

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ**  
**ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ**

Кваліфікаційна наукова  
праця на правах рукопису

**МІЛАШОВСЬКА ВІКТОРІЯ ОЛЕГІВНА**

УДК 614.2:316.61

ДИСЕРТАЦІЯ

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ СТРАТЕГІЧНОГО**  
**ПЛАНУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ НА РІВНІ**  
**НОВОСФОРМОВАНОГО АДМІНІСТРАТИВНОГО РАЙОНУ**

Галузь знань: 22 ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я

Спеціальність: 222 МЕДИЦИНА

Подається на здобуття ступеня доктора філософії  
Дисертація містить результати власних досліджень  
Використання ідей, результатів і текстів інших  
авторів мають посилання на відповідне джерело

---

Мілашовська В.О.

Науковий керівник:  
**Любінець Олег Володимирович**,  
доктор медичних наук, професор

Львів - 2024

## АНОТАЦІЯ

*Мілашовська В. О.* Медико-соціальне обґрунтування моделі стратегічного планування медичної допомоги населенню на рівні новосформованого адміністративного району. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 «Медицина» (022 – Охорона здоров'я). – Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України, Львів, 2024.

Дисертація присвячена рішенням важливого науково-практичного завдання щодо організації та управління охороною здоров'я шляхом наукового обґрунтування та розробки концептуальної моделі стратегічного планування медичної допомоги населенню на рівні новосформованого адміністративного району та удосконалення системи охорони здоров'я на регіональному рівні.

Для досягнення поставленої мети та виконання завдань відповідно до дизайну дослідження робота виконувалась у п'ять етапів. На першому етапі було узагальнено дані попередніх наукових праць з проблем функціонування системи охорони здоров'я України, соціально-економічних чинників здоров'я її населення, основ стратегічного планування, в т. ч. у системі охорони здоров'я і сформувавши вибір напрямку дисертаційного дослідження, визначити його мету, завдання, програму, методи та обсяг (опрацьовано 199 джерел наукової літератури). Виконання поставленого завдання здійснювалося за допомогою структурно-логічного аналізу та бібліосемантичного методу.

Для реалізації другого етапу дослідження було обрано медико-статистичний метод. На цьому етапі проведено ідентифікацію статусу новосформованого адміністративного Мукачівського району Закарпатської області за кількістю населення, площею території, віковим складом населення, статтю, місцем проживання, рівнем народжуваності, смертності, природного приросту станом на 1 січня 2022 року.

Встановлено, що у Закарпатській області та Мукачівському районі з 2018

по 2021 рік спостерігалися наступні відмінності у медико-демографічних процесах ніж в Україні: процес скорочення кількості мешканців області був більше як у двічі меншим, ніж в Україні, а чисельність населення району зростає у 2,5 рази. В області та районі проживало більш молоде населення, частка жінок була меншою, а частка 0-15 річних дітей – більшою, ніж в Україні; при зниженні загального коефіцієнта народжуваності в державі і в області, і в районі динаміка зниження є меншою, а показник – вищим; смертність та динаміка зміни її рівня були вищими за загально-українські, проте при розподілі за віковими групами вони були ідентичні. У структурі причин загальної смертності населення третє місце за величиною показника в області та районі займають хвороби органів травлення, в Україні ж це зовнішні причини.

Ідентифікація статусу новосформованого адміністративного Мукачівського району Закарпатської області показала, що за величиною кількості населення він є третім з 6 районів області, з більшою на 27,3% за обласну густину населення. За віковим складом населення району є практично ідентичним середньо-обласному показнику. Дещо більшим у складі населення є кількість жіночого населення. За медико-демографічними показниками (рівень народжуваності, смертності та розміщення населення практично у однаковій кількості як у містах, так і у сільській місцевості) район є урбанізаційно-депопуляційним.

Наступним етапом було проведено опитування 483 мешканців Мукачівського району Закарпатської області щодо оцінки стану власного здоров'я. Встановлено, що більшість мешканців району задоволені своїми умовами проживання. Частота та якість харчування опитаних респондентів була у задовільному стані. Психоемоційний стан респондентів у більшій ступені був пов'язаний з незадовільним матеріальним станом, особливо у осіб з вищою чи середньою спеціальною освітою.

Встановлено доволі високий відсоток серед респондентів осіб, які курять та вживають алкогольні напої. У більшій половині опитаних зазначено вплив на стан здоров'я цих шкідливих звичок: респонденти вказали на не визначений,

поганий та дуже поганий стан власного здоров'я. Серед курців та осіб, які раніше курили, переважають респонденти віком після 40 років та з середньою спеціальною освітою. Більше половини опитаних, які курять та вживають алкоголь зазначили наявність у них психоемоційних розладів. При цьому у частини опитаних, які курять та які вживають алкоголь спостерігається оманливе враження: вони вважають, що ведуть здоровий спосіб життя.

Щодо способу життя – одна п'ята респондентів самокритично зазначила, що не ведуть здоровий спосіб життя, а значна кількість опитаних не змогли визначитись з відповіддю на таке запитання. Найчастішим джерелом інформації про здоровий спосіб життя виступав інтернет, преса та телевізійні програми. Такі достовірні дані при порівнянні отримані у групах осіб віком до 40 років та міських мешканців. Рівень інформованості про здоров'язбережувальну поведінку, який надавався у лікарській амбулаторії, був на недостатньому рівні, вищим він був серед мешканців сільської місцевості та осіб старших вікових груп.

Оцінка поведінки населення при появі ознак захворювання показала, що половина респондентів звертались за медичною допомогою у лікарську амбулаторію, що більш характерним було для осіб віком після 60 років та мешканців сільської місцевості.

Менше половини респондентів суб'єктивно оцінили стан свого здоров'я як добрий та дуже добрий, що вказує на недостатню увагу населення власному здоров'ю. В цей же час одна п'ята опитаних самокритично зазначили, що не ведуть здоровий спосіб життя, а з їх числа відповідно тільки одна третя вказали на добрий та дуже добрий стан свого здоров'я. Достовірно частіше на поганий та дуже поганий стан власного здоров'я вказували мешканці сільської місцевості. Оцінка власного здоров'я особами старше 60 років не дала достовірних результатів, окрім у групі жінок, які проживають у сільській місцевості, що вказує на більш скрупульозне оцінювання стану здоров'я.

У ході реалізації поставлених завдань на четвертому етапі дослідження була вивчена також думка учасників ринку медичних послуг щодо їх відношення

до адміністративної реформи та удосконалення системи охорони здоров'я, а саме надавачів медичних послуг та керівників медичних закладів.

Встановлено, що ключовою проблемою галузі охорони здоров'я України на думку лікарів, в т. ч. організаторів охорони здоров'я є «недостатність фінансових ресурсів для забезпечення ефективної діяльності системи охорони здоров'я з державних джерел фінансування» (78,56±1,79% респондентів). Опитаними вказано, що першочергову увагу при реформуванні галузі охорони здоров'я України належить приділити підготовці стратегічних планів функціонування системи охорони здоров'я, як на рівні держави так і на місцевому рівні (63,57±2,10%). До числа важливих елементів при стратегічному плануванні розвитку системи охорони здоров'я держави респондентами віднесено впровадження жорстких методів контролю за безпечністю води, харчових продуктів і середовища життєдіяльності (94,31±1,01%). Респонденти у значній величині (43,83±2,16%) зазначили відсутність або ж низьку доступність інформації щодо територіальних змін надання медичної допомоги у процесі адміністративно-територіальної реформи в країні.

Останній етап дослідження включав розробку моделі стратегічного планування медичної допомоги населенню на рівні новосформованого адміністративного району та оцінку її медичної та соціальної ефективності.

При виконанні даної дисертаційної роботи основними завданнями було провести аналіз міжнародної та вітчизняної наукової літератури щодо моделей стратегічного планування медичної допомоги та результатів їх впровадження в системі охорони здоров'я; - обґрунтувати методики вивчення основних проблем в організації медичної допомоги населенню та основних детермінант впливу на здоров'я населення на рівні новосформованого адміністративного району обслуговування; - провести ідентифікацію статусу Закарпатської області, в т. ч. Мукачівського району за кількістю населення, площею території, віковим складом населення, статтю, місцем проживання, рівнем народжуваності, смертності, природного приросту станом на 1 січня 2022 року; – встановити закономірності в оцінці стану власного здоров'я мешканцями Мукачівського

району Закарпатської області на основі вибіркового їх опитування; – вивчити думку учасників ринку медичних послуг та їх відношення до адміністративної реформи та удосконалення системи охорони здоров'я, а саме: керівників закладів охорони здоров'я та представників органів влади; – науково обґрунтувати розроблену модель стратегічного планування медичної допомоги населенню в умовах адміністративної реформи та удосконалення системи охорони здоров'я (на прикладі новосформованого Мукачівського району Закарпатської області).

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше в Україні системно представлено необхідність розробки концептуальної моделі стратегічного планування медичної допомоги населенню в умовах адміністративної реформи для удосконалення системи охорони здоров'я; показано, показано, що стратегія подолання негативних тенденцій в медико-демографічних процесах на районному рівні повинна передбачати вирішення проблем, які так чи інакше пов'язані з проблемою демографічного руху; встановлено особливості новоствореного адміністративного району на основі ідентифікації його статусу; дано сучасну самооцінку населенням району стану свого здоров'я; показано, що першочергову увагу при реформуванні галузі охорони здоров'я України належить приділити підготовці стратегічних планів функціонування системи охорони здоров'я, як на рівні держави так і на місцевому рівні; встановлено, що важливим елементом при стратегічному плануванні розвитку системи охорони здоров'я держави є впровадження жорстких методів контролю за безпечністю води, харчових продуктів і середовища життєдіяльності; науково обґрунтовано та розроблено концептуальну модель стратегічного планування медичної допомоги населенню на регіональному рівні з врахуванням нових елементів у її побудові, ефективність якої підтверджена методом експертних оцінок.

Удосконалено напрями міжсекторальної взаємодії в організації моніторингу стану здоров'я населення. Набуло подальшого розвитку дослідження та встановлення особливостей і тенденцій медико-демографічних процесів у регіональному контексті.

Необхідною умовою реалізації запропонованої моделі стратегічного планування медичної допомоги населенню в умовах адміністративної реформи є інтеграція її у програму соціально-економічного та культурного розвитку регіону. Реалізація моделі передбачає проведення PESTLE-аналізу медико-демографічних показників на рівні адміністративних територій, створення баз даних населення за діагностично-спорідненими групами патології, опитування керівників закладів охорони здоров'я та медичного персоналу щодо їх відношення до адміністративної реформи, поточного стану та удосконалення системи охорони здоров'я.

Міжсекторальний підхід моделі базується на залученні представників влади, журналістів, працівників соціальних служб, недержавних організацій до розуміння важливості стратегічного планування організації медичної допомоги та необхідності здійснення кроків щодо його реалізації.

Базовим елементом моделі виступає класична модель стратегічного планування, а особливістю концептуальної моделі стратегічного планування медичної допомоги населенню в умовах новоствореного району стало включення до неї існуючих елементів системи охорони здоров'я у виді індикативних показників діяльності закладів охорони здоров'я та якісно нових елементів, створення баз даних населення за діагностично-спорідненими групами, інформування населення новоствореного району про вплив поведінкових детермінант на стан здоров'я та вмотивованість до здорового способу життя через базу даних електронних та особистих контактів сімейних лікарів та населення, підготовка інформаційних листів та інформування медичного персоналу і населення про структуру та шляхи надання медичної допомоги у новоствореному районі, створення районного центру моніторингу та оцінювання показників стану здоров'я населення новоствореного району у складі кластерного закладу охорони здоров'я, інтеграція яких з раніше існуючими надала моделі як системі нових якостей.

Стратегічним напрямком даної моделі є формування на основі отриманої достовірної інформації про стан здоров'я населення та сильних і слабких сторін

організації і надання медичної допомоги населення закладами охорони здоров'я новоствореного району (тобто на базі SWOT-аналізу) спроможного плану її реалізації.

Тактичним напрямком моделі є визначення у ній виконавців плану, тобто надавачів медичної допомоги госпітального кластеру, її завдань, потенціалу та оцінка її результативності.

Експертами запропонована модель в цілому оцінена у 9,37 бали із 10 можливих, при високому ступені узгодженості думок ( $CV = 12,51\%$ ).

Таким чином, враховуючи відповідність моделі потребі реформи системи медичної допомоги населенню, позитивну оцінку експертами, запропоновану модель стратегічного планування медичної допомоги населенню на рівні новосформованого адміністративного району можна рекомендувати для впровадження у систему охорони здоров'я України.

**Ключові слова:** медико-демографічні регіональні показники, громадське здоров'я, адміністративно-територіальна реформа, статистичні дані, медична допомога, соціологічне дослідження, спосіб життя, здоров'язбережувальна поведінка, профілактика, самооцінка здоров'я, інформованість про здоров'я, задоволеність, стратегічне планування, експертна оцінка, концептуальне моделювання.



## ABSTRACT

*Milashovska V. O.* Medical and social substantiation of the model of strategic planning of medical care for the population at the level of the newly formed administrative district. – Qualification scientific work on the rights of the manuscript.

Thesis for obtaining the degree of Doctor of Philosophy in specialty 222 «Medicine» (022 – Health Care). – Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Ministry of Health of Ukraine, Lviv, 2024.

The dissertation is devoted to solving an important scientific and practical task of organizing and managing health care through scientific substantiation and development of a conceptual model of strategic planning of medical care for the population at the level of the newly formed administrative district and improvement of the health care system at the regional level.

To achieve the goal and fulfill the tasks in accordance with the research design, the work was carried out in five stages. At the first stage, the data of previous scientific works on the problems of functioning of the health care system of Ukraine, socio-economic factors of health of its population, the basics of strategic planning, including in the health care system, were summarized and the direction of the dissertation research was chosen, its purpose, tasks, program, methods and scope were formed (199 sources of scientific literature were processed). The task was accomplished using structural and logical analysis and the bibliosemantic method.

To implement the second stage of the study, the medical and statistical method was chosen. At this stage, the status of the newly formed administrative Mukachevo district of the Zakarpattia region was identified by population, territory, age composition, gender, place of residence, birth rate, mortality rate, and natural increase as of January 1, 2022.

It has been established that in the Zakarpattia region and Mukachevo district from 2018 to 2021, the following differences in medical and demographic processes were observed: the process of reducing the number of residents in the region was more

than twice as low as in Ukraine, while the population of the district increased by 2.5 times; the region and the district had a younger population with a lower proportion of women and a higher proportion of 0-15 year-old children; with a decrease in the total fertility rate in the country, both in the region and in the district, the dynamics of decline is smaller at a higher level of the indicator; mortality and the dynamics of changes in its level were higher than in Ukraine, but when distributed by age groups, they were identical. In the structure of the causes of total mortality, the third largest indicator in the region and district is digestive diseases, while in Ukraine these are external causes.

Identification of the status of the newly formed administrative Mukachevo district of Zakarpattia region showed that, in terms of population, it is the third out of 6 districts of the region, with a population density 27.3% higher than the regional average. The age composition of the district's population is almost identical to the regional average. The number of women in the population is slightly higher. In terms of medical and demographic indicators (birth and death rates and population distribution in almost equal numbers in both urban and rural areas), the district is an urbanization-depopulation district.

The next stage was a survey of 483 residents of Mukachevo district, Zakarpattia region, to assess their health.

It was found that most residents of the district were satisfied with their living conditions. The frequency and quality of meals of the surveyed respondents was satisfactory.

The psycho-emotional state of respondents was more related to their poor financial situation, especially among people with higher or secondary specialized education.

The percentage of people who smoke and drink alcohol is quite high. More than half of the respondents noted the impact of these bad habits on their health, and indicated that their health was in poor, poor, or very poor condition. Among smokers and former smokers, respondents aged over 40 and with secondary specialized education predominate. More than half of the respondents who smoke and drink alcohol reported having psycho-emotional disorders. At the same time, some of the

respondents who smoke and drink alcohol have a misleading impression: they believe that they lead a healthy lifestyle.

Regarding lifestyle, one fifth of respondents self-critically noted that they do not lead a healthy lifestyle, and a significant number of respondents could not answer this question. The most frequent sources of information about healthy lifestyles were the Internet, the press, and television programs. Such reliable data were obtained in the groups of people under 40 and urban residents. The level of awareness about health-promoting behaviors provided in outpatient clinics was insufficient, higher among rural residents and older people.

Assessment of the population's behavior in case of disease symptoms showed that half of the respondents sought medical care at outpatient clinics, which was more common for people over 60 and rural residents.

Less than half of the respondents subjectively assessed their health as good and very good, which indicates that people do not pay enough attention to their own health. At the same time, one-fifth of respondents self-critically noted that they do not lead a healthy lifestyle, and only one-third of them reported good and very good health. Significantly more often poor and very poor health was reported by rural residents. Assessment of their own health by people over 60 did not yield reliable results, except in the group of women living in rural areas, which indicates a more scrupulous assessment of their health status.

In the course of implementing the tasks set, the fourth stage of the study also examined the opinion of healthcare market participants regarding their attitude to administrative reform and improvement of the healthcare system, namely healthcare providers and heads of healthcare facilities.

It has been established that the key problem of the healthcare sector in Ukraine, according to healthcare organizers, is «insufficient financial resources to ensure the effective operation of the healthcare system from public funding sources» (78.56±1.79% of respondents). The respondents indicated that the priority in reforming the healthcare sector of Ukraine should be given to the preparation of strategic plans for the functioning of the healthcare system, both at the state and local levels

(63.57±2.10%). The respondents also mentioned the introduction of strict methods of control over the safety of water, food and the environment as important elements in strategic planning of the state health care system (94.31±1.01%). The respondents in a significant number (43.83±2.16%) noted the absence or low availability of information on territorial changes in health care provision in the process of administrative and territorial reform in the country.

The last stage of the study included the development of a model for strategic planning of medical care for the population at the level of the newly formed administrative district and an assessment of its medical and social necessity.

In completing this dissertation, the main tasks were to analyze international and domestic scientific literature on models of strategic planning of medical care and the results of their implementation in the health care system; - to substantiate the methods of studying the main problems in the organization of medical care for the population and the main determinants of the impact on public health at the level of the newly formed administrative service area; - to identify the status of the Transcarpathian region, including Mukachevo district, by population, area, age composition of the population, gender, place of residence, birth rate, mortality, natural increase as of 1 January 2022; - to establish patterns in the assessment of their own health by residents of Mukachevo district of Zakarpattia region based on a sample survey; - to study the opinion of healthcare market participants and their attitude to administrative reform and improvement of the healthcare system, namely, heads of healthcare institutions and representatives of the authorities; - to scientifically substantiate the developed model of strategic planning of medical care for the population in the context of administrative reform and improvement of the health care system (on the example of the newly formed Mukachevo district of Transcarpathian region).

The scientific novelty of the results obtained is that for the first time in Ukraine, the need to develop a conceptual model of strategic planning of medical care for the population in the context of administrative reform to improve the health care system is systematically presented; shows that the strategy for overcoming negative trends in medical and demographic processes at the district level should include solving

problems that are somehow related to the problem of demographic movement; the peculiarities of the newly created administrative district on the basis of identification of its status are established; the modern self-assessment of the health status by the population of the district is given; it is shown that the priority in reforming the health care sector of Ukraine should be given to the preparation of strategic plans for the functioning of the health care system, both at the state and local levels; It is established that an important element in the strategic planning of the development of the state health care system is the introduction of strict methods of control over the safety of water, food and the environment; a conceptual model of strategic planning of medical care at the regional level is scientifically substantiated and developed, taking into account new elements in its construction, the effectiveness of which is confirmed by the method of expert assessments.

The directions of intersectoral cooperation in the organization of public health monitoring were improved. The study and identification of features and trends of medical and demographic processes in the regional context was further developed.

A prerequisite for the implementation of the proposed model of strategic planning of medical care in the context of administrative reform is its integration into the program of socio-economic and cultural development of the region. Implementation of the model involves conducting a PESTLE-analysis of medical and demographic indicators at the level of administrative territories, creating databases of the population by diagnostically related pathology groups, surveying health care managers and medical staff about their attitude to administrative reform, the current state and improvement of the health care system.

The model's cross-sectoral approach is based on engaging government officials, journalists, social service workers, and NGOs in understanding the importance of strategic planning for health care organization and the need to take steps to implement it.

The basic element of the model is the classical model of strategic planning, and the peculiarity of the conceptual model of strategic planning of medical care for the population in the newly created district was the inclusion of existing elements of the

health care system in the form of indicative indicators of health care institutions and qualitatively new elements - creating databases of the population by diagnostically related groups, informing the population of the newly created district about the impact of behavioral determinants on health status and motivation for a healthy lifestyle through a database of electronic and personal contacts of family doctors and the population, preparing information sheets and informing medical staff and the population about the structure and ways of providing medical care in the newly created district, Establishment of a district center for monitoring and evaluation of health indicators in the newly created district as part of a cluster health care facility, whose integration with the previously existing ones gave the model new qualities as a system.

The strategic direction of this model is to formulate a capable plan for its implementation on the basis of reliable information about the state of health of the population and the strengths and weaknesses of the organization and provision of health care by health care facilities in the newly created district (i.e., based on SWOT analysis).

The tactical direction of the model is to identify the plan's implementers, i.e., the hospital cluster's health care providers, their tasks, potential, and to evaluate its effectiveness.

Experts generally rated the proposed model at 9.37 points out of 10 possible, with a high degree of agreement (CV = 12.51%).

Thus, taking into account the model's compliance with the need to reform the health care system and the positive assessment by experts, the proposed model of strategic planning of health care at the level of the newly formed administrative district can be recommended for implementation in the health care system of Ukraine.

**Key words:** medical and demographic regional indicators, public health, administrative-territorial reform, statistical data, medical care, sociological research, lifestyle, health-saving behavior, prevention, self-assessment of health, health awareness, satisfaction, strategic planning, expert evaluation, conceptual modeling.

## СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

(\* особистий внесок)

### **Наукові праці, опубліковані у наукових фахових виданнях України**

1. Любінець О. В., Мілашовська В. О. Медико-демографічне становище - важливий чинник у стратегічному плануванні організації медичної допомоги населенню. *Acta Medica Leopoliensia*. 2021. Том 27. № 3-4. С. 108-125. DOI: 10.25040/aml2021.3-4.108 (*\*збір даних, обробка матеріалу та формування висновків*).

2. Мілашовська В. О. Рівень життя та здоров'я: самооцінка мешканцями адміністративного району. *Україна. Здоров'я нації*. 2022. №3(69). С. 12-16. DOI: 10.24144/2077-6594.3.1.2022.266022 (*\*ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка матеріалу та написання висновків*).

3. Мілашовська В. О., Любінець О. В. Вивчення думки керівників закладів охорони здоров'я щодо удосконалення системи охорони здоров'я, в т. ч. із впровадженням адміністративно-територіальної реформи в Україні. *Україна. Здоров'я нації*. 2022. №4(70). С. 49-57. DOI: 10.24144/2077-6594.4.1.2022.277065 (*\*збір даних, аналіз і обробка матеріалу та формування висновків*).

4. Мілашовська В. О., Любінець О. В. Оцінка власного здоров'я та інформованість про здоров'язберезувальну поведінку. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2023. №1. С. 20-26. DOI: 10.11603/1681-2786.2023.1.13703 (*\*ідея написання статті, збір інформації, обробка та узагальнення даних, матеріалу та написання висновків*).

5. Любінець О. В., Мілашовська В. О. Стратегічне планування медичної допомоги населенню закладами охорони здоров'я госпітального кластеру. *Україна. Здоров'я нації*. 2023. №3(73). С. 85-89. DOI: 10.32782/2077-6594/2023.3/14 (*\*аналіз даних, узагальнення, формування висновків*).

### **Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації**

6. Любінець О. В., Мілашовська В. О., Децик М. О. Громадське здоров'я –

епідеміологія: базові ланки стратегічного планування. *Актуальні проблеми профілактичної медицини*. 2021. Вип. 21. С. 84-89 (\*аналіз матеріалу та формування висновків).

7. Мілашовська В. О., Любінець О. В. Оцінка впливу культурних детермінант індивідуального рівня на стан здоров'я громади. *Українські медичні вісті. Матеріали XIX конгресу СФУЛТ 27-29.10.2022 та історико-термінологічної конференції ВУЛТ 30.06.2022*. Т. 14, № 3-4 (92-93). С. 151 (\*збір даних, аналіз і обробка матеріалу та написання тез).

8. Lyubinets Oleh, Miłaszowska Wiktoria. Behavioral risks to healthie. Międzynarodowa konferencja naukowa: Dni medycyny społecznej i zdrowia publicznego. Polska 2022 - Ostatnie doświadczenia i obecne wyzwania. Krakowska Wyższa Szkoła Promocji Zdrowia. 13.10.2022 r. - 15.10.2022 r. *Streszczenia*. 2022. S.95-96 (\*збір даних, аналіз матеріалу та написання тез).

#### **Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації**

9. Любінець О. В., Мілашовська В. О., Децик М. О., Зуб В. І., Боровець В. А. Концептуальні особливості побудови стратегічного плану організації медичної допомоги населенню. *Методичні рекомендації до занять із спеціалізації за фахом "Організація і управління охороною здоров'я" галузі знань 22 «Охорона здоров'я» спеціальності 222 «Медицина»*. Львів, 2023. 52 с. (Особистий внесок: ідея написання, аналіз роботи щодо загальної проблематики стратегічного планування та моделі стратегічного планування, формування матеріалу).



## ЗМІСТ

Перелік скорочень, умовних позначень і термінів .....	19
ВСТУП.....	20
<b>РОЗДІЛ 1. ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ОСНОВИ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)</b> .....	31
1.1. Сучасний стан функціонування системи охорони здоров'я України .....	32
1.2. Соціально-економічні чинники здоров'я населення України.....	37
1.3. Основи стратегічного планування .....	40
1.4. Невирішені питання та необхідність подальших досліджень.....	45
Висновки до розділу 1 .....	49
<b>РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, ОБСЯГ І МЕТОДИ НАУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ</b>	51
Висновки до розділу 2 .....	56
<b>РОЗДІЛ 3. МЕДИКО-ДЕМОГРАФІЧНА СИТУАЦІЯ В УКРАЇНІ, ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА МУКАЧІВСЬКОМУ РАЙОНІ У 2018-2021 РОКАХ.....</b>	58
3.1. Динаміка чисельності населення.....	58
3.2. Зміни у статеві-віковому складі населення .....	61
3.3. Особливості народжуваності населення .....	67
3.4. Характеристика рівня смертності населення .....	69
3.5. Середня очікувана тривалість життя .....	75
3.6. Ідентифікація статусу новосформованого адміністративного Мукачівського району Закарпатської області на основі багатофакторного групування адміністративних територій України .....	77
Висновки до розділу 3. ....	79
<b>РОЗДІЛ 4. САМООЦІНКА ЗДОРОВ'Я МЕШКАНЦЯМИ МУКАЧІВСЬКОГО РАЙОНУ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ .....</b>	82
4.1. Оцінка респондентами умов проживання .....	84
4.2. Самооцінка організації харчування .....	85
4.3. Самооцінка психоемоційного стану .....	86

	18
4.4. Наявність шкідливих звичок.....	86
4.5. Оцінка власного способу життя .....	89
4.6. Самооцінка рівня здоров'я.....	93
Висновки до розділу 4 .....	96
РОЗДІЛ 5. ОЦІНКА ЛІКАРЯМИ, В Т. Ч. ОРГАНІЗАТОРАМИ ОХОРОНИ	
ЗДОРОВ'Я ПРОБЛЕМ ТА ВИКЛИКІВ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
УКРАЇНИ В РЕЗУЛЬТАТІ ПРОВЕДЕННЯ АДМІНІСТРАТИВНОЇ РЕФОРМИ	
.....	100
Висновки до розділу 5 .....	110
РОЗДІЛ 6. НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА РОЗРОБКА	
КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ МОДЕЛІ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ	
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ НА РІВНІ НОВОСФОРМОВАНОГО	
АДМІНІСТРАТИВНОГО РАЙОНУ НА ПРИКЛАДІ МУКАЧІВСЬКОГО	
РАЙОНУ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ .....	
	113
6.1. Теоретичне обґрунтування стратегічного планування медичної допомоги	
населенню .....	113
6.2. Модель стратегічного планування медичної допомоги населенню на	
районному рівні.....	131
6.3. Експертна оцінка концептуальної моделі стратегічного планування	
медичної допомоги населенню на рівні новосформованого адміністративного	
району.....	135
Висновки до розділу 6. ....	138
ВИСНОВКИ.....	140
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	143
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ЛІТЕРАТУРИ .....	145
ДОДАТКИ.....	168

## ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ, УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

ВВП	– валовий внутрішній продукт
ВМНЗ	– вищі медичні навчальні заклади
ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я
ЗМІ	– засоби масової інформації
ЗОЗ	– заклади охорони здоров'я
ЄС	– Європейський Союз
МД	– медична допомога
ЛНМУ	– Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
МКХ	– міжнародна класифікація хвороб
МОЗ	– Міністерство охорони здоров'я
НДР	– науково-дослідна робота
НСЗУ	– Національна служба здоров'я України
РІЛТ	– регіональний індекс людського розвитку
PESTLE	– інструмент для аналізу зовнішнього бізнес-середовища: включає політичні (Political), економічні (Economic), соціальні (Social), технологічні (Technological), юридичні (Legal) аспекти та фактори навколишнього середовища (Environmental).
SWOT	– Інструмент стратегічного планування, включає: S - strengths (сильні сторони); W - weaknesses (слабкі сторони); O - opportunities (можливості); T - threats (загрози)

## ВСТУП

**Актуальність роботи.** Здорове населення є головним атрибутом розвинутого суспільства, визначальним фактором економічного та соціального розвитку держави. Динаміка основних медико-демографічних процесів в Україні відзначається довготривалою стагнацією, а збройний конфлікт спричиняє чималий негативний вплив на здоров'я та життя населення. В цей же час в українському суспільстві назріла потреба у проведенні адміністративно-територіальних змін. У зв'язку з перерахованим визначальною метою соціальної політики держави має бути її націленість на подолання медико-демографічної кризи – збереження та поліпшення стану здоров'я населення, подовження тривалості здорового життя, пониження рівня передчасної смертності від причин, яких можна уникнути, а також подовження тривалості і підвищення якості життя хронічно хворих та осіб з інвалідністю [Г. О. Слабкий та співавтори, 2010; Н. О. Рингач, 2016; Л. А. Чепелевська, 2018; О. Lyubinetz et al, 2021] [36, 158, 174, 186].

Всі дії держави щодо забезпечення високого рівня здоров'я громадян потребують інтегрованого підходу [52], при якому різні її ланки підпорядковані одному завданню, що і передбачає до виконання Закон України «Про систему громадського здоров'я» [154] в частині про оперативні функції системи громадського здоров'я, а саме: епідеміологічний нагляд, а також оцінка, спостереження та контроль за показниками і чинниками, що впливають на здоров'я населення; моніторинг, готовність і своєчасність реагування на небезпечні чинники, події та надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я; зміцнення здоров'я населення, у тому числі вплив на детермінанти здоров'я; розроблення, затвердження та імплементація процедур і політик, які позитивно впливають на детермінанти громадського здоров'я; інформаційно-роз'яснювальна робота, комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я та добробуту населення; забезпечення науковим супроводом системи громадського здоров'я; стратегічне керівництво в інтересах здоров'я та

епідемічного благополуччя населення [77].

У системі громадського здоров'я стратегічне планування виступає одним з важливих елементів перспектив розвитку та намагань щодо цього. Громадське здоров'я, як наука та практика попередження захворювань, збільшення тривалості життя і зміцнення здоров'я шляхом організованих зусиль суспільства, передбачає комплекс інструментів, процедур та заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, збільшення тривалості активного та працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднаних зусиль усього суспільства [57]. Якість профілактики, лікування та динамічного спостереження повинні бути під постійним моніторингом, динамічним аналізом та подальшим покращенням, особливо в період реформаторський змін у системі охорони здоров'я [91].

Таким чином, питання здорового населення, стратегічних підходів для досягнення цієї цілі є пріоритетним напрямком наукової та практичної діяльності в нашій державі.

### **Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами**

Дисертаційна робота стала фрагментом комплексних науково-дослідних робіт (НДР) Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: «Детермінанти здоров'я сільського населення та тривалість життя» (№ держреєстрації – 0118U000099; термін виконання 2018-2022 рр.) та «Неінфекційні захворювання: основні детермінанти негативного впливу на стан громадського здоров'я в Україні» (№ держреєстрації – 0122U202003, термін виконання 2023-2027 рр.). Дисертантка є виконавицею фрагментів НДР.

Тема дисертаційної роботи затверджена на засіданні Вченої ради факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, протокол № 04-10 від 20 жовтня 2020 року.

**Мета дослідження** – науково обґрунтувати та розробити концептуальну модель стратегічного планування медичної допомоги населенню на рівні новосформованого адміністративного району для удосконалення системи охорони здоров'я на регіональному рівні.

Досягнення мети вимагало поетапного вирішення таких завдань дослідження:

– провести аналіз міжнародної та вітчизняної наукової літератури щодо проблеми стратегічного планування, в т. ч. при організації управління охороною здоров'я; – обґрунтувати методики та провести вивчення основних детермінант впливу на здоров'я населення на рівні новосформованого адміністративного району обслуговування; – провести ідентифікацію статусу Мукачівського району у Закарпатській області за кількістю населення, площею території, віковим складом населення, статтю, місцем проживання, рівнем народжуваності, смертності; – встановити закономірності в оцінці стану власного здоров'я мешканцями Мукачівського району Закарпатської області на основі вибіркового опитування та визначити рівень інформованості про здоров'язберезувальну поведінку населення; – вивчити думку лікарів, в т. ч. керівників закладів охорони здоров'я щодо їх відношення до адміністративної реформи та удосконалення системи охорони здоров'я; – науково обґрунтувати та розробити концептуальну модель стратегічного планування медичної допомоги населенню в умовах адміністративної реформи для удосконалення системи охорони здоров'я новоствореного адміністративного району.

**Наукова база дослідження** охоплювала дані держорганів статистики України, анкети анонімного опитування населення Мукачівського району Закарпатської області та лікарів, що проходили навчання на факультеті післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

**Об'єкт дослідження:** організація системи стратегічного планування

медичної допомоги населенню.

**Предмет дослідження:** медико-демографічні показники, самооцінка здоров'я, оцінка реформування системи охорони здоров'я, модель організації системи охорони здоров'я на регіональному рівні.

У роботі використані наступні **методи наукового дослідження:**

- бібліосемантичний – для вивчення вітчизняного та світового досвіду стосовно проблеми стратегічного планування у системі охорони здоров'я;
- статистичний – для збору, обробки та аналізу отриманої під час дослідження інформації, щодо площі території адміністративних одиниць Закарпатської області, чисельності населення, його статеві-вікового складу, місця проживання, для проведення ідентифікації статусу Мукачівського району у Закарпатській області;
- епідеміологічний – для проведення ретроспективного епідеміологічного аналізу показників народжуваності, смертності, середньої очікуваної тривалості життя в Україні, Закарпатській області та Мукачівському районі до та після проведення адміністративно-територіальної реформи;
- соціологічний – для дослідження самооцінки стану здоров'я мешканцями Мукачівського району Закарпатської області та відношення лікарів, в т. ч. організаторів охорони здоров'я до адміністративної реформи, поточного стану та удосконалення системи охорони здоров'я населення;
- системного підходу – для комплексного дослідження стану здоров'я населення Закарпатської області, її Мукачівського району та України;
- системного аналізу – для кількісного та якісного опрацювання отриманих результатів наукового дослідження;
- концептуального моделювання – для розроблення та обґрунтування концептуальної моделі стратегічного планування медичної допомоги населенню в умовах адміністративної реформи для удосконалення системи охорони здоров'я;

- експертних оцінок – для оцінки запропонованої концептуальної моделі та її складових;
- медико-статистичний – для статистичного опрацювання отриманих результатів дослідження, визначення їх статистичної достовірності.

**Наукова новизна** одержаних результатів полягає в тому, що вперше в Україні:

- системно представлено необхідність розробки концептуальної моделі стратегічного планування медичної допомоги населенню в умовах адміністративної реформи для удосконалення системи охорони здоров'я;
- показано, що стратегія подолання негативних тенденцій в медико-демографічних процесах на районному рівні повинна передбачати вирішення проблем, які так чи інакше пов'язані з проблемою демографічного руху: встановлено, що після адміністративної реформи у Мукачівському районі у порівнянні з 2018 роком у 2021 році відбулося значне зростання чисельності населення (у 2,5 рази), збільшення частки жіночого населення (з 52,4% до 52,7%), при зменшенні кількості осіб 0-15 років (з 21,13% до 20,24%) та зростанні відсотка осіб 60 років і старших (з 18,04% до 18,76%) при зменшенні їх частки у міських поселеннях (з 20,2% до 19,4%);
- виявлено, що рівень смертності населення в районі на початок дослідження перевищував такий у Закарпатській області в 1,4 рази або на 35,9%, а після реформування коефіцієнт смертності став лише на 3,0 відсотки вищим за обласний. Відсоток смертності населення району від новоутворень, хвороб органів травлення та хвороб органів дихання перевищував такий у Закарпатській області, при нижчому відсотку смертей від зовнішніх причин. Характерним є те, що у структурі причин загальної смертності населення третє місце за величиною показника в області та і в районі займають хвороби органів травлення, в Україні ж це зовнішні причини смерті;
- при ідентифікації статусу новоформованого адміністративного Мукачівського району Закарпатської області встановлено, що за величиною



кількості населення він є третім з 6 районів області, з більшою на 27,3% за обласну густину населення, з дещо більшою у складі населення кількістю жіночого населення, а за медико-демографічними показниками район є урбанізаційно-депопуляційним;

– дано сучасну самооцінку населенням району стану свого здоров'я: менше половини респондентів ( $42,65 \pm 2,25\%$ ) суб'єктивно оцінили стан свого здоров'я як добрий та дуже добрий, одна п'ята ( $19,88 \pm 1,82\%$ ) ж опитаних самокритично зазначили, що не ведуть здоровий спосіб життя, достовірно частіше мешканці сільської місцевості вказували на поганий та дуже поганий стан власного здоров'я ( $18,00 \pm 2,43\%$ );

– виявлено, що більшість мешканців району задоволені своїми умовами проживання, а погіршення психоемоційного стану респондентів у більшій ступені пов'язано з незадовільним матеріальним станом ( $31,25 \pm 2,81\%$ ), на що особливо вказували особи з вищою чи середньою спеціальною освітою ( $75,00 \pm 2,63\%$ );

– встановлено значний відсоток респондентів Мукачівського району, які курять ( $26,76 \pm 2,01\%$ ) та зловживають алкогольними напоями ( $48,45 \pm 2,27\%$ ). Серед курців та осіб, які раніше курили, переважали особи віком після 40 років ( $61,10 \pm 3,15\%$ ) та з середньою спеціальною освітою ( $45,68 \pm 3,22\%$ ). У частини опитаних, які курять та які вживають алкоголь (відповідно,  $20,41 \pm 2,88\%$  та  $36,73 \pm 3,44\%$ ) спостерігається оманливе враження: вони вважають, що ведуть здоровий спосіб життя;

– виявлено, що найчастішим джерелом інформації про здоровий спосіб життя для мешканців Мукачівського району виступав інтернет, преса та телевізійні програми ( $56,49 \pm 2,43\%$ ): достовірні дані отримані у групах осіб віком до 40 років ( $64,41 \pm 3,75\%$ ) та міських мешканців ( $62,37 \pm 3,48\%$ ). Рівень інформованості про здоров'язбережувальну поведінку, який надавався у лікарській амбулаторії ( $24,76 \pm 2,12\%$ ) був вищим серед мешканців сільської місцевості ( $32,88 \pm 3,15\%$ ) та осіб старших вікових груп ( $31,13 \pm 4,50\%$ );

– встановлено, що при появі ознак захворювання половина респондентів

(52,38±2,27%) звертались за медичною допомогою у лікарську амбулаторію і більш характерним це було для осіб віком після 60 років (55,75±4,67%) та мешканців сільської місцевості (60,40±3,09%);

– встановлено, що ключовою проблемою галузі охорони здоров'я України на думку лікарів, в т. ч. організаторів охорони здоров'я, є «недостатність фінансових ресурсів для забезпечення ефективної діяльності системи охорони здоров'я з державних джерел фінансування» (78,56±1,79% респондентів);

– показано, що першочергову увагу при реформуванні галузі охорони здоров'я України належить приділити підготовці стратегічних планів функціонування системи охорони здоров'я, як на рівні держави так і на місцевому рівні; (63,57±2,10%);

– встановлено, що важливим елементом при стратегічному плануванні розвитку системи охорони здоров'я держави є впровадження жорстких методів контролю за безпечністю води, харчових продуктів і середовища життєдіяльності (94,31±1,01%);

– науково обґрунтовано та розроблено концептуальну модель стратегічного планування медичної допомоги населенню на регіональному рівні з врахуванням нових елементів у її побудові, а саме індикативних показників діяльності закладів охорони здоров'я, в т. ч. з використанням даних самооцінки населенням власного здоров'я та способу життя та оцінки керівниками та медичним персоналом закладів охорони здоров'я у діючих та новосформованих адміністративних одиницях результатів удосконалення організації та надання медичної допомоги населенню, ефективність якої підтверджена методом експертних оцінок.

Удосконалено напрями міжсекторальної взаємодії державних закладів і комунальних структур системи охорони здоров'я та приватних закладів охорони здоров'я в процесі стратегічного планування медичної допомоги населенню після адміністративно-територіальних змін.

Набуло подальшого розвитку дослідження та встановлення особливостей і тенденцій медико-демографічних процесів сьогодення у регіональному

контексті.

**Теоретичне значення** одержаних результатів полягає у суттєвому доповненні теорії соціальної медицини, громадського здоров'я та організації і управління системою охорони здоров'я в частині концепції побудови моделі стратегічного планування медичної допомоги населенню на регіональному рівні.

**Практичне значення** одержаних результатів полягає в тому, що вони стали підставою для:

- впровадження результатів дослідження в систему охорони здоров'я України на галузевому та регіональному рівнях і розробленні для цього концептуальної моделі стратегічного планування медичної допомоги населенню на регіональному рівні з врахуванням нових елементів у її побудові;
- обґрунтування та розробки заходів, спрямованих на організацію інформаційно-аналітичного супроводу процесу стратегічного планування медичної допомоги з урахуванням сучасних комп'ютерних технологій;
- проведення аналітичної оцінки стану організації медичної допомоги, захворюваності та смертності населення на районному рівні для керівників органів управління охороною здоров'я і закладів охорони здоров'я (ЗОЗ);
- удосконалення навчальних програм з підготовки керівників ЗОЗ, організаторів охорони здоров'я на до- та післядипломному рівнях на кафедрах громадського здоров'я, організації охорони здоров'я та соціальної медицини;
- підвищення рівня знань слухачів циклів післядипломної освіти з питань удосконалення системи охорони здоров'я на основі впровадження стратегічних планів медичної допомоги населенню на регіональному рівні з врахуванням нових елементів у її побудові, в т. ч. даних опитування медичного персоналу та населення.

Впровадження результатів дослідження реалізовано:

а) *на галузевому рівні*: при впровадженні у навчальний процес кафедр Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

(акт впровадження від 09.11.2023 р.), Івано-Франківського національного медичного університету (акт впровадження від 07.12.2023 р.), Полтавського державного медичного університету (акт впровадження від 11.12.2023 р.), Ужгородського національного університету (акт впровадження від 13.12.2023 р.);

б) *на регіональному рівні* окремі елементи дисертаційної роботи впроваджено у практичну діяльність КНП «Бродівська ЦМЛ» Бродівської міської ради Львівської області (акт впровадження від 08.11.2022 р.), КНП «Стрийська міська лікарня» Стрийського району Львівської області (акт впровадження від 21.12.2022 р.), КНП «Стрийська ЦМЛ» Львівської області (акт впровадження від 28.12.2022 р.), КНП «Лікарня Святого Мартина» (кол. КНП «Мукачівська ЦРЛ») (акт впровадження від 03.10.2023 р.).

Всього 8 актів впровадження (додаток Г).

