

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка

Природничо-математичний факультет

Кафедра біології та здоров'я людини

Дипломна робота

Магістра

на тему: УПРАВЛІННЯ ТРАНСФОРМАЦІЙНИМИ ПРОЦЕСАМИ В
СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Виконала:

студент 6 курсу, 67 групи
напряму підготовки (спеціальності)
229 Громадське здоров'я
Ященко Іван Олександрович

Керівники:

Полетай В. М. к.б.н., доцент
Мехед О. Б. д.пед.н., проф.

Рецензент _____

Чернігів – 2026

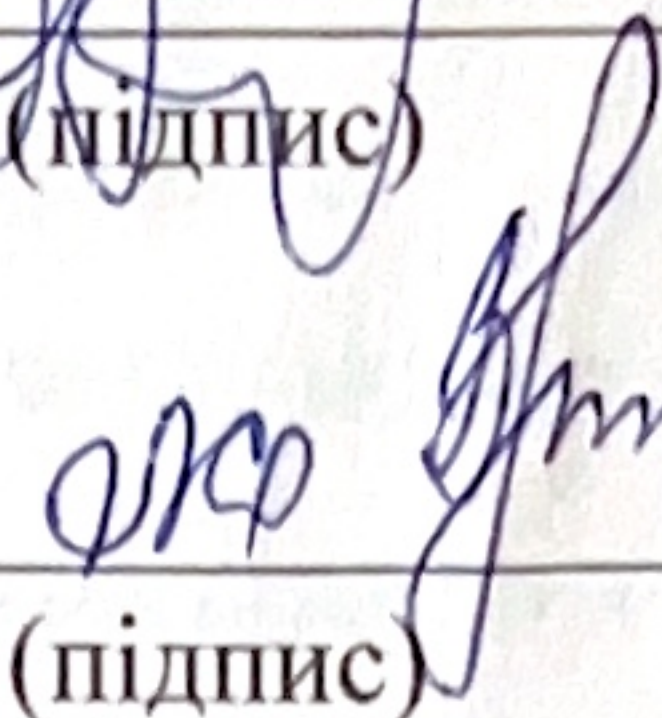
Роботу подано до розгляду « 01 » 06 20 26 року.

Студент (ка)


(підпис)

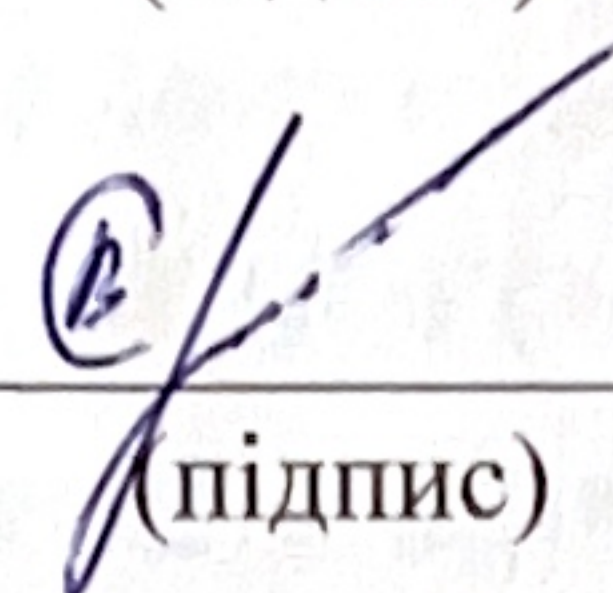
Яценко І.О.
(прізвище та ініціали)

Науковий керівник


(підпис)

Голубай В.М.
Мехед О.Б.
(прізвище та ініціали)

Рецензент


(підпис)

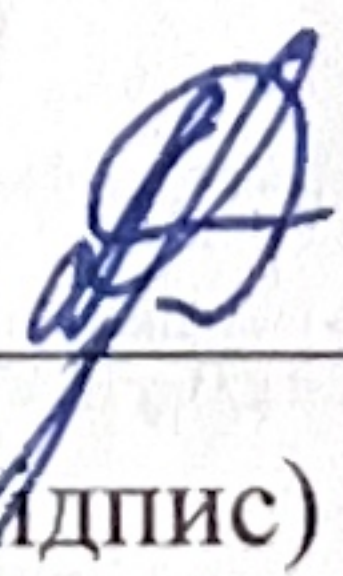
Свердлов В.О.
(прізвище та ініціали)

Кваліфікаційна робота розглянута на засіданні кафедри біології та здоров'я людини

протокол № 12 від « 05 » 06 20 26 року.

Студент допускається до захисту даної роботи в екзаменаційній комісії.

В.О. Завідувач кафедри


(підпис)

Григорук О.В.
(прізвище та ініціали)

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ	
ДОСЛІДЖЕННЯ УПРАВЛІННЯ ЗМІНАМИ У СФЕРІ	
ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я	8
1.1. Теоретичне осмислення ключових понять дослідження	8
1.2. Сучасні підходи та моделі управління змінами	12
1.3. Методологічні підходи до проведення дослідження	17
РОЗДІЛ ІІ. АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ СФЕРИ	
ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ	
ТРАНСФОРМАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ	21
2.1. Нормативно-правове забезпечення сфери громадського здоров'я в Україні	21
2.2. Міжнародний досвід реалізації змін у сфері громадського здоров'я	25
2.3. Основні ризики впровадження змін у сфері громадського здоров'я та способи їх мінімізації	30
РОЗДІЛ ІІІ. ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ	
УПРАВЛІННЯ ЗМІНАМИ У СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО	
ЗДОРОВ'Я	35
3.1. SWOT-аналіз діяльності Департаменту громадського здоров'я МОЗ України	35
3.2. Напрями удосконалення політики зміцнення громадського здоров'я	39
3.3. Комунікативне забезпечення реалізації державної політики у сфері громадського здоров'я.....	44
ВИСНОВКИ.....	55
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	59
ДОДАТКИ.....	67

ВСТУП

Актуальність теми. Сучасний етап розвитку системи громадського здоров'я характеризується глибокими трансформаційними процесами, що зумовлені як глобальними викликами, так і внутрішніми соціально-економічними змінами. Згідно з підходами Всесвітньої організації охорони здоров'я, зміцнення громадського здоров'я є ключовою умовою сталого розвитку суспільства та потребує міжсекторальної взаємодії, ефективного управління та стратегічного планування [5; 9; 73].

Актуальність дослідження зумовлена зростанням тягаря неінфекційних захворювань, які визначають основні показники смертності та зниження якості життя населення у світі та в Україні [54; 52]. Як зазначається у Глобальному дослідженні тягаря хвороб, значна частина факторів ризику є поведінковими та керованими, що підкреслює необхідність ефективних управлінських рішень у сфері профілактики та промоції здоров'я [54].

В Україні система громадського здоров'я перебуває в умовах реформування та адаптації до європейських стандартів, що закріплено у низці нормативно-правових актів та стратегічних документів [13; 14; 24; 38]. Зокрема, Концепція розвитку системи громадського здоров'я та національні стратегії визначають пріоритетом впровадження сучасних механізмів управління, орієнтованих на результативність, профілактику та міжсекторальну взаємодію [13; 24].

Окрему увагу слід приділити тому, що трансформаційні процеси в системі громадського здоров'я пов'язані не лише з організаційними змінами, але й із необхідністю зміни управлінських підходів, включно із впровадженням стратегічного менеджменту, цифровізації та інноваційних моделей прийняття рішень [39; 55; 59]. Міжнародний досвід підтверджує, що успішність реформ у сфері охорони здоров'я значною мірою залежить від ефективності управління змінами та готовності інституцій до адаптації нових моделей функціонування [45; 47; 57].

Важливим аспектом є також інтеграція України до європейського простору охорони здоров'я, що передбачає імплементацію стратегічних документів ЄС та ВООЗ, зокрема Європейського плану дій зі зміцнення громадського здоров'я та ініціативи «Health 2020» [9; 56; 70]. Це вимагає від національної системи охорони здоров'я підвищення інституційної спроможності, розвитку кадрового потенціалу та ефективного управління ресурсами.

Додатковим чинником актуальності є зростання ролі інформаційно-комунікаційних технологій у сфері громадського здоров'я, зокрема в процесах промоції здоров'я, формування здорового способу життя та комунікації з населенням [17; 21; 75]. Використання сучасних цифрових інструментів розглядається як один із ключових напрямів підвищення ефективності системи охорони здоров'я.

Таким чином, актуальність дослідження управління трансформаційними процесами в системі громадського здоров'я визначається необхідністю підвищення ефективності державної політики, адаптації до сучасних викликів, впровадження міжнародних стандартів та забезпечення сталого розвитку системи охорони здоров'я, орієнтованої на потреби населення [2; 23; 65].

