситуація під час надання медичних послуг, які передбачають самостійний догляд за станом здоров'я на основі отриманої інформації (діагностика, методика лікування тощо) від лікаря.

Медичні заклади, у повоєнний період, повинні враховувати: можливості споживача (кількість, концентрація, платоспроможність, структура захворюваності); можливості лікувального закладу (оснащеність, кадри, ліцензування послуг, фондоозброєність новою технікою, досвід комерційної діяльності); якість, рівень і доступність медичних послуг (набір послуг, їх кількість, додаткові, бажані та обов'язкові послуги, можливості вдосконалення і оновлення послуг, їх новизна, практичний і медичний ефект); конкуренцію (кількість аналогічних послуг, їх якість і ефективність, оснащеність новітньою технікою, професійний рівень фахівців, їх авторитет в інших закладах).

В сучасній охороні здоров'я однією з провідних стратегій повинна стати стратегія соціально-етичного маркетингу, яка передбачає ведення лікувально-профілактичної діяльності, продажі товарів і послуг для окремих спеціальних груп населення

(пенсіонерів, ветеранів війни і праці, блокадників, самотніх, малозабезпечених, багатодітних, осіб з соціально значимими захворюваннями). У комерційній діяльності має обов'язково бути передбачена програма спонсорства, безкоштовності, зниження цін, чесності, етичної спрямованості. У вирішенні згаданих проблем доцільно враховувати зарубіжний та вітчизняний досвід у цій сфері. На даний час доцільно уточнити роль та сутність інформаційно-комунікаційної компоненти в управлінні медичним закладом (підприємством) та комунікаційне забезпечення функціональної діяльності медичного закладу в умовах ОТГ ін. Власне вирішенню низки цих та інших проблем присвячена ця книга

*Президент Академії соціального управління,  
д.е.н., проф. ТНТУ,  
заслужений діяч науки і техніки України  
Богдан Андрушків*

*Кожен з нас повинен бути реалізатором основного закону і соціогуманітарної політики у нашій державі та пам'ятати*  
**(ст. 46. Конституції України)**

*Громадяни мають право на соціальний захист, що включає право на забезпечення їх у разі повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття з незалежних від них обставин, а також у старості та інших випадках, передбачених законом*  
**(Богдан Андрушків)**

## **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ КОМУНІКАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ**

- сутність комунікацій в управлінні медичним закладом (підприємством);
- рівень комунікаційного забезпечення функціональної діяльності медичного закладу.



## **1.1. Сутність комунікацій в управлінні медичним закладом (підприємством)**

Початок ХХІ століття ознаменувалося суттєвими перетвореннями в охороні здоров'я обумовленими обставинами повоєнного періоду. Однією з найважливіших задач проведених нині реформ у системі вітчизняної охорони здоров'я є адаптація галузі не лише до умов ринкових відносин, які утвердилися у всіх сферах життя, а і до мирних умов відновлення цивільної інфраструктури ін.

Охорона здоров'я є галуззю, у якій проведення перетворень пов'язані з значними труднощами. Перед реформаторами охорони здоров'я стоїть безліч складних завдань, у тому числі розробка методів вимірювання та підвищення ефективності функціонування галузі та її підгалузей у повоєнний період.

Зазначимо, що в охороні здоров'я ринкові відносини неминуче набувають специфічного змісту, породженого особливою природою об'єкта купівлі-продажу та значущості потреб. Як товар тут виступає не здоров'я людини, а предмет діяльності медичних працівників – медична послуга (далі – МП). Економічна ситуація у світі розвивається таким чином, що все більша частина послуг охорони здоров'я набуває характеру приватних благ [58]. Ця обставина можна розцінювати як каталізатор дії ринкових механізмів у сфері охорони здоров'я.

В умовах економічного реформування стає необхідним пошук форм та методів управління, котрі дозволять медичним підприємствам адаптуватися до змін зовнішнього середовища, раціональніше використати свій потенціал у всій сукупності його складових, нарощувати конкурентні переваги та створити реально передумови забезпечування своєї стійкості в найближчій перспективі.

Як свідчить вітчизняний і зарубіжний досвід, основна роль у забезпеченні сталого функціонування закладів охорони здоров'я належить їх керівникам, тобто управлінській ланці (менеджерам), його знанням, кваліфікації, досвіду роботи [61].

Менеджмент у повоєнний період означає управління у соціально-економічних системах у певних повоєнних обставинах. Управління – це процес переведення керованої системи в новий, задалегідь заданий (запрограмований та запланований) стан через інформаційний вплив, який спрямовується від керуючої системи та

орієнтований на отримання одного з двох варіантів кінцевих результатів:

а) збереження у повоєнний період стабільності як сукупності основних властивостей та якості керуючої, керованої та комунікативно-інформаційної систем, втрата яких веде до руйнування (ліквідації) підприємства;

б) виконання програм та планів, що забезпечують не тільки стійкість функціонування, а й досягнення головної стратегічної цілі – розвиток медичного підприємства та надання якісних медичних послуг.

Основна мета менеджменту, як складової частини науки про управління в медичних системах, полягає у забезпеченні формування та реалізації головного стратегічного завдання діяльності медичного підприємства на цільовому ринку споживачів продукції та послуг.

Незважаючи на єдину кінцеву мету – забезпечення високої якості медичних послуг, – управлінська праця і діяльність безпосередніх виконавців істотно різняться між собою як за метою, предметом, засобами, так і по ряду інших особливостей (рис. 1.1). Насамперед, до них необхідно віднести такі:

1. «Управлінська праця, будучи розумовою працею переважно творчого характеру, не бере участі безпосередньо у діяльності виконавців, але водночас надає прямий вплив на цей процес через організацію праці лікарського, середнього, молодшого медичного та допоміжного персоналу» [61]. Тому управлінську працю, як і виробничу, відносять до продуктивної.

2. «Безпосереднім предметом управлінської праці виступає інформація, а не матеріальні та фізичні компоненти» [24]. З її допомогою здійснюється вплив на людей, які є об'єктом керування. Іншими словами, управлінський працю являє собою роботу з інформацією та людьми.

3. Засобами управлінської праці служать організаційна, обчислювальна та комунікаційна техніка, призначена для обробки та передачі інформації, а також сама інформація у вигляді довідників, графіків, таблиць.

4. Управлінська праця носить розумовий характер і є творчою, хоча і містить окремі елементи фізичної праці. У своїй частині управлінський працю пов'язані з виконанням нестандартних операцій, потребують щоразу нових підходів, вироблення нових

рішень.



**Рис. 1.1. Особливості управлінської праці в умовах ОТГ**

Примітка. Авторські розробки.

5. «Продуктом управлінської праці є перероблена інформація чи відповідні рішення та дії, організація їх виконання, ефективний контроль за цим процесом, інформаційні фонди» [25]. Зауважимо, що і продукт управлінського праці окремих стадіях діяльності може мати однаковий вид.

6. Управлінська праця, особливо праця менеджерів-керівників та фахівців, виконує активізуючу роль і багато в чому визначає як результати виробничо-господарської діяльності медичного підприємства в цілому, так і соціально-економічні умови працівників її структурно-функціональних підрозділів.

7. Трудові ресурси, що займаються управлінською працею, можуть бути класифіковані за сферою його застосування, зайнятості в органі управління, рівнем освіти. При цьому якісні властивості таких

ресурсів відображають рівень знань, кваліфікацію, досвід роботи, вік, інтелектуальний рівень, ступінь соціального розвитку колективу тощо, характеризуючи тим самим рівень тієї частини трудового потенціалу, який зайнятий управлінською працею.

Отже, нині рівень та результати роботи будь-якого медичного підприємства безпосередньо залежать від якості управління.

Зазначимо, що управління в медичному підприємстві є складним та багатоплановим процесом, який здійснюється через працівників. Інструментом управління в руках директора медичного підприємства є інформація, якою він може розпоряджатися. Використання та передача цієї інформації, а також отримання зворотних сигналів дозволяє йому організовувати, керувати та мотивувати персонал. Крім того, велике значення має здатність передачі інформації таким чином, щоб відбувалося досягнення адекватного сприйняття такої інформації тим, кому вона призначена. Сучасні керівники повинні розуміти важливість цієї проблеми та приділяти цьому велику увагу.

Як бачимо, нині в сучасних медичних закладах ОТГ ключовою проблемою є процес передачі інформації між суб'єктами у формі комунікації. Беззаперечним є факт, що серед організаційних процесів фундаментальне і центральне місце займають комунікації, оскільки лежать в основі функціонування кожного підприємства.

Останнім часом інтерес до питань комунікації явно зріс. Так, Горовий В. М. [12] звертає увагу на появу «епохи генерації інформації», бо постійне вдосконалення процесів передачі, отримання та розуміння інформації є цілком природною.

Наявність у літературі різноманітних поглядів на комунікації, засвідчує доцільність вивчення цього питання.

Термін «комунікація» походить від латинського «communis», що означає «загальне»: передає інформацію намагається встановити «спільність» з тим, хто отримує інформацію, або, що для головного лікаря важливіше, – це передача від керівника до підлеглого не просто інформації, а значення або сенс за допомогою символів.

Варіанти трактування поняття «комунікація» наведено на рисунку 1.2.

Як бачимо, комунікація пов'язується з процесом передачі інформації, а також із процесом людської взаємодії, зі спілкуванням. Отже, без взаємодії неможливо передати інформацію, а без передачі інформації взаємодія втрачає свій зміст.



**Рис. 1.2. Тракткування дефініції «комунікація»**

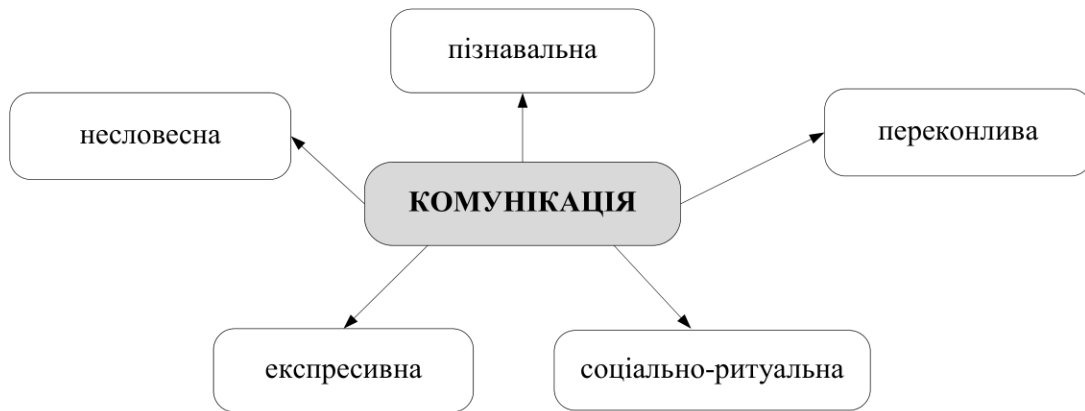
Примітка. Авторські розробки.

Вважаємо, що доцільно розглядати комунікації як процес трансляції ідеї від джерела до одержувача з метою зміни поведінки цього одержувача, а також взаємодія як механізм цієї трансляції.

Зазначимо, що фахівці розглядають поняття «комунікація» та «інформація» як різні, що тісно взаємопов'язані між собою. У комунікацію входить що передається і як передається. Вважається, що комунікація відбудеться за наявності не менше двох людей. До кожного учасника управлінської взаємодії комунікація висуває певні вимоги. Так, кожен учасник повинен володіти усіма чи деякими здібностями: чути, бачити, сприймати. Тому, для того, щоб комунікація відбулася як ефективна, то вимагається від кожної сторони певні навички та уміння. Крім того, важливою є існування певного ступеня взаємного розуміння.

Варто зазначити, що «комунікація в організації безпосередньо пов'язана з основними функціями управління, тобто плануванням, організацією, мотивацією та контролем, а менеджери виконують ці функції управління значною мірою за допомогою процесу спілкування» [7]. Саме потреби управління привели в кінці ХХ століття до актуалізації теми комунікації.

У медичному підприємстві виокремлюють такі види комунікацій (рис. 1.3):



**Рис. 1.3. Види комунікацій у медичному підприємстві ОТГ**

Примітка. Авторські роробки.

- пізнавальну – передача змісту, інформації;
- переконливу – вплив із єдиною метою змінити ставлення до чогось чи щось зробити;
- соціально-ритуальну – підтримання звичаїв, норм та процедур поведінки;
- експресивну – передача почуттів, оцінок, поглядів;
- несловесну – спілкування за допомогою поз, жестів, міміки.

У процесі комунікації інформація передається між суб'єктами, якими можуть бути як окремі люди, так і групи і навіть підприємства загалом (в лікарні віддалено розташовані філії). У першому випадку комунікація є міжособистісною і здійснюється через передачу ідей, відносин від одного суб'єкта до іншого у різних формах (усно, письмово, за допомогою жестів, поз, тону голосу, часу передачі) задля одержання бажаної реакції у відповідь. У другому випадку комунікацію можна назвати організаційною, оскільки здійснюється між різними медичними підприємствами.

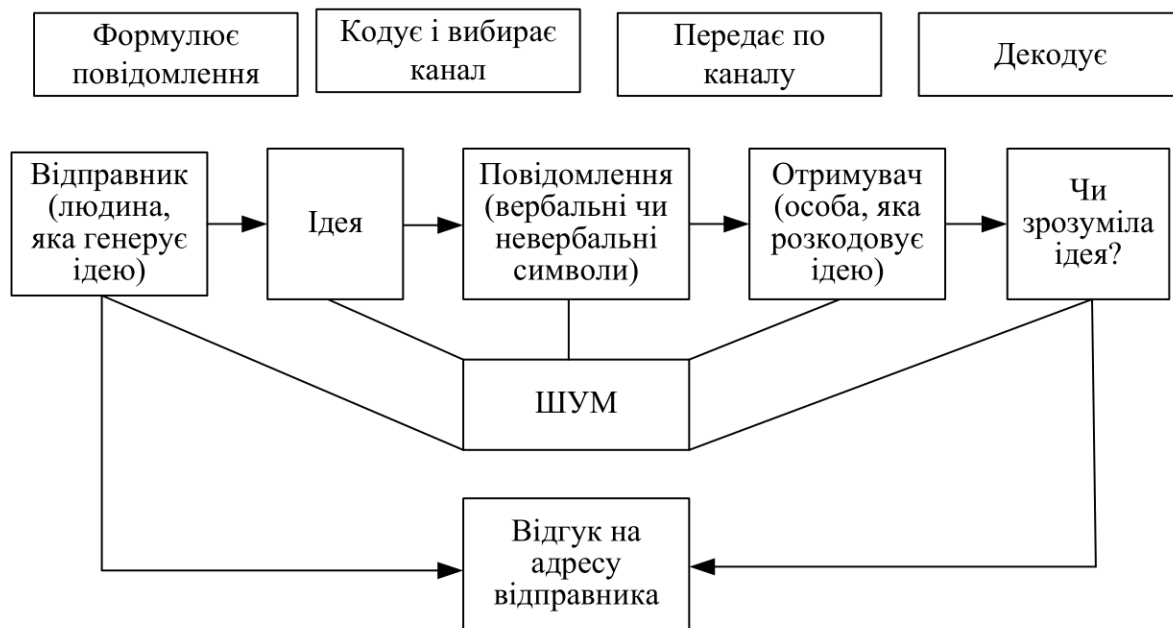
Зазначимо, що для успіху в управлінні медичним підприємством є важливо здійснювати ефективну міжособистісну комунікацію. Насамперед, вирішення значного числа управлінських задач будується через безпосередню взаємодію людей (директора з підлеглим, працівники один з одним) у межах певних подій. Крім того, «здійснення міжособистісної комунікації дозволяє найкращим способом обговорити і вирішити питання, що характеризують невизначеністю та двозначністю» [6].

Загальновідомо, що міжособистісна комунікація є процесом, що складається з певних етапів та зв'язків, що є взаємопов'язаними

(рис. 1.4), знання яких дозволяє найефективніше керувати процесом загалом.

Відправник виступає у ролі джерела та, відповідно, запускає процес комунікації. На підприємстві це людина, яка має інформацію, потребу, готовність чи обов'язок передати її іншій особі чи групі людей. У типовому двосторонньому процесі комунікації обоє людей, що спілкуються один з одним, є джерелами наданої інформації. У її межах деякі є відправниками, а інші – одержувачами. Їхні ролі змінюються під час даного процесу.

«Під час комунікації інформація кодується, тобто перетворюється на символи, наприклад, текст, діаграму, графік, зображення або жести» [26]. Умовою кодування є вибір правильних символів, щоб їх значення було однаковим для відправника та одержувача. Спосіб кодування вибирає відправник. Фактори, які він повинен враховувати – це важливість повідомлення, ступінь його структурованості, вибір середовища, умов та характер контакту. Тут варто підкреслити, що ефективність процесу комунікації значною мірою залежить саме від кодування.



**Рис. 1.4. Схема комунікаційного процесу у повоєнний період**

Примітка. Побудовано автором.

Отримане повідомлення – це суть процесу комунікації. Розглядаючи відправника та одержувача, варто розрізнити такі види повідомлень:

– приватні, тобто всі ті, які надсилаються у неформальних цілях



(не пов'язані із службовими обов'язками);

– ділові (але не публічні) – це всі повідомлення, метою яких є інформування одержувача щодо питань, пов'язаних з роботою;

– загальнодоступні, згідно яких інформація розповсюджується багатьом людям безпосередньо та одночасно.

Наступним елементом процесу комунікації є канал, тобто спосіб передачі повідомлення одержувачу. Два основні типи каналів – це усні та письмові комунікації. «У першому випадку це може відбутися: одним поглядом, у короткому зверненні, по телефону, через публічні виступи та конференції, які можна розділити на прямі (віч-на-віч, обговорення, переговори) та непрямі (через телефон, телебачення, комп'ютерну мережу, месенджери, які використовують звук для спілкування)» [7]. Письмові комунікації – це, як правило, різні типи приміток, електронних листів, тексту на екрані комп'ютера, месенджери з використанням тексту, візуальні форми з використанням діаграм, фотографій або відео-техніки. Варто наголосити на великій популярності месенджерів обміну миттєвими повідомленнями, такими як *Viber* або *Telegram*.

Наступним етапом процесу комунікації є декодування, тобто інтерпретація одержувачем отриманого повідомлення та його обробка. Одержувачем повідомлень може бути одна людина, група людей (наприклад, зустріч, на якій одна людина подає звіт, а інші слухають), певний соціальний сегмент, до якого адресується повідомлення (наприклад, реклама), конкретна організація або конкретна структура.

У фундаменті будь-якої комунікації лежить спілкування, що є процесом встановлення контактів між людьми та їх розвиток, що спричинена потребами у спільній діяльності і передбачає обмінювання інформацією, розуміння іншої людини, вироблення єдиної стратегії та лінії поведінки.

Однак, необхідно зазначити, що на шляху розвитку спілкування існують різноманітні перешкоди, які можна позначити терміном «бар'єри». Бар'єрами спілкування можуть бути:

- 1) поверхневі судження, які спотворюють суть явища;
- 2) стереотипи, у яких ставлення до людини формується з урахуванням заздалегідь сформованих уявлень;
- 3) стурбованість і зайнятість собою, коли підлеглий розуміє, що його «не бачать» та «не чують»;

4) надреакція на емоційно забарвлені слова, за якої виникають зустрічні негативні емоції: гнів, образа, образа;

5) необґрунтований перебір, після якого зникає бажання продовжувати розмову;

6) прихований порядок денний, тобто наявність глибинних інтересів, що маскуються;

7) бар'єрні фрази, які порушують контакт своєю появою у розмові;

8) демагогія – сукупність прийомів, що дозволяють створити враження правоти, не маючи права.

Для зняття бар'єрів спілкування головному лікареві необхідно:

– бути відкритим співрозмовнику, приймати його таким, яким він є;

– будь-яке повідомлення слухати цілком, з емоціями та інтонаціями;

– бути фізично уважним;

– брати участь у спілкуванні активно та відповідально;

– спостерігати за немовною поведінкою партнера;

– зрозуміле і чітке висловлювання думок.

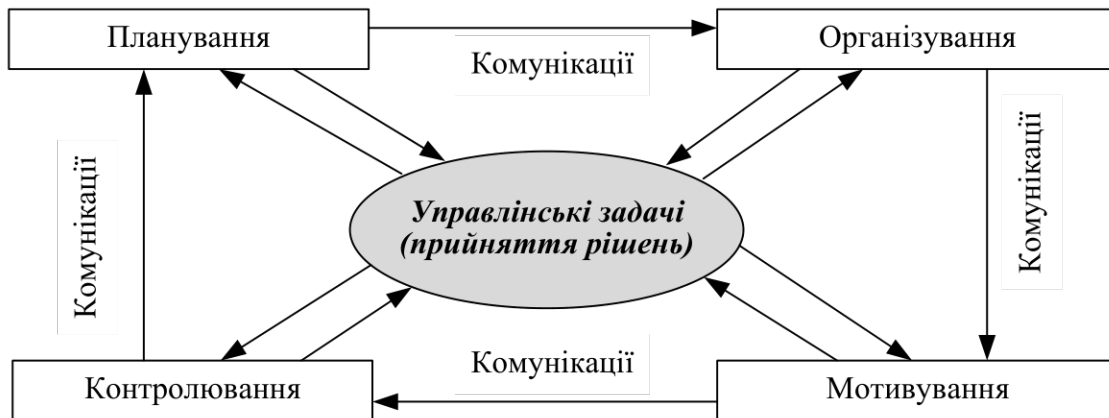
Отже, важливість налагодженого процесу комунікації у повоєнний період є життєво необхідним для організації ефективного управління. Передача інформації є важливою складовою процесу прийняття управлінських рішень. Завдяки налагодженню процесу комунікації на підприємстві стає можливим його ефективніше функціонування та пониження рівня інформаційного ризику.

## **1.2. Рівень комунікаційного забезпечення функціональної діяльності медичного закладу**

Сучасне медичне підприємство в ОТГ є складною соціально-економічною системою відкритого типу, управління яким є комплексним, багатоплановим процесом, що здійснюється через взаємодію адміністрації та працівників.

Як відомо, уся система управління медичними підприємствами пронизана комунікаціями (рис. 1.5). Комунікації є важливою стороною медичної діяльності, як основа забезпечення соціальної ефективності лікувально-діагностичного процесу, а також умова

успішності менеджменту медичних підприємств. Крім того, комунікації значно впливають як на процес лікування, так і на якість адміністрування в медичних підприємствах.



**Рис. 1.5. Комунікації в управлінні**

Примітка. Наведено за [20].

Комунікаційне забезпечення функціонування підприємств включає «сукупність технічних, програмних, організаційних і управлінських засобів, що формують середовище кодування і передавання інформації всередині підприємства та обмін інформацією з його зовнішніми контрагентами, включаючи доступ та інтегрування до мереж загального використання різних рівнів» [7].

Як уже наголошувалося, важливим інструментом управління в руках директора медичного підприємства є інформація, якою він може розпоряджатися [8]. Використання та передача цієї інформації, а також отримання зворотних сигналів дозволяє йому організовувати, керувати та мотивувати персонал. Крім того, велике значення має здатність передачі інформації таким чином, щоб відбувалося досягнення адекватного сприйняття такої інформації тим, кому вона призначена.

Зазначимо, що сучасний менеджер медичного підприємства має розуміти важливість проблеми комунікацій, формувати та керувати комунікативною політикою та приділяти цьому питанню основну увагу.

Комунікативна політика медичного підприємства окреслюється як стратегічний курс дій цієї установи в умовах раціонального використання комплексу комунікаційних засобів, що забезпечує йому стабільну та ефективну діяльність щодо просування медичних послуг на ринок [8].

Комплекс комунікаційних засобів медичного підприємства включає низку основних складових (рис. 1.6):

- 1) власне процес комунікації;
- 2) організаційна поведінка (взаємодія адміністрації зі працівниками);
- 3) організаційну та корпоративну культуру;
- 4) впровадження нових медичних технологій;
- 5) маркетингову діяльність.



**Рис. 1.6. Комплекс комунікаційних засобів медичного підприємства**

Примітка. Побудовано автором.

Усі ці складові, безсумнівно, мають на увазі створення єдиного інформаційного простору медичного підприємства – бази, що поєднує його з автоматизованою інформаційною системою міста (регіону).

Зауважимо, що комунікаційна політика передбачає встановлення цілей комунікації, шляхів досягнення, зміст інформації, що поширюється на різні аудиторії, а також планування зворотного зв'язку. Для медичного підприємства це:

- 1) створить можливість своєчасно виявляти і вирішувати комунікаційні проблеми;
- 2) зробить інформацію, що є вихідною, більш керованою;
- 3) створить можливість раціонально вибрати цілі комунікації, котрі орієнтуються на спеціалізовану аудиторію, а не на масовку;
- 4) забезпечить більш високого рівня зворотного зв'язку задля

зростання ефективності комунікації медичного підприємства.

Комунікаційною мережею є поєднання певним чином медичних працівників, які учавствують в комунікаційному процесі, при допомозі інформаційного потоку. Зауважимо, що у даному випадку маються на увазі комунікаційні відносини між індивідами, а не самі люди. У комунікаційну мережу включаються послання чи сигнали між особами. Комунікаційна мережа передбачає застосування вироблених у медичному підприємстві зразків таких потоків, а не концентрацію на тому, чи вдало передано зміст та значення послань. Хоча, комунікаційна мережа впливає на збільшення розриву або, навпаки скорочення між надісланою та отриманою інформацією.

Аналіз як наукових, так і літературних джерел [3; 6; 14; 17; 19; 23; 50; 56], а також дослідження практики функціонування медичних підприємств дозволив окреслити комунікаційну мережу багатопрофільної лікарні, що включає суб'єкти як внутрішнього, так і зовнішнього середовищ, з якими доводиться постійно взаємодіяти директору медичного підприємства (рис. 1.7).



### ***Рис. 1.7. Модель комунікаційних зв'язків медичного підприємства***

Примітка. Побудовано авторами.

Як бачимо, на рівні медичного підприємства ОТГ, комунікації проводяться з представниками місцевої влади, працедавцями, а також і з населенням безпосередню.

Зауважимо, що на ринку медичних послуг спостерігають трьох суб'єктів, котрі є важливими для системи охорони здоров'я, а також приймають безпосередню участь в процесах комунікації медичного підприємства і визначають особливості такої взаємодії, а саме:

- 1) пацієнт – той, хто споживає медичні послуги;
- 2) медичне підприємство – той, хто надає медичні послуги;
- 3) платник – той, хто фінансує ці медичні послуги [39].

Представлений поділ є максимально спрощеним, оскільки функції платника, медичного підприємства, і пацієнта взаємопов'язані (наприклад, пацієнт може бути одночасно платником, який фінансує медичні послуги, котрі йому надає медичне підприємство).

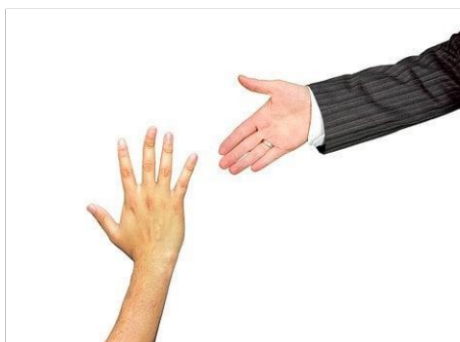
Зазначимо, що мережа, яка створена директором медичного підприємства, складається із певних зв'язків, а саме: вертикальні, горизонтальні, діагональні. Вертикальними зв'язками будується лінія керівництва від директора до підлеглого, утворюючи так звану «вертикаль влади» у будь-якому медичному підприємстві. Горизонтальні зв'язки передбачають взаємодію рівних за рівнями працівників або структурних одиниць медичного підприємства: між заступниками директора, між керівниками центрів, завідувачами відділень, між співробітниками. Діагональними зв'язками є взаємодія з іншими менеджерами та іншими працівниками. Отже, мережа таких зв'язків утворює реальну структуру медичного підприємства.

Загальновідомо, що завданням формальної організаційної структури є надання комунікаційним потокам правильного напрямку. При цьому, розмір підрозділу медичного підприємства обмежує можливість розвиватися комунікаційній мережі. Якщо розміри підрозділів збільшуються в арифметичній прогресії, то число можливих комунікаційних відносин збільшується в експоненті. Тому, в залежності від побудованої комунікаційної мережі, діяльність медичних підприємств відрізняється більшою або меншою ефективністю.

Формами комунікативних технологій медичних підприємств є реклама і зв'язки з громадськістю. Якщо медичне підприємство ставить перед собою масштабні комунікаційні цілі (допомогтися взаєморозуміння і, навіть, співробітництва із різноманітними соціальними групами та оргструктурами), то їй для вирішення таких складних задач необхідні більш складні технології і розроблення комунікаційної політики.

Економічні перетворення в країні суттєво вплинули і на умови діяльності медичних підприємств, зокрема:

- змінилися розміри та джерела фінансування;
- значно зросла роль економічної сторони діяльності;
- розширилися права;
- зросли вимоги як з боку вищих органів охорони здоров'я, так і з боку територіальних адміністративних органів до кінцевих результатів діяльності.



Успішне вирішення цих завдань залежить від багатьох факторів, у тому числі підвищення ефективності управління багатопрофільними медичними підприємствами, що несуть суттєве навантаження з надання медичних послуг населенню регіонів. У зв'язку з цим надзвичайно актуальними для галузі є питання вибору шляхів оптимізації медичних послуг населенню та розроблення оптимальних моделей управління медичними підприємствами, які б відповідали новим умовам їх діяльності. Тому цілком закономірними є спроби багатьох керівників і фахівців медичних підприємств використовувати нові організаційні технології для прискорення обробки як надходить ззовні, так і різноманітної інформації, що накопичується в результаті діяльності установи, для прийняття управлінських рішень з метою поліпшення медичної допомоги населенню.

Якісний обмін інформацією є важливою і невід'ємною частиною управлінської діяльності медичних підприємств. Здійснення комунікації є пов'язаним процесом, який вимагає ефективного обміну інформацією між медичними працівниками і керівництвом; медичним підприємством та його працівниками, а також громадянами як споживачами медичних послуг.



За останні роки відбулися серйозні зміни в соціально-економічному, політичному та соціально-психологічному засадах суспільства, змінилися ідеологічні та ціннісні орієнтації, з'явилися нові засоби комунікації, посилилася роль ринкових механізмів у відносинах між суб'єктами медичної діяльності.

Отже початок ХХІ століття ознаменувалося суттєвими перетвореннями в охороні здоров'я. Однією з найважливіших задач проведених нині реформ у системі вітчизняної охорони здоров'я є адаптація галузі до нових у повоєнних умов, ринкових відносин, які утвердилися у всіх сферах життя. В охороні здоров'я ринкові відносини неминуче набувають специфічного змісту, породженого особливою природою об'єкта купівлі-продажу та значущості потреб. Як товар тут виступає не здоров'я людини, а предмет діяльності медичних працівників – медична послуга.

Сучасне медичне підприємство є складною соціально-економічною системою відкритого типу, управління яким є комплексним, багатоплановим процесом, що здійснюється через взаємодію адміністрації та працівників.

Уся система управління медичними підприємствами пронизана комунікаціями. Комунікації є важливою стороною медичної діяльності, як основа забезпечення соціальної ефективності лікувально-діагностичного процесу, а також умова успішності менеджменту медичних підприємств.

Сучасний менеджер медичного підприємства має розуміти важливість проблеми комунікацій, формувати та керувати комунікативною політикою та приділяти цьому питанню основну увагу.

Важливим інструментом управління в руках директора медичного підприємства ОТГ є інформація, якою він може розпоряджатися. Використання та передача цієї інформації, а також отримання зворотних сигналів дозволяє йому організувати, керувати та мотивувати персонал. Крім того, велике значення має здатність передачі інформації таким чином, щоб відбувалося досягнення адекватного сприйняття такої інформації тим, кому вона призначена.

*Ефективність інформаційно-комунікативної системи залежить від врахування особливостей функціонування галузі, регіону, національних традицій ін.*  
**(Богдан Адрушків)**

**РОЗДІЛ 2.**  
**ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОМУНІКАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ У МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ НЕОБХІДНА УМОВА ПОВОЄННОГО ВІДРОДЖЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

*– загальна характеристика функціональної діяльності медичного закладу, на прикладі КНП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації»;*

*– аналіз стану інформаційно-комунікаційних процесів у медичному закладі;*

*– характеристика організаційно-психологічних аспектів управління інформаційно-комунікативними процесами у медичних закладах ОТГ*

## **2.1. Загальна характеристика функціональної діяльності медичного закладу (на прикладі КНП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації»)**

Об'єктом даного дослідження є комунальне некомерційне підприємство «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради. «Це лікарняний заклад охорони здоров'я – комунальне унітарне некомерційне підприємство, що надає послуги з третинної/високоспеціалізованої медичної допомоги населенню (громадянам України), іноземцям, а також іншим особам в порядку та на умовах, встановлених з вимогами чинного законодавства України та статутом».

Повна назва підприємства: комунальне некомерційне підприємство «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради.

Медичний заклад утворений відповідно до рішення Тернопільської обласної ради за № 1243 від 06 листопада 2018 року «Про перетворення Микулинецької обласної фізіотерапевтичної лікарні реабілітації в комунальне некомерційне підприємство «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради» згідно із Законом України «Про місцеве самоврядування в Україні» шляхом створення на базі Микулинецької обласної фізіотерапевтичної лікарні реабілітації комунального некомерційного підприємства.

Медичний заклад є об'єктом спільної власності засновника, тобто територіальних громад міст, селищ, сіл Тернопільської області в особі Тернопільської обласної ради.

Медичний заклад є правонаступник усього майна, прав, обов'язків Микулинецької обласної фізіотерапевтичної лікарні реабілітації. Рішенням Тернопільської обласної ради за № 67 від 03.02.2021 року до статуту підприємства внесено зміни та затверджено його статут в новій редакції.

Основною метою створення Микулинецької фізіотерапевтичної лікарні реабілітації є забезпечення медичного обслуговування населення, що постійно проживає (перебуває) на території міста Тернопіль, територіальних громад міст, селищ, сіл Тернопільської області, але не обмежуючись вказаними населеними пунктами, шляхом надання МП в порядку та обсягах як встановлено

законодавством України.

На рис. 2.1 представлені види діяльності Микулинецької фізіотерапевтичної лікарні реабілітації відповідно до поставленої мети:



**Рис. 2.1. Види діяльності КНП «Микулинецька ОФТЛР» ТОР**

Примітка. Побудовано автором на основі [55].

1 здійснювати певні види медичної практики, зокрема:

- організації і управління охороною здоров'я;
- фізіотерапії;
- терапії;
- кардіології;
- педіатрії;
- ортопедії та травматології;
- неврології;
- рентгенології;

- акушерства і гінекології;
- стоматології;
- функціональної діагностики;
- клінічно лабораторної діагностики;
- лікувальної фізкультури;
- рефлексотерапії;
- народної та нетрадиційної медицини;

2) надавати спеціалізовану та кваліфіковану медичну допомогу і медичні послуги без отримання прибутку задля досягнення результатів (соціальних та інших) за рахунок:

- коштів місцевих бюджетів;
- коштів територіальних громад, а також інших органів місцевого самоврядування згідно із укладеними договорами;
- коштів державної медичної субвенції;
- доходів, що одержані від наданих платних послуг, а також провадження господарської діяльності;
- благодійних внесків як юридичних, так і фізичних осіб;
- інших джерел, котрі не заборонені чинними законодавством України.

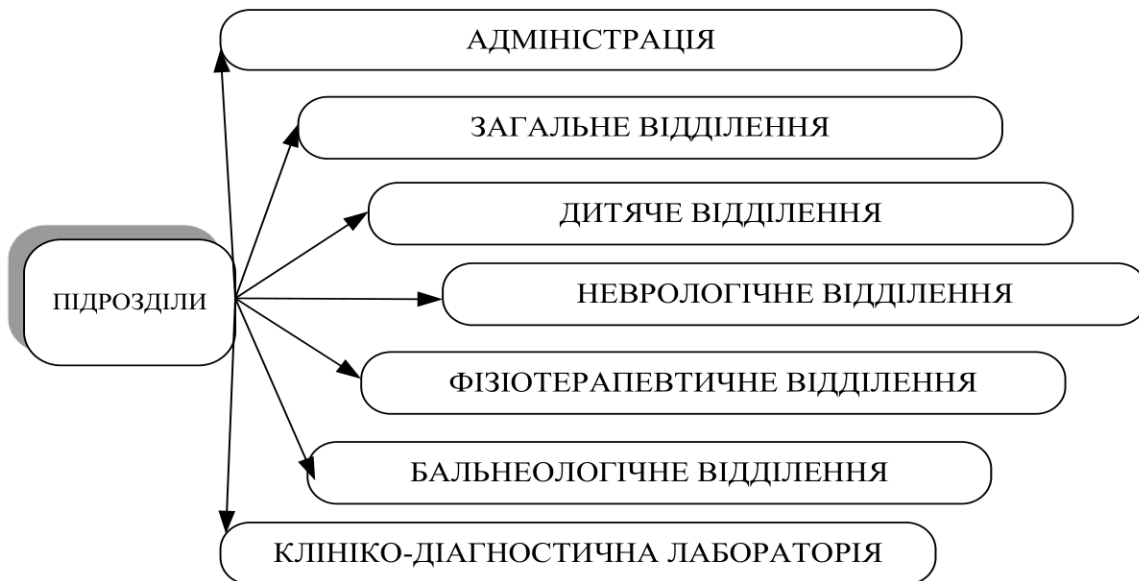
Як бачимо, Микулинецька фізіотерапевтична лікарня реабілітації здійснює господарську некомерційну діяльність, яка спрямована на досягнення певних результатів (соціальних та інших) без мети отримання прибутку.

Згідно статуту структуру КНП «Микулинецька ОФЛР» та зміни до неї, порядок внутрішньої організації та сфери діяльності структурних підрозділів медичного підприємства затверджує керівник підприємства – генеральний директор (головний лікар). Підрозділи КНП «Микулинецька ОФЛР» ТОВ представлено на рис. 2.2.

У КНП «Микулинецька ОФЛР» функціонує фізіотерапевтичне, бальнеологічне відділення і три ліжкових відділення: загальне, дитяче, неврологічне. Функціонують кабінети гальваногрязей, гідромасажу, парафіно-озокеритових аплікацій, підводного витяжіння, сірководневих ванн, торфогрязевих аплікацій, функціональної діагностики, а також клініко-діагностична лабораторія.

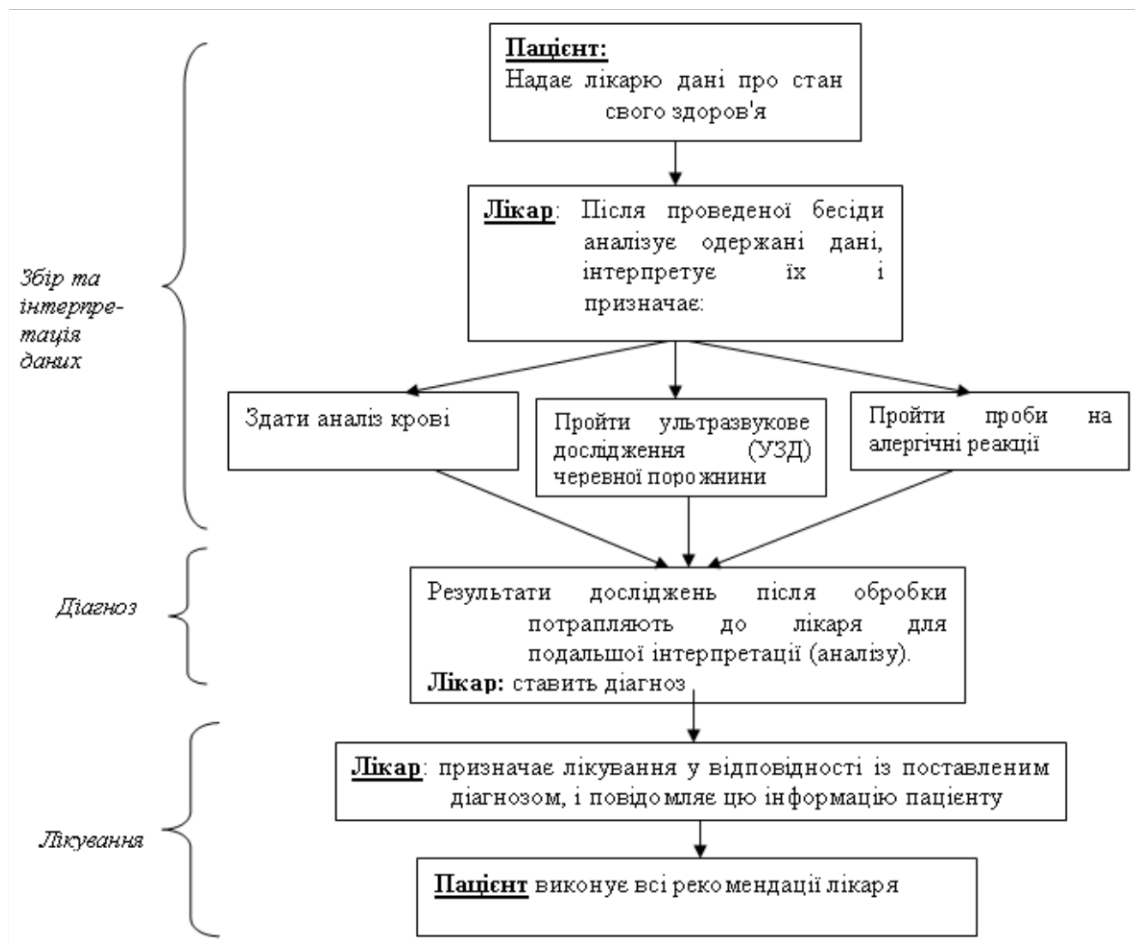
Лікувально-діагностичний процес у Микулинецькій

фізіотерапевтичній лікарні реабілітації нами подано на рис. 2.3.



**Рис. 2.2. Підрозділи КНП «Микулинецька ОФТЛР»**

Примітка. Побудовано авторами на основі даних медичного підприємства.



**Рис. 2.3. Лікувально-діагностичний процес у Микулинецькій фізіотерапевтичній лікарні реабілітації**

Примітка. Побудовано автором.

Дослідження показало, що на сьогодні у КНП «Микулинецька ОФТЛР» ліжковий фонд налічує 150 стаціонарних ліжок, у 2020 році відновлювали стан свого здоров'я у медичному закладі 2220 пацієнтів, у тому числі 164 дітей.

Упродовж 2020 року у Микулинецьку фізіотерапевтичну лікарню реабілітації надійшло 2,22 тис. хворих, у тому числі 2,056 тис. дорослих (особи віком 18 років та старші) і 164 дітей (особи віком 0-17 років). Число сільських жителів, що надійшли в стаціонар склало 1082 особи.

Число осіб, які закінчили лікування (виписано) у Микулинецькій фізіотерапевтичній лікарні реабілітації у 2020 році [15] склало 2282 особи, у тому числі 2056 дорослих та 184 дітей, у тому числі:

- хвороби нервової системи – 127 дорослих і 80 дітей;
- хвороби системи кровообігу – 94 дорослих;
- хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини – 1847 дорослих і 73 дітей;
- травми та інші наслідки дії зовнішніх факторів – 20 дорослих і 6 дітей.

Число проведених процедур у 2020 році у Микулинецькій фізіотерапевтичній лікарні реабілітації:

- фізіотерапевтичним відділенням становило 105,9 тис.:
- кабінетом ЛФК – 4107.

Чисельність працівників, штатний розпис КП генеральний директор (головний лікар) – керівник медичного підприємства – визначає на власний розсуд на підставі фінансового плану і погоджує із засновником в особі Голови Тернопільської обласної ради за умов наявності позитивного висновку начальника управління охорони здоров'я ТОДА, до повноважень якої належить розгляд питань у даній галузі. Функціональні обов'язки та посадові інструкції працівників Микулинецької фізіотерапевтичної лікарні реабілітації стверджуються керівником підприємства – генеральним директором (головним лікарем).

Для аналізу забезпеченості медичного підприємства персоналом обрахуємо коефіцієнт укомплектованості персоналом ( $K_{КП}$ ), який характеризується відношенням кількості зайнятих посад ( $П_{ФАКТ}$ ) до затвердженої кількості штатних посад ( $П_{ПЛ}$ ) (формула 2.1.).

$$K_{КП} = П_{ФАКТ} / П_{ПЛ}, \quad (2.1)$$



Аналіз укомплектованості персоналом представимо у таблиці 2.1

Таблиця 2.1

**Укомплектованість персоналом Микулинецької  
фізіотерапевтичної лікарні реабілітації**

Категорія персоналу	Кількість посад, затверджена штатним розписом	Фактично зайнято посад	Відхилення	
			+/-	КУП
2020 рік				
Лікарі, всього	14,00	12,50	-1,50	0,89
терапевти	3,00	3,00	0,00	1,00
фізіотерапевти	2,00	2,00	0,00	1,00
акушери-гінекологи	0,50	0,00	-0,50	0,00
педіатри	1,00	1,00	0,00	1,00
невропатологи	3,00	3,00	0,00	1,00
лікарі-психологи	0,50	0,50	0,00	1,00
інтерни	1,00	1,00	0,00	1,00
Середній медперсонал - усього	48,50	46,00	-2,50	0,95
у тому числі за спеціальностями: медичні сестри	18,5	17,00	-1,50	0,92
лаборанти клінічних лабораторій	1,00	1,00	0,00	1,00
медичні сестри фізіотерапевтичних кабінетів	26,00	25,00	-1,00	0,96
медичні статистици	1,00	1,00	0,00	1,00
Молодший медперсонал	52,50	46,00	-6,50	0,88
Інший персонал	47,00	40,00	-7,00	0,85
Усього посад (підсумок рядків 1,92-94,106-109)	162,00	144,50	-17,50	0,89

Примітка. Наведено за даними підприємства.

Із даних таблиці 2.1 видно, що у 2020 році коефіцієнт укомплектованості персоналом знаходився на рівні 0,89. Кількість вакантних ставок склали 17,50 в 2020 році.

Як бачимо, відповідно до проведеного аналізу даних, фактично зайнято посад менше, ніж реальні потреби, тобто медзаклад не може надати той об'єм МП, який необхідний для задоволення потреб населення. Це призводить до перевантаження працюючого персоналу, зниження рівня і якості медобслуговування.

Зауважимо, що укомплектованість організації штатними одиницями при граничній кількості спеціалістів забезпечується за рахунок сумісництва за посадами. Обрахуємо коефіцієнт сумісництва

медичних працівників використовуючи формулу 2.2:

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

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

Розрахунок коефіцієнта сумісництва медичних працівників Микулинецької фізіотерапевтичної лікарні реабілітації представлено в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

**Коефіцієнт сумісництва медичних працівників Микулинецької фізіотерапевтичної лікарні реабілітації**

Показники	2020 рік
За штатним розписом	162,00
Фактично зайнято посад	144,50
Фізичних осіб	144
Коефіцієнт сумісництва	1,125

Примітка. Сформовано автором за даними підприємства.

Як видно з таблиці 2.2, коефіцієнт сумісництва у 2020 році становив 1,125. Таке значення показує, що укомплектованість персоналом досягається за рахунок сумісництва, а це небажане явище, оскільки може призвести до зниження якості обслуговування населення і НМП.

Як відомо, починаючи з 30.01.2018 року державна політика у сфері медичного обслуговування здійснюється відповідно до Закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [43]. Тому, із 1 січня 2019 року уся система охорони здоров'я перелаштувалася на нову систему розрахунків. Держава перестала утримувати медичний заклад, а нині здійснює оплату медпослуги, надані цією установою конкретному пацієнту. Нова система фінансування діяльності медичних підприємств передбачає укладання ними з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) договору за програмою медичних гарантій. Зазначимо, що «Національна служба здоров'я України, як єдиний національний страховик, є державною фінансовою інституцією, котра здійснює забезпечення функціонування сфери охорони здоров'я разом із Міністерством охорони здоров'я» [38]. Процедура купівлі МП передбачає дотримання надавачами як умов надання послуг, так і специфікацій на конкретні послуги чи групи послуг. При цьому,

вимоги до НМП є згрупованими в пакети послуг, котрий складається з медпослуг, «до яких застосовується єдиний опис щодо специфікації послуг і до надання яких встановлюються єдині умови надання таких послуг» [38].

Микулинецька фізіотерапевтична лікарня реабілітації, в особі генерального директора, уклала з НСЗУ договір про надавання послуг з охорони здоров'я [38] (табл. 2.3).

**Таблиця 2.3**

**Види медичних послуг КНП «Микулинецька ОФТЛР» згідно договору за програмою медичних гарантій**

Найменування медичної послуги або групи послуг	Глобальна ставка, грн	Запланована вартість медичних послуг, грн
Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням опорно-рухового апарату	21424788,00	21424788,00
Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи	2782440,00	2782440,00

Примітка. Складено автором на основі даних [38].

Як бачимо, Національна служба здоров'я України закуповує медичні послуги і оплачує їх за договором. Зазначимо, що таким способом реалізується принцип «гроші йдуть за пацієнтом». Пацієнт отримує гарантований та оплачуваний державою пакет медичних послуг та лікарських засобів.

**2.2. Аналіз стану інформаційно-комунікаційних процесів у медичному закладі на сучасному етапі**

Як було доведено в підрозділі 1.2., структура будь-якого медичного підприємства пронизана різними зв'язками і взаємовідносинами. Не виключенням є і Микулинецька фізіотерапевтична лікарня реабілітації, у якій простежуються як зовнішні комунікації, так і внутрішні комунікації. Для медичного підприємства необхідна «чітка система комунікацій, яка покликана постійно удосконалюватися відповідно до змін зовнішнього і внутрішнього середовищ» [8].

Комунікації в КНП «Микулинецька ОФТЛР» представлені у

формі процесів зв'язку між працівниками, організаційними одиницями, підрозділами і формуються:

1. У внутрішньому середовищі медичного підприємства:
  - у ієрархічному порядку, який передбачає передачу інформації від вищих рівнів в медичному підприємстві до нижчих, тобто у низхідному порядку (наприклад, від медичного директора до завідувача неврологічного відділення);
  - у висхідному порядку, який передбачає передачу інформації від нижчих рівнів в медичному підприємстві до вищих рівнів управління (наприклад, від медичної сестри до старшої медичної сестри);
  - між підрозділами медичного підприємства (наприклад, між медичними сестрами фізіотерапевтичного і бальнеологічного відділень);
  - також на рівні підприємства загалом через усі наявні формальні та неформальні канали комунікацій.
2. Між медичним підприємством і зовнішнім середовищем:
  - з управлінням охорони здоров'я ТОДА;
  - з іншими медичними підприємствами;
  - з постачальниками матеріальних, трудових, фінансових ресурсів;
  - з громадськими та політичними організаціями.

У Микулинецькій фізіотерапевтичній лікарні реабілітації існує три основні напрями комунікаційних потоків між різними працівниками, при цьому утворюються субординаційні (зверху-вниз), координаційні (знизу-догори) та реординаційні (по горизонталі) зв'язки.

Субординаційні зв'язки у КНП «Микулинецька ОФТЛР» пов'язані упорядкуванням зверху вниз. Відповідно до даного типу зав'язків, інформація передається від керуючого до керованого (рис. 2.4).



**Рис. 2.4. Субординаційні (вертикальні) зв'язки у КНП «Микулинецька ОФТЛР»**

Примітка. Побудовано автором.

Координаційні зв'язки передбачають упорядкування інформації на одному рівні між кількома суб'єктами комунікаційного процесу. При цьому, вони можуть знаходитись на відмінних рівнях ієрархічної системи медичного підприємства (рис. 2.5).



**Рис. 2.5. Координаційні (горизонтальні) зав'язки у КНП «Микулинецька ОФТЛР»**

Примітка. Побудовано автором.

Реординаційні зв'язки розглядаються, як процес передачі інформації знизу вверху. Відповідно до даного типу зав'язків, інформація передається від керованого до керуючого в медичному підприємстві (рис. 2.6).



**Рис. 2.6. Реординаційні зав'язки у КНП «Микулинецька ОФТЛР»**

Примітка. Побудовано автором.

Внутрішні комунікації у КНП «Микулинецька ОФТЛР» розглядаються, по суті, як діалог усіх членів даного медичного підприємства. «Комунікації в колективі потрібні для налагодження зв'язку між керівництвом і підлеглими, побудови ефективної взаємодії із колегами». А це, в свою чергу, забезпечить дієвий та чіткий обмін даними без інформаційних втрат. При цьому, важливим є взаємодія в усіх напрямках, тобто не лише з низу до верху – від підлеглих до менеджера, а й від директора до працівників. Це необхідно і з метою побудови політики медичного підприємства, і з метою зміцнити командний дух, підвищити лояльності медпрацівників КНП «Микулинецька ОФТЛР» до вищого менеджменту медичного підприємства. Зауважимо, що через відсутність взаємозв'язку між медпрацівниками та відділами істотно сповільнюється вирішення різних питань, провокується настання численних конфліктів і непорозумінь, а отже, з'являється внутрішнє

напруження в колективі, при якому різні групи і відділи починають взаємодіяти як противники, а не союзники.

Комунікація із отримувачами медпослуг забезпечується висококваліфікованим персоналом (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

**Структура та чисельність КНП «Микулинецька ОФТЛР» на 2021 рік**

№ зп	Найменування підрозділу та посад	Кількість штатних одиниць
<b>Адміністрація</b>		
1	Генеральний директор	1,0
2	Медичний директор	1,0
3	Головний бухгалтер	1,0
4	Завідувач: господарства, складу, пральні	4,0
5	Інший персонал	39,5
Всього:		46,5
<b>Загальне відділення</b>		
1	Завідувач відділення, лікар-терапевт вищої категорії	1,0
2	Лікар: психотерапевт, ортопед-травматолог, терапевт, невролог	3,25
3	Сестра медична	5,5
4	Молодша медсестра	11,0
5	Працівник з господарської діяльності медичного закладу	1,0
Всього:		21,75
<b>Дитяче відділення</b>		
1	Завідувач відділення, лікар-педіатр вищої категорії	1,0
2	Лікар: фізіотерапевт, невропатолог	2,0
3	Сестра медична	5,5
4	Молодша медсестра	5,0
5	Працівник з господарської діяльності медичного закладу	1,0
Всього:		14,5
<b>Неврологічне відділення</b>		
1	Завідувач відділення, фізичний терапевт б/категорії	1,0
2	Лікар: терапевт, невропатолог	3,0
3	Сестра медична	5,5
4	Молодша медсестра(прибиральниця)	6,0
5	Працівник з господарської діяльності медичного закладу	1,0
Всього:		16,5
<b>Фізіотерапевтичне відділення</b>		
1	Завідувач відділення, лікар-фізіотерапевт б/категорії	1,0
2	Лікар: ерготерапевт, фізичний терапевт	2,75
3	Сестра медична	20,0
4	Молодша медсестра	1,0
Всього:		24,75
<b>Бальнеологічне відділення</b>		
1	Сестра медична	
2	Молодша медсестра	0,5
Всього:		21,0
<b>Клініко-діагностична лабораторія</b>		
1	Лаборант вищої категорії	1,0
<b>Загально-лікарняний персонал</b>		
1	Інший персонал	7,0
Разом		153,0

Примітка. Наведено за даними підприємства.

Саме з добре розвиненим комунікаційним процесом пов'язаний успіх медичного підприємства.

Від того як люди вміють спілкуватися, отримувати і передавати інформацію, залежить майбутнє медпідприємства. Якщо немає чіткої комунікаційної організації, то неможливо передавати інформацію як по вертикалі, так і по горизонталі. Так від налагоджених зв'язків внутрішніх комунікації залежить корпоративних дух, прагнення до кращого обслуговування. Розвиток комунікативних структур в організаціях стимулюється технічним прогресом і використанням передових технологій.

Зауважимо, що комунікаційна система Микулинецької фізіотерапевтичної лікарні реабілітації як формальна, так і неформальна, підпадає під вплив факторів, до яких віднесемо:

- форма організаційної структури (число ієрархічних рівнів, тип департаменталізації, які встановлені зв'язки);

- розмір медичного підприємства;

- комунікаційна політика, яку здійснює менеджмент медичного підприємства (заохочення чи небажаність участі нижнів рівнів у процесах управління, рівень контролювання за виконанням виробничих обов'язків підлеглими);

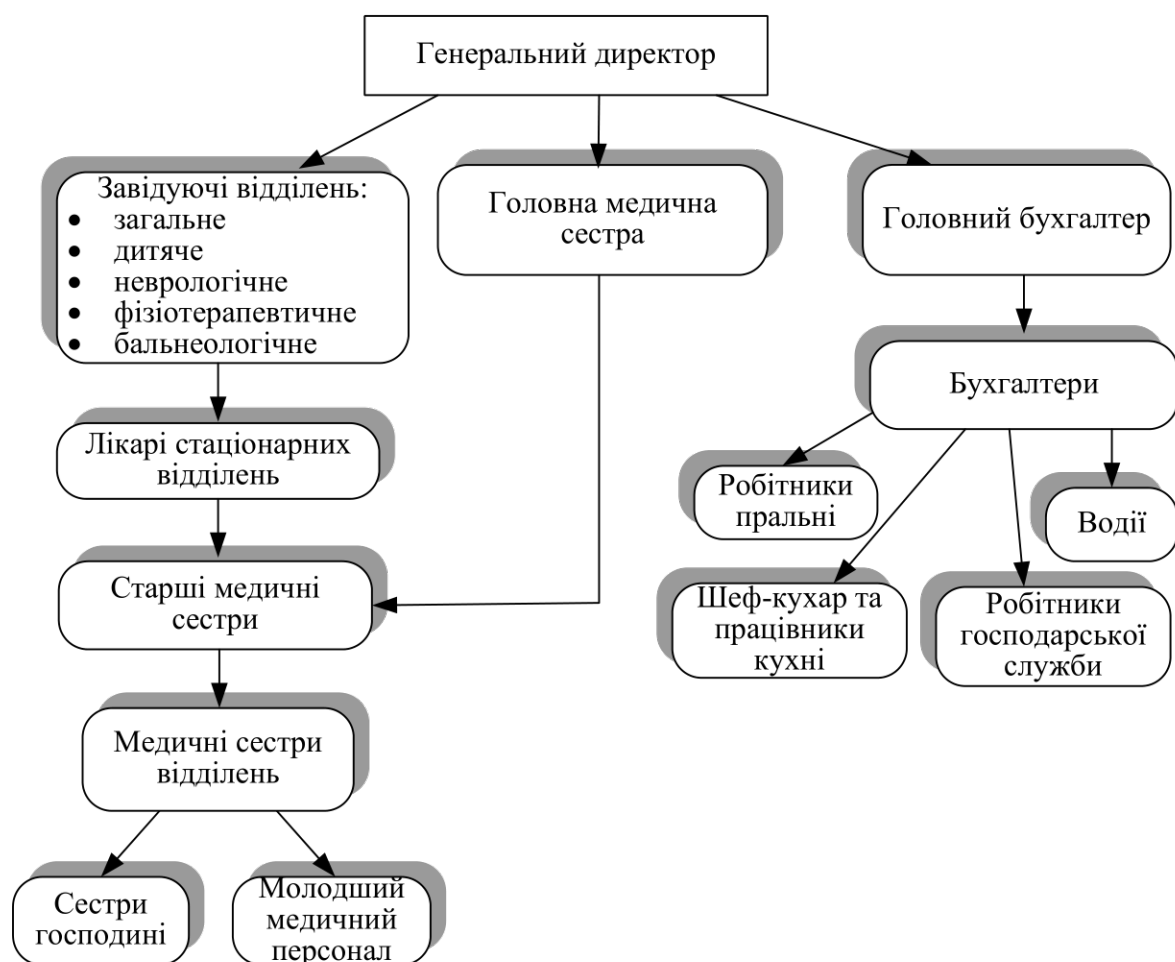
- професійність медичних працівників (наявність кваліфікаційного рівня достатнього для роботи в медичному закладі);

- складність операцій, що виконуються працівниками одного відділення, а також їхнє виробниче завантаження;

- однорідність або відмінність індивідуальної характеристики працівників, а саме стать, вік, сімейний стан та особисті якості.

Організаційну структуру КНП «Микулинецька ОФЛР» представимо на рис. 2.7.

Найвищий управлінський рівень КНП «Микулинецька ОФЛР» представлений генеральним директором медичного підприємства, який реалізує функцію контролювання. Зауважимо, що процес комунікації між генеральним директором (головним лікарем) та нижчим рівнем в основному представлено комунікаціями знизу-догори у вигляді звітів щодо виконаної роботи, раціоналізаторські пропозиції та заяви.



**Рис. 2.7. Організаційна структура КНП «Микулинецька ОФЛР»**

Примітка. Побудовано на основі даних підприємства.

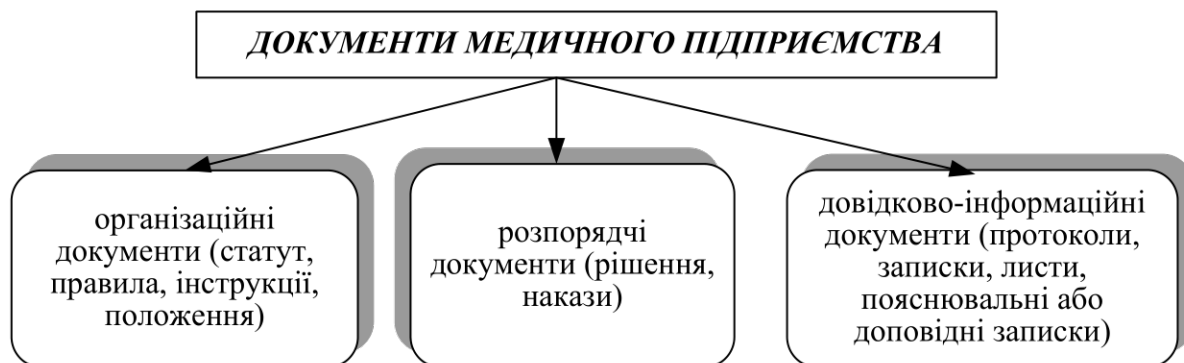
Зазначимо, що фінансові звіти, звіти по досягненню визначених цілей, звіти по перевиконанню плану пересилаються факсом щомісячно завідувачами відділень – менеджерами, та раз у півроку відбуваються особисті зустрічі (за виключенням нагальних потреб). Щодня можуть відбуватися розмови по телефону з метою розрішення короткострокових певних питань, ініціаторами яких найчастіше також виступають завідувачі одного із відділень.

Накази, а також розпорядження генерального директора (головного лікаря) КНП «Микулинецька ОФЛР» як формалізована форма, дозволяє довести ухвалені рішення зверху-вниз. Однією із найпоширеніших форм інформування працівників можна вважати розмови по телефону та *e-mail*.

Координування, планування, аналіз, регулювання, співпраця з партнерами – всі ці аспекти перебувають під вплив діловодства, до якого входить і документування, і документообіг.



У процесі управлінської діяльності медичного підприємства створюються організаційно-розпорядчі документи, які мають єдині правила для оформлення. Реалізація цих правил забезпечує юридичну силу документації, підтримує порядок, своєчасне і точне виготовлення і виконання. З їх допомогою можна оперативно знайти потрібну інформацію, систематизувати документацію і організувати правильне зберігання. Для забезпечення роботи КНП «Микулинецька ОФЛР» документи поділяють на три типи (рис. 2.8).



**Рис. 2.8. Типи документів КНП «Микулинецька ОФЛР»**

Примітка. Побудовано автором.

В організаційних документах (статут, правила, інструкції, положення) зберігається основна інформація по діяльності. Завдання розпорядчих документів (рішення, накази) полягає в оформленні управлінських рішень. У довідково-інформаційних документах (протоколи, записки, листи, пояснювальні або доповідні записки) знаходиться інформація, яка полегшує роботу працівників медичного підприємства, але не є обов'язковою для виконання.

Зазначимо, що ефективна комунікація у повоєнний період має позитивні наслідки для лікарів, застосування відповідних навичок спілкування не тільки підвищує задоволеність пацієнтів своїми лікарями, а й допомагає самим лікарям відчувати менший стрес і бути більш задоволеними своєю роботою.

### **2.3. Характеристика організаційно-психологічних аспектів управління інформаційно-комунікаційним процесом у медичних закладах ОТГ**

Аналіз наукової літератури показав, що переважна більшість сучасних дослідників систем управління найважливіше значення надають ролі менеджерів у формуванні та розвитку системи внутрішніх та зовнішніх комунікацій. Погоджуємося, що від того, наскільки ефективно менеджер того чи іншого рівня управління керуватиме персоналом, безпосередньо залежатимуть результати роботи цього підрозділу (або установи загалом).

Тенденції розвитку охорони здоров'я у повоєнний період сьогодні вимагають розробки науково обґрунтованих підходів до формування особистості сучасного керівника, який має однаково поєднувати у собі найкращі якості лікаря-фахівця та професійного менеджера медичної організації.

Враховуючи вищесказане, найбільш важливим питанням, на наш погляд, є виявлення думки менеджерів медичних підприємств щодо:

- 1) найбільш значущої сторони діяльності керівника;
- 2) доцільність спеціальної підготовки директорів медичних підприємств з управління персоналом;
- 3) сучасні способи мотивування працівників;
- 4) формування організаційної культури медичного підприємства, вивчення навичок комунікативної взаємодії;
- 5) управління поведінкою людей в організації;
- 6) формування та управління морально-психологічним кліматом у колективах.

Як показує практика діяльності, в системі охорони здоров'я, на відміну від промисловості, економіки та сфери послуг, ця робота ще тільки починається.

Автор Курбатов В.І. вважає, «що для того, щоб ефективно керувати великим медичним колективом, керівнику потрібен певний рівень управлінської культури, знання питань психології управлінської праці, психологічних аспектів міжособистісних взаємин в організації» [39]. Як зазначає науковець, при рівних кадрових та матеріально-технічних можливостях успіхи медичних підприємств суттєво різняться. В основі цього лежать не лише об'єктивні причини, а й, найголовніше, особистість менеджера. Саме

з особистістю керівника, значною мірою, пов'язаний стиль управління, ефективність управлінських рішень, система мотивування працівників, формування організаційної культури.

Таким чином, у сучасних умовах на перший план стали виходити соціально-психологічні аспекти діяльності менеджерів, оскільки колектив будь-якого медичного підприємства характеризується наявністю різних структур: організаційної, професійної, соціально-демографічної та соціально-психологічної, що знаходяться у постійній взаємодії під час виконання основної діяльності – надання пацієнтам медичних послуг.

З цією метою нами було проведено анкетування медичних працівників та пацієнтів КНП «Микулинецька ОФЛР».

Розглянемо спочатку результати анкетування медичного персоналу. Погоджуємося із висновками науковців про те, що при формуванні будь-якого колективу дуже важливо враховувати статеві-вікові особливості працівників, що дозволить розглядати перспективи його подальшого розвитку за віковим складом та періодами професійної діяльності. Важливим елементом є облік специфіки чоловічої та жіночої психології. Якщо чоловічі колективи жорсткіші, прагматичні, схильні до ділових конфліктів, то жіночі – емоційні, схильні створювати конфліктні ситуації, пов'язані з особистими проблемами (сім'я, діти, відпустки, розмір заробітної плати). За результатами проведеного анкетування частка жінок в КНП «Микулинецька ОФЛР» становить 87,7%. Частка працівників віком до 30 років – 32,8 %, пенсійного віку – 11,4 %. Найчисленніша група – працівники віком від 41 до 50 років.

Рівень професійної кваліфікації медичного персоналу КНП «Микулинецька ОФЛР» високий: питома вага фахівців вищої категорії складає 27,9 %, перша – 32, %. Мають вчені ступені кандидата наук – 7,2 % працівників. Понад 67,1 % медпрацівників мають стаж роботи за спеціальністю понад 5 років, 8,7 % попрацювали у колективах менше року.

Вивчення задоволеності персоналу морально-психологічним кліматом показало, що понад 89,5 % працівників повністю їм задоволені. На відміну від цього, лише 61,7 % менеджерів характеризують сформований у керованих ними колективах соціально-психологічний клімат як «сприятливий», близько 31,4 % респондентів відзначають суперечливі тенденції у цьому питанні та

12,2 % – важко дати оцінку.

65,1 % наголошують на необхідності поліпшення системи внутрішніх та зовнішніх комунікацій; близько 51,5 % негативно ставляться до необхідності знання керівниками основ психології міжособистісних взаємин у управлінні персоналом; понад 83,7 % позитивно ставляться до посади заступника генерального директора по роботі з персоналом; більше 76,1 % опитаних завідувач відділень не обізнані з практичними прикладами роботи закладів охорони здоров'я в галузі соціально-психологічних аспектів управлінського процесу.

Великий вплив формування психологічно комфортної атмосфери на робочих місцях надають умови праці. Матеріали проведеного анкетування показали, що 56,7 % респондентів задоволені цим фактором.

Переважає більшість працівників КНП «Микулинецька ОФЛР» (85,9 %) вважають безумовно обов'язковим виконання правил внутрішнього розпорядку, і лише 6,9 % вважають за можливе порушувати трудову дисципліну.

Важливим управлінським фактором є формування у працівників почуття належності до свого колективу, професійної групи, організації, що дозволяє інспектору з кадрів скласти прогноз плинності кадрів. На підставі проведених анкетних опитувань встановлено, що частка працівників, які бажають звільнитися, становить у середньому 2,5 %, близько 5,7 % замислюються про перехід до іншого колективу всередині своєї установи, близько 9,6 % перебувають у стадії роздумів, але зазначають, що їх утримує у колективі сприятлива морально-психологічна атмосфера.

Не задоволено розміром своєї заробітної плати понад 33,4 % працівників, повністю задоволено – 11,9 %, задоволено – 39,3 %. Більшість опитаних зазначають, що розмір заробітної плати «не відповідає здійсненим витратам на надання медичних послуг пацієнтам». Таке становище неспроможне не позначитися на настроях працівників та їх ставлення до виконання функціональних обов'язків.