### **Особистий внесок здобувача.**

Автором самостійно визначено мету, завдання, методи дослідження, розроблено програму дослідження й обрано методичний апарат для досягнення визначених завдань, здійснено пошук та аналіз сучасних науково-інформаційних джерел вітчизняної та світової літератури з даної проблеми, проведено збір, систематизацію та аналіз статистичних даних. Розроблено анкети соціологічного дослідження та проведено анкетування респондентів з метою самооцінки ними свого здоров'я, інформованості про здоров'язбережувальну поведінку, та вивчення думки лікарів, в т. ч. керівників закладів охорони здоров'я щодо удосконалення системи охорони здоров'я на сучасному етапі. Проведено статистичне опрацювання зібраного матеріалу, здійснено систематизацію і узагальнення отриманих результатів та обґрунтування наукових положень, розроблено та обґрунтовано модель стратегічного планування медичної допомоги населенню на рівні новоствореного адміністративного району, зроблено висновки, запропоновано практичні рекомендації, впроваджено результати дослідження в практику, що знайшло відображення в друкованих працях за темою дисертації. Ідеї та розробки співавторів колективно

опублікованих робіт у дослідженні не використовувалися.

### **Апробація матеріалів дисертації.**

Результати дослідження, що викладені у дисертації, доповідались та були обговорені:

а) на міжнародному рівні за участі іноземних спеціалістів: Konferencja Naukowa PTMSiZP «Dni medycyny społecznej i zdrowia publicznego «Polska 2022 - Ostatnie doświadczenia i obecne wyzwania» (Krakow, 13-15 października 2022 r.); Науково-практична конференція «Сучасні проблеми гігієни, епідеміології, мікробіології та туберкульозу» (Львів, 30 листопада 2022 р.); XIX конгрес СФУЛТ (м. Ужгород, 27-29 жовтня 2022 року); Науково-практична конференція «Сучасні проблеми гігієни, епідеміології, мікробіології та туберкульозу» (Львів, 31 січня 2024 р.);

б) на національному рівні: Науково-практична конференція «Малоінвазивні технології в урології», м. Яремче, 08-10 лютого 2023 р.; Науково-практична конференція «Особливості діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів з неврологічною патологією в умовах воєнного часу», м. Харків, 17-18.03.2023; Всеукраїнська наукова конференція з міжнародною участю «Розвиток системи громадського здоров'я України в умовах війни та післявоєнної відбудови», Ужгород, 5-6 жовтня 2023 року; Науково-практична конференція «Здоров'я нації та суспільства», м. Київ, 30 листопада – 01 грудня 2023 року.

**Основні положення дисертації** викладено у 9 наукових працях, зокрема 5 статей у фахових виданнях, регламентованих МОН України і входять до наукометричних баз, в т. ч. 1 стаття у одноосібному авторстві, та 3 друкованих праці, що відображають апробацію матеріалів дисертації: 1 стаття у збірнику наукових праць, 2 тез доповідей – у матеріалах наукової конференції та конгресу, в т. ч. 1 – за кордоном; 1 методична рекомендація.

### **Структура та обсяг дисертації.**

Дисертація викладена на 185 сторінках (111 сторінок основного тексту); складається зі вступу, аналітичного огляду наукової літератури, програми дослідження та 3 розділів власних досліджень з аналізом та узагальненням їх результатів, висновків, практичних рекомендацій, 7 додатків; містить 20 таблиць та 7 рисунків. Список використаних джерел складається з 199 найменувань, з них кирилицею – 141, латиною – 58.

**РОЗДІЛ 1.**  
**ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ОСНОВИ**  
**СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ**  
**(АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)**

Розвиток українського суспільства зумовив необхідність проведення в державі адміністративно-територіальних змін. Реалізація адміністративно-територіальної реформи, яка була здійснена з 2015 по 2020 рік, привела до надання більших повноважень органам місцевого самоврядування (децентралізації) та зміни адміністративно-територіального поділу. Замість понад 11 000 місцевих рад було сформовано 1 469 спроможних територіальних громад, а замість 490 районів – 136 нових районів. Проте, щоб вважати українську реформу успішно завершеною, потрібно запровадити повноцінну систему моніторингу впливів реформи, яка допоможе спланувати внесення необхідних коректив, оцінити позитивні ефекти та пом'якшити негативні наслідки [169].

Сьогодні є надзвичайно важливим враховувати можливі конфігурації майбутнього: визначати стратегічні пріоритети, створювати сприятливі умови для стійкого розвитку. А такий розвиток у сучасних умовах залежить не тільки і не стільки від стану економіки, скільки від рівня здоров'я громадян держави та якості державного управління [13, 67, 124].

Введений в дію з 1 жовтня 2023 року Закон України «Про систему громадського здоров'я» [154] – це шлях оптимізації системи профілактики та запобігання захворювань, перспектива долучитися до сучасних світових стандартів управління здоров'ям. А оптимізувати показники громадського здоров'я в Україні можна шляхом: активної пропаганди цінностей здоров'я; підвищення рівня поінформованості населення України про переваги здорового способу життя; використання існуючих правових норм таких як заборона на продаж алкоголю, заборона на паління в громадських місцях та поблизу навчальних закладів, рецептурний відпуск фармацевтичних препаратів [59].

Одним із важливих чинників здійснення позитивних змін є підготовка організаторів охорони здоров'я, керівників у цій галузі, які розуміють не тільки закономірності внутрігалузевих процесів, але й бачать сферу охорони здоров'я як елемент загальної державної системи у взаємозв'язку і взаємодії з іншими ділянками діяльності держави [61, 95, 118, 148].

Враховуючи динамічність суспільних подій в Україні, адміністративно-територіальних змін в державі, стан здоров'я населення та загальну демографічну ситуацію є необхідність формування сучасних програм соціально-економічного та культурного розвитку регіонів з врахуванням стратегічних планів організації медичної допомоги населенню.

### **1.1. Сучасний стан функціонування системи охорони здоров'я України**

Серед «Глобальних цілей сталого розвитку до 2030 року», визначених Організацією Об'єднаних Націй, однією з головних пріоритетів є добре здоров'я та благополуччя. Сьогодні, щоб гарантувати стабільний, безпечний розвиток країни, необхідно звернути увагу на демографічну ситуацію, що є однією із визначальних, а проблеми оптимального стану здоров'я населення держави є актуальними. Проблемою української системи охорони здоров'я була невідповідність її сучасним реаліям [63]. Систему охорони здоров'я України можна означити такими негативними рисами, як [143]: – суттєве відставання від європейських країн за показниками тривалості життя та смертності. Так, за даними статистичної звітності, у 2022 році середня очікувана тривалість життя в Україні та країнах Європи була рівна 68,56 та 77,42 років відповідно, що становить майже дев'ять років різниці [147]; – через скрутну економічну ситуацію низький рівень валового внутрішнього продукту (ВВП) на душу населення, що не дозволяє в повній мірі забезпечити необхідний рівень видатків на сферу охорони здоров'я та практично залишає пацієнтів без життєво необхідних медичних послуг та лікарських засобів; – застарілість та низька ефективність системи охорони здоров'я із жорсткими централізованими процедурами управління та фінансування, що призводила до високого рівня



корупції у всіх сферах системи охорони здоров'я, включно із закупівлями, освітою, атестацією та працевлаштуванням лікарів, наданням медичної допомоги за відсутності прозорого гарантованого державою пакету медичних послуг.

Окрім того, важливою причиною неадекватного розвитку національної медичної системи сучасним викликом є – накопичені фундаментальні недоліки в системі охорони здоров'я, які набуті у попередні періоди. Маючи в наявності величезну кількість успадкованих закладів охорони здоров'я, Україна не була в стані забезпечити ефективних заходів, що впливають на загальні детермінанти здоров'я нації. Фіаско системи охорони здоров'я України зумовлене жалюгідним та архаїчним станом закладів охорони здоров'я. У державному та комунальному управлінні перебувало понад 2,2 тисячі лікарень та більше 400 тисяч лікарняних ліжок, що набагато більше у перерахунку на душу населення з країнами Європейського Союзу (ЄС). Разом з тим понад 75% згаданих ліжок мали надзвичайно низький потенціал до надання медичних послуг, оскільки розташовані переважно в малих закладах – міських та районних лікарнях, спеціалізованих лікарнях, диспансерах та сільських лікарнях. Через відсутність інвестицій та інші обмеження дуже мала кількість закладів були здатні забезпечити сучасне комплексне медичне обслуговування [143].

В цей же час у сфері охорони здоров'я відбулися такі позитивні зміни, як «автономізація» медичних закладів та їх ресурсного забезпечення, що актуалізує необхідність стратегічного планування установи; запровадження нового механізму фінансування закладів охорони здоров'я: від утримання мережі медичних закладів до стратегічної закупівлі послуг у цієї мережі; формування у закладах охорони здоров'я електронного реєстру лікарів та пацієнтів.

Системний аналіз інформаційних матеріалів Міністерства охорони здоров'я України та наукових праць свідчить, що рівень здоров'я населення України сьогодні кваліфікується як незадовільний. Ситуація ускладнюється деструктивними процесами в економіці і зниженням національного прибутку, внаслідок чого вкрай обмеженими стають видатки на охорону здоров'я. На

кожного громадянина держави припадає майже дві зареєстровані хвороби. Сучасна система охорони здоров'я в Україні не забезпечує надання доступних та якісних медичних послуг, що негативно відбивається насамперед на незахищених верствах населення. Ускладнює досягнення мети рівного доступу до медичної допомоги для населення існуюча диспропорція на рівні міських і сільських територій, а також система відомчої медицини. [85].

Таким чином, стан охорони здоров'я населення відіграє важливу роль у створенні підґрунтя для здоров'я населення, профілактики та лікування поширених захворювань, пропаганди здорового способу життя, зміцнення здоров'я боєздатної нації та забезпечення безпеки держави. Рівень здоров'я населення України, його збереження і поліпшення є медико-соціальною проблемою, яка потребує оптимального вирішення залежно від тих чи інших умов сьогодення, при зміні яких виникає необхідність вдосконалення організації та управління системою заходів з досягнення мети [107].

Згідно з демографічними та статистичними даними МОЗ України у щорічних доповідях зазначено, що за роки незалежності України проблемам поліпшення здоров'я населення приділялося недостатньо уваги [188]. Витрати на охорону здоров'я в Україні порівняно з європейськими державами низькі. Серед 45 країн Європи Україна за цим показником посідає 41 місце. Структура захворюваності населення держави за останні 10-15 років змінилася. Серед окремих вікових груп населення особливу тривогу викликають найменш захищені групи населення – діти та підлітки, а також літні люди. Реалізація державних і галузевих заходів з покращення здоров'я населення України, кардинальна перебудова суспільного світогляду щодо причин і наслідків значного погіршення здоров'я населення можуть радикальним способом вирішити проблеми збереження та зміцнення здоров'я як власного, так і суспільного [106].

Динаміка основних медико-демографічних процесів в Україні відзначається довготривалою стагнацією [110, 134, 160]. Високий рівень смертності населення в Україні потребує подальшого проведення структурних

змін як у системі охорони здоров'я населення, так і вибору підходів до пріоритетів у соціально-економічній політиці держави щодо здоров'я населення. Безумовними пріоритетами реформаторських прагнень є запровадження міжсекторального партнерства з метою впливу на соціальні детермінанти здоров'я зі збереженнями лідерства профільного міністерства, врахування «інтересів здоров'я» під час розробки стратегій модернізації базових компонентів соціальної сфери, вдосконалення санепіднагляду та реагування в разі надзвичайних ситуацій, формування підтримуючого середовища й забезпечення стійкості місцевих спільнот до негативного зовнішнього впливу [156]. В цей же час, як зазначають Л. П. Запорожан та Н.О. Кравець (2021) в Україні відсутня чітка стратегія дій щодо комплексного збереження здоров'я населення та епідеміологічної безпеки [87].

За останнє десятиріччя стан здоров'я населення працездатного віку за показниками хвороб системи кровообігу, дихання, опорно-рухового апарату, органів травлення, сечостатевої та нервової систем, травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників, поширеності хвороб за класами «Новоутворення», «Розлади психіки та поведінки» має негативну динаміку [130]. Відмічається значна поширеність серед працездатного населення соціально небезпечних інфекційних хвороб, а саме туберкульозу, ВІЛ/СНІДу, хвороб, що передаються статевим шляхом, а також поширеність шкідливих звичок (алкоголізм, тютюнопаління, наркоманія, гіподинамія), що призводить до розвитку різних видів соматичної патології. Адміністративне законодавство в сфері охорони здоров'я на сьогодні потребує суттєвого перегляду, особливо з урахуванням гармонізації нормативно-правової бази з європейським законодавством [146, 193].

О.В. Мотайло та Ю.М. Малігон визначено необхідність оцінювання сучасного стану ефективності функціонування та розвитку системи охорони здоров'я України через призму основних демографічних показників. Автори виділили ряд чинників, що впливають на тривалість життя населення України та рівень його захворюваності, серед яких: генетика та спадковість, демографічна

ситуація в країні та демографічні тенденції, соціально-економічне становище, оточуюче середовище, спосіб життя населення, особливості функціонування системи охорони здоров'я [145].

Сучасна політика у сфері охорони здоров'я, враховуючи нові глобальні виклики, має бути спрямована на підвищення рівня здоров'я населення, поліпшення якості життя і збереження генофонду української нації. Виконання цієї політики потребує здійснення заходів на державному та галузевому рівнях, і саме вони мають стати фундаментом сучасної стратегії розвитку охорони здоров'я. Побудова цієї стратегії розвитку має бути покладена в основу науково-теоретичних та прикладних стратегічних досліджень, які б гармонійно забезпечували б інтегральний системний підхід до аналізу процесів, що відбуваються в системі охорони здоров'я, та побудованих на цих методологічних засадах практичних (прикладних) рекомендацій [132].

Як підкреслюють О.П. Радченко та В.В. Лагодієнко [157] катастрофічні проблеми сучасного стану національної системи охорони здоров'я, зумовлені відсутністю дієвої стратегії комплексної модернізації, інноваційного розвитку, ігноруванням елементарних потреб населення, сучасних світових тенденцій та високим рівнем корупції спонукають суспільство до пошуку нових форм та методів ефективної роботи системи. В сучасних умовах глобалізації, під впливом нових викликів, які постали перед суспільством (всесвітня пандемія COVID-19, війна, тощо), приходиш висновку, що найголовнішою цінністю людини є її здоров'я, як основа багатства нації загалом та добробуту окремого індивідуума зокрема. Відомий факт, що від стану здоров'я населення залежать не тільки стан окремої людини, але й економічні та соціальні складові розвитку національного господарства в цілому. А отже, нагальним постає питання якнайшвидшого реформування системи управління охорони здоров'я в Україні в контексті слідування світовим тенденціям та трендам.

Як свідчать результати досліджень В. Куценко, наразі мережа закладів охорони здоров'я в Україні не відповідає реальним потребам населення, а наявні ресурси в багатьох випадках використовуються неефективно. Головними

причинами останнього є: - недосконалість організаційно-економічного механізму формування та використання ресурсного потенціалу системи охорони здоров'я; - незадовільна координація з боку галузевих органів управління діяльності лікувально-профілактичних закладів; - послаблення функцій стратегічного і поточного планування; - відсутність багатоканальної системи фінансування медичної галузі та дієвих стимулів щодо подальшого поліпшення діяльності системи охорони здоров'я в цілому. Подолання зазначених проблем сприятиме наближенню медичних послуг і медичної допомоги до потреб населення [111].

Таким чином, важливим чинником у поступі для досягнення позитивних змін є стратегічне планування організації медичної допомоги населенню, яке базується на оцінці медико-демографічної ситуації в державі та її дослідженню на місцевому рівні [43, 46, 66, 103, 127].

Потреба в оцінці діяльності для визначення ступеня, в якому різні ланки і вся система в цілому досягають кінцевих результатів, стрімко зростає через необхідність задовольнити потреби населення у доступній медичній допомозі в умовах обмеженого фінансування, нестачі ресурсів [2, 144, 197].

Оцінка результативності відіграє суттєве значення у прогресивному розвитку систем охорони здоров'я, тому що вона показує, наскільки ефективно система використовує свої можливості і дає змогу розробити стратегію щодо її укріплення. Підвищення результативності має значення як для зовнішнього ефекту – для залучення інвестицій у державні програми, так і для внутрішнього – для оптимізації використання ресурсів. Внесок національної системи охорони здоров'я у збереження потенціалу здоров'я населення невеликий, проте існують потенційні можливості для поліпшення її результативності [114].

## **1.2. Соціально-економічні чинники здоров'я населення України**

Збереження здоров'я людини належить до пріоритетів соціального розвитку в кожній державі, оскільки у системі людських цінностей здоров'я має особливе значення – у разі його втрати або суттєвого погіршення все інше

втрачає сенс. Здоров'я громадян значною мірою впливає на процеси і результати економічного, соціального і культурного розвитку країни, демографічну ситуацію і стан національної безпеки, є важливим соціальним критерієм ступеня розвитку і добробуту суспільства [97].

Як зазначила комісар з питань охорони здоров'я та безпечності харчових продуктів ЄС Стелла Кіріакідес: «Здорове здоров'я є основою міцних суспільств і сильної економіки. А профілактика завжди буде краще, ніж лікування» [33].

Ведення здорового способу життя є одним із факторів, що визначають ефективність життєдіяльності та здатність людини виконувати обрані нею соціальні цілі [6, 15, 37, 42, 141].

Олександр Кобилянський та Іван Заюков зазначають, що найбільш значущою детермінантою самозбереження здоров'я людини є здоровий спосіб життя при поєднанні з чотирма його основними складовими, а саме: фізичного, духовного, соціального й економічного здоров'я [98]. При цьому фізична активність відіграє життєво-важливу роль та виступає основним фактором здоров'я людини [1, 19, 27, 45, 50].

Спосіб життя складається з різних видів діяльності людини, одним з яких є медична активність – діяльність людини, спрямована на охорону, зміцнення, відтворення власного здоров'я, або ж належне ставлення людини до свого здоров'я [11, 73].

В Україні, де тривалість життя є низькою, постійно зростає соціальна нерівність населення [120, 121, 128, 179, 189]. Вона перешкоджає утворенню соціального капіталу, що, в свою чергу, справляє негативний вплив на громадське здоров'я. Ослаблення соціального капіталу призводить до роз'єднаності суспільства, наростання у його членів відчуття ізольованості та вразливості перед соціальними негараздами, що у свою чергу, тягне за собою ріст числа стресових станів і депресій. Більше того, з метою зняття напруження, люди, які наражаються на стресові обставини, можуть вдаватися до зловживання алкоголем, тютюнопалінням, психотропними препаратами. Таке зловживання значно підвищує ризик смерті внаслідок дії зовнішніх причин (аварій,

насильницьких дій та ін.) не лише для бідних та незаможних, але і для всього суспільства [94, 150, 187].

Скорочення абсолютної кількості жителів України є наслідком таких протилежних демографічних процесів як низька народжуваність та висока смертність, що є центральним індикатором взаємозв'язку соціально-економічних детермінант та здоров'я населення сучасної України [72, 188]. Умови, в яких люди народжуються, ростуть, живуть, працюють і старіють включаючи систему охорони здоров'я, власне характеризуються соціальними детермінантами. Ці умови формуються залежно від розподілу грошових коштів, владних повноважень і ресурсів на глобальному, національному і місцевому рівнях, які, своєю чергою, знаходяться під впливом заходів політики, що проводяться. Саме соціальні детермінанти здоров'я покладені в основу більшості несправедливостей щодо здоров'я та розбіжностей у його показниках, які спостерігаються в країнах і між країнами та можуть бути усуненими [58, 82, 172].

Брак суспільної солідарності зумовлює погіршення здоров'я людей похилого віку [164]. Це відбувається як за відсутності у суспільстві гідної поваги до старших, що призводить до гострого переживання ними своєї непотрібності, так і внаслідок того, що в такій суспільній атмосфері державним органам видається припустимим неналежно виконувати свої функції, щодо соціального захисту людей старших вікових груп. Ці люди обтяжені нажитими з роками хворобами, як відомо, з початком змін у державі втратили трудові заощадження і не мають жодного джерела існування окрім зовсім невеликої пенсії. Зазначене спричинило різке падіння можливостей щодо придбання необхідних їм товарів і послуг, що не могло не вплинути на загальну ситуацію зі здоров'ям населення. Адаже одним із наслідків збідніння населення стало зниження споживання ним ряду продуктів харчування. Повноцінне ж харчування є серед найбільш активних факторів у профілактиці захворювань і у зміцненні здоров'я людини [136, 199].

Високі показники розповсюдженості хвороб та захворюваності населення пов'язані зі значними змінами в екології різних областей України, а також з

кризовим періодом соціально-демографічного розвитку [131, 153]. В Україні відсутнє системне бачення проблем радіаційної безпеки і протирадіаційного захисту, що не сприяє формуванню виваженої, адекватної ризикам і наявним ресурсам державної політики у цій сфері [79, 170]. Ще на початку 90-х років забруднення квадратного метра в Україні було в 6,5 рази вищим, ніж в США, і в 3,2 рази вищим, ніж в країнах Європейського союзу [101].

Серйозною проблемою в Україні є незайнятість населення, особливо в сільській місцевості: притаманними є не лише фізичні перевантаження, але часто і життєві розчарування та пов'язаний з цим алкоголізм, що скорочує життя. Відтак смертність сільського населення у працездатному віці є вищою, ніж у міського [69, 112, 159].

Таким чином, основними факторами значного рівня поширеності патології та захворюваності населення є: зниження загального життєвого рівня та добробуту населення; несвоєчасне звертання хворих за медичною допомогою, недостатня увага лікарів загальної мережі до раннього виявлення патології, збільшення серед хворих питомої ваги осіб із асоціальною поведінкою (алкоголіків, наркоманів, бездомних); несприятлива екологічна ситуація в Україні.

Аналіз стану здоров'я, результатів функціонування медичної сфери, досягнень та невирішених проблем є основою для обґрунтування подальших заходів, визначення пріоритетів на коротко та довгострокову перспективу [116].

### **1.3. Основи стратегічного планування**

Проблематика стратегічного планування є широко висвітленою у наукових працях відомих світових аналітиків – L. Albrechts, A. Balducci and J. Hillier [5], J. M. Bryson [9], E. Ferlie and E. Ongaro [14], P. M. Ginter et al. [17], F. Nickols [41], M. E. Porter et al. [44]. Основам стратегічного планування присвячені роботи вітчизняних авторів – З. Є. Шершньової [194], О. І. Карпіщенко і співавторів [93], Л. О. Куранди [109], О. В. Стахів [176], В. С. Яценко [198] та ін.



Kenneth Andrews [31] у свою чергу дав наступне визначення стратегії – «це система рішень у компанії, яка визначає і розкриває її завдання, цілі або мету, виробляє основні політики і плани для досягнення цих цілей, а також визначає діапазон заходів, якими компанія буде займатися, тип економічної і людської організації, якою вона є або має намір бути, і характер економічного і неекономічного внеску, який вона має намір зробити для своїх акціонерів, співробітників, клієнтів і спільнот», а Benjamin V. Tregoe (of Kerper-Tregoe fame) та John W. Zimmerman [53] визначили стратегію як «рамки, які спрямовують вибір, що визначає характер і напрямок розвитку організації».

У 1994 році Henry Mintzberg [39], зазначив, що стратегія дійсно має кілька значень, і всі вони корисні. Він вказав, що стратегія – це план, модель, позиція, перспектива, а у виносці зазначив, що вона також може бути вивертом, маневром, спрямованим на те, щоб перехитрити конкурента.

Як зазначає Fred Nickols [41] стратегія – це загальний план дій для досягнення поставлених цілей і завдань. Плани дій у підприємстві завжди мають два фундаментальні аспекти: цілі та засоби – що має бути досягнуто і як це має бути досягнуто. Цілі можуть бути широкими, далекосяжними і віддаленими в неблизькому майбутньому. Або ж вони можуть бути близькими, чітко сфокусованими і добре визначеними. Автор відмічає, що те, як ми називаємо ці майбутні результати «цілями» чи «завданнями», не має особливого значення. Те ж саме стосується і засобів, обраних для досягнення цілей. Ми можемо називати їх «програмами», «діями», «кроками», «ініціативами» або навіть повторно використовувати слово «плани». Як і у випадку з цілями, засоби також можуть бути дуже широкими або незначними, довгостроковими або короткостроковими. Планувати – це означає визначати цілі та засоби, за допомогою яких вони мають бути досягнуті.

Як зазначає J. M. Bryson [8] стратегічне планування в менеджменті виступає як «продумане, дисципліноване зусилля, спрямоване на прийняття фундаментальних рішень і дій, які формують і спрямовують те, що робить така організація (чи інший об'єкт) і чому». Стратегічне планування за цим

визначенням є найбільш поширеним у всьому світі. Стратегічні плани застосовуються в організаціях або їх підрозділах; для внутрішньо-організаційних функцій (до фінансових завдань чи при плануванні людських ресурсів); при міжсекторальному співробітництві, для виконання конкретних функцій, таких як транспорт, охорона здоров'я, освіта або служби екстреної допомоги; до місць, починаючи від місцевих до національних і транснаціональних [113]. Стратегічне планування може бути і часто є частиною широкої практики стратегічного управління, яке пов'язує планування з постійним впровадженням.

Культура нового державного менеджменту сприяла поширенню інструментів стратегічного управління в організаціях охорони здоров'я [12, 22]. Існує консенсус, що для досягнення вищих рівнів організаційної ефективності потрібні кращі інструменти стратегічного планування [51].

Формування пакету стратегічних цілей є одним із найважливіших етапів стратегічного планування, оскільки воно впливає на постановку довгострокових та річних цілей, а також на визначення осіб, відповідальних за їх виконання [28].

Наука про публічне управління та адміністрування сприяють поширенню інструментів стратегічного планування в т. ч. і в організаціях охорони здоров'я. Існує консенсус, що для досягнення вищих рівнів організаційної діяльності установи потрібні ефективні інструменти стратегічного планування.

До заходів стратегічного планування необхідно віднести:

- визначення та періодичне підтвердження місії організації та її корпоративної стратегії;
- встановлення стратегічних або корпоративних фінансових та нефінансових цілей і завдань;
- розроблення широких планів дій, необхідних для досягнення цих цілей і завдань;
- розподіл ресурсів на основі, що відповідає стратегічним напрямкам, цілям і завданням, а також управління різними напрямками діяльності як інвестиційним «портфелем»;
- розгортання місії та стратегії, тобто їх формулювання та комунікація, а

також розробка планів дій на нижчих рівнях, які підтримують плани на рівні установи;

- моніторинг результатів, вимірювання процесу та внесення таких коректив, які необхідні для досягнення стратегічного наміру, визначеного у стратегічних цілях та завданнях;

- переоцінка місії, стратегії, стратегічних цілей і завдань та планів на всіх рівнях і, за необхідності, перегляд будь-якого з них або всіх.

Методами, що застосовуються у стратегічному плануванні є:

- стратегічний огляд або аудит, спрямований на уточнення таких факторів, як місія, стратегія, рушійні сили, майбутнє бачення підприємства, установи та концепція підприємництва;

- аналіз зацікавлених сторін для визначення інтересів та пріоритетів основних зацікавлених сторін підприємства (наприклад, рада, працівники, кредитори, клієнти та споживачі);

- оцінка зовнішніх загроз і можливостей, а також внутрішніх слабких і сильних сторін (відома як SWOT-аналіз), що призводить до визначення та пріоритизації стратегічних питань або як частина вищезгаданої оцінки, щодо визначення «ключових» або «особливих компетенцій», або ж як частина вищезгаданої оцінки для програвання «сценаріїв» чи симуляцій;

- ситуативне та постійне «сканування» та аналіз ключових секторів відповідного середовища, включаючи галузі, ринки, клієнтів, конкурентів, регуляторів, технології, демографію та економіку, щоб назвати деякі з них, як найбільш важливі сектори;

- різні види аудиту фінансової та операційної діяльності, спрямовані на виявлення сфер, де поліпшення може дати стратегічну перевагу.

Класична модель процесу стратегічного планування складається з 7 елементів (на рис. 3.1).

До ключових аспектів, які розкривають сутність та роль стратегічного планування в закладах, організаціях, установах належать:

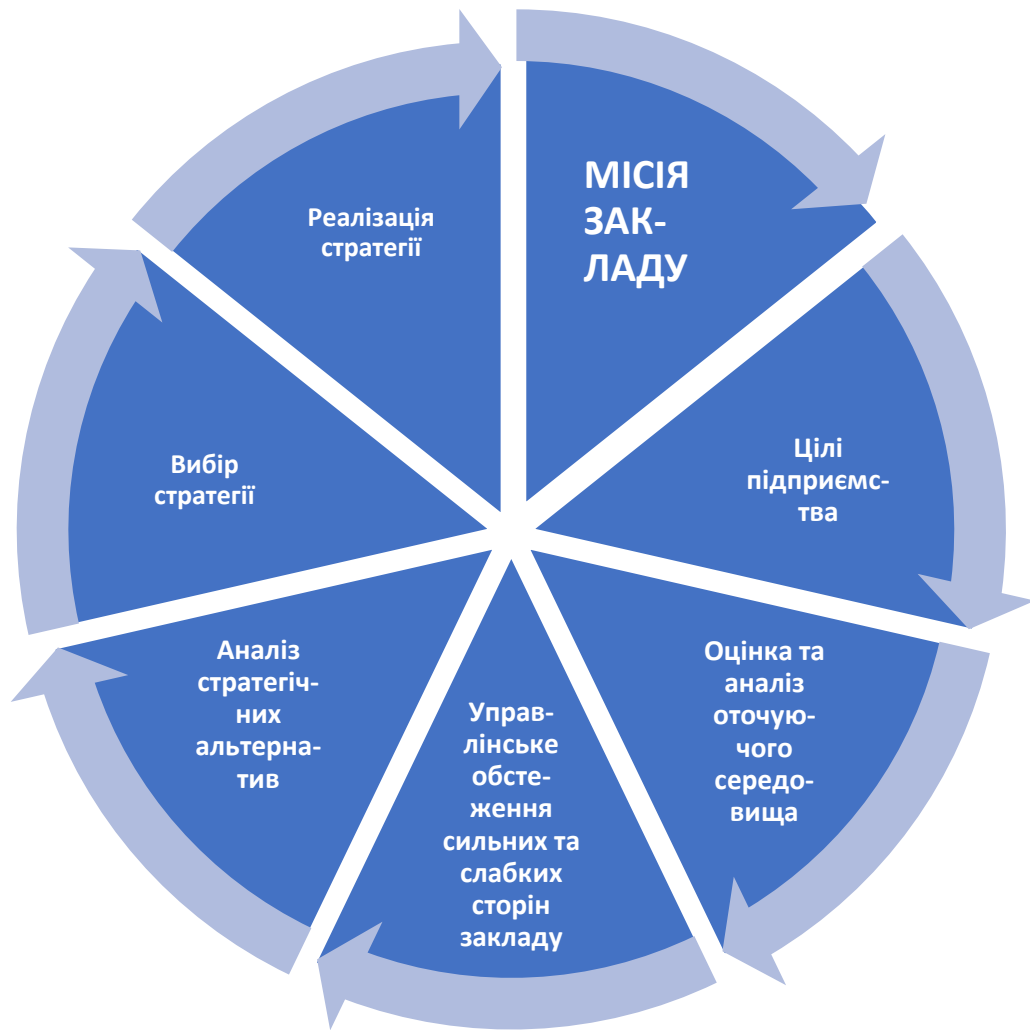


Рис. 1. Класична модель процесу стратегічного планування [38].

1. Орієнтація на довготермінові цілі. Стратегічне планування зосереджене на досягненні довгострокових цілей організації, які зазвичай визначаються на період від трьох до п'яти років. Це дозволяє організаціям створювати візію майбутнього та планувати свої дії з урахуванням широкого контексту.

2. Аналіз зовнішнього та внутрішнього середовища. Стратегічне планування передбачає глибокий аналіз зовнішнього та внутрішнього середовища організації. Зовнішній аналіз охоплює оцінку ринкових тенденцій, конкурентного середовища, змін у законодавстві та інші фактори, які можуть впливати на діяльність організації. Внутрішній аналіз включає оцінку сильних та слабких сторін організації, а також ресурсів, якими вона володіє.

3. Вибір стратегій. На основі аналізу діяльності підприємства обирають оптимальні стратегії, які сприятимуть досягненню їх цілей. Ці стратегії можуть

включати розвиток нових продуктів або послуг, здійснення аквізицій, входження на нові ринки або оптимізацію процесів.

4. Призначення ресурсів. Стратегічне планування також передбачає розподіл ресурсів організації з метою реалізації обраних стратегій. Це може включати фінансові, людські та матеріальні ресурси, які допоможуть досягти поставлених цілей.

5. Адаптація до змін. Сучасне середовище підприємництва змінюється дуже швидко, тому стратегічне планування також включає механізми адаптації до непередбачуваних змін. Організації повинні бути готові переглядати та змінювати свої стратегії, якщо це необхідно. Стратегічне планування відіграє ключову роль у допомозі організаціям досягати своїх цілей, створювати конкурентну перевагу та просуватися вперед у нестабільному бізнес-середовищі. Воно дозволяє організаціям бути прозорими та систематичними у своїх діях, забезпечує злагодженість у діяльності різних структур та департаментів, а також допомагає уникати непередбачуваних ризиків.

#### **1.4. Невирішені питання та необхідність подальших досліджень**

Результати наукових досліджень вітчизняних дослідників [71, 83, 84, 115] наочно свідчать про те, що проблеми у стані здоров'я громадян України зумовлені недостатньою увагою політиків до проблем здоров'я населення, нерациональним використанням наявних ресурсів, недосконалістю організації лікувально-діагностичного процесу, забезпечення кадрами, не використанням приватного сектору в організації медичної допомоги населенню та необхідністю удосконалення системи планування у сфері охорони здоров'я.

Програми соціально-економічного та культурного розвитку регіонів повинні бути сформовані з врахуванням стратегічних напрацювань організації медичної допомоги населенню. Аналіз стану здоров'я, підсумків діяльності медичної галузі, здобутків та невирішених проблем є базовим для мотивації подальших дій, визначення стратегічних пріоритетів [119, 126].

Ефективний розвиток системи охорони здоров'я населення був би

неможливий без удосконалення моделі організації процесу – що і стало основою у визначенні мети та завдань даного наукового дисертаційного дослідження з обґрунтування та розробки концептуальної моделі стратегічного планування медичної допомоги населенню на рівні адміністративного району, який в т. ч. був сформований після адміністративної реформи в Україні.

Зважаючи на те, що медико-демографічна криза в Україні характеризується різним ступенем її регіонального вираження, важливим є вивчення рівня втрат життєвого потенціалу в окремих регіонах України, як основи для підготовки національної та регіональних стратегій соціально-економічного розвитку [81, 125, 165, 181]. Оцінка потенційних втрат людських ресурсів внаслідок захворюваності та смертності на регіональному рівні дозволить удосконалити комплекс медико-соціальних і організаційних заходів профілактики захворюваності населення та економічно обґрунтувати ефективність запропонованої концепції стратегічного плану організації медичної допомоги населенню та мінімізувати втрати спричинені ними, що мають регіони та українське суспільство в цілому.

Аналіз інформаційно-дослідницьких наукових джерел показав, що при оцінці стану здоров'я шляхом вивчення епідеміологічної ситуації, дослідники, в основному, зосереджуються на вивченні клінічних аспектів патологій відповідного класу захворювань, пов'язуючи їх тільки з окремими чинниками, а роботи, в яких би висвітлювався вплив комплексу факторів на формування стану здоров'я населення конкретного регіону, враховуючи його еколого-гігієнічні та медико-демографічні особливості, є поодинокими [88, 108, 123].

Виходячи з вищенаведеного, справедливим буде констатація того, що вирішення сьогоденних організаційно-економічних проблем системи охорони здоров'я України не в повній мірі сприяють вирішенню в перспективі питань зміцнення здоров'я населення. Дослідження, що стосуються конкретних стигматизованих статусів, зазвичай розробляються в окремих сферах та зосереджені на окремих результатах на рівні аналізу, таким чином завуальовуючи значення стратегічного планування [24].

Характерне місце в оцінці показників стану здоров'я населення відіграє процес збору й обробки медичних даних, де виникає безліч об'єктивних перешкод і суб'єктивних спокус «пофантазувати» заради високих рейтингів. Як зазначає професор М. В. Голубчиков [70], лікарі потопають у «морі» паперових звітів, управлінці не завжди враховують отримані дані в прийнятті рішень, а українська й світова статистика спілкуються різними мовами. Обробка зібраної інформації повинна бути автоматизованою, як це роблять в усьому цивілізованому світі. Низький рівень інформатизації закладів охорони здоров'я в Україні стримує їх розвиток і це потребує значних коштів на придбання комп'ютерів, програмного забезпечення, захист персональних даних.

Проблемою на сьогодні є забезпечення необхідною освітою управлінських кадрів системи охорони здоров'я, в т. ч. на регіональному рівні [78, 129, 161]. О. Коваленко констатує, що керівник майбутнього повинен бути досвідченим, мати професійні знання, вміти мислити системно й аналітично, орієнтуватися на результати, управляти ресурсами, бути відкритим до нових знань та навичок [99].

До базових орієнтирів, які потребують подальшого вивчення необхідно включати наступні кроки:

- впровадження дієвих механізмів координації, консолідації та наступності у плануванні та реалізації стратегічного плану організації медичної допомоги у діючих та новосформованих адміністративних одиницях;

- удосконалення правових, економічних та організаційних механізмів функціонування суб'єктів медичної сфери діючих та новосформованих адміністративних одиниць;

- впровадження ефективного механізму та інструментарію планування медичної допомоги для стимулювання підвищення ефективності використання наявних ресурсів спрямованих на охорону здоров'я (проведенням PESTLE- та SWOT-аналізу);

- оптимізацію прибутків лікарень через правильний вибір медичних послуг, яким є відповідні кадрові, матеріально-технічні і фінансові ресурси;

- розвиток інноваційної складової з метою поліпшення якості та

ефективності наданих медичних послуг у діючих та новосформованих адміністративних одиницях та їх комплексної модернізації сучасним устаткуванням;

- впровадження інформаційно-аналітичного та наукового супроводу планування організації медичної допомоги у діючих та новосформованих адміністративних одиницях;

- запровадження системи широкої ранньої діагностики та всебічної профілактики захворювань, в т. ч. зі спонуканням населення до профілактичних заходів щодо свого здоров'я через різні системи «бонусного» забезпечення в системі охорони здоров'я та суміжних галузях (соціальной, культурній сфері);

- організацію оцінки індикативних показників реалізації стратегічного плану розвитку закладів охорони здоров'я, в т. ч. з використанням показників самооцінки населенням власного здоров'я та способу життя та оцінки керівниками та медичним персоналом закладів охорони здоров'я у діючих та новосформованих адміністративних одиницях результатів удосконалення організації та надання медичної допомоги населенню;

- створення внутрішньої системи управління і контролю якості та безпеки медичної діяльності з дотриманням вимог до їх організації і проведення, здійснення безперервного моніторингу індикаторів оцінки та критеріїв доступності, якості, безпеки медичної допомоги.

Таким чином, аналіз літературних джерел показує, що проблема організації охорони здоров'я населення, а відтак стратегічного її планування є актуальною, і вирішення якої потребує проведення комплексних наукових досліджень. Відсутні ж наукові розробки щодо стратегічного планування медичної допомоги у адміністративних одиницях, у яких відбулися територіальні зміни, в т. ч. зміна кількості населення, яке проживає на його території, його статево-вікового складу, території проживання, складу та структури закладів охорони здоров'я. Відчутним є брак робіт щодо пошуку засобів та механізмів, які мають вирішальний вплив на показники здоров'я в умовах сьогодення. Присутня необхідність розробки концептуальної моделі



стратегічного планування медичної допомоги населенню регіонів. Для оптимізації управлінських рішень при створенні таких стратегій слід розробити адекватний методичний підхід. Все це дасть змогу науково обґрунтувати систему планування стратегії розвитку медичної допомоги населенню регіону та розробити концептуальну модель стратегічного планування для новостворених, реформованих районів України, яка на сьогоднішній час відсутня.

Виходячи з аналітичної характеристики даних наукової літератури та аналізу невирішених проблем проведення наукового дисертаційного дослідження з обґрунтування концептуальної моделі стратегічного плану організації медичної допомоги населенню новоствореного району є надважливим актуальним завданням.

### **Висновки до розділу 1**

Проведений аналіз міжнародних та вітчизняних наукових джерел засвідчив актуальність проблеми впровадження дієвих механізмів координації, консолідації та наступності у плануванні та реалізації стратегічного плану організації медичної допомоги у діючих та новосформованих адміністративних одиницях; впровадження ефективного механізму та інструментарію планування медичної допомоги для стимулювання підвищення ефективності використання наявних ресурсів, спрямованих на охорону здоров'я (проведенням PESTLE- та SWOT-аналізу); організації оцінки індикативних показників реалізації стратегічного плану розвитку закладів охорони здоров'я, в т. ч. з використанням показників самооцінки населенням власного здоров'я та способу життя та оцінки керівниками та медичним персоналом закладів охорони здоров'я у діючих та новосформованих адміністративних одиницях результатів удосконалення організації та надання медичної допомоги населенню.

### **Матеріали розділу викладенні у наступних публікаціях:**

- Любінець О. В., Мілашовська В. О. Медико-демографічне становище - важливий чинник у стратегічному плануванні організації медичної допомоги

населенню. *Acta Medica Leopoliensia*. 2021. Том 27. № 3-4. С. 108-125. DOI: 10.25040/aml2021.3-4.108;

- Любінець О. В., Мілашовська В. О. Стратегічне планування медичної допомоги населенню закладами охорони здоров'я госпітального кластеру. *Україна. Здоров'я нації*. 2023. №3(73). С. 85-89. DOI: 10.32782/2077-6594/2023.3/14;

- Любінець О. В., Мілашовська В. О., Децик М. О. Громадське здоров'я – епідеміологія: базові ланки стратегічного планування. *Актуальні проблеми профілактичної медицини*. 2021. Вип. 21. С. 84-89;

- Любінець О. В., Мілашовська В. О., Децик М. О., Зуб В. І., Боровець В. А. Концептуальні особливості побудови стратегічного плану організації медичної допомоги населенню. *Методичні рекомендації до занять із спеціалізації за фахом “Організація і управління охороною здоров'я” галузі знань 22 «Охорона здоров'я» спеціальності 222 «Медицина»*. Львів, 2023. 52 с.

## РОЗДІЛ 2.

### ПРОГРАМА, ОБСЯГ І МЕТОДИ НАУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Програма дослідження, розроблена з використанням системного підходу, передбачала його виконання у п'ять організаційних етапів з використанням адекватних методів, що дало можливість отримати достатньо повну інформацію для оцінки об'єкту дослідження. Поставлені у роботі задачі забезпечували її системність, оскільки результати, одержані на кожному етапі, ставали логічною основою для узагальнення одержаних даних та наукового обґрунтування поставленої мети дослідження. Використані в дисертаційній роботі методи та матеріали, програма та обсяг дослідження представлені на рис. 2.1.

Результати реалізації першого етапу дозволили узагальнити дані попередніх наукових праць з проблем функціонування системи охорони здоров'я України, соціально-економічних чинників здоров'я її населення, основ стратегічного планування, в т. ч. у системі охорони здоров'я, і сформувані вибір напрямку дисертаційного дослідження, його мети, завдань, програми, методів та обсягу (опрацьовано 199 джерел наукової літератури). Виконання поставленого завдання здійснювалося за допомогою структурно-логічного аналізу та бібліосемантичного методу.

Для реалізації другого етапу дослідження було обрано медико-статистичний метод. На цьому етапі проведено аналіз чисельності населення, змін у його статево-віковому складі, показників народжуваності, смертності та середньої очікуваної тривалості життя в Україні, Закарпатській області та Мукачівському районі у 2018-2021 роках, а також здійснено ідентифікацію статусу новоформованого адміністративного Мукачівського району в Закарпатській області на основі багатофакторного групування адміністративних територій: за кількістю населення, площею території, віковим складом населення, статтю, місцем проживання, рівнем народжуваності, смертності у 2021 році.



