

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Факультет фармацевтичний

Кафедра менеджменту, маркетингу та забезпечення якості у фармації

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**на тему: «СТРАТЕГІЧНЕ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ МЕДИЧНОЇ
ГРАМОТНОСТІ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»**

Виконала: здобувачка вищої освіти групи 073МО 24 (1,6з)-01
спеціальності 073 «Менеджмент»

освітньої програми «Управління охороною здоров'я та
фармацевтичним бізнесом»

Ірина БАЛДУШЕНКО

Керівник: доцент закладу вищої освіти кафедри
менеджменту, маркетингу та забезпечення якості у фармації
Національного фармацевтичного університету,

к. фарм. н, доцент Анастасія ЛІСНА

Рецензент: доцент закладу вищої освіти кафедри організації,
економіки та управління фармацією Інституту підвищення
кваліфікації спеціалістів фармації Національного
фармацевтичного університету,

к. фарм. н, доцент Олена КОВАЛЬСЬКА

АНОТАЦІЯ

Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та запропонувати практичні підходи до удосконалення стратегічного управління розвитком медичної грамотності в закладах охорони здоров'я на прикладі ДУ «Сумський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України».

У першому розділі розкрито теоретичні та економічні засади медичної грамотності й механізмів її розвитку в системі охорони здоров'я. У другому розділі проаналізовано організаційно-економічні особливості установи та чинну систему управління розвитком медичної грамотності, виявлено проблемні зони та управлінські обмеження. У третьому розділі обґрунтовано напрями вдосконалення стратегічного управління, запропоновано комплекс організаційно-економічних заходів і систему моніторингу результативності програм медичної грамотності.

Кваліфікаційна робота містить 10 таблиць, 7 рисунків, список використаних джерел із 57 найменувань, 4 додатки.

Ключові слова: медична грамотність, стратегічне управління, заклади охорони здоров'я, громадське здоров'я, профілактичні програми.

ANNOTATION

The thesis consists of an introduction, three chapters, conclusions, a list of references and appendices.

The aim of the study is to theoretically substantiate and propose practical approaches to improving strategic management of health literacy development in healthcare institutions, using the State Institution “Sumy Regional Center for

Disease Control and Prevention of the Ministry of Health of Ukraine” as a case study.

The first chapter outlines the theoretical and economic foundations of health literacy and the mechanisms of its development in the healthcare system. The second chapter presents an organizational and economic analysis of the institution and the existing system of managing health literacy development, identifying problem areas and managerial constraints. The third chapter substantiates directions for improving strategic management, proposes a set of organizational and economic measures and a monitoring system for evaluating the effectiveness of health literacy programs.

The qualification paper includes 10 tables, 7 figures, 57 references and 4 appendices.

Keywords: health literacy, strategic management, healthcare institutions, public health, preventive programs.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	5
ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ СТРАТЕГІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ МЕДИЧНОЇ ГРАМОТНОСТІ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	10
1.1 Економічний аспект процесів розвитку медичної грамотності в закладах охорони здоров'я	10
1.2 Механізми забезпечення якості та підвищення результативності програм розвитку медичної грамотності.....	18
1.3 Методичні підходи до оцінки та удосконалення управління процесами розвитку медичної грамотності.....	26
Висновки до розділу 1	34
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ДУ «СУМСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР КОНТРОЛЮ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ МОЗ УКРАЇНИ»	35
2.1 Організаційно-економічна характеристика ДУ «Сумський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України».....	35
2.2 Діагностика управління розвитком медичної грамотності в ДУ «Сумський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України»	54
Висновки до розділу 2	70
РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ ПІДХОДИ ДО УДОСКОНАЛЕННЯ СТРАТЕГІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ МЕДИЧНОЇ ГРАМОТНОСТІ В ДУ «СУМСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР КОНТРОЛЮ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ МОЗ УКРАЇНИ»	72
3.1 Основні напрями удосконалення стратегічного управління розвитком медичної грамотності в ДУ «Сумський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України».....	72
3.2 Економічне обґрунтування ефективності запропонованих заходів.....	80
Висновки до розділу 3	90
ВИСНОВКИ	92
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	95
ДОДАТКИ.....	102

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

- ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
- ВПО – внутрішньо переміщені особи
- ДКСУ – Державна казначейська служба України
- ДНЗ – дошкільний навчальний заклад
- ДСанПіН – державні санітарні правила і норми
- ДСНС – Державна служба України з надзвичайних ситуацій
- ДУ – державна установа
- ЗЗСО – заклад загальної середньої освіти
- ЗІЗ – засоби індивідуального захисту
- ЗОЗ – заклад охорони здоров'я
- МГ – медична грамотність
- ММСП – Міжнародні медико-санітарні правила
- МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України
- МТЗ – матеріально-технічне забезпечення
- МТР – матеріально-технічні ресурси
- НІЗ – неінфекційні захворювання
- НС – надзвичайна ситуація
- ОДА – обласна державна адміністрація
- ОМС – органи місцевого самоврядування
- ООВА / ОВА – обласна військова адміністрація
- ООП – особливі освітні потреби
- ТЕБ та НС – техногенно-екологічна безпека та надзвичайні ситуації
- ЦКПХ – центр контролю та профілактики хвороб
- ЕСОЗ – електронна система охорони здоров'я
- ГРВІ – гостра респіраторна вірусна інфекція
- КПК – комбінована вакцина проти кору, паротиту та краснухи
- ССНЛ – Communicative and Critical Health Literacy (комунікативна і критична медична грамотність)

FCCHL – Functional, Communicative and Critical Health Literacy
(функціональна, комунікативна і критична медична грамотність)

CDC – Centers for Disease Control and Prevention (Центри з контролю та профілактики захворювань, США)

CFIR – Consolidated Framework for Implementation Research
(узагальнена рамка досліджень упровадження)

IHR – International Health Regulations (Міжнародні медико-санітарні правила)

ISO – International Organization for Standardization (Міжнародна організація зі стандартизації)

RE-AIM – Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance
(модель оцінювання охоплення, ефективності, прийняття, впровадження й підтримки програм)

UNICEF – United Nations Children’s Fund (Дитячий фонд ООН)

USAID – United States Agency for International Development (Агентство США з міжнародного розвитку)

WHO – World Health Organization (Всесвітня організація охорони здоров’я)

ВСТУП

Сучасна система охорони здоров'я перебуває в умовах високої динаміки змін, зумовлених демографічним старінням, зростанням поширеності хронічних неінфекційних захворювань, цифровізацією медичних послуг, інформаційним перевантаженням та посиленням впливу дезінформації у сфері здоров'я. За таких умов медична грамотність (МГ) населення стає не лише індивідуальною компетентністю пацієнта, а й важливим управлінським та соціально-економічним ресурсом для закладів охорони здоров'я (ЗОЗ). Низький рівень МГ асоціюється з нерівністю в доступі до послуг, зниженням прихильності до лікування, нераціональним використанням ресурсів, підвищенням навантаження на персонал і погіршенням результатів профілактики. Водночас розвиток МН вимагає системних, довгострокових і економічно обґрунтованих рішень, що мають бути інтегровані в стратегію закладу, підкріплені механізмами якості, моніторингу та оцінювання результативності.

Актуальність теми зумовлюється також тим, що в управлінській практиці ЗОЗ питання МГ нерідко розглядається фрагментарно – як окремі просвітницькі заходи, інформаційні кампанії або одноразові тренінги. Такий підхід не забезпечує стійких змін у поведінці пацієнтів та не формує «організаційну МГ» (коли сам ЗОЗ адаптує процеси й комунікації під потреби різних груп населення). Саме тому стратегічне управління розвитком МГ набуває значення як інструмент підвищення ефективності профілактичних програм, посилення пацієнтоорієнтованості, оптимізації витрат і підвищення загальної результативності діяльності ЗОЗ.

Обрана тематика логічно пов'язана з сучасними дослідженнями у сфері публічного здоров'я, менеджменту охорони здоров'я, якості медичних послуг, поведінкової медицини та медичних комунікацій. У науковому дискурсі посилюється увага до взаємозв'язку МГ з показниками здоров'я, соціальною згуртованістю, довірою до медичних інституцій, економікою профілактики та стійкістю системи охорони здоров'я. Однак на рівні

конкретних ЗОЗ залишається недостатньо опрацьованим питання: яким чином розбудувати стратегічну модель управління розвитком МГ, які механізми якості забезпечують ефективність програм, як оцінювати управлінські рішення та економічні результати впроваджених заходів. Це формує проблемне поле дослідження та визначає потребу в розробці прикладних підходів до удосконалення управління відповідними процесами на базі конкретної установи.

Враховуючи зазначене, дослідження спрямоване на теоретичне обґрунтування та практичне вдосконалення стратегічного управління розвитком МГ в ЗОЗ на прикладі ДУ «Сумський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України», що є актуальним з погляду підвищення ефективності профілактичних програм, розвитку комунікацій з населенням та оптимізації управлінських рішень.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та розробити практичні підходи до удосконалення стратегічного управління розвитком МГ в ЗОЗ.

Для досягнення поставленої мети визначено такі **завдання дослідження:**

- розкрити економічний аспект процесів розвитку МГ в ЗОЗ;
- охарактеризувати механізми забезпечення якості та підвищення результативності програм розвитку МГ в умовах сучасних викликів;
- узагальнити та систематизувати методичні підходи до оцінки й удосконалення управління процесами розвитку МГ;
- здійснити організаційно-економічну характеристику ДУ «Сумський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України»;
- провести діагностику чинної системи управління розвитком МГ в ЗОЗ, визначити проблемні зони та управлінські «розриви»;
- обґрунтувати основні напрями удосконалення стратегічного управління розвитком МГ в ЗОЗ;
- виконати економічне обґрунтування ефективності запропонованих заходів і визначити очікувані організаційні та соціально-економічні результати їх реалізації.

Об’єкт дослідження: процеси стратегічного управління розвитком МГ в ЗОЗ.

Предмет дослідження: сукупність організаційно-економічних механізмів, управлінських підходів, методів оцінювання, інструментів забезпечення якості та практик комунікації, що визначають ефективність розвитку МГ в ЗОЗ.

Для реалізації мети та завдань використано комплекс загальнонаукових і спеціальних методів:

- теоретичні: аналіз і синтез, індукція й дедукція, порівняння та систематизація;
- емпіричні: методи стратегічного аналізу, економічний аналіз, метод експертних оцінок, аналіз документів та статистичної/звітної інформації.

Елементи наукової новизни полягають у розробці та обґрунтуванні практичних підходів до удосконалення стратегічного управління розвитком МГ в ЗОЗ, зокрема шляхом формування алгоритму інтеграції освітніх, комунікаційних і управлінських процесів у єдину систему.

Практичне значення роботи полягає в можливості застосування запропонованих підходів для удосконалення стратегічного управління розвитком МГ, підвищення результативності профілактичних програм, стандартизації комунікацій із населенням, впровадження показників моніторингу та контролю якості, а також обґрунтування управлінських рішень з урахуванням економічної ефективності.

Апробація матеріалів магістерської роботи: Основні положення роботи були представлені на VI Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «YOUTH PHARMACY SCIENCE» (м. Харків, 10–11 грудня 2025 р.).

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи становить 95 сторінок, містить 10 таблиць і 7 рисунків. Список використаних джерел налічує 57 найменувань. Додатки подано на 4 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ СТРАТЕГІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ МЕДИЧНОЇ ГРАМОТНОСТІ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Економічний аспект процесів розвитку медичної грамотності в закладах охорони здоров'я

У сучасній системі охорони здоров'я МГ дедалі частіше розглядається як економічний ресурс, що впливає на ефективність використання фінансів, кадрового потенціалу та організаційного часу ЗОЗ. Поняття МГ охоплює здатність людини знаходити, розуміти, критично оцінювати та застосовувати інформацію щодо збереження здоров'я, профілактики, лікування й реабілітації, а також взаємодіяти з системою охорони здоров'я в спосіб, який підтримує безпечні та результативні рішення. У матеріалах Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) підкреслюється, що МГ є визначальною для участі людей у зміцненні здоров'я та навігації в системі послуг, а отже – для досягнення кращих результатів на рівні населення й організацій. Таке трактування переносить акцент із суто освітньої площини у площину управління, де грамотність стає чинником економічної результативності ЗОЗ та програм громадського здоров'я [57].

Економічний зміст процесів розвитку МГ проявляється насамперед у тому, що рівень грамотності населення визначає структуру попиту на послуги, якість звернень, прихильність до лікування та профілактики, а також ступінь «керованості» пацієнтських маршрутів. А. В. Волкова, аналізуючи підходи до оцінки МГ, наголошує, що вона має вимірювані компоненти (функціональний, інтерактивний, критичний), які пов'язані з поведінкою щодо здоров'я та практиками використання медичної інформації. Для ЗОЗ це означає, що чим вищий рівень розуміння рекомендацій, тим менше організаційних «втрат» у вигляді повторних консультацій через

нерозуміння, пропущених прийомів, конфліктних комунікацій, помилок у прийомі препаратів чи неузгоджених дій пацієнта з планом лікування [7].

З позицій економіки охорони здоров'я наслідки недостатньої МГ доцільно розглядати через призму трьох груп витрат: прямих, непрямих та альтернативних. Прямі витрати ЗОЗ пов'язані з додатковими консультаціями, повторними зверненнями, ускладненнями, які потребують більш ресурсномісткого лікування, та збільшеним навантаженням на персонал. Непрямі витрати проявляються через втрату продуктивності пацієнтів (тимчасова непрацездатність, зниження працездатності), що згодом підсилює соціально-економічний тиск на систему охорони здоров'я. Альтернативні витрати – це ті ресурси, які заклад змушений відволікати від пріоритетних напрямів (профілактика, робота з ризиковими групами, якісні комунікаційні програми) на подолання «вторинних» проблем, спричинених нерозумінням або недовірою. Н. О. Рингач у контексті цілей сталого розвитку підкреслює, що грамотність з питань здоров'я є інструментом зменшення не рівностей та підвищення ефективності політик, а це прямо корелює з економічною стійкістю системи та її спроможністю досягати результатів у довгостроковій перспективі [35].

Окремим економічним виміром є зв'язок МГ з медичною активністю населення, тобто готовністю людини брати участь у профілактиці, ранньому виявленні захворювань та відповідальній взаємодії з медичними службами. Л. Й. Власик показує, що медична активність виступає ключовим чинником у запобіганні неінфекційних захворювань серед економічно активного населення, а профілактичні втручання на рівні первинної допомоги мають потенціал знижувати тягар ускладнень і витрати на лікування. Для закладів охорони здоров'я це означає, що розвиток МГ – це інвестиція у більш «раціональний» попит. Зміщення фокусу від дорого вартісного лікування ускладнень до керованої профілактики та своєчасного звернення [6].

Економічна логіка розвитку МГ підсилюється через концепт досвіду пацієнта, який безпосередньо впливає на довіру, повторне звернення,

виконання рекомендацій та загальну результативність комунікацій. У дослідженні Л. Й. Власик щодо ролі пацієнтського досвіду наголошується, що сприйняття якості взаємодії з медичним персоналом та зрозумілість інформації виступають детермінантами медичної активності. З управлінської точки зору це перетворює МГ на елемент сервісної якості, який має економічний «ефект мультиплікатора»: підвищує ефективність кожного контакту «лікар/медсестра – пацієнт», зменшує конфліктність комунікацій, скорочує час на повторні пояснення і, як наслідок, оптимізує використання робочого часу персоналу [6].

В умовах зростання тягаря неепідемічних захворювань економічний аспект МГ набуває особливої ваги, адже саме ці стани потребують тривалого самоконтролю, зміни стилю життя, регулярного моніторингу та прихильності до терапії. Є. М. Гільдіна та Н. О. Теренда акцентують роль ЗОЗ різних форм власності у профілактиці неепідемічних захворювань, що прямо пов'язано зі здатністю закладів організовувати комунікаційні й освітні впливи на населення. У такому контексті МГ стає «інфраструктурою профілактики». Без неї профілактичні програми втрачають ефективність, а витрати на лікування зростають через запізнiлу діагностику та низьку прихильність до рекомендацій [11].

Важливо підкреслити, що розвиток МГ – це не лише робота з пацієнтами, а й формування організаційної спроможності закладу «передавати» медичні знання зрозуміло, етично, доказово та з урахуванням когнітивних і соціальних бар'єрів. Н. Б. Галіяш, Н. А. Бількевич та Н. В. Петренко розглядають комунікативну компетентність як фундаментальну складову професії лікаря, що прямо впливає на якість комунікації та результативність лікування. З економічного погляду комунікативна компетентність і МГ взаємопідсилюють одна одну: грамотний пацієнт краще розуміє пояснення, а компетентний фахівець – ефективніше структурує інформацію, скорочуючи транзакційні витрати взаємодії та ризики помилок у виконанні рекомендацій [10].

Економічний аспект процесів розвитку МГ в ЗОЗ також проявляється через інвестиції в людський капітал – навчання персоналу, розвиток компетентностей, управління залученістю та якістю комунікацій. Ю. С. Братішко, О. В. Посилкіна, аналізуючи методичні підходи до оцінки залученості персоналу сфери охорони здоров'я, показують, що залученість є передумовою продуктивності, якості сервісу та готовності до впровадження змін. Будь-які програми МГ – від просвітницьких кампаній до впровадження інструментів «зрозумілої комунікації» – потребують мотиваційної та організаційної готовності персоналу. Отже, управління залученістю стає економічною умовою результативності. Без неї інвестиції в навчальні матеріали або цифрові інструменти не конвертуються в реальну зміну практик [2].

Суттєвим компонентом економічної результативності є компетентісна підготовка медичних кадрів, адже саме фахівці реалізують освітні та комунікаційні впливи в щоденній практиці. У роботах А. Варданяна, С. Євєндієвої та Н. Ніколаєвої підкреслюється значення формування груп компетентностей студентів-медиків, а О. М. Гуменюк із співавторами розглядає компетентісний підхід як основу реформування вищої медичної освіти. З економічного погляду компетентісна підготовка є інвестицією з відкладеним ефектом. Вона зменшує витрати на «дорозвиток» працівника на робочому місці, підвищує якість комунікацій із пацієнтом, сприяє дотриманню стандартів і знижує ризики організаційних помилок [3, 12].

Сегмент фармацевтичної обізнаності є окремим економічно значущим напрямом МГ, оскільки неправильне використання лікарських засобів призводить до додаткових витрат на лікування побічних реакцій, ускладнень і госпіталізацій. А.А. Котвіцька та співавтори, досліджуючи фармацевтичну обізнаність населення, підкреслюють суспільну потребу в раціональному використанні ліків і підвищенні якості інформації, яку отримує пацієнт. Для ЗОЗ це означає, що програми МГ мають включати стандартизовані повідомлення щодо безпечного прийому препаратів, взаємодій, дотримання

режиму лікування, що в перспективі знижує фінансовий тягар помилок самолікування [15].

Економічний вимір МГ проявляється також у сфері стратегічних комунікацій, особливо коли йдеться про профілактичні програми, спрямовані на уразливі групи. Н. О. Дрига та В. А. Сміянов підкреслюють необхідність медико-соціального обґрунтування шляхів покращення програм. Комунікаційні інтервенції, побудовані на принципах МГ, зменшують «витрати неефективності». Коли повідомлення не доходять до цільової аудиторії або не конвертуються в поведінкову зміну, ресурси витрачаються без результату. Отже, грамотність тут виступає механізмом підвищення віддачі від вкладень у профілактичні кампанії [16] (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Економічні виміри процесів розвитку МГ в ЗОЗ

Рівень	Зміст МГ на рівні суб'єкта/системи (ключові акценти)	Основні економічні ефекти для ЗОЗ
1	2	3
Пацієнт	<ul style="list-style-type: none"> Здатність знаходити, розуміти та критично оцінювати інформацію щодо здоров'я, лікування, профілактики та реабілітації. Усвідомлена участь у профілактичних програмах, ранньому зверненні, дотриманні режиму терапії (прихильність до лікування). 	<ul style="list-style-type: none"> Зменшення кількості повторних звернень через нерозуміння рекомендацій. Скорочення частоти ускладнень, госпіталізацій, пов'язаних із самолікуванням та помилками в прийомі препаратів. Зниження непрямих витрат через скорочення періодів тимчасової непрацездатності.
Персонал	<ul style="list-style-type: none"> Комунікативна компетентність медичних працівників (уміння пояснювати простою мовою, враховуючи когнітивні та соціальні бар'єри пацієнта). Готовність персоналу підтримувати медичну грамотність пацієнтів (просвітницькі бесіди, участь у програмах МГ). Цифрові компетентності персоналу (eHealth, робота з електронними сервісами, телемедициною тощо). 	<ul style="list-style-type: none"> Скорочення «транзакційних витрат» комунікації (менше часу на повторні пояснення, розв'язання конфліктів, уточнення). Зниження ризику помилок у виконанні рекомендацій через покращення взаєморозуміння з пацієнтом. Зростання продуктивності й залученості персоналу, готовності до впровадження змін.

1	2	3
Заклад (організаційний рівень)	<ul style="list-style-type: none"> • Інтеграція МГ в організаційні процеси (стандартизовані інформаційні матеріали, освітні програми, інструменти «зрозумілої комунікації»). • Наявність політик/протоколів, що підтримують МГ (профілактичні програми, управління пацієнтським досвідом, робота з ризиковими групами). • Використання цифрових сервісів для комунікації й навігації пацієнта. 	<ul style="list-style-type: none"> • Зменшення прямих витрат (повторні звернення, ускладнення, неефективне використання часу персоналу). • Зниження альтернативних витрат (менше відволікання ресурсів від пріоритетних напрямів – профілактики, роботи з ризиковими групами). • Підвищення ефективності профілактичних програм і комунікаційних кампаній (більше результату на одиницю витрат).
Система громадського здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> • Наявність нормативно-правової бази, яка визначає розвиток МГ як один із пріоритетів громадського здоров'я • Інтегровані підходи до організації послуг (узгодженість профілактики, лікування, реабілітації на різних рівнях допомоги). • Підтримка цифрових і офлайн-програм з підвищення МГ. 	<ul style="list-style-type: none"> • Зниження тягаря неінфекційних захворювань і ускладнень завдяки профілактиці та ранньому зверненню. • Зменшення нерівностей у доступі до інформації та послуг (економія ресурсів через більш раціональний попит). • Підвищення економічної стійкості системи в довгостроковій перспективі.

Джерело: складено автором на підставі [3, 12, 15, 16]

Під впливом цифровізації охорони здоров'я економічний аспект МГ посилюється через феномен цифрової (eHealth) грамотності, яка визначає здатність користуватися онлайн-інформацією, сервісами та цифровими інструментами безпечним і результативним чином. В. Г. Терентюк, І. І. Кучеренко та Д. Г. Матукова-Ярига акцентують роль розвитку цифрових компетентностей працівників охорони здоров'я та здобувачів медичної/фармацевтичної освіти в умовах цифрової трансформації. З економічної точки зору недостатність eHealth грамотності породжує додаткові витрати часу персоналу на пояснення цифрових процедур, підвищує ризик неправильного використання сервісів, а також знижує

ефективність впровадження електронних послуг, які, навпаки, покликані оптимізувати ресурси [41].

Розвиток цифрової МГ актуалізується і в роботі з населенням, особливо в умовах криз і переміщення. М. Okumu та співавтори, аналізуючи МГ і цифрові інтервенції для підтримки психічного здоров'я переміщеної молоді, показують, що цифрові рішення потребують певного рівня грамотності, інакше їх ефективність обмежується. У логіці економіки це означає, що витрати на цифрові програми (платформи, контент, супровід) не реалізують потенціал без паралельних інвестицій у грамотність користувачів, а заклад або система вимушені нести додаткові витрати на підтримку та «подолання бар'єрів» [53].

У контексті України, особливо в умовах війни, питання МГ має додатковий економічний вимір через зростання потреб у профілактиці, підтримці психічного здоров'я, управлінні ризиками інфекційних та неінфекційних захворювань, а також через обмеженість ресурсів. Н. М. Коваленко та В. М. Корнацький підкреслюють багатовимірність викликів для системи охорони здоров'я. За таких умов грамотність населення стає інструментом раціоналізації попиту і підтримки самопомоги/взаємодопомоги, що може зменшувати «пікові» навантаження на заклади та сприяти більш ефективному розподілу ресурсів [24].

Нормативно-правове підґрунтя діяльності у сфері громадського здоров'я також формує економічні рамки для розвитку МГ, оскільки визначає функції, відповідальність та пріоритети профілактики, інформування і взаємодії з населенням. Закон України «Про систему громадського здоров'я» закріплює напрями та механізми функціонування системи, що створює підстави для планування програм з підвищення МГ як складової профілактичної роботи. Для закладів це означає необхідність стратегічного планування відповідних заходів і ресурсів, зокрема в частині комунікацій, моніторингу та міжсекторальної взаємодії, що має прямий економічний вимір через бюджетування й оцінювання результативності [18].

Важливим елементом економічного обґрунтування розвитку МГ є інтеграція послуг і координація на різних рівнях системи охорони здоров'я. Н. О. Рингач і Л. Й. Власик, аналізуючи європейську рамкову основу для дій з організації інтегрованого надання послуг, акцентують зміст, цілі та напрямки інтеграції, що орієнтовані на результативність і якість. Інтегровані підходи зменшують дублювання функцій, поліпшують координацію між рівнями допомоги та підвищують ефективність профілактичних впливів. МГ у цій логіці є «з'єднувальною ланкою». Вона забезпечує узгодженість повідомлень і дій пацієнта між різними сервісами, а отже – сприяє економії ресурсів через меншу кількість неузгоджених звернень і повторних втручань [6, 36].

Економічну доцільність розвитку МГ підкріплює і стратегічний підхід до управління закладами охорони здоров'я. Н. Станасюк і А. Мінко підкреслюють необхідність стратегічного підходу та визначають ключові орієнтири управління в охороні здоров'я, що включають підвищення ефективності, адаптивність, орієнтацію на результати та якість. У межах цього підходу МГ може бути визначена як стратегічна ціль (через покращення комунікацій і профілактики) і як стратегічний інструмент (через зниження «непродуктивних» витрат і підвищення результативності програм). Така постановка питання дозволяє переводити МГ із площини «додаткових заходів» у площину системного управління, де кожна інвестиція пов'язується з вимірюваними результатами [40].

Особливу увагу в економічному вимірі слід приділяти й ментальній грамотності, яка в умовах соціального стресу та війни стає важливим компонентом загальної МГ. А. Furnham і V. Swami підкреслюють значення ментальної грамотності та її вплив на своєчасність звернення по допомогу, розуміння симптомів і ставлення до лікування [50].

Отже, економічний аспект процесів розвитку МГ в ЗОЗ слід розглядати як багаторівневий. На рівні пацієнта – через підвищення якості рішень і прихильності до профілактики та лікування. На рівні персоналу – через

інвестиції в компетентності, залученість і цифрову готовність. На рівні організації – через оптимізацію процесів, комунікацій і впровадження доказових програм. На рівні системи – через зниження тягаря ускладнень та підвищення результативності профілактичних політик. Узгодження цих рівнів є передумовою стратегічного управління розвитком МГ, яке має спиратися на методично обґрунтоване планування ресурсів, механізми впровадження змін та оцінювання результативності.