Об'єкт дослідження – управління трансформаціями системи громадського здоров'я України в умовах сучасних суспільних викликів.

Предмет дослідження – теоретичні, організаційно-управлінські та нормативно-правові засади управління трансформаційними процесами в системі громадського здоров'я.

Мета дослідження – обґрунтувати теоретико-методологічні засади та розробити практичні рекомендації щодо вдосконалення управління трансформаційними процесами в системі громадського здоров'я України на основі аналізу сучасного стану галузі, міжнародного досвіду та національних особливостей її розвитку.

Для досягнення поставленої мети визначено такі завдання дослідження:

1. Дослідити основні концепції та моделі управління змінами, що застосовуються у сфері громадського здоров'я.
2. Проаналізувати нормативно-правове забезпечення функціонування та розвитку системи громадського здоров'я в Україні.
3. Узагальнити міжнародний досвід управління трансформаційними процесами у сфері громадського здоров'я та визначити можливості його адаптації в Україні.
4. Провести SWOT-аналіз діяльності Директорату громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України.
5. Розробити рекомендації щодо підвищення ефективності управління трансформаційними процесами та вдосконалення механізмів зміцнення громадського здоров'я.

Публікації

Яценко І. О. Мехед О. Б. Роль фахівця з громадського здоров'я в забезпеченні фізіологічного та психічного здоров'я населення. *Матеріали VII Міжнародного симпозіуму «Освіта і здоров'я підрастаючого покоління»*: Зб. наук. Праць, Ч.2 / За ред. Білик В.Г. Вип. 7. Київ : Алатон, 2025. С. 161-162

Яценко І. О. Інтеграція біобезпеки, сталого розвитку та цифрової грамотності у діяльності фахівця з громадського здоров'я. *Крок у науку: дослідження у галузі природничо-математичних дисциплін та методик їх навчання* : Збірник тез доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю студентів, аспірантів і молодих учених. Чернігів : НУЧК імені Т. Г. Шевченка, 2025. С. 82-83

Апробація результатів дослідження здійснювалось шляхом участі у VII Міжнародному симпозіумі «Освіта і здоров'я підрастаючого покоління» (17 лютого 2024 року) та на Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю студентів, аспірантів і молодих учених «Крок у науку:

дослідження у галузі природничо-математичних дисциплін та методик їх навчання» (18 листопада 2025 року).

Наукова новизна. Наукова новизна одержаних результатів полягає в поглибленні теоретичних підходів до управління трансформаційними процесами в системі громадського здоров'я шляхом комплексного поєднання організаційних, нормативно-правових та комунікаційних механізмів управління змінами. У роботі систематизовано чинники, що впливають на результативність трансформацій у сфері громадського здоров'я, удосконалено підходи до оцінювання сильних і слабких сторін діяльності органів управління громадським здоров'ям та запропоновано напрями підвищення ефективності реалізації державної політики у цій сфері.

Практичне значення одержаних результатів полягає у можливості використання розроблених рекомендацій органами державної влади, органами місцевого самоврядування, закладами охорони здоров'я, установами громадського здоров'я та закладами вищої освіти для вдосконалення управлінської діяльності, планування та реалізації програм зміцнення здоров'я населення. Запропоновані підходи можуть бути використані під час розроблення стратегічних документів, інформаційно-комунікаційних кампаній, програм профілактики захворювань та підготовки фахівців у сфері громадського здоров'я.

Структура дослідження. Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаної літератури та додатків.

РОЗДІЛ І

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ УПРАВЛІННЯ ЗМІНАМИ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

1.1. Теоретичне осмислення ключових понять дослідження

Поняття «громадське здоров'я» вперше було науково обґрунтоване американським дослідником Чарльзом Вінслоу у 1920 році. Учений трактував громадське здоров'я як науку і практику профілактики захворювань, продовження тривалості життя та зміцнення фізичного благополуччя населення шляхом організованих суспільних заходів, спрямованих на покращення умов довкілля, боротьбу з інфекційними хворобами, розвиток санітарної культури населення, удосконалення медичного обслуговування та створення соціальних механізмів, необхідних для підтримання здоров'я громадян [48].

Сучасне розуміння громадського здоров'я значною мірою базується на підходах Всесвітньої організації охорони здоров'я. ВООЗ використовує визначення, запропоноване Джоном Ачесоном, відповідно до якого громадське здоров'я розглядається як наука і практика запобігання захворюванням, продовження життя та зміцнення здоров'я населення завдяки організованим зусиллям суспільства [48].

В українському законодавстві тривалий час не існувало офіційного визначення поняття «громадське здоров'я». Разом із тим у Концепції розвитку системи громадського здоров'я використано підхід ВООЗ, який став методологічною основою формування сучасної державної політики у цій сфері [14].

Додаткове тлумачення поняття міститься у проєкті Закону України «Про систему громадського здоров'я». У документі громадське здоров'я визначається як сукупність знань і практичної діяльності суб'єктів системи громадського здоров'я, спрямованих на зміцнення здоров'я населення, профілактику захворювань та збільшення тривалості життя громадян [33].

Поряд із поняттям громадського здоров'я важливе значення має категорія «система громадського здоров'я», яка характеризує організаційні механізми реалізації відповідної державної політики та взаємодії всіх зацікавлених сторін [14].

Відповідно до Концепції розвитку системи громадського здоров'я, така система являє собою комплекс інструментів, механізмів, заходів і процедур, які реалізуються державними та недержавними інституціями з метою зміцнення здоров'я населення, профілактики захворювань, збільшення тривалості активного життя та популяризації здорового способу життя [14].

Таким чином, система громадського здоров'я є ширшим поняттям порівняно з громадським здоров'ям, оскільки охоплює не лише результативний стан здоров'я населення, а й організаційні, управлінські та інституційні механізми його забезпечення [14].

Узагальнення наукових підходів дозволяє стверджувати, що громадське здоров'я є багатокomпонентною категорією, яка поєднує медичні, соціальні, економічні та управлінські аспекти. У межах даного дослідження за основу доцільно взяти визначення, рекомендоване Всесвітньою організацією охорони здоров'я, оскільки воно найбільш повно відображає сучасне бачення даного феномена [5].

До основних складових громадського здоров'я традиційно відносять охорону здоров'я населення, профілактику захворювань та діяльність із формування і підтримки здорового способу життя. Саме ці напрями становлять основу сучасної політики громадського здоров'я більшості країн світу [6].

Важливим етапом розвитку концепції зміцнення здоров'я стало ухвалення Оттавської хартії зі зміцнення здоров'я у 1986 році. У документі зміцнення здоров'я визначається як процес надання людям можливостей для посилення контролю над власним здоров'ям та його покращення [27].

Подальший розвиток зазначених підходів відбувся у Бангкокській хартії 2005 року, де акцент було зроблено на необхідності розширення

можливостей людей щодо управління чинниками, які визначають стан їхнього здоров'я. У документі підкреслюється, що сприяння здоров'ю є однією з ключових функцій системи громадського здоров'я [3].

У науковій літературі нерідко ототожнюються поняття «зміцнення здоров'я» та «санітарна освіта». Проте сучасні підходи свідчать про їхню відмінність. Якщо санітарна освіта орієнтована насамперед на поширення знань про здоров'я, то зміцнення здоров'я передбачає створення умов, що сприяють формуванню здорової поведінки населення [66].

Концепція зміцнення здоров'я охоплює широкий спектр заходів, спрямованих не лише на попередження окремих захворювань, а й на формування культури здорового способу життя та відповідального ставлення людини до власного здоров'я [25].

Особливістю сучасних програм зміцнення здоров'я є орієнтація на зміну поведінкових моделей як окремих осіб, так і соціальних груп. Вони сприяють підвищенню рівня відповідальності громадян за власне здоров'я та здоров'я оточуючих [9].

Отже, на відміну від санітарної освіти, яка зосереджується переважно на інформуванні населення, діяльність зі зміцнення здоров'я має комплексний характер та передбачає використання соціальних, економічних, освітніх і комунікаційних інструментів впливу [27].

Окремої уваги в контексті даного дослідження заслуговує поняття управління змінами, яке є ключовим для розуміння процесів реформування системи громадського здоров'я [44].

Ідея постійних змін супроводжує розвиток людської цивілізації ще з античних часів. Сучасне трактування змін пов'язане з переходом об'єкта або системи з одного стану в інший, що супроводжується трансформацією характеристик, властивостей чи способів функціонування [1].

В Академічному тлумачному словнику української мови зміна визначається як процес перетворення певного стану, ознаки чи властивості на якісно інший стан, тобто як результат розвитку або трансформації [1].