Рис. 2.1. Програма, обсяги та методи досліджень

Враховуючи, що тільки статистичні дані не можуть забезпечити всебічною об'єктивною інформацією, для досягнення мети були проведені соціологічні дослідження. Метою третього етапу стало вивчення оцінки стану власного здоров'я мешканцями Мукачівського району Закарпатської області. Для цього застосовано анкету з 40 запитань. В анкеті визначено такі ключові питання, які у певній мірі з позиції респондентів дають оцінку самозбережувальної поведінки населення та рівня їх здоров'я: 1.самооцінка способу життя та рівня здоров'я; 2.інформованість про здоровий спосіб життя. Інформаційною базою виконання даного етапу стали дані сфокусованого інтерв'ю шляхом заповнення анкет 483 мешканцями району (Додаток В-1). Характеристика респондентів (розподіл за статтю, віком, місцем проживання, рівнем освіти, соціальним станом, тощо) наводиться у четвертому розділі дисертації. Анкетування проводилося серед респондентів під час їх візитів до Мукачівської центральної районної лікарні. Після отримання усної згоди респондентам пропонувалось заповнити анонімну анкету, що вони здійснювали при очікуванні огляду лікаря. Таким чином, виключався фактор прогнозованого впливу медичних працівників. Анкети повертались до інтерв'юера.

Під час виконання четвертого організаційного етапу наукового дослідження методом соціологічного опитування було вивчено думку лікарів, в т. ч. за фахом «Організація і управління охороною здоров'я» щодо структурних реформ у системі охорони здоров'я України. Для дослідження була розроблена спеціальна анкета, в якій були запитання щодо ключових проблем системи охорони здоров'я України, проблем, які потребують першочергового вирішення при проведенні реформ у системі охорони здоров'я, оцінки важливості окремих елементів до державного стратегічного плану розвитку системи охорони здоров'я держави та окремих частин до регіонального / місцевого стратегічного плану (Додаток В-2). Також опитаними викладено дані про джерела інформації, які вони використовують у своїй професійній діяльності та доступності інформації про територіальні зміни надання медичної допомоги у процесі адміністративної реформи території. Всього було поставлено 39 запитань з

великим вибором запропонованих відповідей. Когорта дослідження включала 527 респондентів. Характеристика респондентів (розподіл за віком, статтю, стажем роботи в системі охорони здоров'я, посадою та кваліфікаційною категорією, тощо) наводиться у п'ятому розділі дисертації. Анкетування проводилося серед респондентів під час проходження курсів підвищення кваліфікації у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького в 2021-2022 роках методом соціологічного опосередкованого опитування.

Анкети розроблялися із дотриманням сучасних біоетичних принципів, у відповідності до вимог соціологічних досліджень із забезпеченням конфіденційної інформації про респондентів та їх правом в будь-який час відмовитись від опитування.

Анкети прорецензовані і затверджені на засіданні кафедри громадського здоров'я ЛНМУ імені Данила Галицького, а також погоджені рішенням етичної комісії інституту (Протокол № 9 від 21.12.2020 р.).

Кожна отримана анкета була перевірена на придатність до статистичної обробки, анкети, які не відповідали вимогам опитування (порушення інструкцій заповнення анкет, неповне внесення даних, відповіді, що взаємо виключають одна одну, тощо) були визнані непридатними для статистичної обробки. Всі дані з придатних для обробки анкет вносились автором до відповідних статистичних таблиць, побудованих в програмі Microsoft Excel.

Генеральною сукупністю, тобто, частиною об'єкту дослідження, на яку із визначеною мірою точності можна поширити висновки дослідження, є населення району. Використовувалась безповоротна випадкова вибірка, тобто кожний респондент заповнював анкету тільки один раз.

Статистична обробка одержаних результатів: первинні дані, отримані в ході роботи, оброблялись з використанням програмного забезпечення «R», що ліцензоване за GNU General Public License. Порівнюючи відносні величини, розраховували критерій  $\chi^2$ . Для оцінки вірогідності різниці отриманих середніх результатів у порівнюваних групах використовувався критерій Стюдента.

Розрахунки вибіркової сукупності для респондентів складала кількість, яка

забезпечила репрезентативність отриманих даних (додаток Б).

Завданням п'ятого, заключного етапу виконання роботи було наукове обґрунтування, розробка та оцінка концептуальної моделі стратегічного плану організації медичної допомоги населенню новоствореного району. З метою визначення прийнятності запропонованої моделі була розроблена спеціальна анкета (Додаток В-3), яка складалась з 15 запитань. При проведенні аналізу враховувалось, що експертиза є ефективним інструментом аналізу об'єкта, що вивчається, сприяє дослідженню його якісних характеристик та практичної цінності. Запропоновані інновації оцінювались в балах за шкалою від 0 – не відповідає дійсності, 10 – повна відповідальність. Експерти також визначали імовірність зміни (зросте/поліпшиться, залишиться без змін, знизиться/погіршиться) організації медичної допомоги у новоствореному районі за 6 показниками. Оцінка моделі проведена із залученням 32 кваліфікованих незалежних експертів. До їх складу увійшли 14 організаторів охорони регіонального рівня, 9 професорів та 9 доцентів кафедр соціальної медицини та громадського здоров'я закладів вищої освіти України.

У процесі опитування була дотримана важлива умова проведення експертиз – попереднє інформаційне забезпечення експертів. Соціологічне дослідження методом експертного опитування було проведене одноразово з попереднім застосуванням відкритої дискусії. Результати дослідження підлягали статистичній обробці даних, а також здійснювався їх аналіз і пояснення одержаних даних.

Таким чином, структура дослідження включала: систематизоване подання й опис первинної інформації, виявлення соціальних фактів та закономірностей; узагальнення одержаних результатів у висновках дослідження; розробка практичних рекомендацій на ґрунті висновків.

Методичною основою даного дисертаційного дослідження був системний підхід і системний аналіз. Системний аналіз застосовувався під час виконання роботи для вирішення прикладних, практичних завдань і розглядався як метод системного підходу. Системний підхід розглядався в ході проведення

дослідження як метод і процес дослідження.

На основі зазначеного механізму з використанням системного підходу та аналізу було обґрунтовано концептуальну модель стратегічного плану організації медичної допомоги населенню новоствореного району.

## **Висновки до розділу 2**

Для досягнення визначеної мети дослідження було розроблено дизайн дослідження, що передбачав виконання 5 взаємопов'язаних етапів із застосуванням 8 методів дослідження, що в цілому забезпечило послідовність виконання роботи, дозволило опрацювати отримані результати власних досліджень, систематизувати їх та сформулювати висновки.

Інформаційною базою роботи стали наукові джерела, нормативно-статистична інформація та отримані достовірні результати власних досліджень.

Програма дослідження та її методичний апарат спрямовувались на вирішення поставлених завдань і отримання достовірних результатів, які стали основою для побудови концептуальної моделі стратегічного планування медичної допомоги населенню на рівні новосформованого адміністративного району.

## **Предмет та методи наукового дослідження відображені у наступних публікаціях:**

- Любінець О. В., Мілашовська В. О. Медико-демографічне становище - важливий чинник у стратегічному плануванні організації медичної допомоги населенню. *Acta Medica Leopoliensia*. 2021. Том 27. № 3-4. С. 108-125. DOI: 10.25040/aml2021.3-4.108;

- Мілашовська В. О. Рівень життя та здоров'я: самооцінка мешканцями адміністративного району. *Україна. Здоров'я нації*. 2022. № 3(69). С. 12-16. DOI: 10.24144/2077-6594.3.1.2022.266022;

- Мілашовська В. О., Любінець О. В. Вивчення думки керівників закладів охорони здоров'я щодо удосконалення системи охорони здоров'я, в т. ч. із



впровадженням адміністративно-територіальної реформи в Україні. *Україна. Здоров'я нації*. 2022. № 4(70). С. 49-57. DOI: 10.24144/2077-6594.4.1.2022.277065;

- Мілашовська В. О., Любінець О. В. Оцінка власного здоров'я та інформованість про здоров'язбережувальну поведінку. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2023. № 1. С. 20-26. DOI: 10.11603/1681-2786.2023.1.13703;

- Любінець О. В., Мілашовська В. О. Стратегічне планування медичної допомоги населенню закладами охорони здоров'я госпітального кластеру. *Україна. Здоров'я нації*. 2023. № 3(73). С. 85-89. DOI: 10.32782/2077-6594/2023.3/14;

- Любінець О. В., Мілашовська В. О., Децик М. О. Громадське здоров'я – епідеміологія: базові ланки стратегічного планування. *Актуальні проблеми профілактичної медицини*. 2021. Вип. 21. С. 84-89;

- Мілашовська В. О., Любінець О. В. Оцінка впливу культурних детермінант індивідуального рівня на стан здоров'я громади. *Українські медичні вісті. Матеріали XIX конгресу СФУЛТ 27-29.10.2022 та історико-термінологічної конференції ВУЛТ 30.06.2022*. Т.14, № 3-4 (92-93). С. 151;

- Lyubinets Oleh, Miłaszowska Wiktoria. Behavioral risks to healthie. Międzynarodowa konferencja naukowa: Dni medycyny społecznej i zdrowia publicznego. Polska 2022 - Ostatnie doświadczenia i obecne wyzwania. Krakowska Wyższa Szkoła Promocji Zdrowia. 13.10.2022 r. - 15.10.2022 r. *Streszczenia*. 2022. S. 95-96.

### РОЗДІЛ 3.

## МЕДИКО-ДЕМОГРАФІЧНА СИТУАЦІЯ В УКРАЇНІ, ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА МУКАЧІВСЬКОМУ РАЙОНІ У 2018-2021 РОКАХ

Медико-демографічні процеси, які відбуваються в Україні потребують детального вивчення задля здійснення кроків зі збереження та покращення здоров'я її мешканців, подовження тривалості життя, зниження рівня передчасної смертності від причин, яких можна уникнути [20, 89, 135, 173, 192]. Високий рівень смертності населення в Україні вимагає подальшого проведення структурних змін у системі охорони здоров'я населення та вибір пріоритетних підходів у соціально-економічній політиці держави щодо здоров'я населення.

### 3.1. Динаміка чисельності населення

Аналіз демографічної ситуації в Україні та Закарпатській області показав, що на початок 2019 року, за даними Державної служби статистики, чисельність населення України становила 42 153,2 тис. осіб, з них 29 256,7 тис. осіб (69,4%) проживало в міських поселеннях, а 12 896,5 тис. осіб (30,6%) – у сільській місцевості. За чисельністю населення Україна входила у п'ятірку найбільших країн Європи, займаючи на початок 2019 р. шосте місце після Німеччини, Великобританії, Франції, Італії та Іспанії. За попередні п'ять років населення України зменшилось на 3,3 млн. осіб, а за 2018 рік – на 233 202 особи. У розрахунку на 1000 осіб наявного населення таке скорочення склало 5,1, при тому внаслідок природного зменшення - 6,1, при позитивному міграційному прирості в 1,0. Природне скорочення чисельності населення України відбулося в основному через стійке перевищення числа смертей над числом народжень. Всього кількість населення в Україні з 2018 по 2020 рік, включно, скоротилась на 1,34%.

Закарпатська область за чисельністю населення посідала на 1 січня 2019 року з 24 областей України 13 місце – 1256802 особи, в т. ч. 466138 мешканців області проживало у містах (37,09%), а 790664 особи (62,91%) у сільській

місцевості, що є удвічі вищим показником, ніж в середньому в Україні. Формування чисельності населення Закарпатської області у 2018 році відбулося через загальне скорочення (-1353 особи). В розрахунку на 1000 осіб наявного населення цей показник був значно нижчим середньо-українського та дорівнював -1,1 (за рахунок природного зменшення -1,2 при позитивному міграційному прирості +0,1). Темп скорочення чисельності наявного населення області склав 99,8% і був найменшим серед областей України, окрім єдиної, Київської області, де зафіксовано зростання чисельності наявного населення. Всього скорочення кількості населення Закарпатської області з 2018 по 2020 рік було більш як у двічі меншим, ніж в Україні та склало 0,53%. Як і в Україні, у Закарпатській області було значно більшим скорочення кількості сільського населення (табл. 3.1.)

Таблиця 3.1.

Розподіл наявного населення за типом місцевості в Україні та Закарпатській області у 2018-2021 роках\*

Роки	Населення - всього, осіб		
	Міська та сільська місцевості	Міські поселення	Сільська місцевість
1	2	3	4
<b>Україна</b>			
2018	42 153 201	29 256 696	12 896 505
2019	41 902 416	29 139 346	12 763 070
2020	41 588 354	28 959 536	12 628 818
2021	41 167 335	28 693 708	12 473 627
<b>Закарпатська область</b>			
2018	1 256 802	466 138	790 664
2019	1 253 791	465 904	787 887
2020	1 250 129	465 330	784 799
2021	1 244 476	463 361	781 115
<b>Мукачівський район</b>			
2018	100 056	11 143	88 913
2019	99 518	11 060	88 458

Таблиця 3.1. (продовження)

1	2	3	4
2020	98 935	11 023	87 912
2020 <sup>н</sup>	252 616	120 163	132 453
2021	251 145	119 558	131 587
м. Мукачево (місто обласного значення)			
2018	85 880	85 880	х
2019	85 796	85 796	х
2020	85 903	85 903	х
Україна			
%, 2019 до 2018	-0,59	-0,40	-1,03
%, 2020 до 2019	-0,75	-0,62	-1,05
%, 2021 до 2020	-1,01	-0,92	-1,23
%, 2021 до 2018	-2,34	-1,92	-3,28
Закарпатська область			
%, 2019 до 2018	-0,24	-0,05	-0,35
%, 2020 до 2019	-0,29	-0,12	-0,39
%, 2021 до 2020	-0,45	-0,42	-0,47
%, 2021 до 2018	-0,98	-0,6	-1,21
Мукачівський район			
%, 2019 до 2018	-0,54	-0,74	-0,51
%, 2020 до 2019	-0,59	-0,33	-0,62
2020 <sup>н</sup> до 2020 разів	2,55	10,90	1,51
%, 2021 до 2020 <sup>н</sup>	-0,49	-0,41	-1,32
2021 до 2018 разів	2,51	10,73	1,48
м. Мукачево (місто обласного значення)			
%, 2019 до 2018	-0,10	-0,10	х
%, 2020 до 2019	0,12	0,12	х

Примітка: \*власні розрахунки за даними Державної служби статистики України

У Мукачівському районі Закарпатської області, яка слугувала базою для проведення даного дослідження, у зв'язку з адміністративно-територіальною реформою, чисельність населення зазнала кардинальних змін. Вони пов'язані як з приєднанням нових територій (бувших районів: Воловецького та Свалявського), так і з включенням міста Мукачево з числа міст обласного підпорядкування у склад району. Таким чином, чисельність населення району

зросла у 2,5 рази, в т. ч. кількість містян збільшилась у 10,7 рази, а сільського населення у 1,5 разів.

Динаміка кількості населення в районі до проведення зміни територій характеризувалась його зниженням. Такі ж зміни відбулися і через рік після створення нового району: загальна кількість населення у 2021 році стала на 0,5% меншою, ніж у 2020 році при більш вираженому зниженні числа сільських мешканців (на 1,3%, у містах – 0,4%).

### **3.2. Зміни у статевому-віковому складі населення**

Аналіз зрушень у статевому-віковій структурі населення як узагальнене відображення демографічних процесів засвідчив, що в Україні за 2018-2021 роки кількість жіночого населення було переважаючою і складала 53,7% всього населення (табл. 3.2). Динаміка її частки за роки дослідження практично відсутня. В цей же час спостерігалось незначне зростання частки жінок у загальному числі міського населення (з 54,14% до 54,19%) та зменшення такої частки серед мешканців села (з 52,66% до 52,46%).

У Закарпатській області на 1 січня 2019 року частка жіночого населення була нижчою, ніж в цілому в Україні і складала 51,9%. За три роки кількість жіночого населення області у відсотковому відношенні, як і в Україні практично не змінилася.

У Мукачівському районі частка жіночого населення до розширення району складала 52,4% та зросла до 52,7% після такого. Така зміна пов'язана з більшою у відсотковому обчисленні кількістю жінок, які проживали в м. Мукачево до об'єднання (53,4-53,5%).

Щодо вікового складу населення України: спостерігається динаміка зростання кількості осіб вікової групи 60 років і старших – у відсотковому співвідношенні з 23,41% (2018 р.) до 24,76% (2021 р.) з переважанням кількості жіночого населення (табл. 3.3). У віковому складі населення Закарпатської області мешканці у віці 60 років і старші складали у 2018 році 17,53% всього населення області з динамікою до зростання (18,52% у 2021 році). У цій віковій групі також спостерігалось переважання частки жіночого населення.

Розподіл постійного населення за типом місцевості та статтю в Україні, Закарпатській області, Мукачівському районі та м. Мукачево у 2018-2021 роках\*

Роки	Міська та сільська місцевості			Міські поселення			Сільська місцевість		
	Обидві статі	Чоловіки	Жінки	Обидві статі	Чоловіки	Жінки	Обидві статі	Чоловіки	Жінки
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Україна</b>									
2018	41 983 564	19 455 272	22 528 292	29 017 892	13 307 244	15 710 648	12 965 672	6 148 028	6 817 644
2019	41 732 779	19 343 440	22 389 339	28 900 533	13 249 923	15 650 610	12 832 246	6 093 517	6 738 729
2020	41 418 717	19 195 376	22 223 341	28 720 723	13 158 328	15 562 395	12 697 994	6 037 048	6 660 946
2021	40 997 698	19 006 979	21 990 719	28 454 845	13 034 232	15 420 613	12 542 853	5 972 747	6 570 106
<b>Закарпатська область</b>									
2018	1 253 969	603 053	650 916	460 992	217 493	243 499	792 977	385 560	407 417
2019	1 250 958	601 520	649 438	460 758	217 316	243 442	790 200	384 204	405 996
2020	1 247 296	599 712	647 584	460 184	216 975	243 209	787 112	382 737	404 375
2021	1241643	597 084	644 559	458 215	215 999	242 216	783 428	381 085	402 343
<b>Мукачівський район</b>									
2018	99 978	47 599	52 379	11 143	5 267	5 876	88 835	42 332	46 503
2019	99 440	47 363	52 077	11 060	5 237	5 823	88 380	42 126	46 254
2020	98 857	47 085	51 772	11 023	5 218	5 805	87 834	41 867	45 967
2020 <sup>н</sup>	251 534	118 978	132 556	119 335	55 777	63 558	132 199	63 201	68 998
2021	250 063	118 270	131 793	118 730	55 443	63 287	131 333	62 827	68 506
<b>Мукачево (місто обласного значення)</b>									
2018	85 227	39 675	45 552	85 227	39 675	45 552	x	x	x
2019	85 142	39 603	45 539	85 142	39 603	45 539	x	x	x
2020	85 249	39 695	45 554	85 249	39 695	45 554	x	x	x

Таблиця 3.2. (продовження)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Україна									
% , 2019 до 2018	-0,60	-0,57	-0,62	-0,40	-0,43	-0,38	-1,03	-0,89	-1,16
% , 2020 до 2019	-0,75	-0,77	-0,74	-0,62	-0,69	-0,56	-1,05	-0,93	-1,15
% , 2021 до 2020	-1,02	-0,98	-1,05	-0,93	-0,94	-0,91	-1,22	-1,07	-1,36
% , 2021 до 2018	-2,35	-2,30	-2,39	-1,94	-2,05	-1,85	-3,26	-2,85	-3,63
Закарпатська область									
% , 2019 до 2018	-0,24	-0,25	-0,23	-0,05	-0,08	-0,02	-0,35	-0,35	-0,35
% , 2020 до 2019	-0,29	-0,30	-0,29	-0,12	-0,16	-0,10	-0,39	-0,38	-0,40
% , 2021 до 2020	-0,45	-0,44	-0,47	-0,43	-0,45	-0,41	-0,47	-0,43	-0,50
% , 2021 до 2018	-0,98	-0,99	-0,98	-0,60	-0,69	-0,53	-1,20	-1,16	-1,25
Мукачівський район									
% , 2019 до 2018	-0,54	-0,50	-0,58	-0,74	-0,57	-0,90	-0,51	-0,49	-0,54
% , 2020 до 2019	-0,59	-0,59	-0,59	-0,33	-0,36	-0,31	-0,62	-0,61	-0,62
2020 <sup>н</sup> до 2020 разів	<b>2,54</b>	<b>2,53</b>	<b>2,56</b>	<b>10,83</b>	<b>10,69</b>	<b>10,95</b>	<b>1,51</b>	<b>1,51</b>	<b>1,50</b>
% , 2021 до 2020 <sup>н</sup>	-0,58	-0,60	-0,58	-0,51	-0,60	-0,43	-0,66	-0,59	-0,71
2021 до 2018 разів	<b>2,50</b>	<b>2,48</b>	<b>2,52</b>	<b>10,66</b>	<b>10,53</b>	<b>10,77</b>	<b>1,48</b>	<b>1,48</b>	<b>1,47</b>
Мукачево (місто обласного значення)									
% , 2019 до 2018	-0,10	-0,18	-0,03	-0,10	-0,18	-0,03	x	x	x
% , 2020 до 2019	0,13	0,23	0,03	0,13	0,23	0,03	x	x	x

Примітка: \*власні розрахунки за даними Державної служби статистики України

Таблиця 3.3.

Розподіл постійного населення за віковими групами, типом місцевості та статтю в Україні, Закарпатській області, Мукачівському районі та м. Мукачево у 2018-2021 роках (у %) \*

Обидві статі	0-15	16-59	60 і старше	0-15	16-59	60 і старше	0-15	16-59	60 і старше	0-15	16-59	60 і старше
	2018			2019			2020			2021		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>Міська та сільська місцевості</b>												
Україна	16,35	60,25	23,40	16,26	59,83	23,91	16,12	59,44	24,44	15,98	59,26	24,76
Закарпатська область	21,10	61,37	17,53	21,01	61,09	17,90	20,93	60,77	18,30	20,80	60,68	18,52
Мукачівський район	21,13	60,83	18,04	21,08	60,41	18,51	21,05	60,03	18,93	20,24	61,00	18,76
м. Мукачево	18,69	63,18	18,13	18,7	62,85	18,45	18,70	62,60	18,70	х	х	х
<b>Міські поселення</b>												
Україна	15,70	60,95	23,35	15,61	60,46	23,93	15,43	60,00	24,57	15,24	59,79	24,97
Закарпатська область	20,96	61,09	17,95	20,84	60,83	18,33	20,75	60,52	18,73	20,54	60,60	18,86
Мукачівський район	21,37	59,20	19,43	21,14	59,05	19,81	20,79	59,04	20,17	19,41	61,21	19,38
м. Мукачево	18,69	63,18	18,13	18,7	62,85	18,45	18,70	62,60	18,70	х	х	х
<b>Сільська місцевість</b>												
Україна	17,79	58,66	23,55	17,73	58,42	23,85	17,69	58,17	24,14	17,64	58,06	24,30
Закарпатська область	21,19	61,53	17,28	21,12	61,24	17,64	21,04	60,90	18,06	20,96	60,73	18,31
Мукачівський район	21,10	61,03	17,87	21,08	60,58	18,34	21,08	60,15	18,77	21,00	60,81	18,19
м. Мукачево	х	х	х	х	х	х	х	х	х	х	х	х
<b>Чоловіки</b>												
<b>Міська та сільська місцевості</b>												
Україна	18,16	63,69	18,14	18,07	63,35	18,58	17,93	63,04	19,03	17,76	62,93	19,31
Закарпатська область	22,59	63,38	14,03	22,49	63,15	14,36	22,42	62,87	14,71	22,28	62,86	14,86
Мукачівський район	22,60	62,98	14,42	22,55	62,69	14,76	22,58	62,38	15,04			
м. Мукачево	20,99	65,06	13,95	20,94	65,02	14,04	21,04	64,86	14,10	х	х	х



Таблиця 3.3. (продовження)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Міські поселення												
Україна	17,63	64,13	18,24	17,54	63,75	18,71	17,36	63,42	19,22	17,15	63,33	19,52
Закарпатська область	22,99	62,93	14,08	22,87	62,78	14,35	22,83	62,57	14,60	22,58	62,82	14,60
Мукачівський район	22,88	61,46	15,66	22,72	61,26	16,02	22,40	61,23	16,37			
м. Мукачево	20,99	65,06	13,95	20,94	65,02	14,04	21,04	64,86	14,10	х	х	х
Сільська місцевість												
Україна	19,31	62,76	17,93	19,22	62,48	18,30	19,16	62,22	18,62	19,08	62,07	18,85
Закарпатська область	22,44	63,86	13,70	22,34	63,57	14,09	22,27	63,26	14,47	22,12	62,88	15,00
Мукачівський район	22,57	63,16	14,27	22,53	62,87	14,60	22,60	62,52	14,88			
м. Мукачево	х	х	х	х	х	х	х	х	х	х	х	х
<b>Жінки</b>	Міська та сільська місцевості											
Україна	14,78	57,27	27,95	14,7	56,79	28,51	14,57	56,33	29,10	14,44	56,08	29,48
Закарпатська область	19,73	59,50	20,77	19,65	59,18	21,17	19,55	58,81	21,64	19,44	58,66	21,90
Мукачівський район	19,80	58,87	21,33	19,74	58,35	21,91	40,70	12,78	46,52			
м. Мукачево	16,68	61,55	21,77	16,75	60,97	22,28	16,67	60,62	22,71	х	х	х
Міські поселення												
Україна	14,06	58,27	27,67	13,97	57,68	28,35	13,80	57,11	29,09	13,63	56,80	29,57
Закарпатська область	19,14	59,45	21,41	19,02	59,09	21,89	18,89	58,70	22,41	18,73	58,62	22,65
Мукачівський район	20,01	57,19	22,80	19,71	57,07	23,22	19,35	57,07	23,58			
м. Мукачево	16,68	61,55	21,77	16,75	60,97	22,28	16,67	60,62	22,71	х	х	х
Сільська місцевість												
Україна	16,42	54,97	28,61	16,39	54,73	28,88	16,36	54,50	29,14	16,33	54,41	29,26
Закарпатська область	20,08	59,53	20,39	20,04	59,22	20,74	19,95	58,88	21,17	19,87	58,68	21,45
Мукачівський район	19,77	59,09	21,14	19,74	58,51	21,75	19,69	57,99	22,32			
м. Мукачево	х	х	х	х	х	х	х	х	х	х	х	х

Примітка: \*власні розрахунки за даними Державної служби статистики України

У Мукачівському районі частка осіб вікової групи 60 років і старших складала у 2018 році 18,04% та зросла у 2021 році до 18,76%. Особливостей зміни цієї частки нами не встановлена.

Щодо місцевості проживання – кількість населення цієї вікової групи у міських поселеннях району була переважаючою над кількістю такого населення у місті Мукачево. У зв'язку з чим, після об'єднання у Мукачівському районі осіб 60 років і старших у 2021 році стало у відсотках дещо менше (з 20,2% у 2020 році до 19,4% у 2021 році).

Частка дітей віком 0-15 років в Україні постійно знижувалась: 16,35% (2018 р.) – 16,26% (2019 р.) - 16,12% (2020 р.) – 15,98% (2021 р.), у містах відповідно, 15,70% (2018 р.) – 15,61% (2019 р.) – 15,43% (2020 р.) – 15,24% (2021 р.), у сільській місцевості, відповідно: 17,79% – 17,73% – 17,69% – 17,64%.

У Закарпатській області частка 0-15 річних дітей була вищою, ніж в Україні і складала, відповідно, 21,1% – 21,02% – 20,93% – 20,81%, і також з тенденцією до зниження.

Мукачівський район характеризувався такою ж як і в області динамікою змін кількості осіб 0-15 років: 21,13% – 21,08% – 21,05% – 20,24%.

У Мукачівському районі (після його розширення), як у Закарпатській області та й в Україні, частка дитячого населення віком 0-15 років у сільській місцевості стала більшою, ніж у містах.

У цілому демографічне старіння, яке спостерігається в Україні, в т. ч. і у Закарпатській області і у Мукачівському районі, в якійсь мірі змінює побудову взаємодії між поколіннями. Виклики, які виникають внаслідок цього диктують перебудову всієї системи соціально-економічних відносин, пристосування суспільства та економіки до особливостей такого населення, в якому кількість економічно активного населення постійно знижується. Наслідки старіння населення залежать від стратегій та заходів, що розробляються і впроваджуються для вирішення пов'язаних з цим проблем [185].

### 3.3. Особливості народжуваності населення

Одним з важливих медико-демографічних показників є народжуваність, яка відображає загальне число новонароджених протягом певного періоду на конкретно визначеній території. У 2021 р. число народжень в Україні порівняно з 2018 р. в абсолютному вимірі зменшилось на 63,9 тис. осіб, а відносний показник – загальний коефіцієнт народжуваності (у 2018 р. він дорівнював 8,7‰) – знизився на 16,09% (7,3‰) (табл. 3.4). Більш виражені темпи зниження народжуваності спостерігалися у міських поселеннях (-17,65% проти -14,13% у сільській місцевості).

Таблиця 3.4.

Народжуваність за типом місцевості в Україні, Закарпатській області, Мукачівському районі та м. Мукачево у 2018-2021 роках\*

1	Кількість живонароджених осіб			Кількість живонароджених на 1000 осіб наявного населення		
	Міська та сільська місцевості	міська місцевість	сільська місцевість	Міська та сільська місцевості	міська місцевість	сільська місцевість
	2	3	4	5	6	7
<b>Україна<sup>#</sup></b>						
2018	335 874	220 102	115 772	8,70	8,50	9,20
2019	308 817	202 646	106 171	8,10	7,90	8,50
2020	293 457	189 167	104 290	7,80	7,50	8,50
2021	271 983	175 257	96 726	7,30	7,00	7,90
	Кількість осіб 2018-2021 рр.			% 2021 р. до 2018 р.		
	<b>-63 891</b>	<b>-44 845</b>	<b>-19 046</b>	<b>-16,09</b>	<b>-17,65</b>	<b>-14,13</b>
<b>Закарпатська область</b>						
2018	13 883	4 946	8 937	11,00	10,60	11,30
2019	13 016	4 586	8 430	10,40	9,80	10,70
2020	13 503	4 950	8 553	10,80	10,60	10,90
2021	12 631	4 525	8 106	10,10	9,70	10,40

Таблиця 3.4. (продовження)

1	2	3	4	5	6	7
	Кількість осіб 2018-2021 рр.			% 2021 р. до 2018 р.		
	<b>-1252</b>	<b>-421</b>	<b>-831</b>	<b>-8,18</b>	<b>-8,49</b>	<b>-7,96</b>
<b>Мукачівський район</b>						
2018	1162	127	1035	11,60	11,40	11,60
2019	1094	117	977	11,00	10,50	11,00
2020	1174	126	1048	11,80	11,40	11,90
	Кількість осіб 2018-2020 рр.			% 2020 р. до 2018 р.		
	<b>12</b>	<b>-1</b>	<b>13</b>	<b>1,72</b>	<b>0</b>	<b>2,59</b>
2021	2356	1096	1260	9,38	9,17	9,58
	Кількість осіб 2020-2021 рр.			% 2021 р. до 2020 р.		
	<b>1182</b>	<b>970</b>	<b>212</b>	<b>-19,51</b>	<b>-19,56</b>	<b>-19,50</b>
<b>м. Мукачєво</b>						
2018	801	801	х	9,33	9,33	х
2019	788	788	х	9,18	9,18	х
2020	858	858	х	9,99	9,99	х
	Кількість осіб 2018-2020 рр.			% 2020 р. до 2018 р.		
	<b>57</b>	<b>57</b>	<b>х</b>	<b>7,07</b>	<b>7,07</b>	<b>х</b>

Примітки: \*Власні розрахунки за даними Державної служби статистики України

# Без даних з тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та частини тимчасово окупованих територій у Донецькій та Луганській областях.

Народжуваність населення у Закарпатській області мала свої особливості. Так, при абсолютному зниженні кількості живонароджених з 2018 по 2019 рік на 867 осіб, у 2020 році народилося на 487 дітей більше, ніж у 2019 році, а у 2021 році знову ж відбулося зниження кількості народжених на 872 особи. За досліджуваний період загальний показник народжуваності в області знизився з 11,00 до 10,10%, зниження склало 8,18%. Народжуваність у міських поселеннях області у 2018 та 2020 роках була практично однаковою, проте нижчою ніж у

сільській місцевості у всьому періоді дослідження та й темпи її зниження також переважали у містах (-8,49% проти -7,96% у сільській місцевості).

Щодо Мукачівського району, при незначному зростанні народжуваності з 2018 по 2020 рік до реформування району, в 2021 році народилося в абсолютній кількості значно більша кількість дітей. Проте, при розрахунку кількості живонароджених на 1000 осіб наявного населення відбулося зниження цього показника у порівнянні до 2020 року на 20,51%. Зниження відбулося в однаковій мірі як у містах, так і в сільській місцевості.

### **3.4. Характеристика рівня смертності населення**

Найсерйознішою проблемою в Україні, яка виникла з початку незалежності держави залишається високий рівень смертності населення. В Україні динаміка загального коефіцієнту смертності за чотири роки досліджування мала негативну динаміку: зростання складало 24,95% з 14,79% у 2018 році до 18,48% у 2021 році. Загалом за цей період (2018–2021 рр.) кількість померлих в Україні зросла на 126,6 тис. осіб (в містах – на 105,7 тис., в селах – на 20,9 тис. осіб). У певній мірі це пов'язано з початком у 2020 році пандемії COVID-19.

Рівень смертності в Україні має суттєву регіональну диференціацію. Так, у 2021 р. величина загального коефіцієнта смертності коливалася в межах від 14,1% у Чернівецькій області до 22,0% у Чернігівській. У Закарпатській області коефіцієнт смертності був рівний 12,2% у 2018 році та 14,8% у 2021 році (табл. 3.5). Зростання за цей період було нижчим за середньо-український показник (+25,00%) і склало 21,31%, а кількість померлих в рік зросла на 3,1 тис. осіб. Причому коефіцієнт смертності на 1000 осіб наявного населення у міській місцевості зріс на 27,87%, а в сільських поселеннях – на 17,21%. В Україні в цей же час зростання смертності міського населення було вищим (+32,84%), а у сільській місцевості навпаки нижчим (+12,57%).

Смертність населення Мукачівського району перевищувала у всіх досліджуваних роках таку, що спостерігалася у Закарпатській області в цілому.

У 2021 році коефіцієнт смертності у місьтян при порівнянні до даних за 2020 рік, коли було зменшення рівня смертності на 6,71%, зріс на 8,43%. Основною причиною таких змін в районі після реформування був високий рівень смертності в місті Мукачево (у 2020 році померло 1168 осіб, а у 2021 році – 1276 осіб).

Таблиця 3.5.

Показник смертності населення за типом місцевості в Україні, Закарпатській області та Мукачівському районі у 2018-2021 роках\*

Роки	К-сть померлих на 1000 населення			Відношення показника смертності сільського до міського населення	% змін показника до показника попереднього року		
	все населення	міське населення	сільське населення		все населення	міське населення	сільське населення
1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Україна<sup>#</sup></b>							
2018	14,79	13,40	17,48	1,30	х	х	х
2019	14,66	13,35	17,20	1,29	0,88	0,37	1,60
2020	15,90	14,76	18,12	1,23	-8,46	-10,56	-5,35
2021	18,48	17,85	19,71	1,10	-16,23	-20,93	-8,77
% 2021 до 2018	+24,95	+33,21	+12,76	-	-	-	-
<b>Закарпатська область</b>							
2018	12,19	12,16	12,21	1,00	х	х	х
2019	12,38	12,15	12,52	1,03	-1,59	0,07	-2,58
2020	13,40	13,38	13,42	1,00	-8,23	-10,10	-7,16
2021	14,82	15,59	14,34	0,92	-10,60	-16,59	-6,86
% 2021 до 2018	+21,58	+28,21	+17,44	-	-	-	-
<b>Мукачівський район</b>							
2018	13,49	13,64	13,47	0,99	х	х	Х

Таблиця 3.5. (продовження)

1	2	3	4	5	6	7	8
2019	14,20	15,46	14,04	0,91	-5,23	-13,34	-4,21
2020	14,17	14,42	14,14	0,98	0,19	6,71	-0,70
2021	15,24	15,64	14,88	0,95	-7,56	-8,43	-5,24
% 2021 до 2018	+12,97	+14,66	+10,47	-	-	-	-
<b>м. Мукачєво</b>							
2018	11,11	11,11	x	x	x	x	x
2019	11,45	11,45	x	x	-3,04	-3,04	x
2020	13,60	13,60	x	x	-18,79	-18,79	x

Примітка. \*Власні розрахунки за даними Державної служби статистики України

#Без даних з тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та частини тимчасово окупованих територій у Донецькій та Луганській областях.

Щодо вікових інтенсивностей смертності в Україні: більше всього з 2018 по 2021 рік смертність зросла серед населення вікової групи 65 років і старше – з 59,20‰ до 71,94‰ (+12,73%). Більший рівень її зростання спостерігався серед чоловічого населення – з 71,19‰ до 87,08‰ (+15,89%). Динаміка показника смертності також була негативною і у віковій групі 15-64 роки проте не настільки вираженою.

Показники смертності та динаміка зміни їх рівня у мешканців Закарпатської області були вищими за загально-українські, проте за віковими групами вони були ідентичні. Найбільше зросла смертність осіб вікової групи 65 років і старше (з 68,21‰ до 82,06‰, +13,85%), в т. ч. чоловічої її частини (з 80,41‰ до 100,23‰, +19,82%). Рівень смертності населення області у віці 15-64 роки був у 2021 році дещо нижчим за показники в Україні, що зумовлено його незначним зростанням у порівнянні з 2018 роком серед чоловіків – 8,36‰ у 2018 році та 8,89‰ у 2021 році, зростання 0,54% (в Україні відповідно – 8,77‰ та 9,68‰, зростання на 0,92%). Смертність населення Мукачівського району на початок дослідження перевищувала таку у Закарпатській області на 10,66%. У 2021 році після реформування коефіцієнт смертності у районі став лише на 2,83

відсотки вищим за обласний, що пов'язано з нижчими показниками смертності, які спостерігалися у м. Мукачево.

Аналіз смертності основного вікового контингенту населення показав, що чоловіки у віці 15-64 років у Мукачівському районі помирали у 2,07-1,93 рази частіше, ніж жінки. У 2021 році 30,62% випадків смерті сталося власне у віці 15-64 роки (в Україні – 26,83%, у Закарпатській області – 30,98%), а серед чоловічого населення кількість смертей у цьому віці була ще вищою (у 2021 році в Україні – 37,92%, у Закарпатській області – 39,78%, у Мукачівському районі – 38,55%).

Така ситуація зі значним рівнем смертності населення працездатного віку призводить до вагомих втрат життєвого потенціалу як у державі так і у її регіонах [133, 174].

Затяжна криза смертності населення в Україні сформувала специфічну структуру причин смерті, де високий рівень смертності від ендогенних причин (хвороб системи кровообігу та новоутворень) був поєднаний з меншим за значимістю рівнем смертності від екзогенних впливів (зовнішніх причин, хвороб органів дихання, травлення, інфекційних та паразитарних хвороб). Структура смертності за причинами смерті в цілому залишалася незмінною протягом 2018-2019-2020-2021 років. І на першому місці в Україні за кількістю смертних випадків стоять серцево-судинні захворювання з позитивною динамікою до зменшення (відповідно, 66,71%, 67,00%, 66,17%, 60,10%). За ними у відповідній послідовності йшли новоутворення та зовнішні причини смерті (табл. 3.6). У 2020-2021 роках структура смертності змінилась на фоні епідемії COVID-19. Смертність за класом XXII у 2021 році вийшла на 2 місце (12,26%), відсунувши смертність від новоутворень та зовнішніх причин.

У Закарпатській області провідне місце займають також хвороби системи кровообігу. Наступний за значущістю клас причин смерті – це новоутворення. Третє місце за кількістю смертних випадків в області у 2018-2020 роках займали хвороби органів травлення, що зазначалося і у інших дослідженнях [96, 185]. У 2021 році смертність від COVID-19 перевищила таку від хвороб органів травлення.



Структура смертності за найпоширенішими основними причинами смерті в Україні, Закарпатській області та Мукачівському районі у 2018-2021 роках

Основні класи причин смерті	2018		2019		2020		2021	
	%	рейтингове місце	%	рейтингове місце	%	рейтингове місце	%	рейтингове місце
1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Україна</b>								
Клас I. Деякі інфекційні та паразитарні хвороби A00-B99	1,53	VI	1,40	VI	1,13	VI	0,88	VII
Клас II. Новоутворення C00-D48	13,37	II	13,46	II	12,63	II	10,41	III
Клас IX. Хвороби системи кровообігу I00-I99	66,71	I	67,00	I	66,17	I	60,10	I
Клас X. Хвороби органів дихання J00-J98	2,21	V	2,15	V	2,67	VI	3,70	V
Клас XI. Хвороби органів травлення K00-K92	4,17	IV	4,15	IV	3,92	IV	3,48	VI
Клас XX. Зовнішні причини смерті V01-Y89	5,26	III	5,16	III	4,64	III	4,04	IV
Клас XXII. Коди для особливих цілей U00-U85	-	-	-	-	3,45	V	12,26	II
<b>Закарпатська область</b>								
Клас I. Деякі інфекційні та паразитарні хвороби A00-B99	2,28	VI	2,22	VI	1,80	VII	1,56	VII
Клас II. Новоутворення C00-D48	12,36	II	12,37	II	11,85	II	10,78	II
Клас IX. Хвороби системи кровообігу I00-I99	61,70	I	61,89	I	58,99	I	55,08	I

Таблиця 3.6. (продовження)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Клас X. Хвороби органів дихання J00-J98	2,70	V	2,64	V	2,86	VI	4,37	V
Клас XI. Хвороби органів травлення K00-K92	5,71	III	6,00	III	5,97	III	5,62	IV
Клас XX. Зовнішні причини смерті V01-Y89	5,42	IV	4,39	IV	4,36	IV	3,84	VI
Клас XXII. Коды для особливих цілей U00-U85	-	-	-	-	3,74	V	10,18	III
Мукачівський район + м. Мукачево							Мукачівський район	
Клас I. Деякі інфекційні та паразитарні хвороби A00-B99	2,17	VI	2,76	VI	1,75	VII	1,65	VII
Клас II. Новоутворення C00-D48	14,80	II	13,70	II	14,82	II	12,30	II
Клас IX. Хвороби системи кровообігу I00-I99	62,28	I	63,47	I	59,07	I	54,99	I
Клас X. Хвороби органів дихання J00-J98	1,56	V	1,59	V	3,31	VI	5,22	V
Клас XI. Хвороби органів травлення K00-K92	4,60	III	5,14	III	6,11	III	6,61	IV
Клас XX. Зовнішні причини смерті V01-Y89	4,21	IV	4,13	IV	4,09	V	3,42	VI
Клас XXII. Коды для особливих цілей U00-U85	-	-	-	-	4,32	IV	8,65	III

У Мукачівському районі структура смертності була у 2018-2021 роках такою ж, як у Закарпатській області. Проте відсоток смертності від новоутворень, хвороб органів травлення та хвороб органів дихання перевищував таку у Закарпатській області, при нижчому відсотку смертей від зовнішніх причин та COVID-19.

### **3.5. Середня очікувана тривалість життя**

Україні властиві значні територіальні відмінності у показниках тривалості життя. Для отримання узагальнюючої оцінки рівня смертності населення Закарпатської області незалежно від його вікової структури ми провели порівняння показника середньої очікуваної тривалості життя при народженні, як важливого індикатора здоров'я населення, в області та в Україні за 2000 та 2018-2021 роки (табл. 3.7). Враховуючи, що формування та поширення даних щодо середньої очікуваної тривалості життя в Україні здійснюється лише в цілому по області, формування даного статистичного показника у розрізі адміністративних районів, в нашому випадку Мукачівського, не було передбачене планом державних статистичних спостережень на відповідний рік. У зв'язку з цим для аналізу були взяті лише показники по Україні та Закарпатській області.