1.2 Механізми забезпечення якості та підвищення результативності програм розвитку медичної грамотності

Управління якістю програм розвитку МГ доцільно розглядати як безперервний цикл рішень і дій, що охоплює планування, розроблення, впровадження, моніторинг, оцінювання та масштабування інтервенцій. У сучасному розумінні МГ виходить за межі «здатності читати медичні брошури» й означає компетентність людини (і спільнот) знаходити, розуміти, критично оцінювати та застосовувати інформацію і послуги для підтримання здоров'я та благополуччя, причому ці компетентності опосередковуються тим, як організовані системи й інституції, де люди взаємодіють із медичною інформацією. Саме тому результативність програм не може забезпечуватися лише «хорошим контентом». Потрібні механізми якості на рівні системи (управління, стандарти, ресурси), організацій (процеси, комунікація, середовище) та індивідуального досвіду учасників (залучення, підтримка, зворотний зв'язок) [31].

Для структуризації механізмів якості корисним є підхід «структура-процес-результат», який широко застосовують у менеджменті якості в охороні здоров'я. Поліпшення ресурсів і організації (структура) має приводити до поліпшення практик реалізації (процес), що в підсумку відображається в змінах результатів (outcomes).

Перенесення цієї логіки на програми МГ означає [42]:

- створити структурні умови (кадри, навчальні матеріали, цифрові інструменти, партнерства, фінансування, правила доступності);
- забезпечити якісні процеси (дизайн навчання, комунікація «простою мовою», підтримка учасників, управління впровадженням);
- вимірювати результати не лише на рівні знань, а й на рівні навичок, поведінкових практик, здатності навігації системою, самооцінки компетентності та, де можливо, сервісних/популяційних ефектів.

Одночасно програми розвитку МГ є типовими «складними інтервенціями». Вони містять кілька компонентів, працюють у різних контекстах, залежать від середовища й взаємодії учасників. Тому сучасні настанови з розроблення та оцінювання складних інтервенцій наголошують на необхідності теорії змін, аналізу контексту, поєднання методів, а також на процесному оцінюванні, яке пояснює не тільки «чи спрацювало», а «як, для кого і за яких умов». У такій оптиці «якість» – це не разовий контроль, а керована здатність програми стабільно відтворювати корисний ефект, адаптуючись до реальних умов і зберігаючи ключові механізми впливу [11].

Перший механізм забезпечення якості – коректне формулювання проблеми та цілей, що спирається на діагностику потреб і сегментацію аудиторій. Для програм МГ критично важливо відрізнити «дефіцит інформації» від «дефіциту навігації», «дефіциту довіри», «мовних/культурних бар'єрів», «цифрової нерівності» або «організаційної складності сервісів». Програма з однаковою тематикою (наприклад, профілактика НІЗ чи раціональне використання ліків) потребуватиме різних рішень для підлітків, людей старшого віку, ВПО, батьків дітей з ООП чи пацієнтів із хронічними станами. Механізм якості тут – системна оцінка потреб: короткі інтерв'ю/фокус-групи, аналіз бар'єрів доступу, аудит комунікаційних матеріалів, вивчення маршрутів пацієнта, аналіз типових помилок і «точок втрати» у користуванні послугами [9].

Другий механізм – побудова теорії змін і логічної моделі програми. Які саме компоненти мають змінити конкретні детермінанти поведінки/рішень, і

за рахунок яких механізмів. Визначення рівня МГ (функціональна, інтерактивна, критична) допомагає уникати спрощення, коли результативність ототожнюють із «засвоєнням фактів», і робити акцент на практичних компетентностях взаємодії, прийняття рішень і критичного оцінювання інформації. Якісна теорія змін також задає основу для індикаторів: що саме вимірювати як короткостроковий ефект (розуміння й навички), середньостроковий (поведінкові практики, навігація) та довгостроковий (використання сервісів, дотримання планів лікування, профілактичні звернення тощо) [56].

Третій механізм – доказовість і педагогічна валідність інструментарію. Програми МГ, особливо у форматі коротких інтервенцій, мають спиратися на активні методи навчання (моделювання ситуацій, тренування навичок, практику читання інструкцій, навігацію цифровими сервісами, роботу з прикладами дезінформації). Перевага повинна надаватися не «лекційному інформуванню», а тренуванню компетентностей у реалістичних сценаріях, що максимально наближені до життєвих рішень учасників [14].

Окремий пласт механізмів якості пов'язаний із тим, наскільки організації (заклади охорони здоров'я, освітні заклади, громади, соціальні служби) самі є «дружніми до МГ». У міжнародній практиці сформульовано атрибути «health literate health care organization», де ключовими є: лідерство, інтеграція МГ у планування і показники якості, підготовка персоналу, прості зрозумілі комунікації, підтримка навігації, увага до ситуацій високого ризику (перехід між рівнями допомоги, медикаменти), прозорість фінансових умов тощо. Це перетворює МГ із «курсу для населення» на організаційну компетентність системи [46].

Практично це означає, що механізм забезпечення якості включає [8]: визначення політики й стандартів ясної комунікації; інституціоналізацію перевірених практик; аудит матеріалів і сервісних маршрутів на предмет складності; дизайн середовища (навігаційні таблички, зрозумілі форми,

доступні канали запису, адаптації для людей із порушеннями зору/слуху); регулярне навчання персоналу і супервізію.

Сильна сторона цього підходу в тому, що він «вбудовує» розвиток МГ у рутинну діяльність, а не залишає його у вигляді разової освітньої активності. Додатково застосовними є інструменти самооцінювання організаційної МГ та підходи «організаційної чутливості/відповідності» (organizational health literacy responsiveness), які переводять організаційні зміни в керований процес покращень [50].

Результативність програми розвитку МГ часто «втрачається» на етапі впровадження – не через слабку ідею, а через низьку керованість процесів (нерівномірну підготовку фасилітаторів, різне трактування методик, відсутність часу/ресурсів, нестабільну логістику, перевантаженість персоналу, конкуренцію пріоритетів). Тому механізм якості тут – управління впровадженням на основі науки впровадження. Системно виявляти бар'єри і чинники успіху, добирати стратегії впровадження й документувати адаптації. Зокрема, CFIR пропонує структуру для аналізу детермінант упровадження через домени інтервенції, внутрішнього/зовнішнього контексту, характеристик людей і процесів реалізації [13].

Важливим механізмом якості є баланс між «вірністю реалізації» та «контекстною адаптацією». У програмах МГ часто необхідно адаптувати приклади, мову, канали комунікації та темп навчання під аудиторію, але при цьому зберігати ключові механізми впливу (наприклад, відпрацювання навичок замість пасивного слухання, використання зрозумілих матеріалів, обов'язковий зворотний зв'язок). Контроль балансу включає чек-листи проведення занять, спостереження/аудіти, оцінювання компетентності тренерів, а також фіксацію «що було змінено і чому» – щоб адаптації не руйнували дизайн програми [27].

Окремий механізм – підготовка і підтримка кадрів. Для програм МГ якість фасилітації є вирішальною. Тренер має не лише знати медичний матеріал, а й уміти комунікувати зрозуміло, працювати з питаннями й тривогою, підтримувати

мотивацію, розпізнавати нерозуміння без стигматизації. Якість забезпечується стандартами компетентності тренерів, модульним навчанням, супервізіями, peer-review занять і спільнотами практик (табл. 1.2).

Таблиця 1.2

Механізми забезпечення якості та підвищення результативності програм розвитку МГ

Механізм забезпечення якості	Зміст механізму	Основні інструменти / практики реалізації
1	2	3
1. Діагностика потреб і сегментація аудиторій	Коректне формулювання проблеми та цілей програми МГ на основі реальних бар'єрів: дефіцит інформації, навігації, довіри, мовні/культурні бар'єри, цифрова нерівність, організаційна складність сервісів.	Короткі інтерв'ю та фокус-групи з цільовими групами; аудит комунікаційних матеріалів; аналіз маршрутів пацієнта; виявлення «точок втрати» та типових помилок у користуванні послугами; аналіз бар'єрів доступу.
2. Теорія змін і логічна модель програми	Побудова причинно-наслідкової логіки: які компоненти програми мають змінити які детермінанти поведінки/рішень і через які механізми впливу.	Розроблення теорії змін; логічної моделі (inputs–activities–outputs–outcomes); виокремлення рівнів МГ (функціональна, інтерактивна, критична); формулювання коротко-, середньо- та довгострокових результатів.
3. Доказовий дизайн та педагогічна валідність	Перехід від «лекційного інформування» до тренування реальних компетентностей у життєвих ситуаціях учасників.	Активні методи: моделювання ситуацій, рольові ігри, тренування читання інструкцій, навігації цифровими сервісами, розбір прикладів дезінформації; комбінування форматів онлайн/офлайн; адаптація сценаріїв під контекст.
4. Організаційна «дружність до МГ»	Перетворення МГ на організаційну компетентність закладу/системи, а не разову освітню активність.	Визначення політики й стандартів ясної комунікації; аудит форм, маршрутів, навігаційних матеріалів; прості та зрозумілі тексти; адаптації для людей із порушенням зору/слуху; стандарти підтримки навігації; інтеграція МГ у планування та показники якості.
5. Управління впровадженням (implementation science)	Керована реалізація програми як «складної інтервенції» з урахуванням контексту, ресурсів і людського фактора.	Використання рамок на кшталт CFIR для аналізу детермінант впровадження; виявлення бар'єрів і чинників успіху; добір стратегій впровадження; документування адаптацій; моніторинг стабільності логістики та ресурсів.

1	2	3
6. Баланс «вірність реалізації – адаптація»	Збереження ключових механізмів впливу програми при адаптації мови, прикладів, формату під конкретну аудиторію.	Чек-листи проведення занять; спостереження/аудити; оцінювання компетентності тренерів; фіксація всіх змін («що було змінено і чому»); узгоджені «ядрові компоненти», які не можна виключати.
7. Підготовка і підтримка кадрів	Забезпечення високої якості фасилітації як ключового чинника успіху програм МГ.	Стандарти компетентності тренерів; модульні програми навчання; супервізія та наставництво; peer-review занять; спільноти практик; розвиток навичок зрозумілої комунікації, роботи з тривогою й запитаннями.
8. Система показників та оцінювання (процес + результати)	Вимірювання не лише «знань після уроку», а й досвіду участі, процесу реалізації й реальних змін у поведінці та сервісних показниках.	Поєднання результативних показників із процесовим оцінюванням: охоплення, доза, якість реалізації, прийнятність, бар'єри участі, відповідність матеріалів рівню МГ, контекстні фактори; застосування рамки RE-AIM (Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance).
9. Використання валідних інструментів вимірювання МГ	Об'єктивне оцінювання базового рівня та динаміки МГ із можливістю порівняння між групами та циклами програми.	Застосування інструментів сімейства HLS (зокрема HLS19-Q12), Health Literacy Questionnaire (HLQ) та інших валідованих опитувальників; етично чутливе проведення вимірювань без стигматизації учасників.
10. Механізми довіри та психологічної безпеки	Забезпечення сприйняття програми як надійної, уважної до стану й досвіду учасників, особливо в умовах війни та криз.	Прозорі посилання на джерела; узгодженість інформації в різних каналах; недискримінаційна комунікація; партнерство з авторитетними локальними інституціями; чіткі й не перевантажені інструкції; альтернативні канали зв'язку та підтримки.
11. Сталість і масштабування програм	Збереження ефекту після завершення занять та інтеграція програми в регулярні процеси закладів і системи.	Планування підтримання на рівні індивідів (нагадування, повторні контакти, підкріплення навичок) і організацій (закріплення відповідальності, бюджетування, включення в протоколи й навчальні плани); стандартизація «ядра» програми та правил адаптації при розширенні.

Джерело: складено автором на підставі [13, 27, 50]

Суттєвий механізм забезпечення якості – побудова системи показників і вимірювань, яка відображає реальну цінність МГ. Якщо оцінювання зводиться до тесту знань після заняття, програма ризикує демонструвати

«успіх на папері» без змін у повсякденних практиках. Сучасні підходи рекомендують поєднувати вимірювання результатів із процесним оцінюванням, яке дозволяє зрозуміти, як саме працювала інтервенція в конкретному контексті, які компоненти були реалізовані, як учасники взаємодіяли з програмою і чому ефекти різняться [19].

Процесне оцінювання включає: охоплення і дозу (скільки людей пройшло й скільки сесій), якість реалізації, прийнятність для учасників, бар'єри участі, відповідність матеріалів рівню МГ, контекстні фактори (тривоги безпеки, доступ до інтернету, доступність послуг). Це безпосередньо живить механізм покращення. Дані моніторингу перетворюються на рішення щодо зміни логістики, формату, прикладів, інструкцій, темпу, каналів комунікації [31].

Для оцінювання загального впливу та життєздатності програм зручно застосовувати рамку RE-AIM (Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance), яка змушує планувати не лише «ефективність», а й «охоплення», «прийняття організаціями», «якість реалізації» і «підтримання ефекту з часом». Такий підхід підвищує управлінську цінність оцінювання: програма може бути «ефективною» в експериментальних умовах, але нерезультативною у реальному впровадженні через слабе охоплення або відсутність підтримання.

Якість програм істотно підвищується, коли базові та підсумкові вимірювання МГ спираються на валідні інструменти. Для комплексного вимірювання застосовуються сімейства інструментів HLS (зокрема коротка форма HLS19-Q12) та Health Literacy Questionnaire (HLQ), який охоплює кілька доменів, від «підтримки та взаємодії з системою» до «здатності знаходити й розуміти інформацію». Використання таких інструментів є механізмом якості з кількох причин. Дозволяє об'єктивніше визначити стартовий профіль потреб. Дає можливість порівняння між групами і циклами програми. Допомагає виявити, які компоненти МГ змінюються, а які – ні, і відповідно уточнювати дизайн інтервенції. Важливо, що оцінювання

МГ має бути етично чутливим. Вимірювання не повинно стигматизувати учасників, а має використовуватися як інструмент підтримки й підбору адекватних форматів [20].

З огляду на цифровізацію охорони здоров'я, зростає роль цифрової МГ. Уміння користуватися електронними сервісами, відрізнити надійні джерела, розуміти обмеження контенту в соцмережах і ризики дезінформації. Якісні програми враховують цифрові бар'єри (пристрої, інтернет, навички) і проєктують навчання так, щоб воно зменшувало нерівність, а не відтворювало її. Організаційний механізм якості тут – стандарти цифрової доступності матеріалів (мобільна сумісність, читабельність, короткі сценарії), а також інтеграція перевірених інформаційних ресурсів і навігаційних «підказок» у реальні маршрути отримання послуг [16].

Паралельно якість потребує механізмів довіри: прозорі посилання на джерела, узгодженість інформації між різними каналами, робота з питаннями й сумнівами без осуду, партнерство з авторитетними локальними інституціями. У воєнних і кризових умовах додатково актуальними стають механізми психологічної безпеки комунікацій. Чіткість, передбачуваність, наявність альтернативних каналів, уникнення перевантаження складними інструкціями – все це підвищує шанс, що інформація буде не лише «зрозумілою», а й реально застосованою.

Підвищення результативності програм МГ у довгостроковій перспективі залежить від механізмів сталості (чи зберігається ефект після завершення занять і чи стає програма частиною регулярних процесів). Саме цей компонент підкреслює необхідність планувати підтримання на рівні людей (підкріплення навичок, нагадування, повторні контакти) і організацій (закріплення відповідальності, бюджетування, стандарти, інтеграція в навчальні плани/клінічні протоколи комунікації) [41].

Масштабування потребує ще одного механізму якості – стандартизації «ядра» програми і одночасно правил адаптації. У рамках сучасних підходів до складних інтервенцій підкреслюється, що масштабування має

супроводжуватися повторною перевіркою припущень теорії змін у нових контекстах і, за потреби, редизайном компонентів. Це зменшує ризик механічного копіювання моделі, яка працювала в одному середовищі, але втрачає ефективність в іншому.

Таким чином, механізми забезпечення якості та підвищення результативності програм розвитку МГ формують інтегровану систему. Від коректного визначення потреб і теорії змін – до організаційної «дружності» середовища, керованого впровадження, валідного вимірювання результатів, процесного оцінювання та циклів безперервного покращення. Вони спираються на сучасні підходи до складних інтервенцій і впровадження, а також на практико-орієнтовані рамки оцінювання суспільного впливу. З управлінської точки зору, ключовий принцип полягає в тому, що «якість» у програмах МГ є не властивістю окремого навчального модуля, а характеристикою всієї траєкторії взаємодії людини з інформацією і послугами – траєкторії, яку можна зробити простішою, безпечнішою та ефективнішою через системні механізми планування, організації, вимірювання і покращення.

1.3 Методичні підходи до оцінки та удосконалення управління процесами розвитку медичної грамотності

Управління процесами розвитку МГ у сучасних умовах доцільно розглядати як систему взаємопов'язаних управлінських рішень, що забезпечують планування, реалізацію, моніторинг і поліпшення програм та сервісів, спрямованих на підвищення здатності населення отримувати, розуміти, оцінювати та застосовувати медичну інформацію і послуги. У цьому контексті МГ не зводиться до індивідуальної «обізнаності», а визначається також організаційними умовами та ресурсами, які або полегшують, або ускладнюють взаємодію людини з інформацією та системою охорони здоров'я. Таке трактування узгоджується з підходом ВООЗ, де МГ описується як компетентність, опосередкована

організаційними структурами та доступністю ресурсів, що дають змогу людині діяти на користь здоров'я та благополуччя. Відповідно, методологія оцінювання й удосконалення управління має охоплювати не лише «результати навчання», а й якість управлінських контурів (постановку цілей, дизайн інтервенцій, організацію впровадження, якість комунікаційного середовища, адекватність ресурсів, сталість та масштабованість) [57].

Методичні підходи до оцінки управління процесами розвитку МГ можуть бути структуровані як багаторівнева система: оцінка стратегічного управління (політики, пріоритети, узгодженість із потребами), оцінка програмного управління (портфель інтервенцій, логіка змін, індикатори), оцінка впровадження (керованість процесів, вірність реалізації та адаптації), оцінка результатів (ефекти для цільових груп) і оцінка організаційного середовища (наскільки «система» є дружньою до МГ). Такий підхід важливий, оскільки програми розвитку МГ зазвичай є складними інтервенціями, де ефект визначається сукупністю компонентів і контекстом реалізації. Отже, оцінювання має поєднувати вимірювання результатів із процесним аналізом, що пояснює механізми впливу та варіативність ефектів у різних умовах [17].

Класичним методичним каркасом для побудови системи показників управління якістю є модель «структура-процес-результат», яка дозволяє розвести об'єкти оцінювання, такі як структурні умови (ресурси, кадри, нормативи, інфраструктура), процеси (як саме реалізується програма/сервіс) та результати (зміни у МГ, поведінці, навігації системою).

У практиці управління МГ це означає, що оцінка не може обмежуватися підсумковим тестом знань. Необхідно фіксувати, чи створені стандарти «простих комунікацій», чи підготовлений персонал, чи працюють канали зворотного зв'язку, чи є навігаційна підтримка, як часто виникають помилки у взаємодії з сервісом, і лише потім співвідносити це з кінцевими ефектами. Перевага цієї логіки полягає в тому, що вона перетворює оцінювання на інструмент управління причинами, а не на «звіт про

наслідки», дозволяючи точніше визначати точки втручання для удосконалення [22].

На стратегічному рівні оцінка управління процесами розвитку МГ передбачає наявність формалізованої «теорії змін» (theory of change) або логічної моделі, яка чітко пов'язує проблему й потреби, цільові групи, управлінські цілі й очікувані результати, механізми впливу, індикатори, припущення та ризики, ресурси і відповідальність. Для складних інтервенцій актуальними є рекомендації MRC щодо розроблення та оцінювання, які підкреслюють необхідність контекстної чутливості, явної програми-теорії, а також інтеграції оцінювання у життєвий цикл інтервенції [53] (табл. 1.3).

Таблиця 1.3

Методичні підходи до оцінки та удосконалення управління процесами розвитку МГ

Рівень / компонент управління	Об'єкт оцінювання	Ключові методичні підходи / рамки
1	2	3
Стратегічне управління (політика, пріоритети, теорія змін)	Логіка змін, узгодженість цілей із потребами цільових груп; відповідність інструментів виявленим бар'єрам	Теорія змін; логічна модель інтервенції; рекомендації MRC щодо складних інтервенцій; аналіз потреб і бар'єрів; аналіз маршрутів пацієнта
Програмне управління (портфель інтервенцій, система моніторингу й оцінки)	Структура портфеля програм; баланс між ефективністю, охопленням, масштабованістю та сталістю; управлінська «дисципліна» збору й інтерпретації даних	Модель «структура – процес – результат»; рамка RE-AIM; система моніторингу та оцінки
Оцінка впровадження (implementation evaluation)	Реальний хід реалізації програм; бар'єри й фасилітатори впровадження; відмінність між дизайном і фактичним виконанням	CFIR (характеристики інтервенції, зовнішнє й внутрішнє середовище, характеристики залучених осіб, процес впровадження); процесне оцінювання; показники вірності реалізації, «دوزи», прийнятності, здійсненності
Результати для цільових груп (рівень МГ, поведінка, навігація системою)	Зміни у медичній грамотності, поведінці, здатності орієнтуватися у системі охорони здоров'я; вплив на взаємодію з сервісами	Використання валідних опитувальників МГ (HLQ; HLS19-Q12 та інші інструменти HLS-сімейства); змішані методи (опитування, адміністративні дані, інтерв'ю, фокус-групи)

1	2	3
Організаційне середовище та «дружність до МГ»	Структурні й процесуальні умови в закладі; зрозумілість матеріалів; доступність каналів запису й навігації; підтримка людей з низькою МГ	Аудит «середовища МГ»; тестування читабельності; користувацьке тестування маршрутів пацієнта; спостереження; аналіз типових помилок і незавершених звернень; супервізія комунікаційних практик персоналу
Цикли безперервного покращення та управління адаптаціями	Замкненість управлінського контуру; якість використання даних для змін; керованість адаптацій програм під контекст	Цикли PDSA (Plan – Do – Study – Act); використання балансувальних показників; поєднання RE-AIM (оцінка впливу) і CFIR (аналіз детермінант) для обґрунтування адаптацій; документування «ядра» програми і допустимих варіацій

Джерело: складено автором на підставі [17, 22, 53]

У площині управління МГ це означає, що стратегічна оцінка повинна перевіряти не лише «чи правильна мета», а й «чи узгоджені інструменти з механізмами». Наприклад, якщо ключовий бар'єр – низька навігаційна спроможність пацієнтів, то пріоритетом мають бути навігаційні інструменти, стандарти комунікації та супровід, а не лише інформаційні лекції. Методично це реалізується через аналіз потреб, аудит бар'єрів доступності, аналіз маршрутів користувача/пацієнта, узгодження інтервенцій із профілем цільових груп і даними вимірювань базового рівня МГ [46].

На рівні програмного управління ключовим методичним підходом є створення системи моніторингу й оцінювання, яка забезпечує регулярне отримання даних, їх інтерпретацію та перетворення на управлінські рішення. Для цього доцільно застосовувати рамку RE-AIM (Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance), що дозволяє оцінювати суспільний вплив не тільки через «ефективність», а й через охоплення, прийняття організаціями, якість реалізації та підтримання результатів [9].

У методичному плані RE-AIM корисна тим, що задає управлінську дисципліну. Програма може показувати помірний індивідуальний ефект, але мати високий популяційний вплив за рахунок охоплення і масштабування.

Або навпаки – бути «ефективною» в пілоті, але провалюватися через низьке прийняття в організаціях чи слабку сталість. Для управління МГ це особливо важливо, адже ефекти часто залежать від здатності системи підтримувати нові практики (стандарти зрозумілої комунікації, навігаційну підтримку, цифрові сервіси) у повсякденній рутині.

Окремою групою методичних підходів є оцінка впровадження (implementation evaluation), яка відповідає на питання «як і чому програма працює/не працює в конкретному контексті». Тут доцільно спиратися на оцінку впровадження та використовувати CFIR як рамку для системного аналізу чинників у п'яти доменах: характеристики інтервенції, зовнішнє середовище, внутрішнє середовище, характеристики залучених осіб та процес упровадження [37].

Методична цінність CFIR у тому, що вона переводить «проблеми реалізації» з рівня інтуїтивних пояснень у структурований аналіз керованих параметрів. Наприклад, низька участь може бути пов'язана з невідповідністю каналів комунікації аудиторії, перевантаженістю персоналу, недостатньою підготовкою фасилітаторів, або слабким планом залучення партнерів. Для управління процесами МГ це створює методичну основу підбірки стратегій впровадження, які адресують конкретні бар'єри (навчання персоналу, супервізія, спрощення процедур, мотиваційні механізми, зміни в інфраструктурі сервісу) [21].

У межах оцінки впровадження важливо розрізняти «невдачу інтервенції» і «невдачу реалізації». Саме тому в сучасній методології виділяють окремий клас оцінки впровадження – прийнятність, доцільність, здійсненність, вірність реалізації, проникнення, сталість тощо.

Для управління програмами розвитку МГ це означає, що низькі результати можуть бути наслідком не слабкого дизайну, а недостатньої вірності реалізації або недостатнього «вбудовування» у процесі організації. Тому методична схема оцінювання має включати [40]:

- показники якості реалізації (виконання ключових компонентів, дотримання сценарію, якість фасилітації, «доза» інтервенції),
- показники адаптацій (що змінено і чому),
- аналіз витрат часу/ресурсів і організаційних навантажень,
- оцінку прийнятності для персоналу та учасників, включно з ризиками стигматизації й бар'єрами доступності.

Змістовий блок методичних підходів пов'язаний із вимірюванням МГ як результату. Для цього бажано використовувати валідні інструменти, що дозволяють оцінювати різні домени МГ, а не лише «функціональне читання». Практично значущим є Health Literacy Questionnaire (HLQ), який охоплює дев'ять доменів МГ і застосовується як для діагностики потреб, так і для оцінювання ефектів інтервенцій. Для популяційних вимірювань і моніторингу також використовують короткі форми HLS-сімейства, зокрема HLS19-Q12, валідний у країнах Європейського регіону ВООЗ [57].

Методично це дає можливість будувати «профілі МГ» цільових груп, відстежувати зміни у часі, порівнювати ефективність різних компонентів програми, а також приймати управлінські рішення щодо перерозподілу ресурсів: наприклад, якщо слабким доменом є «розуміння інформації, достатнє для дій», необхідні інтервенції, візуальні алгоритми і навігаційні підказки. Якщо слабким є «активна взаємодія із системою», потрібні тренування комунікації з медперсоналом, права пацієнта, підготовка до візиту тощо [53].