Соціально-психологічний клімат у КНП «Микулинецька ОФЛР» значною мірою відображає систему внутрішніх комунікацій (взаємин між працівниками та їх групами), підходи – адміністрації до мотивації праці персоналу, рівень соціального розвитку колективу.

Загальновідомо, що формування системи внутрішніх комунікацій

у лікарні є найважливішим завданням завідувачів відділеннями – менеджерів усіх рівнів, – оскільки саме вони є основним (визначальним) показником соціально-психологічного клімату. Тому був вивчений рівень задоволеності системою внутрішніх комунікацій у колективах, як чинник, визначальний задоволеність працею взагалі. Так, 86,9 % працівників відзначають високий рівень задоволеності соціально-психологічним кліматом у колективах, 12,3 % задоволені взаєминами з колегами і лише 2,7 % працівників не задоволені існуючою системою комунікацій. З цієї категорії понад 64,7 % працівників вважають, що через конфлікти, що виникають у колективах, «кожний живе сам по собі», 32,7 % відчують «атмосферу дискомфорту», працюючи в одному приміщенні з іншим фахівцем.

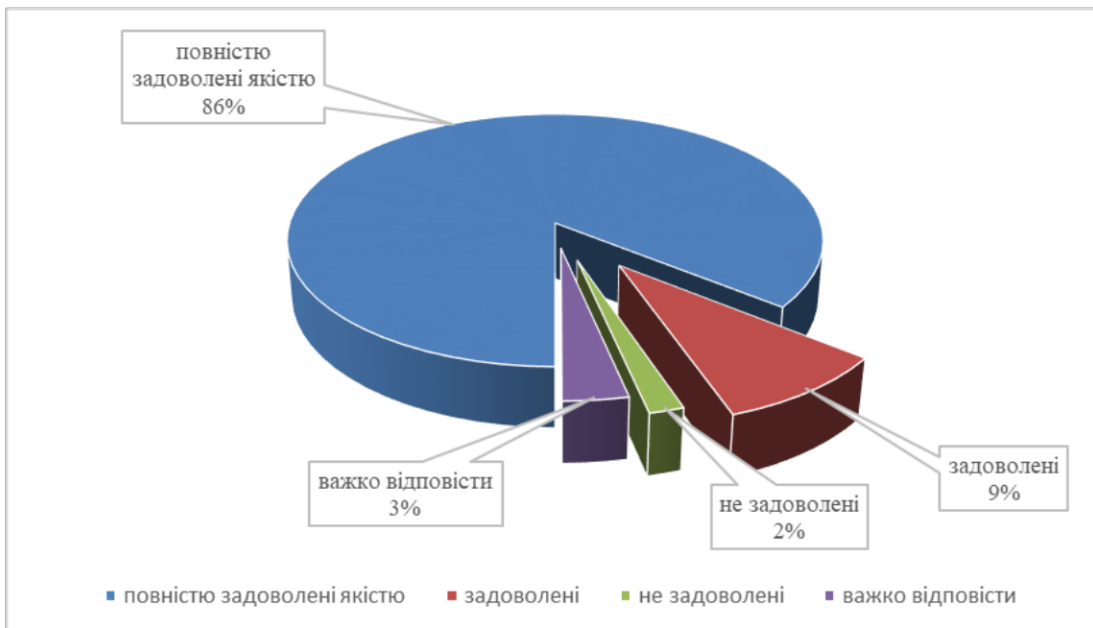
У КНП «Микулинецька ОФЛР» відзначається високий рівень як горизонтальних, а й вертикальних комунікацій. Більше 88,9 % працівників задоволені відносинами зі своїми керівниками – завідувачами відділень, що свідчить про вміння менеджерів знаходити найоптимальніший стиль управління як спосіб побудови взаємин з підлеглими. З-поміж незадоволених (6,8 %) основними причинами ситуації, що склалася, вважають несправедливу оцінку керівником кількості та якості їх праці та неадекватну систему винагород у медичному підприємстві.

У ході анкетування було визначено пріоритетні напрями діяльності завідувачів відділень – менеджерів – КНП «Микулинецька ОФЛР». За оцінками керівників різного рівня ними є:

- створення у керованих колективах сприятливого морально-психологічного клімату – 84,1 %;
- формування професійної команди – 77,4 %;
- орієнтація на отримання високоякісних результатів щодо основної діяльності – 81,2 %;
- створення стабільного фінансового становища – 49,1 %.

Отримані дані свідчать про розуміння керівниками важливості соціально-психологічної складової в управлінській діяльності.

Не менш важливим є оцінка якості діяльності стаціонару, дана пацієнтами. Результати анкетування показали, що повністю задоволені якістю наданих медичних послуг 85,7 %, задоволені – 9,1 %, не задоволені – 1,8 %, важко відповісти – 3,4 % пацієнтів (рис. 2.9).



**Рис. 2.9. Задоволеність пацієнтів якістю наданих медичних послуг**  
Примітка. Побудовано автором.

У рамках вивчення проблеми комунікацій в управлінні медичним підприємством, не можемо не зупинитися на питанні, яке останнім часом дуже широко обговорюється серед науковців – реакції організму, що виникає у відповідь на тривалий вплив професійних стресів середньої інтенсивності, що отримала назву «синдрому емоційного вигорання» [60]. Відомо, що стрес, пов'язаний із виконанням працівниками своїх функціональних обов'язків, є актуальною проблемою практично для всіх країн. Європейська конференція ВООЗ наголошує, що вартість вирішення проблеми корекції психічного здоров'я працюючого населення становить у середньому 3,5 % валового внутрішнього продукту будь-якої країни.

Синдром емоційного вигорання (СЕВ) науковці окреслюють «як процес поступової втрати емоційної, фізичної та когнітивної енергії, що проявляється у поступово наростаючих симптомах фізичної втоми, розумового виснаження та зростання незадоволеності ходом виконання роботи» [29].

Серед професій, у представників яких СЕВ зустрічається найчастіше (30-90 % працюючих), представлено низку медичних спеціальностей, а саме: психіатрія, наркологія, онкологія, анестезіологія-реаніматологія, психотерапія, педіатрія, інфекційні хвороби. Одне з перших місць за ризиком розвитку СЕВ займає професія медичної сестри, яка, постійно спілкуючись із хворими, стикається з негативними емоціями, залучається до них і поступово

сама починає відчувати підвищену емоційну напругу, яка переходить у хронічний стрес. Подальше прогресування даного синдрому призводить до того, що медичний працівник починає неадекватно реагувати на своїх колег, пацієнтів, втрачає емоційне залучення до життя колективу, здатність співпереживати пацієнтам. У працівника наростає втома, поступово знижуються показники результативності його роботи, якість медичних послуг, робота в цілому починає негативно впливати на особисте життя. Найбільше СЕВ схильні особи, які пред'являють щодо себе дуже високі вимоги.

У ході дослідження наукової літератури встановлено, що існує тісний прямий зв'язок між СЕВ, змістом мотиваційної структури працівників та системою комунікативної взаємодії у медичному підприємстві. Результати проведеного анкетування медичного персоналу показали, що в працівників, у яких основним мотивуючим чинником є розмір зарплати і преміальних виплат, націлених спостереження результатами своєї праці, які прагнуть публічного отримання визнання своїх заслуг і досягнень, знижена ймовірність появи синдрому емоційного вигоряння. На відміну від цих груп, працівники, які прагнуть кар'єрного зростання всередині організації, більше за інших схильні до тривожно-депресивних реакцій на стрес [60].

Отже, результати анкетування показали, що сприятливий морально-психологічний клімат у колективах, налагоджена система комунікативної взаємодії, що складається з горизонтальних, вертикальних та діагональних зв'язків, є однією з основних умов, що сприяють зростанню продуктивності праці, підвищенню ступеня задоволеності працівників роботою, розвитку почуття гордості від належності до медичного колективу, зниження ризику розвитку синдрому емоційного вигоряння, що, своєю чергою, сприяє подальшому розвитку та зміцненню колективу, професійному зростанню кожного працівника.

Таким чином на об'єкті дослідження – КНП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради встановлено, що основною метою створення лікарні реабілітації є забезпечення медичного обслуговування населення, що постійно проживає (перебуває) на території міста Тернопіль, територіальних громад міст, селищ, сіл Тернопільської області, але не обмежуючись вказаними населеними пунктами, шляхом надання

йому медичних послуг в порядку та обсязі, встановлених законодавством України.

У КНП «Микулинецька ОФТЛР» функціонує фізіотерапевтичне, бальнеологічне відділення і три ліжкових відділення: загальне, дитяче, неврологічне, а також кабінети гальваногрязей, гідромасажу, парафіно-озокеритових аплікацій, підводного витяжіння, сірководневих ванн, торфогрязевих аплікацій, функціональної діагностики та клініко-діагностична лабораторія.

Дослідження показало, що на сьогодні у КНП «Микулинецька ОФТЛР» ліжковий фонд налічує 150 стаціонарних ліжок. Упродовж 2020 року у Микулинецьку фізіотерапевтичну лікарню реабілітації надійшло 2,22 тис. хворих, у тому числі 2,056 тис. дорослих (особи віком 18 років та старші) і 164 дітей (особи віком 0-17 років). Число сільських жителів, що надійшли в стаціонар склало 1082 особи.

Доведено, що у Микулинецькій лікарні реабілітації існує три основні напрями комунікаційних потоків між різними працівниками, при цьому утворюються субординаційні, координаційні та реординаційні зв'язки.

Комунікація зі споживачами медичних послуг забезпечується висококваліфікованим персоналом.

Ефективна комунікація має позитивні наслідки для лікарів, застосування відповідних навичок спілкування не тільки підвищує задоволеність пацієнтів своїми лікарями, а й допомагає самим лікарям відчувати менший стрес і бути більш задоволеними своєю роботою.

Результати анкетування показали, що сприятливий морально-психологічний клімат у колективах, налагоджена система комунікативної взаємодії, що складається з горизонтальних, вертикальних та діагональних зв'язків, є однією з основних умов, що сприяють зростанню продуктивності праці, підвищенню ступеня задоволеності працівників роботою, розвитку почуття гордості від належності до медичного колективу, зниження ризику розвитку синдрому емоційного вигорання.



*Досягнення сучасного науково-технічного прогресу у медичній сфері полягають в оперативному і якісному інформаційно-комунікативному забезпеченні на принципах зворотнього зв'язку.  
(Богдан Андрушків)*

**РОЗДІЛ 3.  
ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНО-  
КОМУНІКАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я, - ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ПООЄННОГО  
УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСАМИ В УМОВАХ ОТГ**

- використання автоматизованих інформаційних систем у діяльності медичного закладу (підприємства);*
- напрями і шляхи вдосконалення інформаційно-комунікаційних процесів в закладах охорони здоров'я ОТГ.*

### **3.1. Використання автоматизованих інформаційних систем у діяльності медичного закладу (підприємства).**

Соціально-економічні зміни, що відбуваються в суспільстві та охороні здоров'я, вимагають нових підходів до проблеми управління, зміни його принципів, що передбачають оптимальне співвідношення адміністративних та економічних методів. Мистецтво сучасного керівника, яким є генеральний директор Микулинецької обласної фізіотерапевтичної лікарні реабілітації, полягає в тому, щоб на основі постійного аналізу ситуації вчасно розкрити проблему, розробити кілька альтернативних варіантів управлінських рішень, вибрати з них найбільш оптимальний та втілити його в практику при постійному контролі результатів і своєчасної корекції.

Ефективна робота Микулинецької лікарні реабілітації неможлива без раціонального та грамотного застосування управлінських алгоритмів, які, у свою чергу, вимагають створення системи управління лікувально-діагностичним процесом.

На нашу думку, вироблення алгоритмів управлінських рішень та їх реалізація повинні покращувати результати діяльності, підвищити якість лікувально-діагностичного процесу, а також мати здатність (рис. 3.1):

1) поліпшити діагностичні та лікувальні протоколи (стандарты) медичного підприємства;

2) підвищити професіоналізм лікарсько-сестринського персоналу;

3) створити мотивацію до підвищення кількісних та якісних показників медичної діяльності кожного працівника медичного підприємства;

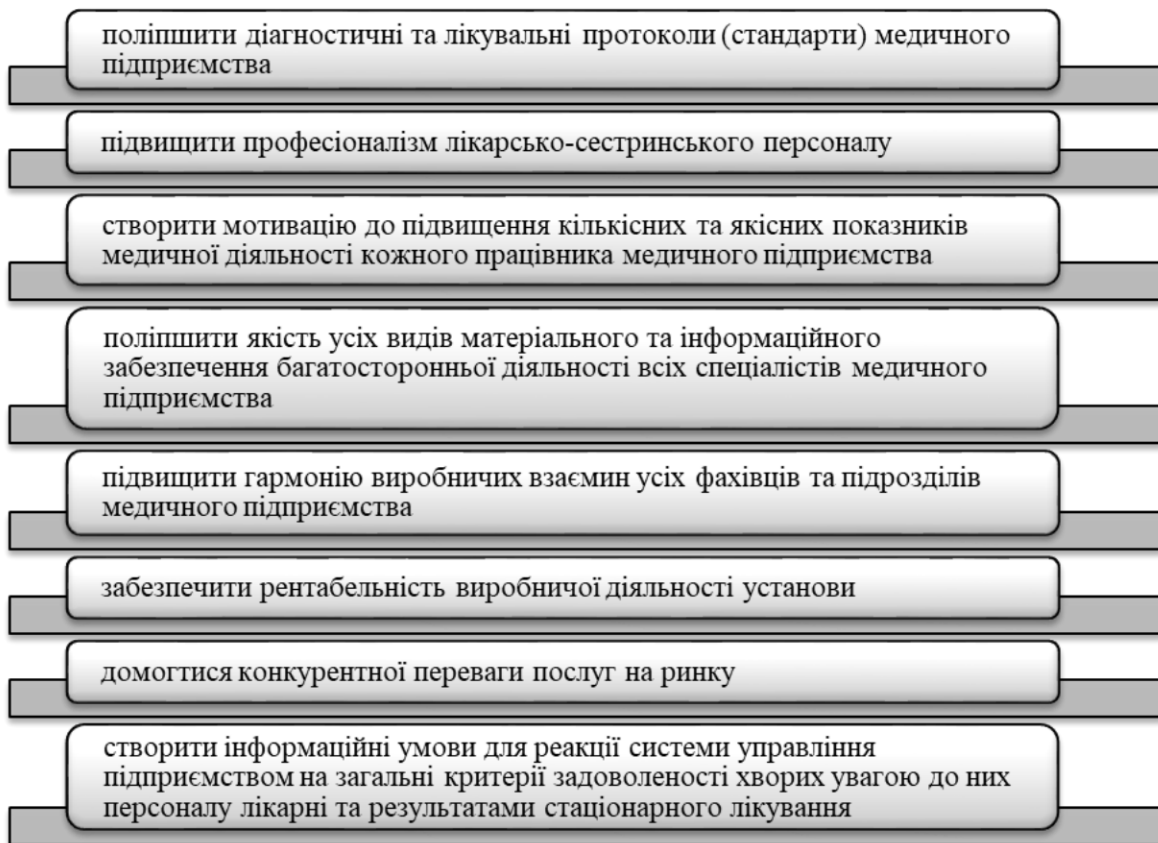
4) поліпшити якість усіх видів матеріального та інформаційного забезпечення багатосторонньої діяльності всіх спеціалістів медичного підприємства;

5) підвищити гармонію виробничих взаємин усіх фахівців та підрозділів медичного підприємства;

6) забезпечити рентабельність виробничої діяльності установи;

7) домогтися конкурентної переваги послуг на ринку;

8) створити інформаційні умови для реакції системи управління підприємством на загальні критерії задоволеності хворих увагою до них персоналу лікарні та результатами стаціонарного лікування.



**Рис. 3.1. Наслідки вироблення алгоритмів управлінських рішень та їх реалізація**

Примітка. Побудовано на основі на [17; 19].

Своєчасний та цілеспрямований управлінський вплив на діяльність медичного підприємства може бути прийнятий тільки на основі точної, якісної та достовірної інформації.

Уся діяльність медичного персоналу (за винятком безпосереднього виконання лікувальних процедур лікарями та медичними сестрами, постачальницької та господарської роботи окремих посадових осіб) за своєю природою є інформаційною. В основі управління лікувально-діагностичним процесом також закладено інформаційний процес. Внаслідок цього завдання оптимізації системи управління Микулинецької лікарні реабілітації безперервно пов'язане із удосконаленням його інформаційних ресурсів.

Початок нового тисячоліття характеризується бурхливим розвитком обчислювальної техніки та її програмних програм. «Цільовою функцією застосовуваних медичних інформаційних систем (МІС) є підвищення ефективності лікувально-діагностичного забезпечення пацієнтів» [16]. Це завдання може бути виконане за

умови, якщо МІС будуть здатні піддавати об'єктивній експертній оцінці будь-яку медичну роботу, надавати ефективну інформаційну підтримку (допомогу) кожному учаснику лікувально-діагностичного забезпечення, надавати можливість керівнику будь-якого рівня – завідувачам відділень Микулинецької обласної фізіотерапевтичної лікарні реабілітації своєчасно та адекватно застосовувати напрацьовані управлінські алгоритми.

У даний час робота більшості діагностичної апаратури, новітнього медичного обладнання пов'язана з використанням комп'ютерних технологій, обчислювальні комплекси яких мають технічні можливості для формування локальних баз даних, так і здатні функціонувати в системі МІС. Тому як пріоритетні завдання перед розробниками *LAN* замовниками, тобто Микулинецької обласної фізіотерапевтичної лікарні реабілітації, висувається три напрями (рис. 3.2):

- 1) автоматизація ведення медичної картки хворого, історії хвороби, формування звітних даних медичної статистики, інших медичних та фінансових документів;
- 2) автоматизація рутинних видів діяльності медичного персоналу для полегшення їхньої праці;
- 3) створення локальних обчислювальних мереж та баз даних про хворих.



**Рис. 3.2. Основні завдання при розробленні *LAN***

Примітка. Побудовано за [1].

Ці підходи передбачають автоматизацію діяльності структурних підрозділів Микулинецької обласної фізіотерапевтичної лікарні реабілітації (див. рис. 2.2). Їх реалізація дає можливість отримати практичний результат від впровадження засобів обчислювальної техніки:

– значне скорочення термінів підготовки документів та результатів діагностичних досліджень;

– оптимізацію обліку та контролю за обстеженням та лікуванням хворих, витрачанням лікарських та матеріальних засобів.

Зауважимо, що даний напрям автоматизації дозволяє підвищити якість медичної документації та організацію праці управлінського медичного персоналу. Однак, концепція створення подібної автоматизованої системи дотепер полягала лише в об'єднанні окремих комп'ютерів у медичному підприємстві та забезпеченні передачі інформації каналами зв'язку.

На сьогоднішній день час створення розрізнених прикладних програм минув. Необхідний перехід від інформаційно-довідкової до інформаційно-керуючої системи з розвиненим інформаційно-аналітичним розділом, здатним видавати рекомендації щодо формування конкретних управлінських рішень. Повне використання інформаційних та комп'ютерних технологій сучасного рівня медицині вимагає визначення цілей та завдань майбутньої системи, кваліфікованого інформаційного обстеження об'єкта автоматизації інженерами спільно з медичними фахівцями, аналізу обсягів, змісту та руху інформаційних потоків.

Інформаційне забезпечення лікувально-діагностичного процесу, який, на відміну від виробничого, є унікальним, схожим на живий організм з величезною кількістю функцій, що знаходяться у постійній динаміці, концептуально є найбільш складним. Тому пропонуємо відмовитися від концепції побудови LAN медичного підприємства в один прийом (запросити фірму, встановити апаратуру, створити автоматизовані робочі місця користувачів тощо).

На нашу думку, комп'ютерна мережа повинна постійно вдосконалюватися, розвиватися і перебудовуватися в такт розвитку Микулинецької обласної фізіотерапевтичної лікарні реабілітації відповідно до поставлених перед нею завдань у реальному масштабі часу та відповідно до процесів інформатизації системи охорони здоров'я.

Створення сучасної LAN для багатoproфільного медичного підприємства, а саме Микулинецької обласної фізіотерапевтичної лікарні реабілітації є багатоплановим завданням (рис. 3.3).



**Рис. 3.3. Етапи створення сучасної LAN для медичного підприємства**

Примітка. Побудовано автором.

Структурною одиницею будь-якої інформаційно-обчислювальної системи є персональний комп'ютер (ПК). Залежно від призначення та конструктивного оформлення комп'ютери поділяються на чотири класи – настільні (звичайні, найбільш поширені ПК), портативні (ноутбуки), сервери (комп'ютери верхнього рівня в локальних обчислювальних мережах) та робочі станції (комп'ютери, призначені для виконання спеціальних, наприклад, графічних, робіт).

Найбільш уразлива (слабка) ланка в будь-якій комп'ютерній системі – введення первинної інформації. Тому автоматизовані робочі місця для її введення в базу даних повинні бути розміщені на місцях формалізації електронної медичної документації (електронної історії хвороби – *EIX*), формування інформаційних потоків лікувально-діагностичного процесу та планування окремих видів роботи стаціонару.

Для створення єдиного інформаційного простору Микулинецької фізіотерапевтичної лікарні реабілітації доцільно розмістити персональні комп'ютери на робочих місцях:

- директора медичного підприємства;
- медичного директора;
- завідувача загального відділення;
- завідувача дитячого відділення;
- завідувача неврологічного відділення;

- завідувача фізіотерапевтичного відділення;
- головного бухгалтера;
- головної медичної сестри;
- інспектору з кадрів;
- медичного статистика;
- усіх лікарських кабінетів;
- клініко-діагностичної лабораторії.

Зазначимо, що комп'ютерне забезпечення діяльності Микулинецької лікарні реабілітації (рис. 3.4) надасть можливість відстежувати динаміку основних критеріїв та показників діяльності у будь-яких часових інтервалах.



**Рис. 3.4. Основні види та етапи робіт, які забезпечує комп'ютерна інформаційна система**

Примітка. Наведено за [3].

Зазначимо, що впровадження автоматизованої інформаційної системи у Микулинецькій лікарні реабілітації полегшить діяльність медичного персоналу (через автоматизацію рутинних операцій) і підвищить якість медичних послуг. Спеціалізовані рішення для автоматизації дозволяють:

1. Вести історію хвороби і амбулаторну картку пацієнта, включаючи в неї результати лабораторних аналізів, інструментальних досліджень, рентгенівські знімки, фотографії.

2. Отримувати будь-які виписки, епікризи, довідки.
3. Оптимізувати роботу реєстратури, оптимально організувати прийом пацієнтів, складати розклад роботи лікарів.
4. Отримувати необхідну статистичну звітність (оцінку захворюваності, ефективності лікування, дії медичних препаратів, завантаженості медперсоналу і вартості лікування).
5. Вести фінансову звітність за умови надання платних медичних послуг.

Отже, у результаті розроблення та впровадження в практичну діяльність Микулинецької фізіотерапевтичної лікарні реабілітації автоматизованої інформаційної системи управління різними сторонами діяльності медичного підприємства, комп'ютерна програма набуває можливості надавати адміністрації в автоматичному режимі або на вимогу користувача не лише статистичні показники результатів роботи стаціонару, структурно-функціональних підрозділів та окремих фахівців, а й чіткий алгоритм дій щодо прийняття своєчасного управлінського рішення.

### **3.2. Напрями вдосконалення інформаційно-комунікаційних процесів в закладах охорони здоров'я**

Як було доведено у розділі 3.2. даної наукової роботи, комунікація із отримувачами медичних послуг прямо залежить від таких факторів:

- якість медичного персоналу;
- професійне «наповнення» діяльності у взаємовідносинах «працівник – пацієнт»;
- спонукальні мотиви медичного персоналу до активної і результативної роботи.

Разом з тим, комунікація із отримувачами медичних послуг покликана кардинально змінити в бік покращення діяльність Микулинецької фізіотерапевтичної лікарні реабілітації щодо її інформаційного супроводу.

Виявлені недоліки інформаційно-комунікативного забезпечення роботи медичного підприємства щодо надання медичних послуг представимо на рис. 3.5.

Наявність таких недоліків негативно впливає на:

- належний інформаційний супровід діяльності медичного



підприємства щодо надання медичних послуг;

– формування баз даних пацієнтів, що є інформаційно наповнені, та їх персоніфікацію.



**Рис. 3.5. Недоліки інформаційно-комунікативного забезпечення роботи медичного підприємства**

Примітка. Побудовано автором.

На нашу думку, усунення вищевказаних бар'єрів сприятиме інтегруванню функціональної діяльності Микулинецької фізіотерапевтичної лікарні реабілітації на базі системності та інформаційно-комунікативних зв'язків, дозволить забезпечити належні як внутрішню взаємодію, так і зовнішні зв'язки комунікації із отримувачами медичних послуг.

Вважаємо, що можна рекомендувати такі способи вдосконалення інформаційного обміну в КНП «Микулинецька ОФЛР» (рис. 3.6).



**Рис. 3.6. Способи вдосконалення інформаційного обміну в КНП «Микулинецька ОФЛР»**

Примітка. Побудовано автором.

Регулювати інформаційні потоки. Керівники всіх рівнях управління медичного підприємства – генеральний директор, медичний директор, завідувачі відділеннями – повинні уявляти власні потреби, потреби колег і підлеглих в інформації. Керівник повинен вміти проводити оцінку якісної та кількісної сторін таких інформаційних потреб.

Управлінські дії передбачають, що завідувач відділенням може практикувати короткі зустрічі із своїми підлеглими – лікарями, – обговорюючи майбутні зміни. Лікарі як підлегли також можуть робити подібні кроки, ініціюючи контакт із керівником або ж своїми співробітниками, тобто колегами по роботі. Плануючи, реалізуючи та контролюючи керівники тим самим формують додаткові можливості здійснення управлінських дій у напрямі вдосконалення інформаційного обміну.

Система зворотного зв'язку становить частину контрольно-управлінських систем у медичних підприємствах. Одним із варіантів системи «зворотний зв'язок» є переміщення працівників з однієї частини медичного підприємства в іншу задля надання методичної допомоги, а також вирішення питань. Крім того, варіантом системи «зворотний зв'язок» є проведення опитування медичних працівників, наприклад за підготовленими заздалегідь запитаннями.

Система збирання пропозицій практикується задля полегшення надходження інформації нагору, а саме щоб знизити гостроту процесу фільтрації або ігнорувати ідеї на шляху знизу вгору. Як правило, таку систему реалізують у варіанті скриньок для пропозицій, куди працівник КНП «Микулинецька ОФЛР» може анонімно подати свої пропозиції. Однак, такий варіант є не надто ефективним, тому що важко підтвердити факт розгляду питань і пропозицій, Крім того, важко визначити як стимулювати працівників, пропозиції яких були використані. Також медичне підприємство може використати внутрішню телефонну мережу, за допомогою якої працівники можуть анонімно дзвонити та цікавитися щодо призначень та просувань на посаді.

Ще одним варіантом системи «зворотний зв'язок» є створення груп керівників та підлеглих задля обговорення питання, які мають взаємний інтерес. Можна використати напрацювання великих медичних підприємств, котрі практикують видавати щомісячні бюлетені з інформацією для всього медичного і не тільки персоналу з

приводу проблем управління, пов'язанні з новими видами послуг, відповідями керівництва на запитання працівників.

Сучасні досягнення в галузі інформаційної технології допомагають удосконалити обмін інформацією в медичному підприємстві. Без персонального комп'ютера просто неможливо нині уявити жодного керівника медичного підприємства чи практикуючого лікаря. Електронна пошта дозволяє працівникам надіслати письмові повідомлення будь-кому у межах медичного підприємства, а також підтримати зв'язок із працівниками, які перебувають в інших містах, де розміщуються філії лікарні. Використання системи віртуального спілкування дозволяє працівникам, які знаходяться у віддалених точках, спілкуватися з метою вирішення завдань в реальному часі. Використання нових технологій зменшує традиційно невичерпний потік розмов по телефону. Сучасні новації в системах зв'язку при допомозі телефону дозволяють одній особі надсилати декілька повідомлень різним людям, а згодом зателефонувавши одержати на них відповіді. Під час відеоконференцій фахівці, які перебувають у різних містах, обговорюють проблеми діагностики та лікування найбільш складних пацієнтів, дивлячись один одному в обличчя та безпосередньо спілкуючись із пацієнтом.

На сучасному етапі заклади охорони здоров'я покликані не тільки лікувати пацієнтів, а й продавати послуги. Тому зростає роль маркетингу в медицині. Практика функціонування медичних підприємств засвідчила, що їх менеджмент все частіше застосовує інструменти маркетингу, основу якого, на думку Ф. Котлера, «становлять такі роботи, як розробка товару, дослідження, налагодження комунікації, організація розподілу, встановлення цін, розгортання служби сервісу» [22].

Ринок МП займає одне з пріоритетних місць у розвитку здоров'я нації, і визначено, з одного боку, певною сукупністю медичних технологій, виробів медичної техніки та послуг, а з іншого – комунікаціями між виробником (продавцем) послуг і споживачами. На конкурентному ринку медичних послуг важливим є усвідомлене ставлення до якості медичного сервісу, як конкурентної переваги. Комфортність в обслуговуванні і сервіс є показниками, які визнані стратегічним чинником обслуговування і впливають на прибуток. Нині основною базовою цінністю є клієнтоорієнтованість, постулатом якої є те, що бізнес існує заради задоволення потреб клієнта.

Одним із напрямів контактування зі отримувачем МП – пацієнтом медичного підприємства – є робота веб-сайту як каналу комунікації.

Упродовж останніх років в розвинених країнах йде стійке просування до побудови глобального інформаційного суспільства, технічну основу якого складають різні компоненти, в тому числі мережа Інтернет.

Концепція створення єдиної державної інформаційної системи у сфері охорони здоров'я передбачає докорінну зміну підходу до інформатизації охорони здоров'я. Зазначимо, що одним із найбільш важливих у концепції завдань – підвищення ефективності взаємодії між медичними підприємствами та пацієнтами [4].

Інтернет-сайт медичного підприємства варто розглядати як майданчик залучення пацієнтів до процесу спостереження за власним здоров'ям, а також як інструмент зростання рівня медичної грамотності осіб.

Структура сайту Микулинецької фізіотерапевтичної лікарні реабілітації має як позитивні якості, так і низку недоробок, в порівнянні з іншими, на основі аналізу яких запропонуємо програму вдосконалення веб-сайту Микулинецької фізіотерапевтичної лікарні. У цю програму будуть входити, такі додаткові функції і розділи сайту як: особистий кабінет пацієнта; блок відгуків пацієнтів про лікарню, розділ лікарського забезпечення, розділ про вакцинацію, розділ школи здоров'я.

Отже, можемо стверджувати, що власний сайт КНП «Микулинецька ОФЛР» є ефективним інструментом, що дозволяє налагодити взаємодію з потенційними пацієнтами, орієнтуватися на їх запити та побажання, переконати їх у високій репутації медичного підприємства і якості послуг, що надаються.

Однією з основних складових комплексу як зовнішніх, так і внутрішніх комунікацій є зв'язки з громадськістю [25]. Робота із громадськістю в КНП «Микулинецька ОФЛР» орієнтована на встановлення довірчих відносин, розширення впливу, зростання репутації, запобігання конфліктів. У цій сфері, котра спрямована на формування та підтримку позитивного образу лікарні, робота буде утворюватися за кількома основними напрямками:

- 1) організація та координація інформаційної взаємодії закладу із засобами масової інформації;
- 2) сприяння в організації всіх заходів (офіційних і неофіційних) і

їх рекламно-інформаційне супроводження;

- 3) підтримка Web-сервера;
- 4) моніторинг громадської думки;
- 5) консультування підрозділів лікарні.

Зауважимо, що у роботі з громадськістю не варто забувати і про працівників, адже персонал є одним із факторів конкурентоспроможності будь-якої компанії [25]. Колектив – це не просто одна з груп громадськості. Це ще і посередник, через якого громадськість отримує додаткову інформацію про медичне підприємство. У КНП «Микулинецька ОФЛР» при роботі з колективом ставляться два завдання: створення ефективних комунікацій і формування корпоративної культури. Для цього в Микулинецькій фізіотерапевтичній лікарні реабілітації можна використовувати такі заходи:

- 1) запровадження кодексу етичних правил;
- 2) проведення анкетування та опитування працівників і пацієнтів;
- 3) проведення різних тижнів профілактики, зокрема, всесвітній день профілактики цукрового діабету через проведення лекцій для пацієнтів;
- 4) презентація продуктів від фармацевтичних компаній;
- 5) безкоштовне обстеження.

На нашу думку, активізація розвитку і використання КНП «Микулинецька ОФЛР» комунікативних технологій передбачає:

- впровадити електронний документообіг і автоматизацію процесів формування баз даних;
- створити єдиний реєстр електронних медичних послуг, формувати у людей культуру отримання електронних медичних послуг;
- забезпечити відкритість діяльності медичного підприємства;
- здійснювати моніторинг процесів на підприємстві, обираючи показники для моніторингу із визначених цілей Микулинецької лікарні;
- використовувати ситуаційний підхід, завдяки якому менеджери Микулинецької лікарні – генеральний директор, медичний директор, завідувачі відділень, – зможуть окреслити оптимальну структуру та варіант управління, що відповідатиме конкретній ситуації.

Таким чином ефективна робота Микулинецької лікарні реабілітації неможлива без раціонального та грамотного застосування

управлінських алгоритмів, які, у свою чергу, вимагають створення системи управління лікувально-діагностичним процесом.

Доведено, що автоматизація діяльності структурних підрозділів Микулинецької обласної фізіотерапевтичної лікарні реабілітації дає можливість отримати практичний результат від впровадження засобів обчислювальної техніки, а саме: значне скорочення термінів підготовки документів та результатів діагностичних досліджень; оптимізацію обліку та контролю за обстеженням та лікуванням хворих, витрачанням лікарських та матеріальних засобів.

Комп'ютерне забезпечення діяльності Микулинецької лікарні реабілітації дозволяє підвищити якість медичної документації та організацію праці управлінського медичного персоналу, надасть можливість відстежувати динаміку основних критеріїв та показників діяльності у будь-яких часових інтервалах.

Способами вдосконалення інформаційного обміну в КНП «Микулинецька ОФЛР» варто запропонувати: регулювати інформаційні потоки; управлінські дії; система зворотного зв'язку; сучасні інформаційні технології.

Власний сайт КНП «Микулинецька ОФЛР» є ефективним інструментом, що дозволяє налагодити взаємодію з потенційними пацієнтами, орієнтуватися на їх запити та побажання, переконати їх у високій репутації медичного підприємства і якості послуг, що надаються. При цьому, структура сайту Микулинецької фізіотерапевтичної лікарні реабілітації має як позитивні якості, так і низку недоробок.

## Резюме за Частиною 1

У розділі проведено аналізування теоретичних положень та прикладних аспектів організації інформаційно-комунікаційного процесу на прикладі базової КНП «Микулинецька ОФЛР» у повоєнний період. Отримані результати дають змогу зробити наступні висновки:

1. В охороні здоров'я ринкові відносини неминуче набувають специфічного змісту, породженого особливою природою об'єкта купівлі-продажу та значущості потреб. Як товар тут виступає не здоров'я людини, а предмет діяльності медичних працівників – медична послуга про яку на основі інформаційно-комунікаційного обслуговування суб'єктів господарювання ОТГ повинен знати споживач .

2. Сучасне медичне підприємство в умовах ОТГ є складною соціально-економічною системою відкритого типу, управління яким є комплексним, багатоплановим процесом, що здійснюється через взаємодію адміністрації, працівників та жителів ОТГ. Уся система управління медичними підприємствами пронизана комунікаціями. Комунікації є важливою стороною медичної діяльності, як основа забезпечення соціальної ефективності лікувально-діагностичного процесу, а також умова успішності менеджменту медичних підприємств.

3. Сучасний менеджер медичного підприємства у повоєнний період має розуміти важливість в т.ч. і рекламної проблеми комунікацій, формувати та керувати інформаційно- комунікативною політикою та приділяти цьому питанню основну увагу. Важливим інструментом управління в руках керівника медичного підприємства є інформація, якою він може розпоряджатися. Використання та передача цієї інформації, а також отримання зворотних сигналів дозволяє йому організовувати, керувати та мотивувати персонал.

4. Об'єкт дослідження – КНП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради. Встановлено, що основною метою створення лікарні реабілітації є забезпечення медичного обслуговування населення, що постійно проживає (перебуває) на території міста Тернопіль, територіальних громад міст, селищ, сіл Тернопільської області, але не обмежуючись вказаними населеними пунктами, шляхом надання МП в порядку та обсягах як встановлено законодавством України.

У КНП «Микулинецька ОФТЛР» функціонує фізіотерапевтичне, бальнеологічне відділення і три ліжкових відділення: загальне, дитяче, неврологічне, а також кабінети гальваногрязей, гідромасажу, парафіно-озокеритових аплікацій, підводного витяжіння, сірководневих ванн, торфогрязевих аплікацій, функціональної діагностики та клініко-діагностична лабораторія.

Дослідження показало, що на сьогодні у КНП «Микулинецька ОФТЛР» ліжковий фонд налічує 150 стаціонарних ліжок. Упродовж 2020 року у Микулинецьку фізіотерапевтичну лікарню реабілітації надійшло 2,22 тис. хворих, у тому числі 2,056 тис. дорослих (особи віком 18 років та старші) і 164 дітей (особи віком 0-17 років). Число сільських жителів, що надійшли в стаціонар склало 1082 особи.

5. Доведено, що у Микулинецькій лікарні реабілітації існує три основні напрями інформаційно-комунікаційних потоків між різними працівниками, при цьому утворюються субординаційні, координаційні та реординаційні зв'язки. Комунікація із отримувачами медичних послуг забезпечується висококваліфікованим персоналом.

6. Ефективна комунікація має позитивні наслідки для лікарів, застосування відповідних навичок спілкування не тільки підвищує якість обслуговування, задоволеність пацієнтів своїми лікарями, а й допомагає самим лікарям відчувати менший стрес і бути більш задоволеними своєю роботою. Результати анкетування показали, що сприятливий морально-психологічний клімат у колективах, налагоджена система комунікативної взаємодії, що складається з горизонтальних, вертикальних та діагональних зв'язків, є однією з основних умов, що сприяють зростанню продуктивності праці, підвищенню ступеня задоволеності працівників роботою, розвитку почуття гордості від належності до медичного колективу, зниження ризику розвитку синдрому емоційного вигорання.

7. Ефективна робота Микулинецької лікарні реабілітації неможлива без раціонального та грамотного застосування управлінських алгоритмів, які, у свою чергу, вимагають створення системи управління лікувально-діагностичним процесом.

8. Доведено, що автоматизація діяльності структурних підрозділів на прикладі Микулинецької обласної фізіотерапевтичної лікарні реабілітації дає можливість отримати практичний результат від впровадження засобів обчислювальної техніки, а саме: значне скорочення термінів підготовки документів та результатів



діагностичних досліджень; оптимізацію обліку та контролю за обстеженням та лікуванням хворих, витрачанням лікарських та матеріальних засобів. Комп'ютерне забезпечення діяльності лікарні реабілітації дозволяє підвищити якість медичної документації та організацію праці управлінського медичного персоналу, надасть можливість відстежувати динаміку основних критеріїв та показників діяльності у будь-яких часових інтервалах.

9. Способами вдосконалення інформаційного обміну в закладах охорони здоров'я у повоєнний період варто запропонувати: регулювати інформаційні потоки; управлінські дії; система зворотного зв'язку; сучасні інформаційні технології.

10. Власний сайт закладу охорони здоров'я є ефективним інструментом, що дозволяє налагодити взаємодію з потенційними пацієнтами, орієнтуватися на їх запити та побажання, переконати їх у високій репутації медичного підприємства і якості послуг, що надаються.

## Список використаних джерел за Частиною 1

1. Андрушко А.А. Використання інформаційних технологій в охороні здоров'я. URL: <http://www.healthmanagement.ru>.
2. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я. URL: [http://pidruchniki.com/1781040937372/meditsina/menedzhment\\_u\\_galuzi\\_ohoro\\_ni\\_zdorovya](http://pidruchniki.com/1781040937372/meditsina/menedzhment_u_galuzi_ohoro_ni_zdorovya).
3. Белікова І.В., Костріков А.В. Радченко Н.Р. Інформаційне забезпечення моніторингу стану здоров'я населення в сучасних умовах. *Вісник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*. Том 18, Випуск 1 (61). С. 9-13.
4. Богиня Д.П., Семикіна М.В. Трудовий менталітет в системі мотивації праці. – Кіровоград: “Поліграф-Терція”, 2002.– 226 с.
5. Бондар Я.А., Роман Г.М. Профспілка й соціальне партнерство – регулювання ринку і національна безпека // *Вісник Академії праці і соціальних відносин Федерації профспілок України*. Спецвипуск “До ІУ з'їзду Федерації профспілок України”. – 2002. – С. 20 – 21
6. Бондар Я.А., Роман Г.М. Профспілка й соціальне партнерство – регулювання ринку і національна безпека // *Вісник Академії праці і соціальних відносин Федерації профспілок України*. Спецвипуск “До ІУ з'їзду Федерації профспілок України”. – 2002. – С. 20 – 21.
7. Гелько В.В. Розбудова системи соціального партнерства – необхідна передумова стабілізації соціально-трудоких відносин // *Бюлетень національної служби посередництва і примирення*. – 2002. – № 11. – С. 30-32.
8. Герасименко С., Свистун С. Узагальнююча оцінка соціально-економічних явищ // *Проблеми статистики: Зб. наук. праць*. – К.: НДІ статистики, 2000. – № 2. – С. 14-19.
9. Глуховский В.В. Стандарти і механізми забезпечення прав пацієнтів в системах охорони здоров'я. Миколаїв: Дизайн і поліграфія. 2014. 134 с.
10. Гойда Н.Г., Горачук В.В. Медикосоціологічна інформація як інструмент управління якістю медичної допомоги. *Медична та біологічна інформатика та кібернетика: віхи розвитку*: матеріали конф. з між нар. уч. К., 2011. С. 27-29.
11. Голубчиков М.В., Коваленко О.С. Шляхи інформатизації системи охорони здоров'я України. *Здоров'я суспільства*. 2018. № 3-4. С. 106-110.

12. Горовий В.М. Особливості розвитку соціальних інформаційних баз сучасного українського суспільства. URL: <http://nbuviar.gov.ua/images/nauk-mon/ORSIB.pdf>.

13. Господарський Кодекс України : Закон України від 16.01.2003 № 436-IV. Дата оновлення: 06.10.2021. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/436-15>.

14. Грабовський В.А., Клименко П.М. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я. URL: <http://visnyk.academy.gov.ua/wp-content/uploads/2014/10/2014-10-20.pdf>.

15. Декларація про політику в галузі забезпечення прав пацієнта у Європі, ВООЗ; 1994 р. URL: [http://samlib.ru/s/stonogin\\_s\\_w/europe.shtml](http://samlib.ru/s/stonogin_s_w/europe.shtml).

16. Довбня В.В. Соціалізація та гуманізація соціально-трудових відносин – шляхи підвищення ефективності праці // Регіональні перспективи. – 2002. – № 3 – 4. – С. 150 –151.

17. Ділове спілкування як взаємодія. Особливості усної ділової комунікації. URL: <https://xn--80aabdcpejeebhqo2afglbd3b9w.xn--p1ai/%D0%BA%D1%83%D1%80%D1%81%D1%8B/5/583>.

18. Економіка охорони здоров'я: підручник / В.Ф. Москаленко, О.П. Гульчій, В.В. Таран та ін. Вінниця: Нова Книга, 2010. 288 с.

19. Загальна декларація прав людини від 10.12.1948 № 995\_015. URL: [http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_015](http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015).

20. Застосування ІТ-технологій у охороні здоров'я. URL: <https://www.karma-group.ru/health/>

21. Звітність КНП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради за 2020-2021 рр. Микулинці. 2021. 30 с.

22. Злепко С.М. Огляд медичних інформаційних систем. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/soi\\_2011\\_3\\_46](http://nbuv.gov.ua/UJRN/soi_2011_3_46).

23. Знаменська М.А., Слабкий Г.О., Знаменська Т.К. Комунікації в охороні здоров'я: монографія. Київ, 2019. 194 с.

24. Зражевська Н.І. Комунікаційні технології. Черкаси: Брама-Україна, 2019. 224 с.

25. Інтелектуальний потенціал та науково-технічна політика / За ред. М.І.Долішного. – Львів: ІРД НАН України, 1999. – 234 с.

26. Коєра Е. Комунікаційні системи в охороні здоров'я. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1579411/>

27. Комунікації в системі управління організаціями. URL:

<https://en.ppt-online.org/426054>.

28. Конституція України : офіц. текст. Київ : КМ, 2013. 96 с.

29. Котлер Ф. Інструменти маркетингу. URL: [https://www.marketing.spb.ru/lib-mm/tactics/4p\\_answers.htm](https://www.marketing.spb.ru/lib-mm/tactics/4p_answers.htm).

30. Колот А. М. Організаційно-економічний механізм регулювання доходів працюючих: шляхи вдосконалення // Україна: аспекти праці. – 2003. – № 2. – С. 25 – 31.

31. Колот А. М. Проблема становлення й розвитку соціально-трудова відносин в Україні // Україна: аспекти праці. – 2000. – № 3. – С.23-27.

32. Колот А. М. Теоретико-методологічні основи сутності соціально-трудова відносин // Соціально-економічні аспекти промислової політики. Соціально-трудова відносини у сучасних економічних умовах: Зб. наук пр. – Донецьк: Ін-т економіки промисловості НАН України. – 2001. – Т. 1. – С. 51– 60.

33. Колот А.М. Договірне регулювання соціально-трудова відносин: стан, шляхи удосконалення // Социально-экономические аспекты промышленной политики. Социально-трудова отношения в современных экономических условиях: Сб. научн.тр. – Донецк: Ин-т экономики пром-сти НАН Украины. – 2003. – Т. 1. – С. 12 – 23.

34. Козенков Д. Є. Глобалізація економіки та її вплив на соціально-трудова сферу // Україна: аспекти праці. – 2001. – №3. – С.23-29.

35. Кривенко Є.М., Ситенко О.Р. Роль комунікації та PR-технологій у взаємодії галузі охорони здоров'я і громадськості: URL: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Пользователь/Мои%20документы/Uzn\\_2013\\_4\\_19.pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Пользователь/Мои%20документы/Uzn_2013_4_19.pdf).

36. Крисько Ж. Роль комунікацій в системі управління організацією. *Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки* : матеріали доп. Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. з між нар. участю, Ч. 1. (м. Тернопіль, 15 травня 2020 р.). Тернопіль : ТНЕУ, 2020. С. 100-103.

37. Крисько Ж.Л. Роль ділових комунікацій в управління організацією. *Економіка та суспільство: електронне наукове фахове видання. Випуск 24. 2021.* <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2021-24-43>. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/221>

38. Крисько Ж.Л., Скишляк О.А. Важливість неформальних

комунікацій в управлінні бізнесом. *Інфраструктура ринку. Електронний науково-практичний журнал*. Випуск 32. 2019. С.131-136. URL: [http://www.market-infr.od.ua/journals/2019/32\\_2019\\_ukr/21.pdf](http://www.market-infr.od.ua/journals/2019/32_2019_ukr/21.pdf).

39. Курбатов В.І. Стратегія ділового успіху. Луцьк: Воля. 2017. 185 с.

40. Куликов Г.Т. Мотивация труда наемных работников. Монография. / Отв. ред. Д.П.Богиня. – К.: Институт экономики НАН Украины, 2002. – 339 с.

41. Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. К. : Укр. Інститут стратегічних досліджень МОЗ України, 2019. 34 с.

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

43. Набухотний Т.К., Павлюк В.П., Макієнко Т.С., Скалецький Ю.М. Права людини в системі взаємовідносин «лікар – пацієнт» у відкритому суспільстві. К.: Телеоптик. 2016. 219 с.

44. Надкевич А.Л. Система комунікацій в організації як фактор підвищення її ефективності. *Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні*: матеріали доп. науково інтернет-конференції студентів та молодих вчених кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу (м. Тернопіль, 25 листопада 2021 р.). Тернопіль: ЗУНУ, 2021.

45. Надкевич Андрій, Гаук Владислав. Важливість комунікаційних процесів в організації. *Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки*: матеріали доп. Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. з між нар. участю, Ч. 2. (м. Тернопіль, 28 травня 2021 р.). Тернопіль: ЗУНУ, 2021. С. 224-226. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/handle/316497/43339>

46. Орел В.М. Роль комунікацій в управління підприємством. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vkhdusg\\_2016\\_174\\_9](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vkhdusg_2016_174_9).

47. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ. Дата оновлення: 20.10.2021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

48. Офіційний сайт Державної служби статистики України. URL: [www.ukrstat.gov.ua](http://www.ukrstat.gov.ua).

49. Офіційний сайт КНП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради. URL: <https://www.mfizter.com.ua/>.

50. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua>.

51. Офіційний сайт Національної служби охорони здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua/pro-nszu>.

52. Офіційний сайт Центру медичної статистики МОЗ України. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/main.html>.

53. Попович Т.М., Крисько Ж.Л. Гарантії держави у наданні якісних медичних послуг. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. монографія за ред. Шкільняка М.М., Желюк Т.Л. Тернопіль: Крок. 2020. С.261-293. URL: [http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/38546/1/Mon\\_uzoz\\_t.pdf](http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/38546/1/Mon_uzoz_t.pdf)

54. Права пацієнта – права людини в системі охорони здоров'я та медицини: Збірка міжнародних документів. К.: Сфера, 2014. 216 с.

55. Про впровадження телемедицини в закладах охорони здоров'я: Наказ МОЗ України від 26.03.2010 р. № 261: URL: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20100326\\_261.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100326_261.html).

56. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. Дата оновлення: 01.01.2021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>.

57. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 р.: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01.08.2011 р. № 454. URL: [http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20110801\\_454.html](http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html).

58. Про захист прав споживачів : Закон України від 12.05.1991 р. № 1023-XII. Дата оновлення: 01.08.2021. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1023-12>.

59. Про інформацію: Закон України від 02.10.1992 № 2657-XII. Дата оновлення: 16.07.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2657-12>.

60. Про соціальні послуги: Закон України. від 17.01.2019 № 2671-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19>.

61. Про схвалення Концепції проекту Закону України «Про основні засади державної комунікативної політики»: Розпорядження Кабінету Міністрів України №85-р від 13.01.2010 р. URL:

<http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=85-2010-%F0&new=1>

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

63. Пушмак Г. Маркетингові шляхи реформування медицини в Україні. *Маркетинг в Україні*. 2018. № 3. С. 28-32.

64. Реформа медичного обслуговування. URL: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/ms\\_reform/](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/ms_reform/).

65. Роджерс Е. Комунікації в організаціях. URL: <https://knigogid.ru/books/1072481-kommunikacii-v-organizaciyah>.

66. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги: статистичний збірник. URL: [http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2007/gdn/sns/arh\\_sns.html](http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2007/gdn/sns/arh_sns.html).

67. Самофал М.М. Підстави виникнення правовідносин з надання медичних послуг. URL: [http://www.vgu.gov.ua/content/article/visnik13\\_13.pdf](http://www.vgu.gov.ua/content/article/visnik13_13.pdf).

68. Соціальна сфера в умовах трансформації економіки / Куценко В.І., Богуш Л.Г., Шевченко Ю.М. та ін. – К.: РВПС України НАН України, 2000.–355 с.

69. Соціальні пріоритети ринку праці: методологія, практика, шляхи забезпечення // Бандур С.І., Заяць Т.А., Онікієнко В.В. та ін. – К.: РВПС України НАН України. – 2001. – 261 с.

70. Статут КНП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради. Тернопіль. 2021. 15 с.

71. Тихомирова Є.Б. Зв'язки з громадськістю: навчальний посібник. Київ: НМЦВО, 2015. 560 с.

72. Філіппова Н.П. Концепція інформатизації сфери охорони здоров'я України на 2013-2018 роки у контексті вдосконалення організації медичної документації. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/bdi\\_2014\\_3\\_11](http://nbuv.gov.ua/UJRN/bdi_2014_3_11).

73. Чехун О.В. Надання платних медичних послуг: цивільно-правові аспекти URL: [kul.kiev.ua/images/chasop/2010\\_2/213.pdf](http://kul.kiev.ua/images/chasop/2010_2/213.pdf).

74. Шавкун І. Г. Ділова комунікація: сутність та типологізація. URL: [http://www.zgia.zp.ua/ga/zeta/VISNIK\\_38\\_7.pdf](http://www.zgia.zp.ua/ga/zeta/VISNIK_38_7.pdf).

75. Шибутані Т. Соціальна психологія; пер. з англ. URL: <https://www.twirpx.com/file/2054373/>.

76. Шкільняк М.М., Овсянюк-Бердадіна О.Ф., Крисько Ж.Л.,

Демків І.О. Менеджмент: навчальний посібник. Тернопіль: Крок. 2017. 252 с.

77. Штатний розпис працівників КНП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради на 2021 рік. Микулинці. 2021. 8 с.

78. Як комунікація з лікарем впливає на лояльність пацієнта <https://imed.co.ua/ru/vzaimootnosheniya-s-klientami/kak-kommunikaciya-s-vrachom-vliyaet-na-loyalnost-pacienta>

79. Coulter A. Patients' experiences with hospital care in five countries. *Health Aff.* 2010. № 20. P. 24-52.

80. Contemporary Issues in Medicine: Communication in Medicine. URL:<https://members.aamc.org/eweb/upload/Contemporary%20Issues%20In%20Med%20Commun%20in%20Medicine%20Report%20III%20.pdf>.

81. Arran Skott. Slight Drop in Japan's Jobless Rate Stirs Hopes for More Consumption. *Wall Street Journal*. New York. Dec. 29. 1999. P. 32.





**Організація Європейської системи охорони  
здоров'я, належне інформаційно-  
комунікаційне забезпечення це добрий  
настрій населення України, його висока  
роботоздатність і конкурентність у  
мирному,  
цивілізованому світі**

*(д-р.е.н., с.п.с. Ольга Шогайцук)*

Протягом тривалого періоду система управління інформаційно-комунікативним забезпеченням охорони здоров'я та соціогуманітарним розвитком в умовах ОТГ, як компоненти його господарської діяльності формувалася в умовах планової економіки, насправді вона передбачала одного власника медичних закладів, – підприємств і відповідно одного роботодавця – державу. У результаті здобуття нашою державою незалежності та у зв'язку з трансформаційними перетвореннями економіки України, проведенням приватизації виникли власники-роботодавці, активно почав розвиватися ринок праці в т.ч. і у сфері охорони здоров'я. В результаті економічної нестабільності, оголошення Росією спец. операції, а по суті повномасштабної війни, анексією українських територій виникли принципово нові явища: безробіття, інфляція, заборгованості по виплаті заробітної плати, соціальна незахищеність більшості зайнятого населення і безробітних особливо в умовах ОТГ. Власне ці обставини обумовлюють необхідність комплексного і системного дослідження теоретичних, методичних і практичних аспектів управління якості інформаційно-комунікативного як медичного обслуговування, так і соціогуманітарним розвитком виробничих колективів, вивчення принципово нової соціально-економічної взаємодії роботодавців і найманих робітників, розробки заходів щодо підвищення соціальної ефективності діяльності підприємств в умовах трансформаційної економіки обумовленої адміністративно-територіальною реформою у повоєнний період.

Теоретико-методичні та методологічні основи удосконалення управління інформаційно-комунікативного обслуговування сфери

охорони здоров'я та соціогуманітарним розвитком промислового підприємства і населення в були частково закладені Е. Карнегі, Джоном Д. Рокфеллером, Е. Вудом, Хоуардом Р. Боуеном. Пошук ефективних механізмів управління соціальним розвитком колективів в т.ч. і в умовах ОТГ здійснювало багато вітчизняних вчених, найвагоміший внесок зробили О.І. Амоша, Б.М. Андрушків С.І. Бандур, Д.І. Богиня, О.С. Власюк, В.І. Герасимчук, Д.П. Долішній, А.М. Колот, В.І. Куценко., Ю.М. Краснов, Д.Є. Козенков, В.М. Лич, Е.М. Лібанова, В.М. Новіков, О.М. Новікова, В.М. Нижник, С.І. Пірожков, Д.М. Ядранський .

Значний внесок у розробку трудової теорії вартості, чинників виробництва, межових величин, неокласицизму зробили такі дослідники як: Д. Кейнс, Д. Кларк, Т. Мальтус, К. Маркс, Д. Рікардо, Н. Сеніор, Ж. Сея, А. Сміт, Р. Солоу, М. Туган-Барановський, М. Фрідман. Формування сучасного уявлення про людський капітал досліджували такі вітчизняні вчені - В. Адріанова, В. Антонюк, Л. Безтілесна, Б. Генкін, О. Грیشнова, А. Добринін, С. Дятлов, Т. Кір'ян, М. Крїтський, Ю. Куліков, Г. Левчунь, Є. Лібанова, С. Мартинюк, Т. Міщук, О. Соколова, В. Чекаловець.

Цій актуальній темі, в свій час, посвятила свою монографію, Т.М. Кір'ян: «Мотивація людського капіталу до продуктивної праці», у якій автор професійно розкриває нові, в багатьох випадках, стимулюючі можливості у виробничій сфері соціогуманітарних чинників та напрями удосконалення системи мотивації людського капіталу у соціальній та економічній політиці держави. Пропонує шляхи та засоби вирішення, які в умовах сучасної, перехідної економіки суттєво можуть допомагати у ефективному функціонуванні не лише господарських структур, а і реалізації соціальної та економічної політики держави.

Тим часом, багато аспектів управління інформаційно-комунікативного обслуговування як закладів охорони здоров'я, так і соціогуманітарним розвитком промислового підприємства як компонентою господарської діяльності ОТГ, розвиток трудових колективів, його медико-профілактичне обслуговування у повоєнний період залишаються недостатньо вивченими.

В Україні ще не розроблені єдина наукова парадигма управління та методичні основи формування концепції сучасного інформаційно-комунікативного обслуговування, соціального розвитку колективів

промислових підприємств з врахуванням цих особливостей, не визначені механізми вибору пріоритетів розвитку та методи оцінювання ефективності досягнення цілей в умовах ОТГ. Відсутні комплексні й системні дослідження проблем підвищення соціальної ефективності функціонування підприємницьких структур як в умовах трансформаційних перетворень економіки так і адміністративно-територіальної реформи.

Удосконалення управління соціогуманітарним розвитком населення та трудових колективів промислових підприємств ОТГ крім цього ускладнене через відсутність єдиного інформаційного поля соціального розвитку підприємств, нерозвиненістю й обмеженістю показників соціальної ефективності. Тому існує необхідність подальшого розвитку теоретичних і прикладних досліджень проблем удосконалювання управління якості інформаційно-комунікативного обслуговування медичними закладами ОТГ та соціогуманітарним розвитком в умовах не лише ринкової трансформації економіки України, а і в умовах господарської діяльності підприємств ОТГ.

Науково-теоретична та практична значущість вказаних проблем зумовила вибір теми, актуальність і цільову спрямованість наукової роботи.

Тема наукової роботи відповідає науковому напрямку кафедри менеджменту інноваційної діяльності та сферою послуг і є складовою науково-дослідних робіт Тернопільського національного технічного університету імені Івана Пулюя, Міністерства освіти і науки України, у контексті яких автори запропонували шляхи вдосконалення управління інформаційно-комунікативного обслуговування медичних закладів, соціогуманітарною компонентою в умовах господарської діяльності ОТГ у повоєнний період. Тема дослідження відповідає національним соціально-економічним пріоритетам і напрямкам впровадження сучасної соціальної економіки та політики в державі.

Метою дослідження є розробка теоретико-методичних основ і практичних рекомендацій з підвищення ефективності управління інформаційно-комунікативною компонентою закладів охорони здоров'я в умовах адміністративно-територіальних реформи на прикладі комунікаційного забезпечення функціональної діяльності медичних закладів об'єднаних територіальних громад та соціогуманітарним розвитком території, трудового колективу промислових підприємств як компоненти господарської діяльності

ОТГ.

Поставлена мета зумовила розв'язання таких завдань:

– розкрити сутність економічної категорії “управління інформаційно-комунікативним та соціогуманітарним розвитком трудового колективу як компоненти господарської діяльності ОТГ у повоєнний період” з виділенням основних завдань, закономірностей та принципів управління;

– розглянути та систематизувати основні вітчизняні та зарубіжні підходи до управління з метою їх практичного використання;

– установити пріоритетний ряд чинників і оцінити ступінь їх впливу на ефективність управління соціогуманітарним розвитком трудових колективів підприємств та населення ОТГ у повоєнний період;

– дати оцінку сучасному стану і тенденціям соціогуманітарного розвитку трудових колективів та населення у повоєнний період;

– інтегрувати методичні заходи оцінки індексу людського і соціогуманітарного розвитку трудових колективів та населення;

– визначити комплекс механізмів та практичних підходів управління соціогуманітарним розвитком колективів промислових підприємств та населення;

– розробити методику визначення економічної та соціальної ефективності й оцінити рівень соціальних ризиків розвитку трудових колективів підприємств в умовах суспільної та ринкової нестабільності.

Об'єктом дослідження є процес вдосконалення управління інформаційно-комунікативною компонентою закладів охорони здоров'я в умовах адміністративно-територіальних реформи на прикладі комунікаційного забезпечення функціональної діяльності медичних закладів об'єднаних територіальних громад та соціогуманітарним розвитком трудового колективу промислового підприємства, в умовах трансформаційної економіки та у повоєнний період.

Предметом дослідження виступають теоретичні основи і практичні аспекти підвищення соціогуманітарним ефективності діяльності підприємств в умовах ОТГ.

У ході дослідження проблем вдосконалення управління інформаційно-комунікативною компонентою закладів охорони здоров'я в умовах адміністративно-територіальних реформи на

прикладі комунікаційного забезпечення функціональної діяльності медичних закладів об'єднаних територіальних громад та соціогуманітарним розвитком трудового колективу промислового підприємства, в умовах трансформаційної економіки застосовувалися як традиційні методи економічних досліджень, так і нетрадиційні, котрі дають змогу в умовах структурної перебудови економіки виробити якісно нові підходи до дослідження теоретичних і практичних аспектів управління соціальним розвитком колективів промислових підприємств, а саме: монографічний метод (для вивчення практичних аспектів управління соціальним розвитком ОТГ), метод парних порівнянь на основі багатовимірного шкалування (для побудови пріоритетного ряду чинників, що впливають на соціальну ефективність розвитку колективів промислових підприємств і населення ОТГ); методи прогнозування (для розробки прогнозу соціального розвитку підприємств); метод експертної оцінки ризиків (для оцінки величини соціальних ризиків економічного розвитку підприємств).

Інформаційною базою дослідження є: спеціальна література з проблем теорії і практики управління соціальним розвитком, дані оперативного і річних звітів промислових підприємств Тернопільщини та Західного регіону України, Міністерства і відомства України, Міністерства промисловості, транспорту і зв'язку, Міністерств охорони здоров'я, праці і соціальної політики України, Державного управління статистики на Тернопільщині, а також аналітичні розробки авторів.

Наукова новизна одержаних результатів дослідження полягає в науковому обґрунтуванні теоретико-методичних та методологічних засад та широких можливостей використання в умовах ОТГ у повоєнний період, вдосконалення управління інформаційно-комунікативною компонентою закладів охорони здоров'я в умовах адміністративно-територіальних реформи на прикладі комунікаційного забезпечення функціональної діяльності медичних закладів об'єднаних територіальних громад, соціогуманітарним розвитком трудового колективу промислового підприємства як компоненти господарської діяльності, в умовах трансформаційної економіки. Формування організаційно-економічних механізмів функціонування трудового колективу обслуговуючих структур в умовах адміністративно-територіальної еформи.

У межах дослідження та розробки інноваційних підходів до вдосконалення управління соціогуманітарним розвитком ОТГ, як компоненти господарської діяльності, в умовах трансформаційної економіки вперше: сформовано комплекс механізмів управління інформаційно-комунікативною компонентою закладів охорони здоров'я в умовах адміністративно-територіальних реформи на прикладі комунікаційного забезпечення функціональної діяльності медичних закладів об'єднаних територіальних громад та соціогуманітарним розвитком трудових колективів промислових підприємств як компоненти господарської діяльності, що включає: мотивацію, медико-профілактичне обслуговування, соціальне нормування та регулювання, формування трудового потенціалу, удосконалення соціально-трудових відносин, соціально-психологічні механізми, профорієнтацію та соціальну адаптацію, поліпшення умов праці, забезпечення дозвілля працівників, поліпшення житлово-побутових умов працівників, підготовку кадрів ін;

Удосконалено зміст економічної категорії “управління соціогуманітарним розвитком трудових колективів як компоненти господарської діяльності ОТГ,” з урахуванням інтересів соціальних партнерів для підвищення соціально-економічної ефективності господарської діяльності та досягнення соціальної стабільності; методичні заходи щодо оцінки впливу факторів зовнішнього середовища на ефективність управління інформаційно-комунікативною компонентою закладів охорони здоров'я в умовах адміністративно-територіальних реформи на прикладі комунікаційного забезпечення функціональної діяльності медичних закладів об'єднаних територіальних громад, соціальним розвитком колективів промислових підприємств та населення ОТГ з урахуванням максимізації рівня соціальної захищеності території; методичку оцінки соціальної та економічної ефективності соціогуманітарного управління, соціальних ризиків розвитку трудових колективів з виділенням найбільш впливових політичних, соціальних, регіональних чинників.

Набуло подальшого розвитку методика оцінки індексу людського, соціогуманітарного розвитку на основі інтегрального підходу з урахуванням критеріїв макро-, мезо- та мікрорівнів.

Результати аналізу теоретичних матеріалів і методичні положення, викладені в книзі, доведені до стадії, що дає змогу

використовувати їх у практичній діяльності ОТГ та органів державної влади і місцевого самоврядування. Запропоновані автором методика оцінки індексу людського, соціогуманітарного розвитку та заходи щодо підвищення інформаційно-комунікативного обслуговування закладами охорони здоров'я в умовах адміністративно-територіальних реформи на прикладі інформаційно-комунікаційного забезпечення функціональної діяльності медичних закладів об'єднаних територіальних громад що на основі соціального партнерства передані підприємствам сфери послуг.

З метою побудови ефективного управління соціогуманітарним розвитком ОТГ, в умовах трансформаційної економіки авторами були розроблені завдання і функції відділу соціального розвитку, а також дані практичні рекомендації з підвищення ефективності діяльності об'єктів медичних закладів та соціальної інфраструктури.

Практичне значення одержаних результатів полягає у широких можливостях використання розробок для підвищення якості інформаційно-комунікативного обслуговування закладми охорони здоров'я та стабільності роботи ОТГ. Прикладний аспект підтверджується практичним застосування окремих положень та результатів дослідження у державних установах та на підприємствах різних галузей і підтверджується відповідними довідками серед яких: Департаменту економічного розвитку Тернопільської обласної державної адміністрації<sup>0</sup> охорони здоров'я, Академії соціального управління ін.

Основні результати дослідження використовуються у навчальному процесі при викладанні дисциплін: «Управління якістю», «Управління потенціалом підприємства», «Менеджмент», «Організація виробництва» у Тернопільському національному технічному університеті імені Івана Пулюя, «Соціальна політика», «Економіка підприємств», колишньому Тернопільському міжнародному інституті соціальних та інформаційних технологій, Тернопільського медичного університету ін.

Крім цього, практична цінність результатів дослідження полягає у можливостях використання пропозицій і зокрема організаційно-економічного механізму для державного регулювання соціально-трудова відносин і, таким чином, забезпечення надійності його функціонування.

Книга є самостійно виконаною науковою працею, у якій

викладений авторський підхід до дослідження теоретичних і практичних аспектів управління інформаційно-комунікативною компонентою закладів охорони здоров'я в умовах адміністративно-територіальних реформи на прикладі комунікаційного забезпечення функціональної діяльності медичних закладів об'єднаних територіальних громад, соціогуманітарним розвитком ОТГ в умовах трансформаційної економіки. Наукові положення, висновки і рекомендації, отримані автором самостійно. Особистий внесок здобувача в наукових працях, написаних у співавторстві і зазначених у списку опублікованих праць.

Основні результати дослідження доповідалися й обговорювалися на міжнародних всеукраїнських, регіональних та університетських науково-практичних конференціях.