У Закарпатській області показник тривалості життя при народженні за період з 2019 до 2021 рік знизився практично до такого рівня, який спостерігався в області у 2000 році і був лише на 0,58% вищим (в Україні при такій самій тенденції показник все ж залишився вищим на 3,03%). При цьому, у 2000 році тривалість життя мешканців Закарпаття була вищою за середньо-український показник (69,05 проти 67,72 роки), а у 2018-2021 роках – тривалість життя в області стала нижчою ніж в Україні. З 2018 року по 2021 рік тривалість життя у Закарпатській області зменшилась з 70,99 років до 69,45 років (на 2,17%). На тлі цього зменшення найбільшим відбулося скорочення показника середньої очікуваної тривалості життя жіночого населення (-2,81%) з більш вираженою негативною тенденцією у міських мешканок (-3,73%). Та і тривалість життя жінок Закарпаття є нижчою ніж в середньому в жіночого населення України.

Середня очікувана тривалість життя за статтю та типом місцевості (років) в Україні  
та Закарпатській області у 2000, 2018-2021 роках\*

Роки	Міська та сільська місцевості			Міська місцевість			Сільська місцевість		
	обидві статі	чоловіки	жінки	обидві статі	чоловіки	жінки	обидві статі	чоловіки	жінки
<b>Україна</b>									
2000	67,72	62,1	73,53	67,81	62,25	73,47	67,43	61,78	73,53
2018	71,76	66,69	76,72	72,39	67,42	77,02	70,47	65,33	76,01
2019	72,01	66,92	76,98	72,66	67,66	77,3	70,68	65,56	76,2
2020	71,35	66,39	76,22	71,83	66,92	76,44	70,32	65,38	75,64
2021	69,77	65,16	74,36	69,89	65,35	74,22	69,40	64,75	74,43
% 2021 до 2000	3,03	4,93	1,13	3,07	4,98	1,02	2,92	4,81	1,22
% 2021 до 2018	-2,77	-2,29	-3,08	-3,45	-3,07	-3,64	-1,52	-0,89	-2,08
<b>Закарпатська область</b>									
2000	69,05	64,85	73,27	68,1	63,92	72,33	69,58	65,39	73,86
2018	70,99	66,77	75,22	70,56	66,32	74,57	71,23	67,05	75,58
2019	71,04	66,89	75,2	70,86	66,52	75,06	71,13	67,17	75,25
2020	70,47	66,69	74,26	69,95	65,85	73,8	70,81	67,16	74,62
2021	69,45	65,82	73,11	68,55	65,11	71,79	70,02	66,30	73,92
% 2021 до 2000	0,58	1,50	-0,22	0,66	1,86	-0,75	0,63	1,39	0,08
% 2021 до 2018	-2,17	-1,42	-2,81	-2,85	-1,82	-3,73	-1,70	-1,12	-2,20

Примітка: \*власні розрахунки за даними Державної служби статистики України

### **3.6. Ідентифікація статусу новосформованого адміністративного Мукачівського району Закарпатської області на основі багатofакторного групування адміністративних територій України**

На даному етапі дослідження було проведено ідентифікацію статусу новосформованого адміністративного Мукачівського району Закарпатської області за кількістю населення, площею території, віковим складом населення, статтю, місцем проживання, рівнем народжуваності, смертності, природного приросту станом на 1 січня 2022 року.

У Закарпатській області у результаті адміністративно-територіальної реформи сформовано 6 районів (табл. 3.8). На початок 2022 року Мукачівський район за величиною кількості населення був третім у Закарпатській області, після Хустського та Ужгородського районів, що складало 20,14% населення області. Площа району є рівною 2056,5 км<sup>2</sup>, що відповідає 16,10% території області. Відповідно густина населення в районі складала 123,95 осіб на км<sup>2</sup> і була другою за величиною після Берегівського району (143,42 особи на км<sup>2</sup>) та у 1,3 рази перевищувала таку у Закарпатській області в цілому (97,34 особи на км<sup>2</sup>).

У незначній мірі населення району проживало у сільській місцевості (52,5% проти 47,5% у містах). Проте, для Закарпатської області характерним є значне переважання кількості сільських мешканців над жителями міст (63,1% проти 36,9%). Більша кількість міських мешканців спостерігалась лише в Ужгородському районі (55,5% проти 44,5%). В інших районах області населення сіл було переважаючим. Таким чином, Мукачівський район є єдиним районом Закарпатської області де населення проживає практично у однаковій кількості як у містах, так і у сільській місцевості.

Віковий склад населення району відповідає практично розподілу населення за віком у Закарпатській області. Ідентичним до обласного показника є кількість осіб у віці 65 років і старших (12,3%). Більший відсоток осіб цієї вікової групи спостерігається у Тячівському (13,3%) та Ужгородському (12,8%) районах, а найменший – у Рахівському (10,7%).

**Ідентифікація статусу новосформованого адміністративного Мукачівського району у структурі Закарпатської області станом на 01.01.2022 року (рейтингові місця згідно обраного критерію)**

	К-сть населення	Площа	Густота	Населення у віці (%)			Чоловіків (%)	Жінок (%)	Місце проживання (%)		Народжуваність	Смертність
				0-14 років	15-64 років	65 і більше років			місто	Сільська місцевість		
<b>Закарпатська область</b>	<b>1241643</b>	<b>12777</b>	<b>97,34</b>	<b>19,5</b>	<b>68,2</b>	<b>12,3</b>	<b>48,1</b>	<b>51,9</b>	<b>36,9</b>	<b>63,1</b>	<b>10,15</b>	<b>14,82</b>
<b>Мукачівський район</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>2</b>
<b>Берегівський район</b>	4	6	1	2	3	5	4	3	4	3	2	3
<b>Рахівський район</b>	6	5	6	1	6	6	1	6	3	4	1	4
<b>Тячівський район</b>	5	4	4	3-4	5	1	2-3	4-5	5	2	4	6
<b>Ужгородський район</b>	2	2	3	6	1	2	5	2	1	6	5	1
<b>Хустський район</b>	1	1	5	3-4	4	4	2-3	4-5	6	1	3	5

На противагу цим даним – населення у віці 0-14 років, яке проживало у Мукачівському районі складало 18,9% і цей показник був одним з найменших у процентному співвідношенні (в Ужгородському районі (18,3%)), серед інших районів області. Середній відсоток населення цієї вікової групи у Закарпатській області становив 19,5%.

Кількість населення працездатного віку у Мукачівському районі складала 68,8% і була другою за величиною в області (в Ужгородському районі – 68,9%) при середньому обласному показнику – 68,2%.

За статеву ознакою в районі переважали особи жіночої статі (52,7% проти 47,3% чоловіків). За цими показниками переважання кількості жінок у Мукачівському районі є найвищим серед всіх районів області, а відповідно кількість чоловіків у процентному відношенні є найменшою в області. Більший відсоток кількості чоловіків відзначено лише у Рахівському районі Закарпатської області.

Демографічні показники у районах Закарпатської області у повній мірі є відображенням у них рівня народжуваності та смертності. Так, народжуваність у Мукачівському районі є найнижчою і складала на початок 2022 року 9,394 на 1000 осіб при середньому в області 10,148‰. В цей же час рівень смертності у районі був на 3,0% вищим ніж в області (14,821‰), а серед районів був другим за величиною після Ужгородського району (15,263‰ проти 15,714‰).

Таким чином, у Мукачівському районі рівень народжуваності (найнижчий в області), як і кількість населення у віці 0-14 років (найнижча в області, окрім як в Ужгородському районі) та найвищий рівень смертності (окрім як в Ужгородському районі) вказують на урбанізаційно-депопуляційний тип району зі звуженим відтворенням населення, а тому і низьким (найнижчий в області, разом з Ужгородським районом) коефіцієнтом природного приросту населення (-5,869).

### **Висновки до розділу 3.**

Встановлено, що у Закарпатській області та Мукачівському районі з 2018 по

2021 рік спостерігалися наступні відмінності у медико-демографічних процесах ніж в Україні:

- процес скорочення кількості мешканців області був більше як удвічі меншим, ніж в Україні, а чисельність населення району зросла у 2,5 рази;
- в області та районі проживало більш молоде населення, частка жінок була меншою, а частка 0-15 річних дітей – більшою, ніж в Україні;
- при зниженні загального коефіцієнта народжуваності в державі, в області і в районі динаміка зниження є меншою, а показник є дещо вищим;
- смертність та динаміка зміни її рівня були вищими за загально-українські, проте при розподілі за віковими групами вони були ідентичні. У структурі причин загальної смертності населення третє місце за величиною показника в області та районі займають хвороби органів травлення, в Україні ж це зовнішні причини.

Ідентифікація статусу новосформованого адміністративного Мукачівського району Закарпатської області показала, що за величиною кількості населення він є третім з 6 районів області, з більшою за обласну густиною населення на 27,3%. За віковим складом населення району є практично ідентичним середньо-обласному показнику. Дещо більшим у складі населення є кількість жіночого населення. За медико-демографічними показниками (рівень народжуваності, смертності та розміщенням населення практично у однаковій кількості як у містах так і у сільській місцевості) район є урбанізаційно-депопуляційним.

Таким чином, стратегія подолання негативних тенденцій в медико-демографічних процесах у районі повинна передбачати вирішення проблем, які так чи інакше пов'язані з проблемою демографічного руху, рівня народжуваності, існуючої смертності, особливостями умов проживання населення. Дані, отримані у ході дослідження, вказують на важливість регіональних підходів у вирішенні згаданих питань.



**Матеріали розділу висвітлені в наступних наукових роботах:**

- Любінець О. В., Мілашовська В. О. Медико-демографічне становище - важливий чинник у стратегічному плануванні організації медичної допомоги населенню. *Acta Medica Leopoliensia*.2021. Том 27. № 3-4. С. 108-125. DOI: 10.25040/aml2021.3-4.108;

- Любінець О. В., Мілашовська В. О., Децик М. О. Громадське здоров'я – епідеміологія: базові ланки стратегічного планування. *Актуальні проблеми профілактичної медицини*. 2021. Вип. 21. С. 84-89.

## РОЗДІЛ 4.

### САМООЦІНКА ЗДОРОВ'Я МЕШКАНЦЯМИ МУКАЧІВСЬКОГО РАЙОНУ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Важливою характеристикою соціально-економічного розвитку країни, що впливає на стан здоров'я населення в ній, є його рівень життя, який характеризується своєю багатовимірною дією. Для характеристики рівня життя населення використовуються як кількісні, так і якісні показники, що відображають різні сторони добробуту народу, задоволення його фізичних і духовних потреб, таких як обсяг споживання та якість продуктів харчування, дохід та умови праці, житлові умови, освітньо-культурний рівень населення та ін. [75, 80, 102, 104, 139, 151, 171, 175, 195].

Проведення населенням самооцінки здоров'я та аналіз отриманих результатів є одним з кроків реалізації заходів щодо покращення і зменшення нерівності в доступності до медичної допомоги, розробки алгоритмів їх впровадження [56].

Враховуючи динамічність суспільних змін в Україні, незначну кількість наукових досліджень з питань самооцінки здоров'я [68, 74, 76, 167], в т. ч. з врахуванням територіальних особливостей [60, 90] нами на третьому етапі дослідження, відповідно до розробленої програми, проведено комплексне вивчення самооцінки здоров'я мешканцями Мукачівського району Закарпатської області.

Матеріалом дослідження слугували дані анонімного опитування 483 мешканців Мукачівського району Закарпатської області, яке було проведене у 2021 році за самостійно розробленою анкетною. Опитування проводили з дотриманням принципів біоетики та деонтології і здійснювали у формі багатофакторного анкетування. В анкеті було 40 запитань із великим вибором відповідей.

За даними Головного управління статистики у Закарпатській області в середньому у 2021 році чисельність постійного населення Закарпатської області

складала 1244469 осіб. Мукачівський район разом з адміністративним центром району містом Мукачево відповідно до адміністративно-територіального устрою, який набрав чинності згідно постанови Верховної Ради України від 17 липня 2020 року №807-ІХ «Про утворення та ліквідацію районів», є одним з найбільших адміністративних одиниць Закарпатської області за кількістю населення. Для встановлення репрезентативності проведеного дослідження нами проведено порівняння даних станом на 01 січня 2021 року щодо чисельності постійного населення Мукачівського району Закарпатської області з поділом за статтю, віком та місцем проживання у відсотковому співвідношенні з контингентом осіб, які були опитані у даному дослідженні (табл. 4.1). Отримані дані вказують, що різниця між чисельністю, статтю, віком та місцем проживання жителів Мукачівського району Закарпатської області та цими ж критеріями з числа респондентів не перевищувала 2 відсотки, що підтверджує високу валідність проведеного опитування.

Таблиця 4.1.

**Порівняння вибірки дослідження за статтю, віком та місцем проживання жителів Мукачівського району Закарпатської області (в %)**

Населення у віці 18 і більше років	Чисельність (абс.)	Стать		Вік			Місце проживання	
		Чоловіки	Жінки	18-39 років	40-59 років	60 і більше	Міські поселення	Сільська місцевість
Мукачівський район Закарпатської області	194151	46,1	53,9	41,2	34,9	23,9	47,9	52,1
Контингент осіб, які брали участь в опитуванні	483	44,3	55,7	39,8	36,8	23,4	48,2	51,8
Різниця показників (%)		- 1,80	+1,80	-1,40	+1,90	-0,50	+0,30	-0,30

В анкетуванні взяли участь особи у віці старше 18 років. З їх числа: 192 (39,8%) було у віці до 40 років, 178 (36,8%) – склали старшу вікову групу і 113 (23,4%) осіб було у віці після 60 років. Серед респондентів: чоловіків – 214

(44,3%), жінок – 269 (55,7%). Місцем проживання у 48,2% (233 осіб) були міські поселення, а у 51,8% (250 осіб) – сільська місцевість. За рівнем освіти 141 (29,2%) особа була з вищою / неповною вищою освітою, 207 (42,9%) з середньою спеціальною та 135 (27,9%) з середньою, незакінченою середньою чи початковою освітою.

Рід занять опитаних був наступним: службовців – 21,3% (103 особи), представників робітничих професій – 31,1% (150 осіб), приватних підприємців – 11,8% (57 осіб), 17,4% (84 особи) – пенсіонерів, 6,0% (29 осіб) – безробітних. Решта анкетованих осіб були залучені до робіт у сільському господарстві або ж виконували випадкову роботу (12,4%).

В анкеті для опитування нами визначено такі ключові запитання, які у певній мірі з позиції мешканців району дають оцінку якості і способу життя та рівня їх здоров'я:

- 1.умови проживання;
- 2.організація харчування;
- 3.психоемоційний стан;
- 4.шкідливі звички;
- 5.самооцінка способу життя;
- 6.самооцінка рівня здоров'я.

#### **4.1. Оцінка респондентами умов проживання**

Для проведення оцінки умов проживання населення району відібрано наступні критерії: факт наявності житла, величина квадратних метрів житлової площі, яка припадає на одного члена сім'ї, наявність комунальних послуг (опалення, водопостачання та водовідведення), самооцінка умов проживання.

Встановлено, що з числа всіх опитаних 441 (91,31±1,28%) особа проживала у приватному помешканні, з них 237 – в особняках та 204 – у приватних квартирах. Винаймали житло, проживали у гуртожитках 40 (8,28±1,25%) опитаних. У розрахунку величини квадратних метрів житлової площі, яка припадає на одного члена сім'ї: 231 (47,82±2,32%) респондент зазначив, що на

особу в помешканні припадає більше 20 квадратних метрів, а 186 (38,51±2,26%) – вказали, що на особу припадає від 11 до 20 квадратних метрів. Лише 9,94±1,39% опитаних проживали в умовах, що складали до 10 м<sup>2</sup> на особу. Щодо наявності опалення та водопостачання і водовідведення: респонденти зазначили наявність у помешканні опалення (97,52±0,71%) з використанням природного газу (81,97±1,78%), дров (16,09±1,70%) та інших середників. У 75,78±1,95% помешкань водопостачання здійснювалось через водопровід, у 24,22±1,95% випадках мешканці користувалися криницею, джерелом чи водоймою. У 18,54±1,77% господарствах респонденти використовували вигрібну яму.

На фоні перелічених факторів мешканці зробили наступну самооцінку своїх умов проживання: 249 (51,66±2,28%,  $p \leq 0,005$ ) осіб оцінили її як хорошу, 169 (35,06±2,17%) – як задовільну і 64 (13,28±1,55%) – як незадовільну.

Таким чином, 87% мешканців району позитивно оцінили свої умови проживання. З числа тих хто зазначив, що «не задоволений» ними – 14,06±4,35% ( $p \geq 0,05$ ) були безробітними, 37,50±6,05% ( $p \leq 0,005$ ) - знаходились на пенсії і 75,00±5,41% ( $p \leq 0,005$ ) проживали у сільській місцевості. 26,56±5,52% ( $p \leq 0,05$ ) з них мешкали на площах до 10 м<sup>2</sup> на особу, у 35,94±6,00% ( $p \leq 0,005$ ) випадків житло було без централізованого водопостачання та використовувалась вигрібна яма та, відповідно, не було у домашніх умовах ванни або ж душу.

#### **4.2. Самооцінка організації харчування**

Вивчення питання про стан та якість харчування респондентів базувалося на наступних критеріях: регулярність прийому їжі, тип приймання їжі, переважання тих чи інших страв. Встановлено, що прийом їжі протягом дня 61,49±2,21% опитаних здійснювали 3 та більше разів, 20,91±1,85% приймали їжу двічі на день, 2,07±0,65% харчувалися лише один раз в день, а 15,53±1,65% не змогли дати характеристику своєму режиму харчування. З числа респондентів, які двічі та більше разів приймали їжу – у 66,81±2,17% випадків два рази і частіше це була гаряча їжа. У 19,87±1,83% осіб, які давали відповіді у анкетах, у харчуванні переважали м'ясні вироби, у 19,03±1,80% – круп'яні, у 33,40±2,17%

– хлібно-булочні та молочні продукти, а  $19,66 \pm 1,83\%$  респондентів перевагу надавали картоплі та іншим овочам і фруктам. Таким чином, частота та якість харчування опитаних респондентів була у задовільному стані ( $p \leq 0,005$ ).

### **4.3. Самооцінка психоемоційного стану**

Респонденти нашого дослідження даючи відповідь на запитання «Чи бувають у Вас психоемоційні переживання?» у  $56,31 \pm 3,01\%$  вказали що «Так», у  $31,47 \pm 2,82\%$  – таких не спостерігали, а у  $12,22 \pm 1,99\%$  – їм було важко визначитися. З 272 осіб, які ствердно відповіли на запитання – у  $75,00 \pm 2,63\%$  мали вищу або ж середню спеціальну освіту. Лише  $7,35 \pm 1,58\%$  з цього числа опитаних вказали на незадовільні умови праці,  $8,71 \pm 1,71\%$  – на незадовільні умови проживання, а от  $31,25 \pm 2,81\%$  – на незадовільний матеріальний стан. Отримані дані статистично достовірні ( $p \leq 0,005$ ).

Таким чином, психоемоційний стрес у більшій частині респондентів був пов'язаний з незадовільним матеріальним станом, у більшому відсотку це встановлено у осіб з вищою чи середньою спеціальною освітою, проте ці дані виявилися не достовірними ( $63,53 \pm 5,22\%$ ,  $p \geq 0,05$ ).

### **4.4. Наявність шкідливих звичок**

Питання впливу шкідливих звичок, таких як тютюнокуріння та вживання алкоголю, на стан здоров'я населення вивчалось значною кількістю дослідників [36, 108, 184], проте актуальності воно не втратило. Нами проведено аналіз наявності шкідливих звичок у контексті перелічених та визначених ключових питань: – умов праці та проживання, – харчування, – психоемоційного стану, – самооцінки способу життя та власного здоров'я. Встановлено, що  $26,76 \pm 2,01\%$  ( $p \leq 0,005$ ) опитаних в даний час курять та  $48,45 \pm 2,27\%$  ( $p \geq 0,05$ ) – вживають алкогольні напої (рис. 4.1). В анкетах також зазначено, що  $22,82 \pm 1,91\%$  респондентів раніше курили, а  $50,42 \pm 2,28\%$  – ніколи не курили.

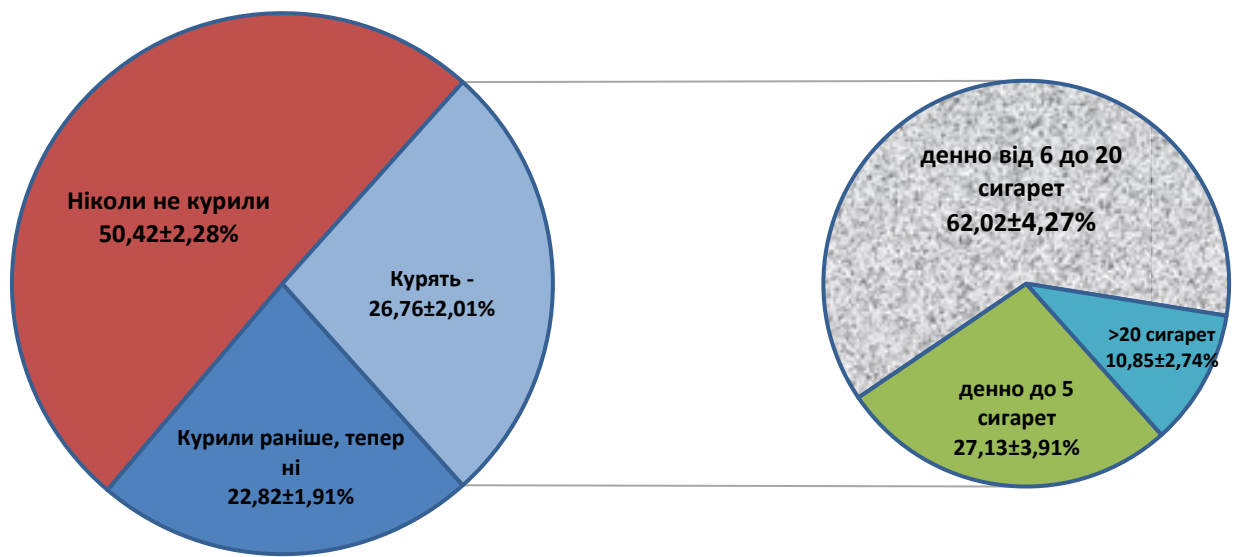


Рис. 4.1. Рівень тютюнопаління мешканцями району за результатами самооцінки

З числа 129 курців – у  $49,61 \pm 4,40\%$  спостерігалися психоемоційні розлади ( $p \leq 0,005$ ), у  $33,33 \pm 4,15\%$  ( $p \geq 0,05$ ) зазначено незадовільний матеріальний стан,  $31,01 \pm 4,07\%$  ( $p \geq 0,05$ ) респондентів вважають, що вони ведуть здоровий спосіб життя, а  $43,41 \pm 4,36\%$  ( $p \leq 0,005$ ) – оцінюють стан власного здоров'я як невизначений, поганий та дуже поганий.

Достовірно встановлено, що серед чоловічого населення курців та осіб, які раніше курили, є переважаюча кількість –  $70,42 \pm 3,13\%$ , а серед жінок таких є  $33,09 \pm 2,87\%$  ( $p \leq 0,00001$ ).

Серед курців та осіб, які раніше курили, переважно були респонденти віком після 40 років ( $61,10 \pm 3,15\%$ ,  $p \leq 0,005$ ) та з середньою спеціальною освітою ( $45,68 \pm 3,22\%$ ,  $p \leq 0,005$ ).

Щодо вживання алкоголю (рис. 4.2): більшість респондентів ( $62,39 \pm 3,17\%$ ) його вживають 1-2 рази на місяць. Проте  $29,49 \pm 2,98\%$  зазначили, що зловживають алкоголем 1-2 рази на тиждень, а  $8,12 \pm 1,79\%$  ( $p \leq 0,05$ ) – взагалі щодня.

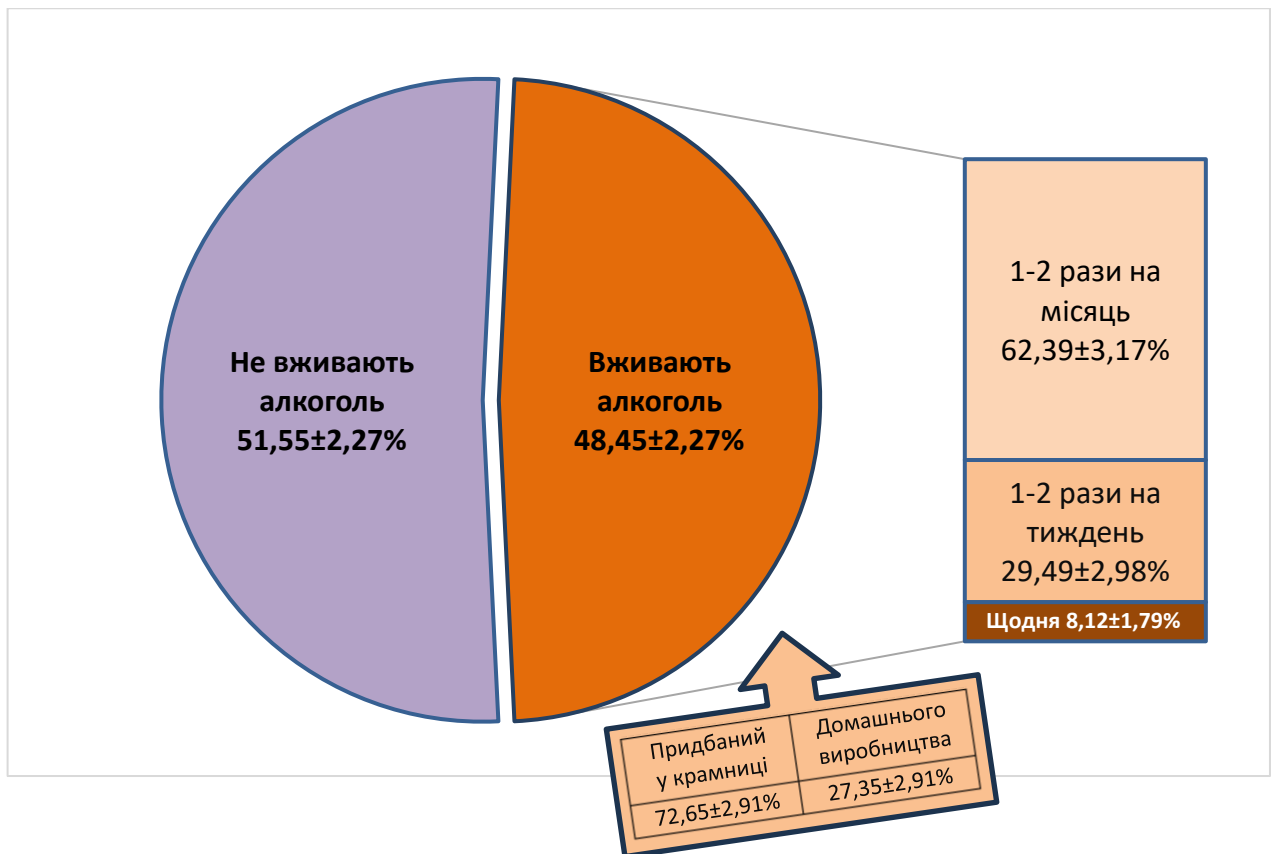


Рис. 4.2. Вживання алкоголю опитаними за результатами самооцінки

Необхідно зазначити, що з числа респондентів, які вживають алкоголь у  $67,95 \pm 3,05\%$  ( $p \leq 0,05$ ) спостерігалися психоемоційні перевантаження,  $26,50 \pm 2,89\%$  ( $p \geq 0,05$ ) самокритично констатують, що не ведуть здоровий спосіб життя, а  $41,45 \pm 3,22\%$  ( $p \geq 0,05$ ) не знали як оцінити себе щодо ставлення до здорового способу життя,  $51,28 \pm 3,27\%$  ( $p \geq 0,05$ ) не могли визначитися зі станом свого здоров'я.

Практично одна п'ята з числа всіх респондентів ( $16,56 \pm 1,69\%$ ) і курять і вживають алкоголь.

За результатами самооцінки власного здоров'я особами, які курять та вживають алкогольні напої встановлено, що 277 респондентів ( $57,35 \pm 2,25\%$ ) вказали на не визначений, поганий та дуже поганий його стан, з їх числа  $47,29 \pm 3,00\%$  ( $p \leq 0,05$ ) курять або ж були курцями, а  $50,54 \pm 3,00\%$  ( $p \geq 0,05$ ) вживають алкоголь. В цей же час  $20,41 \pm 2,88\%$  ( $p \geq 0,05$ ) з числа опитаних, які курять та  $36,73 \pm 3,44\%$  ( $p \leq 0,005$ ), які вживають алкоголь – вважають, що ведуть



здоровий спосіб життя.

Таким чином, місце шкідливих звичок, таких як тютюнокуріння та вживання алкоголю, у способі життя мешканців району та суб'єктивній оцінці ними стану свого здоров'я вказує на важливість подальшого проведення превенції з цих питань.

#### **4.5. Оцінка власного способу життя**

Впровадження в Україні системи громадського здоров'я – це шлях оптимізації системи профілактики та запобігання захворювань, перспектива долучитися до сучасних світових стандартів управління здоров'ям [162]. З огляду на це нами проведено вивчення самооцінки способу життя та стану інформованості про здоровий спосіб життя опитаних мешканців.

На запитання «Чи Ви ведете здоровий спосіб життя?»  $40,58 \pm 2,23\%$  з числа всіх респондентів відповіло ствердно, а  $19,88 \pm 1,82\%$  ( $p \leq 0,0001$ ) опитаних самокритично зазначили, що не ведуть здоровий спосіб життя (табл. 4.2). Значна кількість опитаних не змогли визначитись з відповіддю на дане запитання ( $38,72 \pm 2,22\%$ ). Розподіл за статтю показав, що найвищим був показник самооцінки щодо власне здорового способу життя, який зазначили жінки у віці 60 років та старші ( $52,83 \pm 6,86\%$ ).

З числа осіб, які зазначили, що ведуть власне здоровий спосіб життя  $54,59 \pm 3,56\%$  вказали на дуже добрий та добрий стан власного здоров'я. У цей же час відсоток осіб, які у самооцінці способу життя самокритично зазначили, що не ведуть здоровий спосіб життя – лише  $29,16 \pm 4,64\%$  вказали на добрий та дуже добрий стан свого здоров'я ( $p \leq 0,05$ ).

При порівнянні відповідей груп респондентів, які «ведуть здоровий спосіб життя» та «не ведуть здоровий спосіб життя», отримано достовірну різницю ( $p \leq 0,001$ ) в оцінці власного стану здоров'я. Опитані вказали на дуже добрий та добрий його стан, відповідно,  $54,59 \pm 3,56\%$  та  $29,16 \pm 4,64\%$ , а  $30,61 \pm 3,29\%$  та  $57,29 \pm 5,05\%$  зазначили задовільний стан власного здоров'я.

**Результати оцінки власного способу життя респондентами - мешканцями  
Мукачівського району Закарпатської області**

	Всього	Здоровий спосіб життя (абс./ P±m, %)		
		Так	Ні	Важко відповісти
Всі респонденти	483	196 /40,58±2,23*	96 /19,88±1,82	191 /39,54±2,22
Чоловіки	214	79 /36,92±3,30*	43 /20,09±2,74	92 /42,99±3,38
18-39 років	67	26 /38,81±5,95*	10 /14,93±4,35	31 /46,27±6,09
40-59 років	87	34 /39,08±5,23*	19 /21,84±4,43	34 /39,08±5,23
60 і більше	60	19 /31,67±6,01	14 /23,33±5,46	27 /45,00±6,42
Жінки	269	117 /43,49±3,02*	53 /19,70±2,43	99 /36,80±2,94
18-39 років	125	55 /44,00±4,44*	22 /17,60±3,41	48 /38,40±4,35
40-59 років	91	34 /37,36±5,07*	19 /20,88±4,26	38 /41,76±5,17
60 і більше	53	28 /52,83±6,86*	12 /22,64±5,75	13 /24,53±5,91
Міські поселення	233	95 /40,77±3,22*	44 /18,88±2,56	94 /40,34±3,21
Сільська місцевість	250	101 /40,40±3,10*	52 /20,80±2,57	97 /38,80±3,08

Примітка: \* достовірна різниця ( $p \leq 0,05$ ) у порівнянні часток осіб, які оцінили свій спосіб життя як «здоровий» з часткою осіб, які зазначили що не ведуть здорового способу життя

**Інформованість про здоровий спосіб життя.** Анкетуванням встановлено, що інформованими про здоровий спосіб життя було 86,13±1,57% респондентів ( $p \leq 0,001$ ), а 13,87±1,57% зазначили, що такої інформації не отримували (табл. 4.3). Найчастіше інформацію про здоровий спосіб життя опитувані отримували з інтернету, преси та телевізійних програм – 56,49±2,43% ( $p \leq 0,001$ ). Така достовірна різниця при порівнянні отримана у групах осіб віком до 40 років та міських мешканців.

Рівень інформованості про здоров'язбережувальну поведінку, який надавався у лікарській амбулаторії був доволі низьким (24,76±2,12%), вищим він спостерігався серед мешканців сільської місцевості (32,88±3,15% проти 15,46±2,60% у містах,  $p \leq 0,001$ ).

**Шляхи отримання інформації про здоровий спосіб життя респондентами - мешканцями Мукачівського району Закарпатської області**

	Всього опитаних	Отримували інформацію про здоровий спосіб життя (абс./%, P±m):					
		Всього дали ствердну відповідь	в т. ч. від:				Такої інформації не отримували
			медичних працівників амбулаторії	медичних працівників інших медичних закладів	із засобів масової інформації (інтернет, преса, телебачення)	інші джерела інформації	
Всі респонденти	483	416 /86,13±1,57	103 /24,76±2,12	50 /12,02±1,59	235* /56,49±2,43	28 /6,73±1,23	67 /13,87±1,57
До 40 років	192	163 /84,90±2,58	32 /19,63±3,11	13 /7,98±2,12	105* /64,41±3,75	13 /7,98±2,12	29 /15,10±2,58
40-60 років	178	147 /82,58±2,84	38 /25,85±3,61	24 /16,33±3,05	74 /50,34±4,12	11 /7,48±2,17	31 /17,42±2,84
Більше 60 років	113	106 /93,81±2,27	33 /31,13±4,50	13 /12,26±3,19	56 /52,82±4,85	4 /3,78±1,85	7 /6,19±2,27
Місто	233	194 /83,26±2,45	30** /15,46±2,60	26 /13,40±2,45	121* /62,37±3,48	17 /8,76±2,03	39 /16,74±2,45
Сільська місцевість	250	222 /88,80±1,99	73** /32,88±3,15	24 /10,81±2,08	114 /51,35±3,35	11 /4,95±1,46	28 /11,20±1,99

Примітка:

\* достовірна різниця -  $p \leq 0,05$  у порівнянні часток осіб, які найчастіше інформацію про здоровий спосіб життя почерпали з інтернету, преси та телевізійних програм

\*\* достовірна різниця -  $p \leq 0,05$  у порівнянні часток осіб мешканців сільської місцевості та міст, які почерпали інформацію про здоровий спосіб життя від медичних працівників амбулаторії

Порівняння даних про стан інформованості щодо здорового способу життя за віковими групами свідчить про зростання рівня отримання такої інформації від медичних працівників амбулаторій особами старших вікових груп (відповідно, 19,63±3,11%; 25,85±3,61%; 31,13±4,50%).

На запитання «Чи задовольняє Вас робота медичних працівників щодо пропаганди здорового способу життя?» респонденти, які в анкетах вказували, що отримували інформацію про здоровий спосіб життя від медичних працівників, а це 153 особи, зазначили, що вони у 51,63±4,04% - повністю і у 33,33±3,81% скоріше «так» - задоволені цією інформацією ( $p \leq 0,001$ ).

Оцінка поведінки населення при появі ознак захворювання (табл. 4.4)

показала, що  $52,38 \pm 2,27\%$  ( $p \leq 0,0001$ ) респондентів звертались за медичною допомогою у лікарську амбулаторію, в цей же час практично 10% опитаних вказали, що не лікуються або ж лікуються самостійно, в т. ч. керуючись порадами своїх знайомих.

Таблиця 4.4.

**Поведінка респондентів - мешканців Мукачівського району  
Закарпатської області при появі ознак захворювання**

Групи респондентів	Всього дали відповідь	звертались за допомогою у (абс. / %, $P \pm m$ ):				«лікуюсь сам», в т.ч. «керуюсь порадами своїх знайомих»	«не лікуюсь»
		лікарську амбулаторію	лікарню	приватний медичний заклад	до знайомого лікаря		
Всі респонденти	483	253 / 52,38 $\pm 2,27$	117 / 24,22 $\pm 1,95$	30 / 6,21 $\pm 1,10$	35 / 7,25 $\pm 1,18$	44 / 9,11 $\pm 1,31$	4 / 0,83 $\pm 0,41$
До 40 років	192	103 / 53,65 $\pm 3,60$	49 / 25,52 $\pm 3,15$	14 / 7,29 $\pm 1,88$	14 / 7,29 $\pm 1,88$	12 / 6,25 $\pm 1,75$	-
40-60 років	178	87 / 48,88 $\pm 3,75$	43 / 24,16 $\pm 3,21$	8 / 4,49 $\pm 1,55$	17 / 9,55 $\pm 2,20$	21 / 11,80 $\pm 2,42$	2 / 1,12 $\pm 0,79$
Більше 60 років	113	63 / 55,75 $\pm 4,67$	25 / 22,12 $\pm 3,90$	8 / 7,08 $\pm 2,41$	4 / 3,54 $\pm 1,74$	11 / 9,73 $\pm 2,79$	2 / 1,77 $\pm 1,24$
Міські поселення	233	102 / 43,78 $\pm 3,25$	67 / 28,76 $\pm 2,97$	18 / 7,73 $\pm 1,75$	22 / 9,44 $\pm 1,92$	23 / 9,88 $\pm 1,95$	1 / 0,43 $\pm 0,43$
Сільська місцевість	250	151 / 60,40 $\pm 3,09$	50 / 20,00 $\pm 2,53$	12 / 4,80 $\pm 1,35$	13 / 5,20 $\pm 1,40$	21 / 8,40 $\pm 1,75$	3 / 1,20 $\pm 0,69$

Щодо вікових особливостей – така поведінка була більше властива особам після 60 років ( $55,75 \pm 4,67\%$ ,  $p \leq 0,001$ ). В цей же час мешканці сіл достовірно частіше за міських жителів звертались за лікарською допомогою в амбулаторію загальної практики ( $60,40 \pm 3,09\%$  проти  $43,78 \pm 3,25\%$ ,  $p \leq 0,0001$ ).

Треба зазначити, що значний вплив на рівень медичних інформаційних компетенцій мають обрані джерела медичної інформації, що є важливим для оцінки якості інформації, яку отримують та використовують користувачі. Неналежне використання медичної інформації (зокрема тієї, що доступна в

Інтернеті) може мати негативні наслідки для її користувачів і всієї системи охорони здоров'я [40]. Отримані нами результати та дані інших дослідників [26] вказують на подальшу потребу в проведенні первинних досліджень щодо впливу та використання інформаційно-комунікаційних технологій на спосіб життя населення, для сприяння здоров'ю, особливо серед дорослих у країнах із низьким і середнім рівнем доходу, де є тривожна статистика щодо смертності та інвалідності населення.

#### 4.6. Самооцінка рівня здоров'я

Визначення рівня самооцінки населенням свого здоров'я та способу життя є одним із факторів, який зумовлює формування потреби населенням піклуватися про власне здоров'я і вести здоровий спосіб життя.

Нами встановлено, що майже половина респондентів ( $44,31 \pm 2,26\%$ ,  $p \leq 0,005$ ) не могли оцінити стан свого здоров'я і зазначили його як середній - «не добрий і не поганий» (рис.4.3). На хороший рівень свого здоров'я вказало 206 осіб ( $42,65 \pm 2,25\%$ ), а на «поганий» та «дуже поганий» 63 респонденти ( $13,04 \pm 1,53\%$ ).

На основі отриманих результатів при самооцінці власного здоров'я за статтю та віком виявлено наступні характерні особливості, що представлені у таблиці 4.5.

На добру та дуже добру оцінку власного здоров'я вказало  $42,65 \pm 2,25\%$  ( $p \leq 0,005$ ) всіх респондентів, у більшому відсотку таке зазначили жінки ( $44,61 \pm 3,03\%$ , чоловіки -  $40,19 \pm 3,35\%$ ). За віковим поділом різниці в оцінці власного здоров'я у чоловіків та жінок у віці 18-39 та 40-59 років практично не встановлено, а у віковій групі 60 і більше років така оцінка виявилась більшою у жінок  $28,30 \pm 6,19\%$  (у чоловіків  $23,34 \pm 5,46\%$ ).

Погана та дуже погана оцінка власного здоров'я була зазначена  $13,04 \pm 1,53\%$  респондентів, достовірної різниці за статтю не встановлено, щодо вікових груп такий рівень оцінки найвищим був у осіб 60 і більше років: серед жінок у  $41,51 \pm 6,77\%$ , а серед чоловічого населення –  $35,00 \pm 6,16\%$  ( $p \geq 0,05$ ).

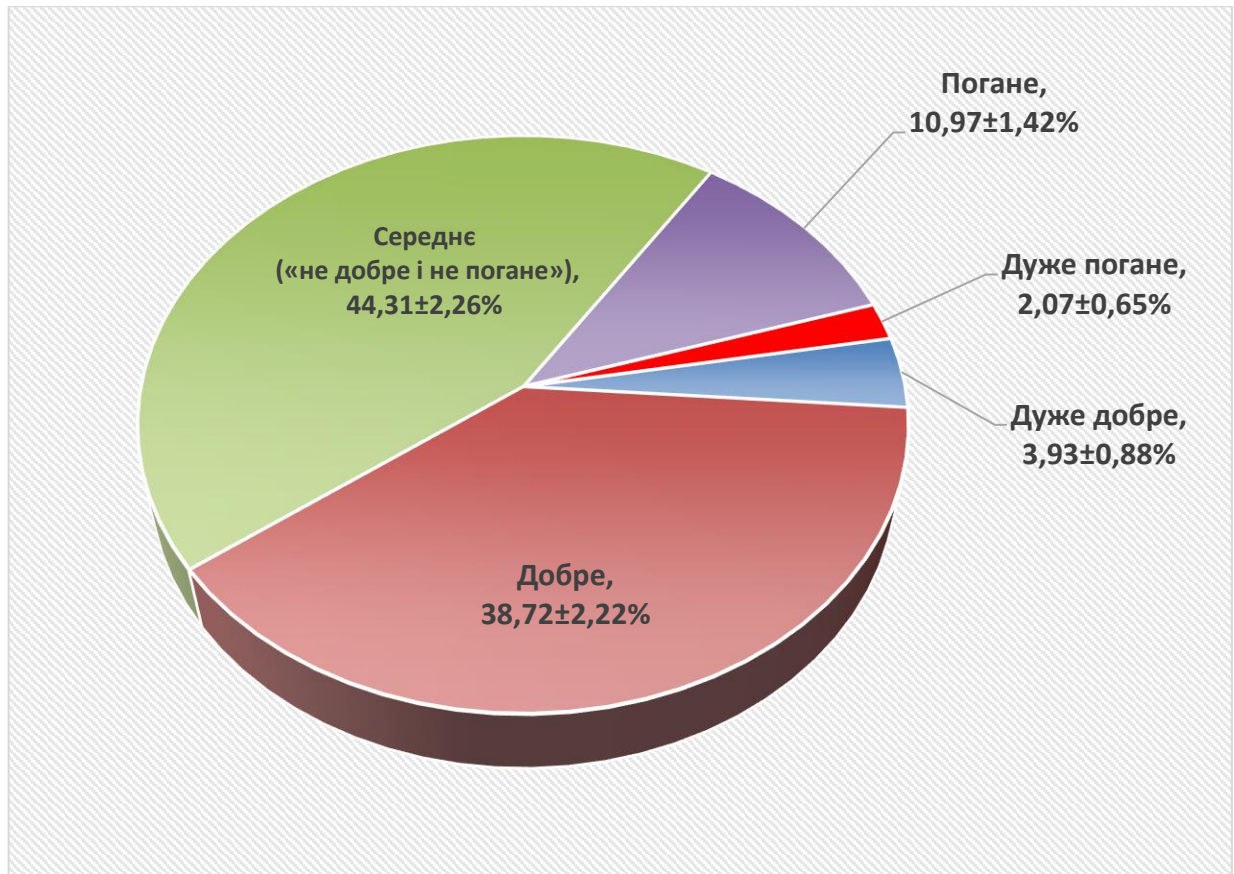


Рис. 4.3. Результати самооцінки здоров'я мешканцями району

Аналіз результатів опитування щодо самооцінки власного здоров'я мешканців району залежно від місця проживання показав (табл. 4.6), що на поганий та дуже поганий стан здоров'я вказало  $18,00 \pm 2,43\%$  мешканців сільської місцевості і це було достовірно частіше зазначено ніж міськими жителями ( $7,73 \pm 1,75\%$ ,  $p \leq 0,001$ ). В цей же час містяни дещо частіше вказували на добрий та дуже добрий стан власного здоров'я ( $45,06 \pm 3,26\%$  проти  $40,40 \pm 3,10\%$ ,  $p \geq 0,05$ ). При порівнянні отриманих даних за статтю респондентів – жінки у сільській місцевості достовірно частіше зазначали поганий та дуже поганий стан власного здоров'я:  $19,86 \pm 3,42\%$  ( $p \leq 0,001$ ) проти  $5,26 \pm 1,94\%$  у жительок міст, з них більше половини ( $51,43 \pm 9,62\%$ ) мали вік 60 та більше років. Серед чоловічого населення такої достовірної різниці не встановлено, відповідно  $15,79 \pm 3,42\%$  та  $11,00 \pm 3,13\%$  ( $p \geq 0,05$ ). Без достовірної різниці і у порівнянні за віковими групами: чоловіки 60 років та старші, які проживали у сільській місцевості, у  $38,09 \pm 7,65\%$  вказали на поганий та дуже поганий стан власного здоров'я (міські чоловіки таке зазначили

у  $27,78 \pm 10,56\%$ ,  $p \geq 0,05$ ).