Разом із кількісними вимірюваннями, методично виправданим є застосування змішаних дизайнів, що поєднують опитувальники, аналіз адміністративних даних, спостереження, інтерв'ю та фокус-групи. Це відповідає принципам процесного оцінювання складних інтервенцій, де важливо перевірити не лише «наявність ефекту», а й ланцюжок причинності: чи була інтервенція доставлена, чи була сприйнята і зрозуміла, чи перетворилася на навички, і які контекстні фактори вплинули на результат. Для управління розвитком МГ у громадах та організаціях це особливо цінно,

бо дозволяє виявляти «невидимі» управлінські проблеми. Наприклад, матеріали можуть бути якісними, але маршрути отримання послуги – заплутаними, або персонал знає принципи зрозумілої комунікації, але не має часу застосовувати їх у потоці [39].

Методичні підходи до удосконалення управління процесами розвитку МГ логічно будуються на циклах безперервного покращення. У практиці це означає організацію коротких і керованих циклів змін (визначення проблеми на основі даних; формулювання гіпотези; планування зміни; пілотне впровадження; повторне вимірювання; стандартизація або перегляд рішення). Важливо, що такі цикли мають бути «замкнутими» на управлінський контур. Дані моніторингу конвертуються у конкретні рішення (зміна формату матеріалів, переналаштування каналів комунікації, оновлення протоколів взаємодії, перепідготовка персоналу, оптимізація маршруту сервісу). Для підвищення результативності управління доцільно доповнювати набір показників «балансувальними» метриками. Наприклад, зростання охоплення не повинно супроводжуватися падінням якості фасилітації або перевантаженням персоналу. Це підсилює управлінську стійкість рішень і попереджає «псевдоуспіхи», коли один показник покращується ціною деградації інших [50].

Практико-орієнтованим інструментом удосконалення є аудит «середовища МГ» в організації (оцінка зрозумілості документів і повідомлень, доступності каналів запису, ясності навігації, узгодженості інформації між різними точками контакту, наявності підтримки для людей з низькою цифровою компетентністю, мовними бар'єрами або особливими потребами). Хоча МГ часто вимірюють на індивідуальному рівні, системний ефект досягається тоді, коли організація спрощує взаємодію з сервісом і зменшує когнітивне навантаження на користувача. Саме такий підхід узгоджується з сучасними уявленнями про МГ як взаємодію індивідуальних компетентностей і «системних умов» [44].

Методично аудит середовища може включати експертну оцінку матеріалів за критеріями plain language, тестування читабельності та «користувацьке тестування», спостереження за проходженням маршруту пацієнта, аналіз типових помилок та причин незавершених звернень, а також оцінку практик комунікації персоналу (наприклад, через контрольні листи та супервізію) [30].

Важливим методичним компонентом удосконалення управління є управління адаптаціями. У програмах розвитку МГ адаптація під контекст неминуча (мова, приклади, канали, темп, тривалість), однак некеровані адаптації можуть «вимити» ключові механізми впливу. Тому методично доцільно фіксувати: ядро програми (core components), яке не змінюється; допустимі варіації; причини змін; наслідки для показників реалізації та результатів. Поєднання RE-AIM як рамки впливу та CFIR як рамки детермінант дозволяє будувати адаптації як управлінські рішення з прогнозованими ризиками і контролем якості, а не як ситуативні «спрощення» на місцях [26].

Для підвищення результативності управління процесами розвитку МГ важливо також інтегрувати оцінювання у кадрову й організаційну політику. Визначити компетентності персоналу щодо МГ (зрозуміла комунікація, етика взаємодії без стигматизації, робота з питаннями та сумнівами, цифрова підтримка), організувати навчання і супервізію, закріпити стандарти у внутрішніх протоколах, а також вбудувати показники МГ у систему управління якістю організації. Це підвищує прийнятність і вірність реалізації, збільшує проникнення практик у повсякденну роботу та покращує сталість [17].

Отже, методичні підходи до оцінки та удосконалення управління процесами розвитку МГ мають бути комплексними й дано-орієнтованими. Поєднувати стратегічну оцінку (логіка змін, узгодженість із потребами), оцінку якості за моделлю «структура-процес-результат», оцінку впровадження із застосуванням CFIR, оцінку суспільного впливу через RE-AIM і валідне вимірювання МГ через інструменти на кшталт HLQ або

HLS19-Q12. У практичному вимірі саме така методологія створює керований цикл покращень.

Висновки до розділу 1

У розділі теоретично обґрунтовано, що розвиток МГ в ЗОЗ слід розглядати не як допоміжну просвітницьку активність, а як управлінсько-економічний ресурс, який впливає на ефективність використання фінансів, часу персоналу, керованість пацієнтських маршрутів і профілактичні результати. Показано, що низький рівень МГ породжує прямі, непрямі й альтернативні витрати, тоді як інвестиції в її розвиток підсилюють раціональний попит, зменшують «втрати» у комунікації та сприяють зниженню тягаря ускладнень; окремо підкреслено значущість цифрової складової (eHealth грамотності), фармацевтичної та ментальної грамотності, а також актуальність теми в умовах обмежених ресурсів і підвищених ризиків для системи охорони здоров'я України.

Доведено, що результативність програм розвитку МГ визначається наявністю системи забезпечення якості: від коректної діагностики потреб і сегментації аудиторій до побудови теорії змін і логічної моделі програми, добору доказових навчальних підходів, створення «дружнього до МГ» організаційного середовища та керованого впровадження зі збереженням балансу між вірністю реалізації й контекстною адаптацією. Важливою умовою якості визначено підготовку і підтримку кадрів, а також моніторинг і процесне оцінювання, що дозволяє не лише фіксувати ефект, а й пояснювати механізми його досягнення та причини варіативності результатів.

Узагальнення методичних підходів дало змогу представити управління розвитком МГ як дано-орієнтований цикл безперервного покращення, у якому поєднуються: оцінка за логікою «структура-процес-результат», стратегічна верифікація узгодженості цілей і інструментів через теорію змін, аналіз детермінант впровадження та якості реалізації, а також оцінка суспільного впливу й сталості програм.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ДУ «СУМСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР КОНТРОЛЮ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ МОЗ УКРАЇНИ»

2.1 Організаційно-економічна характеристика ДУ «Сумський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України»

Державна установа «Сумський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» – це бюджетна, неприбуткова, тобто така, що не має на меті отримання прибутку, установа публічного сектору охорони здоров'я. Вона фінансується з державного та, за потреби, місцевого бюджету, належить до сфери управління Міністерства охорони здоров'я України і підпорядковується йому в частині нормативних документів, форм звітності, дотримання санітарного законодавства, протиепідемічних режимів і стандартів лабораторної діагностики. Правовою основою діяльності установи є Положення про центр контролю та профілактики хвороб, затверджене МОЗ, а також низка наказів МОЗ щодо епідеміологічного нагляду, біобезпеки, організації лабораторних досліджень, поводження з інфекційним матеріалом [1].

Створення центру було частиною реформи колишньої санітарно-епідеміологічної служби: замість старої моделі «санстанція – контроль – перевірка» держава перейшла до моделі системного епіднагляду та громадського здоров'я, коли акцент робиться не лише на виявленні порушень, а на ранньому виявленні загроз, аналітиці та профілактиці. Тому сучасний центр [6]:

- працює за Міжнародними медико-санітарними правилами (ММСП, IHR 2005);
- орієнтується на рекомендації ВООЗ та ЄС щодо спостереження за інфекційними хворобами;
- вибудовує взаємодію не тільки з лікарнями, а й з органами місцевого самоврядування, освіти, соціального захисту, Держпродспоживслужбою.

Місія у формулюванні для звіту може звучати так: «Забезпечення епідемічного благополуччя населення Сумської області шляхом безперервного епідеміологічного нагляду, лабораторної підтримки, оперативного реагування на спалахи та широкого інформування населення і владних структур».

Тобто сенс місії – не лікувати, а попереджати і вчасно виявляти. Центр фактично є «сенсором» області: він збирає дані про інфекції, аналізує їх, прогнозує ризики і рекомендує, що робити сімейним лікарям, школам, громадам.

Епідеміологічний нагляд за керованими та особливо небезпечними інфекціями [8].

- ведеться постійний (щодобовий/щотижневий) облік випадків ГРВІ, грипу, кору, кашлюка, дифтерії, правця, поліомієліту, менінгококової інфекції, кишкових інфекцій;

- встановлюються епідпороги та відслідковується, коли показник перевищує порогове значення;

- у випадку підозри на особливо небезпечні інфекції (сибірка, ботулізм, холера тощо) проводиться негайне епідрозслідування;

- формується і надсилається уніфікована звітність до МОЗ.

Лабораторні дослідження біоматеріалу, води, харчових продуктів, об'єктів довкілля. Лабораторний підрозділ виконує дослідження від пацієнтів (мазки, кров, кал), а також відбирає і аналізує зразки з довкілля: питна вода, вода з криниць, вода з закладів освіти, харчоблоків, дитячих таборів. Проводяться санітарно-гігієнічні дослідження (чи відповідають показники нормам ДСанПіН). У випадку спалаху лабораторія підтверджує або спростовує етіологічний чинник, підтримується система якості (журнали контролю, калібрування, валідація методів) [1].

Моніторинг вакцинації та участь у розслідуванні випадків інфекцій, що попереджаються щепленнями. Центр отримує від закладів охорони здоров'я дані про відсоток щеплених дітей та дорослих (КПК, дифтерія-правець,

поліо, гепатит В тощо). Виявляє групи ризику (невакциновані, відмовники, ВПО). При появі захворювання на кір/дифтерію/кашлюк у невакцинованих дітей центр виїжджає та проводить екстрену вакцинацію/ревакцинацію й роз'яснювальну роботу.

Підготовка інформаційно-аналітичних матеріалів [8]:

- щотижневі епідемічні зведення для обласної військової адміністрації;
- довідки для департаменту охорони здоров'я;
- аналітика щодо міграційних потоків та ризику завезення інфекцій;
- пропозиції щодо карантинних/обмежувальних заходів у ЗЗСО, ДНЗ,

медзакладах.

Організація та участь у протиепідемічних заходах у разі НС:

- формуються виїзні бригади, які виїжджають у вогнище;
- організовується дезінфекція, заключна дезінфекція, ізоляція;
- у разі масових отруєнь – відбір проб харчових продуктів та води;
- співпраця з ДСНС, Держпродспоживслужбою, військовими

адміністраціями.

Санітарно-просвітницька, інформаційна та тренінгова діяльність:

- розробка пам'яток для батьків, вчителів, ФОПів, закладів харчування;
- проведення семінарів/вебінарів для сімейних лікарів, епідеміологів

закладів, шкільних медсестер;

- участь у кампаніях «Вакцинація рятує життя», «Стоп кір», «Безпечна вода».

1. Директор центру керує всією установою, несе персональну відповідальність за епідемічну ситуацію в області в межах повноважень центру. Погоджує річні та сезонні плани епіднагляду (наприклад, план готовності до грипу й ГРВІ на осінньо-зимовий період), підписує фінансові документи, штатний розпис, посадові інструкції. Представляє центр у МОЗ, в обласній раді, ОВА, на міжвідомчих нарадах. Саме директор ухвалює рішення про посилення протиепідемічного режиму в разі погіршення ситуації.

Заступник директора з епідеміології та реагування. Це «операційний» керівник епідслужби. Він веде відділ епіднагляду; координує щоденний збір епідінформації; керує мобільними бригадами, які виїжджають на розслідування; відповідає за організацію імунопрофілактики (зокрема, контроль «холодового ланцюга», аналіз залишків вакцин, роботу з відмовниками); керує сектором ризик-комунікацій (що і як говоримо населенню, щоб не було паніки); у відсутність директора може очолювати штаб реагування на спалах [8].

3. Заступник директора з лабораторної справи. Організовує діяльність лабораторних підрозділів. У його відповідальності: бактеріологічна, вірусологічна, санітарно-гігієнічна лабораторії; впровадження/підтримка системи менеджменту якості; навчання персоналу правилам біобезпеки; контроль за дотриманням умов зберігання реактивів, тест-систем; участь у міжнародних і національних раундах зовнішньої оцінки якості.

4. Адміністративно-господарський та фінансово-економічний підрозділ. Це «тил» центру. Він: веде бухгалтерію, складає кошториси, звітує в ДКСУ; готує й проводить публічні закупівлі (Prozorro); обслуговує транспорт, будівлі, енергозабезпечення; готує договори з підрядниками (ремонт лабораторій, калібрування приладів); забезпечує ЗІЗ, деззасоби, паливо для виїздів.

5. Відділ епіднагляду (моніторингу та оцінки). Це «аналітичний мозок» установи. Основні дії: збір звітності від лікарень, ЦПМСД, приватних медцентрів (за формами МОЗ); перевірка (верифікація) даних; формування епідкарт, таблиць, графіків; прогнозування можливого росту захворюваності; підготовка щотижневих/щомісячних бюлетенів для медзакладів і ОВА; підрахунок вакцинаційного покриття; підготовка довідок для ЗМІ, коли треба пояснити, чому зростає, наприклад, кір [1].

6. Лабораторний центр. Складається з кількох лабораторій, кожна з яких має свій профіль. Тут працюють бактеріологи, вірусологи, лаборанти, інженер з якості. Вони: приймають матеріал від виїзних бригад; проводять

посіви, ПЛР, санітарно-хімічні аналізи; видають протоколи досліджень; ведуть журнали, форми, звітують у центральні референс-лабораторії.

7. Відділ ризик-комунікацій та санітарної освіти. Окрема важлива ланка, бо в епідеміології «що сказав – те і буде». Відділ: готує пам'ятки, інфографіку, тексти для сайтів/соцмереж; формує «єдині меседжі», щоб усі лікарі в області говорили одне й те саме; працює з ЗМІ в разі спалахів, щоб не було паніки й щоб населення виконувало рекомендації [6].

8. Відділ кадрів та охорони праці. Веде особові справи, прийом/звільнення, відпустки, стажування студентів і здобувачів освіти. Проводить інструктажі з охорони праці, протипожежної безпеки, біобезпеки. Це важливо, бо центр працює з потенційно небезпечними біоматеріалами.

9. Філії / структурні підрозділи в районах. Вони потрібні, щоб надавати послуги ближче до громади: відбір проб води, швидкі виїзди в садочки/школи, оперативне епідрозслідування. Районні підрозділи підпорядковуються директору обласного центру, працюють за єдиними стандартами, надсилають дані в обласний центр.

Підходи до управління в установі спираються на елементи класичного державного менеджменту (нормативно-розпорядчий спосіб управління, планування, регламентація, інструктивні листи МОЗ) та сучасні інструменти управління у сфері охорони здоров'я: управління на основі цілей (МВО), ризик-орієнтоване планування протиепідемічних заходів, застосування контролінгу для витрат на лабораторні реактиви й ЗІЗ, управління якістю за ISO 9001:2015 / ДСТУ ISO 9001 (на рівні процесів), поетапне впровадження вимог ISO 15189 у лабораторних підрозділах. В управлінні широко використовуються внутрішні накази директора, річні й кварталні плани епіднагляду, журнали внутрішнього контролю, матриці відповідальності, а також індикатори, погоджені з ЦКПХ МОЗ (своєчасність подання екстрених повідомлень, відсоток охоплення щепленнями, відсоток розслідуваних спалахів у нормативний строк, частка підтверджених лабораторно випадків).

В установі застосовується комплекс адміністративних, економічних, соціально-психологічних та організаційно-технічних методів[6].

- Адміністративні методи реалізуються через накази, розпорядження, посадові інструкції, затверджені алгоритми реагування на спалахи, протоколи відбору та транспортування біоматеріалу, інструкції з охорони праці та біобезпеки. Вони забезпечують єдність дій по всій області, особливо під час ліквідації осередків кору, дифтерії, COVID-19, гострих кишкових інфекцій.

- Економічні методи проявляються у плануванні та використанні бюджетних асигнувань (заробітна плата, нарахування, придбання реактивів, ПЛР-наборів, деззасобів, паливно-мастильних матеріалів), у проведенні закупівель через систему Prozorro, у контролі вартості платних послуг (санітарно-мікробіологічні дослідження, експертизи, вимірювання факторів довкілля), у раціональному використанні лабораторних ресурсів за рахунок групування проб і регіонального маршруту їх доставки.

- Соціально-психологічні методи спрямовані на підтримку професійної мотивації фахівців (особливо епідеміологів і лаборантів), створення безпечного психологічного клімату в колективах відокремлених підрозділів, запобігання професійному вигоранню в умовах тривалих епідемічних підйомів, визнання результатів через відомче заохочення, публічне відзначення на нарадах і колегіях.

- Організаційні інструменти включають календарно-тематичні плани перевірок осередків, плани-графіки калібрування й валідації лабораторного обладнання, маршрутизація зразків, створення мобільних груп для виїзду в громади, участь у міжлабораторних порівняльних випробуваннях.

- Кадрове забезпечення є критичною функціональною сферою ДУ «Сумський ОЦКПХ МОЗ», оскільки якість епідеміологічного нагляду та лабораторної діагностики прямо залежить від рівня кваліфікації штатних працівників і стабільності кадрового складу. Планування потреби в кадрах здійснюється на основі затвердженого МОЗ типового штатного нормативу

для центрів контролю та профілактики хвороб, фактичного навантаження за видами досліджень, охоплення територій та епідситуації. Підбір персоналу проводиться з урахуванням вимог до біологічної безпеки, наявності профільної освіти (медицина, епідеміологія, лабораторна діагностика, мікробіологія, вірусологія, біологія), проходження попередніх та періодичних медичних оглядів. В установі діє система первинної адаптації нових співробітників: ознайомлення з Положенням про центр, посадовими інструкціями, інструкціями з безпеки роботи в лабораторіях BSL-2, порядком роботи в умовах НС, порядком заповнення форм держстатзвітності. Підвищення кваліфікації забезпечується через курси на базі НУОЗ ім. П. Л. Шупика, навчальні модулі ЦКПХ МОЗ, участь у тренінгах ВООЗ/ЄС із ММСП. Мотивація має комбінований характер: посадовий оклад і надбавки бюджетної установи доповнюються нематеріальними стимулами – участю у міжнародних проектах, можливістю стажування, пріоритетом при розподілі сучасних робочих місць і ЗІЗ. Контроль діяльності персоналу передбачає щорічну атестацію, моніторинг своєчасності подання інформації в електронні системи (ЕСОЗ, АС епіднагляду), аудит лабораторних журналів і виїзні перевірки відокремлених підрозділів. Система соціального захисту персоналу включає надання додаткових відпусток за роботу із шкідливими факторами, забезпечення засобами індивідуального захисту, проведення інструктажів із безпеки в умовах повітряних тривог та відключень електроенергії [1].

На відміну від комерційних структур, матеріально-технічне забезпечення ДУ «Сумський ОЦКПХ МОЗ» орієнтоване не на товарний асортимент, а на безперебійне, регламентоване забезпечення епіднагляду та лабораторних процесів. До основних видів МТЗ належать: лабораторне обладнання (ПЛР-ампліфікатори, ламінарні шафи, термостати, мікроскопи, хроматографи), витратні матеріали й реактиви (ПЛР-набори для грипу, COVID-19, ентеровірусів; середовища для бактеріології; тест-системи для паразитології; набори для визначення якості води та харчових продуктів), дезінфекційні засоби, ЗІЗ (респіратори, костюми біозахисту, захисні

окуляри), обладнання холодового ланцюга, автотранспорт для виїздів у громади, генератори/ДБЖ. Розрахунок потреби у МТР здійснюється на підставі річних планів епіднагляду, середнього місячного споживання реактивів, сезонних коливань (підйом ГРВІ/грипу, кишкових інфекцій у літній період), а також резервів під надзвичайні ситуації (спалахи харчових отруєнь, біологічні загрози, переміщення ВПО). Формування запасів по відокремлених підрозділах проводиться за принципом оптимального рівня залишків із централізованим поповненням зі складу обласного центру. Важливе місце займає логістика з дотриманням температурних режимів і правил поводження з інфекційним матеріалом. Закупівлі здійснюються відповідно до Закону України «Про публічні закупівлі» через електронну систему Prozorro, що забезпечує прозорість постачання та унеможливорює конфлікт інтересів [8].

Система управління якістю в ДУ «Сумський ОЦКПХ МОЗ» вибудована на поєднанні міжнародних вимог (Міжнародні медико-санітарні правила, рекомендації ВООЗ і ЄС щодо громадського здоров'я) та національної нормативної бази (накази МОЗ щодо організації епіднагляду, ведення лабораторних журналів, проведення дезінфекції, обліку й звітності). Усередині установи діють стандарти операційних процедур (СОП) для всіх ключових процесів: відбору проб, їх маркування, транспортування, ПЛР-досліджень, бактеріологічних посівів, біологічної безпеки, роботи з гострими респіраторними інфекціями, моніторингу води та харчових продуктів. Регулярно проводяться внутрішні аудити та міжлабораторні звірки, що дозволяє підтримувати належний рівень достовірності та відтворюваності результатів. Установою впроваджено моніторинг показників якості: відсоток зразків, відхилених через порушення умов транспортування; час відбору до доставки; відсоток помилок у звітності; кількість надходжень екстрених повідомлень поза строком. Результати аналізу якості використовуються для коригувальних дій – додаткових інструктажів, зміни маршрутів, оновлення СОП [11].

Основними партнерами центру є: МОЗ України та ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ»; Департамент охорони здоров'я Сумської ОДА/ОВА; заклади охорони здоров'я комунальної форми власності – як джерела екстрених повідомлень і клінічного матеріалу; органи місцевого самоврядування – як замовники профілактичних заходів і учасники комісій ТЕБ та НС; заклади освіти – як об'єкти епіднагляду й вакцинації; Держпродспоживслужба – для спільного розслідування спалахів харчових отруєнь і зоонозів; громадські та міжнародні організації (UNICEF, WHO Country Office, USAID-проекти) – для технічної та комунікаційної підтримки. Така мережа партнерств забезпечує швидке інформування та координацію дій у випадку загроз здоров'ю населення.

З огляду на те, що ДУ «Сумський ОЦКПХ МОЗ» є бюджетною, неприбутковою установою, управління «асортиментом» тут набуває форми управління переліком лабораторних, санітарно-гігієнічних, дезінфекційних, радіологічних, паразитологічних та інших досліджень і послуг, які надаються як у межах державних завдань, так і на платній основі. Планування проводиться на підставі епідемічних ризиків області (туберкульоз, COVID-19, ГРВІ, КІЗ, кишкові інфекції, зоонози, водні фактори передачі), сезонності, запитів закладів охорони здоров'я та органів влади. З метою оптимізації застосовується підхід, аналогічний категорійному менеджменту. Пріоритетними визначаються дослідження, що безпосередньо забезпечують розрив епідемічного ланцюга (екстрені бактеріологічні, ПЛР при підозрах на особливо небезпечні інфекції, дослідження води у випадку спалахів). Допоміжні види можуть виводитись у платний сегмент і тим самим частково компенсувати нестачу бюджетного фінансування. Для управління цими процесами використовуються журнали обліку платних послуг, калькуляції собівартості, електронні форми замовлень, а також ABC-аналіз за частотою замовлень і витратністю досліджень – за аналогією до комерційних структур, але з урахуванням публічного характеру установи [1].

SWOT-аналіз управління функціональними сферами діяльності ДУ «Сумський ОЦКПХ МОЗ» (табл. 2.1) дає змогу узагальнити внутрішні переваги та проблеми установи, а також зовнішні можливості й загрози для подальшого розвитку.

Таблиця 2.1

**SWOT-аналіз управління функціональними сферами діяльності ДУ
«Сумський ОЦКПХ МОЗ»**

Категорія	Опис
Сильні сторони (Strengths)	<ul style="list-style-type: none"> – Чітка вертикаль управління і методичне підпорядкування МОЗ та центральному ЦКПХ, що забезпечує єдину політику епіднагляду в області. – Наявність кваліфікованих епідеміологів, вірусологів і бактеріологів із досвідом роботи в умовах COVID-19 та інших НС. – Функціонування акредитованої/сертифікованої лабораторної бази, наявність СОП і внутрішніх аудитів. – Налагоджена взаємодія з лікувально-профілактичними закладами та органами місцевої влади. – Досвід участі в міжнародних програмах та пілотних проєктах з громадського здоров'я.
Слабкі сторони (Weaknesses)	<ul style="list-style-type: none"> – Висока залежність від обсягів бюджетного фінансування, обмеженість інвестицій у модернізацію лабораторного обладнання. – Нерівномірне кадрове забезпечення по районах/відокремлених підрозділах, кадрове старіння. – Витратність утримання автотранспорту і холодового ланцюга. – Потреба в постійному оновленні ЗІЗ та деззасобів, що не завжди вчасно покривається бюджетом. – Обмежені можливості матеріальної мотивації персоналу у порівнянні з приватним сектором.
Можливості (Opportunities)	<ul style="list-style-type: none"> – Залучення міжнародної технічної допомоги та участь у грантових програмах ВООЗ, ЄС, UNICEF для оновлення лабораторій і навчання персоналу. – Розвиток платних лабораторних послуг для населення й бізнесу на базі існуючих потужностей. – Цифровізація епіднагляду (електронні реєстри, онлайн-повідомлення, аналітичні панелі) для підвищення керованості процесів. – Розширення партнерства з ОМС у рамках регіональних програм здоров'я.
Загрози (Threats)	<ul style="list-style-type: none"> – Військові дії та пов'язані з ними ризики (перебої енергопостачання, руйнування мереж водопостачання/каналізації), що ускладнюють епіднагляд. – Поява нових або реемержентних інфекцій (сказ, лихоманка Західного Нілу, поліовірус), що потребують додаткових ресурсів. – Економічна нестабільність і можливе скорочення бюджетних програм. – Міграційні процеси і ВПО як чинник зміни епідситуації та збільшення навантаження на лабораторну службу.

Джерело: складено автором на підставі наданих даних з ЗОЗ

Для обґрунтування висновків щодо ефективності функціонування ДУ «Сумський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ» (далі – ДУ «Сумський ОЦКПХ МОЗ») проведено аналіз її техніко-економічних показників за 2022-2024 рр. за такими напрямками [1]:

- аналіз структури та динаміки активів;
- аналіз структури джерел фінансування;
- аналіз фінансової стійкості;
- аналіз ліквідності та платоспроможності;
- аналіз ділової активності;
- аналіз ефективності використання бюджетних коштів (як аналог блоку «рентабельність» для неприбуткових бюджетних установ).

Інформаційною базою аналізу є дані фінансової та бюджетної звітності установи (форми казначейської звітності, баланс, звіт про надходження та використання коштів загального і спеціального фондів) за 2022–2024 рр..

Оцінювання динаміки структури активів і джерел їх формування для бюджетної неприбуткової установи дозволяє:

- установити частку необоротних (матеріально-технічних) активів, що забезпечують лабораторну, епідеміологічну, дезінфекційну діяльність;
- оцінити достатність найбільш ліквідних активів (кошти на рахунках у ДКСУ, у т.ч. за спецфондом) для здійснення поточних виплат;
- простежити, як змінюється структура оборотних активів (запаси реактивів, деззасобів, ЗІЗ, витратних матеріалів) залежно від епідемічної ситуації та обсягів профілактичних програм;
- визначити ступінь залежності установи від поточних зобов'язань і заборгованості.