Власне теоретико-прикладні аспекти удосконалення управління інформаційно-комунікативною компонентою закладів охорони здоров'я в умовах адміністративно-територіальних реформи є нині надзвичайно актуальними і своєчасними для поствоєнної економіки України

*Тернопільський національний технічний  
університет імені Івана Пулюя  
д.е.н., с.н.с. О.Б. ПОГАЙДАК*



*Наше відношення до проблем охорони здоров'я чітко визначені  
Конституцією нашої держави:  
«Україна є суверенна і незалежна, демократична соціальна,  
правова держава»  
(ст. 1. Конституції України)*

*«Права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і  
спрямованості діяльності держави»  
(ст. 3. Конституції України)*

## **ЧАСТИНА II**

### **Теоретико-прикладні аспекти удосконалення організаційно-економічних механізмів управління інформаційно-комунікативною компонентою закладів охорони здоров'я в умовах адміністративно- територіальної реформи**

- теоретичні основи управління соціогуманітарною компонентою господарської діяльності ОТГ;*
- аналіз сучасного стану управління інформаційно-комунікаційного забезпечення управління медичного обслуговування в умовах ОТГ;*
- шляхи і напрями удосконалення механізмів управління інформаційно-комунікативним обслуговуванням населення: ефективність пропонованих заходів в умовах діяльності ОТГ.*

*Соціогуманітарна сфера включає не лише оздоровлення  
трудового колективу, а і якість обслуговування, що є одним  
з найважливіших показників не до речі лише рівня достатку  
народу, а й рівня його ультури.*

*(Богдан .Андрушків)*

## **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ СОЦІОГУМАНІТАРНОЮ СФЕРОЮ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ОБ'ЄДНАНОЇ ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ГРОМАДИ. МІСЦЕ І РОЛЬ МЕДИЧНОЇ КОМПОНЕНТИ**

*– загальна характеристика наявного досвіду управління  
медичним обслуговуванням у контексті соціогуманітарного розвитку  
підприємств розміщених на території об'єднаної громади (аспекти  
зарубіжного досвіду);*

*– методика формування інформаційної бази дослідження  
ефективності медичного обслуговування з врахуванням стану  
інформаційно-комунікативного забезпечення у повоєнний період;*

*– реалізація інноваційно-інформаційних підходів у дослідженнях  
механізму функціонування охорони здоров'я в контексті  
соціогуманітарної сфери ОТГ.*

## **1.1. Загальна характеристика наявного досвіду управління медичним обслуговуванням у контексті соціогуманітарного розвитку підприємств розміщених території об'єднаної громади (аспекти зарубіжного досвіду)**

Вивчаючи практичні аспекти інформаційно-комунікативного забезпечення охорони здоров'я в контексті управління соціальним розвитком ОТГ у повоєнний період, видається доцільним узагальнити передовий досвід деяких розвинутих країн із соціально орієнтованою економікою в частині побудови ефективних механізмів використання наявних ресурсів об'єднаної території.

Наприклад проаналізувавши досвід підприємств Японії в галузі соціального розвитку трудових колективів, можна виділити деякі особливості організації праці і її оплати, характерні для японських методів соціального управління. Японський тип трудової угоди має ряд особливостей порівняно з європейським і американським. Трудова угода встановлює норми праці й гарантує визначений термін їх дотримання. У японському варіанті це не мінімальні, а максимальні норми для працівників даного підприємства, що пов'язано з локальним характером колективних переговорів. Угода визначає також правила відносин профспілок і підприємців у сфері управління (спільні консультації, ради, комітети). Велика увага в трудовій угоді зазвичай приділяється мирному врегулюванню трудових конфліктів, при цьому обидві сторони прагнуть знайти неформальне вирішення питання. Цим пояснюється деяка невизначеність багатьох положень трудової угоди, що дає можливість їх широкого тлумачення. У трудових угодах інших країн такий підхід неприпустимий.

Головна ж відмінна риса японських трудових угод пов'язана з пофірмовим характером профспілок, що не дає їм можливостей для контролю над ринком праці в цілому. Відповідно до закону про профспілки, трудова угода складається з нормативної частини і зобов'язань сторін. У нормативній частині обумовлюються умови праці, наймання, звільнення (процедура самого наймання – прерогатива підприємця). Вона поширюється на всіх працівників. Зобов'язання сторін регламентують діяльність профспілок на підприємстві. Зазвичай трудові угоди розраховані на один-два роки, але за законом можуть діяти до трьох років.

Наступною особливістю японських методів соціального

управління є використання такого методу мотивації праці персоналу, як довічний найм. Певна частина співробітників японських фірм, що найнялися в компанію відразу після закінчення навчального закладу, працює в ній до досягнення граничного віку. Встановилася традиція, відповідно до якої ні сам працівник, ні фірма раніше цього часу не припиняють відносин одне з одним за односторонньою ініціативою, якщо тільки не виникнуть форс-мажорні обставини. У результаті в персоналу формуються відчуття стабільності і впевненості у своєму майбутньому, почуття психологічної безпеки, що мотивують поведінку, яка сприяє збереженню такого стану речей. При довгострокових відносинах з персоналом японська компанія здатна задовольнити практично всі основні потреби працівників – від фізіологічних до соціальних і духовних, включаючи потребу в самовираженні і творчості.

Одним з чинників успішного розвитку японської економіки є ефективна система стимулювання праці. Головним економічним стимулом підвищення трудової активності працівників є заробітна плата. Затримка її виплати на японських підприємствах виключена. До другої половини 1980-х рр. за середнім рівнем заробітної плати Японія помітно відставала від провідних країн Заходу, але в 1987 р. ситуація докорінно змінилася, і Японія за цим показником вийшла у світові лідери. Основна причина настільки серйозного зрушення – успішний розвиток Японії і перетворення її в другу економічну державу світу. Певну роль відіграла й багаторічна боротьба профспілок за поліпшення умов праці, що протягом багатьох років велася під гаслом “заробітну плату – на рівень західноєвропейських країн”. До середини 1990-х рр. середньомісячна заробітна плата досягла майже 500 тис. ієн.

Крім основної заробітної плати, працівники двічі на рік (влітку й узимку) одержують грошові премії (“бонуси”), розмір яких залежить від результатів діяльності компанії. Основна ідея традиційної системи матеріального стимулювання в японській фірмі: непряме спонукання працівника до праці через задоволення його потреб. Не випадково відтворювальним надбавкам дотепер належить основне місце серед усіх надбавок до тарифної ставки. Бонуси мають велике значення як елемент заробітної плати, що підвищує її гнучкість і гнучкість всього економічного механізму фірми. Динаміка бонусів значно більшою мірою, ніж тарифний заробіток, визначається кон’юнктурою країни (у

момент високої кон'юнктури бонуси зростають, а під час депресій знижуються).

Величина цих одноразових виплат з числом зайнятих понад 30 чоловік досягає в середньому трьох з половиною місячних зарплат. На цю суму можна придбати, наприклад, новий малолітражний автомобіль. На деяких великих підприємствах загальна сума літніх і зимових бонусів в окремі роки досягає 4 і навіть 6 місячних зарплат. Ефективним стимулом є надання працівникам матеріальної допомоги у вигляді різних одноразових допомог – на житло, деякі види комунальних послуг, харчування, одяг, транспорт, культурні й медичні потреби. Ці допомоги мають разовий характер і виплачуються лише у виняткових випадках, будучи, по суті, своєрідною благодійною допомогою.

Працівникам великих компаній здійснюється заздалегідь обумовлена одноразова виплата у формі вихідних допомог при виході на пенсію по досягненню пенсійного віку. Це або особлива одноразова сума, або сума, еквівалентна заробленій пенсії. На практиці більшість суб'єктів господарювання виплачує обидві суми одночасно. Ці виплати не вимагають яких-небудь попередніх внесків з боку працівників, а здійснюються на безоплатній основі за рахунок прибутку підприємства. Єдина умова, що дає право на одержання таких виплат, – безперервний стаж роботи на даному підприємстві не менше ніж 20 років. Розмір вихідної допомоги (одноразова сума плюс сума, еквівалентна пенсії) залежить як від стажу роботи (але не менше ніж 20 років), так і від рівня освіти працівника. Середня її величина на великих підприємствах обчислюється, як правило, десятками мільйонів ієн, досягаючи 26-50 місячних зарплат, або 2-4 річних.

Як альтернативу традиційним системам оплати праці японська практика виробила принципово новий тип тарифікації, що узгоджується не стільки з віком і стажем, скільки з конкретними характеристиками працівника як такого, з його індивідуальними показниками в праці, зі специфічними особливостями кваліфікації, що відрізняють його від інших. В основу систем заробітної плати стала закладатися трудова тарифна ставка ("сиготокю"), сама назва якої свідчить про її зв'язок із трудовими характеристиками працівника і посилення ролі заробітної плати в безпосередньому стимулюванні праці. Як показники, що відображають трудовий

потенціал працівника, набули поширення оцінка його здатності виконувати свої обов'язки, значущість кожного з обов'язків, рівень кваліфікації і професійна категорія, результативність трудової діяльності, а також службовий статус.

При цьому однією з особливостей японської моделі оплати праці є залежність оплати праці від так званих життєвих піків, яких у житті людини нараховується 5-6. Коли 22-річний японець після закінчення університету влаштується на роботу, його зарплата становитиме приблизно 202 тис. ієн на місяць (приблизно 2000 дол. США). Це визначений законом мінімум. У 28-29 років японець, як правило, одружується.

Знову ж відповідно до закону і традицій досягнення цього піка відзначається підвищенням заробітку (приблизно на 5-7%). Наступна життєва вершина досягається при народженні дитини, у зв'язку з чим держава рекомендує роботодавцям ще підвищити зарплату співробітникам. Потім зарплата підвищується при купівлі житла в кредит. Час, за який слід віддати частину цього кредиту, теж супроводжується підвищенням зарплати і т. д.

Підвищення ж заробітної плати для всіх працівників підприємств відбувається в Японії традиційно один раз у рік – у квітні, за вимогою профспілок і за їх взаємною домовленістю з роботодавцями відповідно до принципів соціального партнерства. Однак варто звернути увагу на те, що внаслідок високого рівня заробітної плати в країні японські підприємці переводять підприємства за кордон, що є однією з причин зниження зайнятості і зростання безробіття в останні роки. Тому держава прагне стабілізувати зайнятість у країні шляхом: сприяння створенню нових робочих місць (частіше для середніх і малих підприємств); підготовки кадрів для роботи в нових сферах економіки; розробки і реалізації заходів щодо запобігання безробіттю (разові дотації підприємствам для професійного навчання й підготовки кадрів нових спеціальностей); допомоги в працевлаштуванні випускникам ВНЗ і шкіл; сприяння безробітним у пошуку робочих місць. Однак першорядна роль у вирішенні проблем зайнятості, безробіття, як і інших соціальних питань, належить у Японії системі соціального партнерства.

З початку 1980-х рр. у Японії почалася реформа всієї системи соціального забезпечення. Її необхідність була викликана, насамперед, зміною демографічної ситуації, зокрема старінням

населення, а також активним виходом жінок на ринок праці. Якщо в 1950 р. особи у віці 65 років і старше становили 5% чисельності населення, то в 1990 р. – уже 12%. Передбачається, що цей процес буде активізуватися, і до 2025 р. показник досягне 25%. Це пов'язано з різким збільшенням тривалості життя і значним скороченням народжуваності (частка дітей до 14 років у загальній чисельності населення знижується з 35% у 1950 р. до 18% у 1990 р. і 15% у 2025 р.).

Демографічні зрушення поставили перед ОТГ та системою соціального забезпечення проблеми пошуку додаткових коштів для виплат категорії осіб літнього віку, що збільшується, і створення гідних умов життя для тих з них, хто проживає окремо від дітей (наслідок зміни внутрісімейних відносин). Розпочинаючи реформи системи соціального забезпечення, уряд пішов шляхом уніфікації різних форм страхування здоров'я та пенсійного забезпечення, щоб створити приблизно однакові умови для різних категорій населення при зниженні тягаря його витрат у цілому. Особлива увага приділяється особам літнього віку й підростаючому поколінню.

У результаті особи літнього віку не тільки одержують додатковий дохід, а й залишаються в системі звичних соціальних зв'язків. Оскільки їм доводиться часто змінювати професію, створюються спеціальні центри перепідготовки. Багато людей похилого віку знаходять потім роботу на дрібних підприємствах, у ремонтних майстернях, сфері суспільного харчування, роздрібній торгівлі. У 1989 р. уряд прийняв “золотий план” – 10-річну стратегію поліпшення медичного обслуговування й підвищення добробуту осіб літнього віку. Вона спрямована на створення системи обслуговування людей цієї вікової категорії вдома і будівництво будинків-пансіонатів з повним набором послуг. Прийняття закону про надання допомоги вдома увійшло в програми всіх політичних партій. З 1993 р. до реалізації “золотого плану” підключилися органи місцевого самоврядування, що розробляють конкретні програми на місцях (створюються, наприклад, спеціальні станції для надання медичної допомоги літнім особам удома тощо).

Предметом особливої турботи в системі соціального забезпечення є створення умов для підвищення народжуваності й захисту дитинства. Низький рівень народжуваності пов'язаний поряд з іншими причинами з бажанням багатьох японських жінок здобути

вищу освіту, відкласти створення сім'ї на більш пізній час, працювати не тільки для підвищення матеріального рівня, а й для самовираження. Тому важливою соціальною проблемою стала необхідність забезпечити жінці умови, що давали б змогу народжувати й виховувати дітей, не кидаючи роботи.

Перший внесок у її вирішення зробив закон щодо забезпечення рівних можливостей наймання для чоловіків і жінок (1985 р.), що формально створював юридичну базу для соціального захисту жінок. Закон про відпустки по догляду за дітьми (1991 р.) передбачав надання такої відпустки одному з батьків до досягнення дитиною одного року. Відповідно до виправлень до закону про страхування найманих робітників, прийнятим у 1994 р., під час відпустки по догляду за дітьми гарантуються виплати в розмірі 25% заробітної плати. Внесені в 1994 р. зміни в закони про страхування здоров'я і пенсійне страхування найманих робітників передбачали звільнення від внесків у страхові фонди на період відпустки по догляду за дітьми, що становить приблизно 12% загальної суми виплат найманих робітників.

Фінансова база витрат на соціальне забезпечення в Японії складається зі страхових внесків найманих робітників і підприємців (у 1992 р. – понад 60%), державних коштів (близько 20%), доходів від активних фінансових операцій (понад 12%) та ін. Ця структура за останні десятиліття не зазнала істотних змін за винятком зростання доходів від активних фінансових операцій (за рахунок збільшення пенсійного фонду) і зниження частки коштів державного бюджету (при постійному підвищенні питомої ваги витрат на соціальне забезпечення в його видатковій частині). У структурі виплат у системі соціального забезпечення з початку 1980-х рр. відбулися серйозні зміни: розміри пенсійних коштів перевищили витрати на страхування здоров'я, склавши на початку 1990-х рр. понад 50% виплат.

Відповідно до урядової стратегії перетворення Японії в “наддержаву якості життя” на базі її економічних досягнень до 2025 р. планується підняти витрати на соціальне забезпечення до 28,5-32,5% національного доходу (сьогоднішній рівень таких країн, як Німеччина або Франція). Для цього передбачено підвищити загальну суму податкових надходжень і виплат на соціальне страхування. Їх частка відносно національного доходу досягне до цього терміну 49,5-53,5% (у 1960 р. – 22,3%, у 1992 р. – 38,1%). Крім того,



передбачається змінити структуру витрат у системі соціального забезпечення. Якщо зараз витрати на виплату пенсій, страхування здоров'я та соціальну допомогу тим, хто її потребує, становлять співвідношення 5:4:1, то до 2025 р. воно набуде вигляду 5:3:2 за рахунок підвищення рівня соціальної захищеності зокрема дітей і людей похилого віку.

Для реалізації цих планів проводиться податкова реформа, основна мета якої – сприяти створенню суспільства добробуту. Реформа передбачає скорочення прибуткового податку і збільшення споживчого (з 3 до 5%), останній буде підвищуватися в міру необхідності. Серйозна увага звертається на підтримку балансу між витратами на соціальне забезпечення й податковий тягар.

На завершення необхідно підкреслити, що з усього комплексу проблем соціального забезпечення найбільшу увагу японський уряд приділяє створенню гідного рівня життя особам літнього віку. Це пов'язано з тим, що чисельність цієї категорії постійно зростає і до 2025 р. досягне 5,2 млн чол. проти 2 млн у 1993 р. Крім того, через зростання тривалості життя і збільшення періоду трудової активності цієї категорії населення, а також недостачі молодій робочій силі люди похилого віку стануть важливим компонентом ринку праці.

У соціальній політиці Данії вирішальну роль відіграли запобіжні й реабілітаційні заходи. У 1960-і рр. країна переживала піднесення, коли попит на робочу силу перевищував пропозицію, і забезпечення повного використання людських ресурсів здавалося сприятливою можливістю для досягнення добробуту. Межі витрат на повернення безробітних до праці або звільнення жінок від домашніх справ не встановлювалися. Поряд із широкою муніципальною реформою 1970 р., спрямованою на скорочення кількості й укрупнення міських рад, докорінної реструктуризації зазнала соціальна система. Соціальні пільги забезпечувалися на базі податкових надходжень і принципу безприбутковості; допомоги по безробіттю значною мірою виплачувалися за рахунок податкових надходжень і практично не обмежувалися за часом; пенсії по старості стали виплачуватися повністю з податкових надходжень, причому базова пенсія не залежала від рівня доходу. Розширювалася мережа дитячих ясел, дитячих садків і інших установ з низькою вартістю послуг для споживачів.

З початку 1960-х рр. у сфері управління соціальним розвитком у

Данії були відновлені чотири сфери. У 1961 р. набуло чинності нове законодавство з соціального забезпечення. До нього був включений класичний соціал-демократичний принцип, що декларує пільги й соціальний захист. Але рамки соціальних виплат розширилися порівняно з первинною метою, що полягала в забезпеченні прожиткового мінімуму. Були усунуті останні санкції у вигляді позбавлення виборчого права, а для деяких груп населення введена додаткова допомога при менш суворих правилах її надання для того, щоб гарантувати населенню розумний рівень життя.

Інша важлива зміна передбачала, що залежно від обставин людям, що претендують на одержання соціальної допомоги, вона повинна надаватися для одержання робочого місця, що забезпечує дохід, – шляхом розвитку трудових навичок або відновлення здатності до праці. Таким чином, до законодавства були введені принцип утрати доходу і принцип реабілітації.

Третім елементом відновлення системи управління інформаційно-комунікативного забезпечення охорони здоров'я в контексті соціального розвитку став розвиток системи медичного страхування. Принцип страхування на випадок хвороби зберігався, однак передбачувані виплати значно збільшувалися. Нововведенням стало те, що товариства з медичного страхування повинні також обслуговувати людей, що заробляють більше, ніж “ліміт, устанавлюваний товариством з медичного страхування”. Були зняті обмеження в термінах використання допомоги в разі хвороби і введена система обов'язкових допомог по безробіттю для найманих робітників. Таким чином, змінилася схема виплати допомоги в разі хвороби, заснована на колективних договорах.

Останній елемент відновлення соціальної політики стосувався виплати пенсій. У 1964 р. прийняте рішення про поступовий перехід до виплати повної пенсії по старості. Після цього відбулося скасування виправлення, що зобов'язувало враховувати рівень доходу при розрахунку базової пенсії по старості для пенсіонерів старше 67 років. У 1964 р. прийнятий закон про догляд за непрацездатними людьми й літніми пенсіонерами, що передбачає, зокрема, державну підтримку по догляду, яка надається поза інтернатами для старих. У 1964 р. у результаті переговорів між соціальними партнерами набула чинності додаткова систем пенсійних виплат для найманих працівників, фінансована за рахунок відрахувань роботодавців і

працівників.

У 1973 р. були реалізовані дві важливі складові реформи соціального забезпечення – уведена нова система вирахування щоденних виплат і створена система медичного страхування. Уперше все населення країни було охоплено системою виплат при втраті джерела доходу у зв'язку з хворобою, травмою або народженням дитини. Рівень щоденних виплат був встановлений у 90% від доходу, тобто вище від виплачуваних тоді допомог по безробіттю. Схема, якої дотримувалися відділи з соціальних виплат міських рад, фінансувалася роботодавцями (виходячи з кількості днів відсутності працівника на роботі) і державою.

Закон про медичне страхування передбачав ліквідацію товариств з соціального страхування й передачу їх функцій з виплати допомог у разі хвороби міським радам і радам комун. Одночасно всьому населенню країни автоматично забезпечувався доступ до користування допомогою у разі хвороби. Таким чином, скасовувався традиційний принцип страхування.

У 1976 р. набув чинності новий закон про соціальне забезпечення. Багато в чому він відступав від колишніх принципів. Закон ґрунтувався на так званій одноканальній системі. Згідно з ним була потрібна повна оцінка матеріального становища конкретної сім'ї. Для цього потрібно було направити всі види клопотань в одну установу – у відділ соціальних послуг комітету із соціальних послуг, що звертався з клопотанням про виділення допомоги або переадресовував прохача в інші установи. Обсяг і характер наданої допомоги став визначатися залежно від оцінки конкретних потреб даної особи. З прийняттям закону проведена також децентралізація в діяльності установ з соціальної допомоги, що передавалася у відання міських рад і рад комун.

Соціальна реформа супроводжувалася постійними змінами системи соціального забезпечення. Ставки виплат і вибір об'єктів надання допомоги в ряді випадків коректувалися при постійному прагненні знайти справедливу форму перерозподілу. Одночасно йшли пошуки адміністративного вирішення проблеми, оскільки велика частина тягаря з соціальних послуг була пов'язана з безробіттям.

У 1987 р. принцип виплати допомог у наявній формі зазнав докорінних змін, набула чинності вимога про необхідність індивідуальної оцінки потреби кожної людини в одержанні допомоги,

причому виплачувалася вона відповідно до жорстких правил і зводилася до базової допомоги, “квартирних” виплат і допомоги на дитину.

США. Одним з головних завдань управління соціальним розвитком суспільства в США є підвищення ступеня пріоритетності в соціальному бюджеті держави інвестиційних вкладень у людський капітал, тобто значення асигнувань на освіту, професійну підготовку і перепідготовку, а також охорону здоров'я. Так, державне фінансування з фондів федерального уряду, а також штатної і місцевої влади системи освіти всіх рівнів (початкової, середньої і вищої) у США становить більше ніж 500 млрд дол. Понад 46% усіх витрат на охорону здоров'я (більше ніж 1000 млрд дол.) також здійснює держава.

Головний соціально-економічний пріоритет – розвиток вищої освіти. Державні асигнування з цією метою становлять більше ніж 150 млрд дол. Розвитку вищої освіти приділяється особлива увага з двох основних причин. По-перше, вона все більшою мірою сприяє економічному зростанню й підвищенню продуктивності праці. За оцінкою Бюро трудової статистики, з 1983 до 1992 р. внесок вищої освіти в зростання продуктивності праці становив не менше ніж 20%. По-друге, усе більш помітним стає значення вищої освіти для підвищення рівня доходів населення й життєвого рівня в цілому. Так, в американців, що мають вищу освіту, рівень доходів у середньому на 60% вищий, ніж у випускників середньої школи. У США поставлено загальнонаціональне завдання: у першій половині ХХІ ст. зробити вищу освіту такою ж доступною, якою на сьогодні є середня освіта. Середній період здобуття освіти має становити не менше ніж 14 років (у 2004 р. він дорівнював 12,8 років навчання).

Прийнято ряд нових програм, що розширюють доступ до послуг охорони здоров'я, що є частиною загальної стратегії розширення інвестування в людський капітал. Особливо це стосується дітей і осіб, що втратили роботу у віці 55-61 року, а також неохоплених медичним страхуванням американців у віці 62-65 років.

На сьогодні гостро постали проблеми адаптації до демографічних змін у складі населення, насамперед у зв'язку з його старінням. Виникає необхідність у реформуванні системи соціального страхування, у першу чергу пенсійного забезпечення, а також системи соціального захисту малозабезпечених верств населення. Один з

виходів – розширення системи приватного пенсійного страхування (на сьогодні нею охоплено менше ніж половина американців у віці 65 років і більше).

Однак головний напрям – це реформування державної системи пенсійного забезпечення. Зокрема, передбачається збільшення пенсійного віку з 65 до 67 років до 2020 р., а також збільшення виробничого стажу, необхідного для обчислення повної пенсії, з 35 до 37 років.

Привертає увагу переорієнтація програм допомоги різним категоріям громадян із соціальних виплат на стимулювання їх трудової активності. Важливим інструментом для реалізації цієї мети став закон про особисту відповідальність і можливості працевлаштування, який був прийнятий у 1996 р. і набрав чинності 1 липня 1997 р. Він зобов'язав реципієнтів соціальної допомоги працювати або проходити професійну перепідготовку. Відповідно до цього закону виплата різних соціальних допомог обмежується 5-річним терміном.

Шведська модель управління соціальним розвитком працює на базі ринкової економіки: 95% підприємств Швеції – приватні, і саме вони забезпечують високі темпи зростання обсягів виробництва. Великий сектор, яким розпоряджається держава, – соціальне забезпечення, охорона здоров'я й освіта. Усе це потребує великих бюджетних витрат, тому податки, включаючи соціальні відрахування, у Швеції досить високі – приблизно 60% ВВП. Донедавна охорона здоров'я й освіта були абсолютно безкоштовними. Освіта такою і залишилася, включаючи вищу, а медицина частково стала платною.

Важливий елемент шведської моделі – політика на ринку праці. Загальна відповідальність за її проведення покладена на парламент і уряд, зокрема на міністерство праці, якому підпорядковується державна адміністрація ринку праці. У цій системі існує близько 400 державних служб зайнятості. Останнім часом дозволені приватні агентства з працевлаштування. Закон вимагає, щоб усі вакансії роботодавці реєстрували в державній службі зайнятості.

Державний сектор, що включає національний уряд і місцеві органи самоврядування (муніципалітети й обласні ради), має широке коло повноважень. Це освіта, працевлаштування і промислова політика, догляд за хворими і старими, соціальне забезпечення, захист навколишнього середовища і багато чого іншого. Для реалізації цих

повноважень державним органам необхідна частина загальнонаціональних ресурсів, одержуваних ними у вигляді податків. Тому рівень податків у Швеції досить високий. Водночас не слід забувати, що основна частина зібраних коштів повертається платникам податків у формі різних виплат і послуг.

У світі відома шведська система соціального страхування населення. За час свого існування вона зазнала значних змін. Її основною рисою стала універсальність, тобто в полі соціального страхування опиняється кожен житель країни незалежно від роду занять, а в багатьох випадках і від того, одержує або не одержує ця людина заробітну плату. Такий стан справ називається у Швеції універсальною соціальною політикою.

Узагальнюючи вищезазначене, можна зробити висновок, що в розвинутих країнах система соціального захисту населення побудована на концепції соціальної відповідальності як держави перед суспільством, так і підприємств перед найманими робітниками.

Існують три основні інтерпретації концепції соціально-відповідального бізнесу. Перша і найбільш традиційна підкреслює, що єдина відповідальність бізнесу – збільшення прибутку для своїх акціонерів. Ця точка зору була “озвучена” Мілтоном Фридманом (Milton Friedman) у 1971 р. і може бути названа теорією корпоративного егоїзму: “Існує одна і тільки одна соціальна відповідальність бізнесу: використовувати свої ресурси й енергію в діях, що ведуть до збільшення прибутку, не вдаючись до шахрайства й обдурювання”.

Відповідно до цієї концепції підприємство повинно мати лише економічні цілі, не акцентувати увагу на взаємозв’язку організації із зовнішнім середовищем, оцінювати лише фактори, що мають прямий вплив на ефективність підприємств. Непрямий вплив соціальних зобов’язань враховувати немає потреби, тому що кількісно виміряти вигоди для суспільства, отримані від соціальної відповідальністю бізнесу, досить складно [152, С. 42].

Друга точка зору прямо протилежна теорії Фридмана. Її називають теорією корпоративного альтруїзму. Її засновники – Е. Карнегі, Джон Д. Рокфеллер, Е. Вуд. Цей підхід передбачає, що підприємство зобов’язане враховувати не тільки фактори економічного характеру, а й людські та соціальні аспекти впливу своєї діяльності на трудовий колектив, споживачів, акціонерів і

суспільство в цілому. Однак ця точка зору не мала широкого розвитку аж до 50-х рр. ХХ ст. Це пов'язано з глобальними змінами, що відбувалися в суспільстві в усьому світі, як економічними, так і політичними [156]. Саме в 1950-х рр. Хоуард Р. Боуен у своїй книзі “Соціальна відповідальність бізнесмена” першим визначив, що концепція соціальної відповідальності може бути поширена не тільки на державу, а й на бізнес, а усвідомлення більш широких соціальних цілей при прийнятті ділових рішень може давати соціальні й економічні вигоди суспільству [157].

Третю позицію представляє теорія “розумного егоїзму”, відповідно до якої соціальна відповідальність бізнесу – це просто “гарний бізнес”, оскільки скорочує довгострокові втрати прибутку. Витрачаючи фінансові ресурси на соціальні програми, корпорація скорочує свої поточні прибутки, але в довгостроковій перспективі створює сприятливе соціальне оточення і, отже, стійкі прибутки. Соціально відповідальна поведінка – це можливість для корпорації реалізувати свої основні потреби у виживанні, безпеці і стійкості.

Поняття “корпоративної соціальної відповідальності” сформувалося порівняно недавно – у 80-х рр. ХХ ст. До цього періоду існували розрізнені стандарти в різних галузях корпоративного управління, що стосуються політики відносин із працівниками, корпоративної етики, підходів до охорони навколишнього середовища. У сфері соціальної політики компаній стандарти і правила не були вироблені, переважав “випадковий” підхід: робота зі зверненнями, відповідь на прохання місцевої влади або вимоги профспілок.

Однак уже з кінця 1970-х рр. провідні компанії США і Великобританії усвідомили необхідність об'єднати розрізнені елементи корпоративної політики, пов'язані з відносинами компанії із зовнішнім середовищем і виробити цілісні підходи до взаємодії із суспільством. Така політика, з одного боку, мала бути пов'язана з філософією компанії, її маркетинговою стратегією, а з іншого – відповідати б очікуванням суспільства. Серед причин, що спонукали великі компанії звернути більш пильну увагу на політику у відносинах із суспільством, можна виділити:

– тиск з боку держави, що посилювався. У Великобританії й інших країнах Західної Європи під тиском суспільства було висунуто більш жорсткі стандарти у сфері трудового законодавства, охорони

навколишнього середовища. У США роль держави була значно нижчою, однак і там поступово посилювалися норми екологічної безпеки, ускладнювалося трудове право;

– тиск профспілок, насамперед у сфері охорони праці й у соціальній політиці;

– взаємозв'язок між суспільною думкою й рівнем продажів, що значно зріс. Ставлення до того або іншого товару або бренда визначалося тепер не тільки якістю самого товару, ефективністю реклами, а й загальним іміджем компанії, відповідальністю її поведінки щодо партнерів, працівників, навколишнього середовища й суспільства в цілому.

Провідне об'єднання корпорацій США, що займається розвитком і просуванням концепції корпоративної соціальної відповідальності, “Бізнес за соціальну відповідальність” (“Business for Social Responsibility”) визначає корпоративну соціальну відповідальність так: “Досягнення комерційного успіху шляхами, що засновані на етичних нормах і повазі до людей, співтовариств, навколишнього середовища”. Політика корпоративної соціальної відповідальності згідно з цією концепцією – це взаємозалежний набір політик, практики і програм, що інтегровані в процес бізнесу, ланцюга постачань, процедури прийняття рішень на всіх рівнях компанії і включають відповідальність за поточну й минулу діяльність і майбутній вплив діяльності компанії на зовнішнє середовище [147, 148].

Концепція КСВ в компаніях різного рівня, різних сфер бізнесу включає різні компоненти, але найширше трактування КСВ включає в це поняття: корпоративну етику, корпоративну соціальну політику щодо суспільства, політику у сфері охорони навколишнього середовища, принципи й підходи до корпоративного управління, питання дотримання прав людини у відносинах з постачальниками, споживачами, персоналом, політику щодо персоналу.

Лорд Пагорб і Ричард Уаттс на всесвітньому бізнес-конгресі за стійкий розвиток у доповіді “Створюючи зміст для бізнесу” використовували таке визначення: “Корпоративна соціальна відповідальність – це постійна схильність бізнесу вести справи на основах етики й робити свій внесок в економічний розвиток, водночас поліпшуючи якість життя своїх працівників, їх сімей і суспільства в цілому” [149].



Green paper Європейського Союзу визначає корпоративну відповідальність як “концепцію, у рамках якої компанії на добровільній основі інтегрують соціальну й екологічну політику в бізнес-операції і їх відносини з усім колом пов’язаних з компанією організацій і людей”. Такий підхід прийнятий більшістю країн Європейського Союзу [159].

Таким чином, не існує єдиного загальноприйнятого визначення сутності корпоративної соціальної відповідальності. Однак усі подані підходи єдині в одному: корпоративна соціальна відповідальність – це відповідальність компанії перед усіма людьми й організаціями, з якими вона стикається в процесі діяльності, і перед суспільством у цілому. Усі дослідники включають сюди: відповідальність компанії у відносинах з партнерами, відповідальність щодо споживачів, відповідальну політику щодо працівників, екологічну відповідальність, відповідальність компанії перед суспільством у цілому.

Продумана соціальна політика, прозорість компанії щодо охорони навколишнього середовища і відносин з персоналом може впливати на фінансові показники, це насправді так. Численні дослідження, проведені в різних країнах, показують прямий зв’язок між якістю політики соціальної відповідальності компанії і поліпшенням її фінансових показників.

Загальний прибуток акціонерів компаній, що мають високі фінансові і соціальні показники (social performance), за останні 15 років виріс на 43%. За той самий час цей показник для “просто” фінансово успішних компаній виріс усього на 19%. Соціальна залученість дає свої дивіденди. Прибутковість продажів у соціально активних компаній на 3% вище, прибутковість активів вища на 4%, а прибутковість капіталу й акцій на 10% вища, ніж у компаній, що не виявляють себе в цій сфері.

Не випадково сучасний менеджмент переходить від концепції тотального управління якістю (Total Quality Management, TQM) до соціально орієнтованої концепції управління (Total Responsibility Management, TRM), що передбачає збільшення уваги до вимог різних “зацікавлених сторін”, під впливом яких перебуває компанія, і до питань збереження навколишнього середовища.

Крім поліпшення фінансових показників, продумана політика соціальної відповідальності дає змогу знижувати операційні витрати

компаній. Зокрема, ініціативи, спрямовані на підвищення екологічної безпеки виробництва, такі як скорочення газових викидів, зниження використання отрутохімікатів у сільському господарстві, також знижують витрати. У сфері управління персоналом, упровадження гнучких графіків, а також програм з поліпшення життя співробітників, допомога у вирішенні соціальних проблем знижують плинність кадрів, зміцнюють командний дух, підвищують мотивацію працівників, формують корпоративну солідарність і культуру.

Бізнес-діяльність компаній і їх соціальна відповідальність тісно пов'язані. Практично всі сфери бізнес-активності більшою або меншою мірою включають соціально значущі компоненти. У результаті реалізація концепції соціальної відповідальності повинна забезпечувати:

- необхідну якість товарів, дотримання норм безпеки й екологічних норм у виробничих процесах;
- достовірність інформації в рекламі товару та на його упаковці;
- розвиток людських ресурсів і трудових відносин: поліпшення умов праці, охорони і гігієни праці, навчання співробітників, реалізація заходів щодо подолання негативних наслідків скорочення штату і т. д.;
- високу ефективність фінансового контролю, відкритість документації;
- відкритість і прозорість у відносинах із владою;
- активну участь компанії в суспільному житті місцевого населення;
- реалізацію заходів щодо охорони навколишнього середовища.

Звичайно що в цих умовах логічним є розробка методики формування інформаційної бази дослідження ефективності господарської діяльності та її соціогуманітарної компоненти що і обумовлює тему наступного розділу.

## **1.2. Методика формування інформаційної бази дослідження ефективності медичного обслуговування з врахуванням стану інформаційно-комунікативного забезпечення населення та суб'єктів господарювання у повоєнний період**

Наука знає різні методичні підходи до оцінки рівня охорони

здоров'я, медичного обслуговування у виробничих умовах, соціального розвитку, соціальної захищеності населення, індексу людського розвитку представлені в працях: О.І. Амоші [101], Д.Є. Козенков [67], Ю.М. Краснов [83], Е.М. Лібанової [86,87], О.В. Мирошниченко [92-99], В.І. Науменко [100], В.М. Новиков [102-103], О.Ф. Новикова [101], О.Г. Осауленко [139], В.В. Сибірцева [119], Н.А. Соколенко [100], В.П. Сторожук [140] Г.В. Ярошенко [100] та ін.



**Довідково:** Загалом здоров'я населення залежить від якості життя. Здоров'я віддзеркалює соціально-економічні, культурно-соціальні умови, тому здоров'я не може бути вивчено без цих детермінант. Доведено, що рівень розвитку суспільства визначає рівень та якість життя населення, неодмінною складовою яких є здоров'я.

*Методологією медичної статистики є взаємозалежне вивчення явищ в їхньому історичному розвитку всередині суспільства.*

*Застосовуються різноманітні методи.*

*Метод порівняння одного й того ж явища в різних групах населення (згідно статі, віку, соціального стану, роду занять тощо), а також на різних територіях, Це має суттєве значення для вивчення явища. В рівній мірі це стосується динаміки явищ.*

*Епідеміологічний метод. Раніше використовувався для вивчення інфекційних хвороб, тепер використовується для вивчення усіх аспектів здоров'я населення. Епідеміологічний метод є методом кореляції та регресії між явищем і факторами, що перебувають з ним в причинно-наслідковому зв'язку.*

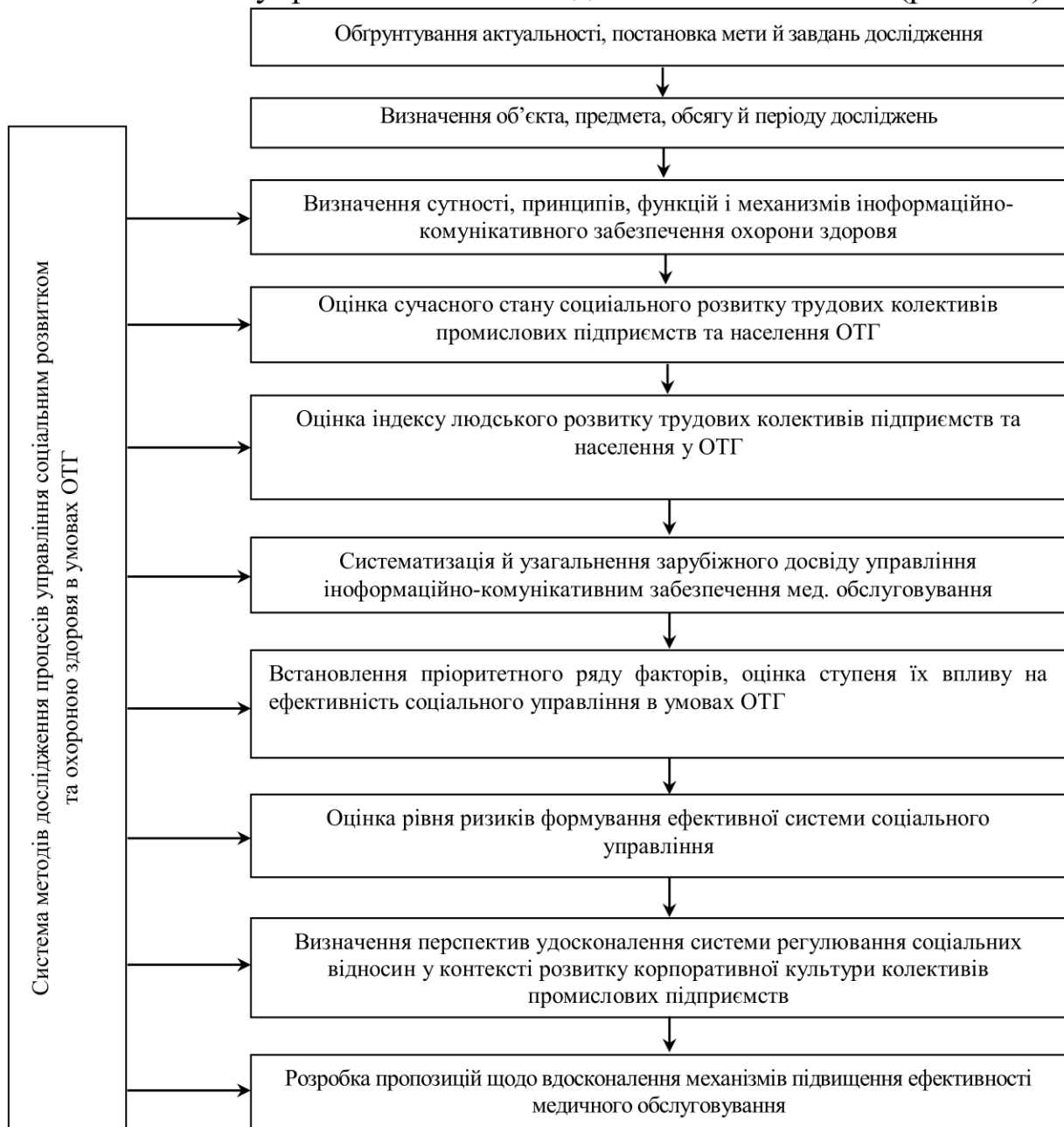
*Факторіальний аналіз використовується для вивчення закономірностей динаміки і структури явищ.*

*Математичні методи: методи прогнозування, оперативні та системні дослідження.*

*Експериментальний метод використовується для вивчення явищ, що імітуються в лабораторних умовах або в умовах реформування медичної допомоги.*

В силу згаданих обставин необхідна розробка комплексної

методики оцінки рівня соціального розвитку колективів промислових підприємств і вдосконалення методики оцінки індексу людського розвитку стосовно промислово розвинутих територій окремих регіонів. У загальному вигляді алгоритм проведеного дослідження процесів соціогуманітарного розвитку населення об'єднаної території, населення та промислових підприємств і розробки ефективних механізмів його управління можна подати таким способом (рис. 1.1.).



**Рис. 1.1. Алгоритм дослідження процесів управління інформаційно-комунікативним обслуговуванням медичними закладами у контексті господарської діяльності ОТГ у повоєнний період.**

Загалом в управлінні інформаційно-комунікативним обслуговуванням медичними закладами у контексті господарської

діяльності ОТГ можна виділити такі основні підходи до дослідження проблем соціогуманітарного управління: конкретно-історичний, котрий передбачає вивчення відносин соціального управління як процесів, що перебувають у стані розвитку і зміни під впливом певних факторів; комплексний, котрий передбачає при вивченні відносин соціального управління взаємозв'язок економічного, правового, соціально-психологічного й інших підходів до аналізу відносин управління; системний, що дає змогу розглядати і керувану, і керуючу підсистеми як цілісний комплекс взаємозалежних, об'єднаних загальною метою елементів; виявити властивості системи, її внутрішні і зовнішні зв'язки; аспектний, який дає змогу досліджувати одну зі сторін відносин управління, одну з властивостей, що виявляються через зв'язок з тим видом відносин. Послідовна реалізація даних етапів передбачає застосування комплексу уточнених й адаптованих до специфіки проведеного дослідження методів і методичних підходів (табл. 1.1).

*Таблиця 1.1*

**Методи дослідження стану й ефективності управління інфомаційно-комунікативним забезпеченням охорони здоров'я в умовах ОТГ**

<b>Назва методу</b>	<b>Мета застосування</b>	<b>Сфера застосування</b>	<b>Переваги</b>	<b>Недоліки</b>
1	2	3	4	5
Факторний аналіз	Визначення основних і профільних показників й групування латентних факторів (компонент) за трьома категоріями	Розрахунок регіональних індексів людського розвитку	Дає змогу не тільки визначити наявність зв'язку між окремими аспектами об'єкта, що досліджується, а й визначає вид цього зв'язку	Підвищена трудомісткість дослідження, певна частка суб'єктивізму
Експертних оцінок	Вивчення аспектів соціального управління при недостатчі або відсутності аналітичної інформації	Визначення експертами тенденцій і проблем соціального розвитку	Дає змогу оцінити і проаналізувати дії в умовах невизначеності, а також у ситуації, що постійно змінюється	Вплив на результат експертизи складу залучених до опитування фахівців

Продовження таблиці 1.1.

1	2	3	4	5
Монографічний	Оцінка ефективності управління соціальним розвитком промислових підприємств на основі їх типовості	Дослідження окремих елементів застосовуваних механізмів соціального управління	Відносна простота проведення дослідження і доступність аналітичної інформації для його проведення	Можливість перекручування результатів дослідження через недостатнє охоплення його об'єктів
Парних порівнянь на основі багатомірного шкалування	Побудова пріоритетного ряду факторів, що справляють вплив на ефективність соціального управління в промислових підприємствах	Виявлення системи внутрішніх і зовнішніх загроз для системи соціального розвитку	Ранжирування сукупності факторів при малих розбіжностях між ними, коли безпосередня оцінка не забезпечує їх упорядкування	Підвищена трудомісткість дослідження
Оцінка ризиків формування ефективної системи соціального управління	Розробка ефективної стратегії мінімізації ризиків у соціальному управлінні	Розрахунок ступеня ймовірності зниження ефективності соціального управління на промислових підприємствах	Простота застосування	Певна частка суб'єктивізму в процесі розрахунків
Оцінка індексу людського розвитку	Розрахунок узагальнюючого показника ефективності соціально-економічних реформ у промислових регіонах	Комплексний аналіз великої кількості критеріїв, що визначають рівень і умови життя в промислово розвинутих регіонах	Дає змогу зіставити рівень соціального розвитку різних регіонів	Трудомісткість проведення розрахунків, важко доступність аналітичної інформації

Методично важливим моментом є визначення ефективності системи управління інформаційно-комунікативним обслуговуванням медичними закладами у контексті господарської діяльності ОТГ у повоєнний період, може бути розрахована відомим способом:

$$K_e = \sum_{i=1}^n K_i, \quad (1.1)$$

де  $K_i$  – коефіцієнт ефективності системи соціального управління за  $i$ -м критерієм;  $n$  – кількість прийнятих до оцінки критеріїв.

Коефіцієнт ефективності функціонування системи соціального управління за кожним з обраних критеріїв розраховується за формулою:

$$K_i = \frac{c}{m}, \quad (1.2)$$

де  $m$  – кількість умов, необхідних для ефективного функціонування системи;  $c$  – кількість фактично виконаних умов, необхідних для ефективного функціонування системи.

Примітка: [142, автор. видання].

При виконанні всіх необхідних умов коефіцієнт ефективності дорівнює 1. При невиконанні декількох умов – менше ніж 1. Якщо не виконана жодна з необхідних умов, коефіцієнт дорівнює 0.

Вищенаведені методи можуть успішно застосовуватися для оцінки рівня соціального розвитку як населення, суб'єктів господарювання, окремих колективів промислових підприємств ОТГ при плануванні розвитку інформаційно-комунікативного забезпечення у повоєнний період. Проте проблеми управління соціальним розвитком складні і багатоаспектні, мають комплексний характер і потребують системного підходу в дослідженнях. Тому виникає необхідність у розробці методики оцінки рівня соціального розвитку як комплексного показника, що характеризує результативність і ефективність проведених соціально-економічних перетворень в окремому регіоні й у країні в цілому.

На сьогодні широко використовується таке поняття, як “індекс людського розвитку”. Однак існують дискусійні моменти в методиці його визначення. Так, у щорічних звітах Програми розвитку Організації Об'єднаних Націй (ПРООН) індекс людського розвитку визначається з урахуванням стану здоров'я, рівня освіти й реальної купівельної спроможності населення. Для його розрахунку ПРООН

застосовує власну методику, що, на наш погляд, для країн з перехідною економікою не повною мірою відображає реальну ситуацію щодо рівня людського розвитку.

Обмежена кількість показників не дає можливості повною мірою охарактеризувати стан людського розвитку в країні. На відміну від країн зі стабільною економікою, де більшість характеристик соціального розвитку тісно корелює з показниками, визначеними за методикою ПРООН, у державах з перехідною економікою така залежність не спостерігається. При використанні тільки трьох показників не враховується безліч аспектів і проблем людського розвитку, характерних для країн з перехідною економікою, тому для таких країн доцільне використання більш широкого набору показників при визначенні індексу людського розвитку.

По-друге, запропонована ПРООН методика визначення індексу людського розвитку ослаблена урахуванням лише позитивних характеристик (стимуляторів) людського розвитку. При цьому залишаються без уваги негативні індикатори (дестимулятори) розвитку суспільства (наприклад, стан злочинності, рівень безробіття тощо). Оскільки останні несуть досить цінну інформацію щодо ходу небажаних, однак наявних процесів людського розвитку в досліджуваних об'єктах, то їх урахування для України є актуальним.

Крім того, недоліком методики ПРООН можна вважати однакові вагові коефіцієнти, з якими в ІЛР враховуються базові характеристики. Наприклад, в Україні існує думка, що високий освітній рівень населення є основою підвищення матеріального добробуту, що в кінцевому підсумку буде сприяти зростанню тривалості життя. Тому і пріоритети базових характеристик необхідно визначати більш обґрунтовано, наприклад, на основі експертних оцінок.

Наведені аргументи на користь поширення переліку показників і переоцінки їх вагових коефіцієнтів при розрахунках індексу людського розвитку вимагають розробки національної методики його оцінки. Така методика була розроблена групою дослідників Інституту демографії і соціальних досліджень НАН України і Держкомстатом України [86, 87]. Відповідно до цієї методики, загальна схема побудови регіонального індексу людського розвитку передбачає:

1. Системний аналіз проблеми, її структурування й подання у вигляді ієрархії.



2. Кількісну оцінку пріоритетів такої ієрархії, що дає можливість визначити питомий внесок кожного з її структурних компонентів у загальний результат.

3. Формування бази даних фактичного стану розвитку структурних компонентів ієрархії щодо конкретного об'єкта дослідження.

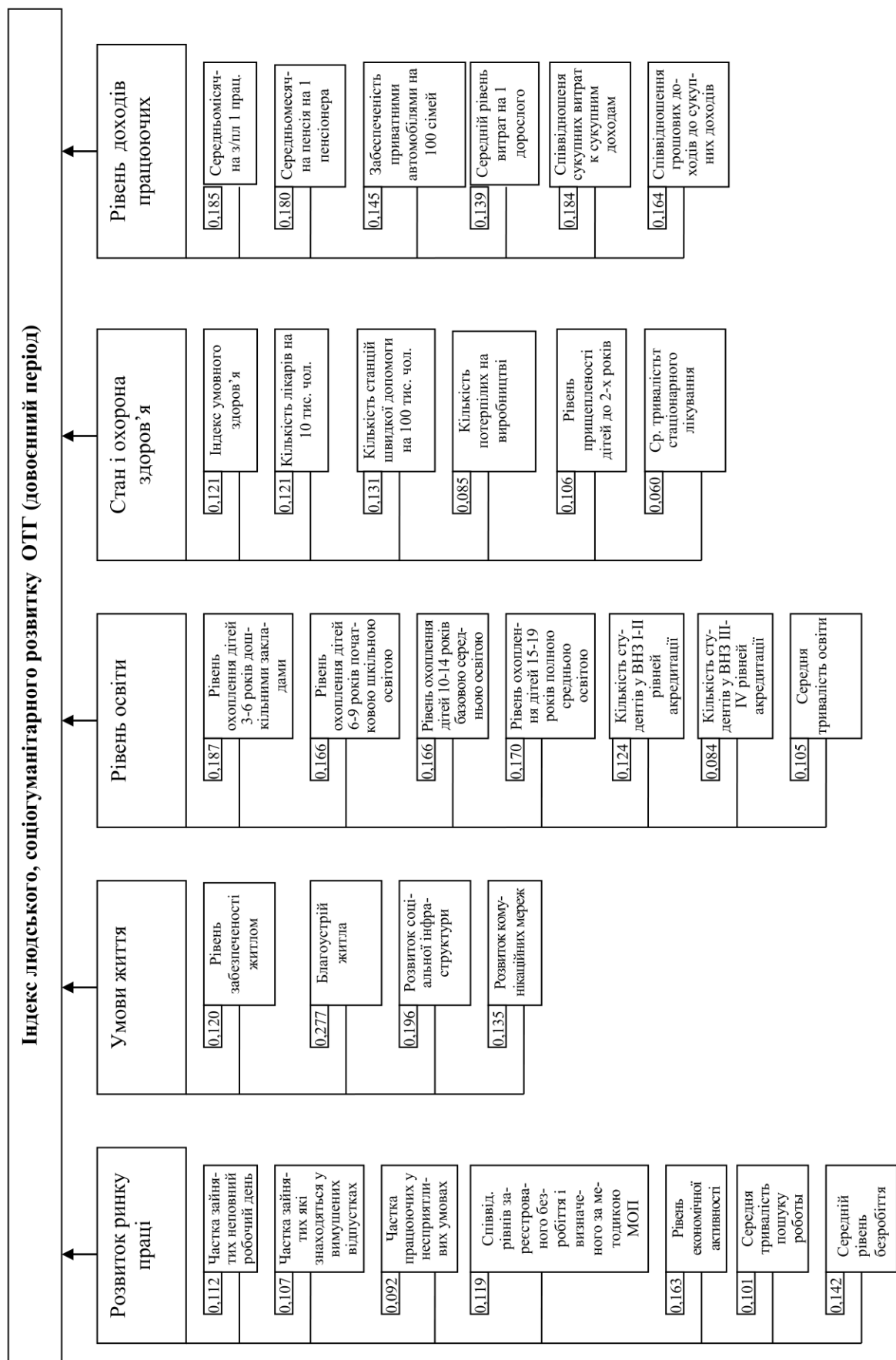
4. Розрахунок інтегрального індексу людського розвитку.

У зв'язку з тим, що метою даної роботи є оцінка рівня соціогуманітарного розвитку, автором запропонована модифікована методика розрахунку індексу людського розвитку. Крім того, не всі використовувані методикою Інституту демографії і соціальних досліджень НАН України дані враховуються статистичними органами на регіональному рівні і відповідно не доступні для автора.

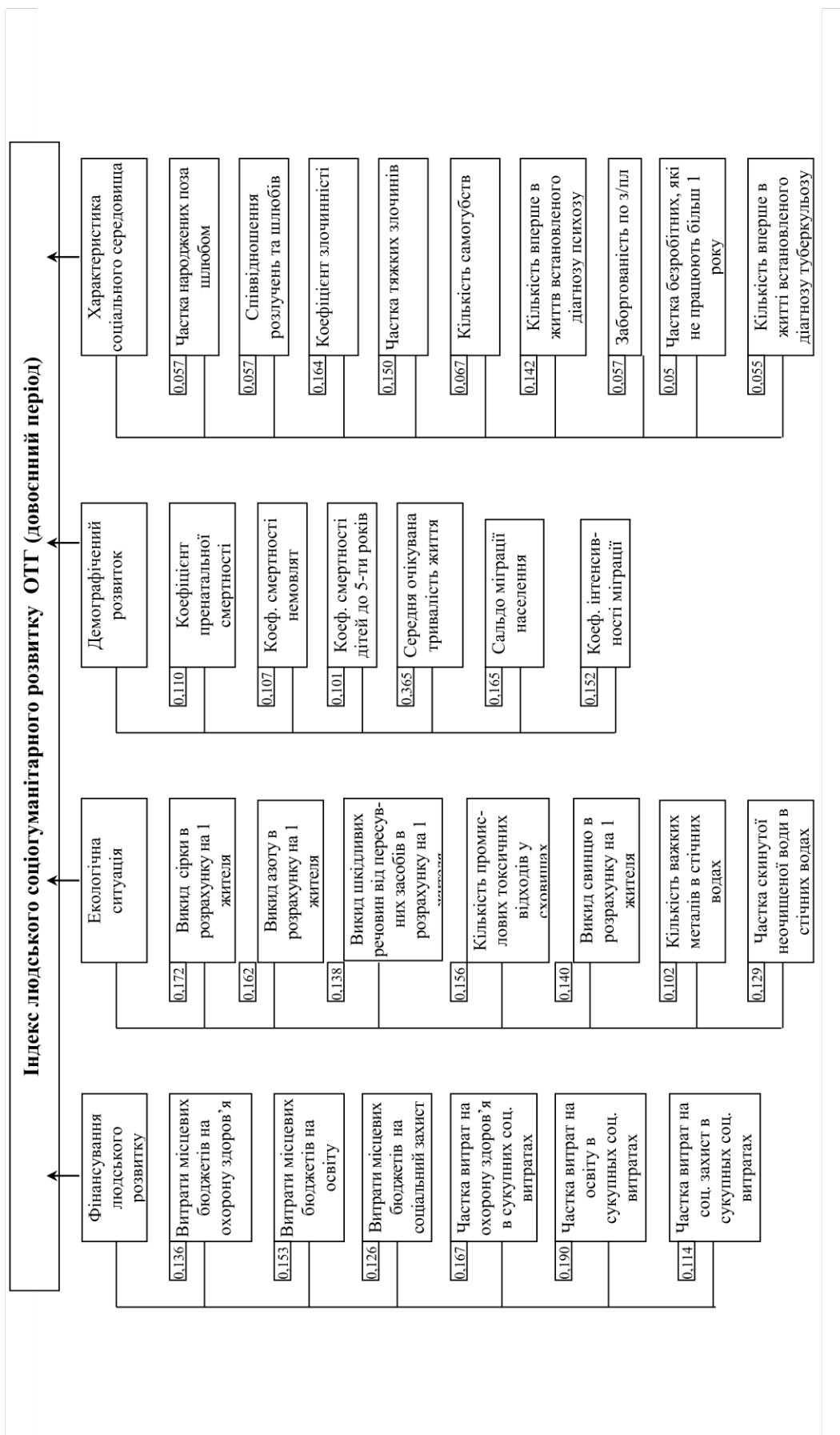
Таким чином, запропонована автором методика оцінки індексу людського, соціогуманітарного розвитку колективів підприємств, передбачає розрахунок інтегрального індексу, виходячи з складових зовнішньої середовища прямого та непрямого впливу. Кожний з яких характеризує один з аспектів досягнутого рівня і тенденцій розвитку потенціалу населення регіону і з відповідною вагою враховується в інтегральному індексі: середовище непрямого впливу - демографічний розвиток, соціальне середовище, екологічна ситуація, фінансування людського розвитку удвоєнний період (рис. 1.2); середовище прямого впливу у довоєнний період - розвиток ринку праці, матеріальний добробут населення, умови життя населення, рівень освіти населення, стан охорони здоров'я (рис. 1.3). Кожен з дев'яти запропонованих критеріїв має оцінюватися певним набором показників.

Характеристика кожного з аспектів людського, соціогуманітарного розвитку регіонів забезпечується використанням узагальнюючого і складових індикаторів без врахування інформаційно-комунікативного чинника.

У свою чергу складові індикатори поділяються на дві групи: основні показники – що безпосередньо беруть участь у розрахунку узагальнюючого індикатора; профільні показники – що визначають профіль людського розвитку.



**Рис. 1.2. Система показників оцінки індекса людського, соціоуманітарного розвитку (зовнішнє середовище)**



**Рис. 1.3. Система показників оцінки індексу людського (соціогуманітарного) розвитку ОГГ (зовнішнє середовище (без врахування інформаційно-комунікативного чинника))**

Для побудови узагальнюючих індикаторів використовують метод факторного аналізу, перевагою якого є те, що він дає змогу не тільки визначити наявність зв'язку між окремими аспектами об'єкта, що досліджується, а й визначає вид цього зв'язку.

Головною відмінністю факторного аналізу від інших методів виміру зв'язку є те, що з його допомогою можливе визначення не тільки безпосередніх, а й латентних зв'язків.

За допомогою факторного аналізу здійснюється розподіл на основні і профільні показники й групування латентних факторів (компонент) за трьома категоріями:

- значущі показники, що беруть участь у формуванні назви компоненти;
- значущі показники, що не беруть участі у формуванні назви компоненти;
- несуттєві показники.

Відповідно складові показники, віднесені до першої групи, використовуються в процесі обчислення регіональних індексів людського розвитку; показники другої групи дають змогу детально охарактеризувати регіональні розбіжності в окремих аспектах людського розвитку; показники третьої групи відкидаються як такі, що не мають істотного впливу на людський розвиток у регіоні.

Нормування показників. Зважаючи на те, що майже всі показники людського розвитку є іменними величинами, необхідною процедурою методики є попереднє нормування відібраних показників, що забезпечує порівняння й зіставлення сформованої інформаційної бази. Нормування виконується за різними формулами для показників-стимуляторів і показників-дестимуляторів. Це пов'язано з необхідністю уніфікації тих складових, за якими ранжирування здійснюється від максимального до мінімального значення, і тих, за якими воно виконується в протилежному напрямку.

Для нормування показників доцільно використовувати формули:

- для показників-стимуляторів, зростання яких сприяє збільшенню індексу людського розвитку:

$$Y_{ij} = \frac{Z_{ij} - Z_{j\min}}{Z_{j\max} - Z_{j\min}}, \quad (1.3)$$

де  $Z_{ij}$  – значення і-го показника в j-му регіоні;

$Z_{j\min}$  – мінімальне значення і-го показника в j-му регіоні;

$Z_{j\max}$  – максимальне значення і-го показника в j-му регіоні;

– для показників-дестимуляторів, зростання яких сприяє зниженню індексу людського розвитку:

$$Y_{ij} = \frac{Z_{j\max} - Z_{ij}}{Z_{j\max} - Z_{j\min}}. \quad (1.4)$$

Розрахунки інтегральних показників  $I_{ij}$ , що характеризують окремі аспекти людського розвитку, здійснюються за формулою:

$$I_{ij} = \sum_k^n Y_{ik} \cdot W_{ik}, \quad (1.5)$$

де  $Y_{ik}$  – нормований  $i$ -й показник людського розвитку в  $j$ -му регіоні;

$W_{ik}$  – вага, з якою  $i$ -й показник враховується при розрахунку інтегрального показника.

Індекс регіонального людського розвитку  $I_j$  розраховується, виходячи з інтегральних показників окремих його аспектів  $I_{ij}$ , за формулою:

$$I_j = \sum_{i=1}^{i=9} I_{ij} \cdot W_{ij}. \quad (1.6)$$

Визначення коефіцієнтів. Існує три підходи до визначення ваг, з якими кожен інтегральний показник окремого аспекту людського розвитку впливає на кінцевий індекс. Перший підхід спирається на матрицю коефіцієнтів парної кореляції, другий – на факторні навантаження, третій – на результати побудови групової експертної оцінки і (або) парних порівнянь експертних оцінок.

Визначення коефіцієнтів за допомогою матриці коефіцієнтів парної кореляції. Парні коефіцієнти кореляції неминуче будуть змінюватися від року до року, що перешкоджає побудові порівнянних рядів динаміки регіональних індексів людського розвитку. Крім того, значення парних коефіцієнтів навіть у перший рік застосування методики може носити відображення специфіки нинішньої ситуації.

Визначення коефіцієнтів за факторними навантаженнями. Аргументи на користь такого підходу пов'язані із застосуванням факторного аналізу для побудови узагальнюючих індикаторів і логікою використання універсального методичного забезпечення для розв'язання комплексної задачі. Основна ідея визначення ваг полягає у визначенні внеску кожного фактора в загальну дисперсію (по всіх факторах, включаючи латентні), що дорівнює 100%. Алгоритм передбачає три послідовних кроки в розрахунку:

– конкретного факторного навантаження  $|f_i|$  і частини загальної дисперсії, яку вона пояснює  $d_i$ :

$$q_i = |f|_i \cdot d_i; \quad (1.7)$$

– суми отриманих добутків по всіх факторах:

$$\sum_i q_i; \quad (1.8)$$

– внеску кожного фактора в зазначену суму:

$$W_i = \frac{q_i}{\sum_i q_i}. \quad (1.9)$$

Визначення коефіцієнтів за результатами експертних оцінок. Процедура побудови групової експертної оцінки починається з того, що кожен з відібраних експертів розміщує всі аспекти людського розвитку в порядку, що відповідає їх впливу на загальний рівень, тобто кожному присвоюється певний ранг – від 1 до 9. Для будь-якого і-го показника визначається сума рангів  $\sum R_i$ , за якою упорядковується вся система. Результати опитування з експертів подаються у вигляді матриці.

Перший ранг надається тому аспектові людського розвитку, для якого  $\sum R_i$  є найменшою, останній – для якого  $\sum R_i$  є найбільшою. Ранги визначають тільки місця одних аспектів людського розвитку серед інших, не враховуючи існуючих між ними відмінностей.

Статистична обробка результатів ранжирування передбачає оцінку ступеня узгодженості думок експертів. Мірою узгодженості є коефіцієнт конкордації  $V$ , в основу розрахунку якого покладене відхилення сум рангів по окремих варіантах  $\sum R_i$  від середньої суми рангів, що становить  $(s(k+1)):2$ , тобто відхилення  $D = \sum R_i - (s(k+1)) \div 2$ . Коефіцієнт конкордації – відношення суми квадратів зазначених відхилень  $S = \sum D^2$  до максимально можливої суми квадратів відхилень  $S_{\max} = (s^2(k^3-k)):12$ . Якщо ранги не повторюються, то

$$V = \frac{12 \sum D^2}{S^2(k^3 - k)}, \quad (1.10)$$

де  $k$  – кількість варіантів;

$s$  – кількість експертів.

При неузгодженості думок експертів  $V = 0$ , при максимальній узгодженості  $V = 1$ . Перевірка істотності коефіцієнта конкордації  $V$  здійснюється за допомогою критерію  $\chi^2$  з  $(k-1)$  ступенів вільності. Статистична характеристика критерію розраховується за формулою:

$$\chi^2 = Vs(k-1). \quad (1.11)$$

Експерти, чиї оцінки істотно відрізняються від узгодженої думки,

виключаються, і їх оцінки надалі не враховуються при побудові матриці парних порівнянь.

Запропонована методика визначення індексу людського розвитку (Примітка: [142, автор. видання]) може модифікуватися для внесення будь-яких логічних змін і доповнень, пов'язаних зі змінами соціально-економічної ситуації в країні і відповідними змінами методології статистичних спостережень при плануванні розвитку ОТГ і інформаційно-комунікативного забезпечення у повоєнний період.

Інформаційною базою дослідження є: спеціальна література з проблем теорії і практики управління соціальним розвитком, дані оперативного і річного звітів промислових підприємств Тернопільської області, дані Державного управління статистики, Міністерства промисловості України, Міністерства праці і соціальної політики України, а також аналітичні розробки авторів.

Первинними документами котрі складають інформаційну базу дослідження є облікова, бухгалтерська і статистична звітність: балансові звіти підприємств.

Дослідження проблем організації інформаційно-комунікативного забезпечення лікувально-оздоровчим обслуговуванням системою охорони здоров'я в контексті соціогуманітарної компоненти господарської діяльності ОТГ є не лише актуальною темою, а й своєчасною не лише у повоєнний період, а і в умовах Європейської інтеграції.

В процесі розвитку системи охорони здоров'я розвинулась підсистема медико-статистичної інформації, як одна з її найважливіших складників. ВООЗ дає їй такі визначення: механізм отримання, аналізу і розповсюдження санітарно-статистичної інформації, що потрібна фахівцям із планування охорони здоров'я для визначення черговості завдань і для надання їм допомоги при вирішенні питання про те, як задовольнити конкретні першочергові потреби і, в кінцевому підсумку, дозволити органам охорони здоров'я виміряти свої досягнення. Власне ці та інші обставини обумовлюють актуальність та своєчасність теми наукового дослідження.

Загалом комплексне і системне дослідження теоретичних, методичних і практичних аспектів управління соціогуманітарним розвитком виробничих колективів, вивченням принципово нової соціально-економічної взаємодії роботодавців і найманих робітників,

розробкою заходів щодо підвищення соціальної ефективності діяльності підприємств в умовах ринкової трансформації економіки займаються як державні адміністративні органи управління, органи місцевого самоврядування, так і адміністрації підприємств.

Теоретико-методологічні основи управління охороною здоров'я в контексті соціогуманітарного розвитку виробничих колективів були закладені в згадуваних вітчизняних і зарубіжних учених. Тим часом багато аспектів організації інформаційного забезпечення лікувально-оздоровчим обслуговуванням, системою охорони здоров'я - комплексного управління соціогуманітарним розвитком трудового колективу промислових машинобудівних підприємств залишилися за полем зору вітчизняних учених.

Механізм для отримання, обробки, аналізу і передачі інформації, необхідної для організації і роботи служб охорони здоров'я, проведення досліджень і навчання формувався роками.

Були узгоджені погляди стосовно основних складників системи медико-статистичної інформації. Це – показники стану здоров'я населення; вимір ступеню використання служб охорони здоров'я; дані про ресурси охорони здоров'я; соціально-демографічні дані; результати діяльності лікувально-оздоровчих закладів в умовах промислового підприємства.

Таким чином перед охороною здоров'я постало дві проблеми: перша, яка полягає в соціальній зумовленості цих хвороб і необхідності здійснювати оздоровчі заходи не стільки загалом, як вибірково, спрямовуючи їх на ті соціальні прошарки суспільства, які вирізняються найгіршим здоров'ям; по-друге, все гострішою ставала нестача коштів на здійснення оздоровчих заходів. Потреба в коштах стрімко зростала і зростає. Постала потреба виробляти медичні послуги не лише високої якості, а й за найменших можливих затрат що зумовлює актуалізацію в першу чергу інформатизації процесів.

Радянська охорона здоров'я, була побудована на засадах марксизму-ленінізму, не визнавала за медичною послугою ознак товару і не розглядала її виробництво з позиції дотримання економічних законів ринку. Це стало вирішальною передумовою її занепаду і того жалюгідного стану, в якому знаходиться ця система, що перейшла у спадок самостійній Україні. Біда полягає в тому, що керівники української системи охорони здоров'я, що здебільшого пройшли радянський вишкіл, досі не розуміють цієї проблеми і не



пов'язують якість медичної допомоги з її вартістю. Як відомо, центральне місце в теорії ринкової системи посідає механізм балансування попиту і пропозиції. Ціна товару (послуги, фактора виробництва) виконує функцію регулятора цього механізму, який орієнтує споживача, підприємство, суспільство в цілому на досягнення оптимальної економічної діяльності. При цьому діють такі закони попиту та пропозиції. Попит перебуває в обернено пропорційній залежності від ціни: чим вища ціна, тим менша кількість попиту і навпаки. Пропозиція перебуває у прямо пропорційній залежності від ціни – чим нижча ціна товару, тим менша кількість товарів пропонується; вища ціна обумовлює вищий рівень пропозиції. Другим завданням постає вивчення дії цих механізмів та розробка науково обґрунтованих пропозицій у цій сфері.

Особливістю нинішнього стану системи охорони здоров'я в Україні є її низький якісний рівень і недостатня ефективність. Великий і болючий удар по охороні здоров'я України зробила ПАНДЕМІЯ «КОРОНАВІРУСУ – 19». Більше того, за свідченням деяких авторів, негативні наслідки її діяльності під сучасну пору перевищують позитивні.