Таблиця 4.5.

**Результати самооцінки здоров'я респондентами - мешканцями  
Мукачівського району Закарпатської області за статтю та віком**

	Всього	Стан здоров'я (абс. / $P \pm m$ , %)					p
		Дуже добрий	Добрий	Задовільний	Поганий	Дуже поганий	
Всі респонденти	483	19 / 3,93 $\pm 0,88$	187 / 38,72 $\pm 2,22$	214 / 44,31 $\pm 2,26$	53 / 10,97 $\pm 1,42$	10 / 2,07 $\pm 0,65$	*
<b>Чоловіки</b>	214	7 / 3,27 $\pm 1,22$	79 / 36,92 $\pm 3,30$	99 / 46,26 $\pm 3,41$	22 / 10,28 $\pm 2,08$	7 / 3,27 $\pm 1,22$	*
18-39 років	67	3 / 4,48 $\pm 2,53$	38 / 56,72 $\pm 6,05$	25 / 37,31 $\pm 5,91$	1 / 1,49 $\pm 1,48$	0 / 0,00	*
40-59 років	87	3 / 3,45 $\pm 1,96$	28 / 32,18 $\pm 5,01$	49 / 56,32 $\pm 5,32$	5 / 5,75 $\pm 2,50$	2 / 2,30 $\pm 1,61$	*
60 і більше	60	1 / 1,67 $\pm 1,65$	13 / 21,67 $\pm 5,32$	25 / 41,67 $\pm 6,36$	16 / 26,67 $\pm 5,71$	5 / 8,33 $\pm 3,57$	
<b>Жінки</b>	269	12 / 4,46 $\pm 1,26$	108 / 40,15 $\pm 2,99$	115 / 42,75 $\pm 3,02$	31 / 11,52 $\pm 1,95$	3 / 1,12 $\pm 0,64$	*
18-39 років	125	5 / 4,00 $\pm 1,75$	70 / 56,00 $\pm 4,44$	45 / 36,00 $\pm 4,29$	5 / 4,00 $\pm 1,75$	0 / 0,00	*
40-59 років	91	3 / 3,30 $\pm 1,87$	27 / 29,67 $\pm 4,79$	54 / 59,34 $\pm 5,15$	7 / 7,69 $\pm 2,79$	0 / 0,00	*
60 і більше	53	4 / 7,55 $\pm 3,63$	11 / 20,75 $\pm 5,57$	16 / 30,19 $\pm 6,31$	19 / 35,85 $\pm 6,59$	3 / 5,66 $\pm 3,17$	

Примітка: \* достовірна різниця ( $p \leq 0,05$ ) у порівнянні поміж часткою осіб, які оцінили стан власного здоров'я як «поганий» та «дуже поганий» з часткою осіб, які зазначили стан свого здоров'я як «дуже добрий» та «добрий»

Таблиця 4.6.

**Результати самооцінки здоров'я респондентами - мешканцями  
Мукачівського району Закарпатської області за місцем проживання,  
статтю та віком**

	Всього	Стан здоров'я (абс. / $P \pm m$ , %)					p
		Дуже добрий	Добрий	Задовільний	Поганий	Дуже поганий	
1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Міські поселення</b>	233	9 / 3,86 $\pm 1,26$	96 / 41,20 $\pm 3,22$	110 / 47,21 $\pm 3,27$	16 / 6,87 $\pm 1,66$	2 / 0,86 $\pm 0,60$	*

Таблиця 4.6. (продовження)

1	2	3	4	5	6	7	8
Чоловіки	100	3 / 3,00 ±1,71	42 / 42,00 ±4,94	44 / 44,00 ±4,96	9 / 9,00 ±2,86	2 / 2,00 ±1,40	*
18-39 років	35	1 / 2,86 ±2,82	23 / 65,71 ±8,02	10 / 28,57 ±7,64	1 / 2,86 ±2,82	-	*
40-59 років	47	2 / 4,26 ±2,95	15 / 31,91 ±6,80	25 / 53,19 ±7,28	4 / 8,51 ±4,07	1 / 2,13 ±2,11	*
60 і більше	18	-	4 / 22,22 ±9,80	9 / 50,00 ±11,79	4 / 22,22 ±9,80	1 / 5,56 ±5,40	
Жінки	133	6 / 4,51 ±1,80	54 / 40,60 ±4,26	66 / 49,62 ±4,34	7 / 5,26 ±1,94	-	*
18-39 років	69	3 / 4,35 ±2,46	38 / 55,07 ±5,99	27 / 39,13 ±5,88	1 / 1,45 ±1,44	-	*
40-59 років	46	3 / 6,52 ±3,64	10 / 21,74 ±6,08	31 / 67,39 ±6,91	2 / 4,35 ±3,01	-	*
60 і більше	18	-	6 / 33,33 ±11,11	8 / 44,44 ±11,71	4 / 22,22 ±9,80	-	
<b>Сільська місцевість</b>	250	10 / 4,00 ±1,24	91 / 36,40 ±3,04	104 / 41,60± 3,12	37 / 14,80 ±2,25	8 / 3,20 ±1,11	*
Чоловіки	114	4 / 3,51 ±1,72	37 / 32,46 ±4,39	55 / 48,25 ±4,68	13 / 11,40 ±2,98	5 / 4,39 ±1,92	*
18-39 років	32	2 / 6,25 ±4,28	15 / 46,88 ±8,82	15 / 46,88 ±8,82	-	-	*
40-59 років	40	1 / 2,50 ±2,47	13 / 32,50 ±7,41	24 / 60,00 ±7,75	1 / 2,50 ±2,47	1 / 2,50 ±2,47	*
60 і більше	42	1 / 2,38 ±2,35	9 / 21,43 ±6,33	16 / 38,10 ±7,49	12 / 28,57 ±6,97	4 / 9,52 ±4,53	
Жінки	136	6 / 4,41 ±1,76	54 / 39,71 ±4,20	49 / 36,03 ±4,12	24 / 17,65 ±3,27	3 / 2,21 ±1,26	*
18-39 років	56	2 / 3,57 ±2,48	32 / 57,14 ±6,61	18 / 32,14 ±6,24	4 / 7,14 ±3,44	-	*
40-59 років	45	-	17 / 37,78 ±7,23	23 / 51,11 ±7,45	5 / 11,11 ±4,68	-	*
60 і більше	35	4 / 11,43 ±5,38	5 / 14,29 ±5,92	8 / 22,86 ±7,10	15 / 42,86 ± 8,36	3 / 8,57 ±4,73	*

Примітка: \* достовірна різниця ( $p \leq 0,05$ ) у порівнянні поміж часткою осіб, які оцінили стан власного здоров'я як «поганий» та «дуже поганий» з часткою осіб, які зазначили стан свого здоров'я як «дуже добрий» та «добрий»

#### Висновки до розділу 4

Важливим чинником впливу соціально-економічних, культурних та



психологічних детермінант здоров'я на індивідуальному рівні є спосіб та якість життя населення і її надважлива складова – суб'єктивне відчуття здоров'я.

Встановлено, що більшість мешканців району задоволені своїми умовами проживання. Частота та якість харчування опитаних респондентів була у задовільному стані.

Психоемоційний стан респондентів у більшому ступені був пов'язаний з незадовільним матеріальним станом, особливо у осіб з вищою чи середньою спеціальною освітою.

Встановлено доволі високий відсоток серед респондентів осіб, які курять та вживають алкогольні напої. У більшій половині опитаних зазначено вплив на стан здоров'я цих шкідливих звичок: респонденти вказали на не визначений, поганий та дуже поганий стан власного здоров'я. Серед курців та осіб, які раніше курили, переважають респонденти віком після 40 років та з середньою спеціальною освітою. Більше половини опитаних, які курять та вживають алкоголь, зазначили наявність у них психоемоційних розладів. При цьому у частини опитаних, які курять та які вживають алкоголь, спостерігається оманливе враження: вони вважають, що ведуть здоровий спосіб життя.

Щодо способу життя – одна п'ята респондентів самокритично зазначила, що не ведуть здоровий спосіб життя, а значна кількість опитаних не змогли визначитись з відповіддю на таке запитання. Найчастішим джерелом інформації про здоровий спосіб життя виступав інтернет, преса та телевізійні програми. Такі достовірні дані отримані при порівнянні у групах осіб віком до 40 років та міських мешканців. Рівень інформованості про здоров'язберезувальну поведінку, який надавався у лікарській амбулаторії, був на недостатньому рівні, вищим він був серед мешканців сільської місцевості та осіб старших вікових груп.

Оцінка поведінки населення при появі ознак захворювання показала, що половина респондентів звертались за медичною допомогою у лікарську амбулаторію, що більш характерним було для осіб віком після 60 років та мешканців сільської місцевості.

Менше половини респондентів суб'єктивно оцінили стан свого здоров'я як добрий та дуже добрий, що вказує на недостатню увагу населення власному здоров'ю. В цей же час одна п'ята опитаних самокритично зазначили, що не ведуть здоровий спосіб життя, а з їх числа відповідно тільки одна третя вказали на добрий та дуже добрий стан свого здоров'я. Достовірно частіше на поганий та дуже поганий стан власного здоров'я вказували мешканці сільської місцевості. Оцінка власного здоров'я особами старше 60 років не дала достовірних результатів, окрім у групі жінок, які проживають у сільській місцевості, що вказує на більш скрупульозне оцінювання стану здоров'я.

Визначення рівня самооцінки населенням способу життя та свого здоров'я є одним із факторів, які зумовляють у населення потребу піклуватися про власне здоров'я і дотримуватись здоров'язбережувальної поведінки, водночас виступає як основа для стратегічного планування організації медичної допомоги населенню.

#### **Матеріали розділу викладенні у наступних наукових працях:**

- Мілашовська В. О. Рівень життя та здоров'я: самооцінка мешканцями адміністративного району. *Україна. Здоров'я нації*. 2022. №3(69). С. 12-16. DOI: 10.24144/2077-6594.3.1.2022.266022;

- Мілашовська В. О., Любінець О. В. Оцінка власного здоров'я та інформованість про здоров'язбережувальну поведінку. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2023. №1. С. 20-26. DOI: 10.11603/1681-2786.2023.1.13703;

- Мілашовська В. О., Любінець О. В. Оцінка впливу культурних детермінант індивідуального рівня на стан здоров'я громади. *Українські медичні вісті. Матеріали XIX конгресу СФУЛТ 27-29.10.2022 та історико-термінологічної конференції ВУЛТ 30.06.2022*. Т.14, № 3-4 (92-93). С. 151.

- Lyubinets Oleh, Miłaszowska Wiktoria. Behavioral risks to healthie. *Międzynarodowa konferencja naukowa: Dni medycyny społecznej i zdrowia publicznego. Polska 2022 - Ostatnie doświadczenia i obecne wyzwania. Krakowska*

Wyższa Szkoła Promocji Zdrowia. 13.10.2022 r. - 15.10.2022 r. *Streszczenia*. 2022.  
S. 95-96.

## **РОЗДІЛ 5.**

### **ОЦІНКА ЛІКАРЯМИ, В Т. Ч. ОРГАНІЗАТОРАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПРОБЛЕМ ТА ВИКЛИКІВ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В РЕЗУЛЬТАТІ ПРОВЕДЕННЯ АДМІНІСТРАТИВНОЇ РЕФОРМИ**

Система охорони здоров'я в Україні перебуває у складному становищі. Найважливішими серед проблем, що постали на сучасному етапі розвитку вітчизняної охорони здоров'я є організаційно-економічні проблеми. Це, насамперед, такі, як: формування оптимального ресурсного потенціалу системи охорони здоров'я та суспільно необхідної структури медичних кадрів; визначення та пошук можливих і необхідних обсягів фінансування, інновацій та інвестицій; вдосконалення територіальної організації медичних закладів у зв'язку з проведенням адміністративної реформи, коли відбувається зміна території обслуговування населення та є потреба в уніфікації роботи закладу; покращення територіальної доступності медичної допомоги, тобто вдосконалення регіональної політики у сфері охорони здоров'я.

З метою отримання фахової інформації щодо медико-соціальних процесів часто використовується система логічно-послідовних методологічних, методичних та організаційно-технічних процедур або соціологічне дослідження [48, 100, 138, 140, 196]. Так, для дослідження пріоритетів у проведенні структурних реформ у галузі охорони здоров'я, в т. ч. впливу адміністративно-територіальної реформи у 2021-2022 роках нами на четвертому етапі дослідження, відповідно до розробленої програми, проведено опитування слухачів циклів підвищення кваліфікації, які проходили навчання на кафедрі громадського здоров'я факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

В опитуванні взяли участь 527 респондентів, лікарів та спеціалістів за фахом «Організація і управління охороною здоров'я» (табл. 5.1). За рівнем кваліфікаційної категорії з організації та управління охороною здоров'я

поділялись наступним чином: вищу категорію мали – 175 осіб (33,21%), першу – 19 (3,61%), другу – 12 (2,28%), сертифікат спеціаліста – 321 особа (60,90%).

Таблиця 5.1.

**Дані про респондентів, що прийняли участь  
в соціологічному дослідженні**

	1 група (стаж з ОУОЗ більше 20 років)		2 група (стаж з ОУОЗ 5-20 років)		3 група (стаж з ОУОЗ до 5 років)		Разом	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<b>Всього</b>	94	17,84	154	29,22	279	52,94	527	100
<b>Вік (середній)</b>	61,1		47,7		41,2		46,64	
<b>Середній стаж</b>	29,52		11,15		1,67		9,39	
<b>Стать:</b>								
Ч	51	54,26	67	43,51	106	37,99	224	42,50
Ж	43	45,74	87	56,49	173	62,01	303	57,50
<b>Кваліфікаційна категорія:</b>								
вища	81	86,17	81	52,60	13	4,66	175	33,21
I	1	1,06	14	9,09	4	1,43	19	3,61
II	1	1,06	6	3,90	5	1,79	12	2,28
Сертифікат спеціаліста	11	11,71	42	34,41	257	92,12	321	60,90
<b>Посада:</b>								
Головний лікар	34	36,17	48	31,17	48	17,20	130	24,67
Заступник головного лікаря	29	30,85	58	37,66	100	35,84	187	35,48
Лікарі / резерв керівних кадрів	31	32,98	48	31,17	131	46,96	210	39,85

Серед опитаних: 42,50% чоловіків та 57,50% жінок.

Поділ за стажем роботи в охороні здоров'я за фахом «Організація і управління охороною здоров'я» слугував формуванню 3 груп респондентів: 1-а група – 94 (17,84%) особи (період роботи організатором охорони здоров'я більше 20 років), 2-а група – 154 (29,22%) особи зі стажем роботи 5-20 років, 3-я група – 279 (52,94%) респонденти зі стажем на керівній посаді до 5 років. Рівень практики та кваліфікації учасників опитування кваліфікуємо як високий, що підтверджує середній стаж роботи опитаних (9,39 років) та наявність у 33,21% з них вищої кваліфікаційної категорії. 130 (24,67%) учасників опитування займали посади першого керівника закладу, 187 (35,48%) – заступника керівника. 210 респондентів (39,85%) це підготовлений резерв керівних кадрів.

Дві компоненти: «ключові проблеми системи охорони здоров'я» та «проблеми, що потребують першочергового вирішення при проведенні реформування» є надзвичайно важливими з точки зору рівня знань організаторів охорони здоров'я, які повинні в процесі управлінської діяльності вміти виокремити основні проблеми та реалізовувати кроки з їх елімінації; досліджувати проблему, інтерпретувати одержані результати, робити висновки; демонструвати практичне застосування методології аналізу досягнення кінцевих цілей державної політики у сфері охорони здоров'я; розробляти стратегічний план діяльності закладу, володіти методикою стратегічного планування; забезпечити систему взаємодії з органами управління місцевої влади, суміжними медичними закладами.

Респонденти всіх груп при оцінюванні проблем у системі охорони здоров'я України (табл. 5.2) виділили базову, основну проблему – це «недостатність фінансових ресурсів для забезпечення ефективної діяльності системи охорони здоров'я з державних джерел фінансування», на що вказали  $78,56 \pm 1,79\%$  ( $p \leq 0,005$ ) опитаних. Наступні місця за важливістю – це «недосконалість законодавчої та нормативно-правової бази щодо регулювання відносин у системі охорони здоров'я» ( $46,87 \pm 2,17\%$ ,  $p \leq 0,05$ ) та «відсутність розуміння на всіх рівнях законодавчої та виконавчої влади щодо місця системи охорони здоров'я

у суспільстві» ( $40,42 \pm 2,14\%$ ,  $p \geq 0,05$ ).

Таблиця 5.2.

**Оцінка респондентами ключових проблем системи охорони  
здоров'я України ( $P \pm m$ , %)**

<b>Ключові проблеми системи охорони здоров'я в Україні</b>	<b>Разом (527)</b>	<b>1-а група (94)</b>	<b>2-а група (154)</b>	<b>3-я група (279)</b>
недостатність фінансових ресурсів для забезпечення ефективної діяльності системи охорони здоров'я з державних джерел фінансування	78,56±1,79	77,66±4,30	79,22±3,27	78,49±2,46
недосконалість законодавчої та нормативно-правової бази щодо регулювання відносин у системі охорони здоров'я	46,87±2,17	46,81±5,15	43,51±4,00	48,75±2,99
відсутність розуміння на всіх рівнях законодавчої та виконавчої влади щодо місця системи охорони здоров'я у суспільстві	40,42±2,14	46,81±5,15	37,66±3,90	39,78±2,93
гальмування запровадження системи загальнообов'язкового соціального медичного страхування	32,26±2,04	40,43±5,06	31,82±3,75	29,75±2,74
невідповідність діючої моделі охорони здоров'я вимогам ринкової економіки	29,22±1,98	32,98±4,85	27,27±3,59	29,03±2,72
низький рівень фахової підготовки медичних працівників	12,71±1,45	7,45±2,71	10,99±2,52	15,77±2,18
функціонування відомчих систем охорони здоров'я	6,07±1,04	8,51±2,88	7,79±2,16	4,30±1,21
наявність корупції на всіх рівнях медичного управління	18,22±1,68	8,51±2,88	17,53±3,06	21,86±2,47
наявність "квazіринку" в державних і комунальних медичних закладах, від чого залишаються у програші як самі медичні заклади, держава, так і громадське здоров'я	13,85±1,50	13,83±3,56	16,23±2,97	12,54±1,98

До ключових проблем  $32,26 \pm 2,04\%$  ( $p \geq 0,05$ ) респондентів віднесли гальмування запровадження системи загальнообов'язкового соціального медичного страхування. А  $18,22 \pm 1,68\%$  ( $p \geq 0,05$ ) опитаних ключовою проблемою зазначили наявність корупції на всіх рівнях медичного управління.

До особливостей відповідей в окремих групах необхідно зазначити більш виражену позицію респондентів 1-ої групи (керівники з великим досвідом роботи) щодо «відсутність розуміння на всіх рівнях законодавчої та виконавчої влади щодо місця системи охорони здоров'я у суспільстві»  $46,81 \pm 5,15\%$  та щодо «гальмування запровадження системи загальнообов'язкового соціального медичного страхування»  $40,43 \pm 5,06\%$ . В цей же час респонденти 3-ої групи (молодший за стажем контингент опитаних) у більшій мірі вказали на «наявність корупції на всіх рівнях медичного управління»  $21,86 \pm 2,47\%$  та «низький рівень фахової підготовки медичних працівників»  $15,77 \pm 2,18\%$ .

Оцінка респондентами справ першочергового вирішення при проведенні реформ у системі охорони здоров'я України (табл. 5.3) позначилась наступним чином від найважливіших: це – підготовка стратегічних планів функціонування системи охорони здоров'я, як на рівні держави, так і на місцевому рівні, в т. ч. з використання фінансових, матеріально-технічних та кадрових ресурсів  $63,57 \pm 2,10\%$  ( $p \leq 0,005$ ); – встановлення ступеня оплати праці та соціального захисту медичних працівників на середньоєвропейському рівні  $55,98 \pm 2,16\%$  ( $p \leq 0,005$ ); – підвищення уваги до профілактичного спрямування надання медичної допомоги  $35,86 \pm 2,09\%$  ( $p \leq 0,005$ ). Серед інших проблем слід відзначити «визначення на рівні держави ВИДУ системи охорони здоров'я в умовах країни з ринковими перетвореннями»  $33,21 \pm 2,05\%$  ( $p \geq 0,05$ ) та «підвищення рівня доступності та якості медичної допомоги»  $32,26 \pm 2,04\%$  ( $p \geq 0,05$ ).

При порівнянні за групами – респонденти 1-ї групи найбільшою мірою ніж у інших групах зазначили необхідність «підготовки стратегічних планів функціонування системи охорони здоров'я, як на рівні держави, так і на місцевому рівні, в т. ч. з використання фінансових, матеріально-технічних та кадрових ресурсів»  $70,21 \pm 4,72\%$  та «визначення на рівні держави ВИДУ системи



охорони здоров'я в умовах країни з ринковими перетвореннями»  $39,36 \pm 5,04\%$ .

Таблиця 5.3.

**Оцінка респондентами проблем, що потребують першочергового вирішення при реформуванні галузі охорони здоров'я України ( $P \pm m$ , %)**

<b>Проблеми першочергового вирішення при реформуванні галузі</b>	<b>Разом (527)</b>	<b>1-а група (94)</b>	<b>2-а група (154)</b>	<b>3-я група (279)</b>
визначення на рівні держави ВИДУ системи охорони здоров'я в умовах країни з ринковими перетвореннями	33,21 $\pm$ 2,05	39,36 $\pm$ 5,04	32,47 $\pm$ 3,77	31,54 $\pm$ 2,78
підвищення поінформованості медичної громадськості та населення про реформи, що відбуваються у сфері охорони здоров'я	25,81 $\pm$ 1,91	28,72 $\pm$ 4,67	22,08 $\pm$ 3,34	26,88 $\pm$ 2,65
підготовка стратегічних планів функціонування системи охорони здоров'я, як на рівні держави, так і на місцевому рівні, в т. ч. з використання фінансових, матеріально-технічних та кадрових ресурсів	63,57 $\pm$ 2,10	70,21 $\pm$ 4,72	59,09 $\pm$ 3,96	63,80 $\pm$ 2,88
підвищення уваги до профілактичного спрямування надання медичної допомоги	35,86 $\pm$ 2,09	36,17 $\pm$ 4,96	35,06 $\pm$ 3,85	36,20 $\pm$ 2,88
підвищення рівня доступності та якості медичної допомоги	32,26 $\pm$ 2,04	30,85 $\pm$ 4,76	34,42 $\pm$ 3,83	31,54 $\pm$ 2,78
запровадження системи незалежної медичної експертизи	14,42 $\pm$ 1,53	13,83 $\pm$ 3,56	14,29 $\pm$ 2,82	14,70 $\pm$ 2,12
встановлення ступеня оплати праці та соціального захисту медичних працівників на середньоєвропейському рівні	55,98 $\pm$ 2,16	55,32 $\pm$ 5,13	59,09 $\pm$ 3,96	54,48 $\pm$ 2,98
перехід на систему ліцензування та акредитації медичної практики	10,25 $\pm$ 1,32	8,51 $\pm$ 2,88	10,39 $\pm$ 2,46	10,75 $\pm$ 1,85

Респонденти 2-ої групи у більшій частині ніж у інших групах вказали на

«підвищення рівня доступності та якості медичної допомоги»  $34,42 \pm 3,83\%$  та на «встановлення ступеня оплати праці та соціального захисту медичних працівників на середньоєвропейському рівні»  $59,09 \pm 3,96\%$ .

При проведенні дослідження опитаних попросили оцінити «Важливість окремих елементів до державного стратегічного плану розвитку системи охорони здоров'я України» (табл. 5.4). Із загальної кількості опитаних осіб найвищу підтримку було висловлено щодо «Впровадження жорстких методів контролю за безпечністю води, харчових продуктів і середовища життєдіяльності»  $94,31 \pm 1,01\%$ , «Пріоритетності у забезпеченні здоров'я матері та дитини, статевого, репродуктивного та психічного здоров'я»  $92,03 \pm 1,18\%$  та «Розробці політики і стратегії в галузі профілактики хвороб, охорони та промоції здоров'я на найближчу та дальшу перспективу»  $88,43 \pm 1,39\%$ .

Таблиця 5.4.

**Оцінка організаторами охорони здоров'я стратегічних напрямків проведення реформи системи охорони здоров'я в Україні ( $P \pm m$ , %)**

Стратегічні напрямки / оцінка	Разом (527)	1-а група (94)	2-а група (154)	3-я група (279)
1	2	3	4	5
Подальший розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини у напрямку підтримки приватної практики первинної медичної допомоги:				
Підтримую	$64,71 \pm 2,08$	$57,42 \pm 5,10$	$63,64 \pm 3,88$	$67,74 \pm 2,80$
Не підтримую	$12,33 \pm 1,43$	$9,57 \pm 3,03$	$12,34 \pm 2,65$	$13,26 \pm 2,03$
Не визначився /лась	$14,04 \pm 1,51$	$24,47 \pm 4,43$	$12,99 \pm 2,71$	$11,47 \pm 1,91$
Не можу оцінити у зв'язку з недостатньою поінформованістю	$8,92 \pm 1,24$	$8,51 \pm 2,88$	$11,04 \pm 2,53$	$7,53 \pm 1,58$
Розробка політики і стратегії в галузі профілактики хвороб, охорони та промоції здоров'я на найближчу та дальшу перспективу:				
Підтримую	$88,43 \pm 1,39$	$84,04 \pm 3,78$	$90,26 \pm 2,39$	$88,89 \pm 1,88$
Не підтримую	$1,14 \pm 0,46$	$2,13 \pm 1,49$	$1,30 \pm 0,91$	$0,72 \pm 0,51$
Не визначився /лась	$6,26 \pm 1,06$	$9,57 \pm 3,03$	$5,84 \pm 1,89$	$5,38 \pm 1,35$

Таблиця 5.4. (продовження)

1	2	3	4	5
Не можу оцінити у зв'язку з недостатньою поінформованістю	4,17±0,87	4,26±2,08	2,60±1,28	5,02±1,31
Удосконалення та подальший розвиток структур громадського здоров'я:				
Підтримую	85,96±1,51	81,91±3,97	83,12±3,02	88,89±1,88
Не підтримую	1,52±0,53	1,06±1,06	1,95±1,11	1,43±0,71
Не визначився /лась	8,16±1,19	11,70±3,32	10,39±2,46	5,73±1,39
Не можу оцінити у зв'язку з недостатньою поінформованістю	4,36±0,89	5,32±2,31	4,55±1,68	3,94±1,16
Створення університетських лікарень на базі закладів охорони здоров'я або об'єднання потенціалу обласних лікарень та вищих медичних навчальних закладів:				
Підтримую	74,00±1,91	62,77±4,99	77,27±3,38	75,99±2,56
Не підтримую	3,80±0,83	5,32±2,31	5,19±1,79	2,51±0,94
Не визначився /лась	14,99±1,56	22,34±4,30	12,99±2,71	13,62±2,05
Не можу оцінити у зв'язку з недостатньою поінформованістю	7,21±1,13	9,57±3,03	4,55±1,68	7,89±1,61
Відновлення роботи санітарно-епідеміологічної служби:				
Підтримую	62,43±2,11	61,70±5,01	64,29±3,86	61,65±2,91
Не підтримую	17,84±1,67	26,60±4,56	14,29±2,82	16,85±2,24
Не визначився /лась	14,80±1,55	11,70±3,32	15,58±2,92	15,41±2,16
Не можу оцінити у зв'язку з недостатньою поінформованістю	4,93±0,94	0,00±0,00	5,84±1,89	6,09±1,43
Внесення змін до законодавства щодо ініціювання та сприяння громадським ініціативам, спрямованим на зменшення впливу критичних факторів ризику для здоров'я:				
Підтримую	75,33±1,88	73,40±4,56	75,97±3,44	75,63±2,57
Не підтримую	1,52±0,53	1,06±1,06	1,30±0,91	1,79±0,79
Не визначився /лась	15,75±1,59	18,09±3,97	15,58±2,92	15,05±2,14
Не можу оцінити у зв'язку з недостатньою поінформованістю	7,40±1,14	7,45±2,71	7,14±2,07	7,53±1,58
Впровадження жорстких методів контролю за безпечністю води, харчових продуктів і середовища життєдіяльності:				
Підтримую	94,31±1,01	96,81±1,81	94,16±1,89	93,55±1,47

Таблиця 5.4. (продовження)

1	2	3	4	5
Не підтримую	1,71±0,56	1,06±1,06	1,30±0,91	2,15±0,87
Не визначився /лась	1,33±0,50	1,06±1,06	1,95±1,11	1,08±0,62
Не можу оцінити у зв'язку з недостатньою поінформованістю	2,66±0,70	1,06±1,06	2,60±1,28	3,23±1,06
Пріоритет у забезпеченні здоров'я матері та дитини, статевого, репродуктивного та психічного здоров'я:				
Підтримую	92,03±1,18	91,49±2,88	91,56±2,24	92,47±1,58
Не підтримую	1,33±0,50	1,06±1,06	0,65±0,65	1,79±0,79
Не визначився /лась	4,74±0,93	4,26±2,08	6,49±1,99	3,94±1,16
Не можу оцінити у зв'язку з недостатньою поінформованістю	1,90±0,59	3,19±1,81	1,30±0,91	1,79±0,79
Приєднання відомчих закладів охорони здоров'я до єдиного лікарняного простору території:				
Підтримую	65,46±2,07	76,60±4,37	66,23±3,81	61,29±2,92
Не підтримую	8,54±1,22	5,32±2,31	7,14±2,07	10,39±1,83
Не визначився /лась	15,94±1,59	11,70±3,32	15,58±2,92	17,56±2,28
Не можу оцінити у зв'язку з недостатньою поінформованістю	10,06±1,31	6,38±2,52	11,04±2,53	10,75±1,85
Створення закладів охорони здоров'я медсестринського догляду:				
Підтримую	57,69±2,15	60,64±5,04	58,44±3,97	56,27±2,97
Не підтримую	7,02±1,11	7,45±2,71	4,55±1,68	8,24±1,65
Не визначився /лась	22,96±1,83	21,28±4,22	26,62±3,56	21,51±2,46
Не можу оцінити у зв'язку з недостатньою поінформованістю	12,33±1,43	10,64±3,18	10,39±2,46	13,98±2,08
Переведення окремих закладів охорони здоров'я на роботу в системі соціального забезпечення:				
Підтримую	52,18±2,18	54,26±5,14	55,84±4,00	49,46±2,99
Не підтримую	9,87±1,30	10,64±3,18	10,39±2,46	9,32±1,74
Не визначився /лась	24,10±1,86	25,53±4,50	20,78±3,27	25,45±2,61
Не можу оцінити у зв'язку з недостатньою поінформованістю	13,85±1,50	9,57±3,03	12,99±2,71	15,77±2,18

В цей же час з числа всіх респондентів практично одна четверта не змогли

визначитися щодо «Переведення окремих закладів охорони здоров'я на роботу в системі соціального забезпечення» ( $24,10 \pm 1,86\%$ ,  $p \leq 0,005$ ) та щодо «Створення закладів охорони здоров'я медсестринського догляду» ( $22,96 \pm 1,83\%$ ,  $p \leq 0,005$ ), та не змогли оцінити дані пропозиції до стратегічного плану розвитку – у зв'язку з недостатньою інформованістю у  $13,85 \pm 1,50\%$  ( $p \leq 0,05$ ) та  $12,33 \pm 1,43\%$  ( $p \leq 0,05$ ), відповідно.

Аналіз оцінки респондентами стратегічних напрямків реформування за групами опитаних показав, що високу підтримку «Удосконаленню та подальшому розвитку структур громадського здоров'я» дали учасники опитування 3-ої групи –  $88,89 \pm 1,88\%$  та у більшій мірі підтримали «Подальший розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини у напрямку підтримки приватної практики первинної медичної допомоги» –  $67,74 \pm 2,80\%$ . В цей же час організатори охорони здоров'я зі стажем роботи більше 20 років (1-а група) у  $76,60 \pm 4,37\%$  випадків підтримали «Приєднання відомчих закладів охорони здоров'я до єдиного лікарняного простору території», тоді як у інших групах більш помірковано оцінили цей напрямок реформування. Практично одна четверта опитаних 1-ої групи не підтримали – «Відновлення роботи санітарно-епідеміологічної служби» ( $26,60 \pm 4,56\%$ ,  $p \leq 0,005$ ) та не визначились з питань: «Створення університетських лікарень на базі закладів охорони здоров'я або об'єднання потенціалу обласних лікарень та вищих медичних навчальних закладів» ( $22,34 \pm 4,30\%$ ,  $p \geq 0,05$ ) і «Подальшого розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини у напрямку підтримки приватної практики первинної медичної допомоги» ( $24,47 \pm 4,43\%$ ,  $p \leq 0,05$ ).

В цілому, оцінювання організаторами охорони здоров'я стратегічних напрямків розвитку галузі показало, що у 755 випадках ( $13,02 \pm 0,51\%$ ,  $p \leq 0,005$ ) вони не змогли висловити свій погляд на ці напрямки у зв'язку з тим, що ще не встигли визначитися з даного питання, а у 409 випадках ( $7,06 \pm 0,39\%$ ,  $p \leq 0,005$ ) у зв'язку з недостатньою поінформованістю. В  $6,05 \pm 0,31\%$  ( $p \leq 0,05$ ) випадків респонденти були проти тих чи інших напрямків реформування. Суттєвої різниці

у групах опитаних не було встановлено.

На думку фахівців з організації і управління охороною здоров'я важливу роль у професійній діяльності відіграє інформаційне забезпечення [117, 122]. Так, опитаними перше місце у користуванні відведено вітчизняним інтернет-ресурсам (сайти Президента України, Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я України, інших міністерств та відомств) –  $80,65 \pm 1,72\%$  ( $p \leq 0,05$ ) (табл. 5.5). Позитивним необхідно зазначити значний відсоток посилань респондентів ( $63,95 \pm 2,09\%$ ,  $p \geq 0,05$ ) на інформацію з наукових публікацій в журналах, матеріалах конференцій, з'їздів, семінарів-тренінгів тощо.

Необхідно відзначити, що організатори охорони здоров'я з великим стажем роботи (1-а група) найбільшу увагу приділяли власне цим джерелам інформації, а фахівці з 3-ої групи – окрім цього значну кількість інформації черпають із зарубіжних інтернет-ресурсів (сайти ВООЗ, Світового Банку, ЮНІСЕФ, ПРООН, міністерств охорони здоров'я інших країн тощо) -  $67,38 \pm 2,81\%$ .

На запитання про «доступність інформації щодо територіальних змін надання медичної допомоги у процесі адміністративно-територіальної реформи в країні» респонденти відповіли, що вона у  $30,36 \pm 2,00\%$  ( $p \leq 0,001$ ) є погано доступною, а у  $13,47 \pm 1,49\%$  ( $p \leq 0,001$ ) - респонденти не змогли відповісти на це запитання. Суттєвої різниці у групах опитаних не було встановлено.

## **Висновки до розділу 5**

Встановлено, що ключовою проблемою галузі охорони здоров'я України на думку організаторів охорони здоров'я є «недостатність фінансових ресурсів для забезпечення ефективної діяльності системи охорони здоров'я з державних джерел фінансування» ( $78,56 \pm 1,79\%$  респондентів).

Опитаними вказано, що першочергового вирішення при реформуванні галузі охорони здоров'я України належить приділити підготовці стратегічних планів функціонування системи охорони здоров'я як на рівні держави, так і на

місцевому рівні ( $63,57 \pm 2,10\%$ ).

Таблиця 5.5.

### Використання організаторами охорони здоров'я джерел інформації

( $P \pm m, \%$ )

Джерела інформації що використовуються у своїй професійній діяльності	Разом (527)	1-а група (94)	2-а група (154)	3-я група (279)
Інтернет-ресурси вітчизняні (сайти Президента України, Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я України, інших міністерств та відомств)	$80,65 \pm 1,72$	$88,30 \pm 3,32$	$85,71 \pm 2,82$	$75,27 \pm 2,58$
Інтернет-ресурси зарубіжні (сайти ВООЗ, Світового Банку, ЮНІСЕФ, ПРООН, міністерств охорони здоров'я інших країн тощо)	$58,82 \pm 2,14$	$40,43 \pm 5,06$	$54,55 \pm 4,01$	$67,38 \pm 2,81$
Наукові публікації в журналах, матеріалах конференцій, з'їздів, семінарів-тренінгів тощо	$63,95 \pm 2,09$	$61,70 \pm 5,01$	$62,99 \pm 3,89$	$65,23 \pm 2,85$
Публікації в центральних та місцевих ЗМІ	$19,35 \pm 1,72$	$27,66 \pm 4,61$	$19,48 \pm 3,19$	$16,49 \pm 2,22$
Прес-релізи, інформаційні матеріали, нормативно-правові документи місцевих органів влади, в т. ч. структур охорони здоров'я виконавчих структур	$40,99 \pm 2,14$	$50,00 \pm 5,16$	$40,91 \pm 3,96$	$37,99 \pm 2,91$

До числа важливих елементів при стратегічному плануванні розвитку системи охорони здоров'я держави респондентами віднесено впровадження жорстких методів контролю за безпечністю води, харчових продуктів і середовища життєдіяльності ( $94,31 \pm 1,01\%$ ).

Респонденти у значній величині ( $43,83 \pm 2,16\%$ ) зазначили на відсутність або ж низьку доступність інформації щодо територіальних змін надання медичної допомоги у процесі адміністративно-територіальної реформи в країні.

**Матеріали розділу викладенні у науковій праці:**

- Мілашовська В. О., Любінець О. В. Вивчення думки керівників закладів охорони здоров'я щодо удосконалення системи охорони здоров'я, в т. ч. із впровадженням адміністративно-територіальної реформи в Україні. *Україна. Здоров'я нації*. 2022. № 4(70). С. 49-57. DOI: 10.24144/2077-6594.4.1.2022.277065.



## РОЗДІЛ 6.

# НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА РОЗРОБКА КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ МОДЕЛІ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ НА РІВНІ НОВОСФОРМОВАНОГО АДМІНІСТРАТИВНОГО РАЙОНУ НА ПРИКЛАДІ МУКАЧІВСЬКОГО РАЙОНУ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ

### 6.1. Теоретичне обґрунтування стратегічного планування медичної допомоги населенню

Низький рівень здоров'я населення в Україні потребує подальшого проведення структурних змін як у системі охорони здоров'я, так і вибору підходів до пріоритетів у соціально-економічній політиці держави щодо здоров'я населення.

Відповідно до Концепції реформування системи охорони здоров'я України, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013 [155] та Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [152] в Україні успішно реалізоване одне з основних стратегічних завдань реформування на первинному рівні надання медичної допомоги – здійснено перехід до оплати діяльності надавачів медичних послуг на основі конкретних результатів їх діяльності. Статутами комунальних некомерційних підприємств передбачається планування своєї діяльності щодо реалізації мети та предмету діяльності установи з урахуванням та у межах єдиної комплексної політики в галузі охорони здоров'я в області, місті, районі чи об'єднаній територіальній громаді.

Трансформації в галузі охорони здоров'я України ознаменувалися переходом до нової моделі фінансування закладів, їхньої автономізації та пошуком нових механізмів управління [168]. Заклад охорони здоров'я на сьогодні виступає підприємством, створеним для досягнення певного успіху, і у своїй діяльності планує та обирає стратегію свого розвитку і зростання. Проте реальне життя корегує ці основні настанови, оскільки створюються умови, за

яких дотримання планів є не найкращим рішенням. Як зазначає Юрій Вороненко, особливістю стратегічного планування у сфері охорони здоров'я є те, що розроблені плани є дуже часто придатними для ідеальної ситуації, проте дійсність, в якій реалізується стратегія, може більшою чи меншою мірою відрізнятись від реалій [66]. У таких випадках йдеться про різні загальні стратегії розвитку медичних закладів. Вони зумовлені чинниками, які важливо визначати щодо кожної конкретної організації. До таких чинників, як зазначають А. Мельник та Л. Радзивіюк [137] та автори монографії «Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я» [142] належать:

- 1) недоліки чинної системи планування в сучасному закладі охорони здоров'я;
- 2) трансформаційні зміни в системі охорони здоров'я, зумовлені медичною реформою;
- 3) зміни у системі адміністративно-територіального устрою;
- 4) наявність сильних і слабких сторін у діяльності медичних закладів, динамічні зміни у структурі їх внутрішнього середовища;
- 5) необхідність реакції на динамічність змін факторів середовища лікарні;
- 6) потреба в активному використанні можливостей медичного закладу, зумовлених факторами зовнішнього середовища;
- 7) необхідність попередження загроз функціональній діяльності закладу охорони здоров'я.

За допомогою формулювання та виконання відповідних стратегій здійснюється управління установою. При прийнятті рішень керівники закладу, як і «власники/розпорядники», повинні визначити подальшу долю установи: її розвиток, стабілізацію або скорочення (подальшу ліквідацію). Управління закладом потребує дослідження внутрішніх та зовнішніх процесів, що відбуваються всередині та за його межами. Така діяльність формується під впливом змін у галузі охорони здоров'я, створенні нових організаційних форм, дій персоналу тощо.

До факторів, які найбільше впливають на вибір альтернативи стратегічного рішення Л. С. Стефанишин відносить цілі медичного закладу, пріоритети та інтереси вищого керівництва (власників) та виділяє такі ціннісні орієнтації керівників медичного закладу, як теоретичні, економічні, політичні, соціальні, естетичні та релігійні [177].

Щодо світової організації охорони здоров'я, то вона визначає основними напрямками стратегічного управління – формування стратегічних завдань, підготовка відповідних до них законодавчих документів, норм, інструментів, моніторинг та оцінювання їх реалізації, підзвітність та прозорість отриманих результатів. Стратегічне керівництво має мати колективний характер, бути узгодженим із процесами, що відбуваються на глобальному рівні, мати міжрегіональний характер [49].

Стратегічне планування в організаціях охорони здоров'я передбачає окреслення дієвих кроків, необхідних для досягнення конкретних цілей [35, 113]. Хоча і існують різні типи та рівні стратегій, метою усіх стратегій є приведення дій організації у відповідність із заявленою місією чи цінностями.