Розгорнуто проаналізувавши дані табл. 2.2 щодо динаміки та структури активів ДУ «Сумський ОЦКПХ МОЗ» за 2022–2024 рр., можна уточнити зміст зроблених висновків і показати, як саме зміни в активах пов'язані з функціями установи.

Таблиця 2.2

Динаміка та структура активів ДУ «Сумський ОЦКПХ МОЗ» у 2022–2024 рр., тис. грн

Показники	2022 тис. грн	Пит. вага, %	2023 тис. грн	Пит. вага, %	2024 тис. грн	Пит. вага, %	Абс. відхилення 23/22	Абс. відхилення 24/23	Відхилення структури 23/22, в.п.	Відхилення структури 24/23, в.п.
Нематеріальні активи	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Основні засоби	12350,0	16,7	13800,0	18,7	16200,0	18,4	1450,0	2400,0	+2,0	–0,3
Разом необоротні активи I	12350,0	16,7	13800,0	18,7	16200,0	18,4	1450,0	2400,0	+2,0	–0,3
Запаси	8400,0	11,4	9500,0	12,9	10300,0	11,7	1100,0	800,0	+1,5	–1,2
Дебіторська заборгованість за розрахунками з бюджетом	1250,0	1,7	900,0	1,2	600,0	0,7	–350,0	–300,0	–0,5	–0,5
Інша поточна дебіторська заборгованість	450,0	0,6	700,0	0,9	950,0	1,1	250,0	250,0	+0,3	+0,2
Грошові кошти та їх еквіваленти (кошти в ДКСУ)	38350,0	51,8	34000,0	46,1	42750,0	48,5	–4350,0	8750,0	–5,7	+2,4
Інші оборотні активи	850,0	1,1	1000,0	1,4	1200,0	1,4	150,0	200,0	+0,3	0,0
Разом оборотні активи II	61300,0	82,9	46100,0	62,6	55800,0	63,3	–15200,0	9700,0	20,3	+0,7
Баланс	74000,0	100,0	73700,0	100,0	88200,0	100,0	–300,0	14500,0	0,0	0,0

Джерело: складено автором на підставі наданих даних з ЗОЗ

Необоротні активи. Те, що їхня вартість зросла з 12 350,0 тис. грн у 2022 р. до 16 200,0 тис. грн у 2024 р., означає не просто «плюс 3,85 млн», а фактично завершення одного інвестиційного (оснащувального) циклу установи. Для центру контролю та профілактики хвороб це зазвичай означає три групи витрат:

- оновлення лабораторної бази – закупівля або заміна ПЛР-обладнання, ламінарних шаф, автоклавів, термостатів, холодильних камер для зберігання зразків і вакцин;

- підвищення біобезпеки – обладнання для роботи з біологічно небезпечними матеріалами, витяжні системи, контроль температури й вологості;

- дооснащення відокремлених підрозділів у районах області, щоб вони могли самостійно відбирати, реєструвати й транспортувати матеріал без втрати якості.

Для бюджетної неприбуткової установи важливо, що це зростання відбулося без перекосу в бік «важких» активів. Частка необоротних активів залишилась у коридорі 16,7-18,4 %. Це дуже характерно саме для ЦКПХ. У установи такого типу не можуть «забетонувати» кошти в основних засобах, бо їхнє головне завдання – оперативно реагувати на епідситуацію, а це завжди вимагає великих оборотних ресурсів (реактиви, ЗІЗ, дезінфектанти, логістика). Тобто структура активів показує керовану модернізацію: обладнання оновили, але «не з'їли» обігові кошти.

Крім того, зростання необоротних активів зазвичай прив'язане до конкретних зовнішніх факторів: поява нових викликів (COVID-19, поліовірус, зростання кількості ВІО, ризику водних інфекцій) → потреба в додаткових дослідженнях → включення центру в цільові закупівлі або проєкти технічної допомоги → надходження обладнання → збільшення необоротних активів. Те, що цей процес розтягнувся на 2-3 роки, означає поетапне освоєння коштів і поступове введення обладнання в експлуатацію, а не одноразове «роздування» балансу.

Оборотні активи. У цій групі найбільша частка в усі роки припадала на грошові кошти та їх еквіваленти в ДКСУ – від 46 до 52%. Це нормальна картина для обласного ЦКПХ, бо він працює в режимі «треба виїхати – треба закупити – треба дослідити». Коли понад половину оборотних активів становлять гроші, це означає дві важливі речі. Установа не живе в борг і не «тягне» довго кредиторку. Керівництво зберігає маневр – у разі спалаху (групові ГКІ, випадки ботулізму, аварії водогону, підозра на особливо небезпечну інфекцію) є що спрямувати на реактиви, пальне, виїзд, додаткові ЗІЗ.

Коливання коштів 2022 → 2023 → 2024 рр. (51,8 % → 46,1 % → 48,5 %) логічні: у 2023 р. частина коштів могла бути оперативно витрачена на заходи у зв'язку з воєнними діями й переміщенням населення (контроль якості води, додаткові дослідження, профілактичні огляди об'єктів масового перебування), тому частка грошей тимчасово зменшилася. Уже в 2024 р. їхній рівень знову підріс – це говорить про відновлення платоспроможності й про те, що спеціальний і загальний фонди працювали без критичних затримок.

Окрема увага – запаси. Для звичайної бюджетної установи зростання запасів – це часто «залежування». Для центру контролю та профілактики хвороб – навпаки, це означення готовності. Підвищення вартості запасів з 8 400,0 тис. грн у 2022 р. до 10 300,0 тис. грн у 2024 р. показує, що установа:

- підтримує страховий запас реактивів (бо постачання в умовах війни або перебоїв електроенергії може «провисати»);

- враховує сезонність: улітку – кишкові інфекції й вода, узимку – ГРВІ, грип; отже, треба різні види поживних середовищ і ПЛР-наборів;

- працює не лише для обласного центру, а й підтримує відокремлені підрозділи, яким складніше швидко дозакупити щось самостійно.

Те, що дебіторська заборгованість за розрахунками з бюджетом зменшилась майже вдвічі (з 1 250,0 до 600,0 тис. грн), – дуже хороший сигнал. Для бюджетних медико-епідеміологічних установ типова проблема –

«підвішені» розрахунки. Акти наданих послуг підписані, але фінансування ще не пройшло по казначейству, або проведено перерозподіл КЕКВ, а фактична оплата – із затримкою. Зменшення дебіторки означає, що: установа швидше проходить документообіг (акти → казначейство → оплата); контрагенти (ЗОЗ, ОМС, підрозділи, що замовляють дослідження) не затягують із підтвердженням робіт; бухгалтерія та економічна служба вибудували чіткий графік закриття заборгованостей наприкінці кварталу.

У результаті частка «неліквідних» оборотних активів зменшилась, а частка «живих» грошей – зросла. Це прямий показник операційної керованості установи: вона не просто обліковує послуги, а й доводить їх до оплати.

Аналіз структури джерел формування майна ДУ «Сумський ОЦКПХ МОЗ» (табл. 2.3) важливий тому, що він показує не просто «звідки взяли гроші», а наскільки стійко установа може працювати в умовах змінної епідемситуації, затримок фінансування чи зростання ціни на реактиви. Для бюджетної установи це ще важливіше, ніж для комерційної, бо вона не може вільно залучати кредити чи інвестиції, а спирається переважно на державу.

Власний капітал. У нашому випадку він зріс із 44 000,0 тис. грн (59,46 %) у 2022 р. до 56 000,0 тис. грн (63,49 %) у 2024 р. Це дуже хороший тренд для бюджетної установи. Це означає, що держава фактично нарощує майнову базу установи – тобто не просто дає «гроші на зарплату», а вкладається в обладнання, ремонт, довгострокові активи; установа акумулює в балансі вартість отриманого майна, і це відображається саме у власному капіталі. Чим більша частка власного капіталу – тим менш залежна установа від короткострокових боргів та розрахунків «із сьогодні на завтра».

Для ЦКПХ це ще й маркер довіри та пріоритетності. Такі установи отримують обладнання, коли держава робить ставку на епіднагляд, лабораторну діагностику, ММСП. Зростання частки з 59,46 % до 63,49 % – це не випадкове «підмальовування» балансу, а наслідок.

Таблиця 2.3

Динаміка та структура джерел фінансування ДУ «Сумський ОЦКПХ МОЗ» у 2022–2024 рр., тис. грн

Показники	2022 тис. грн	Пит. вага, %	2023 тис. грн	Пит. вага, %	2024 тис. грн	Пит. вага, %	Абс. відхилення 23/22	Абс. відхилення 24/23	Відхилення структури 23/22, в.п.	Відхилення структури 24/23, в.п.
Власний капітал (фонд у держмайні)	44 000,0	59,46	45 500,0	61,74	56 000,0	63,49	1 500,0	10 500,0	+2,28	+1,75
Цільове фінансування та доходи майбутніх періодів	2 500,0	3,38	3 200,0	4,34	4 600,0	5,22	700,0	1 400,0	+0,96	+0,88
Поточна кредиторська заборгованість за товари, роботи, послуги	7 800,0	10,54	6 800,0	9,23	7 900,0	8,96	-1 000,0	1 100,0	-1,31	-0,27
Поточна кредиторська заборгованість з оплати праці	6 700,0	9,05	6 400,0	8,68	7 700,0	8,73	-300,0	1 300,0	-0,37	+0,05
Поточна кредиторська заборгованість з бюджету	2 000,0	2,70	1 700,0	2,31	2 100,0	2,38	-300,0	400,0	-0,39	+0,07
Інші поточні зобов'язання	11 000,0	14,86	10 100,0	13,70	9 900,0	11,22	-900,0	-200,0	- 1,16	-2,48
Баланс	74 000,0	100,0	73 700,0	100,0	88 200,0	100,0	-300,0	14 500,0	0,0	0,0

Джерело: складено автором на підставі наданих даних з ЗОЗ

Цільове фінансування та доходи майбутніх періодів. Його частка зросла з 3,38 % (2 500,0 тис. грн) до 5,22 % (4 600,0 тис. грн). Для ЦКПХ це дуже показовий індикатор. Ця стаття часто «ловить» гроші під конкретні державні або донорські програми – наприклад, вакцинацію, посилення лабораторної спроможності, моніторинг якості води, протиепідемічні заходи в місцях компактного проживання ВПО. Якщо частка зростає – значить, установа вміє заходити в цільові проєкти, готувати заявки, звітувати, обліковувати такі кошти.

Це також говорить про диверсифікацію джерел: установа отримує не тільки «кошти по кошторису», а й додаткове фінансування під завдання громадського здоров'я. Цільові кошти не завжди можна витратити на що завгодно – вони «прив'язані» до мети. Тому їх зростання одночасно означає й зростання відповідальності за звітність (акти, лабораторні журнали, підтвердження закупівель). Але в аналітичному плані це плюс. Установа не «сидить» на одному бюджеті, а розширює ресурсну базу. У структурі балансу кредиторка розкладена на кілька статей: за товари, роботи, послуги, з оплати праці, з бюджету, інші поточні зобов'язання.

Для бюджетного ЦКПХ це нормально, що кредиторка є – бо оплата частини поставок, комунальних, зв'язку, послуг з калібрування приладів, пального йде з відтермінуванням. Але важливо не її існування, а динаміка частки.

У ДУ «Сумський ОЦКПХ МОЗ» вона повільно зменшується. Наприклад, кредиторка за товари/послуги – з 10,54 % у 2022 р. до 8,96 % у 2024 р.; інші поточні зобов'язання – з 14,86 % до 11,22 %. Це означає кілька хороших речей одразу.

Платоспроможність достатня – установа встигає розраховуватись після поставок, не накопичуючи «хвости».

Немає ознак касових розривів – тобто не довелося «закривати» зарплату за рахунок відкладення оплат постачальникам.

Економічна служба працює ритмічно – платежі по комуналці, зв'язку, оренді не «висять» до кінця року.

Те, що частка кредиторки поволі відступає, – це якраз і є показник ліквідності у бюджетній установі: не накопичуємо борги → значить, є живі гроші в ДКСУ → значить, можна профінансувати виїзд на осередок або термінову закупівлю реактивів.

Фінансова стійкість бюджетної установи визначається насамперед тим, наскільки власний капітал і цільові бюджетні кошти покривають її необоротні й оборотні активи. У ДУ «Сумський ОЦКПХ МОЗ» власні оборотні кошти (ВОК), розраховані як сума власного капіталу та цільового фінансування мінус необоротні активи, у 2022-2024 рр. мали стійку позитивну динаміку: 2022 р. – 34 150,0 тис. грн; 2023 р. – 34 900,0 тис. грн; 2024 р. – 44 400,0 тис. грн.

Це означає, що установа не лише повністю покривала власними та цільовими коштами основні засоби, а й мала істотний надлишок для фінансування поточної діяльності. Коефіцієнт забезпечення оборотних активів власними коштами становив відповідно 0,55; 0,58; 0,62 (норматив $\geq 0,1$), що для бюджетної установи є дуже добрим значенням. Коефіцієнт автономії тримався в межах 0,59-0,63 (норматив $\geq 0,5$), тобто установа є фінансово незалежною та не критично залежить від поточних зобов'язань. Коефіцієнт маневреності власного капіталу (0,77-0,79) показує, що значна його частина знаходиться в обороті, а отже, може швидко спрямовуватись на епідемічні заходи, закупівлю реактивів, ЗІЗ, ремонт лабораторного обладнання.

Фінансова стійкість ДУ «Сумський ОЦКПХ МОЗ» у 2022–2024 рр. була стійкою, із тенденцією до посилення в 2024 р. завдяки приросту капітальних вкладень і зростанню власного капіталу.

Для бюджетної установи показники ліквідності мають специфіку. Основною формою ліквідних активів є кошти на рахунках у ДКСУ, а

більшість зобов'язань – це короткострокова кредиторська заборгованість. Розраховані показники подано в табл. 2.4.

Таблиця 2.4

**Динаміка показників ліквідності ДУ «Сумський ОЦКПХ МОЗ»
у 2022–2024 рр.**

Показники	2022	2023	2024	Нормативне значення
Коефіцієнт абсолютної ліквідності (гроші / поточні зобов'язання)	1,39	1,36	1,55	$\geq 0,2-0,25$
Коефіцієнт швидкої ліквідності (гроші + дебіторська / поточні зобов'язання)	1,46	1,42	1,61	$\geq 0,8-1$
Коефіцієнт покриття (оборотні активи / поточні зобов'язання)	2,24	2,40	2,61	≥ 2

Джерело: складено автором на підставі наданих даних з ЗОЗ

Як видно з таблиці, всі три показники перевищують нормативні значення, причому коефіцієнт абсолютної ліквідності в 6-7 разів вищий за мінімально допустимий. Це означає, що установа в кожному з аналізованих років мала достатній запас грошових коштів для оперативного погашення поточних зобов'язань, у т.ч. у випадку невідкладних епідемічних заходів або затримки надходжень за окремими КЕКВ.

Оскільки ДУ «Сумський ОЦКПХ МОЗ» є бюджетною неприбутковою установою, замість класичної рентабельності розглядається ступінь виконання кошторису та наявність/відсутність економії. Вихідні дані наведено в табл. 2.5.

Таблиця 2.5

**Показники виконання кошторису ДУ «Сумський ОЦКПХ МОЗ» у 2022-
2024 рр., тис. грн**

Показники	2022	2023	2024
Обсяг бюджетного фінансування (загальний + спецфонд, у т.ч. платні послуги)	63 950,0	66 450,0	76 600,0
Видатки установи всього	61 000,0	64 700,0	74 000,0
Економія / перевиконання (+)	2 950,0	1 750,0	2 600,0
Рівень виконання кошторису, %	95,39	97,37	96,61

Джерело: складено автором на підставі наданих даних з ЗОЗ

Як видно, установа в усі роки працювала в межах затвердженого кошторису й формувала невелику, але стабільну економію (переважно за рахунок оптимізації закупівель, централізованого постачання, перерозподілу за КЕКВ і частково – за рахунок платних лабораторних послуг). Рівень виконання кошторису 95-97% є типовим і свідчить про реалістичне планування видатків.

2.2 Діагностика управління розвитком медичної грамотності в ДУ «Сумський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України»

Методичні підходи до діагностики діяльності базової установи в межах обраного напрямку – стратегічного управління розвитком МГ – доцільно вибудувати як цілісну логіку «від стратегії до змін», де аналіз напрямів діяльності ДУ «Сумський обласний центр контролю і профілактики хвороб МОЗ України» (епіднагляд, профілактика, лабораторна діагностика, ризик-комунікація, просвіта населення) визначає роль МГ як наскрізної управлінської компетентності. У такій конфігурації МГ не є окремим проєктом, а слугує «зв'язувальною тканиною» між ключовими сервісами Центру. У профілактиці вона підвищує охоплення та дотримання рекомендацій, у ризик-комунікації зменшує поведінкові й інформаційні втрати під час НС, у лабораторному блоці підсилює зрозумілість результатів і маршрутизацію, у програмі епіднагляду покращує якість зворотного зв'язку з громадами. Саме тому місце МГ у стратегії Центру визначається як «інституційний стандарт зрозумілості та доступності», який інтегрується у політики, ролі, навчання персоналу та систему показників якості (Balanced Scorecard) і дозволяє горизонтально синхронізувати дії підрозділів навколо спільних цілей безпеки, довіри та охоплення населення.

Для діагностики рівня МГ працівників ДУ «Сумський обласний центр контролю і профілактики хвороб МОЗ України» доцільно застосувати комбіновану батарею перевірених інструментів, яка водночас вимірює власні

компетентності співробітників (загальну, комунікативну, критичну та цифрову МГ). На рівні знань і готовності до практики оптимально використати Health Literacy Knowledge and Experience Survey (HLKES/HLKES-2) – опитувальник, розроблений для оцінювання обізнаності медичних фахівців щодо принципів МГ (plain language, teach-back, навігаційна підтримка, адаптація для вразливих груп) та досвіду їх застосування.

Інструмент вимірює знання про МГ і реальний досвід застосування відповідних стратегій у роботі. Оригінальна версія HL-KES містить 29 тестових запитань із вибором однієї правильної відповіді, згрупованих у п'ять змістових блоків (базові факти про МГ, наслідки низької МГ, скринінг МГ, правила підготовки письмових матеріалів, оцінювання ефективності інформації), а також 9 тверджень щодо досвіду застосування практик МГ, що оцінюються за чотирибальною шкалою від «ніколи» до «завжди». Підсумкові бали для знань варіюють 0-29. Для інтерпретації знань рекомендуємо використовувати процент правильних відповідей з порогоми, прийнятними для внутрішніх стандартів якості: <60% – потребує інтенсивного навчання; 60–79% – базовий рівень, необхідні точкові підсилення; $\geq 80\%$ – достатній рівень з акцентом на практику.

Другою стала методика All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS) – це короткий опитувальник, побудований на тривірневій моделі (функціональна, комунікативна/інтерактивна, критична МГ) і спроектований для швидкого використання у первинній та громадській охороні здоров'я. У первісній розробці автори спростили відповіді до 3-бальної шкали («рідко», «ніколи», «часто»), щоби зменшити навантаження на респондентів. Середній час заповнення – близько 7 хвилин. Це робить AAHLS придатним для регулярних внутрішніх зрізів серед персоналу без відриву від роботи.

Для нашого Центру (ДУ «Сумський ОЦКПХ») AAHLS доцільно застосовувати як інструмент самооцінки працівників їхніх власних умінь отримувати, розуміти, критично осмислювати та обговорювати інформацію

про здоров'я – тобто як користувачів системи і водночас як носіїв професійних практик комунікації. Структурно шкала охоплює чотири змістові блоки: функціональна МГ (4 позиції: читання/заповнення документів та доступ до підтримки), комунікативна МГ (3 позиції: уміння надавати релевантну інформацію, ставити запитання, просити пояснити незрозуміле), критична МГ (4 позиції: пошук різних джерел, перевірка доречності й достовірності інформації, здатність обстоювати поінформоване рішення) і соціальне залучення (3 позиції: громадська активність і орієнтація на соціальні детермінанти здоров'я). Дві з позицій мають дихотомічні відповіді (так/ні; варіант «а»/«б»). Рекомендовано єдину 3-бальну шкалу кодування: «рідко» = 1, «інколи» = 2, «часто» = 3. Для пунктів, де йдеться про потребу в допомозі (наприклад, «потрібна допомога, щоб прочитати/заповнити...»), застосовується зворотне кодування («рідко» = 3; «інколи» = 2; «часто» = 1), адже менша потреба свідчить про вищу функціональну МГ. Для управлінської інтерпретації зручно перетворити бали кожної субшкали у відсотки і читати їх як «низько/середньо/високо» за такими порогоми: <50% – низький рівень, 50-75% – середній, >75% – високий.

Третьою стала методика Communicative and Critical Health Literacy (CCHL/FCCHL) – це валідована коротка шкала, створена на основі підходу до вимірювання комунікативної та критичної МГ. Існує у двох найуживаніших форматах: 5-пунктовий CCHL для швидкого скринінгу та 14-пунктовий FCCHL (5 функціональних, 5 комунікативних і 4 критичних твердження) для поглибленої оцінки. Обидві версії застосовуються в дослідженнях «робочих» популяцій і показали прийнятні психометричні характеристики. У 5-пунктового CCHL кожен пункт оцінюється за Лайкертом 1–5 балів із розрахунком середнього балу (діапазон 1-5), нами і був застосований даний варіант.

Окремий вимір – цифрова МГ, адже значна частина взаємодії з населенням та даними відбувається онлайн. eHEALS (eHealth Literacy Scale) у нашій роботі використовується як ультракороткий скринінг цифрової МГ

працівників ДУ «Сумський обласний центр контролю і профілактики хвороб МОЗ України», тобто самооцінки знань і навичок знаходження, критичної оцінки та практичного застосування онлайн-інформації про здоров'я в сценаріях громадського здоров'я. Інструмент складається з 8 тверджень із відповідями за 5-бальною шкалою Лайкерта від «1 – зовсім не згоден(на)» до «5 – повністю згоден(на)», сумарний бал варіює від 8 до 40 (вищий – кращий).

У дослідженні прийняло участь 27 працівників ДУ «Сумський обласний центр контролю і профілактики хвороб МОЗ України», віком від 25 до 40 років, серед яких було 15 жінок і 12 чоловіків.

Результати тестової частини дослідження, що охоплювала 29 запитань опитувальника HLKES-2, дозволили виявити рівень знань працівників ДУ «Сумський обласний центр контролю і профілактики хвороб МОЗ України» щодо ключових понять і принципів МГ. За критеріями інтерпретації, які поділяють результати на три рівні (високий – 80% і більше правильних відповідей, середній – від 60% до 79%, низький – менше 60%), працівники розподілилися наступним чином: низький рівень знань продемонстрували 8 осіб, що становить 29,6% від загальної кількості; середній рівень виявлено у 12 осіб (44,4%); високий рівень – у 7 осіб, тобто 25,9% (рис. 2.1).

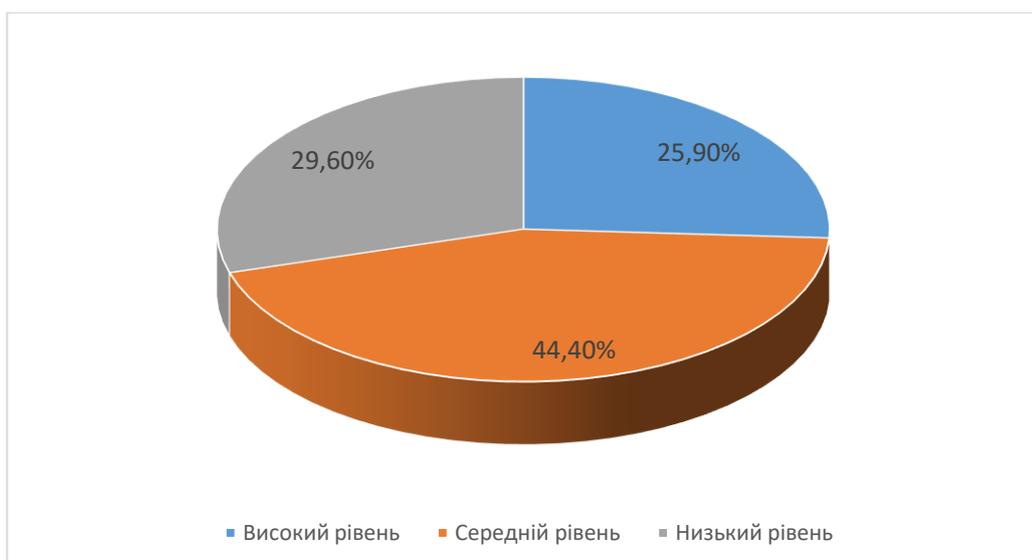


Рис. 2.1 Рівень теоретичних знань працівників

Джерело: складено автором на підставі наданих даних з ЗОЗ

Працівники з низьким рівнем знань (менше 60% правильних відповідей) виявили значну неінформованість щодо базових понять МГ. Більшість із них не змогли правильно визначити сутність принципу «plain language», не знайомі з методом «teach-back» як інструментом перевірки розуміння медичної інформації, не орієнтуються в алгоритмах адаптації матеріалів для пацієнтів із низьким рівнем МГ або тих, хто належить до вразливих соціальних груп. Це свідчить про необхідність цілеспрямованого інтенсивного навчання для усунення прогалин у знаннях, особливо в умовах, коли ці знання безпосередньо впливають на якість надання профілактичних та освітніх медичних послуг.

Найбільшу частку (44,4%) становлять працівники, які показали середній рівень знань. Їхні результати засвідчують наявність базових уявлень про МГ, зокрема щодо наслідків низької грамотності для пацієнтів, ролі скринінгу в комунікації, важливості адаптації письмових матеріалів до рівня сприйняття. Водночас ці знання є фрагментарними та недостатньо систематизованими. Наприклад, значна частина респондентів у цій групі правильно відповіла на запитання щодо загальної мети МГ, однак не змогла визначити практичні критерії читабельності тексту (наприклад, методику SMOG чи простіший тест на Flesch–Kincaid), або ж продемонстрували плутанину між поняттями «доступна мова» й «спрощення термінів». Це свідчить про потребу в точкових навчальних інтервенціях, що мають на меті поглиблення розуміння конкретних складових концепції МГ.

Високий рівень знань, який виявили 7 осіб (25,9%), засвідчує сформовану обізнаність і професійну готовність до впровадження практик МГ у щоденну роботу. Ці фахівці демонстрували впевнене володіння поняттями, чітко визначали мету скринінгу на МГ, знали, як коректно адаптувати письмові інструкції для різних груп пацієнтів, розуміли особливості оцінки ефективності інформаційної інтервенції та могли запропонувати релевантні приклади з власного досвіду. Їхня підготовка дозволяє не лише ефективно застосовувати знання на практиці, а й виступати

в ролі внутрішніх консультантів або наставників у колективі, сприяючи розвитку компетентностей інших працівників.