Причин цього стану є багато і серед них архаїчне інформаційне забезпечення, яке не дозволяє забезпечити сучасний рівень управління виробництвом якісних і ефективних медичних послуг.

Історично інформація про діяльність системи охорони здоров'я розвивалась так. Спочатку була отримана інформація про громадське здоров'я. Воно оцінювалось згідно таких показників як смертність, захворюваність та інвалідність населення. Надалі на цій підставі була розрахована потреба в матеріально кадрових ресурсах, які б забезпечували зниження захворюваності і смертності і подовження тривалості людського життя. Спочатку рівень громадського здоров'я визначався поширеністю інфекційних хвороб які поширювалися у виробничу сферу. Відкриття збудників цих хвороб та розробка відносно простих санітарно-гігієнічних та оздоровчих заходів сприяли подоланню цих хвороб і суттєвому подовженню тривалості людського життя. В міру його зростання проблемою номер один громадського здоров'я, а точніше нездоров'я стали т.з. хронічні дегенеративні хвороби, а саме хвороби серця і судин, злякисні новоутворення тощо. Причини виникнення та подолання цих хвороб

виявились набагато складнішими порівняно з інфекційними хворобами.

Попит на медичну допомогу, як прояв потреби у здоров'ї, реалізується через звернення громадян до медичного закладу. Потребу у здоров'ї умовно можна розділити на дві категорії: потребу власне здоров'я (профілактики хвороб) і потребу зцілення від недуги або применшення її негативних наслідків (лікування хвороб). В обох випадках прояв законів попиту і пропозиції буде ідентичний, хоча по-різному реагуватиме на окремі фактори. Зупинимось на прикладі.

З метою профілактики хвороб пацієнт прагне об'єктивно оцінити своє здоров'я і отримати відповідні рекомендації щодо здорового способу життя і найбільше зацікавлений у цьому безпосередньо на виробництві. З цією метою пацієнт може бути оглянутий на комп'ютерному томографі і проконсультований своїм родинним лікарем (перший варіант) або проконсультований декількома фахівцями із аналізом деяких простих обстежень – аналіз крові та сечі (другий варіант). У першому варіанті огляд буде дорожчий, зате якісніший і ефективніший. Задоволення потреби у здоров'ї в обох варіантах буде різним, ймовірність повторного звертання в першому варіанті буде меншою, ніж в другому.

Пацієнт прагне вилікувати хворого зуба. Він може звернутись до початкуючого дантиста, що має в розпорядженні застарілу техніку і неякісний пломбовочний матеріал (перший варіант). Він може також звернутись до досвідченого фахівця, озброєного сучасною технікою і високоякісним пломбовочним матеріалом (другий варіант). Ціна медичної послуги в першому варіанті буде меншою, ніж в другому. Потреба у зціленні хворого зуба в першому варіанті буде задоволена в меншій мірі, ніж в другому, бо ймовірність повторного звертання в першому варіанті буде вищою, ніж у другому.

Отже, якщо попит на медичну допомогу проявляється через звернення пацієнта за нею, то пропозиція реалізується через якість та ефективність медичної допомоги.

Вищу якість та ефективність медичної допомоги забезпечує вища ціна на неї. Якість та ефективність медичної допомоги – це синонім її ціни (вартості).

На жаль, керівники усіх рівнів, що управляють охороною здоров'я, тепер позбавлені інформації стосовно вартості конкретної медичної послуги, що виробляється в конкретних умовах.

Сподіватись в таких умовах на поліпшення справи є проблематичним.

Медичні послуги на 98 % виробляються на т.з. базовому рівні або в лікувально-оздоровчих закладах, що розміщені на території адміністративного сільського району або міста. Виникає закономірне питання, які рівні управління забезпечують виробництво цих послуг і яка інформація їм для цього потрібна.

Об'єктивна оцінка цих послуг є передумовою прийняття ефективних управлінських рішень.

На рівнях „лікар-пацієнт” надається допомога хворим. Щоб управляти цією допомогою, провідники різних ієрархічних рівнів (зав. відділенням, заступник головного лікаря, головний лікар) повинні мати відповідну інформацію.

Завідувач відділенням повинен періодично знати, який обсяг роботи виконав кожний лікар відділення, яка якість роботи, а також яка її вартість, бо в умовах ринку життєздатна лише допомога, що має не лише медичну, а й економічну ефективність. Заступники головного лікаря і головний лікар мають передовсім володіти тою ж інформацією в межах лікарських амбулаторій і відділень, хоча не виключається, що їх можуть зацікавити дані стосовно конкретного лікаря. Окрім того, головний лікар має забезпечити оптимальну потребу лікарні в кадрах і ліжках.

Отже, врахування вартості і якості медичної допомоги має стати предметом повсякденної уваги керівників усіх рівнів в т.ч. і безпосередньо на підприємствах. Щоб підняти якість та вартість медичної допомоги треба насамперед вміти давати її об'єктивну оцінку на кожному рівні організації. Це дасть змогу правильно та своєчасно приймати відповідні управлінські рішення.

Брак об'єктивної медико-статистичної інформації значно ускладнює, а інколи унеможлиблює процес реорганізації охорони здоров'я у відповідності із сучасними Європейськими вимогами. Водночас загальновідомим є той факт, що медичні працівники основну частку робочого часу (більше 25 %) витрачають на письмову роботу, тобто на збір різних статистичних документів.

Як сказав ще Е.Кант, цифри не управляють світом, але вони показують, як світ управляється. Інформаційне забезпечення в радянських умовах обслуговувало жорстку гіперцентралізовану адміністративно-командну систему управління. Звітні форми, що складались на базовому рівні, в незмінному вигляді піднімались на

союзний рівень.

Між тим наука управління стверджує, що модель інформаційного забезпечення повинна мати вигляд піраміди, її широка основа має обслуговувати базовий рівень, де забезпечується основний обсяг медичної допомоги людям. Чим вищий рівень управління, тим інформація має бути меншою за кількістю, але інтегрованішою або комплекснішою за своїм характером. Життя вимагало у низів збирати інформацію, яка згідно діючих офіційних постанов вважалась незаконною. Водночас нагору піднімалось багато зайвої або непотрібної інформації, яка мертвим грузом осідала в бюрократичних кабінетах.

Слабка обізнаність керівників усіх рангів з питань медичної статистики та інформатики, соціальної медицини та управління охороною здоров'я змушувала при зборі статистичних та інших даних керуватись прагненням зібрати їх побільше, може знадобляться .

Дивно, але в період нестримної спеціалізації медичної допомоги єдиною службою, зростання якої стримувалось, була статистична. Річ у тім, що працівники цієї служби відносились до управлінського апарату, який в умовах адміністративно-командної системи постійно зростав. Були намагання обмежити цей ріст, що починались, а нерідко і закінчувались статистичною службою. Тому збір статистичних та інших даних перекладався на лікарів та середніх медичних працівників, що викликало справедливі нарікання.

Основною причиною невідповідності між величезним обсягом статистичного матеріалу, що збирався, і кучим обсягом аналізу була орієнтація на суцільний метод збору цього матеріалу. Відомо, що пересічно на кожного жителя щороку реєструється одне захворювання. Четверта частина жителів госпіталізується в стаціонари. Більше половини жителів знаходяться на диспансерному обліку. У підсумку - це мільйони і мільйони облікових документів. Кожен з цих документів враховував значний перелік даних, необхідних для оцінки діагностики та лікування хворого. Обробити та проаналізувати їх було неможливо.

Усі ці вади інформаційного забезпечення управління охороною здоров'я залишаються і досі.

Водночас в облікових і звітних формах були відсутні дані, вкрай необхідні для управління. По-перше, це дані, що стосувались соціальної обумовленості здоров'я, по-друге, дані, що давали б змогу

оцінити економічну ефективність медичної допомоги, починаючи із визначення вартості медичних послуг. Поодинокі наукові дослідження на ці теми не могли закрити величезних інформаційних прогалин. Були запропоновані експертні оцінки, але вони проблеми не вирішили, бо носять суб'єктивний характер, не дають змоги для співставлення, значно збільшують обсяг письмової роботи, тощо.

Інформаційне забезпечення управління охороною здоров'я в умовах машинобудівного підприємства має бути радикально перебудоване.

В першу чергу це стосується базового рівня і не лише тому, що тут надається основний обсяг медичної допомоги. На основі інформації, що створюється тут, задовольняються потреби і всіх інших рівнів управління.

Входом в систему інформаційного забезпечення на базовому рівні є облікові документи. Первинними з них є індивідуальна карта амбулаторного хворого та історія стаціонарного хворого. В практиці інформаційного забезпечення використовуються не ці, а так звані, проміжні облікові документи, які створюються на їхній основі. Основними з них були в амбулаторно-поліклінічних закладах статистичний талон для реєстрації заключних (остаточних) діагнозів, контрольна карта диспансеризації, карта профілактичного огляду, тощо. Усі ці документи в перебудовчий період були об'єднані в один, що отримав назву "талон амбулаторного пацієнта". В стаціонарах основною проміжною статистичною формою на протязі останніх десятиліть була карта вибулого із стаціонару.

Ці документи дають змогу визначити структуру явищ та їхню частоту як серед усього населення так і виробничників. Але неможливо визначити структуру та частоту цих явищ серед соціальних та інших прошарків населення. Між тим, для впливу на здоров'я потрібні дані про поширеність хвороб та смертність саме серед вікових, професійних та соціальних прошарків населення.

Справа ця стає реальною за умови використання вибіркового методу збору та аналізу статистичних документів. Згідно закону великих чисел розмір вибірки залежить від поширеності факторів, які беруться для аналізу. На базовому рівні доцільно користуватись таким переліком даних, поширеність яких не нижча 5, в крайньому випадку 1 %, Йдеться про хвороби, соціальні фактори, професії, вікові групи, тощо. Ті з них, які в загальній структурі займають

частку, меншу за 5 % (не говорячи про 1 %), не є проблемами управління цього рівня. Їхнє вирішення скоріше залежить від управлінських рішень, що приймаються на регіональному, а то й державному рівні. Наприклад, який сенс проводити аналіз захворюваності, смертності та причин їхньої зумовленості стосовно лейкозів, коли весь обсяг допомоги цим хворим зосереджується на обласному рівні. Також непотрібно аналізувати в районі чи місті здоров'я громади в розрізі однорічних і навіть п'ятилітніх вікових прошарків. Звісно, це правило не виключає винятків. Наприклад, смертність немовлят має піддаватись ґрунтовному аналізу, причому тут слід використовувати суцільний метод збору матеріалу. Перехід на переважно вибірковий метод збору та аналізу статистичних документів не виключає в деяких інших випадках збереження суцільного аналізу. Це стосується зокрема визначення якості та ефективності роботи медичного працівника за короткий проміжок часу (місяць, квартал) з метою економічного стимулювання праці, реєстрації окремих малопоширених хвороб (інфекційні, венеричні) з передачею цих даних на вищі рівні управління, аналізу смертності населення на базовому рівні.

Процесом в системі інформаційного забезпечення управління охороною здоров'я в умовах підприємства є збір, зберігання та обробка облікових медичних документів. Цей процес має бути автоматизований.

Виходом системи інформаційно-комунікативного забезпечення є критерії, аналітичні таблиці, залежності, закономірності, що впливають із аналізу статистичного та іншого матеріалу.

Отже, на базовому рівні інформаційно-комунікативне забезпечення управління охороною здоров'я має ґрунтуватись на системному підході; поєднанню суцільного і вибіркового методів збору та обробки інформації; автоматизації процесу збору, обробки та аналізу інформації; застосування сучасних методів оцінки інформації; отримання інформації стосовно здоров'я населення, його причинної обумовленості, якості, ефективності та вартості медичної допомоги.

Сучасний етап розвитку охорони здоров'я на підприємстві повинен характеризуватися підвищенням технологічності надання медичної допомоги.

Інформаційні технології – динамічний клас технологій, який включає системні технології, віртуальні технології, мультимедійні

технології, Інтернет-технології, телекомунікаційні технології, моніторингові системи та технології.

Інтернет-технології – технології, які забезпечують інформаційну підтримку клінічної медицини з питань консультування та лікування хворих, надають можливість доступу до електронних баз бібліотек, медичних журналів тощо.

Телемедичні технології – технології, які реалізуються з використанням телекомунікаційних технологій і надають можливість отримання лікувально-діагностичних консультацій, моніторингу на відстані, використовуються при проведенні управлінських, освітніх, наукових та просвітницьких міроприємств.

Технології інформаційно-організаційного забезпечення – мають створювати єдиний медико-інформаційний простір. Структура простору має містити три ієрархічні рівні. Перший – інформаційні системи закладів, безпосередньо пов'язані з пацієнтами. Другий – інформаційно-аналітичні центри адміністративно-територіальних одиниць, які пов'язані з інформаційними системами закладів охорони здоров'я та державними інформаційно-аналітичними центрами. Третій рівень – національні інтегровані бази даних з питань здоров'я населення України та профілактично-реабілітаційні заходи.

Створення єдиної інформаційної системи охорони здоров'я має чітку нормативно-правову базу:

Технології інформаційно-технічного забезпечення – інформаційне забезпечення діяльності лікувально-профілактичного закладу, до якого відносяться система обліку та управління матеріальними ресурсами закладу, програми обліку та аналізу медичної діяльності закладу, системи обліку та управління персоналом, програми ведення статистики, медичні реєстри населення в зоні обслуговуванні лікувально-профілактичного закладу, бази даних пацієнтів, облік лікарських засобів, тощо.

Управлінські технології – технології, які забезпечують стратегічне планування та планування виробничого процесу і його операційний контроль, встановлення механізмів комунікації, мотивації, координації діяльності. Управлінські технології мають забезпечити: ефективність діяльності закладу охорони здоров'я; високу якість надання медичної допомоги; задоволення клієнтів (пацієнтів та їх представників). Управлінські технології дозволяють приймати виважені управлінські рішення, впроваджувати

організаційні зміни та інновації в закладах охорони здоров'я.

Пітер Ф. Друкер запропонував основною рисою сучасного менеджера вважати його здатність контролювати та використовувати інформацію.

Інформація в охороні здоров'я класифікується за двома ознаками. Перша ознака – призначення інформації. Розрізняють:

– бізнес-інформацію, спрямовану на управління лікувально-профілактичним закладом зокрема;

– інформацію, яка використовується з метою профілактики, діагностики та лікування захворювань.

Друга ознака – джерело інформації. Розрізняють:

– зовнішню інформацію: інформація про ринок; інформація про конкурентів, макроекономічна та геополітична інформація, інформація про постачальників, зовнішня фінансова інформація; інформація щодо регулювання та оподаткування:

– внутрішню інформацію: інформація про лікувально-профілактичний заклад, інформація щодо трудових ресурсів; внутрішня фінансова інформація.

Інформація про ринок може бути загальною та конкретною. До загальної інформації на ринку охорони здоров'я відносять аналіз тенденцій на світовому фармацевтичному ринку або ринку медичної апаратури, аналіз тенденцій розвитку молекулярних біотехнологій та медичних технологій. До конкретної інформації відносять аналіз структури лікувально-профілактичних закладів на вузькому сегменті медичного ринку. Від інформації про ринок залежать розробки закладів та компаній щодо впровадження нових видів послуг, маркетингове планування, планування комунікацій та реклами, загальні стратегічні рішення.

Інформація про конкурентів розглядається як частина інформації про ринок охорони здоров'я. Розглядається інформація про всіх конкурентів, які своєю діяльністю на ринку медичних послуг, фармацевтичному ринку, ринку медичної апаратури тощо можуть зменшити дохід закладу від реалізованих послуг (продуктів) або взагалі лишити її прибутку. Згідно з концепцією стратегії конкуренції М. Портера інформація про конкурентів поділяється на п'ять груп:

– конкуренти, які виробляють аналогічну продукцію (послуги);

– постачальники апаратури, лікарських засобів, товарів медичного призначення – визначають якість та собівартість медичної



послуги;

– покупці продукту та пацієнти. До першої категорії відносяться лікувально-профілактичні заклади, які є споживачами лікарських засобів, медичної апаратури, товарів медичного призначення. Вони вимагають присутності певних властивостей, якостей та технологічних характеристик продукту, а також впливають на ціну продукту в бік її зниження;

– виробники аналогічних послуг (продуктів). Важливість інформації про цю категорію конкурентів залежить від їх конкурентної сили – здатності переключити споживачів на свої послуги (продукцію) та потенційних клієнтів;

– виробники послуг (продуктів) – заміників. Інформація про цю групу конкурентів набуває важливості з ростом кількості медичних послуг, які надаються закладами нетрадиційної медицини. Виготовлення лікарських засобів нових поколінь може привести до руйнування ринку старих фармацевтичних препаратів.

Інформація про постачальників концентрується на аспектах витрат, надійності, якості та термінів доставок.

Зовнішня фінансова інформація важлива для компаній із складною структурою інвестицій й складною фінансовою структурою. Для таких організацій особливого значення набуває інформація щодо валютних курсів, динаміки курсів акцій, на ринку капіталу тощо.

Інформація щодо регулювання та оподаткування необхідна підприємствам для дотримання правових норм. Оцінка умов регулювання та оподаткування передують прийняттю управлінських рішень щодо виходу на нові іноземні ринки.

Інформація про виробництво. До цієї категорії інформації відноситься інформація про ефективність роботи закладу, якість надання послуг, яка використовується для фінансового та маркетингового планування.

Інформація про трудові ресурси концентрується на таких аспектах, як кваліфікація персоналу, навчання та підвищення кваліфікації лікарів та середнього медичного персоналу, видатки на кадрове забезпечення закладу, дотримання етичних деонтологічних норм. У сучасному менеджменті спостерігається тенденція до інформації про особисте життя співробітників, їх характер, зовнішніх інтересах, хобі. Ця інформація використовується для матеріального та

морального мотивування персоналу.

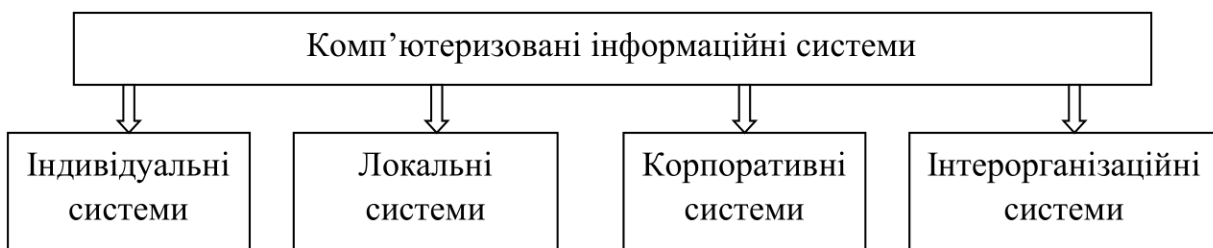
Внутрішня фінансова інформація включає інформацію щодо бухгалтерського балансу про прибуток та витрат закладу, про майно та зобов'язання, фінансові показники роботи, які надають вихідну інформацію про фінансове благополуччя та рентабельність організації.

У медичному бізнесі інформація використовується для підвищення якості надання медичних послуг; досягнення оптимального рівня витрат при профілактиці, діагностиці та лікуванні захворювань у пацієнтів; зростання прибутку та розширення ринку збуту медичних послуг; зниження ризиків та зменшення невизначеності; отримання влади та засобів впливу; контроль та оцінка ефективності роботи закладу охорони здоров'я.

Інформаційні технології – системи, які забезпечують зберігання, обробку та передачу інформації серед них найважливіші: апаратне забезпечення; програмне забезпечення; телекомунікації; системи управління базами даних.

Інформаційні технології використовуються як засіб забезпечення комунікацій між лікарями, для забезпечення ефективного управління системою охорони здоров'я кожним лікувально-профілактичним закладом, як засіб технологічної підтримки процесу надання медичної допомоги та підвищення кваліфікації медичного персоналу.

Комп'ютеризовані інформаційні системи прийнято розрізняти за масштабом операцій, які вони виконують, та їх впливом на діяльність закладу (див. рис. 1. 4.).



**Рис.1.4. Масштаби комп'ютеризованих інформаційних систем**

Індивідуальні системи – системи, які співробітник закладу використовує індивідуально, самостійно приймає рішення щодо використання системи і сам контролює її роботу.

Локальні системи – відокремлені організаційні одиниці, які функціонують незалежно від загальної корпоративної системи.

Наприклад, діагностичний цент багатoproфiльної лiкарнi може мати вiдокремлену локальну систему, яка мiстить iнформацiю щодо динамiки даних клiнiчних, бiохiмiчних, iмунологiчних дослiджень кожного пацiєнта, iнформацiю метрологiчного контролю, поставок наборiв реактивiв тощо. Як правило, при формуваннi корпоративної мережi локальнi системи об'єднуються в загальну систему закладу.

Корпоративнi системи – комп'ютеризована iнформацiйна система, яка об'єднує мережi всiх вiддiлiв та вiддiлень лiкувально-профiлактичного закладу. Корпоративна система закладу має забезпечувати: облiк витрат та управлiння ресурсами закладу; ведення системи електронного документообiгу; формування медичних регiстрiв населення в зонi обслуговування лiкувально-профiлактичного закладу; бази даних хворих, що знаходились на лiкуваннi в стацiонарi; облiк пiльгового забезпечення населення лiкарськими засобами; ведення медичної статистики; облiк дiяльностi, пов'язаної з добровiльним страхуванням; електронний обмiн документами; телемедичнi технологiї.

Інтерорганізаційні системи – телекомунікаційні технології, які дозволяють пов'язувати єдиною інформаційною мережею різні заклади охорони здоров'я. До інтерорганізаційних систем має вiдноситися система єдиного медико-iнформацiйного простору республiки. Структура цього простору має мiстити три iєрархiчнi рiвнi:

– Перший – iнформацiйнi системи лiкувально-профiлактичних закладiв.

– Другий – iнформацiйно-аналiтичнi центри адмiнiстративно-територiальних дiльниць, якi пов'язанi системами першого та третього iєрархiчного рiвнiв.

– Третiй – нацiональнi iнтегрованi бази даних i знань з питань здоров'я населення України та профiлактично-реабiлітацiйних заходiв.

Державна полiтика iнформатизацiї охорони здоров'я є складовою частиною державної полiтики iнформатизацiї в Україні, яка спрямована на ефективний розвиток системи охорони здоров'я населення. Змiстом державної полiтики iнформатизацiї охорони здоров'я України є впровадження необхідних заходiв, спрямованих на лiквiдацiю вiдставання охорони здоров'я в галузi iнформатизацiї вiд передових свiтових держав i прискорення входження в

інформаційний простір міжнародного співтовариства.

Завдання державної політики в галузі інформатизації охорони здоров'я полягає у розвитку галузевого інформаційного середовища та створенні умов економічно виправданого використання сучасних інформаційних технологій.

Таким чином для реалізації державної політики інформатизації охорони здоров'я Міністерством охорони здоров'я України та Академією Медичних наук України пропонується програмний документ «Концепція державної політики інформатизації охорони здоров'я України».

Основні умови, які необхідні для забезпечення функціонування системи інформаційного забезпечення лікувально-профілактичного закладу:

- присутність на ринку програмних засобів готових комп'ютерних рішень, які можна використовувати в діяльності лікувально-профілактичного закладу;

- наявність постачальників програмного забезпечення, які можуть проводити навчання персоналу медичних закладів та тривалий супровід програм;

- наявність відповідної нормативно-правової бази, яка формує стратегію інформаційної політики та включає питання ведення нормативно-довідкової інформації, що є обов'язковою для всіх закладів, визначення штатних одиниць для кожного лікувально-профілактичного закладу із супроводу програмного забезпечення, визначення джерел фінансування комп'ютерної техніки, програмних забезпечень і телекомунікаційних технологій;

- наявність освітнього центру з підготовки медичного персоналу з питань інформаційно-комунікативного забезпечення системи охорони здоров'я, запровадження підготовки спеціалістів з інформатики охорони здоров'я.

Загальні принципи оптимізації системи інформаційно-комунікативного забезпечення, які стоять перед лікувально-профілактичними закладами України передбачають омп'ютеризацію лікувально-профілактичних закладів; зміну облікової документації; заміну системи збору статистичної інформації.

Функціональну орієнтацію інформації за рівнями менеджменту. Пріоритетним напрямом інформатизації закладів охорони здоров'я має стати впровадження в усі лікувально-профілактичні заклади

програмного забезпечення, враховує: облік витрат та управління ресурсами лікувально-профілактичного закладу; введення системи електронного документообігу;

ведення медичної статистики; формування медичних реєстрів населення в зоні обслуговування лікувально-профілактичного закладу; формування баз даних пацієнтів, які знаходяться на обліку в поліклініці та лікувались в стаціонарі; облік пільгового забезпечення населення лікарськими засобами; електронний обмін документами між відділеннями та відділами лікувально-профілактичного закладу, з керівництвом закладу та з органами влади.

Провідні лікувально-профілактичні заклади України в т.ч. і ОТГ, повинні мати відповідну службу інформаційно-комунікативного забезпечення. Більшість таких служб має вигляд неформального функціонально-структурного формування, завданням якого є забезпечення апарату управління та учасників лікувального-діагностичного процесу інформацією.

Лікувально-профілактичні заклади використовують наступні джерела інформації: власні; наукову інформацію, яку отримують з медичних бібліотек, за рахунок телекомунікаційних технологій; директивно-відомчу інформацію, яку отримують з Міністерства охорони здоров'я України, управлінь охорони здоров'я облдержадміністрацій та міських рад, міських управлінь статистики; директивна інформація, яка надходить з органів влади.

Структура служби інформаційно-комунікативного забезпечення лікарні (в т.ч. і відомчої) має бути обґрунтована названими видами інформації.

Службу інформаційно-комунікативного забезпечення лікувально-профілактичного закладу має очолювати заступник головного лікаря з організаційно-методичної роботи. Управління інформаційним забезпеченням лікувально-профілактичного закладу здійснюється згідно з Положенням про службу інформаційного забезпечення.

Загальні засади інформаційно-комунікативного забезпечення управлінської діяльності регулюються Положенням про службу інформаційно-комунікативного забезпечення лікувально-профілактичного закладу. Дія такого Положення поширюється на: працівників, які мають безпосереднє відношення до інформаційного забезпечення роботи закладу; апарат управління; учасників лікувально-діагностичного процесу.

Провідні лікувально-профілактичні заклади України з метою інформаційного забезпечення впроваджують у структуру закладу окремий структурний підрозділ, основним завданням якого є збирання, обробка, збереження і надання медико-статистичної інформації з власних джерел лікарні та забезпечення роботи загальної інформаційної системи закладу.

В Україні існує національна система медико-статистичного обліку та звітності. Недоліком існуючої системи медико-статистичної інформації є відсутність даних для визначення вартості та ефективності медичної допомоги, які необхідні для функціонування лікувально-профілактичних закладів в умовах промислових підприємств.

Інформація, яка надходить із зовнішнього середовища, та інформація, яка функціонує всередині закладу охорони здоров'я, становить змістовне наповнення комунікаційних процесів та основу процесу управління. Процес управління потребує постійного отримання, обробку інформації. З цією метою встановлено правила документування діяльності, які регламентують порядок роботи з документами з моменту їх створення або надходження до відправлення, або передачі в архів закладу.

### **1.3. Реалізація інноваційно-інформаційних підходів у дослідженнях механізму функціонування охорони здоров'я в контексті соціогуманітарної сфери ОТГ**

Розгляд інформаційно-комунікативного забезпечення охорони здоров'я в контексті соціальних особливостей дослідження механізму реалізації державної інноваційної політики за для ефективного використання можливостей населення та трудових колективів ОТГ, активізації наукової економічної думки в напрямку мотиваційної складової цього процесу обумовлює використання соціологічних методів дослідження. Розкриття основних теоретико-методичні проблеми мотивації до праці та вплив соціальних чинників на підвищення не лише питомої ваги витрат на оплату праці, а в окремих видах підвищення продуктивності праці, ефективності економічної діяльності.

В умовах соціально-економічних трансформацій суспільства, реалізація будь якої господарської стратегії, вимагає мотиваційного

підходу з гнучким врахуванням безперервного впливу на її розвиток численних соціальних, економічних, технічних, екологічних, політичних та інших чинників серед яких особливе місце займає удосконалення механізму реалізації державної інноваційної політики у сфері людського капіталу.

Особливо вразливою в повоєнних обставинах до них є мікроекономіка, у сфері людського капіталу, яка в умовах економічних реформ піддається, їх руйнівній дії найбільше. Потуги політиків у царині організації управління цими процесами, в силу не врахування соціальних чинників, не завжди мають успіх. У даний час, серед науковців визрівають думки, які дозволяють при всіх обставинах здійснювати науково обґрунтоване мотивування людського капіталу до продуктивної праці, з врахуванням соціальних чинників та з використанням соціологічних засобів дослідження цих процесів, що є дуже своєчасним і надзвичайно актуальним.

Необхідно відзначити що проблеми мотивації людського капіталу в умовах становлення ринкових відносин на сучасному етапі розвитку економіки в певних рамках розглядаються в науковій та публіцистичній літературі. Проте спроби прилаштувати класичні теорії людського капіталу до сучасних умов розглядаються не комплексно та без врахування вище означених чинників і засобів, що не дає можливості використати їх для удосконалення мотивації людського капіталу в системі соціальної та економічної політики держави яка переживає становлення.

Незважаючи на значимість та цінність досліджень, проведених згаданими авторами, необхідно відмітити, що власне соціологічні особливості, теоретичні та методологічні основи людського капіталу в системі соціальної та економічної політики, удосконалення механізму реалізації державної інноваційної політики у сфері людського капіталу в публікаціях відповідним чином ще не висвітлені.

Ідея досягнути вищого рівня шляхом розробки механізму реалізації державної інноваційної політики у сфері людського капіталу, з врахуванням соціальних особливостей та використанням соціологічних засобів формування усестороннє збалансованої стратегії розвитку господарських формувань в т.ч. господарюючих суб'єктів: виробничих підприємств і організацій, закладені в змісті і суті класичної теорії людського капіталу, у якій є достатньо

інформації не лише для господарників, а і політиків, майбутніх бізнесменів, всіх пересічних громадян, що займаються підприємницькою діяльністю, яких турбує подальша доля суспільства, яка залежна, в багатьох випадках, знову ж таки не лише від стану мікро економіки, і від врахування вище згаданих соціальних особливостей та використанням соціологічних засобів формування. Власне ці та інші обставини, окремі дискусійні положення класичні теорії людського капіталу обумовлюють необхідність вирішення означеної проблематики.

В умовах тривалої всеохоплюючої кризи нашого суспільства, кожна інновація, що стосується вдосконалення господарських механізмів, системи відносин в соціальній сфері і сфері економіки та мотивації людського капіталу є активізуючим чинником.

Аналізуючи соціально-економічну ситуацію недалекого минулого, наукові та газетні статті, з цієї тематики, вивчаючи хід перебудовних процесів, маємо підстави зробити висновок, – без стимулювання праці, без створення механізмів зацікавленості в рості її продуктивності у найближчий час очікувати змін в соціальній сфері та економіці не варто. Вивчення проблематики та громадської думки серед пересічних громадян автори, з використанням соціологічних засобів встановлено що розвиток виробництва, на даному етапі, характеризується не лише етапами гальмування, спаду, рецесії, та кризи, а і новими термінами серед яких: регресія, депресія які, як правило, передують колапсу. На даний час, наукових визначень згаданих понять поки що немає, але під ними однозначно слід розуміти погіршення ситуації. Вихід з неї може бути забезпечений впровадженням, з врахуванням соціальних особливостей та використанням соціологічних засобів, механізму реалізації державної інноваційної політики в т.ч. у сфері людського капіталу.

Теоретичні засади людського капіталу та його методологічні й прикладні аспекти у системі соціальної та економічної політики, проблеми професійної орієнтації та профорієнтаційна робота у формуванні та використанні людського капіталу потребують суттєвих удосконалень відповідно соціальних умов та обставин у яких відбувається розвиток. Виявлені авторами сучасні тенденції стимулювання роботодавців та працівників до підвищення професійного рівня і персоналу, основні теоретико-методологічні проблеми мотивації незайнятого населення до праці в умовах



українських підприємств, які в більшій мірі працюють не ефективно, виглядають не дуже доречними. В умовах реформаційної економіки, встановлено вплив, серед іншого, в т.ч. реалізації соціальної політики, ресурсозбереження та ін. що власне впливає на підвищення питомої ваги витрат на оплату праці в окремих видах економічної діяльності.

Звіряючи тенденції розвитку суспільного виробництва з можливими перспективами подальшого соціально-економічного розвитку суспільства в майбутньому, враховуючи поточний економічний момент, ментальність нашого народу, доцільно впровадити власне нову соціальну систему показників і використання їх, як інструмент активізації людського капіталу через механізм реалізації державної інноваційної політики з врахуванням соціальних особливостей та використанням соціологічних засобів дослідження у сфері людського капіталу та вдосконалення на цій основі управління інформаційних, програмних та телекомунікаційних засобів.

Проектуючи розрахунки та прогнози безпосередньо на об'єкти господарювання, виробничі підприємства і організації ОТГ в Україні, економічної стабільності, без застосування інноваційного чинника, мабуть очікувати в найближчий час не слід. На фоні цих перспектив, вони справді втрачають в значній мірі зміст. Тим часом, в силу міжнародних політичних обставин, так чи сяк, вимушені підпорядковуватись глобальним закономірностям розвитку суспільств, і поправляти, становище, але при тому, від усвідомлення своєї безпорадності, втрачаємо морально.

Загострення сьогоденного політичного протистояння, є об'єктивним явищем процесу державного становлення, тимчасово заступає наші економічні негаразди, які переносяться на кожного з нас і суспільство в цілому, і є результатом не лише можливої дії деструктивних сил, а в більшій мірі не компетентності та байдужості окремих керівників держави, та без сумніву і впливу різних мотиваційно-суспільнісних чинників, які викликають численні дискусії не лише серед соціологів, економістів, інженерів, а і філософів, політологів, суспільствознавців і звичайних пересічних громадян України. Справді, на стратегію розвитку соціально-економічних систем, благополучність та надійність суспільних відносин, фінансову надійність підприємств їх конкурентоздатність, економічну стабільність держави, впливає багато чинників, силу дії яких, автори стараються мотиваційними засобами та механізмами

залучати.

Теорія людського капіталу сьогодні все більше поширюється на ті сфери економічного життя суспільства, які раніше трактувалися іншими економічними теоріями. Проте, не замінюючи будь-яку з них, а доповнюючи, теорія людського капіталу пояснює і досліджує такі проблеми, як людський розвиток, економічне зростання, розподіл доходів і таке інше що впливає на якість життя.

Основним методологічним положенням теорії людського капіталу є використання економічного підходу до аналізу демоекономічних, соціальних, психологічних й інших проблем людини як під час професійного навчання (підготовки, перепідготовки, підвищення кваліфікації), так і в процесі самої професійної діяльності. Економічний підхід, що ґрунтується на принципах оптимізуючої поведінки людини, використовується при аналізі теорії економічного зростання, розподілу доходів, інвестицій в людину, теорії міграції тощо.

Таким чином дослідження соціальних проблем підприємницької діяльності в умовах ОТГ повоєнного періоду, на промислових підприємствах з використанням соціологічних засобів у сфері використання людського капіталу проявляється в:

- значному розбалансуванні між структурою, обсягами підготовки робітників і фахівців за професіями, спеціальностями, освітньо-кваліфікаційним складом;

- зростанні чисельності фахівців, які випускаються навчальними закладами, що має сьогодні місце, рівні їх професійної кваліфікації, особливо якості базової підготовки, яка не завжди відповідає вимогам промислових підприємств;

- застарілій структурі управління й матеріально-технічній базі промислових підприємств, що потребує їх докорінної модернізації з використанням сучасних наукових досягнень, новітньої техніки, технологій, що неможливо здійснити без відповідної якості людського капіталу.

Що стосується особливостей формування напрямів розвитку ОТГ і інформаційно-комунікативного забезпечення у повоєнний період на макрорівні, то тут стоять актуальні завдання, які потребують зокрема:

- забезпечення зростання обсягів ВВП та випуску конкурентоздатної продукції, робіт та послуг що сприятиме підвищенню життєвого рівня населення, особливо соціально

незахищених категорій;

- створення економічних, соціальних, політичних умов для покращення демографічної ситуації, збереження та зміцнення здоров'я громадян країни;

- створення системи професійної орієнтації з метою сприяння громадянам у своєчасному, свідомому, обґрунтованому виборі підходящої професії, спеціальності, робочого місця;

- сприяння розвитку системи загальноосвітньої підготовки відповідно до міжнародних стандартів;

- вдосконалення системи професійної підготовки робітничих кадрів у професійно-технічних навчальних закладах, фахівців – у навчальних закладах I-IV рівнів акредитації й наближення стандартів у сфері професійної освіти до міжнародних стандартів тощо.

Для розв'язання завдань щодо відтворення якісного людського капіталу шляхом впровадження механізму реалізації державної інноваційної політики, потрібно створити цілісну дієву систему його формування. Об'єктом системи мають бути суспільні явища і процеси, що впливають на трансформацію комплексу властивостей робочої сили та забезпечують формування і використання людського капіталу відповідно як до мотивів окремих індивідів, так і вимог ринкового економічного середовища.

Соціологи кажуть: «Надмірне прагнення адміністративно-розпорядчими методами взявши «в кулак народ», повести державу попереками, навпрошки до прогресу, мабуть у найближчому часі знову ж результатів не дасть». В свою чергу об'єднати націю зможе не тільки спільна мета, злагода і порозуміння, а і невтомна, самовіддана і результативна праця при умові професійного використання основних соціологічних закономірностей та положень пропонованої концепції мотивації людського капіталу до продуктивної праці.

Управління формуванням, розвитком та використанням людського капіталу потрібно здійснювати комплексно, системно через реалізацію запланованого організаційно-економічного механізму. При цьому слід враховувати, що на якість формування та ефективність використання людського капіталу впливають внутрішні (демографічні, психофізіологічні, інтелектуальні, моральні, професійно-кваліфікаційні) і зовнішні (історичні, соціально-економічні, організаційно-структурні, науково-технічні, естетичні)

чинники. Внутрішні (суб'єктивні) чинники детермінуються можливостями самої людини: станом здоров'я, індивідуально-психологічними якостями, здібностями, потребами, інтересами, бажаннями. Зовнішні (об'єктивні) чинники пов'язані з особливостями розвитку країни, території, підприємства. Вони охоплюють: характер матеріальних і моральних стимулів, а також соціально-економічні умови; соціально-психологічний клімат. Тому система має враховувати не лише чинники безпосереднього впливу, а й зовнішні чинники, що визначаються соціально-економічними умовами в країні. Водночас необхідно чітко визначити: мету, принципи, об'єкт, суб'єкт, методи, засоби, процедури.

Управління системою повинна здійснюватись із врахуванням результатів соціального моніторингу щодо визначення якісних і кількісних характеристик персоналу, потреб, мотивів до праці, рівня домагань працівників, а також обов'язково – роботодавців, суб'єктів господарювання щодо планів, прогнозів розвитку підприємства, виробництва.

На макроекономічному рівні управління системою формування та використання людського капіталу повинне здійснюватись органами державної влади через соціологічні процедури моделювання, прогнозування, планування, організації, ресурсного забезпечення і контролю. Політика держави має забезпечувати розв'язання таких основних завдань, як:

- зростання валового, національного, конкурентоздатного продукту та доходів домогосподарств;
- покращення демографічної ситуації, зміцнення здоров'я населення країни;
- розвиток людського капіталу, починаючи з початкової школи, шляхом підвищення якості навчання в загальноосвітніх середніх та позашкільних навчальних закладах;
- створення й розвиток системи професійної орієнтації населення для сприяння громадянам у своєчасному обґрунтованому професійному виборі;
- розширення мережі професійно-технічних закладів із врахуванням особливостей регіонів, підвищення якості підготовки, професійно-кваліфікаційного рівня випускників;
- вдосконалення мережі вищих навчальних закладів IV рівня акредитації, надання громадянам професійних освітніх послуг

стандартів відповідно до вимог Болонської декларації;

– вдосконалення системи внутрішньовиробничого професійного навчання (підготовки, перепідготовки, підвищення кваліфікації) тощо.

Метою удосконалення механізму реалізації державної інноваційної політики у сфері людського капіталу, у сфері створення системи формування, розвитку та використання людського капіталу на макrorівні мають бути:

– створення нормативно-правового підґрунтя, а також умов для реалізації громадянами рівних прав на охорону здоров'я та одержання професійної освіти у професійно-технічних та вищих навчальних закладах;

– розроблення програм щодо охорони праці, навколишнього середовища та професійної освіти в Україні для формування людського капіталу відповідно до потреб суспільства в кадрах за професійно-кваліфікаційним складом;

– організація професійного навчання (підготовки, перепідготовки, підвищення кваліфікації) дорослих громадян для перерозподілу робочої сили між різними видами економічної діяльності, територіями, підприємствами, структурними підрозділами;

– сприяння саморозвитку, самовдосконаленню, професійній, трудовій активності громадян тощо. їх реалізація можлива за умови створення, передусім, відповідного нормативно-правового підґрунтя, яке забезпечувало б:

– належний рівень фінансового, кадрового, матеріально-технічного, науково-методичного забезпечення;

– розвиток системи професійного навчання у відповідних закладах, а також системи внутрішньовиробничого професійного навчання персоналу (підготовки, перепідготовки, підвищення кваліфікації), використання вітчизняного й зарубіжного досвіду;

– розроблення механізму реалізації державної інноваційної політики у сфері людського капіталу, регіональних, базових програм формування та використання людського капіталу.

Соціологічними засобами дослідження встановлено, – основними чинниками формування людського капіталу суспільства є: час, інвестиції з різних джерел, а також організація й управління (на макро-, мезо-, мікрорівні) у сфері охорони здоров'я, при плануванні розвитку ОТГ і інформаційно-комунікативного забезпечення у

повоєнний перод, навколишнього середовища, освіти, професійної освіти, професійної орієнтації, професійного навчання (первинної підготовки, перепідготовки, підвищення кваліфікації), сприяння працевлаштуванню та зайнятості економічно активного населення, створення належних умов праці, розвитку професійної кар'єри тощо.

Сьогоднішнє відродження української економіки загалом, а особливо економік підприємств та організацій відбувається в складних обставинах. Господарський досвід народжений шляхом проб і помилок, підтверджує концептуальні положення побудови стратегії розвитку економічних систем, на основі зацікавленої праці, які викладені в численних монографіях, і яка, допускаємо, ґрунтується у багатьох випадках власне на негативному досвіді становлення нашого суспільства, за яким, якщо не вживатимемо заходів, можливі самі непередбачувані економічні наслідки включаючи колапс. Власне цей негативний досвід і став збудником для написання цієї статті, адже держава поки що розвивається якщо не директивними методами, то іде спотворено ринковими шляхами.

Мабуть через те автори використавши соціологічні методи дослідження, пропонують: враховуючи регіональні особливості та вплив на процеси соціальних чинників і можливості, управління формуванням та використанням людського капіталу має передбачати:

- формування територіальних (галузевих) органів, які включали б представників органів влади, роботодавців, управлінь освіти, охорони здоров'я, загальної середньої, позашкільної освіти, професійної орієнтації населення, професійної освіти, особливо професійно-технічної, визначити джерела та належний рівень їхнього фінансування та контролювати виконання;

- створення спеціалізованих методичних центрів для запровадження інноваційних технологій професійного навчання (підготовки, перепідготовки, підвищення кваліфікації) дорослих громадян та раціонального розподілу на підприємствах;

- створення обласних центрів сертифікації для оцінювання робочої сили відповідно до державних стандартів, розробка і затвердження професійних стандартів із врахуванням вимог ринку праці.

За нашим переконанням, удосконалення механізму реалізації державної інноваційної політики у сфері людського капіталу системи формування та використання людського капіталу на макро, -

мезорівнях повинне ґрунтуватись на принципах:

- цілеспрямованості – чіткого формулювання переліку вимог до якості людського капіталу;

- плановості – визначення сукупності заходів і термінів для вдосконалення якостей робочої сили;

- комплексності – врахування низки різноманітних чинників, від яких залежать результати;

- інтенсивності – обґрунтування перспектив економічного розвитку територій, галузей за рахунок використання сформованого якісного людського капіталу;

- оптимальності – спрямованість на досягнення відповідності якості людського капіталу вимогам і потребам суб'єктів господарювання;

- стабільності - сприяння підвищенню ефективності використання людського капіталу.

На мікроекономічному рівні (рівні підприємств, установ, організацій) удосконалення механізму реалізації державної інноваційної політики у сфері людського капіталу ОТГ та інформаційно-комунікативного забезпечення у повоєнний перод має ґрунтуватись на принципах:

1. **Обов'язковості:** підвищення кваліфікації, повна реалізація набутих знань, умінь, навичок з метою підвищення продуктивності, якості праці вважається обов'язком кожного працівника;

2. **Безперервності:** підготовку, перепідготовку, підвищення кваліфікації кожного працівника потрібно розглядати як безперервний процес, що спрямований на підвищення майстерності;

3. **Загальності:** вдосконалення якісних характеристик повинно охоплювати всі рівні персоналу від вищого керівництва до робітника;

4. **Ієрархічності:** необхідно дотримуватись послідовності в процесі професійного навчання – передбачає навчання наступного рівня лише після підготовки попереднього рівня.

Таким чином, узагальнення проблеми ефективного використання людського капіталу в умовах ОТГ та інформаційно-комунікативного забезпечення у повоєнний перод, в нинішніх умовах має як соціально-економічне, теоретичне, так і прикладне значення. Воно дає можливість виробити ефективну соціально-економічну політику щодо розвитку виробничих відносин на перспективу.

Загалом механізм реалізації державної інноваційної політики у

сфері інформаційно-комунікативного забезпечення охорони здоров'я ОТГ у повоєнний період в інтегрованому виді, комплексно і в певному обсязі, та обширі не лише вивчає, а і визначає як теоретично, та практично вибудовувати стратегію стимулювання праці і на цій основі забезпечити активізацію розвитку підприємств, організацій, соціально-економічних систем, а від того і суспільства в цілому.

Труднощі, а то і неспроможність розв'язання всіх згаданих проблем та удосконалення теорії людського капіталу традиційними для цивілізованих держав методами, пояснюється, в одному випадку, не підготовленістю кадрів до роботи в нових умовах господарювання. В результаті відбувається загострення політичної боротьби, соціальної проблематики і гальмування відтворення в політичній думці проблем вдосконалення економічних механізмів, прогнозування розвитку мотиваційних систем на перспективу.

Характерно, що у цьому процесі окремо виділяється питання мотивації праці як основи організації ефективного виробництва, розвитку і вдосконалення матеріальних і суспільних систем, у взаємозв'язку стратегії розвитку держави з врахуванням можливих перешкод і бар'єрів на цьому шляху. При всіх позитивах у формуванні системи показників зацікавленості у продуктивній праці, розвитку підприємств та організацій, за нашим переконанням, пропозиції можуть бути ефективним лише на перехідний період. В ринкових умовах себе виправдовують більш гнучкі ринкові механізми.

Виходячи з цих обставин лише за наукових підходів, можна знайти пояснення причин виникнення тотальних економічної і політичної криз, які є актуальними в період не лише глобалізації суспільства та становлення незалежної України, а і адміністративно-територіальної реформи що обумовлює здійснення удосконалення механізму реалізації державної інноваційної політики у цій сфері сформуванню системи зацікавлення в продуктивній праці, стабільній економіці, суспільному благополуччі, сформуванню підходів до вирішення всіх соціальних, економічних, технічних, політичних та інших проблем на своїй території.



## Резюме за розділом 1

Отже лише за таких умов представляється можливим визначити основні напрями забезпечення ефективного використання усіх ресурсів та людського капіталу, реалізації стратегії розвитку підприємств та організацій при плануванні розвитку ОТГ, медичного обслуговування і інформаційно-комунікативного забезпечення у повоєнний період.

1. Управління інформаційно-комунікативним забезпеченням охорони здоров'я в контексті повоєнного соцігуманітарного розвитку суб'єктів господарювання в умовах ОТГ це система управлінських, регулятивних і організаційно-економічних заходів та дій, спрямованих на формування й реалізацію соціальних потреб, вирішення соціальних проблем на основі знань закономірностей перебігу соціальних процесів, точного аналітичного розрахунку та вивіренних соціальних нормативів.

2. Серед цілей інформаційно-комунікативного забезпечення охорони здоров'я доцільно виділити: створення умов, що гарантують права і свободи громадян, забезпечення зростання освітнього й культурного рівня населення, забезпечення безпеки населення, поліпшення побутових умов життя, розвиток соціально-культурної інфраструктури, забезпечення дисципліни і правопорядку, розвиток трудового, соціально-політичного, творчого та інших видів суспільної активності, формування в населення сприйнятливості до інновацій і нововведень тощо.

3. Конкретними принципами інформаційно-комунікативного забезпечення охорони здоров'я, в повоєнних умовах ОТГ, є: принцип соціальної орієнтації управління, наукової обґрунтованості, системності, ефективності (оптимальності), демократизму, змагальності (конкуренції), стимулювання, поділу праці, ієрархічності і зворотного зв'язку, оптимального поєднання централізації та децентралізації.

4. Закономірності складаються з пріоритету соціальних цілей, різноманіття поділу та кооперації, спеціалізації, інтеграції, зростання інтелектуальності праці.

5. Зарубіжний досвід управління інформаційно-комунікативного забезпечення охорони здоров'я в контексті показує, що ефективна

соціальна політика, прозорість компанії щодо відносин з персоналом зумовлює зростання фінансових показників діяльності. Сучасний менеджмент переходить від концепції тотального управління до соціально орієнтованої концепції управління якості як медичного так і інших видів обслуговування.

6. Пропонована авторами методика оцінки індексу людського розвитку промислово розвинутих регіонів передбачає розрахунок інтегрального індексу з урахуванням впливу середі прямого та непрямого впливу; середа прямого впливу - демографічний розвиток, екологічна ситуація, фінансування людського розвитку, соціальне середовище; середовище не прямого впливу - розвиток ринку праці, матеріальний добробут населення, умови життя населення, рівень освіти населення, стан охорони здоров'я ін.

*Управління як цілеспрямований вплив керуючої системи на керовану характеризується ефективністю дії під якою мабуть слід розуміти якість управління.  
(Богдан. Андрушківа)*

## **РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ УПРАВЛІННЯ ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАТИВНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ В УМОВАХ ОТГ**

– особливості формування зовнішнього і внутрішнього середовища соціогуманітарної діяльності його вплив на розвиток інформаційно-комунікативного забезпечення медичного обслуговування;

– оцінка медико-профілактичного рівня соціогуманітарного рівня обслуговуванні населення та підприємства ОТГ;

– проблеми алгоритмізації у процесах інформаційно-комунікативного забезпечення: акценти корпоративної культури;

– методика визначення індексу людського, (соціогуманітарного) розвитку об'єднаної територіальної громади.

## **2.1. Особливості формування зовнішнього і внутрішнього середовища інформаційно-комунікативного забезпечення охорони здоров'я в контексті соціогуманітарної діяльності, медичного обслуговування;**

Незаперечним є той факт, що у повоєнний період рівень соціогуманітарного розвитку суб'єктів господарювання, промислових підприємств та населення в умовах ОТГ перебуває в прямо пропорційній залежності від їх економічного і фінансового стану. Більшість заходів, спрямованих на підвищення соціальної захищеності працівників підприємств і соціальної ефективності виробництва фінансуються з прибутку усіх суб'єктів господарювання, підприємств і т.п. Тому видається доцільним, перш ніж безпосередньо розглянути практичні аспекти соціального розвитку ОТГ, промислових підприємств звернути увагу на тенденції і сучасний стан їх розвитку.

Як відомо, найбільш кризовим для промисловості України став 2022 р., коли спад виробництва за окремими показниками становив майже 90 %, темпи нарощування обсягів виробництва промислової продукції не можна визнати навіть задовільними.

Найбільше (80-98%) скоротилися обсяги виробництва продукції машинобудування, легкої і харчової промисловості, а збільшення обсягів випуску продукції спостерігалось тільки по електрозварювальному устаткуванню, кальцинованій соді ін., які не мають суттєвого впливу на розвиток ОТГ.

Водночас читає в умовах регіональних чи відомчих, промисловість сільське господарство, малий і середній бізнес, сфера послуг залишаються провідними галузями економіки України. Наприклад, у галузях промисловості створюється приблизно шоста частина валової доданої вартості регіону. На виробничий потенціал промисловості припадає чверть вартості всіх основних засобів регіональної економіки.

До позитивних тенденцій у розвитку промисловості загалом варто віднести збільшення обсягів випуску і реалізації продукції, вартості основних фондів і величини середньомісячної заробітної плати, що на 21% вище від рівня заробітної плати в середньому по економіці регіону.

У структурі промисловості 65,5% загального обсягу реалізованої

продукції припадає на обробну промисловість, 11,9% – на видобувну, 22,6% – на підприємство з виробництва і розподілу електроенергії, газу і води. На частку харчової промисловості, переробки сільськогосподарських продуктів, хімічної і нафтохімічної промисловості припадає 41% загального обсягу реалізованої продукції і 62,3% обсягу продажів продукції обробної промисловості. Питома вага легкої промисловості становить лише 0,5% .

Коефіцієнт використання робочого часу в промисловості дорівнює 85,4%. Втрати робочого часу в розрахунку на одного робітника мають тенденцію до скорочення і становили 89 годин, або 11 днів, у довоєнний період.

Залишається недостатньо розвинутою інноваційна діяльність національної економіки. Дослідження показало, що інноваційні роботи в промисловості виконували мізерне число підприємств. Більш активно впроваджували інновації підприємства харчової промисловості, а також машинобудування, хімічної і нафтохімічної промисловості.

На наш погляд, соціальна спрямованість повинна стати визначальним напрямом розвитку промислового комплексу особливо в умовах повоєнних ОТГ.

Крім того, не відповідає соціальному і курортно-рекреаційному вектору розвитку галузева структура промислового комплексу. З одного боку, гіпертрофованих розмірів у структурі виробництва досягла хімічна промисловість (25%), що ні за сировинним забезпеченням, ні за екологічними показниками не може розглядатися як провідна галузь регіону з курортною специфікою, з іншого боку – практично припинила своє існування легка промисловість, значно нижче від свого потенціалу функціонують харчова промисловість, машинобудування й металообробка.

Таким чином, промисловий комплекс характеризується: низькою ефективністю господарської діяльності, нестабільністю розвитку, незважаючи на деякі позитивні тенденції, що намітилися в кінці 2020-х рр.; невідповідністю галузевої структури як потребам місцевого населення, так і рекреантів; надмірним навантаженням виробничих потужностей потенційно небезпечних для курортно-рекреаційного комплексу; надзвичайно високою зношеністю основних фондів; високою питоною вагою робочих місць зі складними і небезпечними для здоров'я умовами праці тощо що актуалізує цю проблематику в

умовах повоєнного розвитку ОТГ .

Вищезазначені тенденції й особливості підтверджують і результати проведеного дослідження економічного стану деяких промислових підприємств. Водночас рівень виробничої рентабельності і рентабельності продажів протягом досліджуваного періоду залишався практично незмінним і недостатнім для забезпечення стабільного й ефективного соціального розвитку підприємства. Найбільш сприятливі економічні умови для забезпечення соціального розвитку колективу підприємства є належне медико-профілактичне обслуговування.

За допомогою методу парних порівнянь на основі багатовимірної шкалування нами був оцінений ступінь впливу факторів зовнішнього і внутрішнього середовища на ефективність соціального управління в наприклад промислових підприємствах.

Серед факторів зовнішнього середовища найбільшу питому вагу мають: рівень і ефективність соціального захисту населення з боку держави – 19%, рівень державної підтримки розвитку соціальної інфраструктури підприємств – 15,5%, доступність кредитних ресурсів – 13,8%, рівень податкового тиску – 9,5% (табл. 2.1).

Серед факторів внутрішнього середовища пріоритетними є: механізм формування і використання фонду соціального розвитку – 18%, застосовувана система оплати праці і матеріального стимулювання на підприємстві – 17,6%, ефективність використання економічного потенціалу підприємства – 16,7%, забезпеченість підприємства об'єктами соціальної інфраструктури – 11,7%, кваліфікація кадрів системи управління соціальним розвитком на підприємстві – 8,1%.

Таким чином, на створення дієвого соціального захисту як на промислових підприємствах так і в регіональному плані (маємо на увазі суб'єктів господарювання ОТГ) впливає ряд несприятливих чинників і тенденцій.

Розрахунок впливу пріоритетного ряду факторів зовнішнього середовища на ефективність соціального управління суб'єктами господарювання умовах ОТГ Тернопільщини у довоєнний період див. табл. 2.1., Розрахунок впливу пріоритетного ряду факторів внутрішнього середовища на ефективність соціального управління суб'єктами господарювання в умовах ОТГ Тернопільщини у довоєнний період див. табл. 2.2.

Таблиця 2.1.

**Розрахунок впливу пріоритетного ряду факторів зовнішнього середовища на ефективність соціального управління суб'єктами господарювання умовах ОТГ Тернопільщини у довоєнний період**

№	Фактори	№ з/п												Добуток по рядках, W	Значення $\frac{12}{\sqrt{W}}$	Ступінь впливу фактора	Ранг
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
1	Рівень державної підтримки розвитку інфраструктури соціальної	1,00	5,00	7,00	3,00	4,00	3,00	4,00	3,00	0,25	3,00	5,00	0,25	14175,00	2,22	15,53	2
2	Платоспроможність населення	0,20	1,00	3,00	0,20	0,33	2,00	4,00	0,25	0,25	3,00	0,20	0,33	0,0039	0,63	4,41	9
3	Рівень конкуренції на ринку	0,14	0,33	1,00	0,25	0,20	3,00	0,25	0,33	2,00	1,00	0,25	0,50	0,0001	0,48	3,35	11
4	Рівень і ефективність соціального захисту населення з боку держави	0,33	5,00	4,00	1,00	3,00	3,00	5,00	5,00	3,00	6,00	2,00	3,00	0	2,71	19,01	1
5	Ефективність і стабільність законодавства в соціальній сфері	0,25	3,00	5,00	0,33	1,00	4,00	0,33	0,25	0,33	2,00	0,33	3,00	0,27	0,90	6,27	8
6	Ступінь розвитку інфраструктури ринку	0,33	0,50	0,33	0,33	0,25	1,00	0,33	0,25	0,33	3,00	0,25	0,33	0,00	0,42	2,94	12
7	Рівень тінзації економіки	0,25	0,20	4,00	0,20	3,00	3,00	1,00	0,33	2,00	3,00	0,25	3,00	0,53	0,95	6,65	6
8	Доступність кредитних ресурсів	0,33	4,00	3,00	0,20	4,00	3,00	3,00	1,00	2,00	5,00	3,00	3,00	3421,44	1,97	13,80	3
9	Рівень податкового тиску	4,00	4,00	0,50	0,33	3,00	3,00	0,50	0,50	1,00	5,00	0,33	4,00	39,20	1,36	9,51	4
10	Рівень безробіття	0,33	0,33	1,00	0,17	3,00	0,33	0,33	0,20	0,20	1,00	0,33	2,00	0,00	0,48	3,38	10
11	Неефективність системи захисту прав працівників підприємств	0,20	5,00	4,00	0,50	0,50	4,00	4,00	0,33	3,00	3,00	1,00	0,33	15,68	1,26	8,81	5
12	Деградація людського капіталу	4,00	3,00	2,00	0,33	0,33	3,00	0,33	0,33	0,25	0,50	3,00	1,00	0,32	0,91	6,37	7
Σ															14,28	100,00	

Таблиця 2.2.

**Розрахунок впливу пріоритетного ряду факторів внутрішнього середовища на ефективність соціального управління суб'єктами господарювання в умовах ОТГ Тернопільщини у довоєнний період**

№	Фактори	№ з/п										Добуток по рядках, W	Значення $\frac{10^W}{W}$	Ступінь впливу фактора	Ранг				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10								
1	Кваліфікація кадрів системи управління соціальним розвитком на підприємстві	1,00	5,00	3,00	4,00	0,25	0,50	0,33	0,25	0,25	0,33	0,25	0,25	0,25	0,25	0,46	0,93	8,11	5
2	Організаційна структура управління на підприємстві	0,20	1,00	0,33	3,00	0,20	0,33	0,25	0,33	0,25	0,33	0,25	0,33	0,33	0,33	0,01	0,62	5,44	9
3	Вид власності	0,33	3,00	1,00	3,00	0,25	0,33	0,25	0,33	0,25	0,33	0,25	0,33	0,33	0,25	0,02	0,66	5,76	7
4	Організаційно-правова форма господарювання	0,25	0,33	0,33	1,00	0,33	3,00	2,00	0,33	0,33	0,33	0,33	0,33	0,33	0,33	0,01	0,64	5,61	8
5	Ефективність використання економічного потенціалу підприємства	4,00	5,00	4,00	3,00	1,00	0,33	2,00	3,00	0,33	2,00	2,00	3,00	0,33	4,00	627,26	1,90	16,68	3
6	Застосовувана система оплати праці і матеріального стимулювання на підприємстві	2,00	3,00	3,00	0,33	3,00	1,00	4,00	0,33	3,00	1,00	4,00	3,00	1,00	5,00	1069,20	2,01	17,59	2
7	Забезпеченість підприємства об'єктами соціальної інфраструктури	3,00	4,00	4,00	0,50	0,50	0,25	1,00	0,50	0,50	0,25	1,00	3,00	0,50	4,00	18,00	1,34	11,69	4
8	Ступінь впровадження інновацій	4,00	0,50	3,00	3,00	0,33	0,33	0,33	0,33	0,33	0,33	0,33	1,00	0,20	0,33	0,04	0,73	6,39	6
9	Механізм формування і використання фонду соціального розвитку	4,00	3,00	0,33	3,00	3,00	1,00	2,00	5,00	1,00	2,00	4,00	1,00	1,00	4,00	1425,60	2,07	18,10	1
10	Ступінь диверсифікованості діяльності	0,33	0,25	4,00	0,50	0,25	0,20	0,25	3,00	0,25	0,25	3,00	0,25	0,25	1,00	0,00	0,52	4,58	10
	$\Sigma$															11,42	100,00		

До таких факторів та тенденцій віднесено: незбалансованість



реформування господарського механізму (бюджетної, грошово-кредитної, фіскальної й іншої сфер) з реформуванням у соціальній і трудовій сферах; недосконалість норм соціального і трудового законодавства, відсутність у практиці соціального управління державних соціальних стандартів; відсутність чіткості в розмежуванні соціальних функцій і відповідальності за вирішення соціальних проблем між центральними і регіональними органами влади; існуюча система соціального захисту не зорієнтована на стимулювання трудової і соціальної активності; не відпрацьований механізм надання адресної державної підтримки незахищеним верствам населення ОТГ; повільно впроваджується страхова медицина ін.

## **2.2. Оцінка медико-профілактичного рівня соціогуманітарного обслуговування гаселення та підприємств ОТГ**

Негативні тенденції в соціальному розвитку суб'єктів господарювання, промислового комплексу ОТГ та населення насамперед зумовлені тим, що в Україні роль держави як гаранта рівня соціогуманітарного розвитку суспільства звелася до мінімуму. Хронічна недостача бюджетних коштів призвела до зниження рівня життя більшої частини населення, рівня і якості наданих соціальних послуг, зростання заборгованості по соціальних виплатах. Не існує чітко функціонуючого і налагодженого механізму соціального захисту населення від негативних наслідків проведення структурної перебудови економіки, впровадження нових форм організації внутрішнього ринку, підвищення цін, інфляції, масового безробіття, соціальних небезпек тощо.

У результаті у довоєнний період, протягом 2010-2014 рр. на Тернопільщині чітко простежувалася тенденція збільшення рівня безробіття населення працездатного віку (табл. 2.3), що досяг, за офіційною статистикою, майже 8,5% у 2014 р. Безумовно, реальний рівень безробіття значно вищий і, за експертними оцінками, сягав, як мінімум, 20-25%.

**Показники подолання бідності і соціальної несправедливості на  
Тернопільщині у довоєнні 2010-2014 рр.**

<b>Найменування показників</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Середньомісячна номінальна заробітна плата, грн	225	301	358	433	543
Темп зростання реальної заробітної плати, у % до попереднього року	x	119,5	117,5	112,3	123,1
Загальна кількість зареєстрованих безробітних, %	7,99	6,49	5,19	5,81	6,67
Доходи населення, млн грн	x	5833	6558	8135	10043
Реальні доходи, млн грн	x	4233	4906	5983	7445
Легальна маса грошей, млн грн	x	x	255,8	488,9	613,1
Тіньова маса грошей, млн грн	x	x	952,9	1590,8	1672,2

У цих умовах основне навантаження із забезпечення соціального захисту населення лягає на виробничі структури, що також не в змозі самостійно забезпечити необхідний рівень соціального захисту своїх працівників.

За досліджуваний довоєнний період з 2010 р. до 2014 р. на всіх аналізованих підприємствах, простежується тенденція до збільшення чисельності працівників, причому показники плинності кадрів знаходяться на відносно невисокому рівні – 8-18% .

Така ситуація насамперед пояснюється зростанням реального безробіття практично в усіх галузях економіки, тому значна частина працездатного населення “рада” одержати робоче місце навіть на збитковому підприємстві.

У сучасних умовах одним з реально діючих важелів управління соціальним розвитком є матеріальне стимулювання працівників. Динаміка посадових окладів досліджуваних підприємств у цілому характеризується як позитивна.

Якщо звернути увагу на абсолютну величину посадових окладів, то можна зробити висновок про те, що вони не забезпечують належного рівня соціального розвитку працівників підприємства, тому що основна їх частина лише незначно перевищують прожитковий мінімум.

Крім вищезазначених посадових окладів на підприємствах були передбачені доплати і надбавки за: роботу у важких, шкідливих

умовах до 12%, за роботу в особливо важких і особливо шкідливих умовах праці до 24% посадового окладу; на період освоєння нових трудових витрат підвищення норм часу до 20%; керівництво бригадою (бригадирів, не звільненому від основної роботи) з чисельністю бригади від 5 до 10 чоловік у розмірі 15%, від 10 до 25 чоловік – 25% посадового окладу; високу професійну майстерність: 3-й розряд – 12%, 4-й розряд – 16%, 5-й розряд – 20%, 6 і більш високий розряд – 24%; класність водіям автомобілів: 2-го класу – 10%, 1-го класу – 25% установлені тарифної сітки за відпрацьований час; виконання особливо важливої роботи на термін її виконання до 50% посадового окладу. Хоча в результаті розмір надбавок і доплат невеликий і істотно не впливає на рівень матеріального стимулювання працівників підприємства.

Працівники, зайняті на роботах зі шкідливими і важкими умовами праці, а також з ненормованим робочим днем і громадські працівники, одержують додаткову відпустку, її тривалість у календарних днях без урахування святкових коливається від 3 до 7 днів. Ці додаткові відпустки оплачуються з ФОП і включаються до собівартості продукції. У тих випадках, коли працівники працювали в різних виробництвах, цехах, по професіях і на посадах, за роботу в яких надається додаткова відпустка різної тривалості, підрахунок часу роботи проводиться окремо по кожному виду робіт, професій і посад. Додаткова відпустка надається пропорційно до фактично відпрацьованого часу.

Працівникам, зайнятим на роботах, пов'язаних з виробництвом або застосуванням шкідливих хімічних речовин установлена безкоштовна видача молока або соку. Спецхарчування видається за зміну, незалежно від її тривалості в дні фактичної зайнятості працівника на роботах, пов'язаних з виробництвом або застосуванням хімічних речовин, передбачених Переліком хімічних речовин, при роботі з якими рекомендується вживання молока або інших рівноцінних харчових продуктів.

Одним з факторів, що значною мірою визначає ефективність управління соціальним розвитком промислових підприємств, є їх забезпеченість об'єктами соціальної інфраструктури. Тому видається необхідним більш докладно зупинитися на характеристиці забезпеченості і використання об'єктів соціальної інфраструктури промисловими підприємствами ОТГ.

Користуючись послугами їдальні, працівники підприємства оплачують тільки вартість придбання продуктів харчування, інші витрати покриваються за рахунок коштів заводу. Пансіонат є цілком збитковим підрозділом. Для співробітників підприємства і членів їх сімей оплата путівок до пансіонату пільгова і становить 30% від її повної вартості.

Таблиця 2.4

**Характеристика об'єктів соціальної інфраструктури, ВАТ “Ватра” у контексті ОТГ Тернопільщини у довоєнний період**

Найменування показників	Їдальня	Пансіонат
Кількість місць	50	200, 8 змін по 10 днів
Кількість співробітників, чол.	10	6 постійних, 24 сезонних
Середня заробітна плата, грн	574	598
Фонд оплати праці працівників, тис. грн	68,9	215,3
Витрати на утримання, тис. грн	12,6	68,3

До об'єктів соціальної інфраструктури, наприклад, ВАТ “Ватра” належать дитячий садок, їдальня, база відпочинку і дитячий табір, медичний центр і стоматологія (табл. 2.4, 2.5., 2.6.). Дитячий садок є самостійним підрозділом, знаходиться на самооплатності і не дотується ВАТ “Ватра”. Для дітей співробітників фірми виділяється 30% місць дитячого садка. Оплата послуг дитячого садка для працівників ВАТ пільгова і становить 30% від повної вартості для батьків і 50% для бабусь і дідусів. Інші витрати покриває ВАТ “Ватра”.

База відпочинку і дитячий табір повністю знаходиться на дотації фірми і є збитковим підрозділом. Для виходу з кризи була здійснена спроба збільшити місткість бази, поліпшити якість наданих послуг і залучити більшу кількість бажаючих відпочити зі сторони. Однак комерційного успіху ці заходи не принесли. Пільгова оплата послуг бази відпочинку становить 20% від повної вартості путівки, тобто працівники підприємства покривають тільки витрати на харчування.