Поліпшення та зміни є взаємопов'язаними категоріями. Будь-яке вдосконалення передбачає певні зміни, однак не кожна зміна автоматично призводить до покращення. Саме тому управлінські рішення повинні бути спрямовані на досягнення позитивних результатів розвитку системи [53].

У сучасній науковій літературі зміни розглядаються як новий стан системи, як процес розвитку або як різновид реформування та трансформації. Єдиного підходу до трактування цього поняття наразі не існує [56].

Найчастіше зміни класифікують на планові та ситуативні. Планові зміни реалізуються відповідно до заздалегідь визначеної стратегії, тоді як ситуативні виникають як реакція на непередбачувані виклики зовнішнього середовища [44].

Крім того, виділяють індивідуальні, групові та організаційні зміни. У межах даного дослідження основна увага приділяється організаційним трансформаціям, які відбуваються в системі громадського здоров'я [42].

Одне з найбільш поширених визначень управління змінами запропонували Дж. Моран і Б. Брайтман. Науковці розглядали його як безперервний процес оновлення стратегічних орієнтирів, організаційної структури та потенціалу установи для забезпечення відповідності мінливим умовам функціонування [62].

Процесний характер управління змінами значною мірою перегукується з циклом безперервного вдосконалення Демінга - Шухарта, який включає етапи планування, реалізації, оцінювання результатів і коригування подальших дій [53].

Таким чином, управління змінами доцільно розглядати як послідовний і циклічний процес, спрямований на досягнення стратегічних цілей організації через системне впровадження необхідних перетворень [60].

У світовій практиці сформувалися різні підходи до реалізації організаційних змін. Вибір конкретної моделі залежить від особливостей організації, характеру проблеми та умов зовнішнього середовища [60].

Серед найбільш відомих підходів виділяють директивний, переговорний, нормативний («серця та уми»), аналітичний та підхід, заснований на дії. Кожен із них має власні переваги та може бути ефективним за певних обставин [60].

Застосування того чи іншого підходу до управління змінами визначається специфікою завдань і рівнем готовності організації до трансформацій. Зокрема, директивний підхід є доцільним в умовах кризи, тоді як аналітичний найбільш ефективний для реалізації комплексних реформ і довгострокових програм розвитку [44].

Отже, проведений аналіз наукових джерел і нормативно-правових документів засвідчив, що громадське здоров'я є складною багатокомпонентною категорією, яка охоплює сукупність організаційних, соціальних, медичних, економічних та управлінських заходів, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я населення, профілактику захворювань та підвищення якості життя. Встановлено, що сучасне розуміння громадського здоров'я ґрунтується на підходах Всесвітньої організації охорони здоров'я та передбачає активну участь держави, громадянського суспільства й окремих громадян у процесах формування здорового способу життя та створення сприятливого для здоров'я середовища

1.2. Сучасні підходи та моделі управління змінами

Проблематика опору змінам привертала увагу науковців і мислителів упродовж багатьох століть. Одним із перших на необхідність врахування людської реакції на нововведення звернув увагу Нікколо Мак'явеллі. У праці «Державець» він наголошував, що впровадження нового порядку є надзвичайно складним і ризикованим процесом, оскільки прихильники попередньої системи чинять активний спротив, тоді як потенційні вигодонабувачі від змін часто залишаються пасивними через невпевненість у майбутніх результатах [16].

Попри усвідомлення важливості змін для розвитку суспільства та організацій, до середини XX століття управління змінами не розглядалося як окрема наукова категорія. Питання реформування та організаційних перетворень досліджувалися переважно в межах загальної теорії управління та організаційного розвитку [44].

Вагомий внесок у становлення сучасної теорії управління змінами зробив Курт Левін, який запропонував одну з перших системних моделей організаційних трансформацій. Його концепція передбачає три взаємопов'язані стадії: підготовку до змін («розморожування»), безпосередню реалізацію змін та їх закріплення в діяльності організації («заморожування»). Саме ця модель стала фундаментом для подальшого розвитку численних підходів до управління трансформаційними процесами [53].

На етапі підготовки до змін особливого значення набуває формування усвідомлення необхідності перетворень серед працівників організації. У цей період важливо подолати інерцію мислення та сформувати готовність персоналу до нових умов діяльності. Успішність цього етапу значною мірою визначає подальшу ефективність усіх трансформаційних процесів [60].

Стадія реалізації змін передбачає активне залучення працівників до впровадження нових підходів, технологій і механізмів управління. У цей період важливу роль відіграють комунікація, лідерство, навчання персоналу та підтримка з боку керівництва. Саме на цьому етапі найчастіше виникають труднощі, пов'язані з невизначеністю та психологічним дискомфортом працівників [42].

Завершальним етапом є інституціоналізація змін, коли нові практики, правила та механізми стають невід'ємною складовою діяльності організації. Закріплення результатів дозволяє уникнути повернення до попереднього стану та забезпечує стійкість досягнутих перетворень [34].

Подальший розвиток теорії управління змінами знайшов відображення у моделі Ларрі Грейнера, яка деталізує процес організаційних трансформацій

через шість послідовних етапів: усвідомлення необхідності змін, залучення посередників, діагностику проблем, пошук рішень, експериментальне впровадження та закріплення результатів. Такий підхід забезпечує більш глибоке опрацювання кожного етапу реформування [56].

Важливим досягненням сучасної науки стала модель Джона Коттера, яка розглядає управління змінами як послідовність восьми взаємопов'язаних кроків. Центральне місце в ній посідають формування бачення майбутнього, створення команди змін, комунікація зі стейкхолдерами та закріплення нових підходів в організаційній культурі. Модель широко використовується в державному управлінні та сфері охорони здоров'я завдяки її практичній спрямованості [44].

Інший підхід запропонували Девід Надлер і Майкл Тушман, які розглядали організацію як складну систему взаємозалежних елементів. На їхню думку, успіх змін залежить від узгодженості між завданнями, персоналом, формальною структурою та неформальними нормами організаційної поведінки. Відсутність такої узгодженості може призвести до втрати результатів реформування та повернення до попереднього стану [44].

Практично орієнтованою моделлю є концепція ADKAR, розроблена Джеффом Хаяттом. Вона передбачає п'ять ключових компонентів успішних змін: усвідомлення необхідності трансформацій, готовність їх підтримувати, набуття необхідних знань, формування практичних навичок та закріплення досягнутих результатів. Особливістю моделі є концентрація уваги на людському факторі як визначальному чиннику успішності змін [60].

Значний інтерес для сучасної науки становить також модель «айсберга змін», запропонована Вільфредом Крюгером. Вона базується на ідеї, що найбільш вагомі чинники організаційних трансформацій приховані від безпосереднього спостереження та пов'язані з цінностями, переконаннями, мотивацією та міжособистісними відносинами. Саме тому ефективне управління змінами потребує уваги не лише до формальних процесів, а й до глибинних аспектів організаційної культури [44].

Узагальнення наукових підходів дозволяє виділити кілька основних груп моделей управління змінами. До першої належать поетапні моделі, що передбачають чітку послідовність дій; до другої - підходи, орієнтовані на роль лідерства у процесі трансформацій; до третьої - концепції, які розглядають організацію як складну адаптивну систему. Незважаючи на відмінності, усі ці підходи підкреслюють необхідність системного та цілеспрямованого управління змінами для забезпечення сталого розвитку організації [44].

Узагальнення основних особливостей відомих моделей управління змінами наведено в табл. 1.1.

Таблиця 1.1

Порівняльна характеристика основних моделей управління змінами

Автор моделі	Назва моделі	Основна ідея	Переваги	Недоліки
К. Левін	Тристадійна модель	Зміни проходять через етапи розморожування, впровадження та закріплення	Простота, універсальність, зрозумілість	Не враховує високої динамічності сучасного середовища
Л. Грейнер	Шестистадійна модель змін	Поетапне впровадження змін через діагностику та експериментування	Деталізований алгоритм дій, залучення персоналу	Недостатня увага до впливу зовнішнього середовища
Дж. Коттер	Восьмистапна модель	Формування бачення змін та залучення працівників до їх реалізації	Практична спрямованість, акцент на лідерстві	Обмежене врахування зворотного зв'язку
Д. Надлер, М. Тушман	Організація як живий організм	Організація розглядається як система взаємопов'язаних елементів	Комплексний аналіз організації	Більше орієнтована на діагностику, ніж на механізми реалізації
Дж. Хаятт	ADKAR	Зміни реалізуються через розвиток готовності персоналу	Орієнтація на людський фактор, практичність	Обмежене врахування довгострокових змін
В. Крюгер	Айсберг управління змінами	Успіх змін залежить від трансформації цінностей і поведінки працівників	Врахування організаційної культури	Складність практичного застосування та вимірювання результатів

* складено автором на основі [44; 53; 56; 60].