Загалом, низький рівень практичного досвіду (1-2 бали у більшості тверджень, тобто шістьох і більше) зафіксовано у 10 працівників, що становить 37,0% вибірки. Це свідчить про обмежене або навіть повне невикористання стратегій МГ у роботі з пацієнтами. Найбільші труднощі були виявлені саме у застосуванні методу teach-back – техніки, що передбачає перевірку розуміння інформації пацієнтом шляхом її відтворення власними словами. Також виявлено низьку частоту практичного використання підходів до адаптації письмових матеріалів відповідно до рівня розуміння та потреб пацієнтів, особливо тих, що мають низький рівень загальної грамотності або належать до вразливих груп. Це вказує на брак навичок комунікативного пристосування та відсутність систематичного підходу до передачі медичної інформації у простій, доступній формі (рис. 2.2).

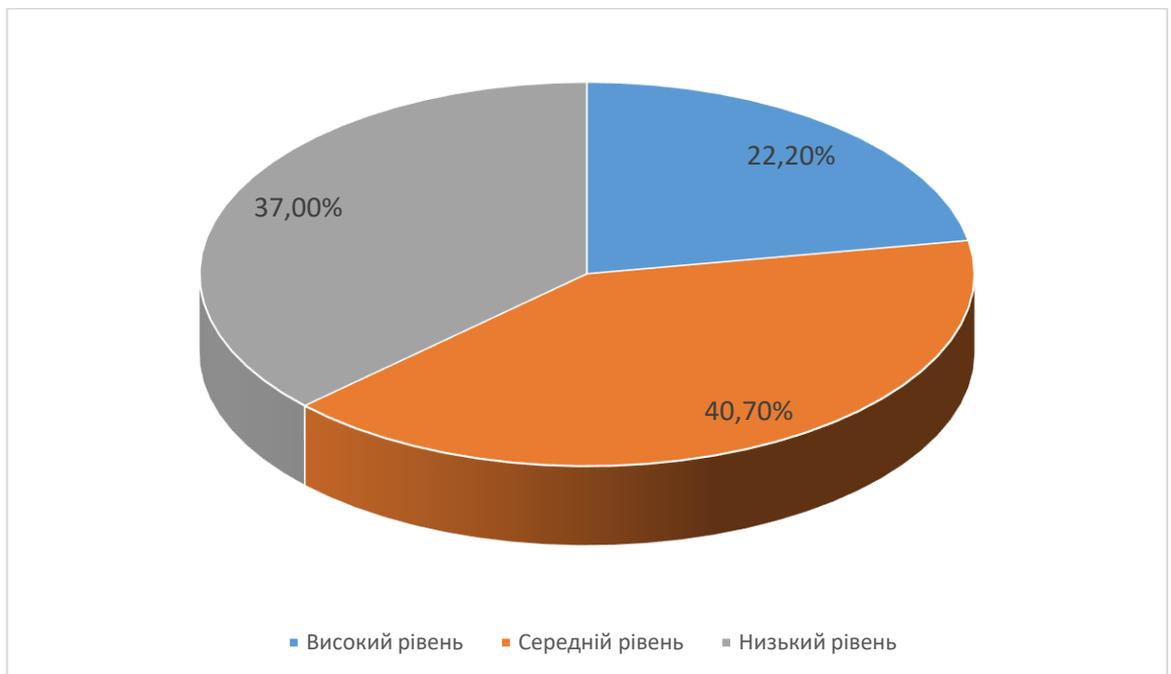


Рис. 2.2 Рівень практичного досвіду працівників

Джерело: складено автором на підставі наданих даних з ЗОЗ

Середній рівень досвіду, який охопив 11 працівників (40,7%), відображає ситуацію, коли стратегії МГ застосовуються епізодично, переважно у випадках, коли працівник самостійно розпізнає труднощі у розумінні інформації з боку пацієнта або має справу з представниками вразливих категорій населення (літні особи, пацієнти з когнітивними порушеннями тощо). У цій групі працівників фіксується часткове використання інструментів МГ: вони можуть застосовувати візуальні підказки, спрощені пояснення або перевірку розуміння в неформальній формі, проте не роблять це систематично або відповідно до усталених протоколів. Також у цій категорії респондентів зустрічається нерівномірне застосування стратегій – одні навички опрацьовані краще (наприклад, усне спрощення термінології), тоді як інші практично ігноруються (оцінка ефективності інформації, орієнтація пацієнта в навігації медичного закладу).

Високий рівень практичного досвіду виявлений лише у 6 працівників, що становить 22,2% вибірки. Ці респонденти послідовно демонстрували активне й свідоме впровадження стратегій МГ, отримавши 3-4 бали за щонайменше 7 із 9 тверджень. У їхній діяльності простежується системне застосування методів доступної комунікації, регулярне використання техніки teach-back, свідома адаптація письмових та візуальних матеріалів відповідно до рівня сприйняття пацієнта. Вони також повідомляли про участь у тематичних тренінгах або внутрішньо-корпоративних програмах з підвищення кваліфікації у сфері МГ, що, вочевидь, позитивно позначилось на їхній компетентності. Деякі з них були залучені до інформаційної та освітньої роботи з населенням, підготовки буклетів, пам'яток або сценаріїв інформаційних кампаній, що сприяло закріпленню практичних навичок у повсякденній професійній діяльності.

Низький рівень загальної компетентності у сфері МГ мають 9 осіб, що становить 33,3% від загальної вибірки. До цієї групи увійшли респонденти, які продемонстрували одночасно низький рівень знань (<60% правильних відповідей у тесті) та/або виявили мінімальну або епізодичну практику використання ключових стратегій МГ (1-2 бали у більшості тверджень). Такі працівники, як правило, або не знайомі з основними принципами МГ, або, навіть володіючи

теоретичними уявленнями, не інтегрують їх у свою роботу. Це створює потенційні ризики неефективної комунікації з пацієнтами, особливо з тими, хто має низький рівень розуміння медичної інформації, і вимагає запровадження інтенсивних навчальних інтервенцій для подолання виявлених прогалин (рис. 2.3).

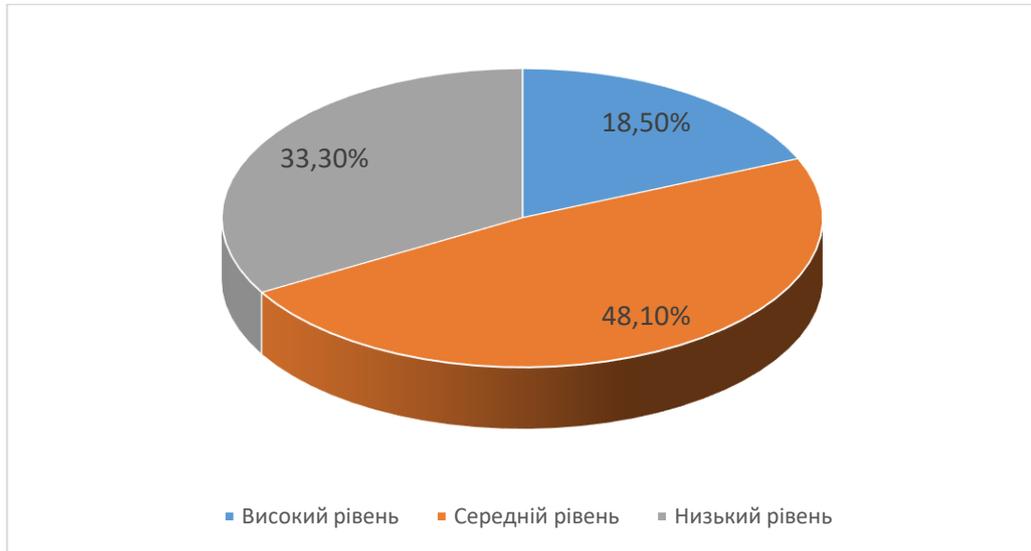


Рис. 2.3 Рівень МГ за опитувальником HLKES-2

Джерело: складено автором на підставі наданих даних з ЗОЗ

Середній рівень компетентності встановлено у 13 працівників, що становить 48,1% від загальної кількості. Ця найбільша група демонструє або стабільні середні показники знань і практики, або нерівномірний розподіл результатів (наприклад, високі знання, але середній практичний досвід, або навпаки). Працівники цієї категорії вже володіють певним розумінням цілей і завдань МГ, використовують деякі з її інструментів у роботі – однак зазвичай це не є системною або усвідомленою практикою. Це може бути наслідком недостатньої підтримки з боку адміністрації, відсутності формалізованих інструкцій чи нестачі практичних тренінгів. Водночас, саме ця група має найбільший потенціал для розвитку – за умови належної організаційної підтримки та запровадження механізмів наставництва або обміну досвідом.

Високий рівень компетентності виявлено у 5 працівників (18,5%). Ці респонденти успішно поєднують глибокі знання про МГ із регулярним,

усвідомленим та ефективним застосуванням її стратегій на практиці. Вони орієнтуються в таких поняттях, як «plain language», teach-back, адаптація інформації для вразливих груп, скринінг пацієнтів на рівень МГ, а також володіють навичками підготовки доступних письмових матеріалів. Їхній досвід дозволяє не лише підтримувати високу якість комунікації з пацієнтами, а й виступати як внутрішні агенти змін, лідери або ментори в колективі. Ці фахівці можуть бути залучені до розробки стандартів медичної комунікації у закладі, проведення внутрішніх тренінгів або пілотування інноваційних підходів до інформування пацієнтів.

Узагальнені результати дослідження рівня МГ працівників за допомогою шкали All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS) дозволили виявити об'єктивний розподіл респондентів за тривірневою моделлю, що охоплює функціональну, комунікативну, критичну МГ та соціальне залучення. Після трансформації індивідуальних балів кожного працівника у відсотковий еквівалент, результати розподілилися наступним чином: низький рівень МГ (<50%) виявлено у 7 осіб, що становить 25,9% від загальної вибірки; середній рівень (50–75%) продемонстрували 13 осіб (48,1%); високий рівень (>75%) зафіксовано також у 7 осіб (25,9%) (рис. 2.4).

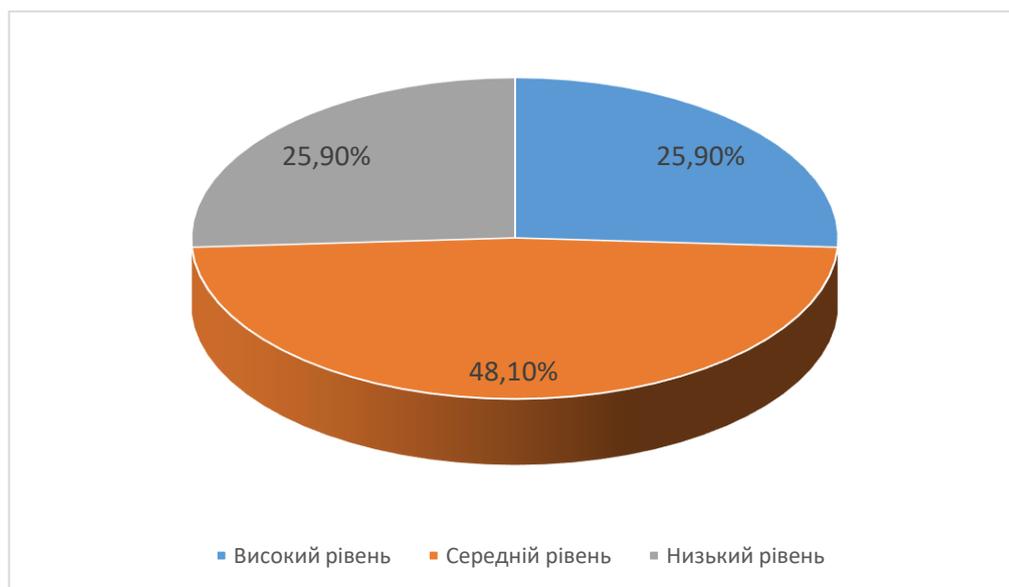


Рис. 2.4 Рівень МГ за шкалою All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS)

Джерело: складено автором на підставі наданих даних з ЗОЗ

Ці результати свідчать про наявність суттєвої варіативності у сформованості МГ серед персоналу, при чому лише чверть респондентів має чітко виражений високий рівень сформованих умінь і навичок, необхідних для ефективного отримання, інтерпретації, критичної оцінки та комунікації медичної інформації. Ці працівники не лише здатні самостійно орієнтуватися в складних питаннях охорони здоров'я, але й активно долучаються до інформування населення, використовують доступну мову, впроваджують елементи пацієнт-центричної комунікації та враховують соціальні детермінанти здоров'я в межах своєї професійної діяльності. Саме вони становлять потенційний кадровий ресурс для розвитку внутрішньої культури МГ у закладі, а також можуть бути залучені до фасилітації навчання інших працівників.

Найбільшу групу – майже половину (48,1%) – становлять працівники із середнім рівнем МГ, для яких характерна часткова або вибіркова реалізація принципів МГ у професійній діяльності. Такі фахівці, як правило, добре орієнтуються в стандартних ситуаціях, здатні пояснити базову інформацію пацієнтам, проте не завжди критично аналізують джерела інформації, недостатньо активно ставлять уточнювальні запитання або потребують додаткового підсилення в сфері соціального залучення й інформаційної навігації. Їх рівень слід розглядати як стратегічний резерв, що має високий потенціал для розвитку за умов цілеспрямованого навчання, регулярного методичного супроводу, участі в внутрішніх семінарах і обміну досвідом із більш компетентними колегами.

Натомість низький рівень МГ, який виявлено у 7 працівників (25,9%), є індикатором потенційних ризиків для якості надання інформаційно-просвітницьких послуг населенню. Працівники цієї категорії мають труднощі у розумінні інструкцій, не завжди здатні адекватно адаптувати зміст повідомлення до рівня пацієнта, рідко проявляють ініціативу щодо перевірки достовірності інформації або участі у профілактичних заходах. Для цієї групи необхідно розробити індивідуалізовані маршрути професійного розвитку, які

включають менторство, тренінги з розвитку критичного мислення, вивчення алгоритмів доступної медичної комунікації, а також практичні вправи зі скринінгу та інтерпретації інформації.

Отримані результати за шкалою ССНЛ свідчать про наявність значного розмаїття рівнів сформованості комунікативної та критичної МГ серед персоналу ДУ «Сумський обласний центр контролю і профілактики хвороб МОЗ України». Зокрема, 6 працівників (22,2%) продемонстрували низький рівень за даною шкалою. Для цієї групи характерними є виражені труднощі в умінні отримувати, інтерпретувати та критично осмислювати медичну інформацію, особливо в умовах, коли необхідно зіставити різні джерела або сформулювати обґрунтовану позицію щодо проблеми здоров'я. Такі працівники зазвичай не виявляють ініціативи в уточненні незрозумілих аспектів, часто сприймають інформацію без належної перевірки, орієнтуючись винятково на зовнішній авторитет або інструкцію. Це супроводжується пасивною комунікативною позицією, коли діалог із пацієнтами або колегами зводиться до передачі готових тез без гнучкості, пояснень або уточнень. У ситуаціях, що потребують обґрунтованого вибору або інтерпретації ризиків, ці фахівці зазвичай уникають відповідальності, перекладаючи рішення на інших або обмежуючись формальними фразами (рис. 2.5).

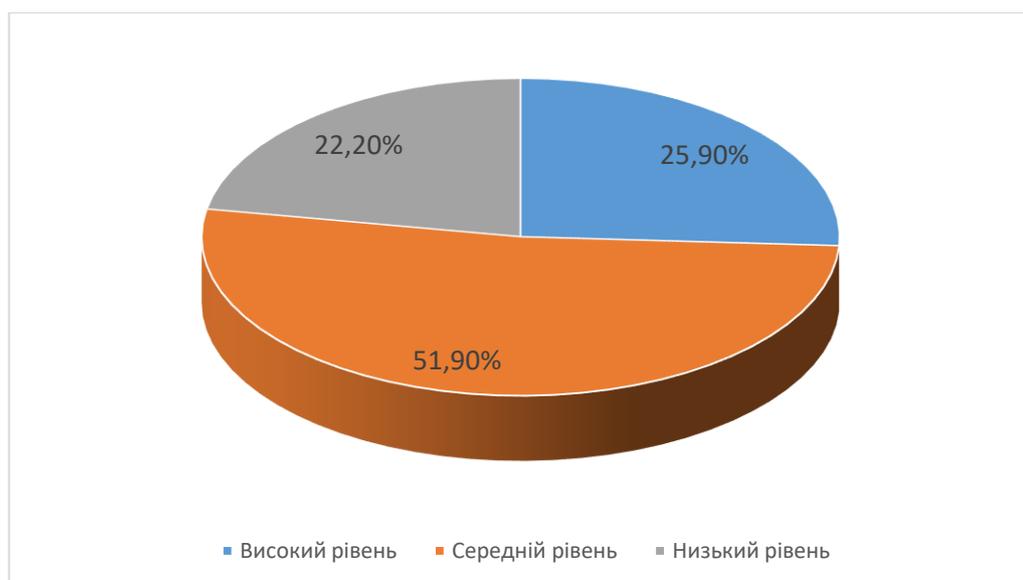


Рис. 2.5 Рівень комунікативної та критичної МГ за шкалою ССНЛ

Джерело: складено автором на підставі наданих даних з ЗОЗ

Найчисельнішу категорію складають 14 працівників (51,9%), які увійшли до групи із середнім рівнем комунікативної та критичної МГ. Це означає, що більшість із них володіє базовими навичками взаємодії та аналізу інформації, однак застосовує їх непослідовно, без усвідомленої системності. У стандартних ситуаціях такі фахівці здатні підтримувати конструктивний діалог із пацієнтами, ставити уточнювальні запитання, адаптувати подачу матеріалу, проте в умовах інформаційної невизначеності або конфліктів вони не завжди демонструють критичне мислення або вміння аргументувати свою позицію. Їм властиве часткове розуміння джерел медичної інформації, проте навички перевірки достовірності, оцінки ризиків або пошуку альтернатив залишаються недостатньо розвиненими. Такий рівень можна розглядати як функціонально прийнятний, однак у контексті сучасної парадигми пацієнт-орієнтованої медицини та доказового підходу до профілактики і комунікації, він вимагає цілеспрямованого розвитку через тренінги, методичні семінари та фасилітаційні сесії.

Натомість 7 працівників (25,9%) продемонстрували високий рівень комунікативної та критичної МГ. Вони вільно та впевнено застосовують навички інтерпретації, аналізу та критичного переосмислення медичної інформації, активно залучені до діалогу як з колегами, так і з пацієнтами чи представниками громад. Їм притаманна виражена комунікативна ініціатива – вони не лише задають запитання й шукають пояснення, а й прагнуть зробити інформацію доступною для інших. Водночас ці працівники виявляють високу інформаційну культуру: перевіряють джерела, розрізняють науково обґрунтовані дані та неперевірені твердження, аргументовано відстоюють рішення щодо лікувально-профілактичних заходів. Їхній стиль взаємодії базується на взаємоповазі, відкритості до альтернативних думок і системному підході до прийняття рішень. Саме ці фахівці становлять кадровий ресурс для внутрішнього професійного зростання колективу, і можуть бути задіяні у розробці стандартів комунікації, менторстві, проведенні тренінгів або фасилітації командної взаємодії в межах закладу.

Отримані дані за шкалою eHEALS свідчать про те, що рівень цифрової МГ серед працівників Центру є нерівномірним, що, з одного боку, демонструє наявність уже сформованого ядра цифрово-компетентних фахівців, а з іншого — виявляє потребу у цілеспрямованій роботі з персоналом, який відчуває труднощі з цифровою навігацією та критичним аналізом інформації в інтернет-середовищі. Загальна тенденція дозволяє констатувати, що більшість працівників (понад 80%) мають принаймні базові навички роботи з електронними ресурсами у сфері здоров'я. Однак розподіл за рівнями дозволяє краще зрозуміти структуру сильних і слабких сторін цифрової МГ в межах колективу (рис. 2.6).

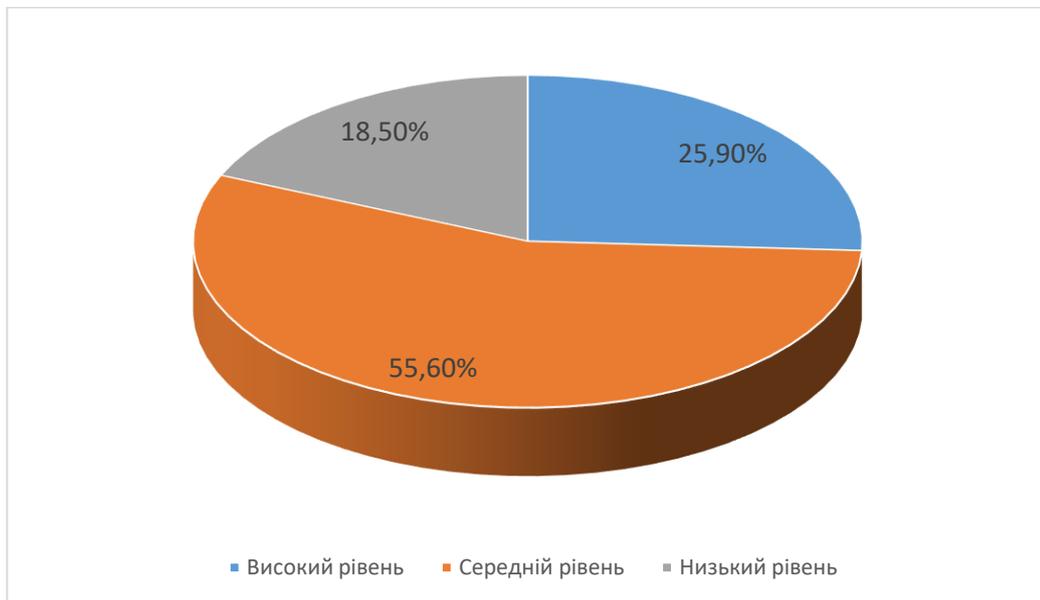


Рис. 2.6 Рівень цифрової МГ за шкалою eHEALS

Джерело: складено автором на підставі наданих даних з ЗОЗ

Низький рівень цифрової МГ, що був зафіксований у 5 працівників (18,5%), вказує на недостатньо сформовані навички використання цифрових ресурсів у професійній діяльності. Ці респонденти висловлювали невпевненість у пошуку медичної інформації в інтернеті, мали сумніви щодо здатності розпізнавати надійні джерела, а також не мали чітких стратегій перевірки достовірності отриманих даних. Вони рідко використовують професійні платформи для освіти або комунікації, не орієнтуються у

функціоналі профілактичних eHealth-інструментів, не беруть участі в онлайн-навчанні та не мають досвіду застосування цифрових сервісів у практичній роботі. Їх відповіді демонструють низьку самооцінку цифрових компетентностей та потребу в цілісній програмі навчання, яка має охоплювати як базові технічні навички (наприклад, пошук у медичних базах даних, навігація сайтами МОЗ чи CDC), так і критичне мислення в цифровому контексті (оцінка джерел, захист даних, протидія дезінформації тощо).

Найбільшу частину вибірки – 15 працівників (55,6%) – становлять фахівці із середнім рівнем цифрової МГ. Ці особи впевнено користуються основними інструментами онлайн-доступу до інформації (Google, офіційні сайти ВООЗ, eHealth, ресурси МОЗ України), однак не завжди виявляють послідовність у критичній оцінці інформації, часто покладаються на перші джерела без глибокої перевірки, або не можуть швидко адаптувати знайдену інформацію під специфіку своєї професійної практики. Їм, як правило, бракує навичок роботи з відкритими науковими публікаціями, знань про основи цифрової гігієни та конфіденційності медичних даних. Частина респондентів із цієї групи висловила зацікавленість у проходженні поглиблених курсів, що дозволяє розглядати їх як потенційний резерв для зростання, який можна активізувати за допомогою тренінгів, участі у вебінарах, міжкафедральних обмінах або внутрішніх навчальних сесій.

Високий рівень цифрової МГ продемонстрували 7 осіб (25,9%), які демонструють системне володіння навичками аналізу, критичної оцінки та адаптації електронної інформації до завдань громадського здоров'я. Ці фахівці активно користуються електронними базами даних (PubMed, UpToDate, WHO IRIS), володіють методикою перевірки фактів, відрізняють наукові джерела від комерційних або популяризаторських, регулярно підвищують свою кваліфікацію через онлайн-курси (Coursera, Medscape, Prometheus тощо), беруть участь в електронних конференціях, користуються електронною поштою, месенджерами, платформами відеозв'язку для

професійної взаємодії. Вони критично підходять до інформації, адаптують її для різних цільових груп, створюють локальні інформаційні продукти (інфографіки, слайди, постери) і можуть бути використані як внутрішні експерти або ментори в цифровій трансформації установи. Їхня роль є особливо цінною для поширення найкращих практик, впровадження нових сервісів та підтримки цифрової культури в установі.

Узагальнені результати, подані в таблиці 2.6 демонструють відносну єдність профілю МГ персоналу за різними інструментами вимірювання. У середньому для всіх шкал майже половина працівників (48%) належать до групи із середнім рівнем сформованості відповідних знань, умінь і компетентностей, тоді як частка співробітників з високими показниками коливається в межах 25,9%%. Це свідчить про те, що ядро колективу характеризується достатнім, але ще не оптимальним рівнем готовності до системного впровадження принципів МГ в щоденну практику.

Таблиця 2.6

Узагальнений розподіл рівнів знань, досвіду та різних аспектів МГ працівників ДУ «Сумський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України»

Показник / шкала	Рівень	Кількість, осіб	Частка, %
HLKES-2: теоретичні знання з МГ	Низький	8	29,6
	Середній	12	44,4
	Високий	7	25,9
HLKES-2: практичний досвід застосування стратегій МГ	Низький	10	37,0
	Середній	11	40,7
	Високий	6	22,2
HLKES-2: інтегральна компетентність у сфері МГ	Низький	9	33,3
	Середній	13	48,1
	Високий	5	18,5
AAHLS: загальний рівень МГ	Низький	7	25,9
	Середній	13	48,1
	Високий	7	25,9
CCHL: комунікативна та критична МГ	Низький	6	22,2
	Середній	14	51,9
	Високий	7	25,9
eHEALS: цифрова МГ	Низький	5	18,5
	Середній	15	55,6
	Високий	7	25,9

Джерело: складено автором на підставі наданих даних з ЗОЗ

Найбільший відсоток низького рівня виявлено за шкалою практичного досвіду HLKES-2 (37,0%), що підтверджує попередній висновок про виражений розрив між теоретичними знаннями та їхньою реалізацією в реальних комунікативних ситуаціях із пацієнтами. Натомість за показником цифрової МГ (eHEALS) питома вага працівників із низьким рівнем є найменшою (18,5%), а частка респондентів із середнім та високим рівнем (разом понад 80%) свідчить про наявність достатнього потенціалу для активнішого використання eHealth-інструментів та онлайн-комунікації у профілактичній роботі.