Таблиця 2.5.

**Характеристика об'єктів соціальної сфери (ВАТ “Ватра”)  
у контексті ОТГ Тернопільщини у довоєнний період**

(2014 р).

Найменування показників	Їдальня	База відпочинку і дитячий табір	Дитячий садок	Медичний центр і стоматологія
Кількість місць	80, харчування здійснюється у 8 змін	150, 7 змін по 10 днів	100	-
Кількість співробітників, чол.	14	4 постійних, 22 сезонних	59	13
Середня заробітна плата, грн	876	731	518 +100% премія	1002
Фонд оплати праці працівників, тис. грн	147,2	228,1	366,7	156,3
Витрати на утримання, тис. грн	54,7	203,95	639,1	98,4

Медичний центр і стоматологія є збитковим підрозділом і повністю перебуває на балансі фірми, тому що надає медичні послуги тільки співробітникам підприємства. Надання медичних послуг для працівників фірми здійснюється безкоштовно, за винятком послуг стоматології, що оплачуються в розмірі 70% від їх повної вартості. Їдальня повністю перебуває на балансі підприємства, співробітники оплачують тільки витрати на продукти харчування, інші витрати покриває фірма.

До складу об'єктів соціальної інфраструктури ВАТ “Фіолент” входять: гуртожиток, дитячий садок, їдальня, дитячий табір і пансіонат (табл. 2.6).

У гуртожитку проживають тільки співробітники підприємства і члени їх сімей, що оплачують вартість комунальних послуг і електроенергії. Інші витрати фінансуються з прибутку підприємства. Послуги дитячого садка працівники підприємства оплачують на 30%, інша частина фінансується за рахунок підприємства й оплати батьків – не співробітників підприємства.

**Характеристика об'єктів соціальної інфраструктури  
(ВАТ “Фіолент”) ОТГ Тернопільщини у довоєнний період  
(2014 р).**

Найменування показників	Їдальня	Дитячий табір	Дитячий садок	Гуртожиток	Пансіонат
Кількість місць	100	120, 6 змін по 14 днів	х	х	200, 7 змін по 10 днів
Кількість співробітників, чол.	16	7 постійних, 30 сезонних	58	4	4 постійних, 28 сезонних
Середня заробітна плата, грн	476	512	453	423	499
Фонд оплати праці працівників, тис. грн	91,4	227,3	315,3	20,3	191,6
Витрати на утримання, тис. грн	20,35	27,14	31,21	32,56	24,44

Їдальня цілком перебуває на балансі підприємства, співробітники оплачують тільки витрати на продукти харчування, інші витрати покриває підприємство. Вартість путівок до дитячого табору і пансіонату для співробітників суб'єкта господарювання, як правило, становить в межах 30% від їх повної вартості.

В Україні склався стереотипний підхід, відповідно до якого розвиток соціальної сфери фінансується за “залишковим” принципом і ставитися в залежність від темпів зростання матеріального виробництва. Вважається, що спочатку повинно заробити виробництво, а потім можна буде вирішувати соціальні питання. Про це свідчать показники величини витрат на соціальні потреби вищевказаних промислових підприємств.

Так, незважаючи на деяке збільшення обсягів соціальних витрат протягом останніх трьох років, їх величина по відношенню до доходів підприємств знаходиться на неприпустимо низькому рівні.

Динаміка соціальних витрат окремих промислових підприємств (ОТГ Тернопільщини) в довоєнний період по роках\*

Найменування показників	ВАТ "Сантехпром"		ВАТ "Сизокор"		ВАТ "СЕЛМА"		ВАТ "Завод "Фіолент"	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
<b>Винагороди по виходу на пенсію</b>	18,23	19,13	20,3	20,3	3,21	3,21	4,53	5,00
Виплати на ювілейні дати	52,57	57,18	60,8	60,8	1,63	1,63	1,96	2,15
Матеріальна допомога ветеранам	23,11	24,06	25,6	25,6	1,65	1,65	2,18	2,31
Матеріальна допомога на оздоровлення	18,69	19,23	20,4	20,4	5,98	5,98	7,56	8,73
Придбання подарунків для дітей	9,84	9,61	10,3	10,3	0,98	0,98	1,54	1,87
Витрати на придбання медикаментів для лікувально-профілактичних цілей і медогляду	13,02	14,16	15,1	15,1	1,98	1,98	2,65	2,78
Проведення культурмасової роботи і соціальної підтримки працівників ВАТ	27,79	28,05	30,0	30,0	7,56	7,56	8,96	9,11
Покриття витрат на утримання об'єктів соціальної інфраструктури	69,77	75,88	80,9	80,9	0	0	0	0
Інші соціальні витрати	17,29	19,81	20,0	20,0	1,73	1,73	1,66	2,08
<b>РАЗОМ</b>	<b>250,31</b>	<b>267,11</b>	<b>283,4</b>	<b>283,4</b>	<b>24,72</b>	<b>24,72</b>	<b>31,04</b>	<b>33,7</b>

\* Складена авторами на основі даних оперативної звітності відповідних підприємств.

Крім того, сьогодні не приділяється належної уваги управлінню соціальним розвитком підприємств. Так, наприклад в ОТГ Тернопільщини не існує відділу, бюро або іншого підрозділу соціального розвитку, частина завдань даного відділу покладені на інженера з техніки безпеки. До них відноситься: вивчення соціологічних і психологічних проблем організації праці, побуту і відпочинку працівників, розробка шляхів і методів їх вирішення. Фонд соціального розвитку формується залежно від виконання плану з обсягів реалізації продукції.

На суб'єктах господарювання немає відділів або підрозділів соціального розвитку. До 1995 р. існував фонд соціального розвитку, проте після приватизації він був ліквідований і всі соціальні об'єкти (база відпочинку, підсобне господарство, гуртожиток) продані.

Трохи краще становище на цих підприємствах є самостійними структурними підрозділами, їх функції практично в повному обсязі виконують інженер з техніки безпеки, відділ кадрів і профспілка.

До їх завдань входить: виявлення й використання соціальних резервів зростання продуктивності праці й інтенсифікації виробництва, вивчення соціологічних і психологічних проблем організації праці, побуту і відпочинку працівників, розробка шляхів і методів їх вирішення, організація роботи з управління соціальним розвитком трудових колективів, організаційно-методичне забезпечення, координація розробки і реалізації планів, цільових комплексних програм соціального розвитку, а також поліпшення форм і методів виховної роботи. Фонд соціального розвитку формується за рахунок прибутку підприємства і становить не більше ніж 20% від її. Але через те, що рівень рентабельності підприємств не перевищує 7-8%, на фінансування соціального розвитку виділяється недостатньо коштів.

Важке економічне становище більшості суб'єктів господарювання і зниження ефективності державної соціальної політики призвели до виникнення значних соціальних загроз, головними з яких є:

– низький рівень і якість життя населення. Рівень бідності протягом 2013-2014 рр. практично не змінювався і становить близько 25%, розрив між 10% найбільш і найменш забезпеченого населення становить 9-10 разів. Розмір мінімальної заробітної плати і середньої пенсії, незважаючи на підвищення, нижчий від прожиткового мінімуму;



– низький рівень здоров'я населення, унаслідок чого посилилася демографічна криза. Рівень смертності населення зріс до 16 осіб на тисячу населення. Значно збільшилася захворюваність туберкульозом і СНІДом;

– продовжується деградація трудового потенціалу внаслідок збереження низької вартості робочої сили, нерозвиненості соціально-трудових відносин, що в підсумку зумовлює низький рівень мотивації до трудової активності;

– продовжується руйнування соціальної інфраструктури в найважливіших галузях соціальної сфери (обслуговування, рекреаційної, охорони здоров'я, освіти, культури, фізичної культури і спорту тощо). Середньомісячна заробітна плата працівників бюджетних установ соціальної сфери становить 60-75% середнього показника по країні;

– існують несприятливі умови формування і розвитку громадянського суспільства, втрачені соціальні цінності, поширені недемократичні форми прийняття управлінських соціальних рішень.

З огляду на той факт, що одним з головних факторів конкурентоспроможності держави є не лише людський капітал, а і охорона здоров'я та уся інфраструктура, основним пріоритетом соціальної політики має стати належне відтворення і збільшення людського капіталу. Основні акценти соціальної політики повинні бути перенесені на працюючу частину населення, завдяки якій відбувається використання людського капіталу як ресурсу суспільного розвитку.

Збереження архаїчної системи соціального захисту і забезпечення входить у все більшу суперечність з макроекономічними зрушеннями, що відбуваються в державі, призводить до зниження ефективності використання і прямих втрат людського капіталу країни. Повноцінне відтворення людського капіталу можливо лише у випадку існування цілісної системи соціальної підтримки громадянина на всіх етапах його життя. Це вимагає розвитку систем освіти, культури, охорони здоров'я, відпочинку тощо.

Значний обсяг коштів, необхідних для доведення системи соціальних послуг до середньоєвропейського рівня, зумовлює необхідність розробки соціальної стратегії, відповідно до якої витрати на соціальне забезпечення не тільки не будуть обтяжувати промислові підприємства, а й відіграватимуть роль мультиплікатора,

стимулюючи їх економічний розвиток.

Отже головним завданням сучасної соціально-економічної стратегії розвитку ОТГ у повоєнний період є встановлення прямого зв'язку між показниками економічного розвитку і рівнем обслуговування, добробуту населення та працівників. Джерелом підвищення добробуту має стати забезпечення кожному громадянину можливість максимально продуктивно реалізовувати власний трудовий потенціал при належній охороні здоров'я, при високому рівні інформаційно-комунікативного забезпечення.

### **2.3. Проблеми алгоритмізації процесів інформаційно-комунікативного забезпечення: акценти корпоративної культури**

В умовах воєнних дій широко проявили себе масові порушення корпоративної культури, вульгаризм і т.п. особливо відносно агресора. Тим часом становлення ринкової економіки і після воєнний період та формування нових якостей менталітету народу незалежної держави, засвоєння нових навиків менеджменту обумовлює необхідність їх адаптації до Європейських стандартів з врахуванням особливостей розвитку науково-технічного прогресу інновацій і т.п. Ця необхідність крім всього пояснюється тим, що за воєних умов та жорсткої конкуренції, швидкої зміни асортименту та номенклатури продукції, оновлення технології, зростання обсягу інформації всі підприємства знаходяться в постійних змінах.

В Україні, як і в багатьох інших країнах пострадянського простору, відбувається Європейська трансформація соціально-економічної системи. У пошуках важелів більш ефективного розвитку підприємства в існуючій практиці аналізуються в більшій мірі економічні чинники та методи управління. Тим часом, недостатньо враховується той факт, що суб'єктом господарювання є людина. На її трудову поведінку та ефективність діяльності могутній вплив здійснюють ціннісні орієнтації, переконання, вірування, традиції, тобто, так звані, соціогуманітарні, етико-моральні складові корпоративної культури.

Європейський вибір відкриває перед Україною унікальну можливість виходу на якісно вищий рівень розвитку суспільства і держави, надає кожному її громадянину шанс для розкриття

власного потенціалу. Це особливо актуальним є в умовах глобалізації економіки, загострення міжнародної конкуренції, дотримання етичних традицій підприємництва в Україні та удосконалення універсальних міжнародних принципів ділової етики актуалізувалася потреба алгоритмізації тобто встановлення послідовності розвитку цивілізованих ділових відносин та формування корпоративної культури в контексті Європейської трансформації підприємств.

Однією із найбільших проблем, з якими стикаються на даний час машинобудівні підприємства, – це невміння: здійснювати ефективну діяльність в умовах світової економічної кризи; коректно вести ділові переговори, пристойно поводити себе у колективі, гідно ризикувати та витримувати невдачі, тощо. Все це сковує та стримує творчу ініціативу керівників розмиває напрямок на вихід з даної кризової ситуації.

Просування та реалізація вимог корпоративної культури на українському ринку можливі лише за умови стійкого на неї попиту, що визначається зацікавленими особами (підприємцями, директорами, менеджерами). Метою статті є алгоритмізація, визначення напрямів та формування корпоративної культури в умовах Європейської трансформації вітчизняних підприємств в т.ч. і машинобудівної галузі.

Значний вклад у розвиток корпоративної культури внесли: Ковалевский С.В., Медведева О.А., Хаєт Г.Л. [10]; Орбан-Лембрик [7]; Б. Андрушків, М. Папієв, Т. Кирян [8]; Хаєт Г.Л., Єськов О.Л., Ковалевський С.В., які розкрили проблеми корпоративної культури [10]; Химич І.Г. виявила особливості формування корпоративної культури вітчизняних підприємств на сучасному етапі [11]. Разом з тим, наукових розробок присвячених алгоритмізації, визначенню основних напрямів формування корпоративної культури із застосуванням наявного досвіду, на прикладі машинобудівних підприємствах в контексті їх Європейської трансформації, на даний час, є недостатньо.

Корпоративна культура є потужним інструментом управління персоналом: забезпечує довготривалий успіх підприємства на ринку товарів та послуг, сприяє гуманізації усіх сфер діяльності, формуванню високої національної ідеї [10, с.2]. На даний час існує дві концепції: одна з них полягає у розумінні культури як творчої діяльності, а друга – інтерпретує культуру як спосіб дії. Отже, з

одного боку, культура – це творча діяльність людини в усіх сферах буття і свідомості, як минула, уречевлена в тих чи інших культурних цінностях, яка базується на великій культурній спадщині і спрямовується на перетворення багатства людської історії у внутрішнє надбання особи, на всебічний розвиток сутнісних сил людини. З іншого боку, культура виступає мірою і способом реалізації сутнісних сил людини як соціального суб'єкта в її діяльності і реалізується в створених у результаті цієї діяльності продуктах матеріального та духовного виробництва [8, с.374].

Отож, одним із найважливіших для суб'єктів господарювання факторів розвитку є корпоративна культура. Необхідно відзначити, в процесі організації бізнесу кожен підприємець має справу з ресурсами, машинами, продуктами, документами, а також із закупівельними, виробничими, збутовими процесами. Він постійно спілкується з людьми як керівник, як менеджер, погоджується з фахівцями, веде переговори з партнерами, формує контакти з трудовим колективом. Від того, як буде налагоджений механізм людських відносин у внутрішньому та зовнішньому середовищі, так буде формуватися репутація та авторитет підприємця, його успіх на товарному ринку та у ділових колах.

Тому, кожен сучасний цивілізований підприємець, як пише Ірина Химич, [11] повинен мати, так званий, морально-етичний кодекс підприємця – систематизований перелік норм, якими повинен керуватися кожен суб'єкт підприємницької діяльності у бізнесі. Основними положеннями якого, передусім мають виступати:

- впевненість у користі своєї праці не тільки для себе, але й для людей, суспільства, держави;
- розуміння того, що люди бажають та вміють працювати, намагаються реалізувати себе разом з підприємцем;
- віра у бізнес, ставлення до нього як до мистецтва, творчої справи;
- визнання необхідності конкуренції та водночас прагнення до співпраці;
- повага до себе як до особистості та до будь-якої особистості як до себе;
- повага до будь-якої власності, державної влади, громадських рухів, соціального устрою, законів;
- довіра до інших, повага до професіоналізму, компетентності;

– визнання цінності освіти, науки і техніки, інформатики, культури;

– турбота про екологію;

– прагнення до нововведень;

– гуманізм.

Отже, морально-етичний кодекс підприємця це не лише візитна картка підприємства, що турбується про свою ділову репутацію та довіру з боку оточуючих, а і його складова.

Моральність – це вимір, який визначає поведінку людини, її ставлення до суспільства, містить внутрішню потребу особистості здійснення моральних дій та вчинків. Тим часом сучасні управлінці не завжди дотримуються моральних норм забувши що одні й ті ж дії, вчинки, поведінка у різних країнах не завжди набувають мають однакову етичну форму та етичну оцінку.

Теоретичні етико-психологічні засади управлінської діяльності є підґрунтям професійної етики керівника, яка передбачає наявність теоретико-прикладних етичних знань та практичних рекомендацій, зорієнтованих на якісне виконання адміністративно-господарських функцій. Вона охоплює передовий досвід морально-психологічного розв'язання конкретних проблем управління. До основних принципів професійної етики керівника мають належати:

1) гуманізм та демократизм;

2) соціальна справедливість;

3) суверенність особистості (особиста гідність кожного є недоторканою);

4) розкриття інтелектуального потенціалу людей, які працюють поруч;

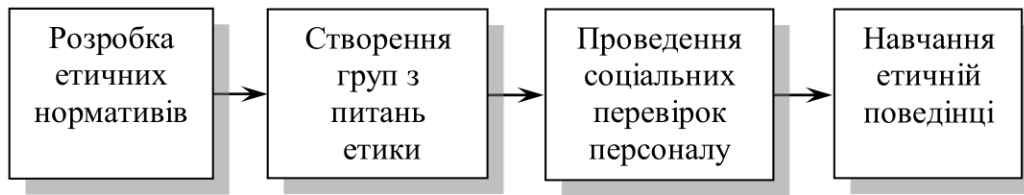
5) постійне вивчення людей, знання їх потреб та інтересів;

6) дбайливе ставлення до природи;

7) особистий приклад безперервності духовного та професійного вдосконалення.

Моральну поведінку керівника, стиль його роботи нами пропонується розглядати як систему повсякденних вчинків, у яких виявляється його ставлення до людей, суспільства, своєї діяльності. Поведінка керівника має бути реально сприйманим моральним орієнтиром для підлеглих. Як показує досвід, керівнику підприємства, непотрібно витратити на морально-етичне навчання свого персоналу великі кошти, достатньо на громадських засадах впровадити тренінги

по вивченню основ корпоративної культури. (Стапність підвищення норм морально-етичної поведінки персоналу машинобудівного підприємства див. рис. 2.1.)



**Рис.2.1. Стапність підвищення норм морально-етичної поведінки персоналу медичного закладу в інформаційно-комунікативному сенсі**

Проте, кожному керівнику підприємства необхідно пам'ятати, що найбільшою цінністю будь-якої організації є люди – особистості. Кожен бізнес має розпочинатися із вирішення життєво-необхідних потреб людей. Тому, турбота та повага до всіх людей, а особливо до тих, які є працівниками підприємства та створюють його продукцію є однією із найважливіших задач керівництва підприємства. Тому, всіх працівників необхідно цінувати, враховувати їхні думки, погляди. Різноманітно підтримувати атмосферу довіри, відкритості, чесності, правдивості, обов'язку та відповідальності, поважати їхню ініціативність, талановитість, творчість, забезпечувати самореалізацію та самовираження, професійну кар'єру, матеріальний достаток, здоровий спосіб життя тощо.

Успішність формування корпоративної культури також залежить і від її сприйняття усіма працівниками, а також чітко визначених морально-етичних та морально-психологічних цінностей. Тобто, чим більша кількість працівників підприємства сприймає та бере до уваги дані цінності, чим чіткіше сформульовані пріоритети діяльності, тим більший вплив має корпоративна культура на досягнення позитивного кінцевого результату від діяльності підприємства.

Культура керівника повинна характеризуватися не лише рівнем загальної культури, тобто наявністю ділових якостей, необхідних для виконання роботи відповідно до займаної посади, а і глибоким та всебічним знанням науки управління та вмінням використовувати ці знання в процесі своєї діяльності, стилем роботи тощо. Особливо велику роль в управлінні відіграє стиль роботи керівника, який являє собою сукупність характерних методів та дій, що використовуються ним у процесі управління. Керівнику повинен бути притаманний гнучкий гуманістичний стиль керівництва, який базується на певних

засадах. Характеристики такого стилю керівництва дають змогу сформулювати вимоги, які ставляться до керівника та об'єднуються в групи ідейно-патріотичних, професійних та морально-психологічних вимог [1, с.146].

Соціально-психологічна компетентність керівника та підприємця – уміння ефективно взаємодіяти з людьми є у багатьох випадках, ключовим фактором особистого успіху. Корпоративна культура – це своєрідна закрита мораль, покликана зміцнювати згуртованість соціальної групи, спрямовувати її діяльність у потрібному руслі, що може забезпечити успішне функціонування та розвиток підприємства [11].

На даний час, успішні підприємства відносяться до корпоративної культури як до важливого інструменту управління бізнесом та як до засобу для створення серйозних переваг на сучасному ринку. Тому, у бізнесі корпоративна культура виступає важливою компонентою успішної роботи підприємства, фундаментом його динамічного росту, гарантом стремління до підвищення ефективності. З посиленням конкуренції з'являється необхідність у створенні додаткових конкурентних переваг, одним з яких є корпоративна культура. Адже, як тільки на ринку праці починається “війна за таланти” або за високу кваліфікацію працівників, то у підприємства з'являється необхідність бути “привабливим” як для власних працівників, так і для кандидатів у працівники. Переманювання “кращих” людей змушує менеджерів та власників піклуватися про корпоративну культуру, оскільки, чим вищий професійний та особистий рівень працівника, тим у більшій степені його мотивація із матеріальних факторів починає переміщуватися у нематеріальні. Його хвилює уже не стільки заробітна плата, як стиль керівництва на підприємстві, рівень менеджменту, перспективи професійного росту, робота в команді однодумців. “Культурні потреби” безмежні: починаючи від інтер'єру робочих кабінетів і закінчуючи можливістю реалізувати амбіційні проекти та особисті мрії.

Для вдосконалення корпоративної культури необхідно застосовувати додаткові заходи, оскільки це в умовах ОТГ робить підприємство унікальним.

На сьогоднішній день вся ідеологія корпоративної культури виходить, як правило, від першої особи - керівника підприємства. На більшості сучасних українських підприємствах немає служб

корпоративного розвитку, а значить, ідея та уявлення директора і є тими орієнтирами розвитку, які розкриваються в різних управлінських практиках. Зрозуміло, що не завжди на підприємстві є умови для того, щоб розпочати роботу комплексно. Керівнику часто представляються більш невідкладними та пріоритетними такі задачі як нестача фінансових ресурсів, податки і неплатежі, труднощі з доставкою ресурсів і збутом готової продукції та інше. Проте вирішити ці проблеми самому, без допомоги колективу, що наслідують цілі підприємства, не зможе жоден керівник [5, с.13-17].

Отже, з упевненістю можна вважати, що метою корпоративної культури на підприємстві серед інших є забезпечення високої прибутковості підприємства за рахунок максимізації ефективності виробничого менеджменту та якісного покращення діяльності підприємства в цілому.

Відомо, що успіх підприємства є взаємопов'язаним з корпоративною культурою, а для оволодіння нею потрібен час, бажання та наполегливість. Підприємство функціонує й розвивається як "складний організм", тому його життєвий потенціал, ефективність функціонування та ведення конкурентної боротьби залежать не тільки від місії, стратегії, чіткої організації, відповідних систем управління та висококваліфікованих працівників, а й від чіткого формування норм корпоративної культури, яка сприятиме досягненню та збереженню провідних позицій підприємства на ринку.

Підприємства із створеною та яскраво вираженою корпоративною культурою набагато ефективніші у використанні людських ресурсів. Тому, що корпоративна культура є одним із найефективніших засобів привабливості та мотивації працівників.

Соціогуманітарне покликання корпоративної культури повинно включати в себе не лише зібрання найбільш важливих положень діяльності підприємства, що визначаються його місією та стратегією розвитку а і інформаційно-комунікативне обслуговування. Як показали дослідження основними критеріями формування корпоративної культури на суб'єктах господарювання, підприємствах ОТГ є:

– сучасна організація діяльності з матеріальними та духовними складовими культури, його гармонійне функціонування в якому окремі елементи культури за рівнем свого розвитку, спрямованістю, ідейністю, завданнями, способами досягнення мети відповідають



один одному;

- соціально-економічна система, що базується на досягненнях сучасної науки;

- підприємство, в якому людей визначають як головну цінність, і відповідно організують взаємодію між окремими людьми і групами на певному психологічному рівні, враховуючи, що найцінніше у людині – її внутрішній стан;

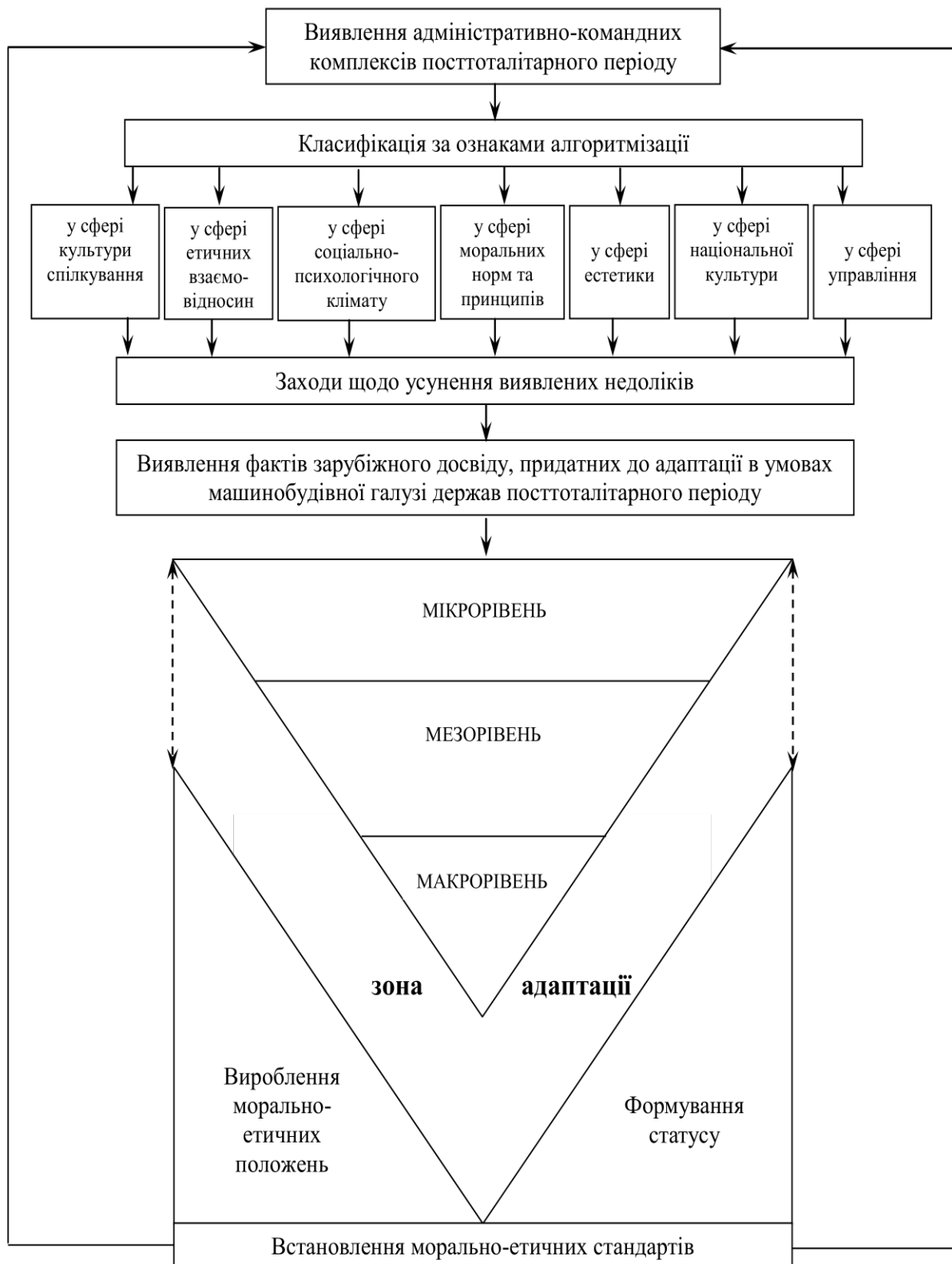
- підприємство, що розвивається, будує свої стосунки з суб'єктами внутрішнього та зовнішнього середовища на підставі розуміння їхньої системної сутності та унікальності, і прикладає максимум зусиль для отримання якнайповніших відомостей про ділових партнерів та співробітників з метою їх кращого розуміння [4].

Єдиного “рецепту” побудови моделі корпоративної культури суб'єктів господарювання ОТГ, підприємств та населення на даний час не існує. Існують різноманітні інструменти застосування корпоративної культури, які обираються підприємством індивідуально, залежно від конкретної ситуації, мети, змін тощо. Проте, основним критерієм оцінки доцільності введення корпоративної культури на підприємстві є не тільки отримання додаткових грошових потоків, а й визнання та успіх серед собі подібних.

Неефективність запровадження в Україні західних “рецептів” реформування економіки багато в чому пояснюється не врахуванням особливостей національної культури.

У той самий час повільні темпи зростання показників співпраці українських машинобудівних підприємств з підприємствами європейського та світового економічного співтовариства пов'язані з відсутністю досвіду та засобів поширення культури міжнародної співпраці [9, с.75].

Тому, серед населення, на кожному підприємстві ОТГ слід започаткувати схему алгоритмізації впровадження корпоративної культури в соціогуманітарних інформаційно-комунікативних контекстах функціонування ОТГ (див.рис. 2.2). Адже, в пвоєнних умовах глобалізації процвітає те міжнародне співробітництво, яке значно впливає на економічний стан цілої співдружності. Для співпраці з іншими країнами недостатньо знати тільки свої основні етичні принципи ведення бізнесу, необхідно знати також і специфіку культури тих країн, з якими співпрацює або співпрацюватиме підприємство.



**Рис. 2.2. Алгоритм формування корпоративної культури в соціогуманітарних інформаційно-комунікативних контекстах функціонування ОТГ Тернопільщини**

Наступним етапом у формуванні корпоративної культури ОТГ є запровадження основних принципів професійної моралі на основі національної культури. Оскільки, наше українське суспільство є споконвіків є високодуховним, релігійним, тощо, тому необхідно всі ці чесноти застосовувати на практиці.

Звичайно, що населення та всі працівники підприємства ОТГ повинні володіти знаннями про загальну культуру, мати інтелект, бути достатньо ерудованими. Основною етичною нормою, якої слід дотримуватися у службових взаємовідносинах, є збереження гідності людини незалежно від того, яке місце вона посідає в ієрархічній структурі підприємства. За нашим переконанням морально-психологічний стан на підприємстві, багато в чому, залежить від керівника, визначається його особистою поведінкою та моральними якостями.

Із зарубіжного досвіду можна виокремити деякі моральні якості та стандарти поведінки, які необхідні керівнику машинобудівного підприємства для ведення ефективної управлінської діяльності серед яких широта поглядів; глобальний підхід до вирішення існуючих проблем; перспективне передбачення; гнучкість; ініціативність та рішучість, особливо в умовах ризику; завзятість у роботі; безперервне самовдосконалення.

Серед особистісних якостей керівника можна визначити вміння чітко формулювати мету та завдання; готовність вислухати думки інших; неупередженість; безкорисливість; лояльність; здатність повністю використовувати можливості підлеглих правильною їх розстановкою та справедливим ставленням до них; особиста “привабливість”; здатність згуртовувати людей та створювати їм сприятливу атмосферу для роботи.

Як відомо у світовій практиці менеджменту є правила, які забороняють певні дії управлінців, що порушують етичні або морально-психологічні вимоги до спілкування. Серед них виділимо наступні:

- не можна впливати на підлеглих нищівною критикою;
- не слід шукати винних, краще шукати причини та шляхи подолання недоліків;
- не можна принижувати гідність працівника, краще проаналізувати його дії;
- не можна пред’являти претензій до працівника у присутності

інших, краще висловити їх наодинці;

- не потрібно боятися хвалити підлеглого, бо успіх окрилює;
- якщо потрібно висловити негативну оцінку, то мову слід вести лише про результати діяльності, а не про особистість працівника;
- не можна обмежувати самостійність та свободу людей, необхідно їм довіряти і сприяти їхній ініціативі, бажанню генерувати ідеї тощо [12, с.58-61].

Ці та інші обставини обумовлюють необхідність упровадження алгоритму формування корпоративної культури основне покликання якої полягає у побудові міцних довгострокових відносин із клієнтами, задоволенні їх потреб краще за конкурентів, а також створення передумов для розвитку позитивного іміджу та зростання прибутковості вітчизняних підприємств машинобудівної галузі.

Таким чином нами встановлено – сучасним вітчизняним менеджерам та підприємцям в умовах ОТГ у після воєнний період доводиться працювати у суспільстві, де бізнесова активність є новим явищем, яке не має чітких окреслених моральних стандартів. Окремі Закони України часто суперечать один одному і навіть забороняють деякі види діяльності, які вважаються законними та етичними у більшості країн. Тим часом, Закони України не встановлюють відповідальності за окремі види анти людської, не коректної, неправдивої реклами тощо. Деякі наші, «норми та поняття» про добро та зло, поки що, значною мірою відповідають стандартам авторитарного минулого нашої держави, які без будь-яких змін збереглися і донині.

Моральне відродження і духовне вдосконалення людини – мета та засіб прогресивного розвитку українського суспільства та людства в цілому. Рівень моральності особистості та суспільства залежить від сукупності умов та чинників. Важливу роль у формуванні моральної культури людини й суспільства має відігравати етичне просвітництво, що несе знання про моральні цінності, дає розуміння морального виміру поведінки особистості, дій соціальних суб'єктів, життя суспільства.

Для того, щоб ОТГ у своїй діяльності відповідало Європейським стандартам, на нашу думку, керівнику та працівникам необхідно розробити власні зовнішні прояви корпоративної культури. Проте, їх слід розробляти враховуючи:

- національну культуру (побут, традиції, вірування, народні

обереги);

- психологічні аспекти (кольори, символи, зображення);
- національні моральні та духовні цінності (релігія, пошана батьків).

Процес інтеграції у міжнародне економічне ринкове середовище змушує керівників підприємств звертати увагу, перш за все, на особливості ведення управлінської діяльності успішними закордонними компаніями. Тому, як підтверджують дослідження, вагоме значення на результативність діяльності підприємства має чітко визначена корпоративна культура.

Формування корпоративної культури населення ОТГ, суб'єктів господарюванн, підприємств також залежить і від її сприйняття усіма працівниками, а також чітко визначених морально-етичних та морально-психологічних цінностей. Тобто, чим більша кількість працівників підприємства сприймає та бере до уваги дані цінності, чим чіткіше сформульовані пріоритети діяльності, тим більший вплив має корпоративна культура на економічні та соціальні ефекти діяльності ОТГ.

#### **2.4. Методика визначення індексу людського (соціогуманітарного) розвитку об'єднаної територіальної громади**

В сучасних умовах одним з головних завдань є сприяння соціально-економічному розвитку регіонів, формування соціальної спрямованості нового господарського механізму. Необхідність удосконалення соціальної політики прямо або побічно передбачалося багатьма постановами і законодавчими актами, що регламентують перехід економіки до ринкових відносин. Однак реально це надзвичайно важливе завдання, з вирішенням якого безпосередньо пов'язані проблеми зростання ефективності виробництва, не дістала належної реалізації. Заходи, здійснювані в цьому напрямку, поки що мінімальні, багато в чому роз'єднані, а найчастіше суперечливі.

Одним з головних факторів, що впливають на ефективність управління соціальним розвитком ОТГ, промислових підприємств є досягнутий у даному регіоні рівень життя населення. Під рівнем життя розуміють рівень добробуту населення, споживання

матеріальних благ і послуг, сукупність умов і показників, що характеризують ступінь задоволення основних життєвих потреб. У свою чергу, добробут – це ступінь забезпеченості людей життєвими благами, засобами до існування.

Уявлення про те, що виробництво більшої кількості товарів і послуг є найкращим шляхом підвищення рівня життя і вирішення інших соціально-економічних завдань, є деякою мірою однобічним. Рівень життя може бути відносно низьким при високих показниках економічного зростання. Отже, традиційні макроекономічні показники не є адекватними характеристиками розвитку суспільства у всьому його різноманітті.

Дослідженнями джерел матеріального зростання, проведеними в найбільш розвинутих країнах, встановлено, що сукупність знань і кваліфікації населення (людський фактор) є принципово важливим джерелом такого зростання. Отже, освіта, наука, охорона здоров'я повинні розглядатися не як споживаючі і невиробничі сфери, а як сукупність галузей економіки, стан яких є найважливішим чинником соціально-економічного розвитку. Виходячи з визнання ролі людського фактора і благополуччя самої людини як мети економічного розвитку, від рівня життя варто перейти до якості життя. Якість життя як узагальнююча соціально-економічна категорія містить у собі не тільки рівень споживання матеріальних благ і послуг, але і рівень задоволення духовних потреб, здоров'я, тривалість життя, умови навколишнього середовища, морально-психологічний клімат, душевний комфорт.

Для оцінки рівня соціально-економічного розвитку промислово розвинутих регіонів України в роботі розрахований індекс регіонального людського розвитку відповідно до методики, поданої в підрозділі 1.3.

Прийнято індекс людського розвитку колективів підприємств ОТГ ідентифікувати з ІЛР регіону (табл.2.8).

Ми вважаємо, що такий підхід не зовсім правомірний, тому що є підприємства слабкі і сильні, це буде як середній коефіцієнт доходу заможного і бідного. Ми взяли декілька інший підхід: прийняли ряд факторів як зовнішню середу діяльності конкретних колективів промислових підприємств поділив їх на середу прямого та непрямого впливу.

**Умовний індекс людського (соціогуманітарного) розвитку в населених пунктах Тернопільщини у довоєнний період**

Критерії		Сер. р-н	Чортків	Кременець	Бережан	Терноп.
Демографічний розвиток	Індекс	0,336	0,981	0,841	0,485	0,998
	Ранг	5	2	3	4	1
Розвиток ринку праці	Індекс	0,242	0,221	0,484	0,765	0,295
	ранг	4	5	2	1	3
Рівень доходів	Індекс	0,746	0,826	0,766	0,407	0,428
	Ранг	3	1	2	5	4
Умови проживання населення	Індекс	0,323	0,331	0,358	0,570	0,276
	ранг	4	3	2	1	5
Стан і охорона здоров'я	Індекс	0,865	0,663	0,839	0,542	0,826
	Ранг	1	4	2	5	3
Рівень освіти	Індекс	0,521	0,551	0,815	0,594	0,581
	Ранг	5	4	1	2	3
Соціальне середовище	Індекс	0,602	0,360	0,531	0,450	0,640
	Ранг	2	5	3	4	1
Фінансування людського розвитку	Індекс	0,147	0,555	0,155	0,491	0,468
	Ранг	5	1	4	2	3
Екологічна ситуація	Індекс	0,635	0,540	0,538	0,837	0,912
	Ранг	3	4	5	2	1
Індекс регіонального людського розвитку	Індекс	0,486	0,553	0,586	0,570	0,597
	Ранг	5	4	2	3	1

Таким чином, проведена оцінка індексу людського розвитку в промислово розвинутих районах показала, що м. Тернополі лідирує за рівнем демографічного розвитку – 0,998, рівнем розвитку соціального середовища – 0,640 і станом екології – 0,912. м. Тернопіль характеризується найбільшим рівнем розвитку ринку праці – 0,765 і найкращими умовами проживання населення – 0,570. м. Чортків лідирує за рівнем доходів – 0,826 і рівнем фінансування людського розвитку – 0,555.

При більш докладному розгляді впливу зовнішнього середовища на діяльність підприємства треба усвідомлювати, що характеристики середовища різноманітні і пов'язані з багатьма факторами.

Фактори середовища прямого впливу обумовлюють і безпосередньо впливають на виробничі процеси підприємства, а також мають на собі вплив підприємства. К таким факторам слід віднести – рівень освіти, стан і охорона здоров'я, розвиток ринку

праці, умови життя, рівень доходів працюючих.

Фактори середовища непрямого впливу зазвичай більш складні, хоча не впливають на промислові процеси так помітно. Їх важливість можна побачити в довгостроковій перспективі, вони можна сказати формують перспективний розвиток підприємств. До цих факторів відносяться – демографічний розвиток, екологічна ситуація, фінансування людського розвитку, соціальна середа.

Розглянемо фактори прямого і непрямого впливу докладніше. Як приклад наведемо порядок розрахунків за критерієм “рівень доходів” для умовної ОТГ..

Середньомісячна нарахована заробітна плата в розрахунку на 1 працюючого:

$$\begin{aligned} ЗП &= (637-576)/(672-576)=0,36, \\ I_{ЗП} &= 0,185*0,36=0,066. \end{aligned}$$

Середньомісячна призначена пенсія в розрахунку на 1 пенсіонера:

$$\begin{aligned} СП &= (382-369)/(394-369)=0,48, \\ I_{СП} &= 0,48*0,180=0,086. \end{aligned}$$

Забезпеченість приватними автомобілями в розрахунку на 100 сімей:

$$\begin{aligned} Z_{авт} &= (161-98)/(161-98)=1, \\ I_{авт} &= 1*0,145=0,145. \end{aligned}$$

Середній рівень витрат у розрахунку на умовного дорослого:

$$\begin{aligned} РВ &= (224-192)/(231-192)=0,18, \\ I_{РВ} &= 0,18*0,139=0,025. \end{aligned}$$

Співвідношення грошових доходів і сукупних доходів:

$$\begin{aligned} ГД/СД &= 712/789=0,91, \\ I_{ГД/СД} &= 0,91*0,184=0,167. \end{aligned}$$

Співвідношення сукупних витрат і сукупних доходів

$$\begin{aligned} СВ/СД &= 697/789=0,88, \\ I_{СВ/СД} &= 0,88*0,164=0,144. \end{aligned}$$

Індекс рівня доходів населення:

$$I_{Мд} = 0,066+0,086+0,145+0,025+0,167+0,144=0,633.$$

Рівень доходів населення можна розглядати як одну з найважливіших соціальних категорій, що формується під впливом усіх без винятку суб’єктів економічних відносин. Його підвищення має бути пріоритетним напрямом державної соціально-економічної стратегії, зокрема спрямованої на реалізацію основ соціально орієнтованої ринкової економіки.



Зниження реальних доходів населення і поширення бідності в період проведення ринкових реформ – це результат не тільки падіння рівня промислового виробництва і високої інфляції, але і наслідок відсутності ефективних механізмів соціальної адаптації підприємств до нових умов. Реальні доходи населення протягом 2016-2021 рр. знизилися більш ніж у 4,5 рази, реальна заробітна плата – майже в 4 рази, а реальна пенсія – у 6,5 рази. Це призвело до масового зубожіння населення. І хоча протягом 2016-2020 рр. намітилася тенденція щодо зростання реальних доходів і реальної зарплати, компенсувати втрати попереднього років вона не в змозі. Підсилилася диференціація населення по різних соціальних групах, а також залежно від професійної належності. Безумовно, таке становище призвело до поглиблення соціальної нестабільності в суспільстві, ОТГ і колективах промислових підприємств, а також до зниження трудових стимулів.

Найвищий індекс стану охорони здоров'я серед промислово розвинутих регіонів України мав Київ, Дніпро, Львів. За індексом умовного здоров'я, кількістю лікарів усіх спеціальностей на 10 тис. населення, кількістю станцій швидкої допомоги на 100 тис. населення лідирує м Трнопіль, Кременець Чортків (табл. 2.9).

Перша половина XXI ст. за прогнозами економістів, філософів і соціологів, повинна бути часом освіти й інформації. Зростання інтелектуального потенціалу суспільства, задоволення сучасних потреб людини в одержанні освітніх послуг є складовими цілями державної політики у сфері освіти.

Ці тенденції можуть привести до становища технологічної залежності багатьох галузей економіки від розвинутих держав світу. До таких сфер належать не тільки промисловість, а й соціальна сфера.

У період глибокої і системної економічної кризи проблеми поліпшення умов життя населення, створення умов для повноцінного відтворення й ефективного функціонування трудового потенціалу стають головними. Це пов'язано з тим, що від економічної стагнації найбільше страждає особистий фактор виробництва, а втрати досягнутих параметрів умов життя населення можуть бути настільки значущими, що процес відтворення людського потенціалу змінює знак із плюса на мінус, тобто приводить до його глибинної деградації. Індекс умов життя, як і індекс розвитку ринку праці, у промислово розвинутих регіонах знаходиться на низькому рівні. Це є соціально

небезпечним явищем, що не тільки масштабно руйнує продуктивні сили суспільства, а й небезпечно дестабілізує соціально-політичну ситуацію в країні. В умовах переходу до ринкової економіки, на жаль, не створений реально функціонуючий ринок праці як регулятор ціни робочої сили. Цей ринок знаходиться в зародковому стані і його розвиток стримується рядом об'єктивних факторів, таких як низька мобільність трудових ресурсів (наприклад через відсутність розвинутого ринку житла, низьку платоспроможність населення) тощо. Разом з тим міграція трудових ресурсів досить розвинута і має стійку тенденцію до зменшення чисельності робітників у сільському господарстві внаслідок низького рівня оплати праці.

Таблиця 2.9.

### Стан і охорона здоров'я

Найменування показників	Сер. р-ний пок. (4)		Чортків (3)		Кременець (4)		Тернопіль (3)	
	Натуральна величина	Індекс	Натуральна величина	Індекс	Натуральна величина	Індекс	Натуральна величина	Індекс
Індекс умовного здоров'я	0,718	0,0481	0,721	0,0483	0,746	0,049	0,734	0,049
Кількість лікарів усіх спеціальностей на 10 тис. населення	32,7	0,069	16,8	0	44,8	0,121	32,5	0,068
Кількість станцій швидкої допомоги на 100 тис. населення	3,4	0,0698	2,6	0	4,1	0,131	3,8	0,104
Кількість потерпілих на виробництві	2,8	0,085	1,7	0,03	1,1	0	2,1	0,005
Рівень прищепленості дітей до 2 років	0,97	0,534	0,99	0,539	0,98	0,538	0,96	0,533
Порівн. тривалість перебування в стаціонарі	5,4	0,06	6,1	0,046	8,9	0	7,6	0,022
Індекс	x	0,865	x	0,663	x	0,839	x	0,826

Водночас функціонування ефективного ринку праці, безперечно, є необхідним елементом ринкової економіки. Від того, наскільки

успішно функціонує економіка, у якій фазі економічного циклу вона знаходиться, якою є поведінка основних суб'єктів ринку – працівника і роботодавця, залежить попит на робочу силу і її пропозицію, а, відповідно, і рівень безробіття.

Проте формування ринку праці як складової ринкових відносин в повоєнний період в Україні тільки починається. Поки що він існує лише статистично, є сукупністю регіональних і локальних ринків, не розвинута його інфраструктура, слабо діють механізми саморегулювання. Кризові явища в економіці не могли не відбитися на сучасному стані ринку праці в Тернопільщині, характерними рисами якого є:

- спад економічної активності населення. Чисельність економічно активного населення скоротилася більш ніж на 50 тис. чол. і становить близько 50% загальної чисельності населення;

- зміна структури зайнятості з одночасним її скороченням. Спостерігається міграція працівників з державного сектора економіки в недержавний, значних обсягів досягла нерегламентована зайнятість населення (за експертними оцінками, вона охоплює близько 500 тис. чол.);

- значно знизився попит на робочу силу. Попит на робочу силу скоротився майже в 4 рази. У результаті спостерігається значний кількісний і якісний дисбаланс між попитом та пропозицією на ринку праці. У середньому на 1 робоче місце претендують 3-4 чоловіки, збільшується розрив між зареєстрованим і реальним безробіттям;

- зростають масштаби прихованого безробіття. Загальна чисельність безробітних у прихованій формі становить не менше ніж 0,3 млн чол., а рівень прихованого безробіття дорівнює приблизно 25%;

- змінюються соціально-демографічні і професійні характеристики безробітних. Серед тих, хто звертається до служб зайнятості, близько 70% становлять жінки і майже 35% – молодь до 28 років з вищою освітою.

Крім того, відповідно до проведених досліджень нерегламентованою зайнятістю займаються близько 80% працюючих (на основі повторної зайнятості), 65% студентів, 55% учнів і 60% опитаних безробітних з числа молоді. Перепродажем товарів і економічним туризмом займаються більше ніж 40% студентів і близько 60% безробітних.

Величина індексів розвитку ринку праці в промислово розвинутих регіонах значно нижча від величин інших індексів, що характери-зують рівень людського розвитку.

Аналізуючи фактори прямого впливу на стан і процеси в промислових підприємствах можливо зробити висновок, що загальні тенденції досить позитивні, формують зовнішню середу сприятливу для подальшого розвитку.

Як відомо, мета проведених у країні реформ – побудова соціально орієнтованої ринкової економіки. Тому основними цілями фінансування людського розвитку є:

- створення кожному дієздатному громадянину умов, що дають йому змогу працюю і заповзятливістю підтримувати власний добробут;

- посилення адресної соціальної підтримки з боку держави, у першу чергу, слабо захищених груп населення;

- здійснення комплексних заходів і спеціальних програм у сфері оплати праці і пенсійного забезпечення, політики зайнятості;

- реформування соціальної сфери на основі розумного поєднання принципів платності і безкоштовності послуг охорони здоров'я, освіти, культури;

- формування нової житлової політики, загальнодержавного ринку житла, стимулювання всіх видів економічно ефективного житлового будівництва, зміна порядку оплати населенням житла і комунальних послуг.

Перехід до ринку змінив зміст господарського механізму в країні, організаційні структури окремих його частин, у тому числі модернізував фінансову систему.

Перетворення економіки України з адміністративно-командної системи в ринкову призвело на практиці до децентралізації й послаблення ролі держави, проявом чого стало реформування державної системи фінансування людського потенціалу.

Один за іншим виникли і виділилися з бюджетної системи позабюджетні фонди, частина з яких потім знову була консолідована в бюджети у вигляді цільових фондів.

У підсумку ці міста значно випереджають інші регіони й за індексом фінансування людського розвитку (табл. 2.10).

**Фінансування людського (соціогуманітарного) розвитку в населених пунктах**

Найменування показників	Сер.р-ний показн. (4)		Чортків (3)		Кременець (4)		Тернопіль (3)	
	Натуральна величина	Індекс	Натуральна величина	Індекс	Натуральна величина	Індекс	Натуральна величина	Індекс
Витрати місцевих бюджетів на охорону здоров'я	233,5	0,090	1902,5	0,136	121,0	0	1863,0	0,133
Витрати місцевих бюджетів на освіту	184,6	0	3418,7	0,153	1245,9	0,050	1984,8	0,085
Витрати місцевих бюджетів на соціальний захист	4,8	0	1086,9	0,126	8,9	0,005	1039,2	0,120
Частка витрат на охорону здоров'я в сукупних соціальних витратах	0,246	0,041	0,245	0,041	0,046	0,007	0,301	0,050
Частка витрат на освіту в сукупних соціальних витратах	0,193	0,036	0,446	0,085	0,474	0,090	0,321	0,061
Частка витрат на соціальний захист у рад. соціальних витратах	0,005	0,0005	0,141	0,016	0,003	0,0004	0,167	0,019
Індекс	x	0,167	x	0,557	x	0,152	x	0,468

В умовах формування ринкових відносин, сфера охорони здоров'я в Україні, що раніше була орієнтована на бюджетну підтримку і не мала необхідного комерційного потенціалу, опинилася зараз у кризовій ситуації. Застаріле медичне обладнання, відсутність коштів на його відновлення і придбання лікувальних медикаментів, низький рівень оплати праці медичного персоналу й інші проблеми, що зумовлені як об'єктивними труднощами перехідного періоду, так і прорахунками в проведенні реформ і їх безсистемністю, призвели до значного зниження рівня медичного обслуговування населення. Ця проблема загострюється внаслідок загального погіршення умов життя більшості населення, зростання рівня захворюваності, тенденції до розвитку небезпечних для націй епідемій тощо.

Результати аналізу стану фінансування медичних установ

промислово розвинутих регіонів показали, що з державного бюджету на охорону здоров'я реально виділяється (за останні 7 років) менше ніж 50% коштів від обсягу запланованих. В Україні розмір коштів, що виділяються на забезпечення функціонування і розвиток системи охорони здоров'я, коливається в межах 3-4% від ВВП і не досягає показника, який Всесвітня організація охорони здоров'я вважає нижньою границею фінансування, нижче від якої охорона здоров'я є неіснуючою (6,5% ВВП).

Крім того, існуюча мережа закладів охорони здоров'я неадекватна реальним потребам населення, а наявні ресурси використовуються неефективно. Головними причинами цього є: відсутність чіткого організаційно-економічного механізму формування і використання ресурсного потенціалу системи охорони здоров'я в умовах становлення ринкових відносин, зокрема, незадовільна координація з боку органів управління охорони здоров'я діяльності лікувально-профілактичних установ; відсутність багатоканальної системи фінансування охорони здоров'я і збереження залишкового принципу, відсутність дієвих стимулів щодо реструктуризації медичної допомоги і раціонального використання ресурсів тощо.

Сфера екологічної безпеки формує обличчя країни, її місце у світовому просторі. Залежність людини від навколишнього середовища існувала завжди, але сьогодні зростання масштабів господарювання руйнує природні умови життя людини. Реалізація суспільних потреб тісно пов'язана з виробничою активністю. На відміну від розвинутих країн світу, Україна залишається державою, де зберігається екстенсивний тип розвитку економіки, що неминуче веде до нераціонального природокористування.

Тривалий спад промислового виробництва не викликав адекватного зменшення навантаження на навколишнє середовище.

Ринкова трансформація економіки України відбувається в екстремальних не лише воєнних, а і екологічних умовах. Україна серед європейських держав має найвищий інтегральний рівень антропогенного навантаження на навколишнє середовище, а стан навколишнього середовища в нашій країні на IV Міністерській конференції "Навколишнє середовище для Європи" (1998 р., Орхус) визнано найгіршим у Європі. Деградаційні процеси в навколишньому середовищі негативно впливають на стан здоров'я населення й ефективність суспільного виробництва, зокрема, середньорічні втрати

ВВП внаслідок погіршення екологічних умов становлять 10-15%.

У цілому для країни характерні глибокі диспропорції загальнодержавних і регіональних економічних інтересів, невідповідність між розміщенням природно-ресурсного і соціально-економічного потенціалу, що зростає, науково-технічна і технологічна відсталість.

В умовах трансформації суспільства особливого значення набувають питання формування нової еколого-економічної політики держави, визначення її ролі в системі ринкових відносин. Ситуація ускладнюється тим, що відбувається руйнування старих державних структур, а правова основа і досвід формування цілісної системи постійного розвитку країни практично відсутні. Тому, починаючи рух шляхом економічних реформ, насамперед, необхідно розібратися в системі здійснення еколого-економічної політики держави, визначити стан, у якому перебуває сфера охорони навколишнього середовища, можливі напрями забезпечення пріоритетності її розвитку і наукові підходи до її дослідження.

В умовах глобалізації, що посилює диспропорції в рівнях прогресу економічно розвинутих і інших країн, серед причин, що стримують повноцінне формування трудового, зокрема інтелектуального потенціалу, особливе місце займають несприятливі тенденції сучасного демографічного розвитку. При цьому глобалізаційні й економічні процеси певним чином взаємодіють з особливостями демографічного розвитку тих або інших країн. Зокрема, безпосередній вплив глобалізації на демографічні процеси полягає в перерозподілі і використанні інтелектуального потенціалу країн, що стали на шлях самостійного розвитку і ринкових реформ, у його переході з менш розвинутих регіонів світу в більш розвинуті.

Для України і ряду інших постсоціалістичних країн, що характеризуються негативним приростом населення, такий стан речей призводить до ще більшого загострення демографічної кризи. Загалом, у більшості країн з перехідною економікою економічна і демографічна кризи тісно пов'язані між собою і посилюють одна одну, що негативно позначається на формуванні майбутнього потенціалу суспільства.

Крім того, незадовільний стан економіки, велике соціальне напруження в країні, що зростає, забруднення навколишнього середовища призвели до підвищення рівня захворюваності населення

і погіршення його психологічного стану, що у першу чергу негативно позначилося на демографічній ситуації і процесах відтворення населення.

З огляду на винятково важливу роль розвитку народонаселення в становленні трудового потенціалу, кожне суспільство змушене проводити адекватну сучасному моменту демографічну політику, спрямовану на досягнення бажаного рівня розвитку кількісних і якісних параметрів цього потенціалу. При цьому суспільство, якому властива трансформація всієї системи соціальних і економічних відносин в умовах зростаючого дефіциту трудового потенціалу, має орієнтуватися не стільки на припинення зменшення чисельності населення, скільки на пріоритетний розвиток його якісного, зокрема інтелектуального компонента, здатного забезпечити досягнення цілей і завдань подальшого прогресивного розвитку суспільства.

Активна участь підприємств в процесі управління соціальною сферою через реалізацію принципу соціальної відповідальності дає змогу формування сприятливого для життя і розвитку людини середовища.

Проведена в роботі оцінка індексу людського розвитку в промислових підприємствах ОТГ різних регіонів показала, що найбільш сприятлива соціальне середовище не прямого впливу на розвиток колективів підприємств. Практичне використання модифікованої методики оцінки індексу людського розвитку на регіональному рівні разом з оцінкою індексу людського розвитку промислово розвинутих регіонів дало змогу оцінити рівень людського розвитку в регіональному розрізі та в умовах ОТГ.

Слід зазначити, що, за досліджуваний, довоєнний період дещо покращилися показники демографічного розвитку, розвитку ринку праці і матеріального добробуту населення, але водночас у конфліктний період погіршилися умови проживання населення, стан системи охорони здоров'я і соціальної сфери, знизився рівень освіти населення до крайньої межі впав рівень інформаційно-комунікаційного забезпечення.



## Резюме до розділу 2

1. Встановлено що в ОТГ України фінансування соціальної сфери та інформаційно-комунікативного забезпечення охорони здоров'я іде за “залишковим” принципом і впадає в залежність від темпів зростання матеріального виробництва. Про це свідчать показники величини витрат на соціальні потреби проаналізованих суб'єктів господарювання ОТГ, промислових підприємств. Так, незважаючи на деяке збільшення обсягів соціальних витрат протягом останніх трьох років, їх величина по відношенню до доходів підприємств знаходиться на неприпустимо низькому рівні.

2. Серед чинників зовнішнього середовища, що впливають на ефективність соціального управління та використання для цього інформаційно-комунікативного забезпечення в ОТГ, населення, суб'єктів господарювання, промислових підприємствах найбільшу питому вагу мають: рівень і ефективність соціального захисту населення з боку держави – 19%, рівень державної підтримки розвитку соціальної інфраструктури підприємств – 15,5%, доступність кредитних ресурсів – 13,8%, рівень податкового тиску – 9,5%.

3. Серед чинників внутрішнього середовища найбільшою мірою впливають на ефективність соціального управління ОТГ, механізм формування і використання фонду соціального розвитку – 18%, застосовувана система оплати праці і матеріального стимулювання на підприємстві – 17,6%, ефективність використання економічного потенціалу підприємства – 16,7%, забезпеченість підприємства об'єктами соціальної інфраструктури – 11,7%, кваліфікація кадрів системи управління соціальним розвитком на підприємстві – 8,1% і звичайно, інформаційно-комунікативне забезпечення.

4. Проведена оцінка індексу людського розвитку ОТГ в промислово розвинутих районах Тернопільщини показала, неоднорідність показників.

5. Сукупна величина індексу людського розвитку практично не змінилася і знаходилася в межах 0,519-0,577. У 2014 р. Тернопіль займав 7-ме місце серед регіонів України. За досліджуваний період покращилися показники демографічного розвитку, розвитку ринку праці і матеріального добробуту населення, але водночас в воєнний період погіршилися умови проживання населення, стан системи охорони здоров'я і соціальної сфери, знизився рівень освіти населення звичайно рівень інформаційно-комунікативного обслуговування населення ОТГ.

*Удосконалюватись у сфері управління якості -  
означає передбачити таку систему, при якій всі результати  
матимуть найкращі результати.  
(Богдан Андрушків)*

**РОЗДІЛ 3.  
ШЛЯХИ І НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ  
ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ  
УПРАВЛІННЯ ІНОФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАТИВНИМ  
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ  
ОТГ: ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОПОНОВАНИХ ЗАХОДІВ**

– Формування наукових засад удосконалення організаційно-економічного механізму управління розвитком інформаційно-комунікативного забезпечення медичним обслуговуванням у контексті соціогуманітарної компоненти господарської діяльності ОТГ;

– Визначення стратегії розвитку інформаційно-комунікативного забезпечення медичного обслуговування населення, підприємств, установ та організацій у контексті соціогуманітарного розвитку ОТГ;

– Ефективність інформаційно-комунікативних заходів у сфері охорони здоров'я та медичного.

### 3.1. Формування наукових засад удосконалення організаційно-економічного механізму управління розвитком інформаційно-комунікативного забезпечення медичного обслуговування у контексті соціогуманітарної компоненти господарської діяльності ОТГ

Наукове управління як в охороні здоров'я? так і в умовах соціогуманітарної сфери загалом та медичного обслуговування населення ОТГ, трудових колективів зумовлено масштабністю проблем, необхідністю комплексного підходу до їхнього вирішення, накопиченням величезних проблем у сфері людських відносин та матеріальних ресурсів.

Управління - це досить чутливий інструмент, який залежить від цілого ряду зовнішніх і внутрішніх чинників, зокрема, державного устрою, типу власності, зрілості ринку та ін., кожен з яких вимагає наявності відповідної системи управління, обумовленої новою метою і завданнями по її досягненню.

Як відомо, управління починається зі збору, обробки та аналізу інформації. Інформаційна ланка — початкова і найважливіша в управлінському циклі. Чим більше зібрано об'єктивної і своєчасної інформації, чим глибшому аналізу вона піддана, тим вищою є ймовірність вироблення та прийняття оптимального управлінського рішення

Керівник має займатись безпосередньо іншими етапами управлінського циклу і передусім виробленням, на підставі зібраної та обробленої інформації, управлінського рішення. Думати - ось головне покликання керівника, адже від правильно прийнятого ним рішення залежить кінцевий результат. Чим складніший об'єкт управління, чим масштабніший характер проблеми, чим триваліший термін дії рішення, тим вагоміші очікувані результати (позитивні чи негативні).



*Довідково: Рішення в соціогуманітарній сфері ОТГ можна класифікувати таким чином:*

- 1. рішення з ризиком, причому ступінь ризику обраховують, це оптимальне рішення;*
- 2. врівноважене рішення, так би мовити, з підстраховкою, це добре рішення, але великого*

*ефекту воно не дає;*

*3. імпульсивне рішення, приймається за браком інформації, часу тощо може мати тяжкі наслідки для системи;*

*4. запізниле рішення, як і попереднє, для управління непридатне.*

*Рішення має прийматись на тому рівні, на якому виникає проблема, бо саме провідник цього рівня володіє найбільшою інформацією. Воно не повинно суперечити раніше прийнятому рішенню або торкатись прав, делегованих заступнику; має бути конкретним, своєчасним, економічним, гнучким, повноважним, мати початок і закінчення дії.*

*Залежно від пріоритету складової рішення можуть мати такі найменування: рішення-прогноз, організаційне, координаційне і т.д.*

Процес прийняття рішень припускає використання на практиці теорій раціональних рішень, психологічної, сполученої і ігор. В основу теорії раціональних рішень покладений визначений алгоритм дій (логічний або за допомогою програмного забезпечення машинних систем), тоді як психологічну теорію побудовано на знаннях, досвіді, інтуїції і способі мислення (логічному або латеральному).

В управлінській практиці при розробці і прийнятті колективних рішень рекомендується використовувати різноманітні методи, наприклад, «мозкової атаки», колективного обговорення і дискусії, голосування «за - проти», ділової гри, групової динаміки, ситуаційного аналізу та ін.



**Довідково:** *Технологія роботи над управлінськими рішеннями при оперативному або поточному виді управління інформаційно-комунікативного забезпечення охорони здоров'я передбачає дванадцять взаємозалежних етапів:*

*1) з'ясування управлінської ситуації і формування задуму щодо неї;*

*2) визначення цілі (підцілей);*

*3) обґрунтування задач;*

*4) виявлення і визначення проблем;*

*5) вивчення проблем і встановлення причин їх виникнення;*

*6) пошук, розробка і обґрунтування варіантів рішення;*

*7) оцінка всіх варіантів та вибір оптимального рішення;*

- 8) узгодження прийнятого рішення;
- 9) оформлення і затвердження рішення;
- 10) підготовка рішення до «запуску» в систему для виконання;
- 11) забезпечення реалізації рішення;
- 12) оцінка виконання (при необхідності – наступне коригування) рішення і стимулювання праці виконавців.

*Вимоги до управлінського рішення у сфері інформаційно-комунікативного забезпечення охорони здоров'я в контексті – своєчасність, обґрунтованість, відповідність наявним силам і ресурсам, конкретність, гнучкість, динамічність, збалансованість, прийняття за принципом єдиного документа та ін.*

Аналіз невиконаних рішень свідчить, що причини можуть бути різні: рішення було погано сформульовано, неясною була його мета, воно залишилось незрозумілим для підлеглих, не були створені умови для його виконання, підлеглі не були зацікавлені у його виконанні.

Забезпечення усіх цих питань складає етап планування та організації виконання рішення.

В процесі управління велике значення має фаза планування реалізації управлінських рішень (друга фаза процесу управління), в межах якої визначаються способи, шляхи, форми роботи, вибір виконавців, конкретизація задач та інше.

Документом, що забезпечує організаційно-правову сторону і механізм виконання системою управлінських рішень є план реалізації, який дозволяє:

а) розподілити працю щодо виконання конкретного рішення між всіма фахівцями відповідно до займаних посад і службових обов'язків;

б) вибрати оптимальний варіант досягнення цілі, найбільш ефективні шляхи, способи, форми і методи роботи;

в) підвищити дисципліну, відповідальність кожної посадової особи.

Прийняте управлінське рішення перед запуском, крім плану реалізації (перша умова запуску рішення), потребує дотримання другої умови – доорганізації системи з урахуванням специфіки його розв'язання. В цьому і полягає зміст 3-ої технологічно-функціональної фази процесу управління.

Забезпечивши умови «запуску» рішення на виконання (розробку

плану і доорганізацію системи), апарат управління і колектив приступають до безпосередньої реалізації 4-ої та 5-ої технологічно-функціональних фаз процесу управління, що передбачають виконання таких функцій, як регулювання та контроль.

В управлінській практиці ОТГ стосовно системи медичної допомоги використовують шість форм регулювання діяльності системи, кожна з яких має свої цільові призначення, особливості і правила:

- співбесіди з фахівцями і посадовими особами;
- колегії або медичні ради;
- збори колективу чи співробітників;
- ділові наради;
- обходи;
- виїзди на місце.

Регулювання системи передбачає внесення визначених коректив у її діяльність в межах конкретного рішення, що може призвести до певної ентропії (хаосу) у функціонуванні останньої та зниження авторитету керівника. Тому слід підкреслити – сам факт корекції не є дестабілізуючим чинником і не впливає на авторитет керівника. Але часті, не завжди продумані, а також несвоєчасні корективи, можуть систему дестабілізувати.

Не менш важливим є кінцевий етап управлінського циклу – контроль за виконанням прийнятих рішень. Навіть добре рішення, не доведене до завершення, може не дати очікуваних результатів і тим скомпрометувати сам процес управління. Висока якість контролю – неодмінна риса наукового управління.

Культура управління обіймає велике коло питань: культуру технології процесу управління, культуру інформаційного забезпечення, культуру документального забезпечення, питання спеціальної компетенції провідника в галузі економічних знань, менеджменту, маркетингу, технології виробництва.

Керівник має спиратись на засади загальної культури, професійної деонтології, психології управління, передусім соціальної психології, ділових стосунків, риторики, дотримуватись певного стилю в управлінській роботі, застосовувати мотиваційні механізми.

Керівник має вирізнятись своєю компетентністю, володіти організаторськими здібностями, мати авторитет у підлеглих, вміло поєднувати в управлінні інтелектуальний та вольовий компоненти,

бачити далі буденного та очевидного, вміти охопити суть взаємозв'язків, властивих явищу, продукувати оригінальні ідеї та рішення, знайти можливість реорганізації системи заради її більш ефективного функціонування. Керівник має бути ініціативним, показувати особистий приклад сумлінної праці. Для досягнення оптимальних результатів важливо правильно стимулювати працю колективу. Керівник має для цього кілька стимулів: матеріальні, моральні та примусові.

Важливо їх вміло поєднувати, орієнтуючись головне на матеріальні та моральні стимули та застосовуючи примусові в крайньому випадку.

В Україні можна виокремити три основні ієрархічні рівні управління охороною здоров'я: базовий ОТГ, регіональний та державний.

Базовий охоплює ОТГ в межах сільського адміністративного району та місто.

У сільських адміністративних районах його уособлює генеральний директор територіального об'єднання (колишній головний лікар району). Одночасно він є головним лікарем центральної районної лікарні. Він виконує функції, покладені на районну державну адміністрацію в галузі охорони здоров'я населення. У своїй роботі спирається на управлінську підсистему центральної районної лікарні.

У містах базовий рівень управління охороною здоров'я дещо інший. Тут в складі міських державних адміністрацій існують управління охорони здоров'я на чолі з начальником. Є група управлінців, основу яких складають т. з. головні фахівці (терапевт, хірург, педіатр, тощо). Управління спирається також на управлінські структури міських лікарень.

На державні адміністрації покладені такі функції в галузі охорони здоров'я: управління та розробка прогнозів розвитку мережі закладів охорони здоров'я; організація медичної допомоги населенню; організація контролю за санітарним станом навколишнього середовища та додержанням правил санітарної охорони, здійснення заходів щодо запобігання інфекційних захворювань; контроль за наданням пільг матерям та дітям, поліпшення умов життя багатодітних сімей; контроль за додержанням правил охорони праці, техніки безпеки, виробничої санітарії, екологічних вимог на



підприємствах, в організаціях та установах.

Базовий рівень - основний в системі медичної допомоги. Тут зосереджені її первинна та вторинна ланки. Вони структурно об'єднані. Тут зосереджується 90% амбулаторно-поліклінічної і 80% стаціонарної допомоги. Від якості та ефективності управління на цьому рівні залежать практично результати діяльності усієї системи.

Управлінська діяльність базового рівня спрямовується на розвиток окремих спеціалізованих видів медичної допомоги, за кожний з яких відповідає головний фахівець (штатний, що працює в складі управління або позаштатний, як правило, головний лікар відповідного міського спеціалізованого закладу).