Для систематизації розглянутих підходів до управління змінами та визначення їхньої прикладної цінності в умовах реформування сфери охорони здоров'я доцільним є їх узагальнення з позиції можливостей застосування у системі громадського здоров'я. Такий підхід дозволяє перейти від теоретичного аналізу моделей до оцінки їхньої практичної придатності в умовах трансформаційних процесів, що відбуваються в Україні.

Таблиця 1.2

Можливості застосування моделей управління змінами в системі громадського здоров'я

Модель	Доцільність застосування у сфері громадського здоров'я
Модель Левіна	Підходить для впровадження нових програм та нормативних змін
Модель Грейнера	Ефективна при реформуванні організаційної структури установ громадського здоров'я
Модель Коттера	Доцільна для масштабних реформ системи громадського здоров'я на національному рівні
Модель Надлера–Тушмана	Використовується для аналізу взаємодії структурних елементів системи
Модель ADKAR	Ефективна для підготовки персоналу до нових підходів і технологій
Модель Крюгера	Доцільна для формування культури здоров'язбереження та підтримки змін

* складено автором на основі [44; 53; 56; 60].

Подані в таблиці моделі демонструють, що кожен підхід до управління змінами має власну сферу найбільш ефективного застосування в системі громадського здоров'я. Одні з них доцільні для стратегічного реформування галузі та формування політик, інші - для організаційних перетворень на рівні установ або для роботи з персоналом. Таким чином, ефективне управління трансформаційними процесами потребує комбінованого використання різних моделей залежно від масштабу, цілей та рівня впроваджуваних змін.

У межах розділу здійснено теоретичне узагальнення підходів до управління змінами та трансформаційними процесами, що дозволило визначити їхню сутність, етапність та ключові закономірності розвитку. Проаналізовано класичні та сучасні моделі управління змінами, встановлено

їхні переваги та обмеження, а також особливості застосування в організаційних системах різного типу.

Особливу увагу приділено можливостям імплементації розглянутих підходів у сфері громадського здоров'я, яка характеризується високою складністю, багаторівневістю та значною залежністю від людського фактора. Це дає підстави стверджувати, що ефективне управління трансформаційними процесами в цій сфері можливе лише за умови системного поєднання різних управлінських моделей, адаптованих до специфіки національної системи охорони здоров'я.

1.3. Методологічні підходи до проведення дослідження

Розвиток наукових уявлень про громадське здоров'я та управління змінами супроводжувався поступовим формуванням ключових теоретичних підходів, які сьогодні використовуються у сфері охорони здоров'я та публічного управління. Нижче наведено основні концепції, що пояснюють еволюцію понятійного апарату, підходів до змін та інструментів стратегічного аналізу середовища.

Одним із перших, хто сформулював підхід до розуміння громадського здоров'я (public health), був Чарльз Вінслоу, який ще у 1920 році визначив його як науку та мистецтво запобігання захворюванням, подовження життя та зміцнення фізичного здоров'я через організовані зусилля суспільства, спрямовані на контроль інфекцій, покращення довкілля, розвиток гігієнічної культури населення та забезпечення доступу до медичних послуг для раннього виявлення та профілактики хвороб.

Всесвітня організація охорони здоров'я у своїх підходах спирається на визначення, запропоноване Джоном Ачесоном у 1988 році, де громадське здоров'я розглядається як практична діяльність і наука, що спрямована на профілактику захворювань, подовження тривалості життя та зміцнення здоров'я населення через організовані суспільні дії.

У нормативно-правовому полі України відсутнє єдине законодавче визначення поняття «громадське здоров'я». Водночас Концепція розвитку системи громадського здоров'я 2016 року фактично використовує підхід ВООЗ, трактуючи цю сферу як систему заходів і механізмів, спрямованих на зміцнення здоров'я населення та профілактику захворювань.

Додатково у проєкті Закону України «Про систему громадського здоров'я» громадське здоров'я визначається як сукупність знань та організованої діяльності суб'єктів системи, спрямованих на зміцнення здоров'я населення, профілактику захворювань і збільшення тривалості життя.

У сучасному науковому дискурсі також широко використовується поняття «система громадського здоров'я», яке розглядається як комплекс інституцій, інструментів та заходів, що реалізуються державними і недержавними структурами з метою покращення стану здоров'я населення та формування здорового способу життя.

У структурі громадського здоров'я традиційно виділяють три ключові компоненти: охорону здоров'я, профілактику захворювань і зміцнення здоров'я. Останній компонент детально розкривається в Оттавській хартії, де зміцнення здоров'я визначається як процес, що надає людям можливість контролювати та покращувати власне здоров'я.

Подальший розвиток концепції відображено у Бангкокській хартії, де наголошується, що зміцнення здоров'я дозволяє людині краще контролювати детермінанти здоров'я та підвищувати якість життя, а також визнається ключовою функцією громадського здоров'я.

Водночас у науковій літературі часто виникає термінологічне змішування понять «зміцнення здоров'я» та «санітарна освіта», хоча вони мають різну сутність: перше є ширшою соціальною стратегією впливу на поведінку та умови життя населення, тоді як друге переважно стосується поширення знань про хвороби та їх профілактику.

Історично ідея змін як фундаментального явища суспільного розвитку бере свій початок ще з античності, зокрема у працях Геракліта, який підкреслював постійний характер змін у світі.

У сучасному розумінні поняття «зміна» розглядається як процес переходу або трансформації стану системи в новий якісний стан, що відображено в академічних словниках української мови.

Управління змінами у науковій традиції трактують як безперервний процес адаптації організації до зовнішніх і внутрішніх впливів. Одним із класичних визначень є підхід Дж. Моран і Б. Брайтман, які описують його як постійне оновлення структури, напрямів і можливостей організації для задоволення змінних потреб середовища.

Важливим теоретичним підґрунтям розвитку цього напрямку стала модель Демінга, що описує циклічний процес безперервного вдосконалення «Plan–Do–Check–Act», який використовується для системного управління змінами.

У подальшому науковці запропонували низку моделей управління змінами, серед яких виділяється модель Ларрі Грейнера, що деталізує процес через послідовні етапи діагностики, прийняття рішень, експериментального впровадження та закріплення результатів.

Однією з найвпливовіших є модель Джона Коттера, яка передбачає вісім послідовних кроків від формування усвідомлення необхідності змін до їх закріплення в організаційній культурі.

Значний внесок у розвиток системного підходу зробили також моделі Надлера і Тушмана, які розглядають організацію як взаємопов'язану систему підсистем, де успішність змін залежить від їхньої узгодженості.

Окремо слід відзначити модель ADKAR, яка акцентує увагу на індивідуальному рівні змін і включає п'ять ключових етапів: усвідомлення, бажання, знання, здатність і закріплення.

Для стратегічного аналізу середовища широко використовується PEST-аналіз, який дозволяє оцінити політичні, економічні, соціальні та технологічні фактори впливу на організацію.

У поєднанні з ним застосовується SWOT-аналіз, який дає змогу оцінити внутрішні сильні та слабкі сторони організації, а також зовнішні можливості та загрози.

Таким чином, у межах першого розділу було систематизовано теоретико-методологічні засади дослідження. Розкрито сутність базових понять «громадське здоров'я», «зміцнення здоров'я», «зміна» та «управління змінами», а також простежено еволюцію наукових підходів до їх трактування.

Окрему увагу приділено аналізу основних моделей управління змінами, які демонструють різні підходи до організаційної трансформації - від поетапних і лідерських до системних і індивідуально орієнтованих. Крім того, охарактеризовано інструменти стратегічного аналізу (PEST та SWOT), що створюють аналітичне підґрунтя для подальшого емпіричного дослідження трансформаційних процесів у системі громадського здоров'я.

РОЗДІЛ II

АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ СФЕРИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ТРАНСФОРМАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ

2.1. Нормативно-правове забезпечення сфери громадського здоров'я в Україні

Формування сучасної системи громадського здоров'я в Україні відбувається в умовах масштабних суспільних трансформацій, євроінтеграційних процесів та реформування національної системи охорони здоров'я. Важливим чинником цих змін стало взяття Україною міжнародних зобов'язань щодо гармонізації державної політики у сфері охорони здоров'я з європейськими підходами та стандартами. У зв'язку з цим особливого значення набуває аналіз нормативно-правових і стратегічних документів, які визначають напрями розвитку громадського здоров'я, механізми їх реалізації та ступінь відповідності сучасним міжнародним вимогам. Дослідження зазначених документів дає можливість оцінити стан трансформаційних процесів у галузі, виявити наявні проблеми та окреслити перспективи подальшого розвитку системи громадського здоров'я в Україні.