Порівняльний аналіз інтегральної компетентності за HLKES-2 та загальної МГ за AANLS показує, що хоча співвідношення низького й високого рівнів є подібним, розподіл за інтегральним показником HLKES-2 дещо «зсувається» у бік нижчих значень (33,3% проти 25,9% у групі низького рівня), що може бути наслідком поєднання недостатніх знань і обмеженого практичного досвіду. У свою чергу, результати за CCHL та eHEALS демонструють кращу сформованість саме комунікативних, критичних та цифрових аспектів МГ у частини працівників, які потенційно можуть виступати внутрішніми «носіями змін» у колективі та менторами для колег із нижчими показниками.

Таким чином, додаткова узагальнювальна діагностика дозволяє не лише описати поточний стан МГ персоналу за окремими шкалами, а й виявити структурні диспропорції між рівнями теоретичної підготовки, практичного досвіду, комунікативно-критичних та цифрових компетентностей. Це створює підґрунтя для розробки диференційованої програми підвищення кваліфікації, яка має поєднувати інтенсивні тренінги для групи з низькими показниками та підтримку й залучення працівників із високим рівнем як внутрішніх агентів змін.

Висновки до розділу 2

ДУ «Сумський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» є системно організованою бюджетною, неприбутковою установою публічного сектору охорони здоров'я, яка виконує ключові функції у сфері епідеміологічного нагляду, профілактики та громадського здоров'я в регіоні. Організаційно-економічна характеристика засвідчила наявність чіткої вертикалі управління, розгалуженої структури підрозділів (епіднагляд, лабораторія, ризик-комунікація, адміністративно-господарський блок, районні філії) та застосування сучасних інструментів менеджменту – від ризик-орієнтованого планування до елементів системи управління якістю та впровадження міжнародних стандартів (ММСП, вимоги ISO). Це забезпечує цілісність процесів, узгодженість дій різних служб та здатність установи оперативно реагувати на епідемічні виклики.

Фінансово-економічний аналіз підтвердив належний рівень ефективності використання ресурсів і стійкий фінансовий стан установи у 2022-2024 рр. Структура активів характеризується зваженим поєднанням модернізації матеріально-технічної бази (зростання частки та абсолютних обсягів необоротних активів) і збереженням достатнього обсягу оборотних ресурсів, насамперед грошових коштів та запасів, необхідних для безперервної лабораторної та протиепідемічної роботи. Позитивна динаміка власного капіталу, зростання частки цільового фінансування та помірне скорочення питомої ваги короткострокових зобов'язань свідчать про посилення фінансової автономії та здатність центру виконувати завдання без критичної залежності від кредиторської заборгованості. Показники ліквідності суттєво перевищують нормативні значення, а стабільне виконання кошторису з формуванням помірної економії вказує на реалістичне планування та раціональне використання бюджетних коштів.

SWOT-аналіз управління функціональними сферами діяльності дозволив виявити поєднання сильних сторін (кваліфікований персонал, акредитована лабораторна база, налагоджені міжвідомчі зв'язки, досвід

участі в міжнародних програмах) із низкою внутрішніх обмежень (залежність від бюджетного фінансування, кадрове старіння, нерівномірне забезпечення територіальних підрозділів, обмежені можливості матеріальної мотивації). Виявлені можливості – залучення міжнародної технічної допомоги, розширення платних послуг, цифровізація епіднагляду, поглиблення партнерств з ОМС – потенційно компенсують існуючі слабкі сторони, однак реалізація цього потенціалу відбувається в умовах суттєвих зовнішніх загроз, пов'язаних із воєнними діями, міграційними процесами та ризиком появи нових інфекційних захворювань.

Діагностика управління розвитком МГ в ДУ «Сумський ОЦКПХ МОЗ» показала, що МГ фактично виступає наскрізною управлінською компетентністю, яка пов'язує між собою епіднагляд, профілактичну роботу, лабораторну діагностику, ризик-комунікацію та просвітницьку діяльність. Застосування валідованих інструментів (HLKES/HLKES-2, AANLS, CCHL, eNEALS) дало змогу комплексно оцінити рівень знань, практичний досвід, комунікативну, критичну та цифрову медичну грамотність співробітників. Отримані результати засвідчили значну варіативність. Приблизно чверть працівників демонструє високий рівень теоретичної та практичної підготовки й потенційно може виконувати роль внутрішніх наставників. Найбільшу частку становлять респонденти із середнім рівнем МГ, які потребують цілеспрямованого вдосконалення окремих компонентів. Водночас помітною залишається група співробітників із низьким рівнем знань і недостатнім практичним використанням стратегій доступної комунікації.

РОЗДІЛ 3

ПРАКТИЧНІ ПІДХОДИ ДО УДОСКОНАЛЕННЯ СТРАТЕГІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ МЕДИЧНОЇ ГРАМОТНОСТІ В ДУ «СУМСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР КОНТРОЛЮ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ МОЗ УКРАЇНИ»

3.1 Основні напрями удосконалення стратегічного управління розвитком медичної грамотності в ДУ «Сумський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України»

Результати аналізу організаційно-економічної характеристики ДУ «Сумський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» та комплексної діагностики рівня МГ його працівників засвідчили, що установа вже має розвинену систему управління, орієнтовану на епідеміологічний нагляд, лабораторну підтримку та ризик-комунікацію, однак розвиток МГ персоналу та населення ще не повною мірою інтегровано в стратегічні цілі й інструменти менеджменту. Центр функціонує як ключова інституція громадського здоров'я області, що здійснює епіднагляд, лабораторні дослідження, організацію протиепідемічних заходів, взаємодію з органами влади, закладами освіти й охорони здоров'я, а також проводить санітарно-просвітницьку роботу.

Водночас кадрова діагностика за HLKES, AANLS, CCHL та eHEALS показала суттєву варіативність у рівнях теоретичних знань, загальної, комунікативно-критичної та цифрової МГ, що потребує системного управлінського втручання, а не поодиноких освітніх заходів.

Отримані дані свідчать, що близько третини працівників мають низький рівень знань про принципи МГ за шкалою HLKES (менше 60% правильних відповідей), майже половина – середній рівень, і лише чверть демонструє високий рівень. Подібна картина спостерігається й за інтегральною шкалою AANLS. Низький рівень МГ виявлено у 25,9% працівників, середній – у 48,1%, високий – у 25,9%. За комунікативно-

критичним виміром (CCHL) у 22,2% персоналу діагностовано низький рівень, тоді як більшість (51,9%) перебуває на середньому рівні, що характеризується фрагментарністю навичок критичного аналізу та аргументованого обговорення медичної інформації. Додатково виявлено, що цифрова МГ за eHEALS є нерівномірною. 18,5 % працівників мають низький рівень, понад половина – середній, а лише частина – високий, незважаючи на те, що більшість уже володіє базовими навичками роботи з електронними ресурсами у сфері здоров'я.

Таким чином, стратегічне управління розвитком МГ в Центрі потребує переходу від ситуативних, епізодичних форм підвищення кваліфікації до цілісної інституційної політики. У розділі 2 було обґрунтовано, що МГ для ДУ «Сумський ОЦКПХ МОЗ України» має розглядатися як інституційний стандарт зрозумілості та доступності, який пронизує всі ключові функції – від епіднагляду й лабораторної діагностики до ризик-комунікації, навчання медичних працівників та інформування населення, і має бути інтегрований у політики, ролі, навчальні програми та систему показників якості (Balanced Scorecard).

Виходячи з цього, основні напрями удосконалення стратегічного управління розвитком МГ доцільно вибудовувати як систему взаємопов'язаних управлінських рішень на рівні місії та стратегії, кадрової політики, організації процесів, цифрової трансформації, партнерств, фінансово-економічного забезпечення та моніторингу результатів.

Першим базовим напрямом є посилення інституційного статусу МГ через її інтеграцію в місію, стратегічні цілі та внутрішні політики Центру. Уже сформульована місія установи – забезпечення епідемічного благополуччя населення області шляхом епіднагляду, лабораторної підтримки, оперативного реагування та інформування – логічно доповнюється акцентом на підвищенні рівня МГ різних цільових груп як необхідній умові ефективності профілактичних програм.

На рівні стратегічного плану доцільно виокремити окрему ціль «Формування культури МГ в персоналу і населення», яка буде конкретизована через завдання щодо підвищення компетентностей працівників, удосконалення комунікаційних продуктів, розвитку цифрових інструментів та побудови партнерств із закладами освіти й первинної медичної допомоги. Це означає, що в оновленому стратегічному документі Центру МГ має бути не додатковим «проектом», а поперечним пріоритетом, що з'єднує між собою епідагляд, лабораторну діагностику, ризик-комунікації та освітньо-просвітницьку діяльність.

Для закріплення такого пріоритету потрібна розробка й затвердження внутрішньої «Політики розвитку МГ», яка визначає базові принципи (зрозуміла мова, перевірка розуміння, адаптація матеріалів до особливостей цільових груп, орієнтація на вразливі групи, етичність та прозорість інформаційної взаємодії), ролі та відповідальність структурних підрозділів, а також механізми моніторингу. До цієї політики доцільно включити вимогу, щоб усі інформаційні продукти Центру (пам'ятки, інфографіка, пресрелізи, методичні рекомендації) проходили експрес-оцінку зрозумілості: перевірку читабельності тексту, наявності простих пояснень медичних термінів, логічної структури, інструкцій, що ґрунтуються на принципах простої мови.

Окремим розділом політики має стати опис стандарту «teach-back» як рекомендованої практики в комунікації, коли працівник після надання інформації просить клієнта/партнера своїми словами повторити ключові моменти, щоб переконатися в адекватному розумінні.

Другим ключовим напрямом удосконалення стратегічного управління є розробка системної кадрової політики у сфері МГ, яка враховує виявлену диференціацію працівників за рівнем знань, загальної, комунікативно-критичної та цифрової МГ. Оскільки за HLKES приблизно третина персоналу потребує інтенсивного навчання, а близько 44% мають лише базові, фрагментарні знання, доцільно запровадити модульну програму професійного розвитку, що диференціюється за рівнями.

Для працівників із низьким рівнем знань і навичок основний акцент має бути зроблено на засвоєнні базових понять (сутність МГ, наслідки її низького рівня, принципи доступної мови, базові інструменти адаптації інформації для вразливих груп). Для групи із середнім рівнем – на систематизації та поглибленні знань, відпрацюванні комунікативних і критичних навичок у форматі тренінгів, кейс-аналізу, рольових ігор. Працівники з високим рівнем знань і навичок можуть розглядатися як внутрішні тренери, ментори та фасилітатори змін, які беруть участь у розробці стандартів комунікації та супроводжують командну роботу.

Стратегічно важливо закріпити розвиток МГ в системі управління персоналом. Винести відповідні компетентності в оновлені посадові інструкції для керівників підрозділів, епідеміологів, фахівців із ризик-комунікацій, лаборантів, а також включити критерії МГ до переліку оцінюваних при атестації.

Це дозволить перевести тему МГ з площини «добровільної» активності в площину формалізованих очікувань, які враховуються під час планування кар'єрного зростання, преміювання, участі в проєктах. Важливо також створити кадровий резерв із числа працівників із високим рівнем загальної, комунікативно-критичної та цифрової МГ, яких можна буде системно залучати до розробки та реалізації стратегічних ініціатив у сфері МГ.

Третій напрям стосується удосконалення процесного управління й системи якості з урахуванням вимог МГ. У розділі 2 було показано, що управлінська модель Центру поєднує класичні адміністративні методи (накази, протоколи, регламенти) із сучасними підходами до управління якістю, ризик-орієнтованим плануванням та елементами ISO 9001/15189. Наступним кроком має стати інституційне «вшивання» принципів МГ в ключові процеси: епідеміологічний нагляд, розслідування спалахів, лабораторну діагностику, розробку і впровадження профілактичних програм, підготовку звітів і рекомендацій для органів влади та населення.

З цією метою до технологічних карт процесів, стандартних операційних процедур і чек-листів варто включити окремі елементи, пов'язані з МГ: перевірку, чи адаптовано інформаційні матеріали до цільової аудиторії; чи використано візуальні засоби для пояснення складних понять; чи проведено перевірку розуміння (наприклад, «teach-back» або контрольні запитання); чи передбачено альтернативні канали донесення інформації для груп із низькою грамотністю (офлайн-зустрічі, телефонні консультації, співпраця з місцевими лідерами громадської думки). Для відділу ризик-комунікацій це означатиме перехід від переважно реактивної підготовки повідомлень у відповідь на спалахи до системного планування інформаційних кампаній, у яких враховано рівень МГ цільових груп та особливості їх медіаспоживання.

Четвертим стратегічним напрямом є розвиток цифрової компоненти МГ на основі виявлених дисбалансів за шкалою eHEALS. Дані показали, що частина персоналу відчуває невпевненість у пошуку медичної інформації в інтернеті, верифікації джерел, використанні професійних платформ та eHealth-інструментів, тоді як інша частина вже має розвинену інформаційну культуру й здатна критично аналізувати онлайн-контент. Це створює умови для стратегічної програми «цифрового вирівнювання» персоналу, що має включати:

- базові навчальні модулі з цифрової гігієни та навігації: пошук доказової інформації в авторитетних базах даних і на офіційних ресурсах (МОЗ, ВООЗ тощо), основи критичного мислення щодо інформації в соціальних мережах, оцінка достовірності сайтів та авторів;

- практичні тренінги з використання профілактичних eHealth-інструментів (електронні реєстри, інформаційні панелі епіднагляду, телемедичні сервіси, онлайн-платформи для навчання), що дозволить підвищити ефективність повсякденної діяльності Центру;

- створення внутрішньої цифрової «бібліотеки» шаблонів, посібників, відеоінструкцій, які можуть бути використані як для навчання персоналу, так і для підвищення МГ населення (наприклад, короткі відео про вакцинацію, які згодом адаптуються до різних аудиторій).

Стратегічно доцільно також визначити невелику групу «цифрових амбасадорів» серед працівників із високою цифровою МГ, які зможуть супроводжувати колектив у впровадженні нових цифрових рішень, допомагати колегам, брати участь у розробці онлайн-курсів та внутрішніх вебінарів.

П'ятим напрямом удосконалення стратегічного управління є розвиток міжсекторальних партнерств, спрямованих на підвищення медичної МГ області. З огляду на те, що Центр уже взаємодіє з органами місцевого самоврядування, закладами освіти, соціального захисту, Держпродспоживслужбою, а також проводить семінари для сімейних лікарів та шкільних медичних працівників, є підстави розгорнути цю діяльність у формат системної «екосистеми МГ».

На стратегічному рівні це може означати:

- укладання рамкових угод про співпрацю з департаментами освіти та охорони здоров'я, закладами вищої та професійної освіти щодо інтеграції компонентів МГ в освітні програми (наприклад, для студентів-медиків, майбутніх учителів, соціальних працівників);

- створення міжвідомчих робочих груп або платформ, де спільно плануються й оцінюються інформаційні кампанії (вакцинація, профілактика кишкових інфекцій, безпечна вода, профілактика інфекцій, що передаються повітряно-крапельним шляхом), з обов'язковим урахуванням рівня МГ різних груп населення;

- активну участь Центру у розробці регіональних програм громадського здоров'я, де МГ виступає як окремий блок цілей та індикаторів (наприклад, частка населення, що розуміє принцип дії вакцин, знає базові правила профілактики кишкових інфекцій, орієнтується в механізмах звернення по медичну допомогу).

Шостим напрямом є посилення фінансово-економічного забезпечення програм розвитку МГ через поєднання бюджетних, грантових та партнерських ресурсів. Оскільки Центр є бюджетною неприбутковою установою, основні видатки спрямовано на заробітну плату, утримання інфраструктури, закупівлю реактивів та засобів індивідуального захисту (рис. 3.1).

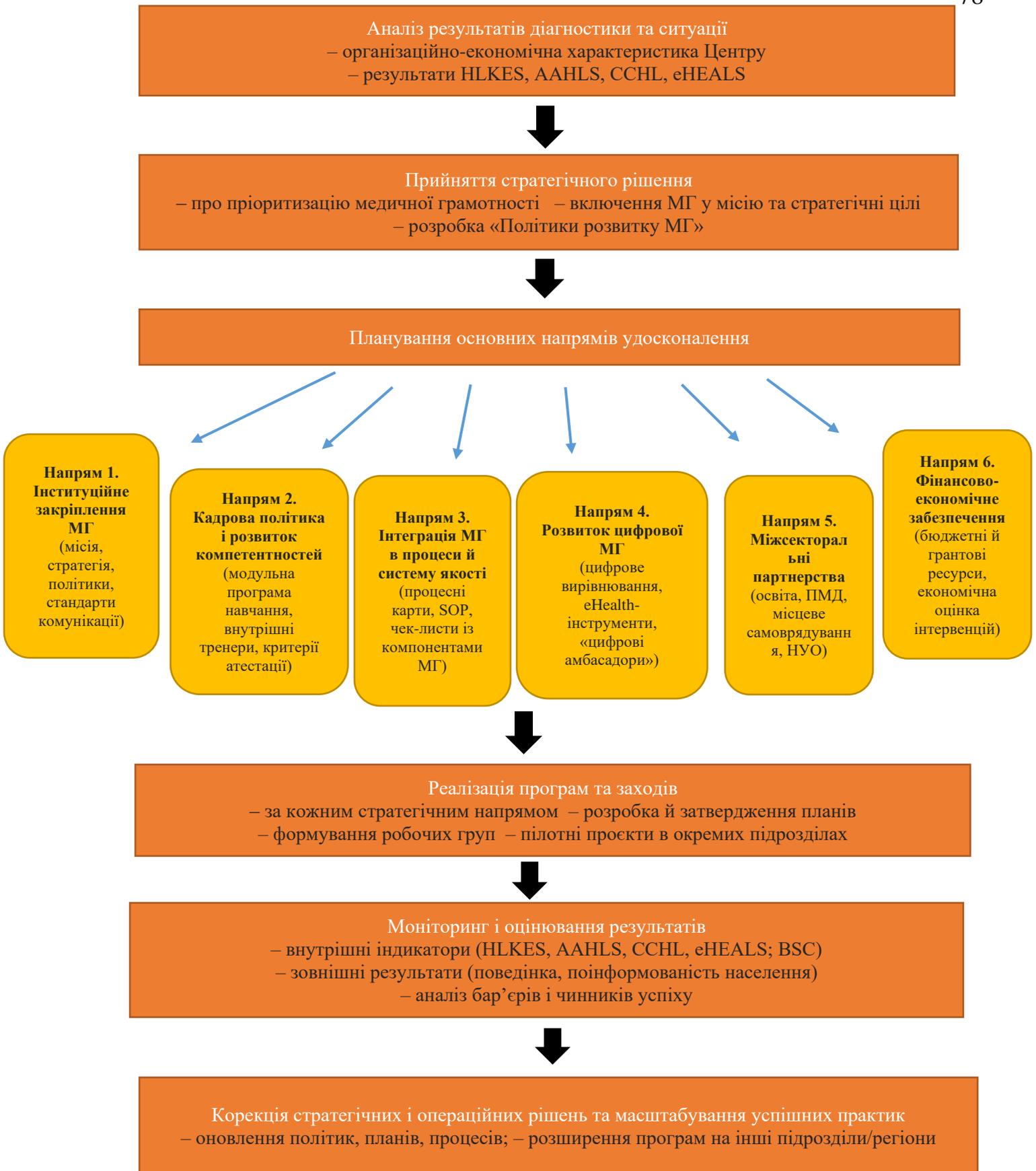


Рис. 3.1 Алгоритм впровадження стратегічних напрямів розвитку МГ в ДУ «Сумський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України»

Стратегічне управління розвитком МГ потребує виділення окремих витратних статей (навчальні заходи, розробка інформаційних матеріалів, цифрові продукти, оцінювання), а також активного залучення зовнішніх ресурсів – участі у грантових конкурсах, проєктах міжнародної технічної допомоги, партнерських програмах із неурядовими організаціями. Це дозволить не перекладати фінансовий тягар виключно на бюджет, а розширити можливості для розробки інноваційних освітніх та комунікаційних рішень.

Одним із інструментів стратегічного фінансового управління може стати застосування елементів економічної оцінки для окремих інтервенцій у сфері МГ. Наприклад, можна порівнювати витрати на проведення серії тренінгів для сімейних лікарів і населення з отриманими результатами (зниження кількості відмов від вакцинації, підвищення своєчасності звернення за медичною допомогою, зменшення навантаження на стаціонарний рівень). У середньостроковій перспективі це дасть можливість аргументовано доводити доцільність інвестування в розвиток МГ як економічно виправданого напрямку діяльності Центру.

Наступним інтегруючим напрямом удосконалення стратегічного управління є побудова системи моніторингу та оцінювання розвитку МГ на основі використаних у дослідженні інструментів HLKES, AANLS, CCHL, eNEALS та впровадження їх у форматі регулярних внутрішніх «зрізів». Вже апробовані методики дозволяють вимірювати теоретичні знання, загальну, комунікативно-критичну та цифрову МГ персоналу за зрозумілою трирівневою шкалою (низький – середній – високий рівень). Стратегічним рішенням має стати включення ключових індикаторів (частка працівників із високим рівнем знань за HLKES; частка співробітників із високим рівнем МГ за AANLS; середній бал за CCHL; розподіл за рівнями eNEALS) до системи збалансованих показників Центру у перспективі «навчання та зростання персоналу» й «внутрішні процеси».

Крім того, система моніторингу має передбачати паралельне відстеження зовнішніх результатів – змін у поведінці та поінформованості населення (наприклад, за результатами опитувань, аналізу звернень, динаміки охоплення вакцинацією, звернень по консультації з профілактики). Це дозволить пов'язати внутрішні управлінські зусилля з реальними ефектами для громадського здоров'я. Важливо, щоб результати моніторингу регулярно обговорювалися на засіданнях керівництва Центру, робочих зустрічах із завідувачами відділів, а також використовувалися для коригування стратегічних і оперативних планів. Таким чином, розвиток МГ інтегрується в цикл «планування – реалізація – оцінювання – удосконалення», що є ключовою ознакою організації, яка навчається.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що основні напрями удосконалення стратегічного управління розвитком МГ в ДУ «Сумський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» полягають у: інституційному закріпленні МГ як стратегічного пріоритету та стандарту якості, побудові диференційованої системи розвитку компетентностей персоналу, інтеграції принципів МГ в ключові процеси та систему управління якістю, розвитку цифрових компетентностей; створенні розгалуженої мережі міжсекторальних партнерств, забезпеченні сталого фінансування відповідних програм, впровадженні регулярного моніторингу й оцінювання як внутрішніх, так і зовнішніх результатів.

3.2 Економічне обґрунтування ефективності запропонованих заходів

Економічне обґрунтування запропонованих напрямів удосконалення стратегічного управління розвитком МГ в ДУ «Сумський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» ґрунтується на базових принципах економіки охорони здоров'я: пріоритеті профілактики над лікуванням, оцінці витрат і результатів з урахуванням прямих і непрямих ефектів, співвідношенні «витрати-результати» та «витрати-вигоди», а також

на концепції інвестування в людський капітал. З огляду на бюджетний статус установи та обмеженість фінансових ресурсів, ключовим є не стільки збільшення обсягів фінансування, скільки підвищення результативності використання наявних коштів за рахунок підвищення професійної компетентності персоналу в сфері МГ, оптимізації управлінських процесів і зменшення витрат, пов'язаних з низьким рівнем інформованості населення.

Результати організаційно-економічного аналізу діяльності Центру, засвідчили, що установа має відносно стійкий фінансовий стан, збалансовану структуру активів та зобов'язань, а також стабільне бюджетне фінансування. Основну частку видатків становлять витрати на оплату праці, нарахування на заробітну плату, енергоносії, утримання інфраструктури, закупівлю лабораторних реактивів і засобів індивідуального захисту, тобто ресурси, безпосередньо пов'язані з виконанням статутних функцій. У цих умовах будь-які нові управлінські рішення мають бути економічно помірними, інтегрованими в існуючі видаткові статті та здатними генерувати відкладений, але відчутний економічний ефект за рахунок зменшення навантаження на систему охорони здоров'я та підвищення ефективності внутрішніх процесів.

Запропоновані заходи розвитку МГ працівників і населення можна розглядати як інвестиційний проєкт, у якому витрати пов'язані переважно з навчанням персоналу, розробкою політик і стандартів, удосконаленням комунікаційних матеріалів, цифровізацією та організацією системного моніторингу, а вигоди проявляються через зниження частоти та тяжкості спалахів інфекційних хвороб, скорочення непотрібних звернень за медичною допомогою, підвищення прихильності до профілактичних заходів (насамперед вакцинації), зменшення кількості помилок та повторних контактів, а також через підвищення довіри населення до системи громадського здоров'я. Економічний ефект цих заходів має як прямий, так і непрямий характер. Прямі вигоди пов'язані зі зменшенням витрат на лікування, лабораторну діагностику, госпіталізацію, використання

протиепідемічних засобів, а непрямі – із збереженням продуктивності праці населення, зменшенням втрат робочого часу, підвищенням соціальної стабільності.

Перший блок заходів, пов'язаний із інституційним закріпленням МГ як стратегічного пріоритету (оновлення місії, стратегічних цілей, прийняття внутрішньої політики розвитку МГ, включення відповідних критеріїв до системи управління якістю), потребує відносно невеликих додаткових фінансових витрат. Основний ресурс тут – час управлінської команди та експертів, яких можна залучати з числа наявних співробітників. Фактичні витрати обмежуються організацією робочих сесій, консультацій, підготовкою проєктів документів і їх обговоренням, тобто лежать переважно в площині внутрішнього перерозподілу робочого часу. Прямим економічним ефектом такого блоку є підвищення узгодженості дій структурних підрозділів, уникнення дублювання функцій, точніше планування профілактичних заходів і комунікаційних кампаній. Навіть часткове зменшення випадків нецільового використання матеріалів (наприклад, друк надмірної кількості пам'яток, які не відповідають рівню розуміння цільової аудиторії й тому не використовуються) означає пряме скорочення витрат. Крім цього, чітке стратегічне позиціонування МГ як пріоритету підвищує шанси Центру на успішну участь у грантових програмах і залучення додаткового фінансування, що опосередковано збільшує ресурсну базу установи без додаткового навантаження на місцевий бюджет.

Другий блок заходів стосується розробки та впровадження диференційованої програми підвищення кваліфікації персоналу в сфері МГ. З економічної точки зору йдеться про інвестиції в людський капітал, які мають довгостроковий мультиплікативний ефект. Витрати формуються за такими основними компонентами як розробка навчальних модулів (робочий час фахівців, методичне забезпечення), проведення внутрішніх тренінгів (частково в робочий час, частково – за рахунок оптимізації графіків), можливе залучення зовнішніх експертів для окремих тематичних блоків,

створення та тиражування навчальних матеріалів. За умов змішаної моделі навчання (поєднання очних і дистанційних форматів, використання внутрішньої цифрової платформи) ці витрати можуть бути істотно оптимізовані.