Стратегічний план повинен містити завдання не тільки з покращення системи медичного обслуговування населення, а також і заходи з розвитку громадського здоров'я [178].

У закладах доводиться розділяти свої стратегії охорони громадського здоров'я відповідно до сучасних ринкових тенденцій та змін у підходах з догляду за пацієнтами. Керівник закладу, його заступники, фахівці з «організації і управління охороною здоров'я» мають краще розуміти внутрішню роботу закладу охорони здоров'я, повинні знати різні типи стратегій, що застосовуються в охороні здоров'я, а також їх значення для успіху організації.

Важливість стратегічного планування полягає у тому, що воно створює напрямок дій для досягнень у майбутньому. Стратегічне планування в організаціях охорони здоров'я передбачає застосування активних кроків для досягнення мети, а не просто вирішення негайних проблем у міру їх виникнення. Стратегія охорони громадського здоров'я має вирішальне значення для

майбутнього успіху закладу, забезпечуючи основу для щоденних дій відповідно до її цілей.

В системі охорони здоров'я можуть використовуватися два типи стратегій: перспективна та нова [54]. Перспективна стратегія: у більшості великих закладів охорони здоров'я розробляються ґрунтовні плани підготовки до майбутніх питань, які можуть вплинути на їхню організаційну структуру та сферу громадського здоров'я в цілому. Ці надавачі медичних послуг повинні зосередитись на створенні стратегії, що передбачає потенційні потреби в додаткових ресурсах, таких як капітал та персонал. Такі стратегії повинні також передбачати гнучкість у випадку, коли в секторі охорони здоров'я можуть відбутися непередбачені події. Наприклад, за даними епідеміологічних досліджень у закладі розроблено перспективну стратегію, засновану на очікуваному зменшенні кількості хворих з певною патологією, проте коли таке зменшення потоку пацієнтів не передбачається, гнучка стратегія включатиме план перерозподілу ресурсів у інші сфери.

Нова стратегія передбачає ретроспективний аналіз подій для прийняття кращих рішень у майбутньому. Такі події, як впровадження нової політики у галузі охорони здоров'я, коливання цін на ліки, що відпускаються за рецептом, та спалахи епідемічних захворювань можуть спричинити коливання на ринку медичної допомоги, які вимагають від надавачів медичних послуг постійних досліджень та адаптації. Заклади, які покладаються на нові стратегії, повинні бути надзвичайно гнучкими, щоб мати змогу оцінити внутрішні стратегії та швидко провести їх переоцінку, щоб краще відповідати поточним тенденціям ринку медичних послуг. Надавачі таких послуг повинні аналізувати стратегії конкурентів (у т. ч. з приватного сектору охорони здоров'я) та застосовувати тактику, яка, можливо, дала б результат у цих закладах галузі.

Для уникнення зриву планів і забезпечення реалізації стратегічних цілей застосовуються і принципи державно-приватного партнерства, оскільки така діяльність націлена на задоволення потреб населення у широкому спектрі послуг, необхідних для збереження і зміцнення його здоров'я [180, 182, 190].

При опрацюванні стратегічного плану розвитку комунального некомерційного підприємства – надавача послуг з медичного обслуговування населення – обов’язково необхідно спиратися на положення програми соціально-економічного та культурного розвитку та, за наявності, на стратегію розвитку регіону, а також відповідним чином затвердити і погодити його у засновника. Власне, до повноважень органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров’я та в управлінні комунальними підприємствами, що передбачені Законом України “Про місцеве самоврядування в Україні” [86], відноситься:

- управління закладами охорони здоров’я, які належать територіальним громадам або передані їм, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення;

- забезпечення в межах наданих повноважень доступності і безоплатності медичного обслуговування на відповідній території;

- забезпечення відповідно до закону розвитку всіх видів медичного обслуговування, розвитку і вдосконалення мережі лікувальних закладів усіх форм власності, визначення потреби та формування замовлень на кадри для цих закладів, укладення договорів на підготовку спеціалістів, організація роботи щодо удосконалення кваліфікації кадрів;

- прийняття рішень про створення, ліквідацію, реорганізацію та перепрофілювання підприємств, установ та організацій комунальної власності відповідної територіальної громади;

- здійснення заходів щодо розширення та вдосконалення мережі таких підприємств та ін.;

- розгляд проектів планів підприємств і організацій, які належать до комунальної власності відповідних територіальних громад, внесення до них зауважень і пропозицій, здійснення контролю за їх виконанням.

Christine Dennis [10] вказує на важливість колективного, командного управління: «Працівники братимуть участь у плануванні та підтримуватимуть реалізацію планів, якщо вони цінуватимуть заплановані результати та віритимуть, що вони досяжні. Якщо стратегія установи не відповідає їх

поточному життєвому досвіду і здається нематеріальною, тоді виникає проблема у їх відданості справі. Такий підхід має бути частиною мислення, пов'язаного з процесом планування, а не додатковою функцією після документального оформлення плану». Автор зазначає, що головним чином менеджери та керівники медичних послуг несуть відповідальність за результати в короткостроковій перспективі. Такі цілі, як виконання бюджету, час доступу/очікування та активність, насправді є реальністю служби охорони здоров'я державного сектору. Однак, враховуючи складність системи та середовище безпрецедентних змін, можливо, у системі охорони здоров'я краще б працювали лідери, які мали б здатність пов'язувати короткострокові цілі зі стабільністю, запропонованою через стратегію.

R. D. Hansen [22] стверджує: «Засновник визначає головні напрямки діяльності підприємства, затверджує плани роботи та звіти про їх виконання, а керівник підприємства у межах своєї компетенції видає накази та інші акти, дає вказівки, обов'язкові для всіх підрозділів та працівників. Співпраця в команді є важливим компонентом надання якісної медичної допомоги. Працівники повинні працювати разом, щоб установа мала успіх. Командна робота є важливою у галузі охорони здоров'я. Ефективні моделі стратегічного планування в системі охорони здоров'я можуть об'єднати співробітників закладу для надання якісної медичної допомоги, хорошого обслуговування пацієнтів та підвищення ефективності роботи. Якщо всі рівні установи гармонійно працюють разом, можна швидко досягти довгострокових цілей вашого закладу».

Стратегічний план для системи охорони здоров'я має як використовувати, так і зберігати ресурси медичних спеціальностей [17, 21, 34]. Найважливішим ресурсом медичних установ, зазначають автори, є знання та досвід їх персоналу. Операційний персонал має бути залучений до процесу стратегічного планування з самого початку, щоб забезпечити плавний перехід від розробки стратегії до реалізації. Загалом початкові кроки, пов'язані з впровадженням успішного процесу стратегічного планування, повинні включати наступне:

- (1) отримання підтримки від офіційних і неформальних лідерів;

- (2) обговорення та окреслення місії, бачення, цінностей і цілей організації як до, так і під час виїзних ретритів;
- (3) збір відповідних даних про економічне середовище;
- (4) розробка плану дій;
- (5) виконання плану дій;
- (6) щоквартальні перевірки для обміну результатами та перегляду цілей і стратегії.

Авторами [17, 21, 34] запропоновано: 1. Затверджувати та повідомляти структури підзвітності про стратегію підприємства, включаючи зв'язок не тільки за структурним підпорядкуванням, а і політичним. Це дасть змогу краще підготувати медичну організацію, зокрема її керівників і осіб, які є відповідальними за планування, до розуміння ролей, обов'язків і прийняття рішень. 2. Визнавати складність середовища та визнати його непередбачуваність. Це вимагає необхідності включити гнучкість і оперативну стратегію в процеси планування та бути готовим коригувати або «змінюватись за вітром», зберігаючи при цьому пункт призначення як чіткий фокус. 3. Часові рамки, на які планують організації охорони здоров'я, мають бути реалістичними та бачити складність середовища, включаючи вплив політики та фінансування, а також нові можливості. 4. Уникати стратегічного планування, яке веде до негайної реструктуризації без чіткого розуміння першопричини проблем. 5. Уникати стратегічних планів, які мають надто багато подій. Плани мають бути простими та зрозумілими. Вони повинні переконатися, що люди мають ясність щодо того як буде реалізовано план і яку роль вони відіграють у реалізації стратегій. Плани мають бути не тільки вимірними, але й виміряними та містити звіти про успіхи, виклики та невдалі стратегії. 6. Менше кількісного і більше якісного аналізу. 7. Визнавати, що люди повинні бути залучені і не відчувати себе позбавленими прав у процесі. При таких діях необхідно також визнати, що консультації не завжди приведуть до консенсусу і очікуваннями потрібно керувати.

У стратегічному документі доцільно представляти інформацію про

діяльність закладів охорони здоров'я та галузі в цілому за період не менше ніж останні 3 роки. У процесі аналізу зовнішніх чинників дуже важливо розробити декілька сценаріїв. Їх оцінка особливо важлива для охорони здоров'я, діяльність якої значною мірою залежить від неконтрольованих зовнішніх чинників, особливо політичних та економічних. А розгляд сценаріїв, як відомо, допускає зважувати допустимі діяння від зміни зовнішніх факторів та дозволяє підготувати роботу закладів та галузі охорони здоров'я до допустимих змін та посилити свої позиції.

Однією з основних технік стратегічного планування є обговорення сильних і слабких сторін, можливостей і загроз організації, що зазвичай називають SWOT-аналізом. SWOT-аналіз широко використовувався в інших галузях, але не отримав широкого застосування в охороні здоров'я [29]. SWOT-аналіз є попередником стратегічного планування та виконується групою експертів, які можуть оцінити організацію з критичної точки зору [16]. До цієї групи можуть входити керівники вищої ланки, члени правління, співробітники, медичний персонал, пацієнти, громадські лідери та технічні експерти. Члени експертної комісії базують свої оцінки на рівнях використання показників результатів, статистиці задоволеності пацієнтів, показниках ефективності організації та її фінансовому стані. Висновки, зроблені в результаті SWOT-аналізу, засновані на даних, фактах та думці групи експертів.

Як зазначає W. Gretzky, [18] в ідеалі SWOT-аналіз включає всебічний огляд медичної літератури, поглиблений аналіз даних і результати експертної групи зі SWOT-аналізу. Результати аналізу розділені на чотири категорії: сильні сторони, слабкі сторони, можливості та загрози. Щоб ще більше вдосконалити цей аналіз, можна провести аналіз прогалин, щоб визначити, де існують недоліки в наданні допомоги організацією. Такі аналізи сприяють кращому розумінню перешкод для змін, інновацій та передачі знань у практику (1); покращенню результатів (2); і більш ефективному розподілу ресурсів охорони здоров'я (3).

До інструментів стратегічного планування V. Vožić, [7] окрім SWOT-аналізу відносить і PESTLE-аналіз (інструмент для аналізу зовнішнього бізнес-



середовища: включає політичні (Political), економічні (Economic), соціальні (Social), технологічні (Technological), юридичні (Legal) аспекти та фактори навколишнього середовища (Environmental). Ahsan Ali Siddiqui [4] у своєму огляді літератури щодо значення PESTLE-аналізу для управління якістю у медичному менеджменті виділяє 6 вагомих напрямків при проведенні PESTLE-аналізу, а саме політичний фокус на охорону здоров'я, економічні виклики, соціальні чинники, технологічні фактори, правові аспекти та фактори навколишнього середовища. Політика уряду, інфляція та безробіття, демографічні показники (вік, стать, раса, розмір сім'ї), нові способи виробництва та розповсюдження товарів, цільові показники вуглецевого сліду та правила охорони здоров'я і безпеки є дуже впливовими.

Об'єктивізація аналізів SWOT і PESTLE є важливою для лікарень – для отримання точного, надійного та неупередженого розуміння своїх внутрішніх сильних і слабких сторін, можливостей і загроз, а також зовнішніх факторів, що впливають на їх діяльність. Дотримуючись даних структурованого та керованого підходу, лікарні можуть приймати обґрунтовані рішення, розробляти ефективні стратегії та адаптуватися до постійно мінливого ландшафту охорони здоров'я.

Завдяки процесу збору відповідних даних, проведення ретельного дослідження та об'єктивного аналізу зібраної інформації лікарні можуть отримати повне розуміння свого поточного становища, динаміки ринку, а також потенційних ризиків і можливостей. Об'єктивність гарантує, що прийняття рішень базується на достовірній інформації, мінімізації упереджень і суб'єктивних впливів [55].

Шляхом перехресної перевірки аналізу з відповідними зацікавленими сторонами та документування висновків лікарні підвищують прозорість, довіру та підзвітність. Це сприяє ефективній комунікації та співпраці між медичними працівниками та адміністраторами, веде до консенсусних рішень і узгоджених стратегій.

Об'єктивізація аналізів SWOT і PESTLE дозволяє лікарням використовувати свої сильні сторони, усувати слабкі сторони, використовувати

можливості та пом'якшувати загрози. Це дозволяє їм розробляти індивідуальні стратегії, які відповідають їхнім цілям, оптимізувати розподіл ресурсів, покращувати обслуговування пацієнтів і підтримувати конкурентну перевагу в галузі охорони здоров'я.

Регулярні перегляди та оновлення цих аналізів мають вирішальне значення для забезпечення їх постійної актуальності та узгодженості із мінливими внутрішніми та зовнішніми факторами. Постійно відстежуючи свої сильні та слабкі сторони, можливості та загрози, лікарні можуть проактивно адаптувати свої стратегії, залишатися гнучкими та досягати позитивних результатів.

Здійснюючи об'єктивний підхід до аналізів SWOT та PESTLE, у закладах охорони здоров'я можуть приймати обґрунтовані рішення, оптимізувати свою роботу та сприяти покращенню надання медичної допомоги, що в кінцевому підсумку принесе користь пацієнтам, медичним працівникам та організації в цілому.

Підтримка політики та завдань у поточній охороні здоров'я покладається на відповідні інструменти інформаційних технологій, які зорієнтовані на кібербезпеку, ретельне стратегічне планування та прозору діяльність організацій охорони здоров'я [3, 32, 92, 105, 149]. Власне у перерахованих наукових працях важливу роль у стратегічному плануванні відводиться інформаційним системам.

Зміни в концепції ролі інформаційних систем для організацій, які раніше служили лише опорою продуктивності і ефективності операційних витрат, тепер перетворюють їх функції на стратегічні ресурси для підвищення конкурентоспроможності для безперервності діяльності організації [23, 30]. За результатами дослідження інформаційної системи стратегічного планування в організаціях охорони здоров'я авторами було зроблено висновок, що для організацій, які займаються наданням медичних послуг, щоб отримати конкурентну перевагу та вижити в умовах жорсткої конкуренції, стратегією є диференціація та скорочення витрат із застосуванням інформаційних технологій із ретельним плануванням, щоб вони могли допомогти, підтримати та узгодити бізнес-цілі компанії.

Y. Septiana, та співавтори [47] зазначають, що організації охорони здоров'я можуть використовувати стратегії диференціації та скорочення витрат для отримання конкурентних переваг і можуть вижити в умовах жорсткої конкуренції, впроваджуючи стратегії інформаційних систем. В якості методу стратегічного планування інформаційної системи авторами використано модель, що охоплює етапи входу, виходу і оцінки інтерпретації інформаційної системи. Етап входу включає аналіз бізнес-середовища та середовища інформаційних систем. Вихідні етапи включають бізнес-інформаційну систему, стратегії управління інформаційною системою та стратегії інформаційної системи. Етапи оцінки проводились після планування інформаційної системи і картування додатків таким чином, щоб портфель додатків відповідав перспективам корпоративного внеску, орієнтації на користувача, операційної досконалості і орієнтації на майбутнє. Результатом цього дослідження стали рекомендації для організацій охорони здоров'я у вигляді пріоритетів розвитку, які включають створення підрозділу інформаційної системи та розробку портфелю додатків, що підтримуватимуть стабільність процесів управління. А саме, для організацій, які займаються наданням медичних послуг для того щоб вони змогли отримати конкурентну перевагу і вижити в умовах жорсткої конкуренції, стратегією, яка може бути реалізована, є диференціація і скорочення витрат із застосуванням інформаційних технологій при ретельному плануванні, щоб вони могли допомогти, підтримати і бути узгодженими з цілями розвитку організацій. При складанні стратегічного планування інформаційної системи дуже важливим етапом є етап оцінки опису інформаційної системи за допомогою системи збалансованих показників інформаційних технологій. Застосування інформаційної системи буде більш оптимальною, якщо вона буде здійснена після складання плану інформаційної системи та узгодження додатків, щоб портфель додатків був створений відповідно до перспективи корпоративного розвитку орієнтації для користувачів, операційної досконалості та орієнтації на майбутнє.

До нових підходів у використанні інформаційних технологій необхідно віднести використання штучного інтелекту. Пропонується в лікувальному

закладі застосування штучного інтелекту при проведенні SWOT- та PESTLE-аналізів [7, 25, 183]. Сильними сторонами штучного інтелекту є розширені діагностичні можливості, а саме:

- алгоритми штучного інтелекту можуть аналізувати величезні обсяги медичних даних, таких як зображення, результати лабораторних досліджень і записи пацієнтів, допомагаючи медичним працівникам підвищити точність і швидкість діагностики. Використання інтелектуальних пристроїв для моніторингу медичних параметрів людини є новим напрямком сучасної медицини, що дозволить значно заощадити час та гроші при виконанні медичних послуг. А головне, забезпечити швидке втручання задля збереження здоров'я людини [191];

- ефективність і зниження витрат. Автоматизація на основі штучного інтелекту може спростити адміністративні завдання, оптимізувати розподіл ресурсів і знизити операційні витрати, що призведе до підвищення ефективності робочих процесів у лікарнях;

- персоналізована медицина. Штучний інтелект може допомогти в аналізі даних пацієнтів, генетичних профілів і результатів лікування, сприяючи створенню персоналізованих планів лікування і поліпшенню його результатів лікування;

- предиктивна аналітика. Алгоритми штучного інтелекту можуть аналізувати історію стану здоров'я пацієнтів для виявлення закономірностей, прогнозування прогресування хвороби та проактивного втручання для покращення догляду за пацієнтами;

- покращення якості обслуговування пацієнтів. Технології на основі штучного інтелекту, такі як чат-боти і віртуальні асистенти, можуть надавати підтримку 24/7, відповідати на запити пацієнтів і пропонувати персоналізовані рекомендації, покращуючи загальний досвід пацієнтів.

Перевагами та можливостями використання штучного інтелекту є:

- а) оптимізація робочого процесу - штучний інтелект може автоматизувати рутинні завдання, звільняючи час медичних працівників, щоб зосередитися на

більш складних і важливих видах діяльності, що призводить до підвищення ефективності робочого процесу;

б) раннє виявлення захворювань - алгоритми штучного інтелекту можуть допомогти виявити ранні ознаки захворювань, що дає змогу вчасно втрутитися і потенційно покращити результати лікування пацієнтів;

в) телемедицина та дистанційне обслуговування - телемедичні платформи зі штучним інтелектом можуть полегшити дистанційне консультування, моніторинг і діагностику, забезпечуючи доступ до медичної допомоги в районах з недостатнім рівнем обслуговування і підвищуючи зручність для пацієнтів;

г) відкриття та розробка ліків – штучний інтелект може прискорити процеси розробки ліків, аналізуючи величезні обсяги біомедичних даних, що потенційно може привести до розробки нових методів лікування;

д) системи підтримки прийняття рішень – штучний інтелект може допомогти медичним працівникам у прийнятті доказових рішень, надаючи відповідні клінічні рекомендації, варіанти лікування та найкращі практики.

В цей же час зазначається, що громадське сприйняття, ставлення та прийняття технологій штучного інтелекту в охороні здоров'я, включаючи занепокоєння щодо конфіденційності, безпеки та людяності у стосунках з пацієнтами, може вплинути на впровадження та успіх штучного інтелекту в лікарнях.

Так чи інакше – штучний інтелект має невикористаний потенціал у сфері охорони здоров'я [65]. Державні та приватні медичні установи вже сьогодні можуть впроваджувати та використовувати штучний інтелект і таким чином сприяти переходу від наукових розробок до реального застосування. У разі успішного впровадження штучний інтелект може знизити навантаження на медичних працівників і підвищити якість роботи, яка виконується за рахунок зменшення кількості помилок і підвищення точності.

Заклади охорони здоров'я повинні постійно вносити зміни, щоб підтримувати своє оптимальне функціонування [163]. Одними з важливих факторів у стратегічному плануванні виступають зміни у системі фінансування

закладів охорони здоров'я. Так, А. Мельник та Л. Радзивіюк [137] зазначають, що на порядку денному постало питання про визначення стратегії організації фінансування перетвореного у комунальне некомерційне підприємство закладу охорони здоров'я – укладання договору з НСЗУ, фінансування за бюджетною програмою шляхом надання фінансової підтримки з місцевого бюджету, комбінування різних джерел фінансування, для чого необхідні відповідні прогностичні оцінки у процесі стратегічного планування. Критично важливими є питання: оптимізації доходів лікарень через правильний вибір (уточнення) можливого переліку медичних послуг, за якими є найбільш відповідні людські, матеріальні і фінансові ресурси; збалансування фінансових ресурсів медичного закладу; гнучкого використання сучасних можливостей автономності лікарні. Збільшення фінансування можливе в разі збільшення надання якісних медичних послуг відповідним медичним закладом.

Певні виклики перед медичними закладами виникли і у зв'язку з реорганізацією адміністративних районів, формуванням територіальних громад, реорганізацією районних централізованих лікарень, визначенням зон обслуговування новоутворених медичних закладів та формуванням госпітальних округів та кластерів. Це стосується не лише реструктуризації районних лікарень, а й уточнення зон обслуговування, а відтак контингенту пацієнтів, розбудови співпраці із закладами первинної медичної допомоги, формування відносин з новоутвореними органами місцевої виконавчої влади.

Аналіз результатів функціонування медичної галузі показав, що однією з основних причин кризового стану системи є неефективне управління [64, 166]. Керівники закладів потребують серйозної методичної допомоги при прийнятті управлінських рішень, перш за все, в сфері коротко строккових і довгострокових напрямків розвитку. У зв'язку з цим в сучасних умовах виникає необхідність організаційних змін у сфері охорони здоров'я зумовлені потребою адаптації органів управління та закладів охорони здоров'я до зовнішніх і внутрішніх викликів, а також до зміни шляхів і способів виконання їх діяльності, спрямованої на задоволення мінливих суспільних потреб. Шляхом вирішення

даного питання є створення стратегічного плану розвитку системи медичної допомоги населенню, як окремим закладом охорони здоров'я, так і групою установ медичного профілю на певній території, що була сформована у госпітальні кластери згідно рішення обласних державних адміністрацій та затвердження МОЗ України.

Таким чином, стратегічне планування виступає важливим інструментом для успішного управління підприємствами в сучасних реаліях розвитку та конкуренції. Воно стосується процесу визначення довгострокових цілей підприємства, визначення його стратегій для досягнення цих цілей та планування ресурсів для їх втілення. Стратегічне планування в галузі охорони здоров'я має важливе значення для успіху закладу охорони здоров'я. Розуміння того, як працює установа є запорукою створення ефективного стратегічного плану для досягнення успіху всією системою охорони здоров'я та поступу у покращенні здоров'я громади. Стратегічне планування є корисним інструментом, який допомагає в управлінні підприємством, особливо якщо стратегія і стратегічні плани можуть бути успішно впроваджені в масштабах всієї організації. Стратегічне мислення та управління також є важливими аспектами обов'язків вищого керівництва. Все це є частиною того, що потрібно для управління закладом.

Стратегічне планування в організаціях охорони здоров'я передбачає створення цілей і встановлення завдань там, де заклад бачить себе в довгостроковій перспективі. З огляду на ці цілі та завдання і створюється план їх досягнення. Встановлювати цілі та завдання, виходячи лише зі своїх потреб буде не вірним шляхом. Вони повинні встановлюватись відповідно до економічних тенденцій економіки держави, її політики та сучасних і прогнозних медико-демографічних ознак. Такий підхід є запорукою створення ефективного стратегічного плану для досягнення успіху всією системою охорони здоров'я. Таке планування має важливе значення в охороні здоров'я, тому що сприятиме покращенню комунікацій між усіма ланцюжками надання медичної допомоги населенню.

Заклади ОЗ госпітального кластеру повинні розробляти ґрунтовні плани підготовки до майбутніх питань, які можуть вплинути на їхні заклади та сферу охорони здоров'я в цілому. Вони повинні зосередитись на створенні стратегії, що передбачає потенційні потреби у додаткових ресурсах, таких як капітал та персонал. Окрім перспективних та нових стратегічних підходів, у закладах повинні існувати також різні рівні стратегій. Організаційні стратегії можна поділити на корпоративний, діловий та функціональний рівні.

Стратегія корпоративного рівня включає раду директорів закладів, виконавчих керівників та зацікавлених сторін. Як головний рівень процесу прийняття рішень, корпоративний рівень контролює стратегію для всього госпітального кластеру, зосереджуючи увагу на визначенні місії та загальних цілей, таких як розподіл коштів та ділові угоди.

Діловий рівень стратегічного планування орієнтований на окремі проекти та відповідні групи співробітників.

Ще іншим рівнем стратегічного підходу ЗОЗ в межах госпітального кластеру є функціональний рівень, який підтримує корпоративний та діловий рівні. На цьому рівні увага повинна бути зосереджена на кінцевих результатах, які використовуються в Україні у методиці розрахунку регіональних індексів людського розвитку (РІЛР), що дозволяє визначити рейтинг кожного регіону як за загальним рівнем людського розвитку, так і за окремими його складовими. РІЛР включає такі показники соціального та медико-демографічного розвитку, як середня очікувана тривалість життя, рівень перинатальної смертності та смертності немовлят, індекс умовного здоров'я, кількість лікарів всіх спеціальностей та станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, рівень щеплення дітей, середню тривалість перебування в стаціонарі, видатки місцевих бюджетів на охорону здоров'я та ін. Стратегія функціонального рівня об'єднує дослідження (клінічні та наукові), бюджетування, структурування та розподіл медичних послуг для підвищення якості, своєчасності їх надання клієнтам з бази пацієнтів, які є зареєстрованими у даному медичному закладі, з врахування можливих наслідків її реалізації.



Базовими принципами (рис.6.1) на які має спиратися формування стратегічного плану ЗОЗ госпітального кластеру є:

- науково обґрунтований вибір цілей розвитку закладу, який відповідає соціально-економічному розвитку району обслуговування;
- систематичний пошук нових форм і видів діяльності, які забезпечують підвищення якості надання медичної допомоги;
- забезпечення узгодженості інтересів закладу і соціального середовища, індивідуалізація стратегій;
- диференціація завдань стратегічного і оперативного управління;
- збалансованість стратегічних, тактичних і операційних цілей, які забезпечать виконання стратегічних і тактичних завдань;
- інтеграція і глобалізація структурних підрозділів закладів охорони здоров'я.

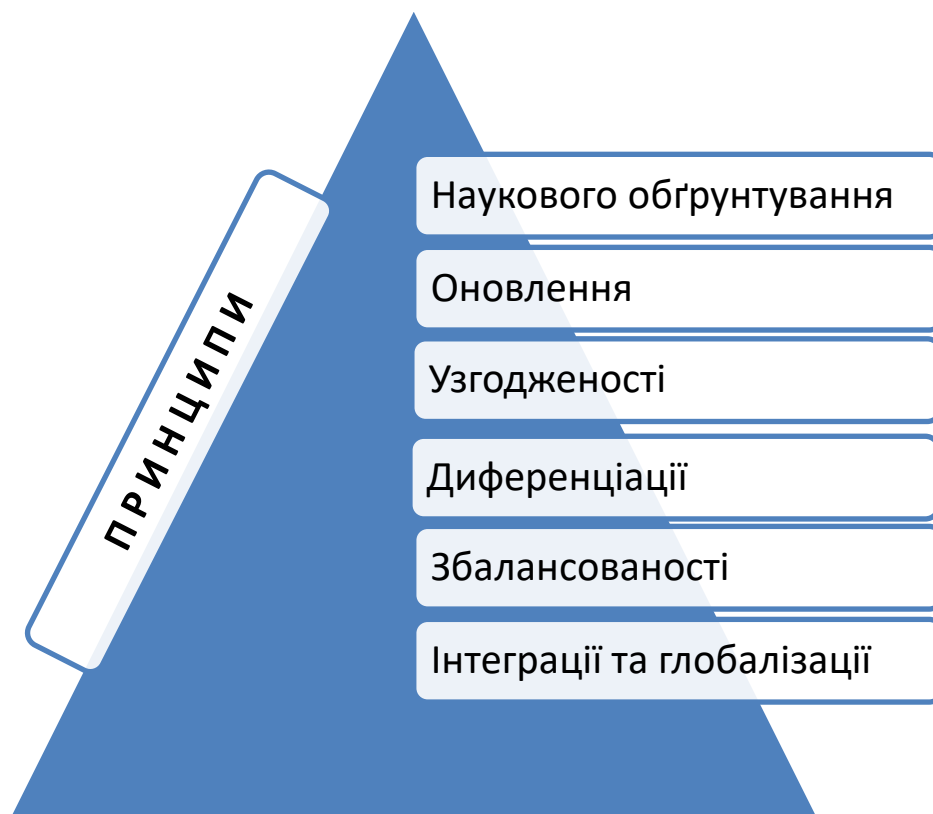


Рис.6.1. Основні принципи стратегічного планування розвитку ЗОЗ госпітального кластеру

До основних функцій стратегічного планування розвитком ЗОЗ

госпітального кластеру необхідно віднести:

- встановлення місії, завдань та цілей закладів охорони здоров'я;
- удосконалення організаційної структури закладів з ціллю виділення стратегічно важливих підсистем;
- обґрунтування та уточнення основних цілей проведення дослідження ринку медичних послуг, які базуються на системному аналізі;
- виділення ключових повноважень;
- вибір тактики і точне планування способів і засобів досягнення поставлених завдань;
- контроль і оцінка основних результатів, корегування вибраної стратегії і способів її реалізації.

Процес стратегічного планування передбачає таку послідовність виконання:

1 період. Стратегічний аналіз – виступає основою для обґрунтування стратегії розвитку та функціонування закладу, досліджує вплив зовнішніх та внутрішніх факторів, формує методику для оцінки рівня розвитку з врахуванням його підсистем та ефективності управління. Він завершується складанням переліку та ранжуванням сильних та слабких сторін закладу.

2 період. Стратегічне планування – визначення підходів до формування оптимальної стратегії розвитку закладів охорони здоров'я району, виявлення стратегічних альтернатив розвитку та вибору стратегії. Основною метою розробки стратегії є її реалізація, що виражається у досягненні поставлених цілей – сукупності економічних та медико-соціальних показників, які мають зберігати тенденцію до покращення, в т. ч. в умовах кризового становища.

3 період. Реалізація стратегії розвитку – від того, як буде організовано виконання стратегії, залежать результати, які будуть досягнуті ЗОЗ.

Оцінка і контроль виконання стратегії завершує цикл стратегічного планування та його реалізації. Стратегічний контроль передбачає:

- з'ясування того, правильно чи неправильно здійснюється реалізація стратегії;

– визначення того, наскільки обрана стратегія і заходи щодо її реалізації призвели до досягнення поставлених цілей;

– вироблення рекомендацій щодо проведення коригування стратегії і заходів щодо її реалізації у відповідності з новосформованими умовами.

Стратегічне планування забезпечує основу для прийняття дій управлінського характеру.

## **6.2. Модель стратегічного планування медичної допомоги населенню на районному рівні**

На основі класичної моделі процесу стратегічного управління нами розроблена концептуальна модель стратегічного планування медичної допомоги населенню на районному рівні з врахуванням структурних змін у системі охорони здоров'я щодо поділу закладів охорони здоров'я на надкластерні, кластерні та загальні (рис. 6.2).

За основу взято результати наших досліджень щодо самооцінки стану здоров'я населення Мукачівського району, який в процесі адміністративного реформування в Україні збільшився територіально, а кількість населення району зросла більше як у 2,5 рази.

Створена нами концептуальна модель стратегічного планування складається з 4 базових етапів реалізації з відповідними опціями:

- I. ЗАВДАННЯ.
- II. ПОТЕНЦІАЛ.
- III. ВИБІР СТРАТЕГІЇ
- IV. РЕЗУЛЬТАТ.

На етапі «ЗАВДАННЯ» передбачається визначити ціль стратегічного плану, провести ситуаційний аналіз структури та стану здоров'я населення новоствореного району, а саме провести PESTLE-аналіз, оцінити медико-демографічні показники на рівні адміністративної території (результати якої у Мукачівському районі представлено у висновках за розділом 3), створити базу даних населення за діагностично-спорідненими групами патології, провести



Рис. 6.2. Концептуальна модель стратегічного планування медичної допомоги населенню на районному рівні

соціологічне опитування населення щодо оцінки власного здоров'я та способу життя (що представлено у розділі 4). Важливим елементом при ситуаційному аналізі буде слугувати опитування керівників закладів охорони здоров'я та медичного персоналу, щодо їх відношення до адміністративних змін, поточного стану та удосконалення системи охорони здоров'я (результати такого опитування окреслено у розділі 5 даного дослідження).

На цьому етапі передбачається провести паспортизацію закладів охорони здоров'я, а саме ситуаційний аналіз матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я новоствореного району (госпітального кластеру) та їх відділень. Він мав би включати:

- стан узгодженості нормативного та методичного забезпечення закладів охорони здоров'я госпітального кластеру;
- ступінь укомплектованості штатних посад підрозділів закладів охорони здоров'я;
- рівень забезпечення сучасною комп'ютерною технікою та програмами;
- проведення опитування керівників закладів охорони здоров'я та медичного персоналу, щодо їх відношення до адміністративних змін та удосконалення системи охорони здоров'я.

Як підсумок даного етапу виступає оцінка сильних та слабких сторін (SWOT-аналіз) організації та надання медичної допомоги населенню закладами охорони здоров'я новоствореного району.

На етапі «ПОТЕНЦІАЛ» реалізації стратегічного плану передбачається оцінка сильних та слабких сторін (SWOT-аналіз) існуючої організації та надання медичної допомоги населенню закладами охорони здоров'я району, встановлення рівня змін у структурі населення району після його реформування.

На цьому етапі необхідно визначити та задіяти інформаційний супровід впровадження стратегічного плану. Він мав би передбачити :

- під'єднання нових закладів охорони здоров'я до районної мережі інтернет;
- організацію безперервності та багаторівневості передачі інформації;

- інформування населення новоствореного району про вплив поведінкових детермінант на стан здоров'я та вмотивованість до здорового способу життя через базу даних електронних контактів сімейних лікарів та населення;

- підготовку інформаційних листів та інформування медичного персоналу та населення про структуру та шляхи надання медичної допомоги у новоствореному районі.

У новоствореному районі у структурі кластерного закладу охорони здоров'я пропонується створення районного центру моніторингу і оцінювання показників стану здоров'я населення.

Адміністрування та кадрове забезпечення закладів охорони здоров'я госпітального кластеру (новоствореного району) здійснюють державні адміністрації та виконавчі структури системи охорони здоров'я, а саме підрозділи охорони здоров'я державних адміністрацій та виконавчих органів, а також адміністрації комунальних закладів охорони здоров'я.

У кожному конкретному випадку, на основі поставлених завдань та потенціалу проводиться аналіз стратегічних альтернатив та «ВИБІР СТРАТЕГІЇ».

Важливим етапом планування є передбачуваний «РЕЗУЛЬТАТ». На цьому етапі проводиться моніторинг реалізації стратегічного плану, його коригування, оцінювання отриманих результатів. Моніторинг та оцінювання є необхідним для визначення ефективності та якості діяльності служб, програм, закладів, установ та їх вплив на чинники, що сприяють досягненню кінцевої мети.

Індикативними показниками для моніторингу та оцінювання реалізації стратегічного плану виступають:

- стан надання амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги;
- стан надання медичної допомоги матерям і дітям, особам похилого віку;
- рівень перинатальної смертності та смертності немовлят;
- рівень захворюваності на онкологічну патологію, хвороби системи

кровообігу та інфекційні хвороби;

- середня тривалість перебування у стаціонарі;
- охоплення населення профілактичними щепленнями;
- рівень видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я;
- оцінка керівниками закладів охорони здоров'я та медичними працівниками стану реформування системи в процесі впровадження стратегічного плану організації медичної допомоги населенню;
- рівень укомплектованості посад лікарів всіх спеціальностей та середнього медичного персоналу;
- дані самооцінки населенням власного здоров'я та способу життя.

Всі етапи формування та реалізації стратегічного плану супроводжує БЛОК наукового розроблення та регулювання його впровадженням.

Виконавцями поставленої місії на рівні госпітального кластеру виступають надавачі медичної допомоги, а саме:

- надавачі первинної медичної допомоги;
- надавачі спеціалізованої медичної допомоги, а саме кластерний (-і) заклад (-и) охорони здоров'я та загальний (-і) заклад (-и) охорони здоров'я;
- підрозділи Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

У кластерному закладі охорони здоров'я створюються відділення з паліативної медичної допомоги та медичної реабілітації.

Створення, розроблення та реалізація запропонованої концепції стратегічного плану на рівні районів області буде складати основу Програми соціально-економічного та культурного розвитку регіону (стратегії розвитку регіону), у нашому випадку Закарпатської області.

### **6.3. Експертна оцінка концептуальної моделі стратегічного планування медичної допомоги населенню на рівні новосформованого адміністративного району**

Відношення організаторів охорони здоров'я та науковців до

запропонованої концептуальної моделі стратегічного планування організації медичної допомоги населенню новоствореного району надавачами медичних послуг госпітального кластеру на основі класичної моделі процесу стратегічного управління з врахуванням основних принципів планування, які виступили в ролі експертів, вивчалось за допомогою медико-соціологічного дослідження після проведеної дискусії. Дискусія із докладним знайомством експертів з матеріалами наукового дослідження проводилося дочасно анкетування. Результати наведені в табл. 6.3.

Таблиця 6.3.

**Оцінка експертами рівнів досягнення завдань  
в концептуальній моделі стратегічного планування організації медичної  
допомоги населенню новоствореного району  
надавачами медичних послуг госпітального кластеру**

№ з/п	Параметри оцінки	Бали
1.	Відповідність реформуванню медичної галузі	9,47
2.	Концептуальність моделі	9,28
3.	Системність запропонованої моделі	9,50
4.	Комплексність запропонованої моделі	9,28
5.	Дотримання принципу наступності при стратегічному плануванні	9,38
6.	Спрямованість на максимальне використання інформаційно-аналітичних деталей	9,34
7.	Використання самооцінки населенням стану здоров'я та способу життя	9,31
8.	Опитування керівників надавачів медичних послуг щодо елементів стратегічного планування та результатів його впровадження	9,38
9.	Доцільність створення підрозділу моніторингу та оцінювання показників стану здоров'я населення та реалізації стратегічного плану	9,38

Загальна експертна оцінка розробленої моделі та запропонованих



інновацій за 10-ти бальною шкалою отримала  $9,37 \pm 3,61$  бали. Результати цієї оцінки незалежними експертами засвідчили важливість створення та впровадження стратегічного планування для оптимізації медичної допомоги населенню новоствореного району, на що вказали всі експерти зі значним ступенем узгодженості думок (середній рівень коефіцієнту варіації  $C_v = 12,51\%$ ). У тому числі найвищу оцінку отримала опція, щодо системності запропонованої моделі –  $9,50 \pm 0,20$  бали.

Також експерти високо оцінили відповідність запропонованої моделі реформі медичної галузі. Середній бал при цьому становив  $9,47 \pm 0,19$  балів при значному рівні узгодженості думок експертів ( $C_v = 11,06\%$ ).

Незначно нижчими були оцінки експертів стосовно дотримання у запропонованій моделі принципу наступності при стратегічному плануванні ( $9,38 \pm 0,19$  балів), доцільності створення підрозділу моніторингу та оцінювання показників стану здоров'я населення та реалізації стратегічного плану ( $9,38 \pm 0,24$  бали) та проведення опитування керівників надавачів медичних послуг щодо елементів стратегічного плану та результатів його впровадження ( $9,38 \pm 0,25$  бали) при середньому рівні узгодженості думок експертів ( $C_v$  11,41%, 14,78% та 15,02% відповідно).

При порівнянні оцінок груп експертів встановлено, що організатори охорони здоров'я найбільш в однаковій мірі відзначили системність запропонованої моделі та її спрямованість на максимальне використання інформаційно-аналітичних деталей ( $9,14 \pm 0,43$  бали) при середньому рівні узгодженості їх думок ( $C_v$  17,61%).

В цей же час науковцями оцінка моделі в цілому та її елементів була більш однорідною. Найвищими показниками визначено важливість опитування керівників надавачів медичних послуг щодо елементів стратегічного плану та результатів його впровадження ( $9,94 \pm 0,06$  бали) при високому рівні узгодженості їх думки ( $C_v$  2,37%).

Також високу оцінку отримали такі параметри моделі як відповідність реформуванню медичної галузі та доцільність створення підрозділу моніторингу

та оцінювання показників стану здоров'я населення та реалізації стратегічного плану ( $9,89 \pm 0,08$  бали).

Питання щодо обізнаності надавачів медичних послуг з особливостями стратегічного планування, координованості дій надавачів медичних послуг госпітального кластеру та раціональність використання ресурсів надавачів медичних послуг, які передбачає розроблена модель стратегічного планування було підтримано переважною більшістю експертів: ствердну відповідь дали  $90,63 \pm 5,15\%$  респондентів. Аналогічно більшість експертів висловилося за те, щоб використання даної моделі підніме рівень інформованості населення про вплив поведінкових детермінант на стан здоров'я та вмотивованість до здорового способу життя ( $84,38 \pm 6,42\%$ ), а також поліпшить доступність медичної допомоги населенню та покращить індикативні показники діяльності закладу охорони здоров'я (в однаковій мірі,  $81,25 \pm 6,90\%$  експертів).

Таким чином, проведене експертне оцінювання фахівцями з організації та управління охороною здоров'я та науково-педагогічними працівниками за цією ж спеціальністю показало важливість та необхідність впровадження моделі стратегічного планування медичної допомоги населенню на рівні новосформованого адміністративного району.

### **Висновки до розділу 6.**

На основі класичної моделі процесу стратегічного управління розроблена концептуальна модель стратегічного планування медичної допомоги населенню на районному рівні з врахуванням структурних змін у системі охорони здоров'я, щодо поділу закладів охорони здоров'я на надкластерні, кластерні та загальні.

Створена концептуальна модель стратегічного планування складається з 4 базових етапів реалізації з відповідними опціями – завдання, потенціал, вибір стратегії, результат.

Впровадження концептуальної моделі стратегічного планування організації медичної допомоги населенню новоствореного району надавачами медичних послуг госпітального кластеру дасть можливість на основі

поставлених завдань та вивченого потенціалу медичної сфери району із системним забезпеченням моніторингу та оцінювання показників стану здоров'я населення, особливостей і тенденції захворюваності та смертності населення, використанням даних самооцінки населенням стану здоров'я та способу життя, а також результатів опитування керівників надавачів медичних послуг щодо необхідних елементів стратегічного плану та подальшої оцінки його впровадження дасть змогу здійснити вибір стратегії розвитку та на основі міжсекторальної взаємодії державних закладів, комунальних та приватних структур досягти поставлених результатів.

Результати експертної оцінки та високе оцінювання її експертами:  $9,37 \pm 3,61$  бали із 10 можливих пропонованої Моделі, про що свідчить узгодженість думок експертів ( $CV = 12,51\%$ ), довели необхідність її впровадження у закладах охорони здоров'я та може бути рекомендована до програм соціально-економічного та культурного розвитку регіону.

#### **Матеріали розділу викладенні в наукових працях:**

- Любінець О. В., Мілашовська В. О. Медико-демографічне становище - важливий чинник у стратегічному плануванні організації медичної допомоги населенню. *Acta Medica Leopoliensia*. 2021. Том 27. № 3-4. С. 108-125. DOI: 10.25040/aml2021.3-4.108;

- Любінець О. В., Мілашовська В. О. Стратегічне планування медичної допомоги населенню закладами охорони здоров'я госпітального кластеру. *Україна. Здоров'я нації*. 2023. №3(73). С. 85-89. DOI: 10.32782/2077-6594/2023.3/14.