Регіональний (обласний) рівень управління охороною здоров'я за своєю суттю мало чим відрізняється від базового. Провідними фігурами обласних управлінь охорони здоров'я також є головні фахівці.

Обласні управління охороною здоров'я в своїй роботі спираються на управлінські підсистеми медичних закладів, що забезпечують третинну медичну допомогу. Головним лікарям обласних спеціалізованих диспансерів та завідувачам спеціалізованих відділень обласних лікарень надано статус головних позаштатних фахівців. Штатні та позаштатні фахівці здійснюють прямий жорсткий контроль через міських та районних фахівців за розвитком окремих спеціалізованих служб в області.

До центральних органів відноситься Міністерство охорони здоров'я, яке несе відповідальність за стан і розвиток медичної допомоги.

Інформацію, необхідну для контролю, підрозділяють на медико-статистичну (про здоров'я, кадри, матеріальну базу, діяльність медичних установ), економічну (фінансову) і науково-медичну інформацію про матеріально-технічне і лікарське забезпечення. Міністерство охорони здоров'я має в структурі управління й відділи, які здійснюють організаційно-методичну, статистичну і планово-фінансову діяльність, координують роботу з підготовки і удосконалення кадрів.

Успішному здійсненню реформ в охороні здоров'я може сприяти впровадження принципів менеджменту і маркетингу, економічних і соціально-психологічних методів в управлінні закладами охорони здоров'я.





***Довідково:** Управління будь-яким медичним закладом в умовах ОТГ має здійснюватись вирішенням наступних питань:*

- 1. Яка ситуація з наявністю послуг (товару) серед певної групи населення або на певній території?*
- 2. Який попит на даний вид послуг (товар)?*
- 3. Які виробничі і транспортні витрати на виготовлення і доставку товару (реалізацію послуг), тобто собівартість?*
- 4. Яка споживча вартість товару (послуг) на місцевому ринку?*
- 5. Яка купівельна здатність населення?*
- 6. Які переваги пропонованої продукції (або послуг) в порівнянні з тими, що існують на ринку?*
- 7. Чи є медичні, маркетингові, психологічні і рекламні умови для впливу на споживача?*

Рівень соціального розвитку населеного пункту ОТГ, трудових колективів – це одна з найважливіших соціальних категорій, що формується під впливом взаємодії всіх без винятку суб'єктів економічних відносин. Його підвищення (соціальний прогрес) може бути пріоритетним напрямом державної соціально-економічної стратегії, зокрема спрямованої на реалізацію основ соціально-орієнтованих ринкової економіки. Категорія “рівень соціального розвитку колективів населеного пункту ОТГ” у широкому значенні виражається сукупністю умов і відносин, що визначають життя, працю, побут і інтелектуально-культурний розвиток працівників даного підприємства (організації, установи), характеризує досягнутий в колективі на певний проміжок часу рівень задоволення різних потреб людей (не тільки фізичних, а й соціальні, інтелектуальних, духовних), а також визначає й оцінює реальні економічні джерела та соціально-правові гарантії забезпечення життєдіяльності й подальшого соціального розвитку колективів населеного пункту ОТГ, виробничих колективів. Рівень соціального розвитку виробничих колективів залежить не тільки від рівня реальних доходів і обсягів фактичного споживання працівниками матеріальних і духовних благ, а й від рівня розвитку в суспільстві самих потреб у життєвих благах. Це категорія багаторівнева, у її структурі можна виділити окремі основні складові: інтегрований, соціально-диференційований і

персоніфікований інформаційно-комунікативний та ін.. рівні соціального розвитку. Іншими словами, ця категорія може характеризувати, відповідно, сукупний рівень соціальної захищеності трудового колективу в цілому, окремих соціальних груп або окремо взятого працівника.

Ця категорія акумулює широкий спектр соціально-економічних відносин, що виявляються через багаторівневу систему індикаторів стану й умов життєдіяльності членів колективів ОТГ. Поєднуючи в собі характеристику всіх сторін і компонентів життєдіяльності працівників, рівень соціального розвитку колективів стає своєрідним мірилом ефективності соціально-економічної діяльності підприємства. Безумовно, важливого значення набуває проблема адекватної оцінки основних складових категорії “рівень соціального розвитку колективів ОТГ” – з одного боку, потреб окремої особи, соціальних груп або колективу в цілому, а з іншого – можливостей для реалізації цих потреб.

Достовірно визначити рівень соціального розвитку виробничих колективів неможливо, якщо не використовувати дієвого механізму збору, обробки й аналізу широкого спектра інформації, що характеризує всі без винятку сторони життєдіяльності колективу. За умови чітко визначеної та досить повної системи показників, забезпечення об’єктивної оцінки динаміки цих показників можна не тільки спостерігати за тенденціями соціального розвитку трудових колективів, а й активно впливати на його темпи як у кількісному, так і в якісному плані. Головною метою вдосконалення системи соціального управління є підвищення рівня соціальної ефективності й соціального ефекту функціонування ОТГ. Під соціальним ефектом варто розуміти задоволення як матеріальних, так і духовних потреб людей. На макрорівні соціальним ефектом є задоволення потреб більшості членів суспільства. На мікрорівні – задоволення потреб населення та працівників суб’єктів господарювання ОТГ.

Соціальний ефект, що є метою соціальної ефективності, характеризується розмаїтістю і кількістю споживаних благ і послуг. Варто розрізняти бажаний і реальний соціальний ефект. Повне задоволення всіх потреб є бажаним соціальним ефектом. Але не всі потреби можуть бути задоволені, тому реальний соціальний ефект нижчий від бажаного.

На реальний соціальний ефект вирішальний вплив справляє

економічний стан, рівень розвитку виробництва. Чим економічно більш розвинуте і стабільне підприємство, тим більше можливостей для досягнення реального соціального ефекту. Але в існуючій системі ринкових відносин це не відбувається автоматично, тому що засобами досягнення соціального ефекту служать не тільки економічні результати виробничо-господарської діяльності (дохід, прибуток тощо), а й система виробничих відносин, і в першу чергу характер власності на засоби виробництва, а також вплив держави на розвиток економіки. Більше того, соціальний ефект залежить головним чином від соціально-економічних відносин.

Рівні економічного і соціального ефекту залежать один від одного. Можливі два типи зв'язків між соціальними й економічними результатами: перший тип – соціальні результати є метою, а економічні – засобами їх досягнення, другий тип – економічні результати є метою, а соціальні – засобами їх досягнення. Для сучасних ринкових відносин в Україні характерним є другий тип взаємозв'язку.

Водночас у результаті проведених досліджень і за результатами Всесвітньої конференції з соціального розвитку (Копенгаген, 1995 р.) світовому співтовариству було запропоновано перемістити акценти із забезпечення темпів економічного зростання на стабільний розвиток людини і на цій базі сформулювати нові цілі розвитку. Подібна переорієнтація поставила перед наукою нові завдання. В їх основі лежить принцип, відповідно до якого економіка існує для розвитку людей, а не люди для розвитку економіки. Таким чином, критерієм соціальної ефективності є всебічний вільний розвиток більшості населення.

Специфіка соціальної ефективності й особливі форми її прояву не дають змоги однозначно застосовувати принцип “максимум результату при мінімумі витрат”. Проте соціальна ефективність сама по собі не реалізується, а потребує витрат. Чим більше коштів виділяється на соціальні потреби (підготовка і перепідготовка кадрів, поліпшення здоров'я, підвищення культурного і загальноосвітнього рівня людей тощо) і чим раціональніше вони використовуються, тим вища соціальна ефективність.

Дослідження свідчать про те, що високу соціальну ефективність в умовах ОТГ має те виробництво, у якому не порушуються соціальні стандарти. Під соціальними стандартами розуміють вимоги,

дотримання яких забезпечує найбільш сприятливі умови для життєдіяльності. Одні соціальні стандарти визначають величину заробітної плати, інші – умови, у яких знаходяться працівники підприємства (безпека, освітленість, температура тощо), треті характеризують умови життя за межами підприємства (забезпеченість житлом, медичними послугами тощо). Вони повинні бути орієнтирами, до яких необхідно прагнути при проведенні заходів щодо підвищення економічної ефективності виробництва, щоб вони були соціально обґрунтованими і прийнятними. Соціальна ефективність залежить від здатності суспільства здійснювати основні напрями соціального прогресу. Вона виявляється у відносинах між основними класами, суспільними групами, націями, містом і селом і т. д. Напрямами підвищення соціальної ефективності є: поліпшення матеріально-технічного розвитку, вдосконалення соціальних відносин, організація й управління суспільною роботою, задоволення матеріальних і духовних потреб працівників і ін.

Оскільки соціальна ефективність в основному формується на мікрорівні, необхідно більш детально розглянути сутність соціальної ефективності підприємства в умовах ОТГ. Соціальна ефективність – це багатогранна, багатопланова категорія економічної науки, тому що вона включає різні, іноді не порівнянні між собою, потреби людей, які з розвитком цивілізації розширюються й ускладнюються і які повинні реалізовуватися, якщо суспільство бажає плідно розвиватися, тобто соціальні результати мають полівалентний характер. Але, незважаючи на різнобічну спрямованість потреб людей, кінцевою метою життєдіяльності людини є всебічний її розвиток як особистості.

Усебічний вільний розвиток здібностей людини є критерієм соціальної ефективності. Саме виходячи з цього критерію визначаються фактори, що становлять зміст цієї характеристики діяльності підприємства і показники, що характеризують її рівень на тому або іншому етапі розвитку ОТГ.

Виходячи з полівалентного характеру факторів, кількісне визначення соціальної ефективності єдиним показником ускладнено. Необхідно враховувати й той факт, що індивідуальна соціальна оцінка конкретного соціального результату може варіювати в дуже широкому діапазоні.

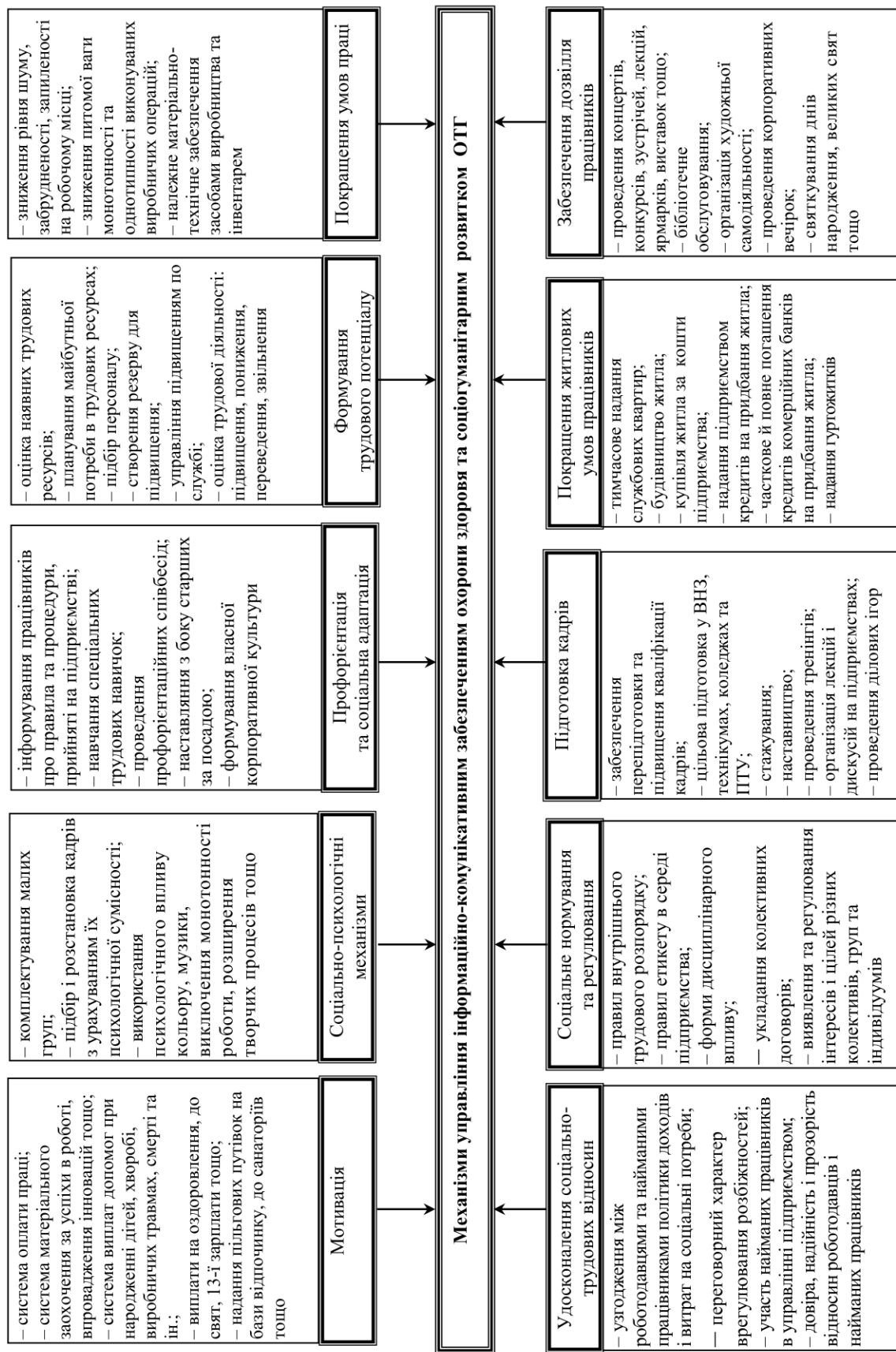
В умовах ринкової економіки відносини між найманими робітниками і підприємцями будуються на принципово новій основі.

Мета підприємця – це успіх на ринку і, відповідно, одержання максимально можливого прибутку при мінімумі витрат (у тому числі й на персонал). Наймані робітники намагаються одержати більшу матеріальну винагороду при меншому обсязі виконуваних робіт. Таким чином, визначення взаємовигідного компромісу між очікуваннями найманих робітників і інтересами підприємців є головним завданням ефективної системи стимулювання працівників у ринковій економіці.

Соціальні механізми управління в умовах ОТГ повинні бути привабливі й вигідні для обох сторін (і для підприємства, і для найманого робітника). Вони повинні бути пов'язані зі способами досягнення соціальних цілей суспільства не тільки економічними, організаційно-адміністративними способами мотивації людської поведінки, а й безпосередньо: шляхом визначення соціальних цілей, підвищення якості життя, підвищення соціальної зрілості суспільства, його окремих структур і насамперед керівників. Соціальні механізми відповідно до вимог об'єктивних закономірностей (зростання ролі соціального фактора) багато в чому визначають змістовий аспект управління і задають вектор розвитку всім іншим методам впливу. Наприклад, поряд з економічним стимулюванням сьогодні широко використовується стимулювання творчою працею, більшою соціальною захищеністю, якістю соціального впливу, почуттям соціальної причетності до справ фірми тощо (рис. 3.1).

Серед способів мотивації виділяють уселяння, переконання, наслідування, залучення, примус, спонукування та ін. Цілями застосування соціально-психологічних механізмів є забезпечення зростаючих соціальних потреб людини, її всебічний гармонічний розвиток і підвищення на цій основі трудової активності особистості й ефективної діяльності колективів.

Психологічні механізми управління в умовах ОТГ спрямовані на регулювання відносин між людьми шляхом оптимального підбору й розміщення персоналу. До них належать методи комплектування малих груп, гуманізації праці, професійного підбору і навчання тощо.



**Рис. 3.1. Перспективні механізми управління соціальним розвитком колективів промислових підприємств**

Методи комплектування малих груп дають змогу визначити оптимальні кількісні і якісні відносини між працівниками з урахуванням психологічної сумісності. До методів гуманізації праці належать використання психологічного впливу кольору, музики, виключення монотонності роботи, розширення творчих процесів і т. д. Методи професійного підбору і навчання спрямовані на професійну орієнтацію і підготовку людей, що за своїми психологічними характеристиками найбільше відповідають вимогам виконуваної роботи.

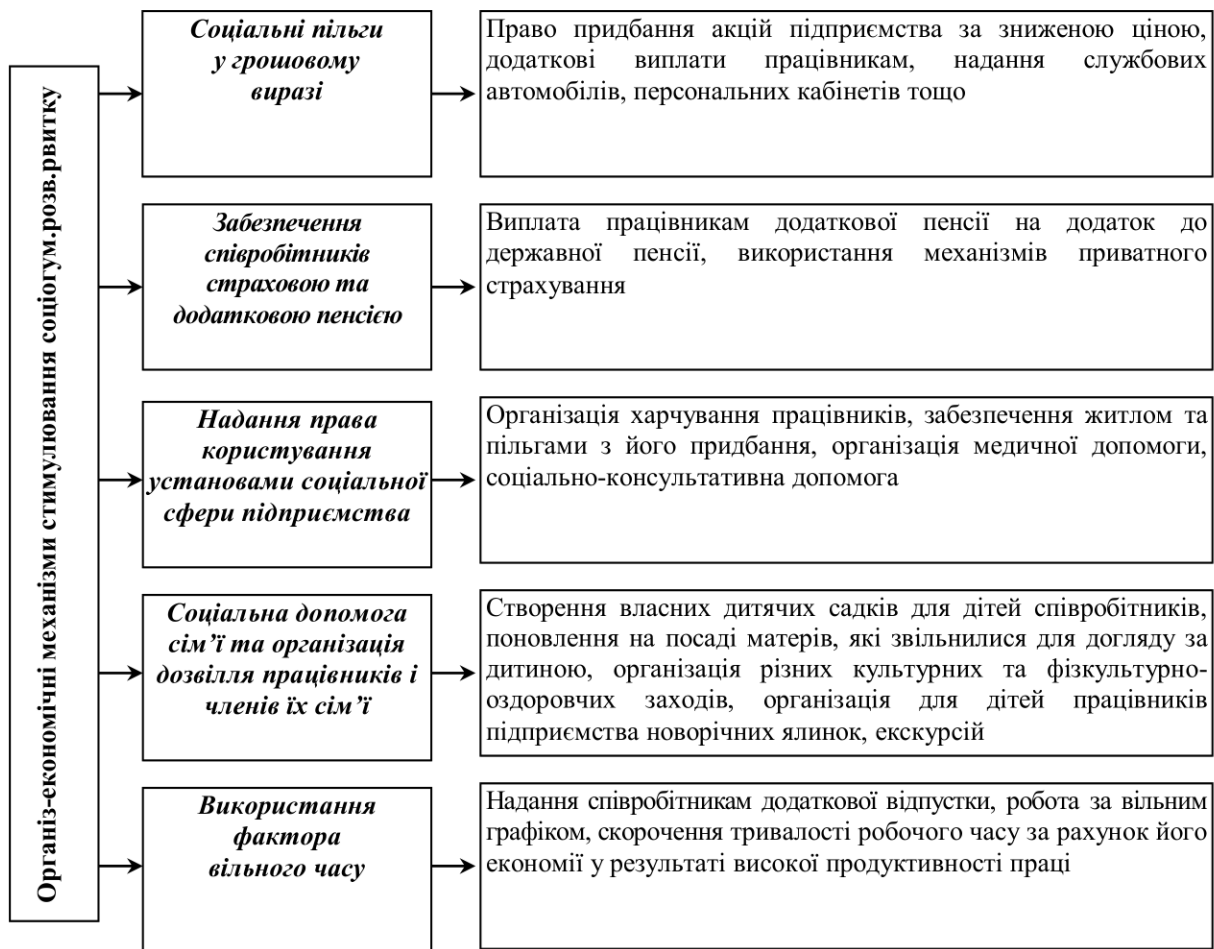
У цілому до соціальних і психологічних механізмів управління належать способи керуючого впливу, що спираються на об'єктивні закони соціального розвитку й закони психології. Об'єктом впливу тут є соціальні і психологічні процеси на рівні народонаселення, виробничого колективу або його структурної ланки, окремого працівника.

Однак, безумовно, одними з ключових є соціальні механізми стимулювання працівників. Можна виділити ряд принципів, яким повинна відповідати застосовувана на підприємстві система соціальних механізмів стимулювання: потрібно виявити матеріальні й нематеріальні потреби співробітників, необхідно в повному обсязі інформувати співробітників про надані їм соціальні пільги, а також про їх додатковий, понад державні пільги, характер; надані соціальні пільги повинні бути економічно виправдані і застосовуватися тільки з урахуванням бюджету і можливостей підприємства; соціальні пільги, що вже надані працівникам державою, не повинні застосовуватися на підприємстві; система соціальних пільг повинна бути зрозумілою співробітникам – кожен співробітник повинен знати, за які заслуги він отримує ту або іншу пільгу.

Соціальні механізми стимулювання (рис. 3.2) спрямовані на зниження плинності кадрів, стимулювання працівників до ефективної і якісної праці, зниження профспілкової активності, запобігання страйкам, залучення й закріплення на підприємстві кваліфікованих кадрів. Для цього необхідна взаємна відповідність цілей і потреб співробітників і цілей підприємства, вироблення особливої психології в співробітників, (ефект ототожнення себе зі своїм підприємством), підвищення продуктивності, ефективності і якості праці і готовності співробітників до ефективної роботи на благо підприємства, соціальний захист співробітників на більш високому рівні, ніж це



передбачено законодавством, створення позитивного мікроклімату в трудовому колективі, створення в суспільстві позитивного іміджу про підприємство.



**Рис. 3.2. Організаційно-економічні механізми інформаційно-комунікативного забезпечення охорони здоров'я в контексті стимулювання соціогуманітарної сфери, в умовах ОТГ**

Соціальні пільги в грошовому вираженні несуть у собі принцип, аналогічний грошовій винагороді. До таких пільг може бути віднесене право придбання для співробітників акцій підприємства за зниженою ціною. Тим самим досягається мета залучення найманого робітника в співволодіння підприємством, що формує в працівників почуття господаря, дбайливе ставлення до майна підприємства. Форми участі найманого робітника в капіталі підприємства можуть бути різними. Це і безкоштовні акції, і звичайні акції зі знижкою на певний відсоток від ринкового курсу акцій, і привілейовані акції без права голосу на загальних зборах акціонерів.

Крім того, до соціальних пільг у грошовому виразі належать різні



виплати працівникам до особистих свят, скажімо, з нагоди 10-, 20-, 30-річного і т. д. ювілеїв службової діяльності на підприємстві в поєднанні зі спеціальною відпусткою. Причому розмір виплат і тривалість додаткової відпустки можуть залежати від стажу роботи на підприємстві. До подібного роду пільг відноситься надання керівникам і особливо обдарованим інженерно-технічним працівникам службових автомобілів, персональних кабінетів і т. д.

Забезпечення співробітників додатковою пенсією по старості також має істотну стимулюючу роль для співробітників. Працівники дорожать своєю роботою, знаючи, що після виходу на пенсію вони одержать від підприємства додаткову підтримку.

Серйозну стимулюючу роль, особливо в часи криз і інфляції, несе в підприємства. Такі соціальні послуги можна поділити на чотири групи: організація харчування співробітників, забезпечення житлом і пільгами з його придбання, організація медичної допомоги, соціально-консультативна допомога. Витрати на організацію харчування співробітників зазвичай працівник і підприємство ділять між собою. Працівник оплачує тільки заготівельну вартість продуктів, а підприємство оплачує інші витрати на організацію харчування (заробітна плата кухарів, утримання приміщення їдальні і т. д.). Таким чином, співробітник оплачує 1/3 витрат на харчування, а підприємство бере на себе 2/3 витрат, що залишилися. Безумовно, вирішення житлових проблем співробітників під силу тільки великим підприємствам. Проте такий механізм стимулювання забезпечує тривалу роботу на підприємстві і значно знижує плинність кадрів. Особливо це актуально в Україні, де житлова проблема є найбільш важко розв'язуваною для широких верств населення. Існують різні варіанти реалізації цього механізму. Так, наприклад, підприємство будує житло, а квартири здає співробітникам за пільговими низькими цінами. При цьому співробітник має можливість поступово за час роботи на підприємстві викупити житло за пільговою ціною і таким чином вирішити житлову проблему. Підприємство також може надати співробітникові іпотечну позику під низький відсоток для купівлі житла.

Організація медичної допомоги включає прикріплення співробітників до установ охорони здоров'я і надання їм необхідної медичної допомоги за рахунок організації. Крім того, підприємство може організувати соціально-консультативну допомогу для тих

співробітників, у кого є які-небудь проблеми, що потребують втручання психолога, юриста або якихось інших фахівців. Юридична служба підприємства може надавати консультативну допомогу співробітникам з різних правових питань. Співробітникам, які страждають психічними розладами, показують погані результати роботи або мають проблеми в сімейному житті, може бути надана допомога психолога.

Варіантами соціальної допомоги сім'ям і організації дозвілля працівників можуть бути створення власних дитячих садків для дітей співробітників, відновлення на посаді матерів, що звільнилися з роботи для догляду за дитиною, організація різних культурних і фізкультурно-оздоровчих заходів, організація для дітей співробітників підприємства новорічних ялинок, екскурсій і т. д.

Як нематеріальний метод стимулювання використовується фактор вільного часу. Це "гуманітарний" стимул до праці. Тут можливі три варіанти:

1. Надання співробітникам додаткової відпустки. Відпустка зазвичай надається за специфічну працю або за особливі умови праці, коли вони відрізняються від нормативних за санітарними, гігієнічними і трудовими нормами (шкідливі умови праці, ненормований робочий день і т. д.). Додаткова відпустка компенсує працівникам високі витрати фізичної або розумової енергії.

2. Робота за вільним графіком. Суть цього варіанта полягає в тому, що працівникові надається право самому визначати режим роботи (час початку, закінчення і тривалості робочого дня). Природно, що робота за вільним графіком не повинна порушувати ходу виробничого процесу і викликати зниження ефективності і якості виконуваних робіт. Тому таким правом можуть наділятися тільки перевірені і дисципліновані працівники, що вміють раціонально планувати свій робочий день. Так, вільні графіки широко й ефективно застосовуються в західноєвропейських країнах. Наприклад, їх використовують 75% фірм Франції, 69% фірм Нідерландів, 68% фірм ФРН, 66% фірм Швеції.

3. Скорочення тривалості робочого часу за рахунок його економії в результаті високої продуктивності праці. Стимулююча функція полягає в зацікавленості працівників у зниженні втрат робочого часу, підвищенні ефективності і якості виконуваної роботи. Можливі два варіанти заохочення працівників за зекономлений робочий час.

Перший – матеріальний, другий – фактор вільного часу. У першому випадку працівник одержує колективну премію за зниження витрат на оплату праці у вартості готової продукції. В другому випадку зекономлений робочий час приєднується до відпустки, наданій у зручний для працівника вільний час.

На сьогодні у світовій практиці набуває розвитку нова концепція соціальної політики, що називається кафетерійною. Її суть полягає в тому, що підприємство надає своєму співробітникові певний кошик соціальних пільг на визначену суму, з якого він може самостійно вибрати ті або інші соціальні пільги в межах існуючого бюджету, тобто скласти для себе так зване “соціальне меню”.

Таким чином, ринкова організація стимулювання ефективності і якості праці в умовах суб’єктів господарювання ОТГ не повинна обмежуватися тільки заходами матеріальної винагороди, а враховувати й соціальні фактори, забезпечувати зацікавленість працівника в успіху організації. Застосування гнучких соціальних пільг і компенсацій – один з дієвих механізмів стимулювання працівників, що має набувати все більшого застосування з розвитком соціально орієнтованої ринкової економіки.

### **3.2. Визначення стратегії розвитку інформаційно-комунікативного забезпечення медичного обслуговування у контексті соціогуманітарного розвитку ОТГ**

Посилення стабілізаційних процесів у країні неминуче поставить проблеми управління інформаційно-комунікативного забезпечення охорони здоров'я в контексті соціогуманітарним розвитком в умовах промислового підприємства чи іншого суб’єкта господарювання ОТГ у ряд пріоритетних. Про це свідчить досвід економічно розвинутих країн світу.

Соціогуманітарними процесами у виробничих підприємствах необхідно керувати, цим цілям служить планування соціального розвитку території чи колективів промислових підприємств. Необхідно зазначити, що соціально-економічна нестабільність у суспільстві, характерна для України за весь період державної незалежності. Боротьба підприємств за виживання в новому ринковому середовищі відсунули питання планування соціального

розвитку на підприємствах на другий план. Проте це не означає, що необхідність такої роботи втратила свою актуальність.

Соціогуманітарному плануванню на підприємстві, в умовах ОТГ, має передувати комплексне соціологічне дослідження колективу, метою якого може бути вивчення соціальної структури працівників, виявлення її слабких ланок і напрямів удосконалення. Вивченню підлягають питання ставлення людей до праці, фактори привабливості й непривабливості праці на підприємстві в цілому й у кожному його підрозділі зокрема.

Особливу увагу необхідно приділяти: вивченню ступеня змістовності праці, її умов і рівня оплати, плинності кадрів, дисципліни праці, ціннісних орієнтацій у колективі. Соціологічне дослідження завершується розробкою науково обґрунтованих рекомендацій щодо зміни соціальних параметрів трудового колективу, а також конкретних пропозицій стосовно різних напрямів роботи в колективі підприємства. Подібні рекомендації і пропозиції стають основою соціального планування на поточний період (рік) і перспективу (3-5 років і більше).

Соціальне планування – це система методів і засобів планомірного управління розвитком суб'єктів господарювання чи трудового колективу ОТГ як соціальної спільності, цілеспрямоване регулювання соціальних процесів і розвитку соціальних відносин на рівні колективів.



***Довідково:** Дієвими формами оздоровчої роботи в умовах ОТГ є єдині комплексні плани. Вони (для окремих об'єктів або для адміністративної території) направлені на проведення комплексних заходів силами не лише медичних працівників (лікувального і гігієнічного профілю), але і фахівців технічних, адміністративних, профспілкових, фінансових, юридичних і інших підрозділів і відомств. На основі аналізу медико-демографічної, епідемічної і екологічної ситуації, оцінки санітарного стану і здоров'я різних груп населення і рівня технічного забезпечення плануються заходи з вказівкою термінів виконання і відповідальних. Складання комплексних планів організовується лікарями-фахівцями (керівником комітету з охорони здоров'я і головним державним санітарним лікарем території),*

*стверджують їх керівники адміністрації території. Після затвердження план набуває форми документа обов'язкового для всіх виконавців. На окремих виробничих об'єктах комплексні плани складають головні лікарі медико-санітарних частин, цехові терапевти, санітарні лікарі по гігієні праці. Затверджує їх директор об'єкту. Комплексний план включає такі заходи, як організаційні санітарно-технічні, санітарно-гігієнічні, лікувально-профілактичні, матеріально-фінансового забезпечення і т.п.*

До складання плану соціального розвитку колективу доцільно розробляти, так звані, соціальні паспорти підприємств. Соціальний паспорт підприємства являє собою сукупність показників, що відображають стан і перспективу соціального розвитку. У ньому характеризуються: соціальна структура колективу підприємства, його функції, умови праці, забезпеченість працівників житлом, дитячими дошкільними установами, підрозділами соціальної інфраструктури на самому підприємстві.

У соціальному паспорті відображаються внутрішні колективні відносини, соціальна активність працівників та інші питання. Дані із соціального паспорта використовуються при розробці плану соціального розвитку. На додаток до планів соціального розвитку можуть розроблятися спеціалізовані соціальні програми, такі, наприклад, як “Здоров'я”, “Жіноча праця”, “Молодь”, “Житло”, “Умови праці” та ін. Планування соціального розвитку трудових колективів забезпечує зростання соціальної ефективності, що поряд з економічною ефективністю є найважливішою передумовою й умовою благополуччя підприємства і його працівників.

План соціального розвитку – сукупність науково обґрунтованих заходів, завдань, показників по всьому комплексу соціальних проблем, реалізація яких сприяє найбільш ефективному функціонуванню трудового колективу. У центрі їх не вироблена продукція, а людина як виробник і споживач, як соціально активна особистість.

У плануванні соціального розвитку трудових колективів, в умовах ОТГ, особливе значення має визначення цілей і завдань розроблюваних планів. Для правильного їх формування важливо врахувати взаємозв'язок соціального й економічного розвитку колективу, що виявляється в тому, що досягнення соціальних цілей

ґрунтується на економічному зростанні: колектив може ставити тільки ті соціальні завдання, для вирішення яких створена матеріальна база. Економічний розвиток залежить від ефективного використання соціальних факторів, переорієнтації виробництва на споживача, успішності подолання хронічної несприйнятливості до НТП, від повного й усебічного використання людських можливостей.

В умовах підвищення організації медичного обслуговування ОТГ має місце використання програмування.

Управлінські рішення, що приймаються на основі обробки та аналізу інформації, різноманітні - від усних розпоряджень до цільових комплексних програм, що визначають стратегію і тактику розвитку охорони здоров'я. Розробка та організація виконання програм є важливою проблемою управління.

Під програмно-цільовим плануванням в наших умовах слід розуміти сукупність методів розробки плану, що реалізує логіку планування від мети (цілі). Окреслюється проблема, чітко визначається її кінцева мета, навколо якої створюється планова програма вирішення. При цьому забезпечується система планових заходів, здатних призвести до втілення мети, та відповідних ресурсів.

Програма є втіленням комплексності в плануванні.

Ця її основна риса містить в собі величезну перевагу, яка дозволяє в кожному конкретному випадку вирішити принаймні два основних завдання: по-перше, здолати вузькофахові інтереси, применшити децентралістські тенденції; по-друге, ліквідувати нерівномірність розвитку окремих складових або підрозділів, що заангажовані програмою.

При цьому розподіл ресурсів між окремими складовими здійснюється згідно того вкладу, який вони вносять в реалізацію програми.

Отже, програма – це комплекс взаємопов'язаних завдань та адресних заходів соціального, економічного, наукового, матеріально-технічного, організаційного характеру, що об'єднані єдиною метою та строками виконання, і спрямовані на вирішення цих завдань та заходів із визначенням необхідних для цього ресурсів та їх джерел.

Загальними рисами усіх програм в галузі охорони здоров'я, незалежно від їх змісту та обсягу, є:

- спрямованість на мету або кінцевий результат;
- підпорядкування усіх заходів та дій, що здійснюються в рамках

програми, цьому кінцевому результату або меті;

- наявність в програмі системи показників, що мають кількісне і якісне визначення, оскільки не всі кінцеві результати можуть бути визначені числом;

- об'єднання під спільним керівництвом та управлінням усіх закладів і виконавців, незалежно від їхньої приналежності, від початку і до закінчення здійснення програми;

- чіткий розподіл прав, обов'язків і відповідальності між закладами, виконавцями та орієнтація їх на результат кінцевий та результати проміжні;

- сувора координація та взаємозв'язок функцій окремих ланок як по вертикалі, так і по горизонталі;

- узгодження програм з планами або іншими програмами, якщо вони в чомусь перетинаються;

- гнучка система управління, що максимально відповідає особливостям програми та наближена до виконавців.

Цільові комплексні програми в галузі охорони здоров'я можна класифікувати по строках виконання: довготривалі (7-10 років), короткотривалі (1-2 роки) та проміжні (3-6 років) та по значимості, що передбачають в системі охорони здоров'я суттєві зрушення, часткові зрушення та вдосконалення. З огляду на потреби практики їх доцільно поділяти згідно предметно-змістовних ознак:

- програми організаційні, що спрямовані на розвиток охорони здоров'я загалом або окремих її підсистем чи підрозділів, наприклад, амбулаторної чи стаціонарної допомоги, диспансеризації населення, охорони здоров'я жінок та дітей, створені спеціалізованих служб, тощо;

- програми управлінські, спрямовані на розвиток системи управління загалом або її окремих підсистем чи елементів, наприклад, впровадження сучасної обчислювальної техніки, системи контролю за виконанням управлінських рішень, тощо;

- програми розвитку окремих медичних закладів.

Програмно-цільове планування містить такі стадії:

- пізнавальну або інформаційну – це вивчення ситуації, визначення сьогоdnішнього і, по можливості, майбутнього стану системи, виявлення проблем, ресурсів та перспектив;

- цільову – визначення головної цілі, її розмежування на підцілі, побудова т. з. «дерева цілей»;



– стратегічну – вироблення стратегії реалізації цілі, розробка і окреслення заходів, засобів та шляхів досягнення стратегії і кінцевому підсумку мети (цілі);

– організаційну – створення системи або сукупності організацій, що необхідні для реалізації програми з підсистемою управління;

– реалізаційно-практичну – здійснення програми система відповідних організацій;

– підсумкову – підведення результатів виконання програм. Приступаючи до створення цільових комплексних програм.

Приступаючи до створення цільових комплексних програм, необхідно спочатку визначити відповідність існуючої структури управління та організації медичної допомоги програмно-цільовим засадам планування. Для цього необхідно:

– вивчити зміст програмно-цільового планування та досвід його реалізації не лише в галузі охорони здоров'я, а й в інших галузях народного господарства;

– дослідити організаційну структуру системи, яку передбачається вдосконалити, та можливий варіант застосування програмно-цільового планування.

При цьому слід вивчити права, обов'язки, основні функції та порядок прийняття рішень, що склались в різних підсистемах системи та в її окремих компонентах; визначити характер управління, зокрема питання узгодження діяльності окремих компонентів системи, нормативні затрати робочого часу на виконання різноманітних функцій і встановити особливості системи, що мають бути враховані при складанні програми; вивчити попередній та сусідній досвіди щодо вдосконалення існуючої системи планування та управління.

Слід наголосити, що достовірність та аргументованість пропозицій щодо реалізації програмно-цільового планування зростатимуть, якщо будуть використані кількісні оцінки ефективності організаційних заходів, що торкаються планування та управління.

Стержнем або ядром програми виступає мета, для досягнення якої обґрунтовується комплекс різноманітних заходів, що й складає основу програми або її зміст. Єдина мета програми розгортається в сукупність завдань, що реалізуються конкретними виконавцями за відповідного ресурсного забезпечення. Ця взаємопов'язаність і складає сутність програми.

Якщо характеризувати структуру програми, то в ній слід



виокремити чотири основні підрозділи або блоки:

1. Цільовий (сюди належать ціль, завдання, вихідні дані, наукове обґрунтування програми);
2. Структурний або заходи реалізації програми;
3. Ресурсний, що включає детальну розробку ресурсів, необхідних для здійснення програми;
4. Плановий, що включає основні дані програми у вигляді систем планових показників, виконавців окремих заходів, строків виконання. В плановій розробці досягається сполучення та поєднання програми з планом. Програма являє собою плановий документ і реалізується через план.

Цільова установка – концепція програми. Після попереднього аналізу висхідних даних та прогнозування з допомогою відповідних наукових методів встановлюється цільова структура або ієрархія (дерево) цілей, в якій головна ціль поступово деталізується, досягаючи завдань, що можуть мати чітке кількісне визначення.

Розробка системи цілей, що у підсумку призводить до встановлення їхньої ієрархії, повинна задовольняти основним вимогам системного аналізу. До них, в першу чергу, належать:

- основа цільового дерева зумовлюється моделлю системи, що розглядається;
- число гілок, що виникає з кожного чергового розгалуження дерева, визначається числом елементів відповідної моделі;
- вірогідні моделі варто спочатку впорядковувати згідно ступеню їх елементарності і починати розчленування, застосовуючи найпростіші з них;
- цілі нижчого рівня мають бути підпорядковані цілям більш високого рівня, складатись з їхніх елементів, що забезпечує їхнє досягнення;
- на кожному рівні мають розміщуватися цілі, що узгоджуються своїми масштабами та значимістю;
- визначення цілей повинно забезпечити можливість оцінки їхнього досягнення в кількісній або порядковій формі («більше менше», «краще-гірше»).

Разом з тим слід пам'ятати, що одне і теж саме завдання може опинитись на різних гілках цільового дерева, внаслідок чого в ньому може існувати декілька однотипних вторинних, третинних та інших відгалужень. Якщо об'єднати однакові завдання, що «обслуговують»

різні цілі вищого рівня, то дерево цілей змінить свій класичний вигляд, оскільки в ньому з'являться гілки, що переплітаються. Крім того, окремі гілки дерева можуть мати різну «довжину», бо не всі цілі вищого рівня можуть бути однаково представлені завданнями на нижчих рівнях ієрархії.

В міру деталізації цілей зростає ступінь їх кількісного визначення, яка врешті може характеризуватись якимось одним показником. Проте в охороні здоров'я не всі цілі можуть бути кількісно обміряні, як і чітко встановлена їхня пріоритетність та рівень значимості. Ця та деякі інші методичні проблем структуризації цілей досі не отримали загального теоретичного обґрунтування, тому вони повинні вирішуватись в процесі практичної реалізації програм. Нерідко цільова розробка спирається на вивчення закономірностей розвитку, інтуїцію, евристичні підходи та прийоми.

Проте важливо, щоб цільова орієнтація програми розроблялась працівниками, що уособлюють інтегративні функції в охороні здоров'я. Йдеться передовсім про співробітників оргметодкабінетів та оргметодвідділів, фахівців із соціальної медицини, управління та економіки охорони здоров'я. Це дозволить не лише об'єктивно відобразити інтереси споживачів конкретної програми, а й забезпечить узгодження цілей різних програм та їхню можливу взаємодію. Принаймні працівник в галузі соціальної медицини та управління охороною здоров'я має очолити групу, що займається розробкою та реалізацією цільової програми. Крім того, в групі обов'язково мають бути представлені фахівці з планування, економісти, математики та фахівці з проблеми, що розробляється. Чисельність групи залежить від обсягу робіт та рівня програми.

Основу структурної розробки програми складає перелік та зміст заходів щодо її здійснення. Варто використовувати сітьові моделі реалізації заходів. Заходи можуть бути спрямовані як на суттєву перебудову існуючої системи, так і на її поступову модернізацію. Заходи організаційного характеру орієнтуються на вдосконалення організаційних форм і методів управління, моделювання процесів управління, підготовку і прийняття рішень із широким застосуванням електронно-обчислювальної техніки. Не виключено створення нових закладів, необхідних для безпосереднього здійснення програми.

Покликання ресурсної розробки полягає у визначенні видів та обсягу ресурсів, необхідних для реалізації структурної частини

програми. При цьому ресурсна розробка має сильний зворотній вплив на розробку структурну.

В плановому розділі програми вказуються строки виконання заходів та склад виконавців.

Нерідко замість побудови «чистої» ієрархії цілей, заходів та ресурсів здійснюється комплекс операцій, які створюють ланцюг: цілі-заходи-ресурси, тобто зразу створюється сукупне програмне дерево.



*Довідково:* Дерево цілей поступово об'єднує дерево заходів та дерево ресурсів. Для прикладу наводиться схема послідовного розгортання елементів програми переходу до медичного страхування в сільському районі, яка доведена до цілей, заходів і ресурсів четвертого рівня.

*1.0.0 Поліпшення здоров'я людей; підвищення якості та ефективності медичної допомоги – головна мета.*

*2.0.0 Розробка концепції та програми медичного страхування мешканців району.*

*3.0.0 Встановлення нормативів медичного страхування мешканців району.*

*1.1.0 Роз'яснення ідей медичного страхування на підприємствах, установах, організаціях та серед громадян.*

*1.2.0 Вдосконалення оплати праці медичних працівників у відповідності з якістю та ефективністю допомоги.*

*1.3.0 Розробка економіко-математичних моделей обґрунтування суми страхових внесків.*

*2.1.0 Встановлення обсягу та стандартів медичної допомоги, згідно обов'язкового медичного страхування.*

*2.2.0 Встановлення обсягу та стандартів медичної допомоги: згідно добровільного медичного страхування.*

*3.1.0 Розробка та впровадження механізму медичного страхування на підприємствах, установах та організаціях.*

*3.2.0 Розрахунок вартості медичних послуг.*

*3.3.0 Розвиток конкурентних (приватних, громадських) форм медичної допомоги.*

*3.4.0 Вдосконалення системи інформаційного забезпечення управління здоров'ям та охороною здоров'я населення району в умовах медичного страхування.*

*1.2.1 Розробка та впровадження економіко-математичних моделей для оцінки якості та ефективності праці медичних працівників.*

*1.2.2 Вдосконалення знань медпрацівників з питань економіки охорони здоров'я та медичної статистики.*

*2.1(2).1 Вдосконалення структури лікувально-профілактичних закладів з врахуванням вимог доступності та вартості медичних послуг.*

*2.1(2).2 Щорічний перегляд штатного організаційного розкладу та ланок допомоги згідно попиту на медичну допомогу та результатів роботи.*

*3.3.1 Щорічний перегляд вартості медичних послуг.*

*3.4.1 Внесення необхідних змін в облікову медичну документацію.*

*3.4.2 Розробка алгоритмів та програм машинної обробки інформації.*

На всіх стадіях розробки програми, починаючи від первинного аналізу і закінчуючи прогнозами, а також на всіх стадіях впровадження, експлуатації та вивчення її результатів виключне значення має наукове забезпечення. Бажано, щоб те наукове забезпечення ґрунтувалось на матеріалі, тісно пов'язаному з місцем та особливостями конкретної програми, хоча зовсім не виключається широке використання різноманітних наукових джерел та передового досвіду. Все це має використовуватись для обґрунтування критеріїв програми, пошуку оптимальних організаційних рішень, розрахунку ресурсних витрат, інформаційного забезпечення у вигляді інформації статистичного та нормативного характеру.

Найбільш виразно наукове забезпечення програми виявляється в розробці багатоваріантних планових рішень, оцінці та відборі найоптимальніших з них.

Гарні результати може дати застосування організаційного експерименту на базі типового медичного закладу. Якщо заклад для експерименту підібрано вдало, використовується той заклад неодноразово, вага результатів значно посилюється. Після перевірки в умовах експерименту програма може бути розповсюджена в більш широкому просторі.

Для забезпечення програми потрібна не лише власне інформація, а й організаційні та технічні засоби її збору, обробки, передачі та

використання. Тому не випадково інформація відноситься до ресурсів програми.

Розробка програми завершується складанням програмної документації. Типовий склад документації не регламентований, в кожному конкретному випадку її склад формується у висхідному завданні.

Однак документація повинна мати титульну сторінку, пояснювальну записку та додатки. У пояснювальній записці наводяться мета, програмне дерево з детальною аргументацією, економічними розрахунками та прогнозами. Наводяться результати системного аналізу з характеристикою методів та засобів його проведення, обґрунтування проблем, рівень досягнень та тенденцій розвитку найбільш перспективних напрямів, наводяться також детальні розрахунки ресурсного забезпечення заходів.

В плановому розділі програми вміщується поетапний перелік заходів, очікувані результати, критерії їхньої оцінки, форми документації, терміни, відповідальні організації та особи. Періодично аналізується хід виконання програми. При цьому встановлюються відхилення від запланованих термінів, вносяться корективи, приймаються оперативні заходи щодо здійснення програми.

Проблеми розвитку охорони здоров'я в Україні, необхідність її докорінної реорганізації зумовлюють потребу розробки та реалізації таких цільових комплексних програм: «Охорона здоров'я та медико профілактичне обслуговування трудових колективів в умовах промислових підприємств», тощо.

За останні шість років загальні витрати держави на охорону здоров'я збільшилися в чотири рази. Але чи дало це нам хоча б відчутне “кількісне” покращення, не кажучи вже про якісне? Тому сьогодні головне – це зміна концептуальних підходів до функціональної медицини, які у нас, на жаль, залишаються ще досі радянськими. І насамперед зміна схеми використання наявних коштів і ресурсів медичної інфраструктури. Які дії були б адекватною відповіддю на комплекс проблем, що склалися в медицині?

По-перше, це кардинальна зміна співвідношень складових медицини. І справа не тільки в пріоритеті профілактики над лікуванням. В нашій медицині існує колосальний перекис функцій різних її складових порівняно із західними системами. Так, 80 % громадян в Україні передовсім звертаються по допомогу до

стаціонарних лікувальних закладів – тобто клінік, близько 15 відсотків – до закладів спеціального амбулаторного лікування і лише 5 % – до поліклінік, які в західних системах є саме первиною ланкою медицини, де 90 відсотків проблем вирішуються саме на первинному рівні.

У результаті ми маємо не тільки перевантаження однієї ланки і неефективне використання іншої, а цілком неефективну систему охорони здоров'я. Клініки переповнені людьми, більша частина яких могла б лікуватися амбулаторно. На Заході лікування в стаціонарних клініках – це справді тяжкі випадки, коли іншого виходу не має. Основне ж навантаження на себе бере первина ланка – поліклініки і сімейні лікарі.

По-друге, перегляду потребує схема фінансування медицини. Бо вона побудована відповідно до наведеного розподілу функцій. Через це наші стаціонари перетворюються на чорну бюджетну діру, яку в міру можливостей латає кожен уряд шляхом збільшення видатків. Але не тільки в фінансах справа. Комплексні зміни вже перезріли в системі медичної освіти. Держава витрачає величезні кошти на підготовку незатребуваних фахівців. Водночас є об'єктивний дефіцит тих лікарів, які дійсно потрібно. В цій сфері необхідний кардинальний перегляд структури освіти, зміни акцентів на пріоритетних спеціалізація. Нагальна потреба – це запровадження потужної системи сімейних лікарів, і саме на це має поступово переорієнтуватися і освіта, і фінансування.

По-третє, ключовим моментом реформи має стати децентралізація медичної системи. Тобто завдання фінансувати і контролювати надання послуг у сфері охорони здоров'я покладається на місцеві (обласні, районні, міські) ради. Саме вони мають бути основними суб'єктами проведення соціальної політики держави з досить широкими повноваженнями в галузі медичного забезпечення.

Існують колосальні вади у відносинах власне органів влади та медичних закладів. В наших умовах – це повна залежність медиків від органів влади, регламентоване “зверху” використання коштів. Поліклініка не може визначати скільки коштів в поточному місяці витратити на оплату праці персоналу, а скільки, наприклад, – на закупку додаткових обсягів медикаментів.

У західних країнах існує інший підхід – держава виступає як “замовник послуг”, муніципальні медичні заклади – виконавці

замовлення. Тобто вони працюють в рамках певного контракту, маючи серйозний рівень самостійності. Держава в свою чергу забезпечує систему матеріальної мотивації та бонусів для персоналу. Такі “бізнес-відносини” вже вимагають запровадження системи кваліфікованого менеджменту в державній медицині. А персонал в свою чергу має і матеріальну зацікавленість в тому, щоб обслуговування пацієнтів було якісним. І це вже питання фінансової і управлінської автономії медичних закладів, вирішення якого також потребує радикальних реформ.

Цивілізована практика свідчить, що основним шляхом адаптації бюджетної моделі охорони здоров'я до умов ринкової економіки є інститут медичного страхування. Модель загального медичного страхування, яка передбачатиме певний обсяг стандартних послуг для кожного, вже давно перетворилась на звичайну практику всіх цивілізованих країн. Проте, запроваджуючи систему медичного страхування в Україні, потрібно чітко визначити його спрямованість. Якою б сильною не була спокуса перетворити його на комерційну діяльність, медичне страхування не може розглядатися як один з напрямків бізнесу, що має на меті отримання прибутку. Здоров'я нації – сфера прямої соціальної відповідальності держави. Тобто ініціативи на кшталт запровадження цивільно-правових відносин на комерційній основі між громадянином та медичною організацією, беручи до уваги сьогоднішні наші реалії, є, м'яко кажучи, передчасними.

Вітчизняна система медичного страхування повинна будуватися на засадах соціальної ідеології сутність якої полягає у тому, що доступ людини до медичних послуг не повинен ставитися в залежність від рівня її доходів, її внеску в суспільний добробут. Запропонований підхід в жодному разі не заперечує створення фондів добровільного медичного страхування та приватного сектора, проте, як свідчить практика, зацікавленими в такій моделі є максимум 10-15 відсотків громадян з найвищим рівнем доходів.

Йдеться про диверсифікований підхід, оскільки відносини між державою в особі замовника медичних послуг і системою закладів охорони здоров'я як постачальника таких послуг розвиваються за принципами комерційної діяльності. Тобто свідомо створюються умови, коли медичні заклади (страховики) конкурують за отримання замовлень з боку держави (страхувальника), а не за залучення конкретної людини. Водночас відносини громадянина і держави



здійснюються відповідно до принципів солідарності і справедливості. Така модель дає змогу кожному з суб'єктів реалізувати свої нагальні завдання. Лікувальні заклади перетворюються на підприємства, які виконують замовлення держави на надання медичних послуг і керуються мотивацією збільшення спектру цих послуг і підвищення їх якості. Держава, оскільки фінансує систему обов'язкового страхування в повному обсязі, отримує можливість не тільки повністю контролювати цей процес, а й вирішувати стратегічні завдання із забезпечення охорони нації.

І, що найголовніше, пацієнти отримують нормальний рівень медичних послуг. Кожен, незалежно від віку та рівня доходів, маючи страховий поліс, може звернутися по лікарську допомогу, оскільки послуги лікарів, витрати на медикаменти і обладнання сплачуються державою за визначеними тарифами.

Зміна моделі фінансування та функціонування складових медичної сфери, децентралізація системи, запровадження контрактних відносин між державою і медиками і створення системи медичного страхування мають бути основними моментами медичної реформи.

Свободи медичних закладів від дріб'язкової регламентації та бюрократії, рівності громадян у доступі до якісних медичних послуг (незалежно від рівня статків), справедливості в оплаті праці медперсоналу і солідарності держави і громадянина в забезпеченні здоров'я нації.

Враховуючи усе вище сказане, система охорони здоров'я у перспективі повинна використовувати маркетинг та інформаційне забезпечення.

Реформування системи охорони здоров'я, спричинить зміну ринку продавця на ринок покупця в галузі охорони здоров'я. В результаті появи ринку покупця установи охорони здоров'я вимушені здійснювати маркетингові дослідження, налагоджувати зв'язки з громадськістю, проводити акції просування своїх послуг. Зростання конкуренції в даному випадку обумовлює широке використання маркетингу.

У даних умовах підприємства зацікавлені як у залученні додаткових пацієнтів, що передбачає пропозицію високоякісних послуг, роботу висококваліфікованого персоналу, так і у формуванні позитивного іміджу підприємства, що створює додаткову соціальну



значущість.

Науковий прогрес у сфері медичних послуг, поява більш досконалих методів лікування, які не вимагають складних хірургічних операцій, тривалого перебування в стаціонарі, призвели до скорочення вартості даних послуг, зумовили зростання попиту на медичні послуги профілактичного, косметологічного характеру, появу нових лікувально-профілактичних установ. В цілому медичні послуги стали доступніші як у ціновому плані, так і з погляду інформаційної і територіальної доступності.

Збільшення кількості медичних установ спричинене зростанням попиту на їх послуги, а отже їх рентабельністю, що передбачає вільний вибір послуг споживачем, у зв'язку з чим клієнтами пред'являються вищі вимоги до якості послуг і обслуговування. Установи охорони здоров'я використовують інструменти маркетингу з метою розуміння потреб споживачів не тільки щодо лікування, але й обслуговування, розробки конкурентоспроможної стратегії розвитку установи.

Швидкі темпи НТП в медицині визначають малу тривалість життєвого циклу послуги, яка постійно удосконалюється або замінюється новою. У даних умовах обмежений потенціал реклами окремих послуг – конкуренція ґрунтується на “бренді” лікувально-профілактичної установи, тобто його іміджі та репутації. Установи охорони здоров'я, застосовуючи маркетинг формують свою конкурентну позицію, яка базується на репутації підприємства, що вимагає конкурентоспроможності всіх послуг. У даному контексті кількісне зростання попиту на медичні послуги не призводить до перевищення попиту над пропозицією. Головними чинниками конкурентоспроможності стають нецінові чинники, аспекти якості і немедичного сервісу. Певні види послуг можуть бути просунуті на ринок тільки за допомогою маркетингу. В даному випадку традиційні рекламні акції не зможуть забезпечити досягнення запланованих результатів.

Використання маркетингу актуальне також для державних органів управління охороною здоров'я. Метою є пропагандистська і просвітницька робота з населенням, оскільки необхідно не тільки привернути його увагу до власного здоров'я, але й стимулювати за допомогою програм ознайомлення з новими видами лікування, препаратами. Крім цього, за допомогою маркетингу забезпечується

підтримка реформ охорони здоров'я, зокрема їх фінансові й інформаційні аспекти. За допомогою маркетингу здійснюються акції, спрямовані на захист прав споживача медичних послуг, його прав на поінформованість і гарантію якості, встановлення відповідальності медичних працівників, обізнаність щодо медичних і правових аспектів діяльності лікувальних профілактичних установ, аптек тощо.

Таким чином, проведений аналіз дав змогу визначити рівні можливого застосування маркетингу в галузі охорони здоров'я:

1) державний рівень, де встановлюються стратегічні цілі розвитку держави і суспільства, формується політика розвитку системи охорони здоров'я, визначаються пріоритетні проблеми і шляхи їх вирішення тощо. Маркетинг використовується як для дослідження споживачів послуг охорони здоров'я, зокрема їх ставлення до охорони здоров'я, потреб суспільства, так і для забезпечення суспільної підтримки реформ охорони здоров'я;

2) рівень регіональних органів державного управління, де доповнюється, конкретизується і адаптується до місцевих умов національна політика, розробляються додаткові територіальні програми і заходи, присвячені вирішенню специфічних медичних проблем, уточнюється нормативна база охорони здоров'я, удосконалюється система забезпечення населення фармацевтичними препаратами, специфічними медичними послугами;

3) рівень лікувально-профілактичних установ, де здійснюється безпосередня робота зі споживачами, зокрема щодо вивчення їхніх уподобань, виявлення тенденцій зміни попиту.

При цьому об'єктом обміну, що створює можливості для застосування маркетингу, є медична послуга і/або послуга аптечних установ, яка надається підприємством незалежно від організаційно-правової форми. Відповідно, суб'єктами пропозиції стають державні органи управління, комерційні і некомерційні підприємства охорони здоров'я та їх об'єднання. Споживачами є громадяни і суспільство в цілому.

Однією з важливих функцій інформаційно-комунікаційного забезпечення функціонування лікувально-профілактичних установ є поширення інформації про саму установу та пропоновані нею медичні послуги.

Існують такі проблеми в інформаційному забезпеченні маркетингових підходів у досліджуваній галузі:

1) не сформованість належної системи методичного, нормативного та інформаційного забезпечення управління лікувально-профілактичних установ;

2) на неналежному рівні діють методи і засоби збору, передачі, обробки, накопичення і передавання даних про розвиток охорони здоров'я на регіональному, міжрегіональному та міждержавному рівнях.

З метою покращення обміну інформацією між лікувально-профілактичних установ та міськими, районними й обласними відділами охорони здоров'я виникає потреба щодо створення єдиної комп'ютерної інформаційно-аналітичної мережі, яка б діяла з найнижчої структурної одиниці — відділення лікувально-профілактичних установ до найвищої інстанції — міністерства охорони здоров'я. Комп'ютери в кожному відділенні лікувально-профілактичних установ повинні бути підключені до мережі Інтернет. Це створить нові можливості для лікарів:

1) пошук необхідної інформації щодо певних хвороб (клінічних симптомів, досвіду інших фахівців в лікуванні) за найкоротший термін;

2) пошук необхідної інформації про медикаменти, які використовуються у лікуванні певних хвороб, наявність нових медичних препаратів, їх анотації щодо хімічного складу, показань, протипоказань, дозування тощо;

3) через електронну пошту можна отримати кваліфіковану пораду та інформацію від спеціалістів інших відділень однієї лікувально-профілактичних установ, так і від інших, більш досвідчених колег будь-якої іншої лікувально-профілактичних установ щодо певної хвороби;

4) через комп'ютерну мережу буде існувати безпосередній зв'язок з місцевими та регіональними органами управління охорони здоров'я;

5) у комп'ютерах буде накопичуватися інформація про тяжкі хвороби, а також хвороби, перебіг яких відбувається з нехарактерними клінічними проявами, що дасть змогу в майбутньому без звернення в архів за історією хвороби переглянути подібні випадки та порівняти їх з іншими подібними хворими та методами їх лікування.

Доступ до комп'ютерної мережі повинен мати завідувач відділення, черговий лікар та старша медична сестра.

Все вище сказане можна змоделювати таким чином: хворий поступив у реанімаційне відділення лікарні в тяжкому стані. Після клінічного обстеження та визначення діагнозу лікар повинен призначити лікування. Оскільки можуть бути нехарактерні прояви клінічних симптомів, то лікар має змогу в мережі. Інтернет здійснити пошук опису всіх відомих симптомів при перебігу цієї хвороби. Також лікар може звернутися до колег з обласної лікувально-профілактичних установ чи до медичної установи за межами області.

Оскільки лікар не завжди встигає слідкувати за новими медичними препаратами, то, звернувшись до Інтернет, він отримує необхідну інформацію про певні ліки та інструкцію щодо їх використання. Також за допомогою комп'ютера лікар може зв'язатися з аптечними установами свого міста чи регіону та дізнатися про місцезнаходження і ціни медичного препарату, який йому потрібен.

Під час виникнення в лікарні неординарної чи надзвичайної ситуації, яка згідно з інструкцією повинна бути доведена до відома місцевих чи регіональних керівних органів охорони здоров'я, за наявності комп'ютерної інформаційно-аналітичної мережі черговий лікар зв'язується з керівництвом лікувально-профілактичних установ, яка передає інформацію далі до відповідних органів.

У пам'яті комп'ютера буде зберігатися вся необхідна інформація з історії хвороби та її лікування, що дасть змогу в подальшому при повторному надходженні в лікувально-профілактичних установ хронічного хворого за незначний проміжок часу отримати інформацію про попереднє його перебування в цьому лікувальному закладі. Якщо хворий минулого разу був в іншій лікарні, то завдяки комп'ютерній інформаційно-аналітичній мережі можна отримати інформацію від колег.

Виробничі колективи покликані виробляти матеріальні блага, але це не самоціль, а засіб створення працівникам сприятливих умов для роботи, навчання, відпочинку, розвитку і найкращого застосування своїх здібностей. Отже, мета планування соціального розвитку трудових колективів полягає в максимальному використанні можливостей і умов для всебічного розвитку соціальної активності особистості людини.

Досягненню цієї мети буде сприяти вирішення таких завдань:

– максимальне задоволення розумних потреб членів колективу, підвищення змістовності праці, створення сприятливих умов праці,

навчання і відпочинку, що є результатом здійснення технологічних, технічних і організаційних заходів;

– виховання особистості в колективі, формування в нього ініціативного ставлення до праці, удосконалювання взаємин у колективі.

При розробці плану соціального розвитку виробничого колективу важливо не тільки визначити чіткі параметри: показники і терміни кожного заходу, темпи і пропорції, а й передбачити обмеження небажаних тенденцій, стимулювати соціально прогресивні. З цією метою використовується ціла система важелів і стимулів (престижність професії і місце роботи, традиції підприємства і т. д.).

Показники соціального розвитку колективів визначаються головним чином самими колективами, виходячи з можливостей в інтересах розвитку і підвищення ефективності його діяльності. На основі плану соціального розвитку колективу організується діяльність колективу з вирішення запланованих соціальних завдань. Розробка плану соціального розвитку колективу включає чотири етапи (табл. 3.1).

*Таблиця 3.1*

**Алгоритм планування соціогуманітарного розвитку ОТГ, його інфраструктури та інформаційно-комунікаційного забезпечення**

Етапи планування	Види виконуваних робіт, плановані показники
1. Підготовчий	Уточнення структури плану, складання графіка розробки плану, розробка форм робочої документації, розподіл функціональних обов'язків між виконавцями
2. Аналітичний	Підведення підсумків виконання попередніх планів соціального розвитку, дослідження соціальної структури колективу, умов праці і відпочинку працівників, рівня оплати праці, проведення соціологічних досліджень
3. Розрахунковий	Визначення планових показників, що характеризують рівень реальних доходів і майнової забезпеченості працівників, соціальної захищеності, споживання матеріальних благ, культурних і побутових послуг, житлові умови членів трудового колективу, умов праці, ступінь задоволення потреб працівників підприємства у сферах фізичного, духовного і соціального розвитку, стан здоров'я і тривалість життя працівників, рівень суспільно-правових гарантій, що мають працівники підприємства
4. Контрольний	Розробка системи контролю за реалізацією плану соціального розвитку, що включає сформовану на підприємстві систему обліку, контролю і звітності

На підготовчому етапі приймається рішення про розробку плану соціального розвитку, формуються робочі групи, укладаються договори з організаціями, залученими до розробки плану, уточнюється структура плану, складаються календарні графіки виконання робіт, визначаються програма і методи проведення досліджень, виходячи з конкретних виробничих умов; розробляються форми робочої документації, зміст робіт і розподіляються функції між виконавцями (творчими бригадами); проводяться інструктаж та інформування колективу. На аналітичному етапі визначається ступінь виконання попереднього плану соціального розвитку, вивчається соціальна структура, умови праці, побуту і відпочинку, рівень заробітної плати тощо. Зібрані матеріали порівнюються з нормативними даними, досягненнями передового досвіду науки і техніки, що сприяє науковому обґрунтуванню плану. Збирається первинна соціальна інформація, проводяться конкретні соціологічні дослідження. Результати роботи цього етапу (виявлені загальні тенденції, закономірності) оформляються аналітичною запискою. На розрахунковому етапі проектуються заходи, пропозиції і рекомендації, визначаються показники соціального розвитку колективу, що повинні бути конкретними й реально здійсненими. Складається первісний варіант (проект) плану по розділах, визначається економічна і соціальна ефективність пропонованих заходів. Ці заходи узгоджуються з функціональними службами і передаються в робочу групу, що формує зведений проект плану. Останній узгоджується з головними фахівцями підприємства і керівником підприємства. Хід реалізації запланованих заходів має систематично контролюватися, тому на контрольному етапі розробляється система контролю за реалізацією плану соціального розвитку, що включає сформовану на підприємстві систему обліку, контролю і звітності.

Таким чином у плані соціогуманітарного розвитку ОТГ та інформаційно-комунікативного забезпечення інфраструктури загалом та охорони здоров'я зокрема доцільно виділити означені в першому розділі, соціологічними дослідженнями розділи і напрями робіт:

1. Удосконалення соціальної структури території та трудових колективів. У цьому розділі звертається увага на скорочення частки або повну ліквідацію важких і шкідливих для здоров'я робіт, на скорочення частки малокваліфікованої праці, на підвищення

освітнього і кваліфікаційного рівнів працівників, на зміну (якщо в цьому є необхідність) статево-вікової структури колективу. Окремо розглядається праця жінок, підлітків, осіб літнього віку із зазначенням тих структурних змін, що доцільно провести серед цих категорій працівників.

До завдань соціологів входить вивчення соціальної структури колективу, її змін, виявлення позитивних і негативних тенденцій у динаміку соціальних груп, розробка заходів, спрямованих на оптимізацію соціальних процесів через цілеспрямовану зміну соціальної структури.

Оптимізація – процес перетворення соціальної структури трудового колективу, що приводить до підвищення ефективності роботи колективу. Такі перетворення варто проводити, насамперед, усередині функціональних груп.

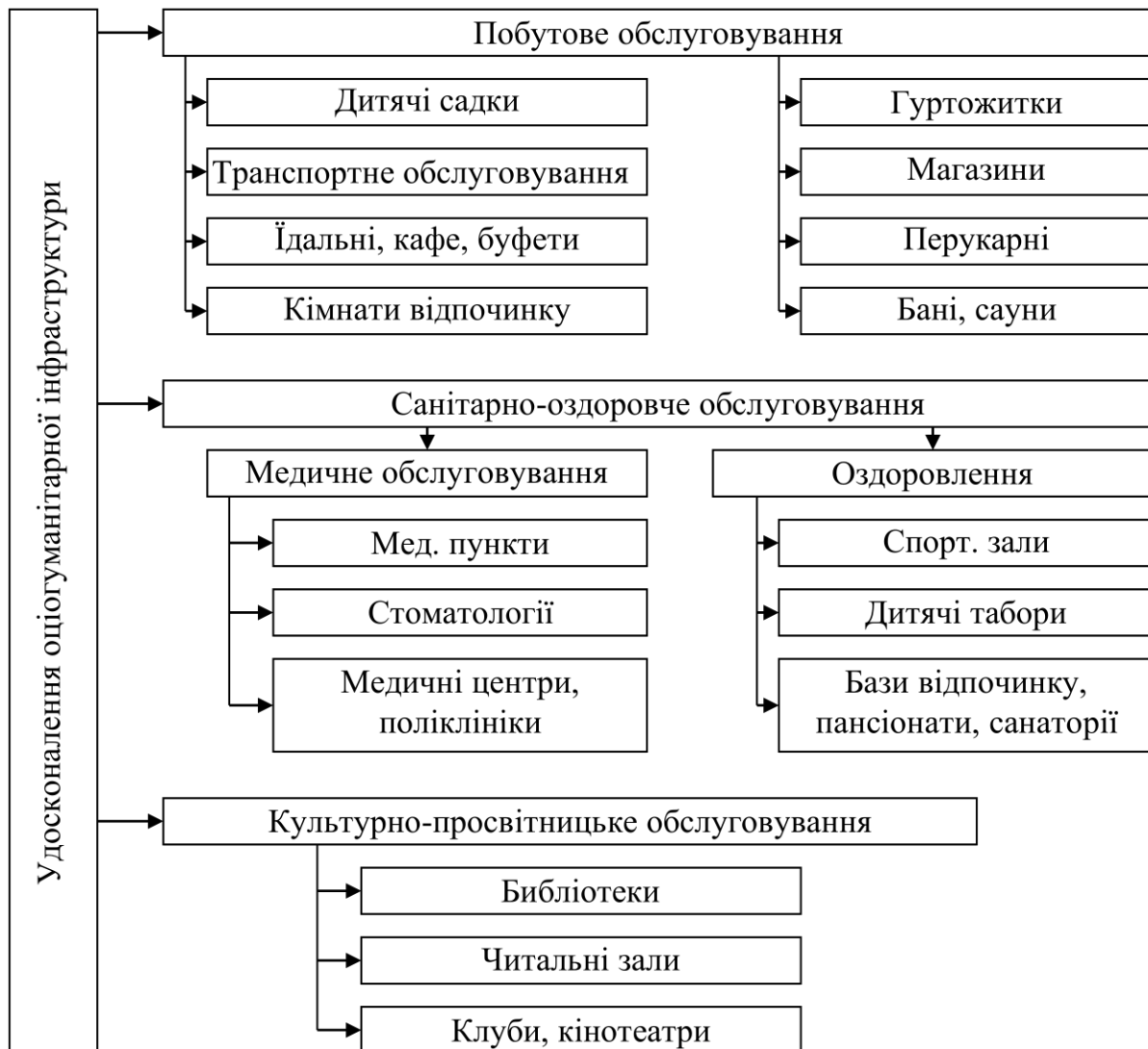
2. Соціогуманітарні чинники розвитку виробництва і підвищення його економічної ефективності. Тут плануються заходи, пов'язані з технічним переозброєнням виробництва, із упровадженням нової техніки й технології. Серед таких заходів можна назвати проектування прогресивних форм організації й оплати праці, що забезпечують підвищення змістовності праці, зниження його монотонності. Насичення виробництва високопродуктивною технікою загострює проблему вивільнення працівників і забезпечення зайнятості персоналу підприємства. Для вирішення таких проблем доцільно використовувати різні форми зайнятості: неповний робочий день, режими гнучкого робочого часу, праця вдома для жінок і пенсіонерів тощо. Важливо, щоб у плані знайшли відображення питання подолання інфляції, підвищення працівникам реальної заробітної плати

3. Поліпшення умов праці і побуту працівників. У плані необхідно особливо виділити ділянки і підрозділи з несприятливими умовами праці, для яких необхідно передбачити заходи для оздоровлення виробничого середовища, заміну устаткування, що є джерелом підвищеної шкідливості і небезпеки, або надійну ізоляцію такого устаткування ін..