Економічна вигода від підвищення компетентності персоналу в сфері МГ проявляється через низку механізмів. По-перше, зменшується кількість непорозумінь між працівниками Центру та представниками закладів охорони здоров'я, освіти, органами місцевого самоврядування і населенням, що скорочує кількість повторних пояснень, запитів, скарг, а отже – робочого часу, який витрачається на неефективну комунікацію. По-друге, правильне донесення ключових профілактичних меседжів (щодо вакцинації, профілактики гострих кишкових інфекцій, правил поведінки під час спалахів респіраторних захворювань тощо) підвищує рівень дотримання рекомендацій, що прямо впливає на зменшення кількості та тяжкості випадків захворювань. Навіть умовне зниження частоти ускладнених випадків інфекційних хвороб на кілька відсотків означає суттєву економію бюджетних коштів на стаціонарне лікування, застосування дороговартісних препаратів і подовжений лікарняний листок у працездатного населення. По-третє, формування групи внутрішніх тренерів дозволяє надалі проводити навчання без істотних додаткових витрат, використовуючи внутрішній потенціал установи, що знижує середню вартість одного навченого працівника та підвищує окупність інвестицій у навчання.

Третій блок пов'язаний із інтеграцією принципів МГ в ключові бізнес-процеси Центру та систему управління якістю. Економічні витрати тут стосуються перегляду й оновлення стандартних операційних процедур, технологічних карт, чек-листів, а також навчання персоналу їх застосуванню. Як і в попередньому випадку, головним ресурсом є робочий час, що витрачається на розробку й апробацію нових документів, а також на їх подальший супровід. Утім, за умови одноразового якісного оновлення

процесної документації ці витрати мають характер стартових інвестицій із тривалим періодом використання.

Економічний ефект від такого «вшивання» МГ в процесі проявляється через зниження ризиків помилок, що виникають через неповне або неправильне розуміння алгоритмів дій, скорочення часу на орієнтацію нових співробітників, підвищення стандартизації рутинних операцій. Наприклад, якщо завдяки чітким інструкціям, доповненим елементами зрозумілої мови й візуалізації, знижується ймовірність пропуску критичних етапів у розслідуванні спалахів, це опосередковано скорочує їх тривалість, зменшує кількість контактних осіб, які потребують спостереження чи профілактичного лікування, а отже – і пов'язані з цим витрати. Стандартизація комунікації з населенням зменшує розкид у якості наданої інформації та запобігає виникненню суперечливих меседжів, які можуть провокувати недовіру та, як наслідок, додаткові витрати на корекцію інформаційних кампаній.

Четвертий блок заходів – розвиток цифрової компоненти МГ та створення внутрішньої цифрової інфраструктури для навчання й комунікації – на перший погляд потребує більших стартових вкладень, пов'язаних із закупівлею програмного забезпечення (якщо це необхідно), адаптацією наявних платформ, розробкою електронних курсів, відеоматеріалів, дистанційних модулів. Однак у середньостроковій перспективі саме цей напрямок забезпечує найбільшу економію за рахунок масштабованості цифрових рішень. Один і той самий електронний курс може бути багаторазово використаний для навчання нових співробітників, партнерів із первинної ланки, шкільних медичних працівників без витрат на повторне проведення очних занять, оренду приміщень, відрядження та оплати години тренерів.

Крім того, розвиток цифрових компетентностей персоналу в сфері пошуку та критичної оцінки медичної інформації зменшує ризик поширення недостовірних відомостей, які можуть призводити до неправильних

управлінських рішень, нераціонального використання ресурсів чи неефективних комунікаційних кампаній. Якщо фахівець здатен самостійно швидко перевірити інформацію на відповідність доказовим стандартам, потреба в додаткових перевірках і погодженнях знижується, що економить час управлінської ланки. Таким чином, витрати на підвищення цифрової МГ співробітників трансформуються в економію часу й коштів, пов'язаних із виправленням наслідків інформаційних помилок.

П'ятий блок заходів пов'язаний із розвитком міжсекторальних партнерств і побудовою регіональної «екосистеми МГ». З фінансової точки зору, цей напрямок є одним із найбільш економічно вигідних, оскільки значна частина витрат може розподілятися між партнерами – органами місцевого самоврядування, департаментами освіти та охорони здоров'я, закладами освіти, неурядовими організаціями, міжнародними проектами. Проведення спільних інформаційних кампаній, тренінгів, конференцій, підготовка навчально-методичних матеріалів із залученням партнерів дозволяє суттєво зменшити частку витрат, що припадає безпосередньо на Центр, водночас збільшуючи охоплення цільової аудиторії.

Економічний ефект від таких партнерств полягає не лише в прямому співфінансуванні заходів, а й у створенні синергетичних ефектів. Узгоджені дії різних секторів дають змогу досягати більш значущих змін у поведінці населення без пропорційного збільшення витрат. Наприклад, інтеграція модулів МГ до навчальних програм закладів освіти забезпечує раннє формування здоров'я збережу вальної поведінки в дітей та молоді, що в перспективі означає менші витрати на лікування та профілактику, ніж у разі роботи лише з дорослим населенням. Включення Центру до складу робочих груп із розробки регіональних програм громадського здоров'я дозволяє врахувати економічні аспекти МГ вже на етапі планування й забезпечити більш раціональний розподіл ресурсів між превентивними та лікувальними заходами.

Шостий блок – удосконалення фінансово-економічного забезпечення програм МГ – безпосередньо пов'язаний із підвищенням ефективності

використання бюджетних коштів. Виділення окремих бюджетних рядків на навчальні заходи, підготовку інформаційних матеріалів, цифрові продукти та оцінювання дозволяє уникати ситуацій, коли витрати на МГ «розчиняються» в загальних статтях видатків і втрачають прозорість. Чітка структуризація витрат створює передумови для обґрунтування їх доцільності перед засновником та органами влади, а також полегшує підготовку заявок на гранти й проекти міжнародної технічної допомоги.

Економічна аргументація необхідності таких витрат ґрунтується на порівнянні вартості профілактичних освітніх і комунікаційних заходів із вартістю лікування та ліквідації наслідків епідемічних спалахів. Навіть якщо розглядати умовний сценарій, за якого інвестиції в МГ дозволяють зменшити кількість госпіталізацій через ускладнення інфекційних захворювань чи кількість днів тимчасової непрацездатності населення на відносно невеликий відсоток, загальна сума зекономлених коштів (у масштабі області) перевищуватиме витрати на реалізацію програм. Додатковим аргументом є те, що підвищення МГ зменшує навантаження на стаціонарний сектор, дозволяє більш ефективно використовувати потужності первинної медичної допомоги та ресурс Центру, що в довгостроковій перспективі створює можливість стримувати темпи зростання витрат на охорону здоров'я без погіршення показників здоров'я населення.

Сьомий, інтегруючий блок – впровадження системи моніторингу та оцінювання розвитку МГ. Його витратна компонента передбачає періодичне проведення опитувань персоналу та, за можливості, населення із використанням стандартизованих методик, обробку даних, аналіз результатів і підготовку аналітичних звітів. За умови використання вже апробованих інструментів та наявної статистичної інфраструктури ці витрати залишаються помірними. Водночас економічна користь від регулярного моніторингу полягає в можливості своєчасного коригування програм, уникнення неефективних заходів і зосередження ресурсів на тих інтервенціях, які демонструють найкраще співвідношення «витрати-результати». Систематичне відстеження динаміки рівнів МГ дозволяє не «витрачати кошти всліпу», а будувати політику на основі

доказів, що є одним із ключових принципів сучасного управління в охороні здоров'я.

Для кількісної оцінки економічної ефективності запропонованих заходів розглянемо програму як інвестиційний проєкт з горизонтом 5 років. Прийнемо:

- ставку дисконту на рівні $r = 10\%$ (умовна соціальна норма дохідності для проєктів у сфері охорони здоров'я);

- однократні стартові інвестиції в організаційно-інституційний блок, розробку програм навчання, цифрових курсів та інформаційних матеріалів у розмірі 1000 тис. грн (1,0 млн грн);

- щорічні додаткові витрати (підтримка програм, оновлення матеріалів, моніторинг) та очікувану економію бюджетних витрат за рахунок зменшення кількості ускладнених випадків, госпіталізацій, повторних звернень, скорочення витрат часу персоналу тощо. Усі суми подані в тис. грн (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

**Інвестиційні витрати та очікуваний економічний ефект від
впровадження програми розвитку МГ (тис. грн)**

Рік (t)	Характеристика року	Інвестиційні витрати I_t , тис. грн	Очікувана економія бюджетних витрат B_t , тис. грн	Чистий грошовий потік $CF_t = B_t - I_t$, тис. грн
0	Старт проєкту: розробка політик, SOP, курсів, матеріалів, запуск цифрової платформи	1000	0	- 1000
1	Пілотна реалізація, навчання основної групи персоналу, перші результати	300	500	+200
2	Розширення охоплення, донавчання, стабілізація процесів	250	650	+400
3	Повномасштабна реалізація, інтеграція в рутину Центру	250	750	+500
4	Підтримка й оновлення програм, розширення партнерств	200	800	+600
5	Стабілізований режим, повна реалізація ефектів	200	850	+650

Джерело: власна розробка

Розрахунок чистого приведенного доходу (NPV)

Формула:

$$NPV = \sum_{t=0}^T \frac{CF_t}{(1+r)^t},$$

де

CF_t – чистий грошовий потік у році t ,

r – ставка дисконту (10%),

$T = 5$ років.

Підставимо наші умовні дані (тис. грн):

$$CF_0 = -1000$$

$$CF_1 = 200$$

$$CF_2 = 400$$

$$CF_3 = 500$$

$$CF_4 = 600$$

$$CF_5 = 650$$

$$NPV = -1000 / (1+0,10)^0 + 200 / (1+0,10)^1 + 400 / (1+0,10)^2 + 500 / (1+0,10)^3 + 600 / (1+0,10)^4 + 650 / (1+0,10)^5 \approx -1000 + 181,8 + 330,6 + 375,7 + 409,8 + 403,5 \approx +701,5 \text{ тис. грн}$$

Отже, чистий приведений дохід (NPV) $\approx +701,5$ тис. грн, що свідчить про економічну доцільність проєкту (NPV > 0).

Індекс рентабельності (Profitability Index) можна обчислити як:

$$PI = \frac{PV(\text{позитивних грошових потоків})}{PV(\text{інвестицій})}.$$

У нашому випадку інвестиції здійснюються в момент часу $t = 0$, тому $PV(\text{інвестицій}) = 1000$ тис. грн.

Сума приведених (дисконтованих) позитивних грошових потоків за роки 1-5:

$$PV_+ = \sum_{t=1}^5 CF_t / (1+r)^t \approx 1701,5 \text{ тис. грн.}$$

Тоді:

$$PI = 1701,5 / 1000 \approx 1,70$$

Тобто кожна 1 грн інвестицій в програму приносить приблизно 1,70 грн приведених вигод, що також підтверджує економічну ефективність ($PI > 1$).

Дисконтований строк окупності

Враховуємо дисконтовані потоки:

$$t_0: - 1000,0$$

$$t_1: - 818,2$$

$$t_2: - 487,6$$

$$t_3: - 111,9$$

$$t_4: +297,9$$

(тис. грн; після 4-го року сума вже позитивна)

Від'ємний залишок на кінець 3-го року становить приблизно 111,9 тис. грн.

Дисконтований потік 4-го року $\approx 409,8$ тис. грн.

$$PP_{\text{дисконтований}} = 3 + 111,9 / 409,8 \approx 3,27 \text{ року.}$$

Таким чином, проєкт окупується за 3,3 року з урахуванням дисконту і за 2,8 року – без дисконту.

Проведений умовний інвестиційний розрахунок показує, що за стартових вкладень у розмірі 1000 тис. грн у комплекс заходів з розвитку МГ (організаційно-інституційні зміни, система навчання персоналу, цифрові курси, оновлені інформаційні матеріали, моніторинг) очікуваний щорічний економічний ефект у вигляді зменшення прямих і непрямих витрат системи охорони здоров'я (скорочення госпіталізацій, ускладнених випадків, повторних звернень, неефективних комунікацій) дозволяє отримати позитивний чистий приведений дохід $NPV \approx +701,5$ тис. грн, індекс рентабельності $PI \approx 1,70$ та строк окупності інвестицій менше 3 років (2,8 року – за простим підходом і близько 3,3 року – з урахуванням дисконтування). Це свідчить про економічну доцільність запропонованого інвестиційного проєкту та підтверджує, що інвестиції в

розвиток МГ персоналу й населення є фінансово виправданими навіть за умов обмеженого бюджетного фінансування.

Таким чином, економічне обґрунтування ефективності запропонованих заходів базується на поєднанні концепції інвестування в людський капітал, підвищення управлінської ефективності та перерозподілу ресурсів на користь превентивних, а не суто лікувальних заходів. Більшість запропонованих у напрямів не потребують радикального збільшення фінансування, натомість вимагають структурованого підходу до організації роботи, внутрішньої мобілізації ресурсів, активнішого залучення партнерів і використання можливостей грантового фінансування. Оцінюючи сумарний економічний ефект, слід враховувати не лише прямі бюджетні заощадження, але й непрямі вигоди: збереження продуктивності населення, зменшення соціальної напруги, підвищення довіри до системи громадського здоров'я, зміцнення репутації Центру як компетентного та відповідального суб'єкта регіональної політики в сфері здоров'я.

Висновки до розділу 3

У розділі обґрунтовано та конкретизовано систему практичних підходів до удосконалення стратегічного управління розвитком МГ в ДУ «Сумський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України», які безпосередньо спираються на результати організаційно-економічного аналізу установи та діагностики рівнів МГ персоналу, подані в попередніх розділах. Показано, що перехід від фрагментарних і ситуативних освітніх заходів до цілісної інституційної політики з МГ є не лише змістовною, а й управлінською необхідністю, оскільки саме МГ виступає «наскрізною» компетентністю, яка пов'язує між собою епідагляд, лабораторну діагностику, ризик-комунікацію, профілактичні програми та взаємодію з населенням. м

Розроблені напрями удосконалення стратегічного управління охоплюють усі ключові виміри діяльності Центру. На інституційному рівні обґрунтовано доцільність інтеграції МГ в місію, стратегічні цілі та внутрішні політики

установи, що дозволяє закріпити її як стратегічний пріоритет та стандарт якості комунікації. На кадровому рівні запропоновано диференційовану систему професійного розвитку персоналу з урахуванням різних рівнів теоретичних знань, загальної, комунікативно-критичної та цифрової МГ, а також формування внутрішнього кадрового резерву (менторів, тренерів, «цифрових амбасадорів»), що забезпечує сталість і тиражованість змін. На процесному рівні доведено необхідність «вшивання» принципів МГ в стандарти, технологічні карти, СОП та систему управління якістю, а також розвиток цифрової інфраструктури навчання й комунікації, що відповідає сучасним вимогам доказової медицини та цифрової трансформації сфери охорони здоров'я. Важливим результатом є також концепція побудови регіональної «екосистеми МГ» через розширення міжсекторальних партнерств та запровадження системного моніторингу й оцінювання МГ персоналу й населення в логіці циклу «планування – реалізація – оцінювання – удосконалення».

Доведено економічну доцільність і ефективність запропонованих управлінських рішень. Показано, що більшість заходів має характер помірних стартових інвестицій і може бути реалізована за рахунок внутрішньої мобілізації ресурсів, перерозподілу видаткових статей, оптимізації робочого часу та активного залучення зовнішніх джерел фінансування (грантові програми, міжнародна технічна допомога, партнерські проекти). Економічний ефект заходів проявляється у двох площинах. У прямій – через зменшення витрат на лікування та ліквідацію наслідків епідемічних спалахів, скорочення непотрібних звернень, повторних контактів і помилок, пов'язаних із низькою поінформованістю. У непрямій – через збереження продуктивності населення, зниження втрат робочого часу, посилення довіри до системи громадського здоров'я і зміцнення репутації Центру як компетентного регіонального лідера у сфері профілактики. Обґрунтовано, що розвиток МГ є економічно вигідним вектором, оскільки дозволяє змістити акценти з дороговартісних лікувальних інтервенцій у бік превентивних, більш ефективних за співвідношенням «витрати–результати».

ВИСНОВКИ

Узагальнюючи результати проведеного дослідження, можна зробити такі висновки:

Мета роботи досягнута, усі поставлені завдання виконано. На основі аналізу наукових джерел, нормативно-правової бази та практики функціонування закладів охорони здоров'я теоретично обґрунтовано стратегічне управління розвитком МГ як окремий, відносно автономний напрям менеджменту в системі громадського здоров'я. Показано, що МГ виходить за межі «поінформованості» пацієнта й виступає економічним, організаційним і соціальним ресурсом закладу, який безпосередньо впливає на ефективність профілактичних програм, рівень довіри до установи та раціональність використання ресурсів.

Розкрито економічний зміст процесів розвитку МГ в ЗОЗ. Доведено, що рівень МГ населення визначає структуру попиту на медичні послуги, частоту повторних звернень, дотримання рекомендацій, навантаження на персонал та обсяг прямих, непрямих і альтернативних витрат. Низька МГ генерує додаткові витрати (ускладнення, госпіталізації, повторні консультації), тоді як її підвищення розглядається як інвестиція у більш керований та профілактично орієнтований попит, зниження тягаря неінфекційних захворювань і підвищення економічної стійкості системи.

Уточнено й систематизовано механізми забезпечення якості та підвищення результативності програм розвитку МГ. На основі логіки «структура – процес – результат» та сучасних підходів до оцінки складних інтервенцій (теорія змін, RE-AIM, CFIR тощо) показано, що ефективність програм МГ не може забезпечуватися лише якістю інформаційних матеріалів. Вона залежить від наявності структурних умов (кадрових, фінансових, організаційних), відпрацьованих процедур впровадження, «дружності до МГ» організації (політики, стандарти ясної комунікації,

навігаційна підтримка, цифрова доступність) та від валідної системи моніторингу й оцінювання результатів.

Узагальнено методичні підходи до оцінки й удосконалення управління процесами розвитку МГ. Запропоновано розглядати управління медичною грамотністю як багаторівневу систему, де виділяються стратегічний рівень (політика, пріоритети, теорія змін), програмний рівень (портфель інтервенцій, індикатори, моніторинг), рівень впровадження (керованість процесів, вірність реалізації, контекстні адаптації), рівень результатів (зміни у знаннях, навичках, поведінці, навігації системою) та рівень організаційного середовища. Показано доцільність використання валідних інструментів (сімейства HLS, HLQ тощо), змішаних методів дослідження та циклів безперервного покращення для прийняття управлінських рішень.

Проведено організаційно-економічну характеристику ДУ «Сумський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» як базової установи дослідження. Визначено її місце в регіональній системі громадського здоров'я, освітньо-профілактичні функції, ресурсний потенціал, особливості структури, кадрового забезпечення та фінансування. Аналіз показав, що Центр має суттєвий потенціал стати регіональним лідером у сфері розвитку МГ населення, однак наявні підходи до роботи з населенням залишаються фрагментарними й часто не інтегрованими в стратегічне планування діяльності установи.

За результатами діагностики управління розвитком МГ в ДУ «Сумський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» виявлено низку системних проблем. До них належать: відсутність формалізованої стратегії розвитку МГ як окремого напрямку, обмеженість системних механізмів моніторингу результатів просвітницьких і профілактичних заходів, недостатня інституціоналізація стандартів зрозумілої комунікації, фрагментарність роботи з окремими цільовими групами, недостатня інтеграція цифрових сервісів та інструментів eHealth з урахуванням рівня цифрової грамотності населення. Це зумовлює «розрив»

між декларованими завданнями в сфері громадського здоров'я та реальними управлінськими і комунікаційними практиками.

Обґрунтовано основні напрями удосконалення стратегічного управління розвитком МГ в досліджуваній установі. Запропоновано: інтегрувати розвиток МГ у стратегічні документи Центру як один із ключових пріоритетів; сформувати логічну модель програм МГ з чітко визначеними цілями, цільовими групами, індикаторами та механізмами впливу; запровадити стандарти «організації, дружньої до МГ»; розгорнути систему моніторингу результатів на основі валідних інструментів оцінки МГ та управлінських показників.

Економічне обґрунтування запропонованих заходів засвідчило їх доцільність і потенційну ефективність. Розрахунки підтверджують, що інвестиції в розвиток МГ (навчання персоналу, удосконалення комунікаційних матеріалів, організація системних програм для населення, впровадження індикаторів якості) мають перспективу окупності через зниження навантаження на персонал, скорочення повторних звернень, підвищення прихильності до профілактичних та лікувальних заходів, зменшення частоти ускладнень та більш раціональне використання ресурсів. Таким чином, розвиток МГ виступає не лише соціально значущим, а й економічно обґрунтованим напрямом удосконалення діяльності Центру.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бачу М. І. Професійна компетенція та сестринська модель профілактики йододефіцитних захворювань у дітей шкільного віку : дис. ... д-ра філософії : 223 Медсестринство / БДМУ МОЗ України. Чернівці, 2022. 214 с.
2. Методичні підходи до оцінки залученості персоналу сфери охорони здоров'я / Ю. С. Братішко та ін. *Інтернаука. Серія : Економічні науки*. 2023. № 5(1). С. 18–26.
3. Варданян А., Євєндієва С., Ніколаєва Н. Формування основних груп компетентностей студентів-медиків. *Актуальні проблеми сучасної медицини : Вісник української медичної стоматологічної академії*. 2017. Т. 17, № 3(59). С. 253–255.
4. Власик Л. Й. Медична активність як ключовий аспект у запобіганні неінфекційних захворювань серед економічно активного населення. *Громадське здоров'я в Україні: здобутки та виклики сьогодення* : кол. монографія / за заг. ред. В. М Ждана, І. А Голованової. Полтава : Техсервіс, 2025. С. 14–23.
5. Власик Л. Й. Досвід пацієнта та його роль у медичній активності на прикладі економічно активного населення. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. № 3(85). С. 89–97.
6. Власик Л. Й. Медико-соціальне обґрунтування удосконалення багатофакторної профілактики основних неінфекційних захворювань на рівні первинної медико-санітарної допомоги : дис. ... д-ра філософії : 14.02.03 / БДМУ. Чернівці, 2021. 286 с.
7. Волкова А. В. Дослідження поняття «медична грамотність» та підходів до її оцінки. *Соціальна фармація в охороні здоров'я*. 2021. Т. 7, № 1. С. 3–11.

8. Медична грамотність як детермінанта професійної самореалізації студентів: досвід Словаччини / О. Волярська та ін. *Клінічна та профілактична медицина*. 2023. № 4. С. 66–74.

9. Медична компетентність дорослого населення в Словаччині та Україні / О. С. Волярська та ін. *Клінічна та профілактична медицина*. 2024. № 2. С. 92–98.

10. Галіяш Н. Б., Бількевич Н. А., Петренко Н. В. Формування комунікативної компетентності як фундаментальної складової професії лікаря. *Медична освіта*. 2019. № 2. С. 67–74.

11. Гільдіна Є. М., Теренда Н. О. Роль лікувально-профілактичних закладів всіх форм власності у профілактиці неепідемічних захворювань в Україні. *Медсестринство*. 2017. № 1. С. 44–46.

12. Гуменюк О. М., Гуменюк В. В., Єфремова О. В. Компетентнісний підхід як основа реформування вищої медичної освіти в Україні. *Сучасні підходи до вищої медичної освіти в Україні* : матеріали XIV Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвяч. 60-річчю ТДМУ, м. Тернопіль, 18-19 трав. 2017 р. Тернопіль, 2017. Т. 1. С. 100.

13. Дембіцька С. В., Кобилянський О. В. Формування професійної компетентності майбутніх фахівців з професійної освіти засобами цифрових технологій. *Педагогіка безпеки*. 2023. № 1-2. С. 1–7.

14. Про Сумський обласний центр контролю та профілактики хвороб. URL: <https://sm.cdc.gov.ua/about/mission/> (дата звернення: 25.11.2025).

15. Дослідження фармацевтичної обізнаності населення як потреби сучасного суспільства в питаннях раціонального використання ліків / А. А. Котвіцька та ін. *Соціальна фармація в охороні здоров'я*. 2022. Т. 8, № 4. С. 3–13.

16. Дрига Н. О., Сміянов, В. А. Медико-соціальне обґрунтування можливих шляхів поліпшення ефективності комунікаційних програм та

стратегій превенції ВІЛ/СНІДу серед населення. *Перспективи та інновації науки. Серія : Медицина*. 2024. № 11(45). С. 1874–1881.

17. Дунда Д. С., Прокопчук О. В., Даньчак С. В. Компетенції медичної сестри в догляді за хворими гепатологічного профілю. *Медсестринство*. 2020. № 2. С. 12–13.

18. Про систему громадського здоров'я : Закон України від 06 верес. 2022 р. № 2573-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text> (дата звернення: 15.11.2025).

19. Запорожан В. М., Каштальян М. М., Чернецька О. В. Сучасні підходи до освітнього процесу з підготовки висо-копрофесійних фахівців. *Сучасні підходи до вищої медичної освіти в Україні* : матеріали XIV Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвяч. 60-річчю ТДМУ. м. Тернопіль, 18-19 трав. 2017 р. Тернопіль, 2017. Т. 1. С. 19–22.

20. Знаменська М. А. Комунікації в практиці сімейного лікаря. *Україна. Здоров'я нації*. 2015. № 1(33). С. 122–125.

21. Зюзь В., Бабич Т., Балухтіна В. Навчання студентів основам надання першої медичної допомоги. *Науковий часопис НПДУ. Фізична культура і спорт*. 2020. № 3(123). С. 66–70.

22. Кінаш І. О. Формування комунікативної компетентності майбутніх лікарів на етапі професійної підготовки. *Медична освіта*. 2020. № 3. С. 84–88.

23. Кіщук В., Лещук Г. Формування професійно-комунікативної компетентності фахівців медичного профілю в умовах ускладнення соціально-професійних взаємодій. *Social Work and Education*. 2023. Vol. 10(2). P. 232–241.

24. Коваленко Н. М., Корнацький В. М. Стан здоров'я народу України в умовах війни : посібник. Київ, 2022. 220 с.

25. Кохановська О. В., Кузьменко Ю. В. Професійна компетентність майбутніх фахівців медичної галузі як педагогічна проблема. *Педагогічний альманах*. 2024. № 56. С. 51–56.

26. Кучин Ю., Бойко Ю. Фахова медична компетентність з надання першої медичної допомоги як базова компетентність медичного працівника. *Медицина та фармація: освітні дискурси*. 2025. № 1. С. 68–76.

27. Левандовська Х. Формування професійної компетентності у студентів-медиків в умовах дистанційного навчання. *Буковинський медичний вісник*. 2022. №. 4. С. 82–88.