Важливим чинником трансформації системи громадського здоров'я в Україні став євроінтеграційний курс держави. Одним із ключових нормативних документів у цьому напрямі є Закон України «Про Загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу», відповідно до якого головною метою адаптації національного законодавства визначено досягнення його відповідності правовій системі Європейського Союзу та вимогам, що висуваються до країн-кандидатів на вступ [11].

Подальший розвиток цього напрямку відбувся після укладення Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом. У Главі 22 «Громадське здоров'я» передбачено поглиблення співпраці у сфері охорони здоров'я з метою підвищення рівня захисту здоров'я населення як необхідної

умови сталого соціально-економічного розвитку. Особлива увага приділяється профілактиці неінфекційних захворювань, поширенню принципів здорового способу життя, обміну кращими практиками та виявленню ключових детермінант здоров'я населення [45].

Враховуючи взяті міжнародні зобов'язання, питання розвитку громадського здоров'я мало посісти вагоме місце у системі державного стратегічного планування. Однак результати аналізу державних стратегічних документів щодо врахування Цілей сталого розвитку свідчать про недостатній рівень інтеграції Цілі 3 «Міцне здоров'я і благополуччя», який становив лише 43 %, що характеризується як низький показник [2].

Одним із базових документів стратегічного розвитку країни стала Стратегія сталого розвитку «Україна – 2020», яка передбачала реформування системи охорони здоров'я та підвищення особистої відповідальності громадян за стан власного здоров'я [43]. Документ також містив положення про реалізацію Програми здорового способу життя та довголіття, проте фактично така програма так і не була розроблена. Водночас одним із цільових індикаторів реалізації Стратегії визначалося збільшення середньої тривалості життя населення на три роки [43].

Серед стратегічних документів, спрямованих на формування культури здорового способу життя, особливе місце займає Національна стратегія з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація». Її основною метою є створення умов для поширення фізичної активності серед населення та зміцнення здоров'я громадян. Документ наголошує на необхідності комплексної державної політики, спрямованої на зменшення поширеності неінфекційних захворювань шляхом стимулювання здорової поведінки населення [24].

Важливе місце у системі стратегічного планування займають також урядові програмні документи. Так, План пріоритетних дій Уряду на 2019 рік передбачав підготовку та подання на розгляд Кабінету Міністрів України

проекту Закону України «Про систему громадського здоров'я» [29]. Аналогічні завдання були закріплені й у Середньостроковому плані пріоритетних дій Уряду до 2020 року, де наголошувалося на необхідності переорієнтації системи охорони здоров'я з лікування захворювань на їх профілактику та зміцнення здоров'я населення [37].

Фундаментальним документом у процесі становлення сучасної системи громадського здоров'я стала Концепція розвитку системи громадського здоров'я, затверджена у 2016 році [14]. Саме цей документ уперше визначив стратегічні напрями розвитку галузі та заклав підґрунтя для створення цілісної системи громадського здоров'я в Україні. Важливо, що Концепція безпосередньо орієнтується на підходи Європейського регіонального бюро ВООЗ та передбачає реалізацію положень політики «Здоров'я–2020» [14, 67].

Особливої уваги заслуговує один із ключових пріоритетів політики «Здоров'я–2020», який полягає в удосконаленні лідерства та механізмів управління в інтересах здоров'я населення [67]. Саме ефективне стратегічне управління та чіткий розподіл відповідальності між суб'єктами політики є необхідною умовою успішного функціонування системи громадського здоров'я.

Практичним механізмом реалізації Концепції став План заходів щодо її впровадження, затверджений Кабінетом Міністрів України у 2017 році [28]. Його перевагою стало широке залучення представників регіонів до розроблення та орієнтація на десять основних оперативних функцій громадського здоров'я, визначених Європейським планом дій зі зміцнення потенціалу та послуг громадського здоров'я [9].

До таких функцій належать моніторинг стану здоров'я населення, реагування на загрози здоров'ю, профілактика захворювань, зміцнення здоров'я, стратегічне керівництво, розвиток кадрового потенціалу, забезпечення належного фінансування, комунікація та підтримка наукових досліджень [9].

Аналіз виконання Плану заходів свідчить, що окремі його положення реалізовувалися із суттєвими затримками. Зокрема, розроблення законопроекту «Про систему громадського здоров'я» було передбачене ще на 2017 рік, однак після оприлюднення у 2018 році документ тривалий час не був прийнятий [33]. Водночас його зміст викликав численні дискусії серед фахівців щодо достатності правових механізмів для забезпечення повноцінного функціонування системи громадського здоров'я.

Подібна ситуація спостерігалася і з Національним планом заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку. Незважаючи на те, що проєкт документа був підготовлений у 2017 році, його затвердження відбулося лише через рік [25].

Найбільш проблемним напрямом залишається розроблення комунікаційної стратегії з питань громадського здоров'я, яка була передбачена Планом заходів ще у 2018 році [28]. Відсутність єдиної комунікаційної політики ускладнює формування спільного розуміння завдань громадського здоров'я на національному, регіональному та місцевому рівнях, що негативно впливає на ефективність впровадження реформ.

Показовою є оцінка стану державної політики у сфері громадського здоров'я, висловлена ще у 2013 році, коли зазначалося, що увага держави була зосереджена переважно на лікувальній складовій охорони здоров'я, тоді як питання громадського здоров'я фактично не перебували серед пріоритетів державної політики [7].

Разом із тим останні роки засвідчили поступовий перехід до нової парадигми розвитку галузі. Формування нормативно-правової бази, прийняття Концепції розвитку системи громадського здоров'я, орієнтація на європейські стандарти та виконання міжнародних зобов'язань створили необхідні передумови для подальшої розбудови сучасної системи громадського здоров'я в Україні. Попри наявні труднощі та незавершеність

окремих реформаторських заходів, загальний напрям трансформації галузі відповідає сучасним європейським підходам і потребам суспільства.

Проведений аналіз стратегічних і нормативно-правових документів засвідчив, що протягом останнього десятиліття в Україні сформовано необхідні передумови для переходу до сучасної моделі громадського здоров'я, заснованої на профілактичному підході, міжсекторальній взаємодії та орієнтації на європейські стандарти. Визначальну роль у цьому процесі відіграли Угода про асоціацію між Україною та Європейським Союзом, Концепція розвитку системи громадського здоров'я, Національна стратегія з оздоровчої рухової активності, а також низка урядових планів і програм. Їх зміст свідчить про поступову зміну державної політики від переважно лікувальної моделі до моделі збереження та зміцнення здоров'я населення, профілактики захворювань і формування здорового способу життя.

Разом із тим дослідження показало наявність низки проблем, пов'язаних із практичною реалізацією визначених стратегічних цілей. Значна частина запланованих заходів була виконана із порушенням встановлених строків, а окремі важливі документи, зокрема комунікаційна стратегія у сфері громадського здоров'я, досі залишаються нерозробленими. Це свідчить про необхідність удосконалення механізмів управління трансформаційними процесами, посилення координації між суб'єктами державної політики та забезпечення належного інституційного супроводу реформ. Водночас сформована нормативна база створює підґрунтя для подальшого розвитку системи громадського здоров'я та її інтеграції до європейського простору охорони здоров'я.

2.2. Міжнародний досвід реалізації змін у сфері громадського здоров'я

Вивчення міжнародного досвіду є важливим етапом дослідження механізмів управління змінами у сфері громадського здоров'я. Аналіз практик різних держав дозволяє визначити найбільш результативні підходи

до формування здорового способу життя населення, організації профілактичної діяльності, розвитку санітарної освіти та побудови ефективних моделей міжсекторальної взаємодії. Особливу цінність становить досвід країн, які змогли інтегрувати принципи зміцнення здоров'я у державну політику та забезпечити сталі позитивні зміни у поведінці населення.

Важливим чинником успішного розвитку громадського здоров'я є належне кадрове забезпечення системи профілактики та зміцнення здоров'я. У багатьох країнах світу реалізація відповідних заходів покладається не лише на спеціалізовані установи, а й на працівників первинної ланки медичної допомоги, освітян та представників місцевих громад.

Показовим прикладом є Казахстан, де завдяки співпраці Національного центру проблем формування здорового способу життя з регіональними органами охорони здоров'я до профілактичної роботи було залучено близько 70 % працівників первинної медико-санітарної допомоги. Значна увага приділяється роботі з дітьми та молоддю, а кадровий потенціал системи охоплює тисячі педагогів, медичних працівників і спеціалістів із профілактики шкідливих звичок [51].

Подібний підхід простежується і в Словенії. У межах концепції так званих «зразкових практик» лікарі загальної практики посилили профілактичну діяльність шляхом залучення спеціально підготовлених медичних сестер. Вони проводять оцінювання способу життя пацієнтів, консультують їх щодо здорової поведінки та супроводжують профілактичні програми. Уже до 2015 року майже половина словенських лікарів первинної ланки працювали за цією моделлю [50].