- Любінець О. В., Мілашовська В. О., Децик М. О., Зуб В. І., Боровець В. А. Концептуальні особливості побудови стратегічного плану організації медичної допомоги населенню. *Методичні рекомендації до занять із спеціалізації за фахом "Організація і управління охороною здоров'я" галузі знань 22 «Охорона здоров'я» спеціальності 222 «Медицина»*. Львів, 2023. 52 с.

## ВИСНОВКИ

Комплексним медико-соціальним дослідженням вирішено актуальну науково-прикладну задачу щодо обґрунтування концептуальної моделі стратегічного планування організації медичної допомоги населенню новоствореного району в умовах реформування системи охорони здоров'я, яка базується на нових функціонально-організаційних підходах до її структури і побудована на принципах комплексності та системності з використанням міжсекторального підходу, інформаційного механізму забезпечення та її наукового супроводу, потенційна необхідність якої позитивно оцінена експертами.

1. Проведений аналіз літературних джерел засвідчив, що проблема організації охорони здоров'я населення, а відтак стратегічного її планування є актуальною, і вирішення якої потребує проведення комплексних наукових досліджень. Відсутніми є наукові розробки щодо стратегічного планування медичної допомоги у адміністративних одиницях, у яких відбулися територіальні зміни, в т. ч. зміна кількості населення, яке проживає на його території, його статево-вікового складу, території проживання, складу та структури закладів охорони здоров'я. Для оптимізації управлінських рішень при створенні таких стратегій є необхідність розроблення адекватного методичного підходу.

2. Дослідженням встановлено, що у Закарпатській області, а саме, у Мукачівському районі існують відмінності у медико-демографічних процесах, ніж в Україні, що зумовило необхідність обґрунтування та розробки концептуальної моделі стратегічного планування організації медичної допомоги населенню новоствореного району з вирішенням проблем, які так чи інакше пов'язані з проблемою демографічного руху, рівня народжуваності, існуючої смертності, особливостями умов проживання населення, а в цілому повинні сприяти підвищенню тривалості життя населення.

3. При ідентифікації статусу новосформованого адміністративного

Мукачівського району Закарпатської області встановлено, що за величиною кількості населення він є третім з 6 районів області, з більшою на 27,3% за обласну густину населення, з дещо більшою у складі населення кількістю жіночого населення, а за медико-демографічними показниками район є урбанізаційно-депопуляційним.

4. Встановлено, що майже половина респондентів з числа мешканців Мукачівського району (44,3%) не могли оцінити стан свого здоров'я і зазначили його як середній - «не добрий і не поганий». На хороший рівень свого здоров'я вказало 42,6%, а на «поганий» та «дуже поганий» 13,0%, в т. ч. на це вказало 18% мешканців сільської місцевості. Встановлено значний відсоток респондентів у районі, які курять (26,76±2,01%) та зловживають алкогольними напоями (48,45±2,27%). Серед курців та осіб, які раніше курили переважають особи віком після 40 років (61,10±3,15%) та з середньою спеціальною освітою (45,68±3,22%). У частини опитаних, які курять та які вживають алкоголь (відповідно, 20,41±2,88% та 36,73±3,44%) спостерігається оманливе враження: вони вважають, що ведуть здоровий спосіб життя.

5. З'ясовано, що найчастішим джерелом інформації про здоровий спосіб життя виступає інтернет, преса та телевізійні програми (56,49±2,43%): достовірні дані отримані у групах осіб віком до 40 років (64,41±3,75%) та міських мешканців (62,37±3,48%). Рівень інформованості про здоров'язберезувальну поведінку, який надавався у лікарській амбулаторії склав лише 24,76±2,12% і вищим він був серед мешканців сільської місцевості (32,88±3,15%) та осіб старших вікових груп (31,13±4,50%). Встановлено, що при появі ознак захворювання половина респондентів (52,38±2,27%) звертались за медичною допомогою у лікарську амбулаторію і більш характерним це було для осіб віком після 60 років (55,75±4,67%) та мешканців сільської місцевості (60,40±3,09%).

6. Виявлено, що на експертну думку досвідчених лікарів, в т. ч. висококваліфікованих організаторів охорони здоров'я ключовою проблемою галузі є «недостатність фінансових ресурсів для забезпечення ефективної діяльності системи охорони здоров'я з державних джерел фінансування»

(78,56±1,79% респондентів), а першочергову увагу при реформуванні галузі охорони здоров'я належить приділити підготовці стратегічних планів функціонування системи охорони здоров'я, як на рівні держави так і на місцевому рівні (63,57±2,10%).

7. Обґрунтована та розроблена концептуальна модель стратегічного планування медичної допомоги населенню на регіональному рівні з врахуванням нових елементів у її побудові, а саме індикативних показників діяльності закладів охорони здоров'я, в т. ч. з використанням даних самооцінки населенням власного здоров'я і способу життя та оцінки керівниками і медичним персоналом закладів охорони здоров'я у діючих та новосформованих адміністративних одиницях результатів удосконалення організації надання медичної допомоги населенню, ефективність якої підтверджена методом експертних оцінок. Використання концептуальної моделі в практичній діяльності, яка отримала позитивну оцінку експертів (9,37±3,61 бали за 10 бальною шкалою) при високому ступені узгодженості їх думок (середній рівень коефіцієнту варіації  $C_v = 12,51\%$ ) дозволяє рекомендувати її до системи охорони здоров'я України.

## ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Результати дослідження дозволяють рекомендувати:

### 1. Міністерству охорони здоров'я України:

– запровадити в практику охорони здоров'я концептуальну модель стратегічного планування медичної допомоги населенню з врахуванням нових елементів у її побудові, в т. ч. даних опитування медичного персоналу та населення

– враховувати результати медико-статистичних досліджень при розробленні державних, регіональних стратегічних планів організації управління у системі охорони здоров'я при адміністративно-територіальних змінах.

### 2. Головам ОДА, департаментам / управлінням охорони здоров'я обласних державних адміністрацій:

– віднайти можливості для запровадження в практику концептуальної моделі стратегічного планування медичної допомоги населенню на регіональному рівні з врахуванням медико-демографічних змін та нових елементів соціальних детермінант;

– ввести в практику постійне інформування медичних працівників про стан здоров'я населення на основі медико-демографічних показників з врахуванням даних періодичного опитування мешканців територій;

– підвищити відповідальність та мотивацію медичних працівників за результати їх діяльності щодо збереження здоров'я населення.

### 3. Вищим медичним навчальним закладам:

– доповнити програми навчання студентів з курсу «Соціальна медицина та організація охорони здоров'я», «Сімейна медицина» питаннями принципів, структури і форм стратегічного планування організації медичної допомоги населенню;

– на післядипломному рівні включити в робочі програми кафедр організації і управління охороною здоров'я, громадського здоров'я, сімейної

медицини питання впровадження сучасних підходів до побудови моделей стратегічного планування організації сфери охорони здоров'я населення.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ЛІТЕРАТУРИ

1. Ács P., Betlehem J., Oláh A., Bergier J., Melczer C., Premusz V., Makai A. Measurement of public health benefits of physical activity: validity and reliability study of the international physical activity questionnaire in Hungary. *BMC Public Health*. 2020. 20.1198. DOI:10.1186/S12889-020-08508-9.
2. Adopting a people-centred approach to improve the prehospital care system in eastern Ukraine. World Health Organization. Regional Office for Europe. *World Health Organization*, 2020. 33 p. URL: WHO-EURO-2020-5575-4534 0-64885-eng.pdf.
3. Ahmadi H., Arji G., Shahmoradi, L., Safdari R., Nilashi M., Alizadeh M. The application of internet of things in healthcare: a systematic literature review and classification. *Univ Access Inf Soc*. 2019. 18. P. 837–869. <https://doi.org/10.1007/s10209-018-0618-4>.
4. Ahsan Ali Siddiqui. The Use of Pestel Analysis Tool of Quality Management in the Health Care Business and its Advantages. *Am J Biomed Sci & Res*. 2021 - 14(6). AJBSR.MS.ID.002046. DOI: 10.34297/AJBSR.2021.14.002046.
5. Albrechts L., Balducci A., Hillier J. *Situated Practices of Strategic Planning. An international perspective*. 2017. First published 2017 by Routledge 2 Park Square, Milton Park, Abingdon, Oxon OX14 4RN and by Routledge 711 Third Avenue, New York, NY 10017 New York: Routledge. 430 p.
6. Bayod R. P., Arnosa D. Healthy lifestyle is the key for a healthy society. *Eubios Journal of Asian and International Bioethics*. 2021. Vol. 31(1). P.24-29.
7. Božić V. Objectifying SWOT and PESTLE Analysis in Hospital. [https://www.researchgate.net/publication/372166219\\_Objectifying\\_SWOT\\_and\\_PESTLE\\_Analysis\\_in\\_Hospital](https://www.researchgate.net/publication/372166219_Objectifying_SWOT_and_PESTLE_Analysis_in_Hospital). DOI:10.13140/RG.2.2.18907.34086.
8. Bryson J. M. *Strategic Planning for Public and Nonprofit Organizations*. San Francisco, CA: Jossey-Bass. 2011. P. 7-9.
9. Bryson John M., Lauren Hamilton Edwards, David M. Van Slyke. Getting strategic about strategic planning research, *Public Management Review*, 2018. Vol.

20:3. P. 317-339. DOI: 10.1080/14719037.2017.1285111.

10. Dennis Christine. Strategic planning—a health system operational perspective. *Journal of Hospital Management and Health Policy*. 2019; 3: 32 (13 December 2019). DOI:10.21037/jhmhp.2019.10.03.

11. Doherty T. M., Del Giudice G., Maggi S. Adult vaccination as part of a healthy lifestyle: moving from medical intervention to health promotion. *Annals of Medicine*. 2019. Vol. 51(2). P. 128-140. DOI.org/10.1080/07853890.2019.1588470.

12. Ehrlich H., McKenney M., Elkbuli A. Strategic planning and recommendations for healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *The American journal of emergency medicine*, 2020. Vol. 38(7), 1446.

13. Elbanna S., Andrews R., Pollanen R. Strategic Planning and Implementation Success in Public Service Organizations. *Public Management Review*. 2016. Vol. 18(7). P. 1017-1042. DOI: 10.1080/14719037.2015.1051576.

14. Ferlie E., Ongaro E. Strategic Management in Public Sector Organizations: Concepts, Schools, and Contemporary Issues. 2nd Edition. 2022. New York: Routledge. 332 p.

15. Gałuszka A. Assessment of health behaviors among students of selected majors. *Journal of Education, Health and Sport*. 2021. Vol. 11(12). P. 139-149. DOI:10.12775/JEHS.2021.11.12.009.

16. Gibis B., Artiles J., Corabian P., Meiesaar K., Coppel A., Jacobs P., Serrano P., Menon D. Application of Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats Analysis in the Development of a Health Technology Assessment Program. *Health Policy*. 2001. 58 (1): 2735.

17. Ginter Peter M., Duncan W. Jack, Swayne Linda E. Strategic management of health care organizations. 2018. Hoboken, New Jersey: Wiley. URL: [https://books.google.com.ua/books?hl=uk&lr=&id=3qVFDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR7&dq=strategic+planning+in+health+care&ots=4UJprnwYID&sig=vp9zu0mJVGzk2laG8NX4PIntLXw&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=true](https://books.google.com.ua/books?hl=uk&lr=&id=3qVFDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR7&dq=strategic+planning+in+health+care&ots=4UJprnwYID&sig=vp9zu0mJVGzk2laG8NX4PIntLXw&redir_esc=y#v=onepage&q&f=true). (дата звернення: 15.06.2023).

18. Gretzky Wayne. Strategic planning and SWOT analysis. *Essentials of*

*strategic planning in healthcare* 2010. 1.12. P. 91-108.

19. Griban G., Yavorska T., Tkachenko P. et al. Motor activity as the basis of a healthy lifestyle of student youth. *Wiadomości Lekarskie*. 2020. Vol. 73(6). P. 1199-1206. DOI: 10.36740/WLek202006123.

20. Grshybowskyj J., Smiiianov V., Myronyuk I., Lyubinets O. Ten indicators which characterize medical-demographic processes in adjacent regions of Ukraine and Poland. *Wiadomosci Lekarskie*. 2019. 72(5 cz.1). S. 868-876.

21. Haldane V., De Foo C., Abdalla S. M. et al. Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nat Med* 2021. 27, 964–980. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01381-y>.

22. Hansen R. D. Strategic planning: the basics and benefits. *Medical Group Management Journal*. 1999. Vol. 46.3. P. 28-35.

23. Harun H., Hashim M. Strategic Information Systems Planning: a Review of Its Concept, Definitions and Stages of Development, *Int. J. Res. Sci. Eng.* 2017. Vol. 3, no. 2. P. 432–441.

24. Hatzenbuehler M. L., Phelan J. C., Link B. G. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *Am. J. Publ. Health*. 2013. Vol. 103, № 5. P. 813–821.

25. He J., Baxter S. L., Xu J., Xu Jm., Zhou X., Zhang K. The practical implementation of artificial intelligence technologies in medicine. *Nat Med*. 2019. 25. P. 30–36. <https://doi.org/10.1038/s41591-018-0307-0>.

26. Joseph-Shehu E. M., Ncama B. P., Mooi N., Mashamba-Thompson T. P. The use of information and communication technologies to promote healthy lifestyle behaviour: a systematic scoping review. *BMJ Open*. 2019. 9:e029872. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-029872.

27. Journath G., Hammar N., Vikström M., Linnarsjo A., Walldius G., Krakau I., Lindgren P., Ulf de Faire, Hellenius M-L. A Swedish primary healthcare prevention programme focusing on promotion of physical activity and a healthy lifestyle reduced cardiovascular events and mortality: 22-year follow-up of 5761 study participants and a reference group. *British Journal of Sports Medicine*. 2020. Vol. 54(21). P. 1294-

1299. DOI:10.1136/bjsports-2019-101749.

28. Kabeyi M. Organizational strategic planning, implementation and evaluation with analysis of challenges and benefits. *International Journal of Applied Research and Studies*, 2019. 5(6). P. 27-32.

29. Kahveci R., Meads C. Analysis of Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats in the Development of a Health Technology Assessment Program in Turkey. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2008. 24 (2): 23540.

30. Kelly J. T., Campbell K. L., Gong E., Scuffham P. The Internet of Things: Impact and implications for health care delivery. *Journal of medical Internet research*, 2020. 22(11), e20135.

31. Kenneth Andrews. *The Concept of Corporate Strategy*. 2nd Edition. 1980. Dow-Jones Irwin. 180 p.

32. Kraus S., Schiavone F., Pluzhnikova A., Invernizzi A. C. Digital transformation in healthcare: Analyzing the current state-of-research. *Journal of Business Research*, 2021. 123. P. 557-567. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2020.10.030>.

33. Kyriakides Stella. Commissioner for Health and Food Safety. URL: Healthy Lifestyle campaign (europa.eu) (дата звернення: 27.03.2023).

34. Lee C. C. M., Thampi S., Lewin B., Lim T. J. D., Rippin B., Wong W. H., Agrawal R. V. Battling COVID-19: critical care and peri-operative healthcare resource management strategies in a tertiary academic medical centre in Singapore. *Anaesthesia*, 2020. 75(7). P. 861-871. <https://doi.org/10.1111/anae.15074>.

35. Leeftink A. G., Bikker I. A., Vliegen I. M. H., Boucherie R. J. Multi-disciplinary planning in health care: a review, *Health Systems*, 2020. 9:2, 95-118, DOI: 10.1080/20476965.2018.1436909.

36. Lyubinets O., Kachmarska M., Sygit K.M., Cipora E., Grshybowkyj J. Mortality and Alcohol as Its Cause – Comparative Characteristics of the Two Neighboring Countries: Ukraine and Poland. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021,18,10810. DOI: 10.3390/ijerph182010810.

37. Marques A., Peralta M., Santos T., Martins J., Gaspar de Matos M. Self-rated health and health-related quality of life are related with adolescents' healthy lifestyle. *Public health*. 2019. Vol. 170. P. 89-94. DOI: 10.1016/j.puhe.2019.02.022.
38. Mescon Michael H., Albert Michael, Khedouri Franklin. Harper & Row, 1985. 756 p.
39. Mintzberg Henry. *The Rise and Fall of Strategic Planning*. 2000. Pearson Education. 458 p.
40. Motylińska P. Samoocena zdrowotnych kompetencji informacyjnych studentów–wyniki badania pilotażowego studentów kierunku bezpieczeństwo zdrowotne na Uniwersytecie Pedagogicznym w Krakowie. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis/ Studia ad Bibliothecarum Scientiam Pertinentia*. 2021. 18. P.335-351. DOI:10.24917/20811861.18.22.].
41. Nickols F. Strategy, strategic management, strategic planning and strategic thinking. *Management Journal*. 2016. Vol. 1. P. 4-7.
42. Nyberg S. T., Singh-Manoux A., Pentti J. et al. Association of healthy lifestyle with years lived without major chronic diseases. *JAMA internal medicine*. 2020. Vol. 180(5). P. 760-768. DOI:10.1001/jamainternmed.2020.0618.
43. Perera Francisco de Paula Rodríguez, Manel Peiró. La planificación estratégica en las organizaciones sanitarias. *Revista Española de Cardiología*, Volume 65, Issue 8, August 2012. P. 749-754. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2012.04.004>.
44. Porter Michael E., Kaplan Robert S., Witkowski Mary L., Bernstein David N. Vanderbilt: Transforming an Academic Health Care Delivery System, 2020. *Harvard Business School Teaching Note*, 724-374, August 2023.
45. Saldiran T. Ç., Tanriverdi M., Cakar E. Relationship between physical activity and healthy lifestyle behaviors in college students. *Journal of Basic and Clinical Health Sciences*. 2019. Vol. 3(2). P.58-62. DOI.org/10.30621/jbachs.2019.567.
46. Schneller E., Abdulsalam Y., Conway K., Eckler J. *Strategic management of the healthcare supply chain*. John Wiley & Sons. 2023. 261 p. URL: <https://books.google.com.ua/books?hl=uk&lr=&id=RgTLEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=>

PR11&dq=Strategic+management+of+health+systems&ots=VxAouy65AR&sig=T7QFjLdRjk7fGJhr-rb9YVi4NFs&redir\_esc=y#v=onepage&q=Strategic%20management%20of%20health%20systems&f=false/. (дата звернення: 15.06.2023).

47. Septiana Y., Mulyani A., Kurniadi D., Arifin D. M. Information Systems Strategic Planning For Healthcare Organizations Using Ward And Peppard Model. *International Journal of Scientific & Technology Research*. Volume 9, Issue 02, february 2020. P. 4718-4721.

48. Sichkoriz O. Ye., Zimenkovsky A. B., Gutor T. G. Analysis of expectations and satisfaction of physicians (provisors)-interns in Ukraine at the stage of primary specialization – internship training. *Medicni perspektivi*. 2022;27(1). P. 16-23. DOI: 10.26641/2307-0404.2022.1.254317.

49. Strategic management of health systems: report / Third preparatory meeting for the WHO European Ministerial Conference on Health Systems «Health Systems - Health - Well-being» (Rome, Italy, April 3-4, 2008) / WHO; ERB. - Copenhagen, April 21, 2008. - EUR/08/5085698/REP - 36 с.

50. Sygit K. M., Sygit M., Wojtyła-Buciora P., Lubiniec O., Stelmach W., Krakowiak J. Physical activity as an important element in organizing and managing the lifestyle of populations in urban and rural environments. *Ann Agric Environ Med*. 2019. Vol. 26(1). P.-12. DOI: 10.26444/aaem/99177.

51. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. *World Health Organization*, 2000. 215 p. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/924156198X>.

52. Towards a resilient region – Address by the WHO Regional Director for Europe at the 73rd session of the WHO Regional Committee for Europe. URL: <https://www.who.int/europe/news/item/25-10-2023-address-by-the-who-regional-director-for-europe-at-the-73rd-session-of-the-who-regional-committee-for-europe>. (дата звернення: 15.06.2023).

53. Tregoe Benjamin, Zimmerman John. Top Management Strategy. 1980. Simon and Schuster. 128 p.

54. Understanding Strategic Planning in Healthcare Organizations. URL:

<https://online.regiscollege.edu/blog/understanding-strategic-planning-health-care-organizations>. (дата звернення: 15.06.2023).

55. Wang Y., Kung L., Wang W. Y. C., Cegielski C. G. An integrated big data analytics-enabled transformation model: Application to health care. *Information & Management*, 2018. 55(1). P. 64-79.

56. Waśniowska A, Kopeć G, Szafraniec K. *et al.* Assessment of knowledge on cardiovascular disease risk factors by postal survey in residents of Małopolska Voivodeship. Małopolska Cardiovascular Preventive Intervention Study (M-CAPRI). *Ann. Agric. Environ. Med.* 2017;24(2). P. 201–206.

57. Winslow Charles-Edward Amory. The Untilled Field of Public Health. *Modern Medicine*, 1920. Vol. 2. P. 183–191.

58. Working together for equity and healthier populations. Sustainable multisectoral collaboration based on Health in All Policies approaches. *World Health Organization*. 47 p. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/372714/9789240067530-eng.pdf?sequence=1> (дата звернення: 15.06.2023).

59. Андреева О., Омельченко Т., Боженко-Курило О. *Стан громадського здоров'я в Україні: реалії та перспективи. Фізична культура, спорт та здоров'я нації*. 2018. № 6. С. 7-14.

60. Баєва О. В., П'ятниця-Горпинченко Н. К., Слободкін В. І. та ін. Визначення якості життя населення в умовах сьогодення. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2018. № 2. С. 86–87.

61. Бахнівський В. С., Шушковська Ю. Ю. Міждисциплінарний взаємозв'язок у викладанні організації охорони здоров'я та внутрішньої медицини як компонент реалізації Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні. *Проблеми та перспективи вищої медичної школи у розробці та реалізації національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025 рр.: тези доповідей навчально-методичної конференції, 25 березня 2015 року*. Вінниця, 2015. С. 11–12.

62. Біостатистика : підручник / [Грузева Т. С., Лехан В. М., Огнєв В. А. та ін.]; за заг. ред. Грузевої Т. С. Вінниця : Нова Книга, 2020. 384 с.

63. Вакуленко О. М. Стан здоров'я населення країни: основні проблеми та шляхи вирішення. *Інтеграція освіти, науки та бізнесу в сучасному середовищі: літні диспути: тези доп. II Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції, 17-18 серпня 2020 р.* Дніпро. 2020. С. 89-90.
64. Васюк Н. О., Юрочко Т. П. Публічне управління охороною здоров'я в сучасних умовах реформування в Україні. Державне управління: теорія та практика. 2019. № 1. С. 78-84. <http://doi.org/10.36030-2311-6722-2019-1-78-84>.
65. Висоцький А. А., Суриков О.О., Василюк-Зайцева С. В. Розвиток штучного інтелекту в сучасній медицині. *Український медичний часопис.* 2023;2(154) – III/IV. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.154.241221.
66. Вороненко Ю. В. Стратегічне управління в охороні здоров'я: теоретичні та практичні аспекти. *Науковий журнал МОЗ України.* 2014. № 1(5). С. 39-46.
67. Вороненко Ю. В., Кошова С. П., Михальчук В. М., Радиш Я. Ф. Здоров'я громадян України – важлива складова національної безпеки та потенціалу суверенітету держави. *Україна. Здоров'я нації.* 2021. №3(65). С. 5-13. DOI: 10.24144/2077-6594.3.1.2021.240802.
68. Гайдук І. С. Вплив якості та тривалості життя на людський потенціал в Україні. *Економічний вісник університету.* 2017. Вип. 32-1. С. 137–143.
69. Говорко О. В. Проблеми та перспективи демографічного розвитку в Україні. *Вісник Одеського національного університету. Серія: Економіка.* 2015. Вип. 1. С. 113–116.
70. Голубчиков М. В. Чи можна довіряти українській медичній статистиці? Ваше здоров'я. 2015. № 49-50. С. 8–9.
71. Голяченко А. О., Смірнова В. Л., Левченко О. В. Деякі думки з приводу медичної реформи. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* 2017. № 3. С. 16-20.
72. Голяченко А. О., Смірнова В. Л., Панчишин Н. Я., Голяченко О. А. Соціальна, медична та економічна ефективності охорони здоров'я в період її реформування. *Вісник медичних і біологічних досліджень,* 2020. №1. С. 19-23.



DOI 10.11603/bmbr.2706-6290.2020.1.10612.

73. Горенко З. Медична активність як складова частина здорового способу життя. *Молода спортивна наука України*. 2017. Т. 4. С. 106.

74. Гресько І. М. Роль самооцінки у підтриманні психологічного здоров'я особистості. *Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я*. 2019. С. 65-68.

75. Гржибовський Я. Л., Миронюк І. С., Любінець О. В. Здоров'я людини та індивідуальні чинники впливу (дослідження за результатами опитування лікарів). *Львівський медичний часопис = Acta Medica Leopoliensia*. 2019;XXV(1):68-75. DOI: <https://doi.org/10.25040/aml2019.01.068>.

76. Гржибовський Я. Л., Миронюк І. С., Любінець О. В. Самооцінка стану здоров'я населенням сільської місцевості. *Intermedical journal (Slovakia)*. 2019. № 1(13). С. 21-28.

77. Громадське здоров'я : підручник / Грузєва Т. С., Лехан В. М., Огнев В. А. та ін. ; за заг. ред. Т. С. Грузєвої. Вінниця : Нова Книга, 2023. 616 с.

78. Грузєва Т. С. Компетентнісний підхід до підготовки фахівців громадського здоров'я в Ягелонському університеті. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. № 4. С. 84–90.

79. Гунько Н. В., Іванова О. М., Короткова Н. В., Будерацька В. Б., Бойко З. Н., Масюк С. В., Мелекесцева А. А. Радіаційно забруднені території Чернігівської області України: радіаційно-екологічне та медико-демографічне минуле та сучасне. *Problems of Radiation Medicine & Radiobiology*, 2022. № 27. 10.33145/2304-8336-2022-27-167-187.

80. Деміхов О.І. , Дегтярьова І.О. Місто як кластер здорового способу життя: зв'язок публічної політики громадського здоров'я з формуванням культури здоров'я в місті. *Демократичне врядування: наук. вісн.* 2020,1(25) /за заг. ред. чл.-кор. НАН України В.С.Загорського, доц. А.В.Ліпенцева. Львів:ЛРІДУ НАДУ,2020. DOI: 10.33990/2070-4038.25.2020.213667.

81. Диха М. В. Здоров'я людини як базова складова людського потенціалу в системі досягнення цілей сталого розвитку України. *Вісник*

*Хмельницького національного університету*. 2020. № 1. С. 20-25. DOI: 10.31891/2307-5740-2020-278-1-4.

82. Досвід, реалії та перспективи розвитку систем охорони здоров'я [Електронний ресурс] / за ред. О. Любінця, А. Овоца. 1 електронний оптичний диск (CD-ROM) 12 см. Системні вимоги: i486SX, 16 MiB RAM, sVGA 1024x768, 16 bpp, CD-ROM, Win '98, Adobe Reader 6. Львів : Медицина і право, 2013. 585 с.

83. Дудіна О. О., Терещенко А. В. Ситуаційний аналіз стану здоров'я дитячого населення. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2014. № 2. С. 49–57.

84. Дудник С. В., Кошеля І. І. Тенденції стану здоров'я населення України. *Україна. Здоров'я нації*. 2016. № 4. С. 67–77.

85. Ждан В. М., Голованова І. А., Харченко С. В., Ляхова Н. О. Система охорони здоров'я в Україні: виклики сьогодення. *Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я», 27 травня 2022 р. / ПДМУ ; ред. кол. : В. М. Ждан, В. П. Лисак, І. А. Голованова [та ін.]*. Полтава, 2022. С. 5-6.

86. Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-вр#Text>. (дата звернення: 19.06.2023).

87. Запорожан Л.П., Кравець Н.О. Стратегія планування соціальних програм у громадському здоров'ї. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. № 1(87). С. 66-69. DOI: 10.11603/1681-2786.2021.1.12149.

88. Защик Н. С. Режими життєдіяльності як детермінанти порушень психіки та поведінки у сільського населення. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2014. № 4. С. 45-48.

89. Заюков І., Лавров Р., Олійник Л. Сучасні тенденції природного руху населення як фактору забезпечення демографічної стійкості України. *Економіка та суспільство*, 2021. №24. 10 с. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2021-24-12>.

90. Заюков ІВ. Територіальні особливості самооцінки здоров'я населенням України. *Стратегічні пріоритети. Серія: Політика*. 2016. № 1. С. 55-62.
91. Зіменковський А. Б., Гутор Т. Г., Лесняк О. М. Оцінка якості надання медичної допомоги за даними щорічних звітів (на прикладі урологічного відділення Львівської комунальної міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги). *Acta Medica Leopoliensia*. 2021. Т. 27, № 1-2. С. 83-100.
92. Інформатизація охорони здоров'я та розвиток телемедичних технологій : монографія / [В. В. Лазоришинець, Г. О. Слабкий, О. С. Коваленко та ін. ; за ред. З. М. Митника]. К. : Полісся, 2010. 249 с.
93. Карпіщенко О. І., Ілляшенко К. В., Карпіщенко О. О. Стратегічне планування: навч. посіб. Суми: Сумський державний університет, 2013. 446 с.
94. Карташова С. С., Тимченко О. І., Омельченко Е. М. Показники смертності як індикатори стану здоров'я. *Український медичний альманах*. 2009. Т. 12, № 2. С. 82-84.
95. Качмарська М. О., Любінець О. В. Стосовно оцінки рівня громадського здоров'я в Україні та її регіонах. *Україна. Здоров'я нації*. 2022. № 1(67). С. 7-16. DOI: 10.24144/2077-6594.1.1.2022.254629.
96. Керецман А. О. Обсяг і структура втрачених років потенційного життя від хвороб органів травлення у Закарпатській області. *Україна. Здоров'я нації*. 2016. №4/1(41). С.127-133.
97. Клос Л. Є. Технології збереження здоров'я у соціальній сфері. Львів: Видавництво Львівської політехніки, 2015. 248 с.
98. Кобилянський О. В., Заюков І. В. Педагогічні та соціально-економічні аспекти самозбереження здоров'я зайнятого населення України. *Педагогіка безпеки*. 2016. № 1. С.59-66.
99. Коваленко О. Наближення засад підготовки сучасних керівних кадрів з охорони здоров'я України до світових стандартів. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2016. № 2. С. 143–146.
100. Комар В. С. Задоволеність пацієнтів як показник якості відновного

лікування в санаторно-курортних умовах. *Україна. Здоров'я нації*. 2016. № 4(40). С. 176-181.

101. Корнацький В. М. Шляхи покращення стану здоров'я населення України. *Лікарська справа*. 2001. № 5-6. С. 150–153.

102. Костишина Т. А., Кравченко О. О. Регулювання доходів як чинник забезпечення якості життя населення. *Науковий вісник ПУЕТ. Серія «Економічні науки»*. 2016. № 5(77). С. 206-212.

103. Котис Н. В., Нитка О. М. Комунікаційний супровід стратегічного планування діяльності закладу охорони здоров'я. *Інноваційна економіка*, 2023. № 2. С. 64-70. DOI: <https://doi.org/10.37332/2309-1533.2023.2.8>.

104. Кратко О, Янків М. Вивчення небезпечного впливу продуктів харчування на здоров'я людини. *Грааль науки*. 2021. № 1. С. 167-170. <https://doi.org/10.36074/grail-of-science.19.02.2021.031>.

105. Кривенко Є. М. Медико-соціальне обґрунтування моделі управлінської діяльності охорони здоров'я регіонального рівня на основі її інформатизації : дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 – Соціальна медицина. ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». Київ: 2015. 218 с.

106. Кривич І. П., Чумак Ю. Ю., Гусева Г. М. Сучасний стан здоров'я населення України. *Довкілля та здоров'я*. 2021. № 3(100). С. 4-12. <https://doi.org/10.32402/dovkil2021.03.004>

107. Криничко Л. Р. Оцінка сучасного стану здоров'я населення України. *Економіка, управління та адміністрування*. 2020. № 4 (94). С. 142-149. DOI: [https://doi.org/10.26642/jen-2020-4\(94\)-142-149](https://doi.org/10.26642/jen-2020-4(94)-142-149).

108. Кручаниця В. В. Детермінанти зловживання алкоголем населенням Закарпаття. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2016. № 4. С. 18–22.

109. Куранда Л. О. Стратегічне планування, як важливий елемент системи стратегічного управління закладам охорони здоров'я в Україні. *Editor coordinator*. 2021. № 47. С. 53-59.

110. Куценко В. І., Трілленберг Г. І. Сфера охорони здоров'я: соціально-економічні та регіональні аспекти. К.: Рада по вивченню продуктивних сил України НАН України, 2005. 366 с.

111. Куценко В., Кінаш І., Євтушенко Г. Збереження та зміцнення здоров'я населення крізь призму сталого розвитку. *Економіка природокористування і сталий розвиток*. 2021. № 09(28). С. 95-102. DOI: 10.37100/2616-7689.2021.9 (28).13.

112. Лапшин І. М. Аналіз рівня смертності населення в Україні. *Вісник Хмельницького національного університету*. 2018. Т. 1, № 3. С. 44–47.

113. Лепський В. В. Стратегічне управління сучасними медичними закладами. *Вісник Черкаського державного технологічного університету. Серія: Технічні науки*. 2016. №4. С.62-68.

114. Лехан В. М., Крячкова Л. В. Інтегральна оцінка результатів діяльності системи охорони здоров'я України. *Україна. Здоров'я нації*. 2010. № 2(14). С. 53-65.

115. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення. *Україна. Здоров'я нації*. 2015. № 3. С. 67–86.

116. Лехан В. М., Гінзбург В. Г., Волчек В. В. Інтеграція медичної допомоги – провідний спосіб зміцнення системи охорони здоров'я та підвищення її ефективності. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. 2015. № 1(22). С. 32-40.

117. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Борвінко Е. В., Канюка Г. С. Шляхи задоволення інформаційних потреб керівників закладів охорони здоров'я. Науково-практична конференція з міжнародною участю «Організація та управління охороною здоров'я», 18-20 жовтня 2016 року: матеріали конференції. Київ, 2016. С. 47.

118. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Заярський М. І., Максименко О. П. Обґрунтування необхідності формування управлінських компетентностей у

лікарів на додипломному етапі їх навчання та підвищення ефективності підготовки управлінських кадрів системи охорони здоров'я. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2016. №16(2). С. 265–271.

119. Лещишин Р. М. Стратегічне планування як складова цілісної системи планування місцевого розвитку: Матеріали V Міжнародна науково-практична конференція «Україна в умовах реформування правової системи: сучасні реалії та міжнародний досвід» (16-17 квітня 2021 року) 2021. С. 74-76.

120. Лібанова Е. М. Нерівність в українському суспільстві: витоки та сучасність. *Економіка України*. 2014. № 3. С. 4–19.

121. Лібанова Е. М. Низька тривалість життя населення – основний прояв тотальної демографічної кризи в Україні. *Журнал Академії медичних наук України*. 2007. Т. 13, № 3. С. 411–447.

122. Лінніков С. В., Миронюк І. С. До питання оцінки ефективності інформаційно-комунікаційних кампаній у системі громадського здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*. 2022. № 3(69). С. 5-11. DOI: 10.24144/2077-6594.3.1.2022.266021.

123. Лотоцько О. В., Кондратюк В. А., Кучер С. В. Якість питної води як одна з детермінант громадського здоров'я в західному регіоні України. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2019. № 1. С. 12–18.

124. Любінець О., Мілашовська В. Медико-демографічне становище - важливий чинник у стратегічному плануванні організації медичної допомоги населенню. *Acta Medica Leopoliensia*. 2021. №27(3-4). С. 108-125. DOI: 10.25040/aml2021.3-4.108.

125. Любінець О. В. Втрачений життєвий потенціал України у 2008 році. *Україна. Здоров'я нації*. 2010. № 3. С. 32–38.

126. Любінець О. В., Мілашовська В. О. Стратегічне планування медичної допомоги населенню закладами охорони здоров'я госпітального кластеру. *Україна. Здоров'я нації*. 2023. №3(73). С. 85-89. DOI: 10.32782/2077-6594/2023.3/14.

127. Любінець О. В., Мілашовська В. О., Децик М. О. Громадське

здоров'я – епідеміологія: базові ланки стратегічного планування. *Актуальні проблеми профілактичної медицини*. 2021. Вип. 21. С.84-89.

128. Любінець О. В., Орда О. М. Особливості та порівняльна характеристика смертності населення від основних причин в Україні та Європі. *Україна. Здоров'я нації*. 2012. № 4. С. 66–70.

129. Любінець О. В., Ходор О. Є. Характеристика кадрового забезпечення та підготовка управлінських кадрів вітчизняної системи охорони здоров'я [Електронний ресурс] // Досвід, реалії і перспективи розвитку систем охорони здоров'я. Львів : Медицина і право, 2013. С. 116–123. 1 електронний оптичний диск (CD-ROM); 12 см. Системні вимоги: P4 1600 256 MB RAM; Windows XP; Adobe Reader 6.0. Назва з контейнера.

130. Любінець О. В., Качмарська М. О., Гржибовський Я. Л., Боровець В. А. Структура та динаміка смертності населення України внаслідок розладів психіки та поведінки. *Україна. Здоров'я нації*. 2021. № 1(3). С. 33-39.

131. Мангушева В. Ю. Динаміка захворюваності хворобами шкіри та підшкірної клітковини та контактним дерматитом за останні 20 років після аварії на Чорнобильській АЕС. *Дерматологія та венерологія*. 2011. № 2. С. 61.

132. Мачуга Н. З. Маркетинг медичних послуг крізь призму якості. *Вісник Хмельницького національного університету*. 2012. № 5/3. С. 69-72.

133. Медведовська Н. В., Квач М. Д. Аналіз динаміки смертності чоловіків в аспекті демографічних втрат населення України. *Український журнал військової медицини*, 2022. № 3(1). С. 26-33. DOI: 10.46847/ujmm.2022.1(3)-026.

134. Медведовська Н. В., Квач М. Д. Дослідження динаміки медико-демографічних показників як передумова розробки та реалізації заходів із попередження передчасних втрат чоловічого населення України. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. №4(90). С. 5-9. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2021.4.12846>.

135. Медведовська Н. В., Стовбан І. В. Регіональні аспекти захворюваності та поширеності хвороб серед чоловіків в Україні. *Україна*.

*Здоров'я нації*. 2023. № 3(73). С. 90-94. DOI: <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.3/15>.

136. Мелега К. П. Сучасні моделі здорового харчування як основа здоров'язбереження та профілактики хронічних захворювань. *Сучасні здоров'язберезувальні технології: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука*. – Харків: Оригінал, 2018. С. 227-236.

137. Мельник А., Радзивілюк Л. Імплементация стратегічного планування в практику управління сучасним медичним закладом: методологічні та прикладні аспекти. *Вісник економіки*. 2021. Вип. 3. С. 66–83. DOI: <https://doi.org/10.35774/visnyk2021.03.066>.

138. Миронюк І. С., Слабкий Г. О., Білак-Лук'янчук В. Й. Оцінка лікарями загальної практики-сімейними лікарями забезпечення населення територіальних громад медичною допомогою. *Україна. Здоров'я нації*. 2023. №1 (71). С. 46-50. DOI: 10.32782/2077-6594/2023.1/08.

139. Мілашовська В. О. Рівень життя та здоров'я: самооцінка мешканцями адміністративного району. *Україна. Здоров'я нації*. 2022. №3(69). С. 12-16. DOI: 10.24144/2077-6594.3.1.2022.266022.

140. Мілашовська В. О., Любінець О. В. Вивчення думки керівників закладів охорони здоров'я щодо удосконалення системи охорони здоров'я, в т. ч. із впровадженням адміністративно-територіальної реформи в Україні. *Україна. Здоров'я нації*. 2022. №4(70). С. 49-57. DOI: 10.24144/2077-6594.4.1.2022.277065.

141. Мілашовська В. О., Любінець О. В. Оцінка власного здоров'я та інформованість про здоров'язберезувальну поведінку. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2023. № 1. С. 20-26. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2023.1.13703>.

142. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я: монографія / Р.Р. Августин, О.З. Апостолюк, А.І. Артимович, О.В. Бречко, А.Ю. Васіна; Терноп.нац.економ.ун-т; за наук.ред. М.М. Шкільняка, Т.Л. Желюк. – Тернопіль: Крок, 2020. – 559 с.



143. МОЗ України: Що було, є і буде. URL: [https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition\\_book\\_healthcare.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition_book_healthcare.pdf) (дата звернення: 09.01.2022).

144. Москаленко В. Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст: [монографія]. К.: Книга плюс. 2008. 320 с.

145. Мотайло О. В., Малігон Ю. М.. Аналіз сучасного стану здоров'я населення та системи охорони здоров'я України. *Вісник ХНАУ ім. В.В. Докучаєва. Серія „Економічні науки”*. 2021. № 2, Т. 1. С. 96-113. DOI: 10.31359/2312-3427-2021-2-1-96.

146. Нагорна А. М., Басанець А. В., Кононова І. Г., Медведовська Н. В., Гвоздецький В. А. Стан здоров'я населення працездатного віку та ефективність функціонування системи охорони здоров'я України. *Україна. Здоров'я нації*. 2021. №1(63). С. 5-22. <https://doi.org/10.24144/2077-6594.1.1.2021.227145>.

147. Очікувана тривалість життя при народженні. URL: <https://population.un.org/wpp/> (дата звернення: 09.01.2024).

148. Пилипець Я. Д., Любінець О. В., Ходор О. Є. Раціоналізація кадрового забезпечення в системі охорони здоров'я. *Медицина транспорту України*. 2012. № 3. С. 100-103.

149. Піроженко, Н. В., Старущенко, Т. Є. Комунікаційні стратегії як основа розвитку комунікативної діяльності закладу охорони здоров'я. In *The 13th International scientific and practical conference “Information activity as a component of science development” (April 04–07, 2023) Edmonton, Canada. International Science Group. 2023. 580 p. 2023, April. P. 259-262.*

150. Погребський Т. Особливості захворюваності та смертності населення України. *Часопис соціально-економічної географії*. 2014. Вип. 16 (1). С. 170-174.

151. Притула Х. М., Пастернак О. І., Винар Н. В. Рівень диференціації умов життя та доходів населення як один з індикаторів сталого розвитку країни. *Соціально-економічні проблеми сучасного періоду України*. 2018;4(132):39-44.

152. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування

населення. Закон України від 19.10.2017 №2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>. (дата звернення: 09.01.2024).

153. Про прийняття за основу проекту Закону України про внесення змін до деяких законів України щодо запобігання несприятливому впливу забруднення повітряного середовища на здоров'я населення. Постанова Верховної Ради України від 12 грудня 2019 року № 374-IX URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/374-IX#Text>. (дата звернення: 27.12.2022).

154. Про систему громадського здоров'я. Закон України від 06.09.2022 №2573-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>. (дата звернення: 27.09.2023).

155. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-p#Text>. (дата звернення 09.01.2024).

156. Проневич О. С. Імплементация засад європейської політики «Здоров'я-2020» як правовий інструмент модернізації системи охорони здоров'я України. *Право і безпека*. 2017. № 2 (65). С. 47–53.

157. Радченко О. П., Лагодієнко В. В. Сучасні тенденції та стратегічні орієнтири системи охорони здоров'я України. *Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління*. 2021. Том 21. Вип. 4 (47). С.34-48. [https://doi.org/10.18524/2413-9998.2021.1\(47\).226925](https://doi.org/10.18524/2413-9998.2021.1(47).226925)

158. Рингач Н. О. Здоров'я як складова людського капіталу та запорука розвитку. *Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Економічні науки*. 2016. №11 С. 249-258. [http://nbuv.gov.ua/UJRN/vkpnuen\\_2016\\_11\\_36](http://nbuv.gov.ua/UJRN/vkpnuen_2016_11_36)).

159. Рингач Н. О. Регіональна диференціація смертності в Україні: особливості, детермінанти, проблеми аналізу [Електронний ресурс]. URL: [http://www.idss.org.ua/arhiv/2015\\_17\\_11\\_Ryngach.ppt](http://www.idss.org.ua/arhiv/2015_17_11_Ryngach.ppt) (дата звернення: 22.12.2022).