28. Лимар Л. Зміст і складові професійної компетентності сімейного лікаря: психологічний аспект. *Вісник післядипломної освіти. Серія : Соціальні та поведінкові науки*. 2019. № 8 . С. 67–83.

29. Магрламова К. Г. Особливості професійної підготовки майбутніх лікарів у вітчизняній системі медичної освіти. URL: <https://repo.dma.dp.ua/3899/> (дата звернення: 20.11.2025).

30. Нахаєва Я. М., Гуменна І. Р., Шацький В. В. Формування професійної компетентності майбутніх лікарів як педагогічна проблема. *Медична освіта*. 2021. № 3. С. 92–96.

31. Омельчук М. Модель формування компетентності з надання першої долікарської допомоги у провізорів. *ScienceRise. Pedagogical Education*. 2016. № 7. Р. 46–50.

32. Орду К. С. Формування інформаційно-комунікативної компетентності майбутніх сімейних лікарів у професійній підготовці : дис. ... д-ра філософії : 015 / ПДПУ. Одеса, 2021. 318 с.

33. Пилюга Л. В. Медична грамотність населення: теоретичні та практичні аспекти. *Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи* : матеріали ІХ Міжнар. наук.-практ. конф., м. Харків, 25 квіт. 2024 р. Харків : НФаУ, 2024. С. 103–113.

34. Формування професійної компетентності здобувачів освіти під час навчання в медичному ЗВО / З. Б. Попович та ін. *Health Education*. 2024. Vol. 2. Р. 238–242.

35. Рингач Н. О. Грамотність з питань здоров'я і досягнення цілей сталого розвитку в Україні. *Демографія та соціальна економіка*. 2020. № 2. С. 71–86.

36. Рингач Н. О., Власик Л. Й. Європейська рамкова основа для дій з організації інтегрованого надання послуг охорони здоров'я: зміст, цілі та напрямки. URL: <https://med-expert.com.ua/journals/ua/ievropejska-ramkova-osnova-dlja-dij-z-organizacii-integrovanogo-nadannja-poslug-ohoroni-zdorovja-zmist-cili-ta-naprjamki/> (дата звернення: 10.11.2025).

37. Рингач Н. О., Огай М. Ю., Гаврилова В. В. Статистична оцінка вподобань, критеріїв вибору та ступеня довіри населення до джерел інформації щодо здорового способу життя, профілактики і лікування серцево-судинних захворювань. *Статистика України*. 2017. № 4. С. 70–78.

38. Рябова О. Надання домедичної допомоги як фахова компетентність фармацевтичного працівника. *Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи* : матеріали V Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф., м. Харків, 25-26 квіт. 2019 р. Харків : НФаУ, 2019. С. 142–143.

39. Самойлик Ю. В. Стратегія впровадження інноваційних методів управління асортиментом диверсифікованих підприємств пивоварної промисловості. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія : Економіка і управління*. 2020. Т. 31(70), № 3(1). С. 195–202.

40. Станасюк Н., Мінко А. Необхідність стратегічного підходу в управлінні закладами охорони здоров'я та його ключові орієнтири. *Економіка та суспільство*. 2024. № 61. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/3765/> (дата звернення: 20.11.2025).

41. Терентюк В. Г., Кучеренко І. І., Матукова-Ярига Д. Г. Роль та значення розвитку цифрових компетентностей працівників охорони здоров'я, здобувачів медичної та фармацевтичної освіти та науково-

педагогічних працівників закладів вищої медичної освіти в умовах цифровізації та цифрової трансформації охорони здоров'я. *Медицина та фармація: освітні дискурси*. 2024. Вип. 3. С. 105–110. DOI: 10.32782/eddiscourses/2024-3-15.

42. Федик Т. М. Сучасні аспекти формування професійної компетентності майбутніх молодших медичних спеціалістів у процесі практичної підготовки. *Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання в підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми*. 2020. Вип. 58. С. 131–136.

43. Хміляр І. Р. Розвиток медсестринської освіти у Швейцарії (початок ХХІ століття) : дис. ... д-ра філософії : 011 Освітні, педагогічні науки / Нац. ун-т «Львівська політехніка». Львів, 2022. 251 с.

44. Компетенції та компетентності у вищій медичній школі на сучасному етапі розвитку освіти / С. М. Цвіренко та ін. *Актуальні проблеми сучасної вищої медичної освіти в Україні* : матеріали навч.-наук. конф. з міжнар. участю, м. Полтава, 21 берез. 2019 р. Полтава, 2019. С. 236–138.

45. Alipour J., Payandeh A. Assessing the level of digital health literacy among healthcare workers of teaching hospitals in the southeast of Iran. *Informatics in Medicine Unlocked*. 2022. Vol. 29. P. 100868.

46. Black C., Craft A. The competent doctor: a paper for discussion. *Clinical medicine*. 2024. № 4(6). P. 527–533.

47. Assessment of health literacy in healthcare workers: a multicentric cross-sectional study / С. Colaprico et al. *Journal of Public Health*. 2024. Vol. 2. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10389-024-02339-3> (Date of access: 20.11.2025).

48. The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback / L. J. Damschroder et al. *Implementation Science*. 2022. Vol. 17(1). P. 75.

49. Assessing health professionals' perception of health literacy in Rhode Island community health centers: a qualitative study / M. L. Greaney et al. *BMC Public Health*. 2020. Vol. 20. P. 1289.

50. Furnham A., Swami V. Mental health literacy: a review of what it is and why it matters. *International Perspectives in Psychology*. 2018. Vol. 7(4). P. 112–124.

51. Nurses' eHealth literacy and associations with the nursing practice environment / G. Kritsotakis et al. *International Nursing Review*. 2021. Vol. 68(3). P. 365–371.

52. Mor-Anavy S., Lev-Ari S., Levin-Zamir D. Health literacy, primary care health care providers, and communication. *Health Literacy Research and Practice*. 2021. Vol. 5(3). P. 194–200.

53. eHealth literacy and digital health interventions: key ingredients for supporting the mental health of displaced youth living in the urban slums of Kampala, Uganda / M. Okumu et al. *Computers in Human Behavior*. 2025. Vol. 162. P. 108434.

54. Association between eHealth literacy and health education experiences and confidence regarding online health information among nurses: A cross-sectional / J. Tanaka et al. *Computers, Informatics, Nursing*. 2023. Vol. 41(11). P. 861–868.

55. Health literacy competency requirements for health professionals: A Delphi consensus study in Taiwan / H. Y. Tsai et al. *BMC Medical Education*. 2024. Vol. 24(1). P. 209.

56. Uguz O., Gulcan E., Keskin G. A survey on the relationship between mental health literacy and beliefs toward mental illness among nurses in general hospitals in Turkey. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2024. Vol. 53. P. 144–150.

57. Health literacy / World Health Organization. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy> (Date of access: 11.12.2025).

ДОДАТКИ

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

YOUTH PHARMACY SCIENCE

МАТЕРІАЛИ
VI ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

10-11 грудня 2025 року
м. Харків

Харків
НФаУ
2025

УДК 615.1

Редакційна колегія: проф. Кухтенко О. С., проф. Рубан О.А.

Укладачі: Комісаренко М.А., Боднар Л. А., Сурікова І. О., Маслов О.Ю.

Youth Pharmacy Science: матеріали VI Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (10-11 грудня 2025 р., м. Харків). – Харків: НФаУ, 2025. – 648 с.

Збірка містить матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Youth Pharmacy Science», які представлені за пріоритетними напрямками науково-дослідної роботи Національного фармацевтичного університету. Розглянуто теоретичні та практичні аспекти синтезу біологічно активних сполук і створення на їх основі лікарських субстанцій; стандартизації ліків, фармацевтичного та хіміко-технологічного аналізу; вивчення рослинної сировини та створення фітопрепаратів; сучасної технології ліків та екстемпоральної рецептури; біотехнології у фармації; досягнень сучасної фармацевтичної мікробіології та імунології; доклінічних досліджень нових лікарських засобів; фармацевтичної опіки рецептурних та безрецептурних лікарських препаратів; доказової медицини; сучасної фармакоterapiї, соціально-економічних досліджень у фармації, маркетингового менеджменту та фармакоeкономіки на етапах створення, реалізації та використання лікарських засобів; управління якістю у галузі створення, виробництва й обігу лікарських засобів; інформаційних та освітніх технологій у фармації та медицині; суспільствознавства; філології.

УДК 615.1

© НФаУ, 2025

**Секція 13.
УПРАВЛІННЯ, ЕКОНОМІКА
ТА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ У ФАРМАЦІЇ**

**Section 13.
MANAGEMENT, ECONOMIC, AND QUALITY
ASSURANCE IN PHARMACY**

**СТРАТЕГІЧНЕ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ МЕДИЧНОЇ ГРАМОТНОСТІ
В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Балдушенко І.В.

Науковий керівник: Лісна А.Г.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

iryna28iryna@gmail.com

Вступ. Стратегічне управління розвитком медичної грамотності (МГ) у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) набуває особливої ваги в умовах війни, високої турбулентності системи, прискореної цифровізації та інформаційного перевантаження населення. Саме МГ (визначає здатність людини орієнтуватися в потоці медичної інформації, розуміти рекомендації фахівців, дотримуватися схем лікування, відповідально ставитися до профілактики інфекційних і неінфекційних захворювань. Організаційна медична грамотність відображає, наскільки сам ЗОЗ здатен конструювати свої послуги, документи й комунікації так, щоб вони були зрозумілими, доступними й інклюзивними для різних груп населення. Таким чином, стратегічне управління розвитком МГ у ЗОЗ є не окремим проєктом, а інструментом підвищення якості, безпеки й довіри до інституцій громадського здоров'я.

Мета дослідження. Проаналізувати організаційно-управлінські умови, рівень медичної грамотності персоналу та інструментарій її оцінювання в ДУ «Сумський ОЦКПХ» і, на цій основі, обґрунтувати напрями стратегічного управління розвитком медичної грамотності в ЗОЗ.

Матеріали та методи. Базою дослідження виступила ДУ «Сумський ОЦКПХ». Анкетування 27 працівників Центру опитувальниками HLKES-2, All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS), Communicative and Critical Health Literacy (CCHL) та eHEALS.

Результати дослідження. Аналіз літературних та нормативно-методичних джерел показав, що МГ і ОНЛ дедалі чіткіше позиціонуються як компоненти політики якості й безпеки в системі громадського здоров'я. Для Центрів контролю та профілактики хвороб законодавчо закріплено функції інформування населення про фактори ризику, профілактику інфекційних і неінфекційних захворювань, проведення санітарно-просвітницької роботи. Це означає, що розвиток медичної грамотності населення є не факультативною, а структурною функцією установ такого типу.

Організаційний аналіз ДУ «Сумський ОЦКПХ» засвідчив наявність потужного процесного каркаса, в межах якого ОНЛ може бути інтегрована як наскрізний стандарт. Основні бізнес-процеси Центру – епідагляд, лабораторна діагностика, профілактичні заходи, ризик-комунікація, взаємодія з громадами та партнерами – кожен містить точки, де якість і зрозумілість інформації безпосередньо впливають на поведінкові результати (прихильність до вакцинації, дотримання протиепідемічних рекомендацій, готовність реагувати на надзвичайні ситуації, участь у програмах профілактики хронічних неінфекційних захворювань).

Результати емпіричного дослідження медичної грамотності персоналу продемонстрували значну варіативність рівнів знань та практики. За HLKES-2 низький рівень теоретичних знань (<60% правильних відповідей) показали майже третина працівників, майже половина – середній (60–79%), і лише близько чверті – високий (≥80%). Працівники з низьким рівнем знань слабо орієнтуються в принципах «plain language», методі teach-back, алгоритмах адаптації матеріалів для вразливих груп, що створює ризики для якості комунікації в профілактичних програмах. Натомість група з високим рівнем володіє цими інструментами та потенційно може виступати внутрішніми наставниками й агентами змін.

Оцінка практичного досвіду застосування стратегії МГ засвідчила, що понад третина працівників використовує такі підходи рідко або епізодично, майже половина – з середньою

частотою, і лише близько п'ятої частини колективу демонструє системне, усвідомлене впровадження доступної комунікації, teach-back і адаптації матеріалів у щоденній роботі. Чітко виявлено розрив між наявністю окремих добре підготовлених фахівців і відсутністю формалізованої політики МГ на рівні всієї організації.

За шкалою AANLS виявлено три групи працівників: із низьким, середнім і високим рівнем інтегральної медичної грамотності. Приблизно чверть респондентів має високі показники, що свідчить про здатність не лише самостійно отримувати, інтерпретувати й критично оцінювати інформацію про здоров'я, а й ефективно комунікувати її іншим. Майже половина – на середньому рівні, що відображає часткову, несистемну реалізацію принципів МГ, тоді як близько чверті демонструє низький рівень, що пов'язано з труднощами у розумінні й передачі медичної інформації, низькою активністю в пошуку й перевірки даних.

Дані за CCHL свідчать про значні відмінності в розвиненості комунікативної та критичної медичної грамотності: частина працівників має пасивну комунікативну позицію, уникає уточнення незрозумілої інформації та рідко ставить уточнювальні запитання, інша – демонструє виражену ініціативу, здатність аргументовано відстоювати позицію, адаптувати інформацію до потреб пацієнта й працювати з різними джерелами доказової інформації.

На основі узагальнення теоретичних підходів, результатів емпіричного дослідження та міжнародних рамок запропоновано концептуальну «архітектуру» стратегічного управління розвитком МГ в установах громадського здоров'я. Ключові елементи цієї архітектури:

- офіційне визнання МГ/OHL стратегічним пріоритетом і включення відповідних цілей до місії, політик і планів розвитку закладу;
- регулярне самооцінювання організаційної медичної грамотності (з адаптацією інструментів SAT-OHL-Hos/OHL-PhC до профілю Центру) та інтеграція результатів у систему планування якості;
- вимірювання медичної грамотності клієнтів/населення (HLS-EU, HLQ) для виявлення груп ризику та таргетування інтервенцій;
- стандартизація письмових і цифрових комунікацій на основі принципів «plain language», техніки teach-back та інструментів оцінювання зрозумілості, таких як CDC CCI;
- формування внутрішньої тренінгово-менторської системи, де працівники з високим рівнем МГ виступають фасилітаторами навчання колег;
- інтеграція показників МГ (частка навченого персоналу, якість матеріалів, рівень задоволеності населення зрозумілістю інформації, дотримання профілактичних рекомендацій тощо) до Balanced Scorecard закладу.

Висновки. Стратегічне управління розвитком медичної грамотності в ЗОЗ є ключовою умовою підвищення ефективності профілактичних програм, безпеки пацієнта й довіри до інституцій громадського здоров'я. Приклад ДУ «Сумський ОЦКПХ» показує, що МГ може й повинна виступати наскрізною управлінською компетентністю, інтегрованою в основні процеси установи. Емпіричні дані засвідчують значну неоднорідність рівнів теоретичних знань, практичних навичок, критичної та цифрової медичної грамотності серед персоналу. Це створює одночасно й ризики (для якості комунікації та поведінкових результатів населення), і можливості (через використання потенціалу внутрішніх «агентів змін»). Виявлені прогалини пов'язані не лише з індивідуальними характеристиками працівників, а й із системними чинниками – відсутністю формалізованої політики МГ, єдиної програми навчання та інтегрованих показників у системі управління якістю. Запропонована «архітектура» стратегічного управління МГ – від політик і самооцінки до стандартизації комунікацій та KPI – дозволяє перевести МГ із рівня поодиноких активностей у пласти довготривалої стратегії.

Ерешова Е.А., Олійник С.В.; Н. к.: Ковальона Т.М.	460
Зінченко А.А.; Н. к.: Бабічева Г.С.	462
Коттонський А.А.; Н. к.: Малініна Н.Г.	463
Кухарук О.Т.; Н. к.: Бабічева Г.С.	464
Лимаренко Є.; Н. к.: Ковальона Т.М.	466
Мазурець Д.Є.; Н. к.: Боднар Л.А.	468
Напівко А.І., Глашник В.А., Бондаренко В.А.; Н. к.: Жадько С.В.	470
Полторуха П.А.; Н. к.: Рогуля О.Ю.	472
Сікало В.В.; Н. к.: Жадько С.В.	473
Сонник Є.І.; Н. к.: Рогуля О.Ю.	474
Цymbала В.В.; Н. к.: Малініна Н.Г.	475
Цymbала В.Ю.; Н. к.: Малініна Н.Г.	476
Шапран Д.І.; Н. к.: Бабічева Г.С.	478

**СЕКЦІЯ 13. УПРАВЛІННЯ ЕКОНОМІКИ ТА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ У
ФАРМАЦІЇ**

MANAGEMENT, ECONOMY AND QUALITY ASSURANCE IN PHARMACY

Баданюк Д.Б.; Н. к.: Лісна А.Г.	481
Баданюк Д.В.; Н. к.: Зборонська Т.В.	482
Балдушенко І.В.; Н. к.: Лісна А.Г.	484
Бріг В.М.; Н. к.: Назаркіна В.М.	486
Виноградський В.В.; Н. к.: Коваленко С.М.	488
Волощук В.В.; Н. к.: Зборонська Т.В.	489
Волощук Т. В.; Н. к.: Лісна А.Г.	492
Гришук Т.В.; Н. к.: Бабічева Г.С.	494
Грінченко А.А.; Н. к.: Посилкіна О.В.	495
Дякова М.А.; Н. к.: Лісна А.Г.	496
Смєсенко В.А.; Н. к.: Посилкіна О.В.	498
Живолуп Г.О.; Н. к.: Малініна Н.Г.	500
Звіряк О.М.; Н. к.: Літвінова О.В.	502
Карпенко І.І.; Н. к.: Лісна А.Г.	503
Кізінь А.В.; Н. к.: Коляда Т.А.	505
Кривець О.М.; Н. к.: Коваленко С.М.	507
Лазутська Н.А.; Н. к.: Зборонська Т.В.	510
Мельничук М.П.; Н. к.: Літвінова О.В.	512
Моляца К.М.; Н. к.: Зборонська Т.В.	515
Недашківська О.Д.; Н. к.: Коваленко С.М.	516
Носов О.А.; Н. к.: Зборонська Т.В.	517
Обухона О.М.; Н. к.: Коваленко С.М.	518



Міністерство
охорони здоров'я
України

Національний
фармацевтичний
університет



СЕРТИФІКАТ

Цим засвідчується, що

Балдушенко І.В.

**Науковий керівник:
Лісна А.Г.**

брав(ла) участь у роботі VI Всеукраїнської
науково-практичної конференції
з міжнародною участю

**YOUTH
PHARMACY
SCIENCE**

Ректор НФаУ,
д. фарм. н., проф.



Олександр КУХТЕНКО

10-11 грудня 2025 р.
м. Харків
Україна

**Опитувальник Health Literacy Knowledge and Experience Survey
(HLKES / HLKES-2)**

Мета опитувальника

Оцінити рівень знань і практичного досвіду медичних працівників щодо принципів медичної грамотності, зокрема:

- зрозумілої медичної комунікації;
- адаптації інформації для різних груп населення;
- перевірки розуміння пацієнтом отриманої інформації;
- застосування принципів health literacy у професійній діяльності.

Інструкція: «Вам пропонується опитувальник, що стосується Ваших знань та практичного досвіду у сфері медичної грамотності. Будь ласка, уважно прочитайте кожне твердження та оберіть один варіант відповіді, який найточніше відповідає Вашому досвіду або рівню обізнаності. У опитувальнику немає правильних або неправильних відповідей. Важливо відповідати чесно, оскільки результати використовуються в узагальненому вигляді. Отримані дані є анонімними і застосовуються лише з науковою метою.».

ЧАСТИНА I. ЗНАННЯ З МЕДИЧНОЇ ГРАМОТНОСТІ

Формат відповідей:

1 – зовсім не згоден(на)

2 – радше не згоден(на)

3 – важко відповісти

4 – радше згоден(на)

5 – повністю згоден(на)

Блок 1. Базові поняття медичної грамотності

Я добре розумію, що означає поняття «медична грамотність».

Я знаю, як низький рівень медичної грамотності впливає на здоров'я населення.

Я усвідомлюю різницю між медичною інформацією для фахівців і для пацієнтів.

Я знайомий(а) з принципом plain language (використання зрозумілої мови).

Блок 2. Комунікативні стратегії

Я знаю, як пояснювати складні медичні терміни простою мовою.

Я знайомий(а) з методом teach-back (перевірка розуміння шляхом повторення).

Я розумію необхідність адаптації інформації для людей з різним рівнем освіти.

Я знаю, як змінювати спосіб подачі інформації для вразливих груп населення.

ЧАСТИНА II. ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ

Формат відповідей:

1 – ніколи

2 – рідко

3 – інколи

4 – часто

5 – постійно

Блок 3. Практична комунікація

Я використовую зрозумілу, не професійну лексику у спілкуванні з пацієнтами.

Я прошу пацієнтів повторити отриману інформацію своїми словами.

Я заохочую пацієнтів ставити запитання щодо рекомендацій.

Я намагаюся переконатися, що пацієнт дійсно зрозумів мої пояснення.

Блок 4. Адаптація інформації

Я адаптую інформацію залежно від віку, освіти та стану пацієнта.

Я використовую приклади, візуальні матеріали або спрощені інструкції.

Я змінюю спосіб подачі інформації, якщо бачу нерозуміння з боку пацієнта.

ЧАСТИНА III. САМООЦІНКА ТА ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОНТЕКСТ

Я вважаю, що мій рівень медичної грамотності є достатнім для професійної діяльності.

У моєму закладі приділяється увага розвитку медичної грамотності персоналу.

Я проходив(ла) спеціальне навчання з медичної грамотності.

У моїй організації існують рекомендації щодо зрозумілої комунікації з населенням.

Я хотів(ла) б підвищити свій рівень знань у сфері медичної грамотності.

Обробка

Сума балів / середнє значення за кожним блоком.

Вищі значення → вищий рівень знань і практичного застосування.

Додаток В**Опитувальник All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS)**

Інструкція: «Вам пропонується опитувальник про те, як Ви отримуєте, розумієте, обговорюєте та оцінюєте медичну інформацію. Прочитайте кожне твердження та оберіть варіант відповіді, який найкраще відповідає Вашому звичному досвіду. Правильних або неправильних відповідей немає. Дані використовуються лише в узагальненому вигляді.».

Варіанти відповіді:

1 – Рідко / майже ніколи

2 – Іноколи

3 – Часто / майже завжди

А. Функціональна медична грамотність (4 пункти)

Мені легко прочитати медичну інформацію (пам'ятку, направлення, інструкцію) без сторонньої допомоги.

Мені легко заповнювати медичні форми/анкети (паперові або електронні).

Якщо інформація складна, я знаю, до кого звернутися по допомогу/пояснення.

Я зазвичай розумію основні повідомлення у медичних листівках/пам'ятках (що робити, як приймати, коли звертатися).

В. Комунікативна медична грамотність (3 пункти)

Я ставлю уточнювальні запитання лікарю/медпрацівнику, якщо щось незрозуміло.

Я можу чітко описати свої симптоми/скарги та важливі деталі під час консультації.

Після консультації я зазвичай перепитую/уточнюю план дій, щоб бути впевненим(ою), що все зрозумів(ла).

С. Критична медична грамотність (4 пункти)

Я перевіряю надійність джерела, перш ніж довіряти медичній інформації з інтернету/соцмереж.

Я вмію порівнювати кілька джерел і робити висновок, яке з них більш достовірне.

Я звертаю увагу на доказовість (посилання на рекомендації, дослідження, офіційні ресурси) у медичних повідомленнях.

Я можу відрізнити рекламу/маніпуляцію від корисної медичної інформації.

D. Залученість і активність (3 пункти)

Я беру участь у прийнятті рішень щодо власного здоров'я (обговорюю варіанти, ставлю питання, зважую ризики).

Я готовий(а) підтримувати здоров'я в сім'ї/колективі (пояснити іншим, де знайти надійну інформацію, як діяти).

Якщо бачу проблему, що впливає на здоров'я громади/колективу, я готовий(а) звернутися до відповідальних служб/ініціювати обговорення.

Підрахунок результатів (простий і прозорий)

Функціональна: сума пп. 1-4 (діапазон 4-12)

Комунікативна: сума пп. 5-7 (3-9)

Критична: сума пп. 8-11 (4-12)

Залученість/активність: сума пп. 12-14 (3-9)

Загальний бал: сума 1-14 (14-42)

Інтерпретація (рекомендовано для звіту):

низький рівень: < 60% від максимуму домену

середній: 60-80%

високий: > 80%

Додаток Г

Агрегований баланс (актив) ДУ «СУМСЬКИЙ ОЦКПХ МОЗ» у 2022–
2024 рр., тис. грн

Показники	2022, тис. грн	Пит. вага, %	2023, тис. грн	Пит. вага, %	2024, тис. грн*	Пит. вага, %
Нематеріальні активи	–	–	–	–	700,0	0,7
Основні засоби	13 800,0	18,7	16 200,0	18,4	17 800,0	18,9
Разом необоротні активи (I)	13 800,0	18,7	16 200,0	18,4	18 500,0	19,6
Запаси (реактиви, деззасоби, ЗІЗ)	9 500,0	12,9	10 300,0	11,7	12 000,0	12,7
Дебіторська заборгованість за розрахунками з бюджетом	900,0	1,2	600,0	0,7	500,0	0,5
Інша поточна дебіторська заборгованість	700,0	0,9	950,0	1,1	1 300,0	1,4
Грошові кошти та їх еквіваленти (кошти в ДКСУ)	34 000,0	46,1	42 750,0	48,5	60 500,0	64,2
Інші оборотні активи	1 000,0	1,4	1 200,0	1,4	1 500,0	1,6
Разом оборотні активи (II)	46 100,0	62,6	55 800,0	63,3	75 800,0	80,4
Баланс	73 700,0	100,0	88 200,0	100,0	94 300,0	100,0

Продовження додатку Г

**Структура джерел формування майна (пасив) ДУ «СУМСЬКИЙ
ОЦКПХ МОЗ» у 2022–2024 рр., тис. грн**

Показники	2022, тис. грн	Пит. вага, %	2023, тис. грн	Пит. вага, %	2024, тис. грн*	Пит. вага, %
Власний капітал (фонд у держвласності)	45 500,0	61,74	56 000,0	63,49	60 500,0	64,1
Цільове фінансування та доходи майбутніх періодів	3 200,0	4,34	4 600,0	5,22	5 300,0	5,6
Поточна кредиторська заборгованість за товари, роботи, послуги	6 800,0	9,23	7 900,0	8,96	8 200,0	8,7
Поточна кредиторська заборгованість з оплати праці	6 400,0	8,68	7 700,0	8,73	8 000,0	8,5
Поточна кредиторська заборгованість з бюджету	1 700,0	2,31	2 100,0	2,38	2 100,0	2,2
Інші поточні зобов'язання	10 100,0	13,70	9 900,0	11,22	10 200,0	10,8
Баланс	73 700,0	100,0	88 200,0	100,0	94 300,0	100,0