В Іспанії профілактична медицина та заходи зі зміцнення здоров'я інтегровані у повсякденну діяльність лікарів і медичних сестер первинної медичної допомоги. Саме вони є основними провідниками програм профілактики неінфекційних захворювань, санітарної освіти та популяризації здорового способу життя серед населення [49].

Аналізуючи питання кадрового забезпечення, доцільно звернутися до концепції делегування повноважень, яку свого часу обґрунтовував британський адміністратор Фредерік Лугард. Він доводив, що ефективність управління значною мірою залежить від передачі частини функцій на місцевий рівень із збереженням стратегічного контролю центральної влади [53]. Подібний підхід знаходить підтвердження і в сучасних системах громадського здоров'я.

На думку Ніла Фергюсона, ефективність управління великими територіями та чисельним населенням забезпечувалася не кількістю чиновників, а якістю побудови управлінських мереж і використанням місцевих інституцій [52]. Цей принцип залишається актуальним і для сучасної системи громадського здоров'я, де значну роль відіграє взаємодія державних, громадських та професійних структур.

Водночас важливою складовою зміцнення здоров'я населення є створення умов для формування здорових поведінкових практик. Одним із найдавніших прикладів таких управлінських рішень можна вважати громадські лазні античної доби.

Ще в античний період були сформульовані фундаментальні принципи профілактичної медицини, відповідно до яких попередження захворювань вважалося більш ефективним підходом, ніж їх лікування. Саме тому історію розвитку практик зміцнення здоров'я доцільно розглядати починаючи з цього етапу розвитку цивілізації.

Яскравим прикладом успішного впровадження суспільно корисних змін стали римські терми. Хоча перші громадські лазні виникли у Стародавній Греції, саме в Римі вони перетворилися на масштабні соціальні центри. Значну роль у цьому відіграв імператор Агріппа, який зробив терми доступними для широких верств населення.

Римські терми поєднували оздоровчі, культурні та рекреаційні функції. На їхній території розміщувалися спортивні майданчики, бібліотеки, сади, приміщення для проведення бесід і мистецьких заходів. Таким чином вони

виступали не лише місцем гігієнічних процедур, а й осередками суспільного життя.

На думку дослідниці О. Лапочкіної, римські терми можна вважати своєрідними попередниками сучасних фітнес-центрів [42]. Водночас їхня соціальна роль була значно ширшою, адже вони сприяли формуванню культури здорового способу життя та соціальної взаємодії.

Схожі підходи використовуються і сьогодні. Наприклад, у польській гміні Клещув функціонує сучасний спортивно-оздоровчий комплекс «Solpark», який надає місцевим жителям можливість безкоштовно користуватися частиною послуг декілька разів на місяць. Така практика сприяє залученню населення до фізичної активності та профілактики захворювань.

Особливий інтерес становить сучасний досвід Австрії. У 2012 році в країні було затверджено десять національних цілей у сфері охорони здоров'я, які визначають основні напрями розвитку галузі до 2032 року. Більшість із них стосуються саме зміцнення здоров'я, розвитку санітарної грамотності та формування здорової поведінки населення.

Австрійська стратегія зміцнення здоров'я розроблялася протягом тривалого часу та базується на принципі міжвідомчої координації. Одним із її пріоритетів є підтримка здорового розвитку дітей раннього віку через систему дитячих садків і шкіл.

Практичним втіленням цієї політики стала загальнонаціональна ініціатива «Наша шкільна їдальня», у межах якої заклади освіти отримують консультаційну підтримку щодо організації здорового харчування. За декілька років реалізації проєкту сотні шкільних їдалень удосконалили свої меню, що позитивно вплинуло на харчування значної кількості учнів [43].

Додатково в Австрії діють Національний план харчування та Національний план фізичної активності, спрямовані на зменшення поширеності ожиріння, поліпшення харчових звичок і стимулювання рухової активності населення. Значну роль у реалізації цих заходів відіграє

Австрійський фонд сприяння здоров'ю, який фінансує численні профілактичні проекти [44].

Не менш показовим є досвід Португалії. У 2016 році там було започатковано масштабну реформу громадського здоров'я під назвою «Нова амбіція для громадського здоров'я», яка враховувала виклики старіння населення, соціальної нерівності та цифровізації суспільства.

Одним із ключових напрямів реформи стала Національна програма санітарної освіти, грамотності та догляду за собою. Її метою є підвищення рівня поінформованості громадян і залучення населення до прийняття усвідомлених рішень щодо власного здоров'я [45].

У Португалії значну увагу приділяють використанню цифрових технологій. Інформаційні ресурси Міністерства охорони здоров'я та Генерального директорату охорони здоров'я забезпечують громадян актуальною інформацією щодо профілактики захворювань та здорового способу життя [46].

Важливим інструментом також став сервіс Saúde 24, який надає дистанційні консультації та інформаційну підтримку населенню. Його діяльність сприяє ранньому реагуванню на проблеми зі здоров'ям та популяризації профілактичних практик.

Серед держав, які активно впроваджують політику зміцнення здоров'я, варто також відзначити Мальту. У 2014 році країна ухвалила Національну політику та План дій щодо харчування на 2015–2020 роки [47].

Ці документи стали продовженням попередніх стратегій боротьби з неінфекційними захворюваннями та надлишковою вагою населення. Значна увага приділялася популяризації середземноморської дієти, культури здорового харчування та споживання якісної питної води.

Важливим кроком стало також ухвалення у 2016 році закону про популяризацію здорового способу життя та профілактику неінфекційних захворювань. Документ закріпив міжвідомчий підхід до формування

державної політики у сфері здоров'я та створив правові умови для подальшого розвитку профілактичних програм [48].

Проведений аналіз свідчить, що успішні системи громадського здоров'я базуються на довгостроковому стратегічному плануванні, міжсекторальній взаємодії та пріоритетності профілактичних заходів. Незалежно від особливостей національних моделей, більшість досліджених країн приділяє першочергову увагу формуванню здорового способу життя, розвитку санітарної грамотності населення та створенню сприятливого середовища для збереження здоров'я.

Окремої уваги заслуговує практика залучення широкого кола фахівців до реалізації профілактичних програм. Досвід Іспанії, Словенії, Казахстану та Білорусі демонструє, що ефективність заходів зі зміцнення здоров'я значною мірою залежить від активної участі працівників первинної медичної допомоги, освітян та місцевих громад. Водночас важливими умовами успіху є делегування повноважень, розвиток кадрового потенціалу та підтримка профілактичної діяльності на місцевому рівні.

Отже, міжнародний досвід переконливо засвідчує, що зміцнення громадського здоров'я потребує комплексного підходу, який поєднує нормативно-правове забезпечення, освітні та інформаційні заходи, розвиток інфраструктури й активну участь громадян. Врахування кращих зарубіжних практик може стати важливим підґрунтям для подальшого вдосконалення державної політики України у сфері громадського здоров'я та управління змінами.

2.3. Основні ризики впровадження змін у сфері громадського здоров'я та способи їх мінімізації

Реалізація масштабних змін у сфері громадського здоров'я неминує супроводжуватися виникненням низки ризиків та управлінських викликів. Світовий досвід реформування систем охорони здоров'я свідчить, що навіть

найкраще підготовлені концепції можуть зіткнутися з труднощами на етапі впровадження. Тому важливим елементом стратегічного управління є своєчасне виявлення потенційних загроз, оцінювання їхнього впливу та розроблення механізмів мінімізації негативних наслідків. У цьому контексті особливого значення набуває аналіз чинників, які можуть перешкоджати становленню сучасної системи громадського здоров'я в Україні.

Одним із найбільш суттєвих викликів є недостатній рівень міжсекторальної взаємодії між органами державної влади. Ефективна політика громадського здоров'я потребує впровадження принципу «Здоров'я в усіх політиках», відповідно до якого наслідки для здоров'я населення мають враховуватися під час прийняття рішень у різних сферах державного управління. Йдеться не лише про діяльність медичної галузі, а й про податкову, екологічну, транспортну, освітню та соціальну політику. Важливим інструментом подолання цього ризику може стати подальший розвиток реформи державного управління, метою якої є формування цілісної системи державних інституцій, здатних ефективно взаємодіяти між собою [60].

Не менш важливою проблемою є відсутність у суспільстві належного усвідомлення необхідності змін. Більшість моделей управління змінами розпочинаються зі створення атмосфери нагальності та розуміння актуальності проблеми. Водночас в Україні суспільна увага переважно зосереджена на боротьбі з інфекційними захворюваннями, тоді як профілактика неінфекційних хвороб залишається недостатньо висвітленою. Як зазначає С. Велз, людство поступово перейшло від домінування травматизму та інфекційних хвороб до епохи хронічних неінфекційних захворювань, які нині становлять одну з головних загроз здоров'ю населення [55]. Подоланню цього ризику можуть сприяти інформаційно-просвітницькі кампанії, популяризація результатів наукових досліджень та активне залучення громадськості до обговорення проблем громадського здоров'я.