160. Рингач Н. О., Вдасик Л. Й. Цінність здоров'я в Україні: від декларації

до реалізації. *Демографія та соціальна економіка*, 2021. №2. С. 74-91.

161. Рогач І. М., Качала Л. О., Погоріляк Р. Ю. Аналіз якісних характеристик керівних кадрів охорони здоров'я Закарпатської області. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Медицина. Гол. ред. А. С. Головацький*. Ужгород : Ліра, 2011. Вип. 40. С. 248–250.

162. Рогач І. М., Керецман А. О., Гаджега І. І. Огляд динаміки демографічної ситуації в Україні та її регіонах на фоні країн ЄС та світу: проблеми та перспективи. *Проблеми клінічної педіатрії*. 2019. 2 (44). С.49-56. DOI: 10.24144/1998-6475.2019.44.49-56.

163. Рожкова І. В. Особливості планування та впровадження організаційних змін у сфері охорони здоров'я. *Державне управління: теорія та практика*. 2008.2(8). URL: [http://academy.gov.ua/ej/ej8/doc\\_pdf/rozhkova.pdf](http://academy.gov.ua/ej/ej8/doc_pdf/rozhkova.pdf) (дата звернення: 17.07.2023).

164. Романів М. П. Медико-статистична оцінка статево-вікової структури захворюваності та смертності від онкологічних захворювань в Україні. *Вісник наукових досліджень*. 2017. № 1. С. 85–90.

165. Рудень В. В. Своєрідність природного руху населення України в 1991–2021 роках як індикатор процесу відновлення людського ресурсу для економіки та збройних сил України. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2023. № 1(95). С. 5-10. DOI: 10.11603/1681-2786.2023.1.13855.

166. Сазоненко Л. В., Толстанов О. К. Заходи антикризового управління закладом охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*, 2021. № 16. С. 86-92. DOI: 10.32702/2306-6814.2021.16.86

167. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2015 році (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2015 р.). Київ: Державна служба статистики України, 2016. 149 с.

168. Сафонов Ю. М., Борщ В. І. Стратегічний менеджмент закладів охорони здоров'я: загальні принципи та особливості застосування в галузі

охорони здоров'я України. *Актуальні проблеми економіки*. 2019. № 8(218). С. 62-69. DOI 10.32752/1993-6788-2019-1-218-62-69.

169. Святєвіч Павел. Які переваги насправді може створити адміністративно-територіальна реформа. URL: <https://decentralization.gov.ua/admin/articles/13582.html> (дата звернення 09.09.2022).

170. Сердюк А. М., Павленко Т. О., Риган М. М., Лось І. П., Скалецький Ю. М. Радіологічні наслідки аварії на Чорнобильській АЕС крізь призму проблем протирадіаційного захисту населення. *Довкілля та здоров'я*. 2016. № 1. С. 22–30.

171. Сімахіна Г. О., Науменко Г. О. Зв'язок харчування та стану здоров'я населення. *Progress in Science and Education: Proceedings of the International Conference, September 26-27*. New York, 2019. С. 106-117.

172. Слабкий Г. О., Миронюк В. І., Качала Л. О., Ротаніна О. М. Основні терміни, які вживаються у сфері громадського здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. № 3. С. 235–245.

173. Слабкий Г. О., Орда О. М., Чепелевська Л. А., Любінець О. В.. Сучасні та прогностичні тенденції смертності населення України: [монографія] К.: МВЦ “Медінформ”, 2010. 180 с.

174. Слабкий Г. О., Ященко Ю. Б., Орда О. М., Шевченко М. В. Передчасна смертність чоловіків від зовнішніх причин смерті (на прикладі Південного регіону). *Україна. Здоров'я нації*, 2011. № 17(1). С. 11-14.

175. Слабкий Г. О. Роль сімейної медичної сестри у формуванні у населення здорового способу життя. *Україна. Здоров'я нації*. 2022. №1 (67). С. 92-96. DOI: 10.24144/2077-6594.1.1.2022.254646.

176. Стахів, О. В. Інституційне забезпечення управління системним розвитком закладів охорони здоров'я. *Scientific notes of Lviv University of Business and Law*, 2023. №36. С. 180-188. <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7760405>.

177. Стефанишин Л. С. Теоретико-методичні основи стратегічного управління закладом охорони здоров'я. *Інфраструктура ринку*, 2019, 30. с.77-83.

178. Стецюк Ф. Механізм стратегічного управління сферою охорони здоров'я. *Матеріали доповідей Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки» (Тернопіль, 15 травня 2020 року)*. Тернопіль. Частина 1. С. 322-326.

179. Трохимчук В. В., Марченко А. О. Соціальна нерівність: проблеми врегулювання в Україні. *Матеріали IV всеукраїнської науково-практичної конференції «Публічне управління: Проведення реформи в Україні» (м. Покровськ, 15-16 листопада 2017 р.)*. Покровськ, 2017. С. 10-14.

180. Ульянченко Н. Методологічні засади аналізу поняття «державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я». *Публічне управління: концепції, парадигма, розвиток, удосконалення*. 2023. № 4. С. 118–136. <https://doi.org/10.31470/2786-6246-2023-4-118-136>.

181. Фойгт Н. Формування демографічного потенціалу як передумова реалізації європейського вибору України: [Збереження чисельності населення як головної складової демографічного потенціалу країни]. *Економічний часопис*. 2005. № 1-2. С. 49–52.

182. Хитра О. В., Вакарь В. Ю. Перспективи удосконалення системи охорони здоров'я на основі державно-приватного партнерства. *Регіональна економіка та управління*. 2020. № 2(28). С. 128-137.

183. Хмара М. П., Гуменюк Я. М., Аль-Хаялі Д. Впровадження штучного інтелекту в бізнес-практику. *Цифрова економіка та економічна безпека*, 2023. № 9(09). С. 42-50. <https://doi.org/10.32782/dees.9-8>.

184. Чемерис Н. М., Любінець О. В. Медико-соціальні площини вживання алкогольних напоїв серед студентської молоді. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 1(47). С. 42-47.

185. Чепелевська Л. А, Слабкий В. Г. Роль хвороб органів травлення в падінні трудового потенціалу України. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2017. № 1. С. 10-15.

186. Чепелевська Л. А. Тенденції медико-демографічних показників

України у ХХІ столітті. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. №1 (47). С. 48-52.

187. Чепелевська Л. А., Любінець О. В. Динаміка і структура смертності населення України від зовнішніх причин. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2008. № 2. С. 5-9.

188. Чепелевська Л. А., Рудницький О. П. Аналіз демографічної ситуації в Україні. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України»*. Київ : Медінформ, 2018. С. 10-31.

189. Черенько Л. М. Специфіка формування та прояву нерівності в Україні. *Демографія та соціальна економіка*. 2013. № 2. С. 60–69.

190. Чопчик В. Д., Орлова Н. М. Стратегічне планування бізнес-діяльності стоматологічного центру, оснований на засадах державно-приватного партнерства. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2018. № 78(4). С. 26-31.

191. Шаров С. В. Сучасний стан розвитку штучного інтелекту та напрямки його використання. *Українські студії в європейському контексті*. 2023. № 6. С. 136-144.

192. Шатило В. Й., Антонов О. В., Горай О. В., Косенко В. М., Поплавська С. Д., Сегедіна Я. П., Хватова О. О. Дослідження медико-демографічних процесів в Житомирській області на сучасному етапі (2016-2021 рр.). *Україна. Здоров'я нації*. 2022. № 1(3). С. 17-23. DOI: <https://doi.org/10.24144/2077-6594.3.1.2022.266023>.

193. Шафранський В. В., Слабкий Г. О., Качала Л. О. Основи європейської політики і стратегії для ХХІ століття: стратегічне керівництво в інтересах здоров'я. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2016. № 2. С. 72–75.

194. Шершньова З. Є. Стратегічне управління. 2004. 699 с.

195. Шликова В. О., Леванда О. М. Доходи, умови харчування й тривалість життя населення: порівняльний аналіз України та країн ЄС. *Демографія та соціальна економіка*. 2018. № 1. С. 140-152.

196. Щербата Г. М., Ковальська О. Р. Думка лікарів-рентгенологів щодо

організації надання послуг променевої діагностики в закладах охорони здоров'я під час пандемії COVID-19 та воєнного стану (за результатами експертної оцінки). *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2023. № 3 (97). С. 56-61. DOI: 10.11603/1681-2786.2023.3.14066.

197. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 рік / ред. кол. : П. С. Мельник, О. М. Дзюба, М. В. Кудренко, С. В. Дудник, Л. А. Чепелевська, Г. О. Слабкий / МОЗ України. ДУ «УІСД МОЗ України» – Київ : МВЦ «Медінформ», 2018. 458 с.

198. Яценко В. С. Стратегічне управління системою охорони здоров'я в контексті сучасних реформ в Україні. *Теоретичні та прикладні питання державотворення*, 2019. № 25. С. 77-85.

199. Яцун Л. М., Карпенко О. В., Карпенко В. Д. Методологія формування національної політики харчування населення. *Проблеми економіки*. 2017. № 3. С. 130–138.

## ДОДАТКИ

Додаток А-1.

СПИСОК ОСОБИСТИХ ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ  
*Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати  
дисертації*

**Наукові праці, опубліковані у наукових фахових виданнях України**

1. Любінець О. В., Мілашовська В. О. Медико-демографічне становище - важливий чинник у стратегічному плануванні організації медичної допомоги населенню. *Acta Medica Leopoliensia*. 2021. Том 27. № 3-4. С. 108-125. DOI: 10.25040/aml2021.3-4.108 (*\*збір даних, обробка матеріалу та формування висновків*).

2. Мілашовська В. О. Рівень життя та здоров'я: самооцінка мешканцями адміністративного району. *Україна. Здоров'я нації*. 2022. №3(69). С. 12-16. DOI: 10.24144/2077-6594.3.1.2022.266022 (*\*ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка матеріалу та написання висновків*).

3. Мілашовська В. О., Любінець О. В. Вивчення думки керівників закладів охорони здоров'я щодо удосконалення системи охорони здоров'я, в т. ч. із впровадженням адміністративно-територіальної реформи в Україні. *Україна. Здоров'я нації*. 2022. №4(70). С. 49-57. DOI: 10.24144/2077-6594.4.1.2022.277065 (*\*збір даних, аналіз і обробка матеріалу та формування висновків*).

4. Мілашовська В. О., Любінець О. В. Оцінка власного здоров'я та інформованість про здоров'язберезувальну поведінку. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2023. №1. С. 20-26. DOI: 10.11603/1681-2786.2023.1.13703 (*\*ідея написання статті, збір інформації, обробка та узагальнення даних, матеріалу та написання висновків*).

5. Любінець О. В., Мілашовська В. О. Стратегічне планування медичної допомоги населенню закладами охорони здоров'я госпітального кластеру. *Україна. Здоров'я нації*. 2023. №3(73). С. 85-89. DOI: 10.32782/2077-6594/2023.3/14 (*\*аналіз даних, узагальнення, формування висновків*).



### **Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації**

6. Любінець О. В., Мілашовська В. О., Децик М. О. Громадське здоров'я – епідеміологія: базові ланки стратегічного планування. *Актуальні проблеми профілактичної медицини*. 2021. Вип. 21. С. 84-89 (\*аналіз матеріалу та формування висновків).

7. Мілашовська В. О., Любінець О. В. Оцінка впливу культурних детермінант індивідуального рівня на стан здоров'я громади. *Українські медичні вісті. Матеріали XIX конгресу СФУЛТ 27-29.10.2022 та історико-термінологічної конференції ВУЛТ 30.06.2022*. Т.14, № 3-4 (92-93). С. 151 (\*збір даних, аналіз і обробка матеріалу та написання тез).

8. Lyubinets Oleh, Miłaszowska Wiktoria. Behavioral risks to healthie. Międzynarodowa konferencja naukowa: Dni medycyny społecznej i zdrowia publicznego. Polska 2022 - Ostatnie doświadczenia i obecne wyzwania. Krakowska Wyższa Szkoła Promocji Zdrowia. 13.10.2022 r. - 15.10.2022 r. *Streszczenia*. 2022. S. 95-96 (\*збір даних, аналіз матеріалу та написання тез).

### **Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації**

9. Любінець О. В., Мілашовська В. О., Децик М. О., Зуб В. І., Боровець В. А. Концептуальні особливості побудови стратегічного плану організації медичної допомоги населенню. *Методичні рекомендації до занять із спеціалізації за фахом “Організація і управління охороною здоров'я” галузі знань 22 «Охорона здоров'я» спеціальності 222 «Медицина»*. Львів, 2023. 52 с. (Особистий внесок: ідея написання, аналіз роботи щодо загальної проблематики стратегічного планування та моделі стратегічного планування, формування матеріалу).

### **Апробація результатів дисертації**

Основні положення дисертації викладені та обговорені на:

- Міжнародній конференції «Konferencja Naukowa PTMSiZP «Dni medycyny społecznej i zdrowia publicznego «Polska 2022 - Ostatnie doświadczenia i obecne wyzwania» (Krakow, 13-15 października 2022 r.), форма участі – публікація тез;
- XIX конгресі СФУЛТ (м. Ужгород, 27-29 жовтня 2022 року), форма участі – публікація тез;
- Науково-практичній конференції «Сучасні проблеми гігієни, епідеміології, мікробіології та туберкульозу» (Львів, 30 листопада 2022 р.), форма участі – публікація матеріалів;
- Науково-практичній конференції «Малоінвазивні технології в урології», м. Яремче, 08-10 лютого 2023 р., форма участі – виступ;
- Науково-практичній конференції «Особливості діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів з неврологічною патологією в умовах воєнного часу», м. Харків, 17-18.03.2023, форма участі – участь у конференції та дискусіях;
- Всеукраїнській науковій конференції з міжнародною участю «Розвиток системи громадського здоров'я України в умовах війни та післявоєнної відбудови», Ужгород, 5-6 жовтня 2023 року, форма участі – публікація тез;
- Науково-практичній конференції «Здоров'я нації та суспільства», м. Київ, 30 листопада – 01 грудня 2023 року, форма участі – виступ;
- Науково-практичній конференції «Сучасні проблеми гігієни, епідеміології, мікробіології та туберкульозу» (Львів, 31 січня 2024 р.), форма участі – виступ.

## РОЗРАХУНОК ВИБІРКОВОЇ СУКУПНОСТІ РЕСПОНДЕНТІВ

### Генеральна сукупність:

- всього мешканців Мукачівського району Закарпатської області у 2021 році –  
 $N = 194151$  особи;  $n = 483$ .

- лікарів, в т. ч. організаторів охорони здоров'я (слухачі циклів підвищення кваліфікації ЛНМУ імені Данила Галицького у 2020-2022 роках) –  
 $N = 1067$  осіб;  $n = 527$ .

Для розрахунку необхідного обсягу спостереження та формування репрезентативних вибірок використано формулу (2.1) [62]:

$$n = \frac{N}{1 + N \times p^2} \quad (2.1)$$

де  $n$  – обсяг вибіркової сукупності;

$p$  – імовірність похибки (приймається 0,05);

$N$  – обсяг генеральної сукупності.

**АНКЕТА**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
Мукачівська ЦРЛ

**«Вивчення самооцінки способу життя і рівня здоров'я  
та інформованості про здоровий спосіб життя»**

Ваші відповіді будуть використані при розробці рекомендацій щодо поліпшення надання медичної допомоги населенню

*Прохання підкреслити вибрану відповідь*

№		Шифр
1.	Стать: чоловік - 1, жінка - 2	
2.	Вік (кількість років): до 18-1, 18-19-2, 20-29-3, 30-39-4, 40-49-5, 50-59-6, 60-69- 7, 70-79 -8, 80 і старше - 9	
3.	Місце проживання: місто -1, село -2	
4.	Освіта: вища (вища неповна) — 1, середня спеціальна - 2, середня -3, середня (неповна) - 4 , початкова (або нижча) - 5	
5.	Рід Ваших занять: селянин-1, робітник-2, службовець-3, пенсіонер-4, приватний підприємець -5, безробітний - 6, випадкові роботи - 7, ніколи не працював(ла)-8, інше( вказати)	
6.	Умови праці: хороші -1, задовільні-2, незадовільні -3(вказати які)	
7.	Сімейний стан: одружений(а) - 1, неодружений(а) - 2, вдівець (вдова) - 3, розлучений(а) - 4	
8.	Проживаю: сам -1, зі сім 'єю-2, з родичами - 3, інше- 4	
9.	Житло; приватний дім-1, приватна квартира-2, наймане житло-3, гуртожиток -4, інше-5	
10.	Скільки м2 житлової площі припадає на одного члена сім'ї (вказіть)	
11.	Опалення: так 1, ні -2	
12.	якщо так , то вкажіть вид: природний газ-1, дровами-2, вугіллям-3, інше- (вказіть)	
13.	Водопостачання: водопровід -1, криниця-2, джерело -3, водоймище - 4, немає - 5	
14.	Каналізація: так-1, якщо ні, то вигрібна яма: так -2, ні - 3	
15.	Ванна (душ): так-1, ні-2	
16.	Умови проживання: добрі-1, задовільні - 2, незадовільні - 3	
17.	Як часто протягом дня Ви приймаєте їжу: 1 раз - 1, 2 рази - 2, 3 рази - 3, 4 рази і більше - 4	
18.	Скільки разів на день Ви приймаєте гарячу їжу: 1 раз -1, 2 рази -2, 3 рази - 3, 4 рази і більше - 4	
19.	Які страви переважають?: хлібо-булочні вироби -1, круп 'яні -2, м 'ясні -3, молочні- 4, картопля -5, інші овочі та фрукти - 6, інше -7 (вказіть)	

20.	Куріння: курю в даний час-1, курив(ла) раніше, тепер ні-2, ніколи не курив(ла) - 3	
21.	якщо курите, то скільки сигарет в день викурюєте: менше 5 сигарет -1, 5-10 сигарет-2, 11-20 сигарет - 3, більше 20 сигарет - 4	
22.	Чи вживаєте Ви алкоголь: так-1, ні-2	
23.	якщо так, то як часто: 1-2 рази на місяць -1, 1-2 рази на тиждень - 2, щодня - 3. інше - 4 (вказіть)	
24.	Які алкогольні напої Ви переважно вживаєте: придбані у крамниці -1, домашнього виробництва(самогон) -2	
25.	Чи бувають у Вас психоемоційні перевантаження: так-1, ні - 2, важко відповісти - 3	
26.	Як Ви оцінюєте матеріальний стан Вашої сім'ї: незадовільний -1, задовільний - 2, добрий - 3, дуже добрий - 4, важко відповісти - 5	
27.	На Вашу думку, чи Ви ведете здоровий спосіб життя?: так -1, ні - 2, важко відповісти - 3	
28.	Звідки Ви отримуете інформацію про здоровий спосіб життя?: від медпрацівників амбулаторії -1, медпрацівників інших закладів -2, преси -3, радіо - 4, телебачення- 5, від родичів - 6, від знайомих -7, інше - 8	
29.	Чи хворіли Ви протягом останнього року?: так-1, ні-2,	
30.	якщо так, то вкажіть захворювання:	
31.	Чи лікувались Ви в стаціонарі протягом останнього року? : так-1, ні-2	
32.	якщо так, то з приводу якого захворювання:	
33.	Чи перебуваєте Ви на диспансерному обліку?: так-1, ні-2	
34.	якщо так, то з приводу якого захворювання:	
35.	Чи маєте Ви інвалідність: так-1, ні-2	
36.	якщо так, то якої групи з приводу якого захворювання:	
37.	Яким Ви вважаєте Ваше здоров'я: дуже добріш -1, добрим - 2, середнім (не добріш, але й непоганим) - 3, поганим - 4, дуже поганим - 5	
38.	Чи задовольняє Вас робота медпрацівників щодо пропаганди здорового способу життя серед населення?: повністю задовольняє-1, скоріше задовольняє-2, частково задовольняє, частково-ні -3, скоріше не задовольняє - 4, зовсім не задовольняє -5	
39.	Як найчастіше Ви поводитись при появі ознак захворювання: звертаюсь за меддопомогою: у лікарську амбулаторію -1, у найближчу міську лікарню -2, у приватний медичний заклад -3, до знайомого лікаря приватно -4, керуюсь порадами своїх знайомих - 5; лікуюсь сам - 6, не лікуюсь - 7	
40.	Чи повністю Ви виконуєте рекомендації лікуючого лікаря, які стосуються Вас: так-1, ні - 2, залежить від обставин - 3.	

## Карта соціологічного дослідження вивчення ставлення фахівців до структурних реформ у системі охорони здоров'я

Міністерство охорони здоров'я України  
ЛНМУ імені Данила Галицького

### АНКЕТА

вивчення ставлення фахівців до структурних реформ в системі охорони здоров'я

#### Шановні колеги!

В Україні на основі Концепції реформування системи охорони здоров'я України, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013 та Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» здійснено перетворення закладів охорони здоров'я в комунальні некомерційні підприємства та відбувається зміна територіального устрою країни.

Висловіть Ваше ставлення до проведення структурних реформ та місця в них зміни території обслуговування населення. Ваші відповіді будуть використані виключно **конфіденційно**. Відповіді на запитання просимо надавати шляхом обведення номеру пункту або вписування необхідних даних. Просимо визначити 1-3 основні, на Вашу думку, варіанти відповідей.

*Дякуємо Вам за підтримку і правильне заповнення анкети.*

### I. ВАШЕ ВІДНОШЕННЯ ДО ПРОВЕДЕННЯ СТРУКТУРНИХ РЕФОРМ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### 1. Які на Вашу думку ключові проблеми системи медичної допомоги охорони здоров'я в Україні?

1. недостатність фінансових ресурсів для забезпечення ефективної діяльності системи охорони здоров'я з державних джерел фінансування
2. недосконалість законодавчої та нормативно-правової бази щодо регулювання відносин у системі охорони здоров'я
3. відсутність розуміння на всіх рівнях законодавчої та виконавчої влади щодо місця системи охорони здоров'я у суспільстві
4. гальмування запровадження системи загальнообов'язкового соціального медичного страхування
5. невідповідність діючої моделі охорони здоров'я вимогам ринкової економіки
6. низький рівень фахової підготовки медичних працівників
7. функціонування відомчих систем охорони здоров'я
8. наявність корупції на всіх рівнях медичного управління
9. наявність "квazіринку" в державних і комунальних медичних закладах, від чого залишаються у програші як самі медичні заклади, держава, так і громадське здоров'я
10. *інше (вписати свій варіант відповіді)* \_\_\_\_\_

#### 2. Які проблеми потребують першочергового вирішення при проведенні реформ у системі охорони здоров'я?

1. визначення на рівні держави ВИДУ системи охорони здоров'я в умовах країни з ринковими перетвореннями
2. підвищення поінформованості медичної громадськості та населення про реформи, що відбуваються у сфері охорони здоров'я
3. підготовка стратегічних планів функціонування системи охорони здоров'я, як на рівні держави, так і на місцевому рівні, в т.ч. з використання фінансових, матеріально-технічних та кадрових ресурсів
4. підвищення уваги до профілактичного спрямування надання медичної допомоги
5. підвищення рівня доступності та якості медичної допомоги
6. запровадження системи незалежної медичної експертизи
7. встановлення ступеня оплати праці та соціального захисту медичних працівників на середньоєвропейському рівні
8. перехід на систему ліцензування та акредитації медичної практики
9. *інше (вписати свій варіант відповіді)* \_\_\_\_\_

#### 3. Які джерела інформації Ви використовуєте у своїй професійній діяльності?

1. Інтернет-ресурси вітчизняні (сайти Президента України, Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я України, інших міністерств та відомств)
2. Інтернет-ресурси зарубіжні (сайти ВООЗ, Світового Банку, ЮНІСЕФ, ПРООН, міністерств охорони здоров'я інших країн тощо)
3. наукові публікації в журналах, матеріалах конференцій, з'їздів, семінарів-тренінгів тощо
4. публікації в центральних та місцевих ЗМІ
5. прес-релізи, інформаційні матеріали, нормативно-правові документи місцевих органів влади, в т.ч. структур охорони здоров'я виконавчих структур
6. *інше (вписати свій варіант відповіді)* \_\_\_\_\_

4. Просимо оцінити важливість окремих елементів до державного стратегічного плану розвитку системи охорони здоров'я України (5 – повна підтримка, 1 – не підтримую; поставте позначку у відповідну колонку таблиці навпроти відповідного стратегічного напрямку)

Напрямки стратегічного планування	5	4	3	2	1	Не можу оцінити у зв'язку з недостатньою поінформованістю
1. Подальший розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини у напрямку підтримки приватної практики первинної медичної допомоги						
2. Розробка політики і стратегії в галузі профілактики хвороб, охорони та промоції здоров'я на найближчу та дальшу перспективу						
3. Удосконалення та подальший розвиток структур громадського здоров'я						
4. Створення університетських лікарень на базі закладів охорони здоров'я або об'єднанням потенціалу обласних лікарень та вищих медичних навчальних закладів						
5. Відновлення роботи санітарно-епідеміологічної служби						
6. Внесення змін до законодавства щодо ініціювання та сприяння громадським ініціативам, спрямованим на зменшення впливу критичних факторів ризику для здоров'я						
7. Впровадження жорстких методів контролю за безпечністю води, харчових продуктів і середовища життєдіяльності						
8. Пріоритет у забезпеченні здоров'я матері та дитини, статевого, репродуктивного та психічного здоров'я						
9. Приєднання відомчих закладів охорони здоров'я до єдиного лікарняного простору території						
<i>Ваша пропозиція:</i>						

5. Просимо оцінити важливість окремих частин до регіонального / місцевого стратегічного плану розвитку закладів охорони здоров'я (поставте позначку у відповідну колонку таблиці навпроти відповідного стратегічного напрямку)

Напрямки стратегічного планування	5	4	3	2	1	Не можу оцінити у зв'язку з недостатньою поінформованістю
1. Подальший розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини у напрямку підтримки приватної практики первинної медичної допомоги						
2. Створення / переформатування окремих закладів охорони здоров'я у високотехнологічні центри						
3. Впровадження державно-приватного партнерства (при наданні лабораторних, діагностичних обстежень та при немедичних послугах (харчування, прання, прибирання тощо))						
4. Ширше впровадження фізіотерапевтичних методів лікування та медичної реабілітації						
5. Розвиток закладів відновного лікування на територіях з наявністю природних лікувальних факторів						
6. Створення закладів охорони здоров'я медсестринського догляду						
7. Переведення окремих закладів охорони здоров'я на роботу в системі соціального забезпечення						
<i>Ваша пропозиція:</i>						

6. На скільки для Вас та пацієнтів можливою і доступною є інформація щодо територіальної зміни надання медичної допомоги у процесі адміністративної реформи території:

1. доступна      2. недоступна      3. погано доступна      4. важко відповісти

7. Будь ласка, дайте відповідь на наступні запитання, що стосуються особисто Вас

- 7.1. Вік (повних років)       25-40       41-60       61-65       більше 65
- 7.2. Ваша стать:       Чоловік       Жінка
- 7.3. У якому закладі охорони здоров'я Ви працюєте?
- Багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування, обласний медичний заклад
- Спеціалізований мед заклад       Лікарня планового лікування, районна, міський медзаклад
- Центр ПСМД, амбулаторія ЗП/СМ       Інші мед заклади
- 7.4. Посада:       Керівник закладу       Заст. керівника закладу з медичних питань
- Завідувач відділення       Лікар
- 7.5. Ваш стаж роботи (років) за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я»?
- до 5       5-10       11-15       16-20       21-25       26-30       35       40 і більше
- 7.6. Яку лікарську категорію з організації і управління охороною здоров'я Ви маєте?
- Не маю       Другу       Першу       Вищу

## АНКЕТА ЕКСПЕРТНОЇ ОЦІНКИ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

### Шановний експерте!

Висловіть, будь ласка, свою думку щодо **концептуальної моделі стратегічного планування організації медичної допомоги населенню новоствореного району надавачами медичних послуг госпітального кластеру**, особливо стосовно доцільності розробки стратегічного плану організації медичної допомоги населенню району та виділення функцій при його плануванні та виконанні; пропозиції створення **районного центру моніторингу та оцінювання стану здоров'я населення району** при кластерному медичному закладі; проведення **анкетування населення щодо оцінки власного здоров'я та способу життя** до та в ході впровадження плану; організації **опитування керівників надавачів медичної допомоги** до і після впровадження стратегічного плану.

*Дякуємо за співпрацю!*

Прізвище, ініціали експерта \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_

Місце

роботи \_\_\_\_\_

Посада \_\_\_\_\_

Стаж роботи в медицині \_\_\_\_\_, в т.ч. за фахом «Організація і управління охороною здоров'я» \_\_\_\_\_

Кваліфікаційна категорія (не залежно від спеціальності) \_\_\_\_\_

Науковий ступінь \_\_\_\_\_

Вчене

звання \_\_\_\_\_

**1) Оцініть рівень досягнення завдань моделлю. Використовуйте шкалу від 0 до 10: від 0 – не відповідає дійсності, до 10 – повна відповідність.**

<i>Параметри оцінки</i>	<i>Оцінка в балах</i>
Відповідність реформуванню медичної галузі	
Концептуальність моделі	
Системність запропонованої моделі	
Комплексність запропонованої моделі	
Дотримання принципу наступності при стратегічному плануванні	
Спрямованість на максимальне використання інформаційно-аналітичних деталей	
Використання самооцінки населенням стану здоров'я та способу життя	
Опитування керівників надавачів медичних послуг щодо елементів стратегічного планування та результатів його впровадження	
Доцільність створення підрозділу моніторингу та оцінювання показників стану здоров'я населення та реалізації стратегічного плану	
Зауваження ( <i>вказіть прописом</i> )	

**2) Чи впровадження даної моделі в практику вплине на поліпшення організації медичної допомоги в новоствореному районі і як саме:**



<i>Назва показника</i>	<i>Імовірні зміни показника</i>		
	<i>Зросте (поліпшиться)</i>	<i>Залишиться без змін</i>	<i>Знизиться (погіршиться)</i>
Обізнаність надавачів медичних послуг з особливостями стратегічного планування			
Координованість дій надавачів медичних послуг госпітального кластеру			
Раціональність використання ресурсів надавачів медичних послуг			
Доступність медичної допомоги населенню			
Покращення індикативних показників діяльності закладу охорони здоров'я			
Інформованість населення про вплив поведінкових детермінант на стан здоров'я та вмотивованість до здорового способу життя			
Інші <i>(вкажіть які)</i>			

Дата \_\_\_\_\_ Підпис \_\_\_\_\_

## ВПРОВАДЖЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЇ

ЗАТВЕРДЖУЮ  
 Перший проректор з науково-педагогічної роботи  
 Львівського національного медичного  
 університету імені Данила Галицького  
 Ірина СОЛОНИНКО  
 « 9 » Лютого 2023

### АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. **Назва пропозиції:** стратегічне планування медичної допомоги закладами охорони здоров'я госпітального кластеру.
2. **Установа-розробник, виконавці:** Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів - 79010, вул. Пекарська, 69
3. **Автори:** Любінець О. В., Мілашовська В.О.
4. **Джерела інформації:**
  - Любінець О. В., Мілашовська В.О. Стратегічне планування медичної допомоги населенню закладами охорони здоров'я госпітального кластеру. Україна. Здоров'я нації. 2023;3(73):85-89.
  - Концептуальні особливості побудови стратегічного плану організації медичної допомоги населенню / Любінець О.В., Мілашовська В.О., Децик М.О., Зуб В.І., Боровець В.В. Методичні рекомендації для організаторів охорони здоров'я. Львів: ЛНМУ імені Данила Галицького, 2023.
5. **Заклад, в якому впроваджено:** Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра громадського здоров'я.
6. **Терміни впровадження:** 2023
7. **Форма впровадження:** у навчальний процес циклів спеціалізації та тематичного удосконалення для організаторів охорони здоров'я.
8. **Ефективність впровадження:** підготовка слухачів зі спеціальності «Організація і управління охороною здоров'я» з актуальних питань громадського здоров'я.
9. **Зауваження та пропозиції:** зауважень немає, рекомендувати до впровадження у навчальний процес.

Відповідальний за впровадження  
 завуч кафедри громадського здоров'я  
 Львівського національного медичного  
 університету імені Данила Галицького

 Орест ХОДОР

«Затверджую»  
 в. о. проректора з наукової роботи  
 Івано-Франківського  
 національного медичного університету  
 д. мед. н., професорка  
 Оксана МАКАРЧУК  
 2023 р.

### АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. **Назва пропозиції:** стратегічне планування медичної допомоги закладами охорони здоров'я госпітального кластеру.
2. **Установа-розробник, виконавці:** Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів - 79013, вул. Пекарська, 69
3. **Автори:** Любінець О. В., Мілашовська В.О.
4. **Джерела інформації:**
  - Любінець О. В., Мілашовська В.О. Стратегічне планування медичної допомоги населенню закладами охорони здоров'я госпітального кластеру. Україна. Здоров'я нації. 2023;3(73):85-89.
  - Концептуальні особливості побудови стратегічного плану організації медичної допомоги населенню / Любінець О.В., Мілашовська В.О., Децик М.О. Методичні рекомендації для організаторів охорони здоров'я. Львів: ЛНМУ імені Данила Галицького, 2023.
5. **Заклад, в якому впроваджено:** Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, кафедра громадського здоров'я.
6. **Терміни впровадження:** 2023 р.
7. **Форма впровадження:** в освітній процес при викладанні дисциплін соціальна медицина та громадське здоров'я і організація та управління охороною здоров'я на до- та післядипломному рівнях.
8. **Ефективність впровадження:** поліпшення підготовки здобувачів вищої освіти та керівників закладів охорони здоров'я з актуальних питань стратегічного планування медичної допомоги закладами охорони здоров'я госпітального кластеру.
9. **Зауваження та пропозиції:** зауважень немає, рекомендувати до впровадження в освітній процес.

#### Відповідальна за впровадження:

завідувачка кафедри соціальної медицини  
 та громадського здоров'я  
 Івано-Франківського національного  
 медичного університету  
 д. мед. наук, професорка

«*ОУ*» *ХТ*

2023



Орина ДЕЦИК

<b>ПІДПИС ЗАСВІДЧУЮ</b>	
Заступник ректора (начальник відділу кадрів)	
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ	
«	» 20
Підпис <i>Орина Децик</i>	
Прізвище <i>ДЕЦИК</i>	

«ЗАТВЕРДЖЕНО»



Перший проректор закладу вищої освіти  
на науково-педагогічній роботі Полтавського  
державного медичного університету  
професор В.М.Дворник  
« » 2023 року

### АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Стратегічне планування медичної допомоги закладами охорони здоров'я госпітального кластеру.
2. **Установа, яка пропонує впровадження:** Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м.Львів, 79013, вул. Пекарська, 69
3. **Автори:** Любінець О. В., Мілашовська В.О.
4. **Джерела інформації:**
  - Любінець О. В., Мілашовська В.О. Стратегічне планування медичної допомоги населенню закладами охорони здоров'я госпітального кластеру. Україна. Здоров'я нації. 2023;3(73):85-89.
  - Концептуальні особливості побудови стратегічного плану організації медичної допомоги населенню / Любінець О.В., Мілашовська В.О., Децик М.О., Зуб В.І., Боровець В.А. Методичні рекомендації для організаторів охорони здоров'я. Львів: ЛНМУ імені Данила Галицького, 2023.
5. **Заклад, в якому впроваджено:** Полтавський державний медичний університет, кафедра громадського здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою.
6. **Терміни впровадження:** 2023 р.
7. **Форма впровадження:** Результати наукових досліджень впроваджено у навчальний процес для методичного забезпечення та викладання предмету «Організація і управління охороною здоров'я» та «Громадське здоров'я».
8. **Ефективність впровадження:** поліпшення підготовки здобувачів вищої освіти з актуальних питань охорони здоров'я та громадського здоров'я.
9. **Зауваження та пропозиції:** Наукова розробка стосовно стратегічного планування медичної допомоги закладами охорони здоров'я госпітального кластеру є ефективною і рекомендується до впровадження до впровадження у навчальний процес за спеціальностями «Організація і управління охороною здоров'я» та «Громадське здоров'я». Зауважень немає.

Результати впровадження пропозиції в навчальний процес було обговорено і схвалено на засіданні кафедри громадського здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою від 28.11.2023 р., протокол №8.

#### Відповідальний за впровадження:

Завідувачка кафедри громадського здоров'я,  
з лікарсько-трудовою експертизою Полтавського  
державного медичного університету,  
доктор медичних наук, професор

I.A. Голованова

ЗАТВЕРДЖУЮ  
Проректор з наукової роботи  
Ужгородського національного університету  
Іван Миронюк

« 13 » \_\_\_\_\_ 2023

### АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

**1. Назва пропозиції:** стратегічне планування медичної допомоги закладами охорони здоров'я госпітального кластеру.

**2. Установа-розробник, виконавці:** Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів - 79013, вул. Пекарська, 69.

**3. Автори:** Любінець О. В., Мілашовська В.О.

**4. Джерела інформації:**

- Любінець О. В., Мілашовська В.О. Стратегічне планування медичної допомоги населенню закладами охорони здоров'я госпітального кластеру. Україна. Здоров'я нації. 2023;3(73):85-89.

- Концептуальні особливості побудови стратегічного плану організації медичної допомоги населенню / Любінець О.В., Мілашовська В.О., Децик М.О., Зуб В.І., Боровець В.А. // Методичні рекомендації для організаторів охорони здоров'я. Львів: ЛНМУ імені Данила Галицького, 2023.

**5. Заклад, в якому впроваджено:** Ужгородський національний університет, кафедра громадського здоров'я.

**6. Терміни впровадження:** 2023 р.

**7. Форма впровадження:** у навчальний процес спеціалізації та тематичного удосконалення за фахом «Організація і управління охороною здоров'я».

**8. Ефективність впровадження:** поліпшення підготовки фахівців за фахом «Організація і управління охороною здоров'я» з питань охорони здоров'я та громадського здоров'я.

**9. Зауваження та пропозиції:** зауважень немає, рекомендувати до впровадження у навчальний процес.

**Відповідальний за впровадження:**

В.о. завідувача кафедри громадського здоров'я

Ужгородського національного університету

доктор медичних наук, професор

« 13 » \_\_\_\_\_ 2023

Геннадій СЛАБКІЙ

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

ДИРЕКТОР КНП "БРОДІВСЬКА ЦМЛ"  
БРОДІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ



Мирослав ТИМУСЬ

" 08

11

2022 р.

### АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів, отриманих в дисертаційному дослідженні, в практику охорони здоров'я

**Пропозиція для впровадження:** Самооцінка населенням рівня життя та здоров'я як інструмент для організаційних та структурних змін у системі охорони здоров'я.

**Установа розробник:** Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького: 79000, м. Львів, Пекарська 69.

**Автори:** Мілашовська В.О., Любінець О.В.

**Джерела інформації:**

- 1) Мілашовська В.О. Рівень життя та здоров'я: самооцінка мешканцями адміністративного району / Україна. Здоров'я нації. 2022.3(69):12-16 DOI: 10.24144/2077-6594.3.1.2022.266022.
- 2) Любінець О.В., Мілашовська В.О. Медико-демографічне становище - важливий чинник у стратегічному плануванні організації медичної допомоги населенню / Acta Medica Leopoliensia 2021. Т. 27. № 3-4:108-125. <https://doi.org/10.25040/aml2021.3-4.108>

**Установа, в якій проведено впровадження:** КНП "БРОДІВСЬКА ЦМЛ" БРОДІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

**Термін впровадження:** 2022 р.

**Включено:** у роботу закладу щодо організації планування роботи та удосконалення медичної допомоги сільському та міському населенню.

**Зауваження, пропозиції:** немає.

**Відповідальний за впровадження:**

заступник директора з медичного обслуговування населення

Ігор МАТІЙЧУК

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Генеральний директор КНП "МИКОЛАЇВСЬКА  
міська лікарня" Стрийського району  
ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ



Кучер Ю.Б.  
2022 р.

### АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів, отриманих в дисертаційному дослідженні, в практику охорони  
здоров'я

**Пропозиція для впровадження:** Самооцінка населенням рівня життя та здоров'я як інструмент для організаційних та структурних змін у системі охорони здоров'я.

**Установа розробник:** Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького: 79000, м. Львів, Пекарська 69.

**Автори:** Мілашовська В.О., Любінець О.В.

**Джерела інформації:**

- 1) Мілашовська В.О. Рівень життя та здоров'я: самооцінка мешканцями адміністративного району / Україна. Здоров'я нації. 2022.3(69):12-16 DOI: 10.24144/2077-6594.3.1.2022.266022.
- 2) Любінець О.В., Мілашовська В.О. Медико-демографічне становище - важливий чинник у стратегічному плануванні організації медичної допомоги населенню / Acta Medica Leopoliensia 2021. Т. 27. № 3-4:108-125. <https://doi.org/10.25040/aml2021.3-4.108>

**Установа, в якій проведено впровадження:** КНП «Миколаївська міська лікарня» Стрийського району Львівської області.

**Термін впровадження:** 2022 р.

**Включено:** у роботу закладу щодо організації планування роботи та удосконалення медичної допомоги сільському та міському населенню.


**Зауваження, пропозиції:** немає.

**Відповідальний за впровадження:**

заступник генерального директора  
КНП «Миколаївська міська лікарня»

Пришляк О.О.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»  
 Директор КНП «Стрийська ЦМЛ»  
 Львівської області  
 Ковальчук О.С.  
 « 28 » \_\_\_\_\_ 2022р.



### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів, отриманих у науковому дослідженні, в практику охорони здоров'я

**Пропозиція для впровадження:** самооцінка населенням рівня життя та здоров'я як інструмент для організаційних та структурних змін у системі охорони здоров'я.

**Установи розробники:** Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького: 79000, м.Львів, Пекарська 69.

**Автори:** Мілашовська В.О., Любінець О.В.

- 1) Джерела інформації: Мілашовська В.О. Рівень життя та здоров'я: самооцінка мешканцями адміністративного району / Україна. *Здоров'я нації*. 2022.3(69):12-16DOI:10.24144/2077-6594.3.1.2022.266022.
- 2) Любінець О.В., Мілашовська В.О. Медико-демографічне становище – важливий чинник у стратегічному плануванні організації медичної допомоги населенню / *Acta Medica Leopoliensia* 2021.Т.27.№ 3-4: 108-125.  
<https://doi.org/10.25040/aml2021.3-4.108>

**Установа, в якій проведено впровадження:** КНП «Стрийська центральна міська лікарня» Львівської області.

**Термін впровадження:** 2022р.

**Включено:** у роботу закладу щодо організації планування роботи та удосконалення медичної допомоги прикріпленому населенню.

**Зауваження, пропозиції:** немає.

**Відповідальний за впровадження:**  
 Медичний директор



**Кость І.М.**





## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів, отриманих в дисертаційному дослідженні,  
в практику охорони здоров'я

**Пропозиція для впровадження:** Самооцінка населенням рівня життя та здоров'я як інструмент для організаційних та структурних змін у системі охорони здоров'я.

**Установа розробник:** Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького: 79010, м. Львів, Пекарська 69.

**Автори:** Мілашовська В.О., Любінець О.В.

**Джерела інформації:**

- 1) Мілашовська В.О. Рівень життя та здоров'я: самооцінка мешканцями адміністративного району. *Україна. Здоров'я нації*. 2022;3(69):12-16. DOI: 10.24144/2077-6594.3.1.2022.266022.
- 2) Мілашовська В. О., Любінець О. В. Оцінка власного здоров'я та інформованість про здоров'язбережувальну поведінку. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2023;1:20-26. DOI: 10.11603/1681-2786.2023.1.13703.

**Установа, в якій проведено впровадження:** КНП ЛІКАРНЯ СВЯТОГО МАРТИНА (кол. КНП Мукачівська ЦРЛ)

**Термін впровадження:** 2023 р.

**Включено:** проведення самооцінки населенням рівня життя та здоров'я, використання її результатів, впроваджено у роботу закладу при плануванні організації медичної допомоги населенню району.

**Зауваження, пропозиції:** немає.

**Відповідальний за впровадження:**  
Менеджер з адміністративної діяльності

Дзямулич О. С.