4. Виховання дисципліни праці, розвиток трудової активності і творчої ініціативи. Заходи цього розділу плану розробляються на основі аналізу ціннісних орієнтацій працівників і мають бути спрямовані на стимулювання високої трудової і виробничої

дисципліни, на розвиток різних форм залучення працівників у процеси вдосконалення виробництва.

Для забезпечення ефективного соціального розвитку промислових підприємств за вищевказаними напрямками кожне підприємство повинне мати на своєму балансі або мати доступ до певного набору об'єктів соціальної інфраструктури (рис. 3.3.).



**Рис. 3.3. Модель формування оптимального складу об'єктів соціогуманітарного інфраструктури машинобудівних підприємств**

На сучасному етапі ще не розроблені обґрунтовані критерії об'єктивної оцінки рівня соціального розвитку трудових колективів, на основі яких можна визначити реальний якісний і кількісний стан рівня соціального розвитку певного колективу. Водночас ефективна діяльність, спрямована на підвищення рівня соціальної захищеності,



може бути реалізована лише за умови всебічного врахування комплексу соціально-економічних факторів і застосування повної і репрезентативної системи показників оцінки рівня соціального розвитку.

Рівень соціального розвитку колективів ОТГ підприємств і соціальна ефективність можуть бути охарактеризовані за допомогою таких підсистем: зайнятість і характер організації виробництва, рівень оплати праці і реальних доходів працівників підприємства, організаційно-економічні форми соціального захисту працівників, характер житлових умов, майнова забезпеченість сімей, розвиток суспільних фондів споживання, стан соціально-комунальної інфраструктури; екологічна обстановка й ін.

На підставі ретельного аналізу існуючої статистичної бази й особливостей соціальних процесів, що виникли в Україні протягом останнього років економічних реформ, вивчення досвіду зарубіжних країн і встановлено, що цілісна планова система критеріїв оцінки рівня соціального розвитку трудових колективів повинна включати не тільки кількісні, але і якісні показники, згруповані за певними ознаками. Найбільш повно і комплексно система таких показників може бути згрупована за такими критеріями.

1. Досягнутий рівень реальних доходів і майнової забезпеченості працівників підприємства (організації, установи), що включає: середній рівень заробітної плати, номінальні й середні реальні доходи працівників підприємства в цілому, окремих соціальних груп або індивідуумів; обсяг нагромаджень у розпорядженні працівників; питома вага грошових витрат у сукупних витратах; питома вага незареєстрованих доходів у сукупних витратах, питома вага мінімального споживчого кошика в середніх сукупних витратах працівників підприємства; частка витрат на харчування в сукупних витратах.

2. Рівень соціальної захищеності членів трудового колективу ОТГ характеризує надійність системи соціального страхування і рівень гарантованого соціального забезпечення працюючих. Вирішення цих проблем з розвитком ринкових відносин усі більшою мірою покладається на підприємства, організації й установи. Основними напрямками соціального захисту є: надання матеріальної допомоги, у першу чергу, багатодітним сім'ям, забезпечення працівників підприємства садово-городніми ділянками, видача безпроцентних

позик на будівництво житла, відпускання будівельних матеріалів за зниженими цінами, реалізація продукції підсобного сільського господарства за зниженими цінами, видача допомоги на лікування, придбання путівок, одноразових допомог при виході на пенсію, до ювілейних дат, на весілля, на відпустку, часткова оплата харчування, проїзду і т. д.

3. Рівень споживання матеріальних благ, культурних і побутових послуг населенням ОТГ та працівниками підприємства характеризує: рівень забезпеченості задоволення потреб у предметах взуття й одягу, обсяги споживання найбільш важливих предметів культурно-побутового призначення, гігієни, санітарії, косметики і товарів довгострокового використання; рівень побутового обслуговування підприємством своїх працівників; стан забезпеченості працівників послугами торгівлі і громадського харчування; рівень транспортного обслуговування і зв'язку; обсяги споживання найбільш життєво важливих продовольчих товарів (обсяг, структура, калорійна збалансованість, раціональність харчування за складом мінералів, вітамінів, амінокислот), індекс збалансованості харчування.

Відчутне зниження реальних грошових доходів, зниження платоспроможного попиту населення стало причиною значного погіршення якості, структури й асортименту харчування. Підтвердженням цього є скорочення вмісту протейнів, жирів, кальцію, заліза й інших життєво необхідних речовин у раціоні (особливо за рахунок скорочення споживання рибо- і м'ясопродуктів, молока і молочних продуктів, яєць, фруктів і овочів). Разом з цим відзначається значне підвищення питомої ваги витрат на харчування в сукупних витратах домогосподарств України.

4. Житлові умови членів трудового колективу: забезпеченість житловою площею, якість житла і комунальних послуг, що надаються підприємством; питома вага працівників, що не мають власного житла; виконання плану з будівництва нового житла; наявність і будівництво об'єктів соціально-культурного побуту, дитячих ясел і садків, профілакторіїв, санаторіїв, будинків відпочинку; облаштованість населених пунктів, устаткування житлового фонду комунальними вигодами (водопровід, опалення, каналізація, газ) і т. д.

Українські сім'ї продовжують жити в набагато меншому за площею і менш комфортному житлі, ніж населення розвинутих країн. Кожна сьома родина (або 13% населення) не має окремої квартири і

живе в гуртожитку або тимчасово наймає квартиру. В Україні нараховується 116 тис. комунальних квартир, у яких живе по 2-3 сім'ї, не пов'язані родинними відносинами.

5. Умови праці: рівень зайнятості, тривалість робочого тижня, робочого дня і часу відпочинку, характеристика рівня продуктивності й інтенсивності праці, забезпеченість працівників санітарно-побутовими приміщеннями, рівень санітарно-гігієнічних умов праці, рівень частоти травматизму в розрахунку на 100 працюючих, стан охорони праці і рівень дотримання правил техніки безпеки, стан загальної культури виробництва і його технічне оснащення (питома вага засобів механізації й автоматизації робочих процесів, питома вага ручної праці).

6. Ступінь задоволення потреб працівників підприємства у сферах фізичного, духовного й соціального розвитку. У цей блок включені: умови і якісний рівень медичного обслуговування працівників підприємства, рівень забезпеченості потреб працівників у сфері фізичної культури і спорту, відсоток працівників, що поправили своє здоров'я в санаторіях, профілакторіях, будинках відпочинку, за туристичними путівками і т. д.; відсоток працівників, що навчаються у вищих, середніх спеціальних навчальних закладах, у системі підготовки робочих кадрів на підприємстві; чисельність і відсоток працівників, що підвищують свою кваліфікацію; відсоток працівників, зайнятих некваліфікованою працею; загальний рівень освіти працівників; рівень суспільно-політичної активності працівників підприємства, наявність і характер функціонального використання культосвітніх і інших естетичних установ підприємства.

7. Стан здоров'я і тривалість життя працівників підприємства (організації, установи). До характеристик цієї групи належать: відсоток працівників, що мають професійні захворювання; відсоток загальної захворюваності працівників; величина коефіцієнта умовного здоров'я; питома вага працівників, що вважають стан свого здоров'я незадовільним; тривалість активного трудового довголіття, час виходу на пенсію і т. д.

8. Рівень суспільно-правових гарантій, що мають працівники підприємства. Показники цієї групи характеризують: рівень правової захищеності окремих верств населення, систему нормативного забезпечення прав і свобод працівника підприємства, реальну дієвість

системи правових гарантій на підприємстві.

На сучасному етапі розвитку виробництва для вирішення поставлених перед ним завдань, крім ефективного планування соціального розвитку, необхідна повна мобілізація соціально-психологічних факторів, посилення соціальної спрямованості управління виробничими підприємствами. У зв'язку з цим виникає необхідність у вдосконаленні управління соціальними процесами, підвищенні ефективності соціального розвитку колективів промислових підприємств. Важливу роль у цьому можуть відіграти служби соціального розвитку підприємств, що в більшості випадків були ліквідовані в ході приватизацій, реорганізацій, зміни власників тощо.

Служба соціального розвитку покликана проводити соціологічні дослідження на підприємстві й на основі всебічного вивчення соціальних проблем організації праці, побуту та відпочинку працівників розробляти й реалізовувати заходи, що забезпечують виявлення і використання резервів зростання продуктивності праці і підвищення ефективності виробництва, удосконалення управління соціальними процесами, поліпшення виховної роботи й розвиток творчої активності працівників. Крім того, вона повинна організувати роботу з управління соціальним розвитком трудових колективів, методичне забезпечення, координацію розробки й реалізації планів, цільових комплексних програм соціального розвитку.

Виходячи із соціальних проблем і завдань, що стоять перед підприємством, розробляється положення про службу соціального розвитку підприємства. Нами пропонується типове положення, що може бути модифіковане відповідно до особливостей і потреб конкретного підприємства.

Служба соціального розвитку (далі по тексту – служба) є структурним підрозділом підприємства й у своїй діяльності керується чинним законодавством України і відповідним Положенням. Службу очолює начальник служби, що на основі єдиноначальності організовує роботу служби і несе всю повноту відповідальності за її діяльність. Структура і чисельність служби визначається штатним розписом підприємства, затвердженим у встановленому порядку. Служба проводить свою роботу в контакті з іншими структурними підрозділами підприємства та через керівників і фахівців органів місцевого самоврядування, підприємств і організацій даного регіону.

До основних завдань і обов'язків служби соціального розвитку належить: здійснення контролю за своєчасним і якісним виконанням апаратом управління підприємством нормативних актів, участь у розробці нормативних правових актів з питань функціонування й розвитку підприємства, розробка та реалізація програм соціального розвитку підприємства, довгострокових інвестиційних програм розвитку соціальної інфраструктури підприємства; програм, що забезпечують підготовку, перепідготовку і закріплення кадрів, зайнятих у промисловому виробництві.

Крім того, разом з іншими відділами підприємства служба соціального розвитку ОТГ повинна організовувати підготовку й перепідготовку керівних кадрів і фахівців підприємств для підвищення їх кваліфікації, вести діловодство служби, здійснювати господарське забезпечення, утримання, ремонт і експлуатацію об'єктів соціальної інфраструктури підприємства і займаних службових приміщень.



***Довідково:** Серед функцій служби варто виділити:*

- уточнення соціального паспорта і внесення коректив у план соціального розвитку підприємства;*
- адаптація заходів і механізмів управління соціальним розвитком до умов соціального середовища, що змінюються;*
  - моніторинг соціальних умов діяльності колективу;*
  - проведення соціологічних досліджень з проблем і перспектив соціального розвитку підприємства;*
  - розробка і впровадження прогресивних систем матеріального й морального стимулювання персоналу підприємства;*
  - допомога працівникам підприємства в соціальній адаптації і профорієнтації;*
  - розробка, економічне обґрунтування і реалізація заходів, спрямованих на поліпшення умов праці на підприємстві;*
  - організація і проведення культурно-масових і спортивних заходів, забезпечення дозвілля працівників підприємства;*
  - участь у вирішенні соціальних конфліктів між власниками підприємства, працівниками і профспілковими організаціями;*

– підготовка проектів рішень з питань, що входять до компетенції служби, для винесення їх на розгляд і затвердження керівникові підприємства;

– організація проведення професійної підготовки, перепідготовки і підвищення кваліфікації фахівців з урахуванням структурної перебудови виробництва, координація питань підготовки кадрів масових професій з роботодавцями;

– оформлення у встановленому порядку і надання матеріалів на присвоєння почесних звань, урядових нагород;

– здійснення методичного керівництва проведенням конкурсів і атестацій.

Відповідно до пропонованого положення фахівці служби соціального розвитку мають право: представляти підприємство в усіх державних, громадських організаціях і підприємствах з питань, що належать до їх компетенції; запитувати у встановленому порядку, одержувати від державних органів, підприємств, установ, громадян необхідну для виконання посадових повноважень інформацію; відвідувати з метою виконання посадових обов'язків підприємства, організації й установи, незалежно від їх організаційно-правових форм і видів власності; вимагати створення організаційно-технічних умов для виконання посадових повноважень; підвищувати кваліфікацію відповідно до функцій і повноважень займаної посади.

Фахівці служби соціального розвитку несуть дисциплінарну відповідальність відповідно до чинного законодавства України за виконання завдань і функцій, передбачених цим Положенням і посадовими інструкціями.

Таким чином, запропоноване вище положення передбачає виконання службою соціального розвитку таких функцій:

– інформаційно-дослідницької (пізнавальної), що забезпечує керівництво підприємства достовірною і повною інформацією про стан і тенденції зміни соціальних явищ і процесів на виробництві. Для цього служба соціального розвитку повинна систематично досліджувати й аналізувати вузькі місця, розробляти соціальні карти працівників і соціальні паспорти колективів, що являють собою систему соціально-економічних показників, які їх характеризують. Ця функція має творчий характер, вона ґрунтується на збиранні, обробці й аналізі соціальної інформації, вивченні результатів інших

соціологічний досліджень і визначенні тенденцій розвитку соціальних явищ і процесів;

– управлінсько-прогностичної, що виражається в обов'язках працівників служби прогнозувати розвиток соціальних явищ, процесів і управляти ними у виробничих колективах;

– консультаційної, що полягає в наданні соціологами підприємства практичних порад членам колективу з різних соціальних питань, проведенні консультацій з соціальної тематики;

– соціальної оцінки, що полягає у визначенні соціальної ефективності впроваджуваних заходів. Економічний ефект не завжди збігається із соціальним. Деякі заходи, поліпшуючи економічні показники, можуть викликати небажані соціальні явища. До завдань служби соціального розвитку входить контроль за соціальними параметрами розвитку колективу, щоб не допустити їх погіршення.

Крім того, зміст виконуваних службою соціального розвитку функцій може бути систематизований за різними сферами її діяльності.

1. У плануванні й управлінні соціальним розвитком трудових колективів: аналіз рівня соціального розвитку трудових колективів, підготовка пропозицій щодо проектів програм соціального розвитку колективів; вивчення соціальних аспектів науково-технічного прогресу, розробка заходів щодо подолання соціальної неоднорідності праці, соціально-психологічного забезпечення впровадження нової технології і техніки, скорочення важкої, монотонної і малокваліфікованої ручної праці; проведення соціологічних і соціально-психологічних досліджень, аналіз і прогнозування розвитку соціальних процесів, підготовка пропозицій щодо врахування соціально-психологічних факторів в організації виробництва й побуту; участь в організації і проведенні експериментів, розробці пропозицій щодо соціальних аспектів удосконалення господарського механізму; участь в експертизі проектів будівництва і реконструкції об'єктів виробничого й невиробничого призначення в частині забезпечення врахування в них соціальних вимог і нормативів.

2. У сфері вдосконалення соціальної структури і стабілізації трудових колективів: прогнозування соціальних процесів у зв'язку з наміченими програмами технічного переозброєння виробництва, аналіз змін і розробка пропозицій щодо вдосконалення соціальної



структури кадрів; вивчення причин плинності кадрів, розробка заходів для закріплення кадрів і стабілізації трудових колективів.

3. В упровадженні прогресивних форм організації праці: розробка і впровадження заходів щодо підвищення задоволеності працею, забезпечення престижності професій, посилення творчого характеру праці; проведення атестації і раціоналізації робочих місць відповідно до соціальних вимог; підготовка і реалізація заходів для оздоровлення і створення безпечних і сприятливих умов праці, поліпшення умов праці і виробничого побуту жінок; розробка пропозицій щодо підвищення якості нормування праці.

4. У розвитку трудової і соціальної активності працівників: розробка і впровадження заходів для підвищення соціальної ролі особистості, створення сприятливого соціально-психологічного клімату в колективах промислових підприємств; проведення соціологічних консультацій для працівників з виробничих і побутових питань.

5. З соціального обслуговування: розробка пропозицій щодо вдосконалення й розвитку соціальної інфраструктури і створення умов для задоволення соціально-культурних і побутових потреб працівників; аналіз організації дозвілля і розробка пропозицій щодо поліпшення використання вільного часу, забезпеченню більш сприятливих умов відпочинку працівників і членів їх сімей, ветеранів праці й пенсіонерів.

Служба соціального розвитку є самостійним підрозділом, що підпорядковується керівникові органу місцевого самоврядування чи ОТГ або його заступнику з соціальних питань. До складу підрозділів служб соціального розвитку повинні включатися соціологи, психологи, фахівці з профорієнтації, організації та управління виробництвом. У нашій роботі розроблене функціональне положення начальника відділу соціального розвитку, що визначає функціональні обов'язки, права і відповідальність начальника служби соціального розвитку.

Начальник служби соціального розвитку призначається на посаду і звільняється від посади у встановленому чинним трудовим законодавством порядку наказом керівника підприємства, підпорядковується безпосередньо директору підприємства.

На посаду начальника служби соціального розвитку має призначатися особа, що має відповідну кваліфікацію, вищу



професійну освіту і стаж роботи зі спеціальності на керівних і інших посадах з управління персоналом не менше ніж 5 років.

Начальник відділу соціального розвитку має знати: нормативно-правові акти, методичні матеріали з питань соціального розвитку; трудове законодавство; цілі, стратегію і кадрову політику підприємства; профіль, спеціалізацію й особливості структури підприємства; соціологію, психологію і фізіологію праці; основи соціального планування; методи психологічного тестування; методи проведення соціологічних досліджень, вивчення суспільної думки; порядок і методи розробки планів і програм соціального розвитку підприємства; організацію управління соціальним розвитком підприємства; соціальні вимоги і нормативи; інженерну і соціальну психологію; методи проведення аналізу виконання соціальних програм і визначення їх економічної ефективності; форми й системи оплати праці, матеріального і морального стимулювання; передовий вітчизняний і зарубіжний досвід управління соціальними процесами; основи економіки, організації виробництва, праці і управління; засоби обчислювальної техніки, комунікацій і зв'язку; правила і норми охорони праці.

До функціональних обов'язків начальника відділу соціального розвитку пропонується ввести:

– здійснення керівництва соціологічною роботою на підприємстві, розвиток організаційної культури, використання трудової мотивації працівників, забезпечення розробки і реалізація цільових програм і планів соціального розвитку, проведення роботи зі стабілізації трудових колективів, удосконалення соціальної структури персоналу, підготовка пропозицій щодо регулювання чисельності працівників, підвищення їх загальноосвітнього і культурно-технічного рівня, зміцнення дисципліни й організованості, створення й підтримка сприятливого соціально-психологічного клімату в колективі;

– розробка заходів щодо поліпшення ергономічних, санітарно-гігієнічних умов праці, забезпечення охорони праці й безпеки працівників, соціально-психологічне забезпечення впровадження процесу освоєння нових видів складного устаткування, скорочення важкої і малокваліфікованої ручної праці, підвищення привабливості, престижності й культури праці, участь в експертизі проектів будівництва та реконструкції об'єктів виробничого й невиробничого

призначення з метою забезпечення врахування в них соціальних вимог і нормативів.

Режим роботи начальника відділу соціального розвитку визначається відповідно до Правил внутрішнього трудового розпорядку, установлених на підприємстві. У зв'язку з виробничою необхідністю начальник відділу соціального розвитку може виїжджати в службові відрядження (у тому числі місцевого значення). Для вирішення оперативних питань щодо забезпечення виробничої діяльності підприємства начальникові служби соціального розвитку може виділятися службовий автотранспорт.

Виключною сферою діяльності начальника служби соціального розвитку є забезпечення планування й організація роботи відділу для виконання покладених на нього функцій.

Взаємодіючи з усіма виробничими підрозділами, служба соціального розвитку організовує й координує соціологічну роботу, запитує й аналізує соціальну інформацію, необхідну для проведення планових робіт, проводить конкретні соціологічні дослідження, ознайомлює і передає підрозділам рекомендації та результати проведених дослідних робіт, контролює їх впровадження, проводить науково-пошукові роботи з подальшого вирішення соціальних проблем, розробляє науково-методичні й навчально-методичні матеріали з досліджуваних проблем, пропагує соціологічні і психологічні знання серед працівників підприємства. Служба соціального розвитку встановлює ділові відносини, необхідні для виконання робіт з тематичного плану з іншими спорідненими службами підприємств, науковими установами, ВНЗ, організовує і проводить семінари, наради, стажування фахівців споріднених служб і підприємств.

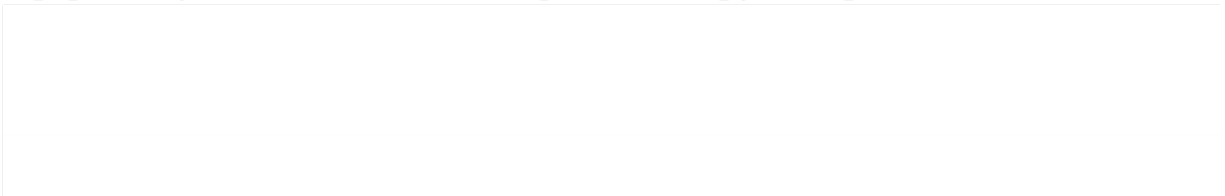
### **3.3. Ефективність інформаційно-комунікативних заходів у сфері охорони здоров'я та медичного обслуговування ОТГ в повоєнний період**

Ефективність соціогуманітарного управління управління інформаційно-комунікативним обслуговуванням медичними закладами у контексті господарської діяльності ОТГ повинна оцінюватися ефективністю самої галузі, причому для виробничих видів послуг вона складатиметься з двох елементів: ефективності

виробництва і ефективності обслуговування, тобто соціальної ефективності.

Соціальна ефективність в медико-профілактичному обслуговуванні – це, в першу чергу, економія часу працюючих в порівнянні з його витратами при обслуговуванні в домашніх умовах. При цьому необхідно враховувати витрати часу на організацію замовлень та їх виконання. Крім того, при оцінці ефективності роботи машинобудівного підприємства слід також враховувати економію живої і уречевленої праці. Ефекти від ефективного управління соціогуманітарною сферою виражається не лише в підвищенні продуктивності праці, а і скороченні витрат на оздоровлення членів трудового колективу які розділяються на внутрішні – економія трудових, матеріальних, паливно-енергетичних ресурсів і зовнішні – зниження шкідливого впливу на зовнішнє середовище, підвищення культури обслуговування. Якість медико-профілактичного обслуговування позитивно позначається і на продуктивності праці населення обслуговуваного контингенту підприємств, установ і організацій, а побутового у збільшенні вільного часу працівників.

Розподіл показників ефективності управління соціогуманітарною сферою в умовах ОТГ можна продемонструвати рис. 3.4.



**Рис. 3.4. Розподіл показників ефективності управління інформаційно-комунікативним забезпеченням охорони здоров'я в умовах ОТГ**

В розрахунку економічних ефектів доцільніше застосувати деталізований підхід. Це обумовлює поділ конкретних показників ефективності на народногосподарські, галузеві і діючі в структурі підприємства (рис. 3.1).

Важливим завданням в даному випадку є встановлення, переліку соціальних і економічних ефектів, а також методів їх визначення в умовах впровадження комплексних систем управління якістю послуг, продукції і робіт, ефективності витрат на їх розробку.

Практика впровадження інновацій на підприємствах свідчить, що виразниками економічних ефектів впровадження заходів, які підвищують ефективність соціогуманітарної сфери, відповідно до «загальної методики визначення ефективності» є: зростання прибутку за рахунок зменшення непродуктивних витрат (у грн.); зростання доходів за рахунок зниження витрат і надбавок до цін за послуги високої якості (у грн.).

У них знаходять віддзеркалення і такі чинники як активізація науково-технічної творчості (у кількості поданих і упроваджених пропозицій); розширення асортименту, номенклатури медико-профілактичних послуг (у видах послуг); зростання обсягу робіт, обслуговування (у грн.) тощо.

Соціальні ефекти важко піддаються розрахункам, також мають істотний вплив на стан і ефективність роботи машинобудівного підприємства.

На підприємствах ОТГ, для визначення економічної ефективності тих або інших заходів і систем в цілому користуються загальноприйнятими методиками.

Для визначення економічної ефективності використання в національному господарстві нової техніки, винаходів і раціоналізаторських пропозицій користуються методикою, затвердженою Держкомвинаходів.

Існують також відомчі методики і розробки. Наприклад, за визначенням економічної ефективності впровадження комплексних систем управління якістю науково-дослідних робіт, дослідно-конструкторських, технологічних розробок.

Експериментальна перевірка цих методик проходила також в різних галузях виробничої сфери. Загальним недоліком перерахованих методик є те, що в них не враховуються особливості функціонування машинобудівних підприємств, зокрема, упущені

багато соціальних ефектів.

В даний час загально визнаним є положення про те, що ефективність повинна визначатися як відношення результатів впроваджень до витрат на їх досягнення. Розглядаючи ефективність наприклад медико-профілактичного обслуговування в економічному і соціальному планах, слід враховувати, що соціальні показники є головними, визначаючими, а госпрозрахункові – обов'язковою умовою досягнення високих соціальних результатів (розвитку демократичного способу життя, збереження зовнішнього середовища, поліпшення умов життя народу, стирання відмінностей між містом і селом).

Для визначення суті поняття «ефективність медико-профілактичного обслуговування» важливо встановити показники її оцінки. Як економічна категорія, ефективність медико-профілактичного обслуговування відображає раціональне використання всіх виробничих ресурсів підприємства з метою максимального задоволення суспільних потреб в послугах машинобудівних підприємств.

Таким чином, узагальненим показником ефективності медико-профілактичного обслуговування може служити певний коефіцієнт.

Коефіцієнт економічної ефективності витрат на впровадження заходів, що підвищують медико-профілактичних послуг, за рахунок інформаційно-комунікативної компоненти, в умовах ОТГ, можна визначити за допомогою формули:

$$E_n^k = \frac{\Delta\Pi \sum річ.}{K_n^k} \geq E_n \quad (3.1)$$

де  $E_n^k$  – коефіцієнт економічної ефективності медико-профілактичних послуг;

$\Delta\Pi \sum річ.$  – сумарний річний приріст прибутку (доходу) від впровадження пропозицій, грн.;

$K_n^k$  – передвиробничі одноразові витрати на розробку і впровадження заходів, що підвищують якість медико-профілактичного обслуговування, тис.грн. в т.ч. за рахунок інформаційно-комунікативної компоненти;

$E_n$  – нормативний коефіцієнт економічної ефективності капітальних вкладень ( $E_n = 0,15$ ).

На практиці результат ефективності медико-профілактичного

обслуговування в т.ч. за рахунок інформаційно-комунікативної компоненти виражається по-різному. Так, виразниками соціальних ефектів впровадження заходів, що підвищують якість медико-профілактичних послуг, що важко піддаються конкретному визначенню у вартісному виразі, на нашу думку, можуть служити: зниження кількості заяв і скарг (у шт.); скорочення термінів виконання робіт за заявами і скаргами (у годинах); підвищення культури обслуговування (у зниженні кількості скарг на етику і естетику обслуговування) (у штуках); зниження кількості аварійних ситуацій (у штуках); скорочення термінів усунення аварійних ситуацій (у годинах); скорочення втрат часу на контроль якості (у годинах); скорочення термінів виконання замовлень (у годинах); економія матеріальних і паливно-енергетичних ресурсів (у гривнях); економія фонду заробітної платні (у гривнях) і т.д.

З перерахованих показників особливо складний розрахунок економічної госпрозрахункової ефективності, зокрема зміни прибутку, одержуваної в результаті впровадження заходів, що підвищують якість обслуговування.

Якщо унаслідок впровадження заходів, що підвищують якість медико-профілактичного обслуговування, можуть збільшуватися обсяги виробництва і знижуватися непродуктивні втрати по кожному аспекту, значить, вони певною мірою зробили вплив на прибуток. Тому для визначення сумарного ефекту найбільш прийнятні, на наш погляд, такі показники:

1. Абсолютне зростання прибутку від підвищення якості послуг унаслідок впровадження заходів. Розрахунок здійснюють за формулою:

$$\Pi = \sum_{i=1}^n \sum_{i-1}^n (A_{i_2} \Pi_{i_2} - A_{i_1} \Pi_{i_1})$$

де  $A_{i_1}$ ,  $A_{i_2}$  – річний обсяг  $i$ -ї продукції, виду послуг до і після впровадження заходів, що підвищують їх якість в натуральному виразі;

$\Pi_{i_1}$  і  $\Pi_{i_2}$  – прибуток від реалізації одиниці обсягу  $i$ -ї продукції, виду послуг до і після впровадження заходів, що підвищують якість, тис. грн.;

$n$  – число видів продукції і видів послуг поліпшеної якості в певному підрозділі.

Виконання розрахунків на суб'єктах господарювання ОТГ,

підприємствах зі складною структурою, специфіку функціонування структурних підрозділів доцільно представити у вигляді таблиці, куди збираються дані, що характеризують роботу до і після впровадження заходів, що підвищують якість обслуговування. Це дозволяє здійснювати розрахунки одночасно у всіх підрозділах, що зручно для порівнянь.

Аналогічні зміни при впровадженні заходів, що підвищують якість обслуговування, можуть відбутися і в інших структурних підрозділах.

Особливої уваги заслуговують пропоновані методи та засоби вирішення завдань з вдосконалення обслуговування як на рівні держави, так і на рівні галузі, машинобудівних підприємств методичні рекомендації щодо впровадження економічних методів управління, які дозволяють управляти техніко – економічними чинниками стабілізації роботи безпосередньо.

2. Збільшення прибутку за рахунок зниження непродуктивних втрат, унаслідок впровадження заходів, що підвищують якість послуг, роботи, пропонується визначати за формулою:

$$\Delta\Pi_{pm}^k = \sum_{i=1}^m \sum_{j=1}^m \cdot \Delta C_{ij}^k \cdot \Delta A_{ij}^k \quad (3.3)$$

$\Delta\Pi_{pm}^k$  – прибуток від зниження непродуктивних втрат унаслідок поліпшення якості медико-профілактичного обслуговування в т.ч. за рахунок інформаційно-комунікативної компоненти;

– зниження / невиробничих втрат у наслідок впровадження заходів, що підвищують якість медико-профілактичного обслуговування, - непродуктивні втрати на перший вид продукції і послуг до і після впровадження заходів, грн.;

– зниження втрат унаслідок впровадження річного обсягу одного виду послуг, по кожній одиниці якого допущений і-й вид непродуктивних втрат, в натуральних одиницях;

– річний обсяг /-го виду продукції і послуг, по кожній одиниці яких допущений перший вид непродуктивних втрат до і після впровадження заходів за якістю, в натуральних одиницях;  $m$  - число видів непродуктивних втрат за пропонованим переліком.

Поліпшення якості медико-профілактичного обслуговування в т.ч. за рахунок інформаційно-комунікативної компоненти може відобразитися і на ефективності використання фондів.

Такі методи розрахунку економічної ефективності обумовлені



специфічними умовами функціонування підприємств, багатьма іншими чинниками (широка номенклатура і асортимент послуг, продукції і робіт). Разом з тим слід зазначити, що тільки їх застосування відкриває можливість вибору оптимального варіанту з декількох запропонованих при підведенні підсумків суперництва ін.

Наступним питанням ефективності заходів тих, що підвищують якість медико-профілактичного обслуговування в т.ч. за рахунок інформаційно-комунікативної компоненти, є визначення сумарної економічної ефективності, термінів окупності витрат на розробку і їх впровадження.

Загальну суму доходів від впровадження окремих соціогуманітарних заходів, можна визначити за відомою формулою:

$$P_{річ.} = P_{річ.}^κ + P_{річ.1}^κ \quad (3.4)$$

де  $P_{річ.}$  – загальна сума доходів, грн.;

$P_{річ.}^κ$  – прибуток від: реалізації продукції, робіт і послуг унаслідок впровадження окремих заходів, що підвищують якість медико-профілактичного обслуговування по кожному структурному підрозділу, грн. (згідно табл. 3.);

$P_{річ.1}^κ$  – прибуток від впровадження системи або комплексу заходів, що підвищують якість медико-профілактичного обслуговування і що знижують непродуктивні втрати по структурному підрозділу, грн.

Термін окупності витрат на впровадження заходів з управління соціогуманітарною сферою або окремих заходів, що підвищують якість медико-профілактичного обслуговування, визначається за формулою:

$$T^κ = K^κ + P_{річ.} \quad (3.5.)$$

де  $T^κ$  – термін окупності витрат на впровадження заходів, що підвищують якість медико-профілактичного обслуговування, рік;

$K^κ$  – одномірні витрати на розробку і впровадження заходів, грн.;

$P_{річ.}$  – сума річного приросту прибутків, грн.

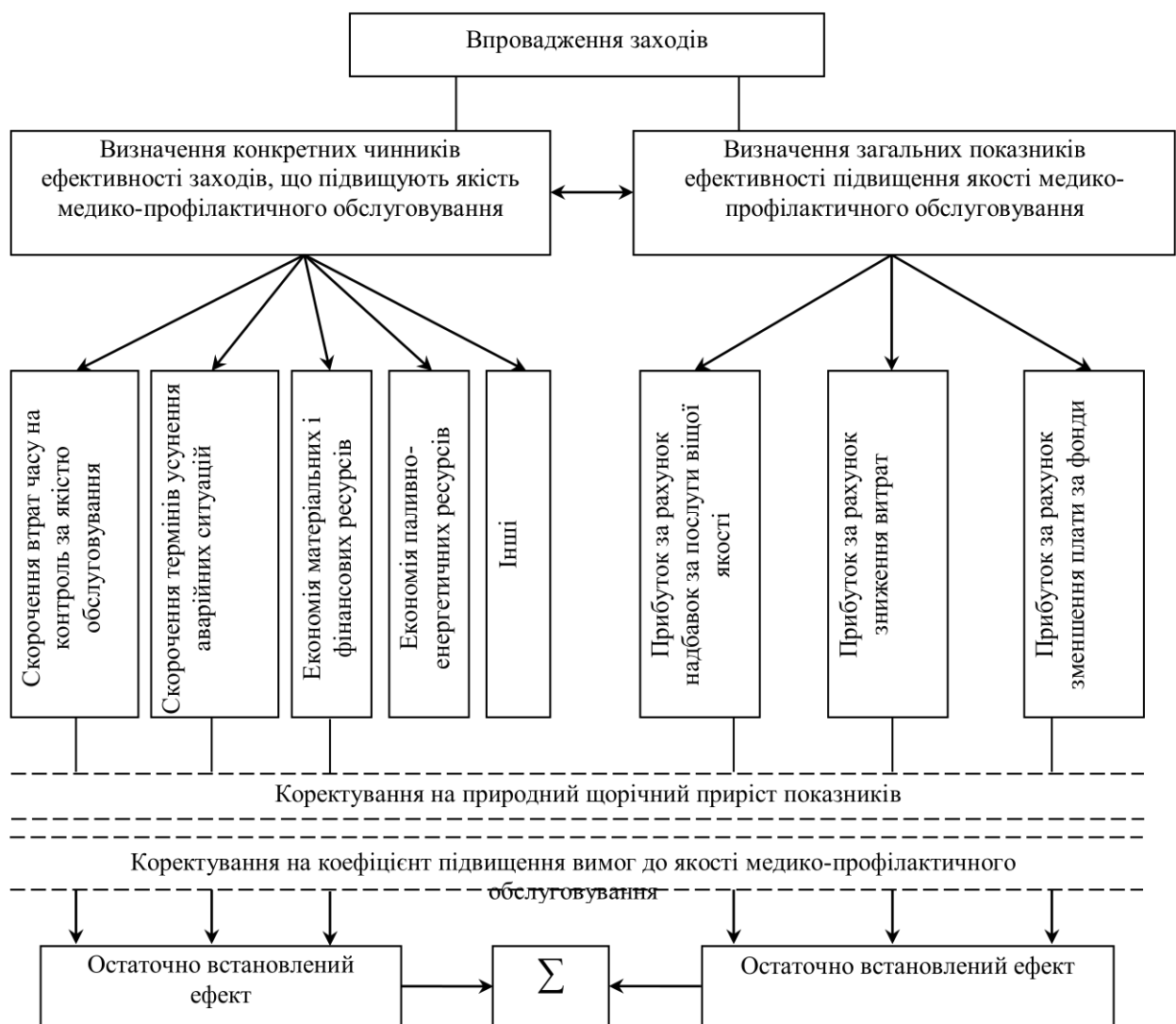
Методика визначення як загальної суми доходів, так і ефективності конкретних заходів в окремих підрозділах може заглиблюватися і удосконалюватися з виявленням додаткових чинників та ефектів.

Загальна технологічна схема етапів визначення економічної ефективності відображена на мал. 3.5.



Дослідження у сфері підвищення якості медико-профілактичного обслуговування в т.ч. за рахунок інформаційно-комунікативної компоненти в умовах ОТГ свідчать, що в окремих випадках впровадження ефективних заходів тимчасово підвищує ефективність його функціонування

В умовах інтенсифікації виробництва особлива увага приділяється пропозиціям з вдосконалення структури управління сферою послуг, розширенню і розвитку матеріально-технічної бази комунального господарства і підприємств служби побуту, асортименту і номенклатури видів послуг, покращенню якості обслуговування, тощо.



**Рис. 3.5. Технологічна схема етапів визначення економічної ефективності соціогуманітарних заходів в т.ч. за рахунок інформаційно-комунікативної компоненти, що підвищують якість медико-профілактичного обслуговування в умовах ОТГ**

Разом з тим, встановлено, що виконані роботи і заходи, що вживаються на місцях, в більшості випадків проводилися без належного наукового обґрунтування.

Тенденції світового розвитку визначають зміни суспільного середовища в напрямку підвищення масштабів і розмаїтості ризиків у всіх сферах діяльності людини, у тому числі в соціальній. Особливої актуальності набуває проблема соціального ризику в країнах з перехідною економікою, до яких відноситься й Україна.

У сучасних умовах оцінка ризику є складовим елементом прийняття рішень у політиці й економіці. Розглядаючи проблему оцінки соціальних ризиків розвитку суб'єктів господарювання ОТГ, можна зазначити, що мета модернізації, наприклад, промислових підприємств полягає у створенні механізму стійкого їх розвитку, у забезпеченні їх відповідності вимогам ХХІ ст. і потребам розвитку країни, запитам особистості, суспільства, держави. Саме рівень і якість промислової продукції – найважливіші фактори збереження економічного зростання і соціального прогресу.

Соціальний ризик у цих обставинах – це випадкова подія (або група подій), унаслідок якої може відбутися руйнування (розбалансування) умов для стабільного відтворення соціального потенціалу членів виробничого колективу. Збереження або відтворення соціального потенціалу передбачає наявність повною мірою необхідних соціальних факторів життя, таких як: здоров'я, працездатність, забезпеченість роботою, сім'єю і домогосподарством, наявність інфраструктури дозвілля, культурного середовища, можливість самовираження, реалізація планів тощо.

Поняття соціального ризику не є однозначним. Його вживають у різних контекстах залежно від предмета дослідження. До групи соціального ризику відносять будь-яке соціальне співтовариство, що сприяє виникненню, розвитку й реалізації антигромадської поведінки. Педагоги зазначають, що в групі соціального ризику частіше опиняються діти з несприятливою сімейною ситуацією, що не завжди пов'язано з важким матеріальним становищем. Соціальний ризик наявний у сім'ї, де діти піддаються насильству, жорстокому звертанню з боку батьків (опікунів). Із соціальним ризиком пов'язують алкоголізм, наркоманію, антигромадську поведінку.

Соціальний ризик – визнана суспільством передбачувана

(ймовірна) подія в життєдіяльності ОТГ, настання якої приводить до втрати його здатності до праці (постійно чи тимчасово), або обмеження попиту на працю і, відповідно, повної або часткової втрати заробітку/доходу, що є джерелом засобів до існування.

Основні соціальні ризики мають складну структуру й широкий спектр – від втрати заробітку у випадку тимчасової непрацездатності, професійних захворювань, нещасних випадків на виробництві, що призвели до інвалідності, смерті або безробіття, до втрати заробітку у випадках досягнення непрацездатного, пенсійного віку. До визнаних соціальних ризиків відносяться: хвороба, материнство/утримання дітей, інвалідність, старість, безробіття, втрата годувальника, трудове каліцтво або професійне захворювання, вагітність і пологи.

Крім цього, до соціальних ризиків у ряді випадків відносять також смерть і різні надзвичайні ситуації природного, техногенного і воєнного характеру. Слід зазначити об'єктивність, цілісність і взаємозв'язок соціальних ризиків, їх тісну кореляцію і взаємозалежність.

Співвідношення понять соціальний ризик і соціальне забезпечення виявляється в такому: соціальне забезпечення реалізуються шляхом надання особам, які опинилися у сфері впливу соціальних ризиків, різних видів соціальних допомог та соціальні виплати.

Соціальні виплати – надання конкретним особам або їх сім'ям коштів у зв'язку з настанням у їх житті певних подій/ситуацій унаслідок соціальних ризиків, з метою відшкодування втраченого доходу (майна, власності) або надання додаткового доходу зв'язку з його відсутністю або низьким рівнем у різних формах: пенсій, допомог або компенсацій (для повного або часткового відшкодування витрат, пов'язаних з особливими умовами проживання або трудової діяльності, зі смертю, зі шкодою, заподіяною здоров'ю, з вихованням дітей, із втратою майна), а також стипендій.

Соціальна допомога – діяльність із задоволення потреб конкретних людей або їх сімей, що виникають унаслідок настання в їх житті певних подій під впливом соціальних ризиків шляхом надання їм:

– спеціалізованих соціальних послуг, тобто сприяння в здійсненні різного роду функцій, пов'язаних з життєдіяльністю, у натуральній формі (побутових, медичних, правових, педагогічних,

реабілітаційних, трудових, освітніх, інформаційних та ін.);

– спеціальних соціальних пільг, тобто переваг, пов'язаних зі звільненням або полегшенням умов виконання ними встановлених законодавством норм (правил, умов) життєдіяльності матеріального характеру (пільги у сфері житлового забезпечення і житлово-комунального обслуговування; в галузі медичного забезпечення і реабілітації й ін.).

Одержання соціальних виплат і соціальної допомоги таким чином прямо пов'язане з тим, опинилась людина у сфері впливу соціальних чи ризиків ні. Причому розширення сфери соцзабезпечення в економічно розвинутих країнах, як правило, відбувається таким шляхом. Спочатку система соціального забезпечення пропонує захист лише від певних соціальних ризиків, але згодом вона включає все більшу їх кількість. У соціальній державі система соціального ризику ефективно інтегрована в діючу систему соціального захисту. Всі ризики, що мають соціальне значення, включені в перелік ризиків, захист від яких гарантований державою для всіх категорій населення.

Для розрахунку величини соціальних, політичних і регіональних ризиків функціонування промислових підприємств за допомогою методу експертних оцінок було відібрано по 5 факторів ризику в кожній групі, яким найбільш піддані суб'єкти господарювання.

У результаті проведених розрахунків сукупної оцінки соціальних ризиків їх функціонування встановлено, що величина ризику трохи знизилася з 64,5% до 56,6%. (при максимально можливому значенні 100%).

У структурі ризиків найбільша питома вага належить зниженню реальної заробітної плати – 7,2%, зниженню інтелектуального потенціалу населення – 5,6%, погіршенню умов праці – 5,4%, скороченню обсягів фінансування соціальних витрат – 5,4%, низькому рівню капіталовкладень у модернізацію промислових підприємств.

За оцінками експертів, рівень соціального ризику функціонування суб'єктів господарювання ОТГ знизиться і становитиме 56,1%, що відповідає зоні високого ризику. Це зумовлює необхідність розробки і реалізації комплексу заходів щодо мінімізації соціальних ризиків функціонування промислових підприємств. Одним з дієвих інструментів зниження соціальної напруженості й соціальних ризиків є система управління соціальним ризиком.

Таблиця 3.1

**Експертна оцінка стану соціогуманітарного розвитку та інформаційно-комунікативного забезпечення охорони здоров'я в мовах ОТГ у довоєнний та воєнний період**

Види ризиків	Частковий коефіцієнт	Оцінка за 1995 р.		Оцінка за 2014 р.		Оцінка за 2019 р.		
		бали	Σ	бали	Σ	бали	Σ	
Соціальні	1. Погіршення умов праці	0,09	7	0,63	6	0,54	4	0,36
	2. Зниження реальної заробітної плати	0,12	8	0,96	6	0,72	5	0,6
	3. Ліквідація робочих місць і скорочення персоналу підприємства	0,07	9	0,63	5	0,35	3	0,21
	4. Ліквідація або перепрофілювання об'єктів соціальної інфраструктури	0,06	9	0,54	4	0,24	3	0,18
	5. Скорочення обсягів фінансування соціальних витрат	0,09	8	0,72	6	0,54	5	0,45
Політичні	1. Погіршення відносин з Росією й іншими країнами СНД	0,06	3	0,18	5	0,3	8	0,48
	2. Відсутність чіткої зовнішньополітичної доктрини розвитку держави	0,04	7	0,28	5	0,2	7	0,28
	3. Загроза розколу держави по вертикалі "схід-схід-захід-схід"	0,04	4	0,16	9	0,36	8	0,32
	4. Відсутність підтримки в населення органів законодавчої і виконавчої влади	0,03	7	0,21	5	0,15	6	0,18
	5. Відсутність у кримських органів влади реальної автономії	0,08	6	0,48	5	0,4	7	0,56
Регіональні	1. Ризик виникнення міжнаціональних конфліктів	0,06	6	0,36	4	0,24	6	0,36
	2. Дефіцит енергетичних ресурсів	0,08	3	0,24	5	0,4	7	0,56
	3. Низький рівень капіталовкладень у модернізацію промислових підприємств	0,07	8	0,56	6	0,42	4	0,28
	4. Зниження інтелектуального потенціалу населення	0,08	4	0,32	7	0,56	8	0,64
	5. Неврегульованість земельних відносин	0,03	6	0,18	8	0,24	5	0,15
Σ	1		6,45		5,66		5,61	

Управління соціальним ризиком – це процес виявлення невизначеності (аналіз і оцінка ризику), прийняття і реалізація управлінських рішень, що дають змогу запобігати або зменшувати негативний вплив несприятливої події на об'єкт ризику. На жаль, зараз в Україні основний напрям діяльності держави й окремих суб'єктів господарювання у сфері управління соціальними процесами належить до сфери компенсації наслідків окремих складових соціального ризику. Мета управління соціальним ризиком на промисловому підприємстві полягає у створенні оптимальних пропорцій між витратами по пріоритетних напрямках соціального розвитку й ресурсних можливостей суб'єктів господарювання.

Управління соціальним ризиком передбачає створення системи, що відповідає б сучасним вимогам до управлінських заходів і була спрямована на досягнення таких глобальних цілей, як: забезпечення максимально ефективного соціального захисту працівників, що не мають можливості для самостійного вирішення соціальних проблем; забезпечення доступності і прийнятної якості базових соціальних благ, таких як медичне обслуговування, відпочинок і освіта.

Головний стратегічний напрям мінімізації соціальних ризиків – це реформування соціально-трудових відносин в Україні в напрямі їх адаптації до ринкових умов, безконфліктного збалансування інтересів роботодавців і найманих робітників з метою ефективного економічного розвитку на основі забезпечення соціальної стабільності і згоди.

Стратегія мінімізації соціальних ризиків функціонування промислових підприємств ОТГ повинна будуватися на принциповій позиції визнання необхідності єдності економічної і соціальної орієнтації розвитку промислових підприємств, усвідомлення визначальної ролі сфери соціально-трудових відносин у підвищенні ефективності виробничих процесів, подоланні соціально-економічних розбіжностей між роботодавцями і працівниками промислових підприємств, досягнення соціальної й економічної безпеки підприємства.

Необхідною умовою мінімізації соціальних ризиків функціонування суб'єктів господарювання ОТГ є підвищення ролі держави в регулюванні соціального розвитку підприємств, забезпеченні постійного, систематичного і результативного соціального діалогу роботодавців і найманих робітників. Разом з тим

необхідно зазначити, що зростання ролі держави є неможливим без створення в країні дієвого ринкового механізму мінімізації соціальних ризиків. Під таким механізмом варто розуміти сукупність форм, методів, важелів впливу на стан соціально-трудоких відносин, за допомогою яких може здійснюватися узгодження і збалансування інтересів соціальних партнерів, мотиваційне забезпечення оптимізації розвитку соціально-трудоких відносин.

У структурі механізму мінімізації соціальних ризиків визначальними блоками мають бути:

- організаційно-правовий – визначальна сукупність адміністративно-правових методів, організаційно-правових факторів впливу у вигляді формування законодавчої бази соціального розвитку, його договірного регулювання на партнерських засадах, поступове впровадження корпоративної культури; постійне вдосконалення колективно-договірного регулювання й контролю за виконанням трудоких угод;

- мотиваційне забезпечення, що передбачає комплекс економічних, фінансово-кредитних, інвестиційних важелів, які визначають стан оплати праці, формують важелі мотивації соціальних партнерів до співробітництва, підвищення ефективності роботи;

- соціально-освітній, що передбачає розвиток соціальної сфери, розвиток людського капіталу підприємств і організацій, забезпечення безперервного освітнього і професійного розвитку робочої сили, підвищення її конкурентоспроможності, кадрове забезпечення соціального партнерства;

- соціальний захист, тобто система соціальних гарантій і пільг, адекватних ринковим перетворенням і економічній ситуації в країні, стану зайнятості);

- соціально-психологічне забезпечення трансформації трудокого менталітету і впровадження корпоративної культури – сукупності засобів політичного, культурного, психологічного впливу на трудоку свідомість щодо заміни патерналістських установок на партнерські, засвоєння цінностей корпоративної культури, формування працівників ринкового типу з орієнтацією на підвищення конкурентоспроможності на ринку праці.

Безумовно, головним елементом механізму мінімізації соціальних ризиків функціонування промислових підприємств є стабілізація соціально-трудоких відносин і їх адаптація до ринкової економіки на

основі оптимізації соціально-економічних регуляторів соціального розвитку.

Слід зазначити, що реалізація запропонованих вище елементів механізму мінімізації соціальних ризиків ускладнюється рядом причин: по-перше, новизною розробки проблем мінімізації соціальних ризиків, пов'язаних з переходом до ринкових умов господарювання; по-друге, істотними соціальними втратами за роки впровадження ринкових реформ, зокрема, відходом від досить високого для працівників рівня соціальних гарантій (властивим періоду планової централізованої економіки); по-третє, практичною неможливістю швидко і по всіх напрямках вивести соціальні гарантії на міжнародний рівень (хоча б за деякими основними показниками, що враховуються в процесі визначення індексу людського розвитку).

Виявлені в процесі дослідження недоліки соціального розвитку промислових підприємств, негативні соціальні наслідки, що супроводжували проведення ринкових реформ, переконують у тому, що більшість урядових рішень і законів у соціальній сфері попередньо не піддавалися відповідній експертизі.

Правове регулювання соціального розвитку колективів промислових підприємств ОТГ має охоплювати комплекс питань відтворення робочої сили працівника, його життєзабезпечення: законодавче встановлення гарантованої мінімальної заробітної плати на базі розрахунку прожиткового мінімуму і його різновидів; податкове регулювання доходів; порядок індексації заробітної плати у випадку інфляції; законодавчо встановлене право вибору професії, одержання загальної і професійної освіти, виробничого навчання і перенавчання, профорієнтації; законодавча регламентація тривалості робочого часу і відпочинку, норм безпеки праці, запобігання професійному ризику. Крім того, процес удосконалення законодавчої бази соціального розвитку необхідно спрямувати на перехід від пасивного трудового законодавства, що зберігає робочі місця і структуру зайнятості без урахування їх економічної доцільності, до соціально активного трудового законодавства, яке стимулює галузеву, територіальну, професійну мобільність робочої сили, підвищення її якості і створення нових робочих місць. У процесі розробки заходів щодо мінімізації соціальних ризиків необхідно враховувати, що слабкість існуючої організаційної і правової бази соціального розвитку пов'язана з тим, що створена законодавча база все ще



залишається орієнтованою на стару економічну модель, при якій держава, установлюючи правила регулювання соціально-трудова відносин, самостійно фінансувало їх розвиток. У сучасних умовах виникла ситуація наявності сукупності гарантій і пільг, що повинні реалізовувати вже не держава, а підприємства. У підсумку виконання умов трудового законодавства стало економічно не вигідним для багатьох роботодавців, а відсутність жорсткого контролю за виконанням норм трудового законодавства призводить до їх ігнорування, що особливо чітко простежується на прикладі промислових підприємств приватної форми власності, де відбуваються порушення умов праці, спостерігається більш висока інтенсивність праці, порушується законодавство щодо оплати лікарняних, надання відпусток. Тому з метою мінімізації соціальних ризиків, незалежно від наявності або відсутності профспілок на підприємствах, обов'язково необхідно укладати й реально виконувати колективний договір. Укладання індивідуальних і колективних договорів на всіх підприємствах має бути обов'язковою нормою, закріпленою законодавчо. Мають потребу в чіткому визначенні функції держави і регіонів у регулюванні соціального розвитку промислових підприємств, статусу, повноважень і обов'язків роботодавців і працівників. У цьому контексті набуває важливого значення розробка і прийняття соціально-трудова стандартів та індикаторів, на які повинні спиратися колективно-договірні відносини (цими стандартами повинні визначатися умови праці, права, обов'язку сторін трудової угоди, наприклад, мінімальна оплата праці, час роботи і відпочинку, вимоги і норми з охорони праці тощо).

Щодо питання, який рівень соціальних гарантій важливо передбачати і фіксувати в законодавчих документах (низький, але реально досяжний у конкретних економічних умовах України, або мінімально необхідний для цивілізованої держави й міжнародно визнаний), то, на нашу думку, необхідно законодавчо закріплювати мінімально необхідні для цивілізованої держави рівні соціальних гарантій, а всі випадки, пов'язані з неможливістю їх реалізації, зазначати окремо із вказівкою тимчасової невідповідності, причин невідповідності і конкретних термінів подолання. Українці важливо перебороти і такий недолік у соціальному розвитку, як зайва декларативність та низька змістовність багатьох колективних договорів і угод, відсутність необхідних санкцій у випадку їх

недотримання. На нашу думку, для підвищення ефективності спільної діяльності соціальних партнерів необхідно уточнити й поширити систему укладених трудових угод, важливо обов'язково передбачати в їх змісті такі питання: підвищення мотивації до ефективної роботи, включаючи конкретні розміри тарифних умов оплати праці, форми, системи й розмір оплати праці; механізм регулювання оплати праці з урахуванням зростання цін, рівня і темпів інфляції, індексації невиплаченої заробітної плати; заходи для сприяння продуктивної зайнятості і захисту від безробіття, організації перенавчання, перекваліфікації, перерозподілу робочої сили, створення нових робочих місць з використанням роботи інвалідів, молоді; всебічне обговорення умов звільнення; тривалість робочого часу і часу відпочинку, порядок надання і тривалості відпусток; застосування норм праці, їх всебічна обґрунтованість з урахуванням організаційно-технічних, економічних, психофізіологічних, соціальних факторів; поліпшення умов праці, її охорони, екологічна безпека й охорона здоров'я на підприємстві; добровільне й обов'язкове медичне страхування; гарантії і пільги для працівників, що сполучають роботу з навчанням; передбачити профілактичні заходи щодо появи трудових конфліктів і страйків, засоби їх врегулювання і прогнозування; забезпечення трудової дисципліни; забезпечення можливостей участі і співучасті працівників в управлінні підприємством; оздоровлення й організація відпочинку працівників і їх сім'ї; контроль за виконанням колективного договору, порядок внесення в нього змін і доповнень, відповідальність сторін, забезпечення сприятливих умов для роботи профспілки. Реалізація представлених вище напрямів мінімізації соціальних ризиків функціонування промислових підприємств ОТГ, безумовно, буде сприяти становленню ефективної моделі соціально-трудова відносин, формуючи передумови для забезпечення необхідних темпів соціально-економічного розвитку промислових підприємств України. Мінімізація соціальних ризиків має створити умови для реалізації творчого потенціалу працівників у виробничій сфері і до припинення руйнівних процесів у соціально-трудова сфері і підвищення ефективності праці найманих робітників. Якщо подивитися на список основних проблем АР Крим, то стане ясно, що за останні роки становище майже на всіх напрямках соціального й економічного розвитку різко погіршилося. На сьогодні в АР Крим порівняно з іншими регіонами України спостерігається найбільша

частка збиткових підприємств – 43,9%, не виконуються планові показники зі створення нових робочих місць. Економіка АР Крим працює на 10-12% від можливих потужностей. Виконання плану заходів для посилення державної політики у сфері регулювання земельних відносин перебуває в незадовільному стані, як і використання й охорона земель. Має потребу в посиленні робота з протидії корупції і контрабанді, вдосконалення кадрової політики у повоєнній економіці. Руйнівні процеси зайшли так далеко, що зараз мова повинна йти не про косметичні заходи, що час від часу пропонує діюча влада, а про перегляд принципів економічної політики. У роботі за допомогою методу парних порівнянь на основі багатовимірного шкалування була зроблена оцінка ступеня впливу основних негативних факторів на соціальний розвиток промислових підприємств (табл. 3.2.).

Установлено, що найбільший негативний вплив на рівень соціального розвитку промислових підприємств справляють недостатня врегульованість відносин між центральними й регіональними органами влади – 17,85%, незадовільний інвестиційний клімат – 16,14%, низька конкурентоспроможність продукції, що випускається, – 13,87%, високий рівень диференціації розвитку – 12,86%. Таким чином, необхідні пошук і практична реалізація заходів для ліквідації або мінімізації негативного впливу на соціальний розвиток вищевказаних факторів регіонального розвитку.

Найважливішою складовою промислової політики має стати сприяння економічній діяльності підприємств в обмін на виконання ними соціальних зобов'язань перед своїми працівниками.

Соціально-економічний розвиток неможливий без відродження тих економічних структур, галузей промисловості, що можуть відіграти роль “локомотива” всієї економіки.

Слід також зазначити, що суспільство опинилося перед рядом серйозних загроз і небезпек, що ставлять під сумнів його здатність справитися з кризовими явищами і стати на шлях динамічного розвитку. Особливу важливість тут має демографічна проблема. . Тому необхідно активно зайнятися створенням гідно оплачуваних робочих місць у високотехнологічному виробництві в освітній і культурній, туристичній сферах.

Таблиця 3.2

**Розрахунок впливу пріоритетного ряду чинників, які справляють негативний вплив на соціальний розвиток суб'єктів господарювання ОТГ у довоєнний період**

№	Фактори	№ з/п										Добуток по рядках, W	Значення $\frac{10}{\sqrt{W}}$	Ступінь впливу фактора	Ранг		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						
1	Недосконалість бюджетних і міжбюджетних відносин	1	0,33	4	3	0,2	0,5	0,3	0,25	0,5	0,3	0,25	0,25	0,408	0,73	6,39	7
2	Високий рівень диференціації розвитку регіонів	3	1	0,3	5	0,5	5	0,2	3	5	0,2	3	2	44,5500	1,46	12,86	4
3	Скорочення чисельності населення	0,3	3	1	5	0,25	3	0,5	4	0,33	0,5	2	3,7125	1,14	10,03	5	
4	Скорочення кількості відпочиваючих	0,3	0,25	0,2	1	0,33	4	0,3	0,25	0,33	0,25	0,25	0,0002	0,42	3,69	10	
5	Недостатня врегульованість відносин між центром і автономією	5	2	4	3	1	5	4	6	0,25	0,25	0,33	1188,0	2,03	17,85	1	
6	Проблеми працевлаштування й облаштуваності депортованих народів	2	0,2	0,3	0,3	0,2	1	0,5	0,25	0,33	4	0,0011	0,51	4,45	9		
7	Безсистемність господарювання	3	5	2	4	0,25	2	1	0,25	0,33	0,25	1,2375	1,02	8,98	6		
8	Зловживання керівників підприємств	0,2	0,33	0,3	4	0,17	4	4	1	0,25	0,33	0,0148	0,66	5,77	8		
9	Незадовільний інвестиційний клімат	4	0,5	3	2	4	3	3	4	1	0,25	432,0	1,83	16,14	2		
10	Низька конкурентоспроможність продукції, що випускається	4	0,33	0,5	4	3	0,3	4	3	4	1	95,04	1,58	13,87	3		
	$\Sigma$												11,37				

У сучасному світі регіоналізм реалізується, як правило, знизу, а не зверху, і суть його – у пошуку оптимальних механізмів участі регіонів з яскраво вираженими регіональними ознаками в загальнодержавних процесах. При цьому держава пропонує себе як силу, не тільки здатну містити свої економічно відсталі регіони, тим самим позбавляючи їх власних внутрішніх імпульсів до зростання, а й готову створювати їм умови для саморозвитку. Роль держави підвищується від рівня простого управління до рівня здійснення програм з комплексного розвитку регіону як цілісного утворення. Така участь держави у вирішенні регіональних проблем є взаємовигідною, адже примарний розвиток регіонів – це системний розвиток його самого, прискорений інтеграційними можливостями.

Україна, у свій час, вже зробила кілька кроків у цьому напрямку. Указом Президента “Про Концепції державної регіональної політики” у 2001 р. визначені її основи. Верховна Рада прийняла Постанову “Про стан і перспективи розвитку депресивних регіонів, міст і селищ України”. Однак розроблені в нас програми поки що безсистемні, суб’єктивні, адже процес їх підготовки не був науково виваженим, а в його ході, не виключено, лобіювалися ті або інші райони або міста, підприємства або організації. Як наслідок – дуже часто програми недостатньо ефективні.

На сьогодні існує потреба в реалізації трьох основних напрямів реформування відносин між центральними й регіональними органами влади.

Перший напрям – це проведення конституційної або політичної реформи, покликаної змінити розподіл повноважень між галузями влади, відносини органів місцевого самоврядування і державної виконавчої влади. Місцеве самоврядування є найбільш “слабкою ланкою” в загальній системі влади в країні. Держава втручається в його майнову, фінансову політику, у земельні й інші відносини. При цьому воно не забезпечує в повному обсязі виконання своїх функцій на місцях, недооцінює роль місцевих рад. Крім того, доводиться констатувати, що думки з місць недостатньо враховуються центральними органами державної виконавчої влади.

Необхідне проведення всеохоплюючої реформи системи влади в Україні, що створить умови для політичної, економічної і соціальної стабілізації, захисту прав і свобод громадян, дотримання демократичних принципів. Невідкладного вирішення потребує

питання вдосконалення законодавчої бази, внесення змін у чинні закони і прийняття ряду нових. Сучасні тенденції соціального розвитку вимагають прийняття нової редакції Закону “Про місцеве самоврядування”. Крім того, необхідне прийняття законів: “Про місцеве самоврядування громади”, “Про місцеве самоврядування району”, “Про місцеве самоврядування області”. На жаль, проблеми життєдіяльності територіальних громад, що мають потребу в законодавчому вирішенні, значно випереджають законотворчий процес.

Україна має бути трансформована в державу самоврядних територіальних громад. У зв’язку з цим дуже важливо законодавчо закріпити положення про громаду. Це зняло б багато питань про те, хто розпоряджається землею за межами населених пунктів, до якого бюджету надходять податки за землю і, зрештою, запобігло б “розбазарюванню” землі. Через відсутність законодавчої бази, що регулює відносини між регіональними органами влади, постійно виникають правові колізії, особливо з питань бюджету, власності й насамперед – землі. Це нерідко призводить до безвідповідальності й порушень законів посадовими особами.

Другий напрям – вдосконалення бюджетних і міжбюджетних відносин. За останні роки майже в чотири рази скоротилися дотації з державного бюджету на витрати, зумовлені особливостями соціально-економічного розвитку регіонів. Це не дає можливості в повному обсязі вирішувати найгостріші для кримчан проблеми газифікації і водопостачання сільських населених пунктів, виконання берегоукріплюючих та інших соціально значущих програм.

Таким чином, стан фінансового забезпечення місцевих бюджетів критичне. При їх плануванні і виконанні на законодавчому рівні немає чіткого розмежування делегованих і власних повноважень органів місцевого самоврядування. Держава постійно бере на себе опікунські функції і породжує споживчі настрої на місцях. Тому бюджетні відносини мають потребу в подальшій оптимізації.

Насамперед, необхідна послідовна робота з децентралізації податків. Якщо встановлено, наприклад, що 46% у консолідованому бюджеті країни становлять місцеві бюджети, то всі 46% джерел наповнення бюджетів мають бути передані на місця. У зв’язку з цим необхідно невідкладно частину повноважень держави передати органам місцевого й регіонального самоврядування з одночасною

передачею їм відповідних матеріальних і фінансових ресурсів. За місцевим самоврядуванням необхідно узаконити такі види податків, що дають змогу регіональним органам влади незалежно від центру виконувати власні повноваження, необхідно надавати їм право на проведення податкових експериментів.

Назріла необхідність розробити економічно обґрунтовані критерії формування місцевих бюджетів. Для цього варто прийняти Закон “Про мінімальні державні соціальні стандарти”. Повинен бути розроблений нормативно-правовий метод формування бюджетів, при якому видаткова частина розраховується на основі мінімальних державних соціальних стандартів. Саме державні стандарти відповідно до гарантій, визначених Конституцією країни, повинні стати критеріями для розрахунку видаткових статей місцевих бюджетів. У цьому випадку трансферти будуть ґрунтуватися не на суб’єктивізмі чиновників, а на чіткому розподілі повноважень, законодавчо закріплених за кожним рівнем влади. Ці нормативи повинні затверджуватися щорічно в законі про державний бюджет.

Крім того, необхідно створити систему зацікавленості громад у нарощуванні власних ресурсів, що не допускає конфіскації приросту дохідної частини. У зв’язку з цим відповідні зміни повинні бути внесені до Бюджетного кодексу. Варто розглянути можливість розширення переліку дохідних джерел на фінансування власних повноважень місцевих органів влади, дозволити фінансування окремих соціально значимих програм і проектів з бюджетів різних рівнів.

Третій напрям – удосконалення адміністративної реформи і розмежування повноважень між органами місцевого самоврядування і місцевих органів виконавчої влади на рівні районів і областей. Аналіз повноважень цих органів показує, що 16 з них повністю дублюють одне одного, а 12 – частково. Сформована практика приводить до розмивання відповідальності і конфліктів між радами і державними адміністраціями. Необхідно ліквідувати двовладдя, скасувати районні державні адміністрації і створити повноцінні виконавчі органи районних рад.

### Резюме за розділом 3

1. З метою підвищення ефективності управління соціогуманітарним розвитком трудових колективів ОТГ в т.ч. удосконалення управління інформаційно-комунікативною компонентою закладів охорони здоров'я в повоєнних умовах адміністративно-територіальних реформи пропонується алгоритм складання планів соціального розвитку суб'єктів господарювання в т.ч. промислових підприємств, що повинні містити такі розділи і напрями робіт: вдосконалення соціальної структури колективу, соціальні чинники розвитку виробництва й підвищення його економічної ефективності, поліпшення умов праці та побуту працівників, охорони здоров'я, виховання дисципліни праці, розвиток трудової активності і творчої ініціативи.

2. Служба соціального розвитку покликана проводити соціологічні дослідження на підприємстві й на основі всебічного вивчення соціальних проблем організації праці, побуту та відпочинку працівників розробляти й реалізовувати заходи, що забезпечують виявлення та використання резервів зростання продуктивності праці і підвищення ефективності виробництва, вдосконалення управління соціальними процесами, поліпшення виховної роботи й розвиток творчої активності працівників. Крім того, вона повинна організувати роботу з управління соціальним розвитком трудових колективів, методичне забезпечення, координацію розробки і реалізації планів, цільових комплексних програм соціального розвитку в чому немаловажну роль відіграє удосконалення управління інформаційно-комунікативною компонентою закладів охорони здоров'я в умовах адміністративно-територіальних реформи.

3. Основними складовими механізму управління соціальним розвитком трудових колективів виступають: матеріальне стимулювання, соціально-психологічні механізми, профорієнтація та соціальна адаптація, формування трудового потенціалу, поліпшення умов праці, забезпечення дозвілля працівників, поліпшення житлових умов працівників, підготовка кадрів, соціальне нормування й регулювання, соціальне партнерство ін.