Суттєвим ризиком залишається також відсутність єдиного стратегічного бачення розвитку галузі. Незважаючи на наявність Концепції розвитку системи громадського здоров'я, комплексна стратегія реформування всієї системи охорони здоров'я досі не затверджена. Внаслідок цього виникають труднощі з визначенням кінцевої моделі функціонування системи та шляхів її досягнення. Для уникнення подібної ситуації до процесу стратегічного планування необхідно активно залучати фахівців у сфері громадського здоров'я, забезпечуючи їхню належну представленість у складі робочих груп.

Тісно пов'язаною з попереднім викликом є проблема відсутності чітких стратегічних цілей та показників оцінювання результативності. Наявність концепції та плану заходів без визначення конкретних індикаторів ускладнює моніторинг прогресу та оцінювання ефективності реалізованих заходів. Саме тому доцільним є розроблення середньострокового стратегічного плану з визначенням цілей, завдань, очікуваних результатів та відповідних показників виконання.

Ще одним ризиком є дублювання функцій між інституціями, відповідальними за формування та реалізацію політики громадського здоров'я. Після створення ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та Директорату громадського здоров'я виникла потенційна можливість перетину їхніх повноважень. З одного боку, директорат відповідає за формування державної політики у відповідній сфері [56], а з іншого - Центр громадського здоров'я також бере участь у розробленні стратегій і політик [57]. Уникнути дублювання можна шляхом чіткого нормативного розмежування функцій між усіма структурними підрозділами, залученими до управління сферою громадського здоров'я.

Окремої уваги потребує проблема кадрового забезпечення. Наявна система підготовки фахівців значною мірою орієнтована на традиційні підходи санітарно-епідеміологічного контролю, тоді як сучасна модель громадського здоров'я вимагає нових компетентностей у сфері

профілактики, комунікації, стратегічного планування та управління ризиками. Для подолання кадрового дефіциту необхідно розвивати сучасні освітні програми з громадського здоров'я, забезпечуючи при цьому належний контроль якості підготовки майбутніх спеціалістів [58].

Серед фінансових ризиків варто виділити як недостатність ресурсів для реалізації програм зміцнення здоров'я, так і можливість неефективного використання вже виділених коштів. Наразі значна частина ресурсів спрямовується на програми боротьби з інфекційними захворюваннями, які додатково підтримуються міжнародними організаціями. Водночас профілактика неінфекційних захворювань часто залишається недостатньо забезпеченою. Після запровадження програм фінансових гарантій у сфері громадського здоров'я особливої актуальності набуває питання ефективного використання бюджетних ресурсів та інвестування коштів у професійний розвиток кадрів і модернізацію інфраструктури [59].

Не можна залишати поза увагою й ризик несприйняття окремих ініціатив населенням. Досвід багатьох країн демонструє, що успішність профілактичних програм значною мірою залежить від рівня суспільної підтримки. Саме тому під час розроблення та впровадження регіональної політики необхідно враховувати культурні особливості, традиції та світоглядні переконання місцевих громад, забезпечуючи відкритий діалог між владою та громадянами.

Отже, процес становлення сучасної системи громадського здоров'я в Україні супроводжується низкою ризиків організаційного, кадрового, фінансового та комунікаційного характеру. Їх своєчасне виявлення та врахування є необхідною умовою успішної реалізації реформ і досягнення стратегічних цілей у сфері зміцнення здоров'я населення.

Проведений аналіз свідчить, що більшість виявлених ризиків можуть бути мінімізовані за умови належного стратегічного планування, чіткого розподілу повноважень між інституціями, розвитку кадрового потенціалу та забезпечення ефективної взаємодії між усіма зацікавленими сторонами.

Особливого значення набуває формування суспільної підтримки реформ та підвищення рівня обізнаності громадян щодо питань громадського здоров'я.

Таким чином, успішне впровадження змін потребує не лише політичної волі та нормативного забезпечення, а й комплексного управлінського підходу, що поєднує міжвідомчу співпрацю, достатнє ресурсне забезпечення, якісну комунікацію та постійний моніторинг результатів. Саме за таких умов можливо створити ефективну систему громадського здоров'я, здатну відповідати сучасним викликам і забезпечувати сталий розвиток держави.

РОЗДІЛ III

ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ УПРАВЛІННЯ ЗМІНАМИ У СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

3.1. SWOT-аналіз діяльності Департаменту громадського здоров'я МОЗ України

Відповідно до обраного алгоритму дослідження, первинним етапом аналізу стало проведення PEST-аналізу, оскільки його результати слугують базисом для верифікації та наповнення елементів SWOT-матриці. При систематизації факторів зовнішнього макросередовища було застосовано ієрархічний підхід із ранжуванням сил впливу від найбільш детермінованих до найменш виражених. Комплексний перелік ідентифікованих політичних, економічних, соціокультурних та технологічних детермінант як зовнішнього, так і внутрішнього контуру функціонування системи відображено у Додатку Б.

Для виявлення та формалізації взаємозв'язків між внутрішніми характеристиками системи та зовнішніми чинниками було використано аналітичний інструментарій, сформульований у праці з питань стратегічного менеджменту [44].

Траєкторії стратегічної взаємодії за матрицею SWOT

I. Комбінація «Сила – Можливість» (S–O)

Які наявні сильні сторони доцільно задіяти для капіталізації зовнішніх можливостей?

Наявний інформаційний ресурс у вигляді спеціалізованого медіасховища матеріалів із популяризації здорового способу життя на платформі профільної установи [17] створює передумови для реалізації масштабної стратегічної можливості - трансформації здорової поведінки у домінантний суспільний тренд. Інструментом досягнення цієї мети має стати диференційована комунікаційна кампанія у цифровому просторі, орієнтована на специфічні сегменти цільових аудиторій [18, 21].

Для масштабування охоплення в мережі Facebook доцільно залучати лідерів думок із немедичного середовища, які мають аудиторію понад 100 тисяч підписників. Зокрема, у молодіжному сегменті як амбасадорів рухової активності та раціонального харчування можна розглядати популярних представників креативних індустрій (наприклад, виконавців рівня Монатіка чи NK), хоча такі припущення потребують попередньої верифікації за допомогою фокус-групових досліджень.

Водночас варто вказати на методологічну деструктивність поєднання в межах однієї інформаційної рубрики (зокрема, у блоках боротьби з дезінформацією) тем різного спрямування - наприклад, державних закупівель та нутриціології. Ефективне позиціонування вимагає залучення профільних агенцій та експертів з комунікацій [26]. Органам управління у сфері охорони здоров'я доцільно імплементувати успішну практику інших міністерств (Міністерства культури, Міністерства юстиції чи Мінрегіону), які раніше запровадили інститут державних експертів із внутрішніх та зовнішніх комунікацій у межах реформи державного управління [42].

Сформульована ціль 1: Інституціоналізувати та закріпити в суспільстві стійкий тренд на здоровий спосіб життя.

II. Комбінація «Слабкість – Можливість» (W–O)

Завдяки яким зовнішнім можливостям можна нівелювати наявні внутрішні слабкі сторони?

Процес розгортання та інтенсифікації діяльності регіональних осередків громадського здоров'я має синхронізуватися із переходом на нову модель фінансування галузі [38]. Суть трансформації полягає у відмові від утримання постатейних кошторисів медичних та лабораторних установ на користь ринкового механізму — стратегічної закупівлі чітко визначених пакетів послуг у сфері громадського здоров'я на регіональному рівні. Це дозволить оптимізувати використання бюджетних асигнувань [10] та прискорити формування децентралізованої інфраструктури.

Сформульована ціль 2: Забезпечити розбудову та фінансову спроможність мережі регіональних центрів громадського здоров'я.

III. Комбінація «Слабкість – Загроза» (W–T)

Які загрози можна мінімізувати шляхом нейтралізації внутрішніх недоліків?

Падіння інтересу до працевлаштування в органах публічної влади можна компенсувати через розгортання сучасної інформаційної системи управління людськими ресурсами (HRMIS) [13]. Попередні соціологічні моніторинги реформи держслужби свідчили, що лише кожен десятий громадянин відзначав підвищення прозорості конкурсних процедур, що пов'язано насамперед із дефіцитом якісних комунікацій та слабким інформуванням про кар'єрні можливості [15, 36].

Запуск HRMIS, яка функціонує за принципами відкритості та підзвітності (аналогічно до закупівельних платформ), здатна кардинально змінити сприйняття державної служби, підвищити довіру до неї та стимулювати приплив кваліфікованих кадрів.