4. У результаті проведених розрахунків сукупної оцінки соціального повоєнного стану функціонування промислових підприємств ОТГ за станом, показує що величина ризику знизилася з



64,5% до 56,6%. У структурі ризиків найбільша питома вага належить зниженню реальної заробітної плати – 7,2%, зниженню інтелектуального потенціалу населення – 5,6%, погіршенню умов праці – 5,4%, скороченню обсягів фінансування соціальних витрат 5,4%, низькому рівню капіталовкладень у модернізацію промислових підприємств. Безперечно удосконалення управління інформаційно-комунікативною компонентою закладів охорони здоров'я в повоєнних умовах адміністративно-територіальних реформи малоб суттєвий вплив на покращення цих показників.

5. За прогнозними оцінками, рівень соціального розвитку функціонування суб'єктів господарювання, промислових підприємств, та населення ОТГ суттєво підвищиться і відповідатиме встановленим Європейським взірцям і стандартам. Це зумовлює необхідність розробки й реалізації відповідного комплексу заходів для мінімізації впливу негативних чинників, мінімізації соціальних ризиків у цій сфері функціонування суб'єктів господарювання, промислових підприємств.

## Висновки за частиною II

У книзі наведені теоретичне узагальнення і нове вирішення наукового завдання удосконалення управління інформаційно-комунікативною компонентою закладів охорони здоров'я в умовах адміністративно-територіальних реформи на прикладі комунікаційного забезпечення функціональної діяльності медичних закладів об'єднаних територіальних громад, у повоєнний період, в контексті управління соціальним розвитком трудових колективів шляхом визначення теоретичних підходів, оцінювання діяльності окремих суб'єктів господарювання ОТГ України. Обґрунтовано механізми управління соціогуманітарним розвитком ОТГ, та системи організаційних та економічних механізмів управління цією сферою як господарською компонентою в умовах ОТГ, якістю медико-профілактичного обслуговування ін.

1. Економічна категорія “Управління інформаційно-комунікативною компонентою закладів охорони здоров'я в повоєнний період та в умовах адміністративно-територіальних реформи” характеризується системою керівних, регулятивних та організаційно-економічних заходів. Найбільш вагомими складовими даної категорії є цілі, закономірності, принципи. Цілі згруповано на макро-, мезо-, мікрорівнях. Закономірності складаються з реалізації пріоритетних соціальних цілей та механізмів управління в нових умовах ОТГ. Серед принципів виділено як традиційні, так і нові, які включають соціальне партнерство, відповідальність, стабільність.

2. Вивчення вітчизняного та зарубіжного досвіду управління соціальним розвитком показує, що ефективна соціальна політика, належна охорона здоров'я зумовлюють зростання продуктивності праці, фінансових показників діяльності ОТГ. Сучасний менеджмент переходить до соціально орієнтованої концепції управління, яка базується на соціальному партнерстві, корпоративній культурі, регіональних традиціях та соціальній відповідальності.

3. Встановлено що серед чинників зовнішнього середовища, що впливають на ефективність управління інформаційно-комунікативною компонентою закладів охорони здоров'я в довоєнний період, в умовах адміністративно-територіальних реформи, на прикладі комунікаційного забезпечення функціональної діяльності медичних закладів об'єднаних територіальних громад та соціального управління найбільший вплив справляли: рівень і ефективність

соціального захисту населення з боку держави – 19%, рівень державної підтримки розвитку соціальної інфраструктури підприємств – 15,5%, доступність кредитних ресурсів – 13,8%, рівень податкового тиску – 9,5%.

Серед чинників внутрішнього середовища більшою мірою впливають на ефективність соціального управління ОТГ загалом: механізм формування і використання фонду соціального розвитку – 18%, застосовувана система оплати праці і матеріального стимулювання на підприємстві – 17,6%, ефективність використання економічного потенціалу підприємства – 16,7%, розвиненість соціальної інфраструктури – 11,7%.

4. Рівень соціогуманітарного розвитку населення та трудових колективів ОТГ як господарської компоненти, у широкому значенні виражається сукупністю умов і відносин, що визначають життя, працю, побут та інтелектуально-культурний розвиток працівників даного підприємства, характеризує досягнутий у колективі на певний проміжок часу рівень задоволення різних потреб людей (не тільки фізичних, а й соціальних, інтелектуальних, духовних), а також визначає й оцінює реальні економічні джерела та соціально-правові гарантії забезпечення життєдіяльності й подальшого розвитку території. На суб'єктах господарювання та підприємствах ОТГ не приділяється достатньо уваги як соціальному, так і медичному розвитку колективів, розмір витрат на соціальний розвиток незначний порівняно з необхідним.

5. Для тактичних цілей авторами в повоєнний період запропоновано в умовах ОТГ управління інформаційно-комунікативною компонентою закладів охорони здоров'я на досвіді комунікаційного забезпечення функціональної діяльності окремих медичних закладів об'єднаних територіальних громад використовувати критерій соціального захисту, а для оцінки перспективного розвитку – використовувати індекс людського (соціогуманітарного) розвитку. При цьому доцільно використовувати критерії прямого та непрямого впливу на рівень соціального розвитку.

Проведена авторами оцінка індексу людського (соціогуманітарного) розвитку різних регіонів показала, що найбільш сприятливе соціальне середовище непрямого впливу на розвиток колективів ОТГ справляє сприятлива атмосфера, активне

впровадження новацій у сферу обслуговування загалом та в охорону здоров'я зокрема.

6. Комплекс організаційно-економічних механізмів управління соціогуманітарним розвитком трудового колективу включає: не лише медико-профілактичне обслуговування, а і соціальне нормування, вдосконалення управління інформаційно-комунікативною компонентою закладів охорони здоров'я в повоєнний період, регулювання та мотивацію, соціально-психологічні механізми, профорієнтацію та соціальну адаптацію, формування трудового потенціалу, поліпшення умов праці, забезпечення дозвілля працівників, поліпшення житлових умов працівників, підготовку кадрів на основі принципу соціального партнерства.

В нових повоєнних умовах господарювання для жителів ОТГ важливим є не тільки стимулювання безпосередньо у сфері трудової діяльності та за її рахунок, а також можливість роботи за вільним графіком, надання прав користування закладами соціальної сфери, управління інформаційно-комунікативною компонентою закладів охорони здоров'я в повоєнний період, організація дозвілля працівників та членів їх сімей, використання чинника вільного часу, соціальних пілґ, а також забезпечення працівників страховкою та додатковою пенсією.

7.3 метою підвищення ефективності управління соціогуманітарним розвитком суб'єктів господарювання пропонується виділення функцій управління інформаційно-комунікативною компонентою закладів охорони здоров'я в повоєнний період, формування служби соціального розвитку, основними напрямками діяльності якої є проведення прикладних соціологічних досліджень, пошук шляхів удосконалення розвитку трудових колективів ОТГ, планування та прогнозування показників їх розвитку, а також розробка й упровадження заходів, спрямованих на вирішення соціальних проблем, покращення охорони здоров'я.

8. У результаті проведених розрахунків економічної ефективності заходів, сукупної оцінки стану соціогуманітарного розвитку населення ОТГ, трудових колективів, промислових підприємств Найбільш негативно впливають організаційні й економічні чинники серед яких зниження інтелектуального потенціалу населення – 64%; зниження реальної заробітної платні – 60%; дефіцит енергетичних ресурсів – 56% ін.

Отже управління соціальногуманітарним розвитком населення та трудових колективів ОТГ, інформаційно-комунікативною компонентою закладів охорони здоров'я в повоєнний період, на рівень їх розвитку впливає поліпшення соціального забезпечення, покращення медико-профілактичного обслуговування і соціального захисту населення. З метою підвищення його рівня життя, ефективності роботи ОТГ потребує подальшого вдосконалення система управління їх соціогуманітарним розвитком, чому сприятиме впровадження запропонованих у науковій роботі рекомендацій.

Вставити : Андрушків, Шерстюк, Куценко, Новікова, Ядранський, Погайдак, опонентів

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адамчук В.В., Ромашов О.В., Сорокина М.Е. Экономика и социология труда. – М.: ЮНИТИ, 1999. – 407 с.
2. Амоша О.І. Стан, тенденції та основні напрями розвитку соціально-трудова відносин на державному та регіональному рівнях // Соціально-економічні аспекти промислової політики. Соціально-трудова відносини у сучасних економічних умовах. Зб. наук. пр. – Донецьк: Ін-т економіки промисловості НАН України, 2001. – С. 14 – 24.
3. Антология социально-экономической мысли в России. Дореволюционный период. – М.: Изд-во Русского христианского гуманитарного ин-та, 2000. – 832 с.
4. Антюшина Н. Шведская модель социального партнерства в европейском контексте // Человек и труд. – 2003. – № 7. – С. 81-83.
5. Базилюк А. Соціальне партнерство як засіб вирішення соціально-економічних проблем // Україна: аспекти праці. – 1997. – № 1. – С. 22– 25.
6. Бандур С.І. Структурна перебудова економіки України в контексті забезпечення національних інтересів та соціальних пріоритетів // Зайнятість та ринок праці: Міжвід. наук. зб. – К.: РВПС України НАН України. – 1998. – Вип. 13. – С. 3 – 12.
7. Бандур С.І., Заяць Т.А., Терон І.В. Сучасна регіональна соціально-економічна політика держави: теорія, методологія, практика. – К.: РВПС України НАН України. – ТОВ “ПРИНТ-ЕКСПРЕС”, 2002. – 250 с.
8. Бандур С.І., Цимбал О.І. Трудоресурсна безпека України в контексті глобалізації економіки та розвитку ринку праці // Проблеми формування ринкової економіки: Міжвід. наук. зб. Спец. вип. “Управління людськими ресурсами: проблеми теорії і практики”. – К.: КНЕУ. – 2001. – С. 19 – 28.
9. Барышев В. Социальное партнерство как фактор стабилизации // Человек и труд – 2003. – № 7. – С. 77-80.
10. Беккер Г. Человеческий капитал. – М.: Изд-во МГУ, 1997. – 682 с.
11. Богиня Д. Соціально-трудова відносини в Україні в контексті оплати праці та регулювання доходів // Україна: аспекти праці. – 2003. – № 7. – С. 3-8.
12. Богиня Д.П. Відчуження праці в системі чинників розвитку

трудового менталітету // Український соціум: соціологічні дослідження та моніторинг соціальної політики (соціологія, політика, педагогіка, економіка). – 2002. – № 1. – С. 122-133.

13. Богиня Д.П. Сучасні проблеми соціально-трудових відносин, організація оплати праці та регулювання доходів в Україні // Социально-экономические аспекты промышленной политики. Социально-трудовые отношения в современных экономических условиях: Сб. научн. тр. – Том 1. – Донецк: Ин-т экономики пром-сти НАН Украины. – 2003. – С. 23 – 32.

14. Богиня Д.П., Семикіна М.В. Трудовий менталітет в системі мотивації праці. – Кіровоград: “Поліграф-Терція”, 2002.– 226 с.

15. Большой толковый социологический словарь: в 2 т. / Сост. Дэвид Джери, Джулия Джери. – М.: Вече-АСТ. –1999.– Т. 1. – 544 с.

16. Бондар Я.А., Роман Г.М. Профспілка й соціальне партнерство – регулювання ринку і національна безпека // Вісник Академії праці і соціальних відносин Федерації профспілок України. Спецвипуск “До ІУ з’їзду Федерації профспілок України”. – 2002. – С. 20 – 21.

17. Буравльов Є. Ринкові перетворення – шлях до зменшення соціального напруження у суспільстві // Україна: аспекти праці. – 2000. – № 2. – С. 40 – 42.

18. Буртник Л. Партнерство як перспектива на шляху до розв’язання соціально-економічних проблем // Україна: аспекти праці. – 2002. – № 1. – С. 47 – 49.

19. Бутко М., Мурашко М. Регіональні складові соціального партнерства // Економіка України. – 2001. – № 4. – С.4-9.

20. Вимірювання бідності: розробка індикаторів соціально-економічної захищеності населення України: Стат. видання. – К.: Держкомстат України, 2002. – 207 с.

21. Власюк О.С., Пирожков С.І. Індекс людського розвитку: досвід України / Національний ін-т стратегічних досліджень. – К.: ПРООН, 1995. – 84 с.

22. Волгин Н.А. Японский опыт решения экономических и социально-трудоуых проблем. М., 1998.– 216 с.

23. Гелько В.В. Розбудова системи соціального партнерства – необхідна передумова стабілізації соціально-трудоуих відносин \ \ Бюлетень національної служби посередництва і примирення. – 2002. – № 11. – С. 30-32.

24. Генкин Б.М. Экономика и социология труда. – М.:

Издательская группа НОРМА-ИНФРА·М, 2000. – 412 с.

25. Герасименко С., Свистун С. Узагальнююча оцінка соціально-економічних явищ // Проблеми статистики: Зб. наук. праць. – К.: НДІ статистики, 2000. – № 2. – С. 14-19.

26. Герасимчук В.І. Соціально-трудові відносини як фактор соціалізації ринку праці: методологічні аспекти // Зайнятість і ринок праці: Міжвід. наук. зб. – К.: РВПС України НАН України, 2001. – Вип. 15. – С. 56-64.

27. Гончарук О.С. Оцінка рівня соціального партнерства на виробничому, територіальному та національному рівнях в Україні // Вісник Академії праці і соціальних відносин. – 2002. – № 5. – С. 42-47.

28. Горда А.С., Космарова Н.А. Управление социальным развитием коллектива, Симферополь, 2004. – 35 с.

29. Гриненко А.М. Соціальна справедливість як принцип і мотиваційна складова соціальної політики // Вісник Технологічного університету Поділля. Серія: економічні науки. – 2003. – № 4. – Ч. 1. – Т. 1. – С. 95 – 99.

30. Грیشнова О.А. Людський капітал: формування в системі освіти і професійної підготовки. – К.: Т-во “Знання”, КОО, 2001. – 254 с.

31. Грیشнова О.А. Соціальний розвиток як чинник економічного зростання / Социально-экономические аспекты промышленной политики. Социальная политика и человеческое развитие: Сб. науч. тр. – Т. 2 / НАН Украины. Ин-т экономики пром-сти; Редкол.: Амоша А.И. (отв.ред.) и др. – Донецк, 2003. – С. 13-18.

32. Грошилін Г. Нові функції і роль держави у регулюванні соціально-трудових відносин в Україні // Україна: аспекти праці. – 1996. – №5. – С.33-39.

33. Гуляєв В. Інформація в системі соціального партнерства // Україна: аспекти праці. – 2000. – №7. – С.28-30.

34. Гуляєв В.В. Особливості соціального партнерства в Україні // Соціальні пріоритети ринку праці в умовах структурної модернізації економіки. Наукові доповіді міжнар. наук.-практ. конф.: В 2 т. – К.: Мінпраці та соціальної політики України, РВПС України НАН України, Український інститут соціальних досліджень. – 2000. – Т. 1. – С.132-137.

35. Гуляєв В.В. Проблеми взаємодії партнерів у використанні



людського потенціалу / Проблеми формування ринкової економіки: Міжвід. наук. зб. Спец. вип. “Управління людськими ресурсами: проблеми теорії і практики”. – К.: КНЕУ. – 2001. – С. 413 – 418.

36. Гутгарц Р.Г. Эволюция подходов к управлению кадрами предприятия // Менеджмент. – 2001. - № 5. – С. 18 – 31.

37. Довбня В.В. Соціалізація та гуманізація соціально-трудових відносин – шляхи підвищення ефективності праці // Регіональні перспективи. – 2002. – № 3 – 4. – С. 150 – 151.

38. Долішній Д.П., Злупко С.М. Соціально-трудовий потенціал: теорія і практика. Ч.1. – К.: Наукова думка, 1994. – 264 с.

39. Долішній М.І., Злупко С.М., Злупко Т.С., Токарський Т.Б. Трудовий потенціал, зайнятість і ринок праці (теорія і практика). – Львів: ІРД НАН України, 1997. – 340 с.

40. Ерфан Є.А. Соціально-трудові відносини в умовах становлення ринку праці // Соціальні пріоритети ринку праці в умовах структурної модернізації економіки. Наукові доповіді міжнар. наук.-практ. конф.: В 2 т. – К.: Мінпраці та соціальної політики України, РВПС України НАН України, Український інститут соціальних досліджень. – 2000. – Т. 2. – С.147-150.

41. Єріна А.М. Статистичне моделювання та прогнозування. – К.: КНЕУ, 2001. – 170 с.

42. Жернаков В. Соціальне партнерство як форма реалізації соціально-трудових відносин // Соціальний захист. – 1999. – № 7.

43. Жуков В., Скуратівський В. Соціальне партнерство в Україні. Навч. посіб. – К.: Вид-во УАДУ, 2001. – 200 с.

44. Жуков В.І. Проблеми впровадження соціального партнерства на ринку праці // Соціальні пріоритети ринку праці в умовах структурної модернізації економіки. Наукові доповіді міжнар. наук.-практ. конф.: В 2 т. – К.: Мінпраці та соціальної політики України, РВПС України НАН України, Український інститут соціальних досліджень. – 2000. – Т. 1. – С.155-161.

45. Задорожний Г.В., Коврига О.В., Смоліков В.В. Соціальне партнерство – реальний шлях до відкритого суспільства. – Х.: Харк. ін-т бізнесу і менеджменту, 2000. – 192 с.

46. Зайцев Ю.К. Соціалізація економіки України та системна трансформація суспільства: методологія і практика: Монографія. – К.: КНЕУ, 2002. – 188 с.

47. Закон України «О коллективных договорах и соглашениях»

от 01.07.93 г., № 3356–XII.

48. Закон Украины «О предприятиях в Украине» от 27.03.91 г., № 887-XII.

49. Закон Украины «О профессиональных союзах, их правах и гарантиях деятельности» от 15.09.99 г., № 1045-XIV.

50. Закон Украины «Об оплате труда» от 24.03.95 г., № 108/95.

51. Закон Украины «Об отпусках» от 15.11.96 г., № 504/96-ВР.

52. Закон Украины «Об охране труда» от 14.10.1992 г., № 2694-XII.

53. Закон України „Про організації роботодавців” // Голос України. – 2001. - №112.

54. Закон України „Про професійні спілки, їх права та гарантії діяльності”. Вип.2. – К.: Четверта хвиля, 1999. – 32 с.

55. Закон України про колективні договори і угоди // Закони України. – Т.6. – К.: Ін-т законодавства Верховної Ради України, 1996. – С.5-11.

56. Інтелектуальний потенціал та науково-технічна політика / За ред. М.І.Долішного. – Львів: ІРД НАН України, 1999. – 234 с.

57. Казаков В.С. Социальная политика и теория постмодерна // Персонал. – 2000. – № 1(55) – Приложение № 1 (6). – С. 39 – 41.

58. Казановський А.В., Колот А.М. Соціальне партнерство на ринку праці – Краматорськ: Національний центр продуктивності, 1995. – 152 с.

59. Кодекс законів про працю України // Кодекси України: В 2-х т. – К.: Юрінком Інтер, 2001. – Т.1. – 79 с.

60. Козенков Д. Є. Глобалізація економіки та її вплив на соціально-трудова сферу // Україна: аспекти праці. – 2001. – №3. – С.23-29.

61. Колот А. М. Організаційно-економічний механізм регулювання доходів працюючих: шляхи вдосконалення // Україна: аспекти праці. – 2003.– № 2.– С. 25 – 31.

62. Колот А. М. Проблема становлення й розвитку соціально-трудова відносин в Україні // Україна: аспекти праці. – 2000. – № 3. – С.23-27.

63. Колот А. М. Проблеми розбудови національної моделі соціально-трудова відносин // Україна: аспекти праці. – 2002. – № 5. – С. 23 – 28.

64. Колот А. М. Розвиток виробничої демократії як чинник удосконалення соціально-трудова відносин // Україна: аспекти праці. – 2001. – №6. – С.21-28.

65. Колот А. М. Теоретико-методологічні основи сутності соціально-трудо­вих відносин // Соціально-економічні аспекти промислової політики. Соціально-трудо­ві відносини у сучасних економічних умовах: Зб. наук пр. – Донецьк: Ін-т економіки промисловості НАН України. – 2001. – Т. 1.– С. 51–60.

66. Колот А. М. Теоретичні й прикладні аспекти становлення і розвитку сторін соціально-трудо­вих відносин та їх представницьких органів // Україна: аспекти праці. – 2002. – №2. – С.14-25.

67. Колот А.М. Глобалізація як чинник трансформації соціально-трудо­вих відносин / Стратегії економічного розвитку в умовах глобалізації: Монографія / За ред. Д.Г.Лук'яненка. – К.: КНЕУ, 2001. – С. 55-66.

68. Колот А.М. Договірне регулювання соціально-трудо­вих відносин: стан, шляхи удосконалення // Социально-экономические аспекты промышленной политики. Социально-трудо­вые отношения в современных экономических условиях: Сб. научн.тр. – Донецк: Ин-т экономики пром-сти НАН Украины. – 2003. – Т. 1. – С. 12 – 23.

69. Международная экономическая деятельность: региональный аспект./ Ф.В. Зінов'єв, В.Є. Реутов, Н.А. Космарова та інші – Сімферополь: Таврия, 2006. – 176с. (С.157 - 169).

70. Методические аспекты исследования региональной экономики. / Ф.В. Зінов'єв, В.Є. Реутов, Н.А. Космарова та інші – Сімферополь: Таврия, 2005. – 160с. (С. 73 - 86).

71. Космарова Н.А. Концепція соціально-економічної відповідальності в сучасному бізнесі // Вісник Сумського національного аграрного університету. Серія: Фінанси і кредит. – 2005. – № 2. – С. 264-267.

72. Космарова Н.А. Современное состояние и проблемы социального развития промышленных предприятий Крыма // Экономика и управление. – 2005. – № 6. – С. 16-19.

73. Космарова Н.А. Социальный заказ как одно из средств формирования социально ориентированной экономики // Экономика Крыма. – 2004. – № 11. – С. 27-30.

74. Космарова Н.А. Соціальні механізми стимулювання найманих працівників // Держава та регіони. Серія: Економіка та підприємництво. – 2006. – № 1. – С. 145-148.

75. Космарова Н.А., Зиновьев И.Ф. Оценка потерь от оттока интеллектуального потенциала // Экономика Крыма. – 2005. – № 13. – С. 13-15.

76. Космарова Н.А. Безопасность информационных потоков //

Обеспечение доступности информации: проблемы науки, образования, практики: Сб. тез. док. Международной научно-практической конференции. – Симферополь: ТНУ, 2004. – С. 40-44.

77. Космарова Н.А. Зарубежный опыт управления социальным развитием трудовых коллективов // Дні науки: Зб. тез доповідей: В 3-х т. / Гуманітарний університет “ЗІДМУ”, 28-29 жовтня 2004 р.; Ред. кол. В.М. Огаренко та ін. – Запоріжжя: ГУ “ЗІДМУ”, 2004. – Т. 1. – С. 71-72.

78. Космарова Н.А. Планирование социального развития на предприятиях // Наука і вища освіта: Зб. тез. доп. Міжвузівської наукової конференції. – Запоріжжя: ГУ “ЗІДМУ”, 2006. – С. 53-54.

79. Космарова Н.А. Человеческие ресурсы как фактор конкурентоспособности предприятия // Теория и практика экономики и предпринимательства: Сб. тезисов док. Международной научно-практической конференции. – Симферополь: ТНУ, 2006. – С. 157-158.

80. Костромин Г.Т. Адаптация производственного коллектива предприятия к нововведениям в условиях реструктуризации производства // Наукові праці Кіровоградського державного технічного університету. Економічні науки. – Вип. 3. – Кіровоград: КДТУ. – 2002. – С. 130 – 133.

81. Кравченко А. И. Классики социологии менеджмента: Ф. Тейлор, А. Гастев. – Санкт-Петербург: Изд-во Русского Христианского гуманитарного ин-та, 1999. – 319 с.

82. Куликов Г.Т. Мотивация труда наемных работников. Монография. / Отв. ред. Д.П.Богиня. – К.: Институт экономики НАН Украины, 2002. – 339 с.

83. Куценко В.І., Богуш Л.Г., Комарова О.А., Остафійчук Я.В. Гуманітарна сфера: питання теорії і практики. – К.: Науковий світ, 2002. – 456 с.

84. Лагутін В.Д. Соціальне партнерство і проблеми реформування оплати праці в Україні // Соціальні пріоритети ринку праці в умовах структурної модернізації економіки. Наукові доповіді міжнар. наук.-практ. конф.: В 2 т. – К.: Мінпраці та соціальної політики України, РВПС України НАН України, Український інститут соціальних досліджень. – 2000. – Т. 1. – С. 148-154.

85. Лібанова Е. Трансформаційні процеси, соціальна стратифікація і перспективи становлення середнього класу // Економіка і прогнозування. – 2002. – № 2.

86. Лібанова Е.М. Соціальні аспекти політики економічного зростання в Україні // Україна на порозі ХХІ століття: уроки реформ

та стратегія розвитку. М-ли наук.конф. – К.: НТУУКПІ, 2001. – С. 64-78.

87. Лісна І. Ф. Єдність економічної та соціальної ефективності на підприємстві: Дис. ... канд. екон. наук: 08.06.01 – економіка, організація і управління підприємствами. - Харків., 2003. – 170 с.

88. Мандибура В. Соціальна політика держави та її структурні складові // Україна: аспекти праці. – 2000. – №7. – С.21-23.

89. Маршавін Ю.М. Соціальне партнерство у системі регулювання ринку праці України// Социально-экономические аспекты промышленной политики. Социально-трудовые отношения в современных экономических условиях: Сб. науч. тр. – Донецк: ИЭП НАН Украины. – 2001. – Т.2. – С. 5-12.

90. Михеев В.А. Основы социального партнёрства: теория и политика. – М.: Экзамен, 2001. – 448 с.

91. Мірошниченко О. В. Методологічні проблеми удосконалення системи соціально партнерства в Україні: Дис. ... канд. екон. наук: 08.09.01 – Демографія, економіка праці, соціальна економіка і політика. – Харків., 2004. – 229 с.

92. Мірошниченко О. Система показників стану соціального партнерства в Україні та її інформаційне забезпечення // Регіональні аспекти розвитку і розміщення продуктивних сил України: Зб. наук. пр. Тернопільської академії народного господарства. – Тернопіль: Економічна думка. – 2002. – Вип.7. – С.200-206.

93. Мірошниченко О.В. Методологічні підходи до розробки концепції розвитку соціально-трудового партнерства в Україні // Регіональні аспекти розвитку і розміщення продуктивних сил України: Зб. наук. пр. Тернопільської академії народного господарства. - Тернопіль: Економічна думка. – 2003. – Вип.6. – С. 202-211.

94. Мірошниченко О.В. Роботодавець – його місце та роль у системі соціального партнерства / Соціальне партнерство / С.В.Бакуменко, І.Є.Левенець (кер. авторського кол-ву), О.М.Грибанов та ін.: Навч. посібник. – К.: 1999. – С.80-106.

95. Мірошниченко О.В. Розвиток соціально-трудового партнерства в Україні: методологія, методика аналізу, напрямки вдосконалення / В.В.Онікієнко (відповід.ред.). – К.: РВПС України, УІСД. – Вид-во ТОВ “ПРИНТ-ЕКСПРЕС”. – 2003. – 187 с.

96. Мірошниченко О.В. Соціальне партнерство в системі соціально-трудових відносин // Вісник Технологічного університету Поділля. – Ч. 1., Т. 1. Економічні науки. – Хмельницький, 2003. – № 4.

– С. 216-220.

97. Мірошніченко О.В. Сутність та принципи розвитку соціально-трудового партнерства // Зайнятість та ринок праці. Міжвідомч.наук.зб. – К.: РВПС України НАН України. – 2003. – № 18. – С. 74-83.

98. Мірошніченко О.В. Умови формування і розвитку соціального партнерства в Україні на сучасному етапі / Социально-экономические аспекты промышленной политики. Социально-трудовые отношения в современных экономических условиях: Сб. науч. тр. – Т.1. / НАН Украины. Ин-т экономики пром-сти; Редкол.: Амоша А.И. (отв. ред.) и др. – Донецк, 2003. – С.251-257.

99. Моніторинг соціальних процесів в Україні / За ред.: І.К.Бондар, Г.В.Ярошенко, В.І.Науменко, Н.А.Соколенко. – К.: Знання, 1999. – 260 с.

100. Новикова О.Ф., Буздуган Ю.А., Амоша А.И. и др. Социальные проблемы: оценки и пути решения. Книга 2. Социальная политика. – Донецк: ИЭП НАН Украины, 1995. – 102 с.

101. Новіков В. М. Соціальне партнерство: шляхи становлення і розвитку // Економіка України. – 2001. – № 4. – С. 85-88.

102. Новіков В.М. Зарубіжний досвід соціального партнерства // Україна: аспекти праці. – 1998. – № 1.

103. Новікова О. Ф. Соціальна безпека: організаційно-економічні проблеми і шляхи вирішення. – Донецьк: ІЕП НАН України, 1997. – 460 с.

104. Новікова О.Ф. Перешкоди у формуванні стратегії соціального партнерства на ринку праці та шляхи їх подолання // Соціальні пріоритети ринку праці в умовах структурної модернізації економіки. Наукові доповіді міжнар. наук.-практ. конф.: В 2 т. – К.: Мінпраці та соціальної політики України, РВПС України НАН України, Український інститут соціальних досліджень. – 2000. – Т. 1. – С. 137-148.

105. Осовий Г.В. Алгоритм розвитку соціального партнерства в Україні (політекономічний аспект) // Социально-экономические аспекты промышленной политики. Социально-трудовые отношения в современных экономических условиях: Сб. научн. тр. – Донецк: Ин-т экономики пром-сти НАН Украины. – 2003. – Т. 1. – С. 32 – 45.

106. Організація та особливості підготовки наукових кадрів вищої кваліфікації. Укл. Шерстюк. Р.П. Андрушків Б. М. Кирич. Н.Б., Мельник Л.М. ін.. – Терноіль: ФОП Паляниця .А., 2021. 132 с.

107. Петров Ю. Д. Регулювання соціально-трудових відносин в

умовах ринкової економіки: Дис. ... канд. екон. наук: 08.09.01 – Демографія, економіка праці, соціальна економіка і політика. – К., 2004. – 236 с.

108. Петров Ю.Д. Мотиваційні важелі регулювання соціально-трудових відносин // Вісник Технологічного університету Поділля. – Ч. 1, Т.1. Економічні науки. – Хмельницький, 2003. – № 4. – С. 152-156.

109. Петров Ю.Д. Соціально-трудові відносини: еволюція наукової думки, методологія дослідження. // Соціально-економічні аспекти промислової політики. Соціально-трудові відносини в сучасних економічних умовах: Сб. науч. тр. – Т.1. / НАН України. Ін-т економіки пром-сти; Редкол.: Амоша А.И. (отв. ред.) и др. – Донецьк, 2003. – С. 286-293.

110. Попов Ю.Н., Шевчук А.В. Современная экономика и социология труда. – М. – 2003. – 224 с.

111. Пригожин А.И. Современная социология организаций. - М.: Интер-пракс, 1995. 295 с.

112. Приймак В.І. Формування системи соціального партнерства в умовах становлення і розвитку ринку праці в Україні // Соціальні пріоритети ринку праці в умовах структурної модернізації економіки. Наукові доповіді міжнар. наук.-практ. конф.: В 2 т. – К.: Мінпраці та соціальної політики України, РВПС України НАН України, Український інститут соціальних досліджень. – 2000. – Т. 1. – С.161-167.

113. Проблеми соціального розвитку в Україні: Зб. наук. пр. / Відп. ред. Новіков В.М. – К.: Ін-т економіки НАН України, 1994. – 116 с.

114. Руденко В.М. Соціально-трудові відносини: шляхом посередництва і примирення // Соціальний захист. – 1999. – № 7.

115. Садовенко А., Маслова-Лісічкіна Н. Соціальне партнерство і демократичне плюралістське суспільство // Україна: аспекти праці. – 1996. – №1. – 62-64.

116. Семигин Г. Ю. Социальное партнерство. – М.: Издательство «Мысль», 1996 – 206 с.

117. Сергієнко О. Соціальна політика в сучасному світі та в Україні // Україна: аспекти праці. – 2002. – № 1. – С.31-37.

118. Сибірцев В. В. Оцінка соціального стану виробничого колективу в умовах антикризового управління промисловими підприємствами: Дис. ... канд. екон. наук: 08.06.01 – економіка, організація і управління підприємствами. - Кіровоград., 2005. – 157 с.

119. Сіденко С.В. Соціальний вимір ринкової економіки. – К.: Вид.центр “Київ. Ун-т”, 1998. – 248 с.
120. Скуратівський В., Палій О., Лібанова Е. Соціальна політика. – К.: Вид-во УАДУ, 1997. – 360 с.
121. Слепенков ИМ., Аверин Ю.П. Основы теории социального управления. М., 1991. С – 234.
122. Смольков В.Г., Магомедов К.О., Чугрин С.И. Социальное партнерство в России. – М.: Графити-АС, 2000. – 200 с.
123. Социальная политика в условиях экономических и политических реформ украинского общества // Персонал. – 2000. – №1 (55).–Прилож. № 1.– 135 с.
124. Социальное партнерство. – М.: Издательство «Экономика», 1999 – 236 с.
125. Социальное партнерство: взаимные обязательства сторон: Справочник / Рос.тресторон.комис. по регулированию социально-трудовых отношений. – М.: НИИТЭХИМ, 2001. – 290 с.
126. Социально-экономические аспекты промышленной политики. Социально-трудовые отношения в современных экономических условиях: Сб. науч. тр. – Т.1. / НАН Украины. Ин-т экономики пром-сти; Редкол.: Амоша А.И. (отв. ред.) и др. – Донецк, 2003. – 372 с.
127. Социальные технологии. Толковый словарь /Под ред. В.Н. Иванова. М.— Белгород, 1995. С -123.
128. Социальный менеджмент /Отв. ред. В.Н. Иванов, В.И. Патрушев. М., 1998. С – 348.
129. Социальный менеджмент /Под ред. Д.В. Валового. - М.:ЗАО «Бизнес-школа «Интел-Синтез», 2000. - С. - 248.
130. Соціальна захищеність населення України / О.Ф.Новікова, О.Г.Осауленко, І.В.Калачова та ін. – Донецьк; Київ: ІЕП НАН України; Держкомстат України, 2001. – 360 с.
131. Соціальна сфера в умовах трансформації економіки / Куценко В.І., Богуш Л.Г., Шевченко Ю.М. та ін. – К.: РВПС України НАН України, 2000.–355 с.
132. Соціальне партнерство / С.В.Бакуменко, І.Є.Левенець (кер. авт. кол.) та ін.: Навч. посібник. – К.:1999.– 300 с.
133. Соціальне партнерство на ринку праці України: Навч. посібник. / Ю.М.Маршавін, С.В.Бакуменко, В.М.Данюк та ін. – К.: 1998. – 152 с.
134. Соціальне партнерство та його роль в становленні ринкової економіки в Україні: Зб.наук.пр. / Харк. ін-т бізнесу і менеджменту;



Г.В.Задорожний (відп.ред.). – Х., 2000. – 222 с.

135. Соціальні пріоритети ринку праці: методологія, практика, шляхи забезпечення // Бандур С.І., Заяць Т.А., Онікієнко В.В. та ін. – К.: РВПС України НАН України. – 2001. – 261 с.

136. Соціально-економічний механізм регулювання ринку праці та заробітної плати / Д.П. Богиня, Г.Т. Куліков, В.М. Шамота та ін. – К.: Ін-т економіки НАН України. – 2001. – 300 с.

137. Соціально-економічні дослідження в перехідний період. Механізми регулювання регіонального ринку праці : Зб. наук. пр. / Відп. ред. М.І. Долішній. – Львів: Ін-т регіональних досліджень НАН України. – 2002. – 399 с.

138. Спостереження та вимірювання соціальної захищеності населення України: проблеми становлення / О.Г. Осауленко, О.Ф. Новікова, О.І. Амоша та ін. – Донецьк: ІЕП НАН України, Держкомстат. – 2003. – 440 с.

139. Сторожук В.П. Вплив соціально-економічних віносин на конкурентоспроможність підприємства // Социально-экономические аспекты промышленной политики. Социально-трудовые отношения в современных экономических условиях: Сб. научн. тр. – Донецк: Ин-т экономики пром-сти НАН Украины. – 2003. – Т. 1. – С. 325 – 328.

140. Туленков Н.В. Формирование социальной политики – универсальная технология социального менеджмента. // Персонал. – 2000. – № 1(55) – Приложение № 1 (6). – С. 41 – 47.

141. Українець С. Соціально-трудові відносини в Україні: зміст і розвиток // Україна: аспекти праці. – 1999. – № 1. – С. 35 – 41.

142. Удосконалення управління соціогуманітарною компонентою господарської діяльності промислового підприємства. – Вид-цтво. Астон, 2014.- 218 с.

143. Чуча С.Ю. Становление и перспективы развития социального партнерства в Российской Федерации. – М.: Вердикт-1М, 2001. – 311 с.

144. Шамота В.М., Тімофєєв В.О. Соціально-економічні передумови формування трудових відносин ринкового типу // Социально-экономические аспекты промышленной политики. Социально-трудовые отношения в современных экономических условиях: Сб. научн. тр. – Донецк: Ин-т экономики пром-сти НАН Украины. – 2003. – Т. 1. – С. 55 – 64.

145. Шишкін В. Методика оценки уровня человеческого развития // Проблемы статистики: Зб. наук. праць. – К.: НДІ статистики, 1999. – № 1. – С. 234-238.

146. Экономика труда и социально-трудовые отношения / Под ред. Меликьяна Г.Г. , Колосовой Р.П. – М.: МГУ, Изд-во ЧеРо, 1996. – 623 с.
147. “Overview of Business and Community Investment”, Issue brief, Business for Social Responsibility, 2003. P. 42.
148. “Overview of Corporate Social Responsibility”, Issue brief, Business for Social Responsibility, 2003. P. 35.
149. »Business and economic development: the impact of corporate responsibility standards and practices«, Business for Social Responsibility, USA, 2003. P. 121-135.
150. Arran Skott. Slight Drop in Japan’s Jobless Rate Stirs Hopes for More Consumption. Wall Street Journal. New York. Dec. 29. 1999. P. 32.
151. Brinkmann-Herz, D. Die Unternehmensmitbestimmung in der BRD. Der lange Weg einer Reformidee. Köln, 1975. S. 7.
152. David Logal & Michael Tuffrey “Companies in communities: valuing the contribution”, CAF, 1999. P. 48.
153. Drucker P.F. Landmarks of Tomorrow. New Brunswick (US) - L. (UK), 1996. P. 86.
154. Galbraith J.K. The New Industrial State. 2 nd ed. L., 1991. P. 29.
155. Habermas J/ The Philosophical Discourse of Modernity. Cambridge, 1995. P. 363.
156. Hammer M. Beyond Reengineering. How the Process-Centered Organization Is Changidg Our Work and Our Lives. N.Y., 1996. – P. 13, 92.
157. Hasegawa Harukiyo & Glenn D. Hook. Japanese Business Management: Restructuring for low growth and globalization. London – New York – Routletge. 1998. P. 326.
158. John Griffith “The acceptable face of capitalism? Corporate involvement in the charitable and voluntary sectors”, DEMOS report, CAF, 1995. P. 421.
159. Klinkhammer, H.; Welsau, D. Mitbestimmung in Deutschland und Europa. Berlin, 1995. – S. 63.
160. Latin America research review. Vol. 30, n. 1, 1995. – P. 185.
161. Motohiro Morishima. Embedding HRM in Social Context. British Journal of Industrial Relations, 1995. Dec. – P. 33 – 34.
162. Niedenhoff, H. Mitbestimmung in der Bundesrepublik Deutschladn. Köln, 1990. – S. 12.
163. Shultz T. Human Capital: Policy Issues and Research Opportunities // Human Resources: Fiftieth Anniversary Colloquium VI. – N. Y., 1975. P. 48

# КОРОТКИЙ ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК З МЕДИКО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ, СОЦІАЛЬНОЇ ПРОБЛЕМАТИКИ ТА ОХОРОНИ ПРАЦІ

## Проблеми соціального управління

**Активність соціальна** - сукупність форм людської діяльності, свідомо орієнтованої на вирішення завдань, які стоять перед суспільством, класом, соціальною групою, в конкретний історичний період. Суб'єктом активності соціальної може виступати особистість, колектив, соціальна група, прошарок, клас, суспільство в цілому.

**Благо** - одне з наріжних понять філософії та соціології моралі, запроваджене для визначення того, що є кращим й гідним вибору. Благо є те, що має позитивний зміст, тобто є позитивною цінністю.

**Благодійництво** - благодійна безкорислива пожертва фізичних та юридичних осіб у поданні набувачам матеріальної, фінансової, організаційної та іншої благодійної допомоги. Специфічними формами благочинства є меценатство (спонсорство).

**Бродяжництво** - переміщення в продовж тривалого часу з одного населеного пункту до іншого або в межах одного населеного пункту особи, яке не має постійного місця проживання чи залишала його.

**Взаємодія соціальна** - процес спільної практичної, теоретичної комунікативної діяльності і соціальної поведінки як мінімум двох осіб, груп чи спільнот під час якого вони впливають один на одного, що породжує їхню взаємозумовленість.

**Війна** - стан, у якому держави застосовують одна проти одної всі форми тиску з дотриманням дії законів та звичаїв ведення війни.

**Волонтерство** - добровільне прийняття обов'язків по наданню безоплатної соціальної допомоги, послуг патронажу над інвалідами, хворими та людьми похилого віку, а також особами і соціальними групами, що виявилися в складній життєвій ситуації.

**Геноцид** - дії, вчинені з наміром знищити (повністю або частково) будь - яку національну, етнічну чи релігійну групу. Геноцид - це вбивство членів групи, заподіяння їм тяжких тілесних ушкоджень або таких, що призводять до розумового розладу, навмисне створення умов життя, розрахованих на вимирання груп, заходи щодо зменшення народжуваності, насильницьке передання дітей іншій

групі людей.

**Геріатрія** - (з грецької - старіш) - розділ геронтології, який вивчає особливості захворювання людей похилого та старечого віку, а також методи лікування та запобігання їм.

**Жебрацтво** - (старцювання, злидарювання) - стан, при якому ведення нормального способу життя індивіда стає неможливим або утрудненим через відсутність матеріальних і фінансових коштів, власності, навичок трудової діяльності, а соціальне функціонування забезпечується значною мірою випрошуванням милостині.

**Інститут соціальний** - форма організації і засіб здійснення спільної діяльності людей, що забезпечує стабільне функціонування суспільних відносин.

**Медико-соціальна експертиза** - служба, яка визначає ступінь обмеження життєдіяльності людини, причину, час настання, групу інвалідності, сприяє проведенню ефективних заходів щодо профілактики інвалідності, сприяє проведенню ефективних заходів щодо профілактики інвалідності, реабілітації інвалідів, пристосування їх до суспільного життя.

**Менеджмент у соціальній сфері** - управління, яке здійснюють в особливій сфері соціальної діяльності - соціальній роботі, спрямованій на надання допомоги, підтримки та соціальний захист усіх людей, насамперед так званих уразливих прошарків та груп.

**Методи соціальної роботи** - сукупність прийомів, способів, діяльності суб'єктів соціальної роботи, які використовують для розв'язання соціальних проблем клієнтів, стимулювання розвитку їхніх власних сил, конструктивної діяльності щодо зміни несприятливої життєвої ситуації.

**Опіка** - засіб захисту особистих і майнових прав та інтересів неповнолітніх, які не досягли 15 років і залишилися без батьківського піклування, а також повнолітніх осіб, визнаних судом недієздатними внаслідок душевної хвороби або недоумства.

**Рівень життя** - поняття, що характеризують задоволення соціально - економічних та духовних потреб людей, починаючи від первинних потреб (у харчуванні, житлі, одязі, освіті, праці відпочинку та ін.) і аж до вищих потреб, пов'язаних із задоволенням духовних, моральних та естетичних запитів.

**Страховання соціальне** - сукупність норм, які передбачають порядок формування державних страхових фондів, розмір

обов'язкових страхових платежів, коло платників цих платежів та термін сплати внесків, а також відповідальність у разі несплати або несвоєчасної сплати обов'язкових платежів; порядок використання коштів на соціальне забезпечення і соціальне обслуговування громадян та їхніх сімей у випадках, передбачених законодавством.

**Сутенер** - особа, яка займається сутенерством, що полягає у створенні, керівництві або участі в організованій групі, яка забезпечує діяльність з надання сексуальних послуг особам чоловічої та жіночої статі для отримання прибутку.

**Технологія соціальна** - упорядкована сукупність процедур та операцій, за допомогою яких реалізуються певний соціальний проект або конкретну ціле раціональну ідею перетворення (реорганізації, модернізації, вдосконалення) соціальної реальності.

**Функції соціальної роботи** - (з лат. *functio* - виконання, завершення) - діяльність, обов'язок, призначення. Соціальна робота як суспільне явище, як вид професійної діяльності виконує у суспільстві низку функцій. Серед основних функцій соціальної роботи можна виділити: *організаційну* (створення та організація діяльності соціальних служб, залучення до їх роботи широкого кола громадськості); *діагностичну* (з її допомогою вивчаються особливості об'єктів соціальної роботи); *прогностичну* (аналізується можливий розвиток подій, процесів, виробляється певні моделі соціальної поведінки); *правозахисну* (використовуються закони і правові акти, спрямовані на надання допомоги і підтримки населенню, його захист); *профілактичну* (приводяться в дію різні юридичні, медичні, психологічні, педагогічні та інші механізми для запобігання негативних явищ); *соціально-медична* (організовується робота з профілактики захворювань і збереження здоров'я, оволодіння основами здорового способу життя); *соціально-педагогічна* (виявляються інтереси людей в культурній, спортивно-оздоровчій, художній та іншій діяльності); *психологічна* (здійснюються різні види консультування і корекції між особистих відносин); *соціально-побутова* (надання необхідної допомоги і підтримки різним категоріям населення, людям з обмеженими можливостями, людям похилого віку); *комунікативна* (встановлюються контакти з клієнтами, організовується обмін інформацією, виробляється єдина стратегія взаємодії, сприйняття і розуміння іншої людини або груп людей). По суті соціальна робота виконує функцію сполучної ланки

між тим, хто потребує допомоги, і тим хто її реально може дати (державна, громадські, благодійні, релігійні організації, конкретні особи).

**Цінність** - поняття, що фіксує позитивне або негативне значення якогось об'єкта чи явища; значимість явищ дійсності, їхню відповідальність основним потребам суспільства та індивіда, окремих соціальних груп.

**Цінності соціальні** - фундаментальні соціальні блага, які забезпечують функціонування і розвиток суспільства (мир, соціальна справедливість, життя людини, розвиток особистості, гідність людини, належні умови життя і духовного розвитку).

### **Короткий термінологічний словник з охорони праці та організації безпечної життєдіяльності населення ОТГ**

**Аварія** - пошкодження механізму, машини, пристрою, споруди під час роботи, руху.

**Аерозоль** - дисперсна система, що складається з дрібних твердих або рідких частинок та газового середовища, де зависають ці частинки.

**Акт санітарного обстеження** - обліковий та медичний документ, в якому лікар або його помічник відображають стан об'єкта при здійсненні поточного санітарного нагляду, а також пропозиції щодо усунення порушень санітарних норм і правил.

**Безпека праці** - стан умов праці, при яких виключений вплив на працюючих небезпечних виробничих факторів.

**Безпечна відстань** - найменша допустима відстань між працюючим і джерелом небезпеки, необхідна для забезпечення безпеки працюючого.

**Безпечність виробничого обладнання** - властивість виробничого обладнання зберігати відповідність вимогам безпеки праці при виконанні заданих функцій в умовах, установлених нормативно-технічною документацією.

**Безпечність виробничого процесу** - властивість виробничого процесу зберігати відповідність вимогам безпеки праці в умовах, установлених нормативно-технічною документацією.

**Вентиляція** - регульований повітряний обмін у приміщеннях, сприятливий для здоров'я людини; сукупність технічних заходів, які

забезпечують такий повітряний обмін.

**Види нагляду** - спеціалізація в здійсненні державного нагляду за безпечним веденням робіт у промисловості за галузевою ознакою, залежно від особливостей не контролюючих галузей народного господарства або контрольованих різновидностей обладнання, робіт.

*Наприклад:* вугільний нагляд, котлонагляд, газовий нагляд, нагляд за охороною надр.

**Виробничий мікроклімат** - поняття, яке характеризується дією таких параметрів виробничого середовища, як температура, вологість, швидкість руху повітря, інфрачервоне випромінювання навколишніх поверхонь.

**Вимоги безпеки праці** - вимоги, встановлені законодавчими актами, нормативно-технічною документацією, правилами та інструкціями, виконання яких забезпечує безпеку працюючих.

**Випадок травмування** - факт порушення природної цілісності або нормального функціонування організму людини.

**Виробнича санітарія** - система організаційних заходів і технічних засобів, що попереджують або зменшують дію на працівників шкідливих виробничих факторів.

**Вібраційна хвороба** - професійне захворювання, що спричиняється тривалою дією вібрації, яка передається через руки або поверхню опори тіла і характеризується розвитком агіотрофоневрозу, супроводжується іншими порушеннями функцій органів і систем.

**Вібрація** - механічне коливання у техніці (машинах, механізмах, конструкціях тощо).

**ГСТ (галузевий стандарт)** - одна з категорій стандарту; встановлюється на продукцію, що не охоплена системою державного стандарту; затверджується відповідним міністерством і відомством.

**Гігієна праці** - галузь гігієни, яка вивчає вплив трудових процесів і виробничого середовища на організм людини, розробляє гігієнічні нормативи і санітарні заходи, спрямовані на забезпечення сприятливих і здорових умов праці, профілактику професійної та загальної захворюваності.

**Гігієнічна експертиза** - розгляд, вивчення експертом (спеціалістом) будь-яких матеріалів, документів, іншої інформації, що потребує спеціальних знань з метою визначення їх відповідності вимогам санітарних норм і правил (гігієнічних нормативів); це комплексне вивчення проектів, державних і відомчих актів,

інвестицій, господарських та інших об'єктів на відповідність їх завданням збереження здоров'я населення, попередження можливого шкідливого впливу на нього факторів навколишнього середовища.

**Гігієнічна оцінка** - вивчення характеру та особливостей певного об'єкта, процесу з метою визначення їх відповідності гігієнічним вимогам з метою розробки оздоровчих і профілактичних заходів.

**Гігієнічне нормування** - обмеження інтенсивності і тривалості дії на організм людини чинників навколишнього середовища, тобто встановлення вмісту шкідливих хімічних речовин і рівнів фізичних, біологічних і психоемоційних факторів у об'єктах навколишнього середовища, обґрунтування безпечних для людини вмістів шкідливих речовин і рівнів факторів у цих об'єктах.

**Гігієнічний норматив** - це мінімальна і (або) максимальна величина (рівень) кількісного показника, що характеризує фізичний, хімічний, біологічний чинник навколишнього середовища або яке-небудь їх поєднання, комплекс, сукупність, що не справляє негативного впливу на здоров'я людини та її майбутніх поколінь. ГН обмежує умови, визнані гігієнічною наукою, допустимі для життєдіяльності людини.

**Гостра дія** - найменша доза або концентрація речовини, що спричинює при одноразовій дії зміни біологічних показників на рівні цілісного організму, які виходять за межі фізіологічних пристосувальних реакцій.

**Гранично допустима концентрація (ГДК)** - це максимальна кількість шкідливої речовини в одиниці об'єму або маси, яка при щоденній дії протягом необмеженого проміжку часу не викликає будь-яких хворобливих змін в організмі і негативних спадкових змін у нащадків; служить умовною, еталонною, реперною (відрахунковою) речовиною, яка визначена в лабораторних умовах; одиниця масштабу, від якої вимірюють ступінь небезпеки забруднення об'єктів навколишнього середовища.

**Гранично допустимий рівень виробничого фактора** - рівень виробничого фактора, дія якого при роботі встановленої тривалості протягом всього трудового стажу не призводить до травми, захворювання чи відхилення в стані здоров'я в процесі роботи чи у віддалені від терміну життя теперішнього і наступних поколінь.

**Державний санітарний нагляд (ДСН)** - спостереження за дотриманням державними органами, місцевими органами



самоврядування, підприємствами та установами, іншими суб'єктами господарювання та громадянами санітарного законодавства, санітарних та протиепідемічних норм і правил з метою попередження, виявлення та припинення їх порушень, яке здійснюється від імені держави органами та установами санітарно-епідеміологічної служби Міністерства охорони здоров'я України.

**ДСН попереджувальний** - нагляд, що проводиться при проектуванні, будівництві нових об'єктів промислового, житлово-комунального та культурно-побутового призначення, при їх реконструкції та зміні технологічного процесу, а також контроль за відповідністю продуктів харчування і промислових виробів санітарним нормам і вимогам.

**ДСН поточний** - нагляд за санітарним станом населених місць і діючих об'єктів, за дотриманням на них санітарних та протиепідемічних норм і правил.

**Державний стандарт** - одна з основних категорій стандартів; діє на всій території країни, затверджується органами влади (Держстандарт, Держбуд, Кабінет Міністрів).

**Дільниця роботи інспектора** - підприємство (група підприємств або об'єктів), на якому (яких) інспектор здійснює нагляд.

**Допустимий рівень** - кількісний допустимий норматив безпечного рівня дії речовини, який виражається у вигляді концентрації (доза) за певний середній проміжок часу.

**Дорожньо-транспортна пригода** - подія, що сталася під час руху транспортного засобу, внаслідок якої загинули або поранені люди чи завдані матеріальні збитки.

**Експертиза** - висновок компетентних осіб (особи), які володіють спеціальними знаннями у відповідній області; дослідження спеціалістом (або групою спеціалістів) питання, що потребує спеціальних знань у будь-якій галузі науки, наприклад медицини, техніки, мистецтва тощо з винесенням певних рекомендацій.

**Єдиний комплексний план оздоровчих заходів** - річний план заходів щодо охорони здоров'я працюючих на підприємствах чи установах (дітей в дошкільних закладах, школах, тощо), який складається спільними зусиллями профспілкової організації, медико-санітарної частини і санітарно-епідеміологічної станції.

**Забудівна (селительна) територія** - частина території міста, призначена для будівництва житлових і громадських будинків,

розміщення садів, парків, бульварів та ін.

**Запиленість** - санітарний показник забруднення повітря, що виражається співвідношенням ваги пилу до одиниці об'єму повітря (у мг/м).

**Засіб захисту на виробництві** - засіб, використання якого попереджує або зменшує дію на одного або більше працюючих небезпечних і (або) шкідливих виробничих факторів.

**Засіб індивідуального захисту** - засіб, призначений для захисту однієї особи.

**Засіб колективного захисту** - засіб, призначений для одночасного захисту двох і більше осіб.

**Захисне взуття** - взуття, призначене для попередження або послаблення дії на ноги людини травмуючих факторів.

**Захисний одяг** - одяг, призначений для попередження або послаблення дії на шкіру (або через шкіру) людини травмуючих факторів.

**Звітна документація** - документація, що містить звітні дані.

**Здоров'я** - стан повного фізичного, душевного й соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороби або фізичних дефектів.

**Знаки безпеки праці** - знаки, призначені для попередження працівника про можливу небезпеку, про необхідність використання відповідних засобів захисту, а також дозволяючі і забороняючі певні дії працюючих.

**Зупинка робіт (об'єктів)** - припинення подальшого ходу технологічного процесу (подальшої експлуатації об'єкту) у оформленні відповідного документу.

**Інтоксикація** - патологічний стан, обумовлений загальною дією на організм токсичних речовин ендogenousного або екзогенного походження.

**Комплексне обстеження** - обстеження підприємства (підприємств) групою спеціалістів різних видів нагляду і спеціалізації для всебічної перевірки стану технічної безпеки на підприємстві в цілому.

**Контрольно-профілактична робота (контрольна діяльність)** - комплексна діяльність, яка включає контроль і профілактичні заходи, спрямовані на попередження аварій і виробничого травматизму, раціональне використання родовищ корисних копалин і охорону надр, збереження вибухових матеріалів і правильне їх використання в

народному господарстві.

**Лікар санітарний з охорони праці (лікар-гігієніст з гігієни праці)** спеціаліст із проблем санітарного нагляду за дотриманням на промислових, будівельних і сільськогосподарських підприємствах гігієнічних норм і правил, спрямованих на профілактику професійних захворювань, зниження захворюваності працюючих.

**Небезпечна зона** - простір, в якому можлива дія на працівника небезпечних і (або) шкідливих виробничих факторів.

**Небезпечний виробничий фактор (небезпечний фактор)** - виробничий фактор, вплив якого на працівника у відповідних умовах призводить до травми або іншого раптового гострого погіршення здоров'я працюючого.

**Небезпечність речовини** - властивість речовини при попаданні в організм людини викликати шкідливі для здоров'я ефекти в реальних умовах виробництва або використання хімічних речовин.

**Нещасний випадок на виробництві** - випадок дії на працівника небезпечного виробничого фактора при виконанні ним трудових обов'язків або завдань керівника робіт.

**Норматив обстежень підприємств** - нормативна кількість обстежень, які повинен провести інспектор на підприємстві (підприємствах) протягом встановленого періоду (місяць, тиждень тощо).

**Облікова документація** - документація, в якій ведеться облік чого-небудь.

**Обстеження** - проведення огляду, перевірки підприємства, діляниці, об'єкта з метою з'ясування стану безпеки праці, дотримання вимог, правил і норм технологічної безпеки, охорони праці.

**Опалення** - технічна система, за допомогою якої здійснюється обігрівання повітря і огорож закритих приміщень з метою підтримання певної температури.

**Оперативне обстеження** - обстеження об'єкта, діляниці, цеху з метою систематичної перевірки стану техніки безпеки для прийняття оперативних заходів.

**Опломбування об'єкта** - зупинка об'єкта (робіт) шляхом накладення пломби в такій ланці, виключення якої не заважає проведенню робіт з усунення відмічених порушень, але не дозволяє виконання основного технологічного процесу.

**Орієнтовно-безпечний рівень дії шкідливих речовин** -

попередньо встановлений санітарно-гігієнічний рівень шкідливих речовин, тимчасово встановлений на основі розрахунку фізико-хімічних показників гострої небезпеки для здоров'я чи життя людини.

**Освітлення** - використання променистої енергії, що спричинює світлове відчуття для забезпечення зорового сприйняття та психофізіологічного комфорту людини.

**Охорона материнства і дитинства** - система державних і громадських медико-соціальних заходів, спрямованих на охорону та зміцнення здоров'я жінки, народження і виховання здорової дитини; в Україні ця система спирається на законодавство про охорону жіночої праці, праці вагітної та матері, що годує дитину, соціально-правову охорону матері та дитини, а також на широку мережу соціальних лікувально-профілактичних закладів, які надають акушерсько-гінекологічну та педіатричну допомогу.

**Охорона праці** - це система правових, соціально-економічних, організаційно-технічних, санітарно-гігієнічних і лікувально-профілактичних заходів та засобів, спрямованих на збереження здоров'я і працездатності людини в процесі праці.

**Перевірка виконання приписів** - обстеження об'єкта, підприємства з метою контролю виконання раніше виданого припису.

**Пестициди** - хімічні речовини, які використовуються для захисту рослин від хвороб і для знищення шкідників, а також для боротьби з носіями захворювань людей і тварин; більшість пестицидів токсична для людини, їх застосування суворо регламентоване.

**Підконтрольний об'єкт** - виробнича технологічна установка, устаткування, виріб, що контролюється органами Державного нагляду охорони праці.

**Підконтрольне підприємство** - адміністративно-господарська або адміністративно-технічна одиниця, на якій застосовуються контрольовані органами Державного нагляду охорони праці об'єкти, устаткування або технологія виробництва.

**Повідомлення (оповіщення)** - письмове повідомлення керівника підприємства про усунення порушень вимог правил і норм, виявлених при обстеженні і викладених у приписах.

**Пожежа** - це не контрольоване горіння поза межами спеціального вогнища. Залежно від розмірів матеріальних збитків, пожежі поділяються на особливо великі, великі та інші. Не належать до пожеж: випадки горіння, обумовлені специфікою технологічного

процесу виробництва чи умовами роботи промислових установок та агрегатів; вибухи та спалахи без наступного горіння; випадки само спалювання, якщо це не призвело до поширення вогню.

**Показники контрольної-профілактичної роботи** - числові вирази результатів контрольної-профілактичної роботи за відповідний період.

**Попередній нагляд (попереднагляд)** - нагляд за дотриманням вимог нормативно-технічної документації на період проектування, будівництва або реконструкції підприємства (об'єкта), а також на період пусконаладжувальних робіт.

**Припис** - документ, в якому викладаються виявлені порушення, терміни їх усунення і пропонуються заходи. Видається керівнику підприємства (структурного підрозділу) за підписом особи, яка проводила або керувала перевіркою.

**Причини травмування (аварії, порушення)** - недоліки конкретного виробничого процесу, виробничого обладнання і робітника, усунення яких зробило б неможливим даний випадок травмування (аварії, порушення).

**Промислові отрути** - речовини, що трапляються в процесі трудової діяльності людини як вихідні, проміжні, побічні та кінцеві продукти у вигляді газу, пари чи рідини, а також пилу, диму чи туману і які чинять шкідливий вплив на працюючих людей у випадку порушення правил техніки безпеки і гігієни праці, проникаючи в організм у кількості, що не відповідає його спадковим та набутим властивостям (у ряді випадків мова йде про чужу для організму якість зовнішньої дії).

**Професійне отруєння** - отруєння, спричинене дією токсичної речовини, контакт з якою був обумовлений характером та умовами професійної діяльності.

**Професійний відбір** - сукупність заходів, що мають мету відбору найбільш придатних кандидатів для виконання певного виду трудової діяльності за анатомо-фізіологічними і психологічними особливостями людини, а також за станом здоров'я.

**Професійні захворювання** - захворювання, спричинені негативним впливом на працюючих шкідливих умов праці (Державний стандарт 12.0.002-74).

**Професійні шкідливості** - фактори трудового процесу та виробничого середовища, що можуть безпосередньо або

опосередковано спричинити зниження працездатності або погіршення здоров'я працюючих.

**Профілактика** - система заходів, спрямованих на запобігання захворюванням, зміцнення здоров'я і збільшення тривалості життя людини; системи соціальних, гігієнічних, виховних і лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на попередження захворювань шляхом усунення причин і умов, що їх викликають, а також підвищення опірності організму до шкідливого впливу факторів навколишнього середовища.

**Пункт припису** - окрема позиція припису, що містить перелік порушень, норм, інструкцій на конкретному робочому місці (об'єкті) або перелік робочих місць об'єктів, що мають однотипні порушення.

**Санітарна експертиза** — вивчення лікарем-гігієністом певного документу (проекту, технологічного регламенту) з метою визначення його відповідності санітарному законодавству.

**Санітарне законодавство** - сукупність законів і підзаконних правових актів, постанов, розпоряджень, інструкцій, нормативів виданих органами державної влади, головним державним санітарним лікарем України або органами місцевого самоврядування з питань забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя, що обов'язкові для загального виконання.

**Санітарні норми** - офіційні документи, якими встановлюють гранично допустимі значення параметрів факторів навколишнього середовища з метою попередження їх шкідливого впливу на здоров'я людини.

**Санітарні правила** - офіційні документи, що містять вимоги до безпечної і нешкідливої для здоров'я населення діяльності підприємств, установ, споруд, обладнання та інструментів.

**Санітарно-епідеміологічна служба** - система установ і закладів Міністерства охорони здоров'я України та інших відомств, що здійснюють санітарний нагляд, а також система проведення санітарно-профілактичних і протиепідемічних заходів, спрямованих на захист здоров'я населення від впливу шкідливих факторів навколишнього середовища, зниження інфекційної захворюваності, поліпшення санітарних умов праці й побуту, проведення гігієнічних та епідеміологічних досліджень і експертиз. Вона включає санітарно-епідеміологічні, дезінфекційні та протичумні станції, центри здоров'я (здорового способу життя), профільні кафедри та науково-дослідні

заклади гігієнічного, епідеміологічного профілю.

**Санітарно-захисна зона** - зона, яка відділяє промислове підприємство від території забудови міст та інших населених пунктів, в межах якої розташування будинків і споруд, а також благоустрій території регламентується санітарними нормами.

**Техніка безпеки** - система організаційних заходів і технічних засобів, які запобігають впливу на робітників небезпечних виробничих факторів.

**Травма** - пошкодження організму при зовнішньому впливі (при пораненні, ударі, тощо).

**Травмуючий фактор** - виробничий фактор, вплив якого на працюючого призвів до травми.

**Транспортний засіб** - пристрій, призначений для перевезення людей і (або) вантажу, а також такий, на якому встановлено спеціальне обладнання чи механізм.

**Управління Держгірпромнагляду** - структурний підрозділ, створений Державним Комітетом України по нагляду за охороною праці для здійснення державного нагляду на відповідній території.

**Умови праці** - сукупність параметрів, що характеризують виробниче середовище, в якому протікає процес праці, і виробниче устаткування, за допомогою яких здійснюється процес праці.

**Фізичні фактори** - фактори навколишнього середовища, до яких належать параметри макро- та мікроклімату, шум, вібрація, статична електрика, електромагнітні поля різних частот, іонізуюче випромінювання, інфра- і ультразвук, освітлення, підвищений та знижений атмосферний тиск тощо.

**Хвороба** - загальне або часткове обмеження життєдіяльності організму, обумовлене порушенням компенсаторно-приспосувальних механізмів під впливом внутрішніх факторів, характеризується порушенням нормальної життєдіяльності організму функціональними або морфологічними змінами. Виникнення хвороби пов'язане з впливом на організм шкідливих факторів зовнішнього середовища (фізичних, хімічних, біологічних, психогенних) або внутрішніх факторів.

**Хибне повідомлення** - письмове повідомлення керівника підприємства про усунення порушень правил і норм технічної безпеки, достовірність якого не підтвердилась при особистій перевірці виконання припису.

**Хімічні фактори** - пари, гази, рідини, що містять різні хімічні сполуки.

**Цільове обстеження** - обстеження підприємства, декількох цехів, об'єктів з метою детального вивчення (перевірки) окремих питань техніки безпеки або раціонального використання і охорони надр.

**Шкідлива речовина** -

- речовина, що має здатність за певних умов спричинювати захворювання або відхилення в стані здоров'я;

- в системі безпеки праці (за Державним стандартом 1.00776) - речовина, яка при контакті з організмом людини, у випадку порушення вимог безпеки, може спричинювати виробничі травми, професійні захворювання або погіршення стану здоров'я; виявляється сучасними методами як безпосередньо в процесі праці, так і в окремі проміжки теперішнього чи майбутнього поколінь.

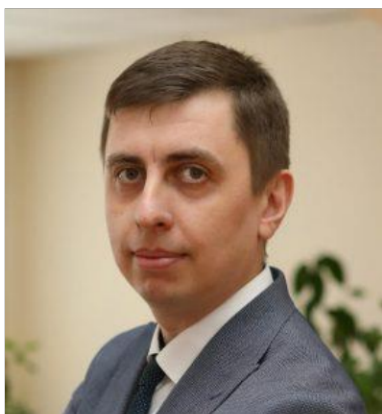
**Шкідливий виробничий фактор** - виробничий фактор, дія якого на працюючого в певних умовах призводить до захворювання чи зниження працездатності.

*Примітка.* Залежно від рівня тривалості дії шкідливий виробничий фактор може стати небезпечним.

**Шум** - неприємний, або небажаний звук чи сукупність звуків що заважають сприйняттю корисних звукових сигналів, порушують тишу, чинять шкідливу, або подразливу дію на організм людини, знижують його працездатність.



## КОЛЕКТИВ АВТОРІВ



**Шерстюк Роман Петрович** д.е.н., проректор з економіки та розвитку, завідувач кафедри управління інноваційною діяльністю та сферою послуг Тернопільського національного технічного університету імені Івана Пулюя



**Слободян Наталія Олександрівна** доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України



**Надкевич Андрій Лонгінович** кандидат медичних наук, магістратура з відзнакою " Менеджмент закладів охорони здоров'я", лікар-невролог, вертебролог, рефлексотерапевт КНП " Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації", член Національної спілки журналістів України, член правління " Інституту досліджень національної спадщини", голова комісії з питань охорони здоров'я Українського фонду культури імені Б.Олійника



**Ратинський Вадим Віталійович** к.е.н,  
доцент, доцент кафедри бухгалтерського  
обліку та аудиту, докторант Тернопільського  
національного технічного університету імені  
Івана Пулюя



**Мариненко Сергій Юрійович** к.т.н.,  
доцент, доцент кафедри інжинірингу  
машинобудівних технологій  
Тернопільського національного технічного  
університету імені Івана Пулюя



**Шерстюк Ірина Володимирівна** лікар  
дерматовенеролог першої категорії, викладач  
другої категорії, Приватного фахового  
навчального закладу «Медичний коледж»

*Наукове видання*

**Роман ШЕРСТЮК, Наталя СЛОБОДЯН,  
Ірина ШЕРСТЮК, Андрій НАДКЕВИЧ,  
Вадим РАТИНСЬКИЙ**

**УПРАВЛІННЯ ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАТИВНОЮ  
КОМПОНЕНТОЮ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
В УМОВАХ АДМІНІСТРАТИВНО-ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ  
РЕФОРМИ**

(На досвіді комунікаційного забезпечення функціональної діяльності  
медичних закладів об'єднаних територіальних громад у повоєнний період)

Підписано до друку 06.12.2017.

Формат 60x 84/16. Гарнітура Times New Roman.

Папір офсетний 70 г/м<sup>2</sup>. Друк електрографічний.

Умов.-друк. арк. 19,76. Обл.-вид. арк. 16,27

Тираж 300 примірників. Замовлення № 10/17/156.

**Видавець та виготувач:**

ФОП Осадца Ю.В

м. Тернопіль, вул. 15 Квітня, 2Д/10

тел. (097) 988-53-23

*Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до державного  
реєстру видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції  
серія ТР № 46 від 07 березня 2013 р.*