Сформульована ціль 3: Інтегрувати профільне міністерство до пулу центральних органів виконавчої влади, що беруть участь у пілотному впровадженні та тестуванні системи HRMIS.

IV. Комбінація «Сила – Загроза» (S–T)

Який внутрішній потенціал дозволяє мінімізувати критичні зовнішні загрози?

Суттєвий рівень суспільної недовіри до державного апарату [8] виступає вагомим деструктивним чинником для впровадження реформ. Нейтралізувати цю загрозу пропонується за рахунок залучення нової генерації фахівців з питань реформ (ФПР), відібраних на відкритих конкурентних конкурсах. Проте ефективність цього кроку нівелюється закритістю інформації про кадровий склад.

Доцільно перейняти досвід корпоративного та приватного медичного сектору щодо відкритості біографічних та професійних даних співробітників.

Створення на офіційному вебпорталі відомства прозорого репозиторію з портфоліо ключових працівників та систематична презентація їхніх практичних досягнень (інструмент "quick wins") у соціальних медіа дозволить деміфологізувати державну службу.

Окрім того, особливої уваги потребує управління репутаційним капіталом установи, оскільки неефективний кризовий менеджмент або ігнорування критичних висновків контролюючих органів (наприклад, звітів Рахункової палати щодо невідповідності кваліфікаційного рівня окремих координаторів напрямків громадського здоров'я [12]) створює стійкі негативні стереотипи та відлякує висококваліфікованих експертів.

Сформульована ціль 4: Сформувати позитивну репутацію та впізнаваний бренд Міністерства охорони здоров'я як відкритого інституту.

V. Комбінація «Слабкість – Загроза» (W–T, мінімізація ризиків)

Як посилити слабкі сторони задля відвернення системних зовнішніх загроз?

Ризик інверсії або уповільнення реформ внаслідок електоральних циклів вимагає створення системи захисту через розширення взаємодії із ключовими стейкхолдерами. Першочерговим завданням є їхнє мапування, класифікація за ступенем впливу та інтересу, а також розробка довгострокових моделей партнерства.

Як релевантних партнерів варто розглядати представників великого бізнесу (зокрема, виробників мінеральних вод), які вибудовують свій маркетинг на концепції Wellness та здорового способу життя [20]. Використовуючи комунікаційний канал реклами як один із маркерів впливу в суспільстві [22], можна реалізувати крос-медійні проєкти. Наприклад, розміщення на продукції торгової марки знаку рекомендації або логотипу профільного міністерства забезпечить комерційні переваги для бізнесу та одночасно підвищить рівень довіри й упізнаваності державного інституту серед населення.

Сформульована ціль 5: Оптимізувати та диверсифікувати систему взаємодії із ключовими стейкхолдерами та бізнес-спільнотою.

VI. Комбінація «Слабкість – Сила» (W–S)

Як за рахунок внутрішніх сил компенсувати наявні слабкі сторони?

Високий пріоритет розвитку системи громадського здоров'я на рівні керівництва галузі [6] є потужним внутрішнім драйвером. Водночас профільний Директорат поки не набув статусу внутрішнього еталона ефективності. Для виправлення цієї ситуації необхідна трансформація корпоративної культури, починаючи з чіткого визначення місії та ціннісних орієнтирів організації за найкращими міжнародними зразками (наприклад, досвіду Health Canada) [59]. Слід зауважити, що країни з високим індексом досягнення цілей сталого розвитку у сфері здоров'я демонструють принципово інші підходи до організації внутрішнього середовища відомств [61, 65].

Еволюція організаційної культури має йти в напрямку створення здоров'язбережувального та відкритого простору всередині самого міністерства (впровадження практик фізичної активності, оптимізація робочих місць, зони здорового харчування, відмова від тютюнопаління), що трансформувє поведінкові звички персоналу та підвищить легітимність їхніх публічних закликів [47, 57, 58].

Сформульована ціль 6: Максимізувати інституційну спроможність та авторитет Директорату громадського здоров'я.

VII. Комплексна нейтралізація залишків слабких сторін та загроз

Брак специфічних компетенцій у новопризначених фахівців з питань реформ має усуватися через інтенсивні програми підвищення кваліфікації [26, 63]. У разі відсутності позитивної динаміки доцільно застосовувати жорсткі менеджерські рішення, використовуючи граничні терміни випробувального строку (до 6 місяців відповідно до законодавства). Надалі у кваліфікаційних вимогах до посад доцільно чітко лімітувати профілі освіти (напрями "Право", "Публічне управління та адміністрування" або

"Громадське здоров'я") за прикладом практик кадрового добору інших міністерств.

Сформульована ціль 7: Сформувати стійкий та висококомпетентний кадровий потенціал Директорату громадського здоров'я.

Для нівелювання загрози фінансової рестрикції та політики жорсткої економії необхідно забезпечити законодавче закріплення міжсекторального принципу «охорона здоров'я в усіх політиках держави» на всіх рівнях врядування [14, 33]. У перспективі доцільно розглянути можливість інтеграції функцій медичного та соціального захисту в межах єдиної урядової інституції під керівництвом віцепрем'єр-міністра [7], що дозволить убезпечити фінансування громадського здоров'я від залишкового принципу та забезпечить сталий розвиток людського капіталу [23, 55].

Сформульована ціль 8: Законодавчо убезпечити сектор громадського здоров'я від негативного впливу політики бюджетного скорочення.

Сформований на основі PEST- та SWOT-аналізу перелік стратегічних цілей є основою для подальшого розроблення операційних завдань, деталізованих планів заходів та індикаторів ефективності (KPI) розвитку вітчизняної системи громадського здоров'я.

3.2. Напрями удосконалення політики зміцнення громадського здоров'я

Зважаючи на те, що базові засади оптимізації рухового режиму населення вже нормативно зафіксовані на загальнодержавному рівні [24], виникає об'єктивна потреба у фокусуванні подальших аналітичних розробок на іншому, не менш критичному компоненті здоров'язбереження — оптимізації та раціоналізації аліментарної поведінки (культури харчування) індивіда [51].

Трансформаційний період, який характеризується відсутністю затверджених довгострокових стратегічних документів на рівні профільного міністерства чи Директорату громадського здоров'я, не повинен ставати

деструктивним чинником. Експертні групи, що відповідають за моделювання державної політики щодо здорового способу життя та нівелювання впливу модифікованих факторів ризику, мають спроможність детермінувати власну тактичну траєкторію шляхом розробки локальних операційних планів.

Проте будь-яке операційне проектування вимагає чіткої декомпозиції та верифікації стратегічних цілей.

Декомпозиція стратегічних цілей

Ціль 1. Інформаційне забезпечення та модернізація комунікативного простору

Першочерговим завданням у цьому контексті є забезпечення населення валідною, науково обґрунтованою та верифікованою інформацією щодо якісних характеристик, нутритивного профілю та безпечності харчових продуктів. На ринку присутні успішні приклади візуалізації таких знань (зокрема, інтерактивний просвітницький проєкт «Про здорове», реалізований за партнерської підтримки корпоративного сектору) [32]. Однак через обмеженість каналів дистрибуції інформації рівень охоплення цільової аудиторії цим ресурсом залишається критично низьким.

Важливим драйвером у подоланні цього дефіциту та трансформації ментальних моделей суспільства є медіасфера [39, 40]. Саме засоби масової інформації у всьому різноманітті їхніх цифрових та аналогових форматів виступають ключовим інструментом конструювання громадської думки, поведінкових патернів та стереотипів, пов'язаних із підтриманням соматичного здоров'я [18]. Оскільки результативність державних інтервенцій у цій царині прямо пропорційна рівню когнітивної обізнаності громадян, базовою цільовою установкою має стати розгортання масштабних кампаній соціальної реклами, фокусованої на засадах збалансованого дієтичного споживання [52].

- Формулювання цілі 1: забезпечити широке впровадження та диверсифікацію інструментів соціальної реклами у сфері раціонального харчування та нутриціології.

Ціль 2. Трансформація патернів відповідальності та подолання патерналізму

Розробникам публічної політики необхідно усвідомлювати, що мінімізація негативного впливу аліментарних чинників ризику можлива виключно за умови реалізації моделі солідарної відповідальності. Це передбачає синергію між інституційними змінами з боку держави та зустрічною адаптацією індивідуальної поведінки з боку громадян [3].

Попри те, що фундаментальні засади спільної відповідальності держави та суспільства за інтегральні показники здоров'я закріплені нормативно [5], у масовій свідомості значної частини українського соціуму досі залишаються стійкими рудименти радянського ментального патерналізму [7]. Ця деструктивна модель виявляється у безпідставному делегуванні обов'язків щодо підтримання особистого біологічного потенціалу винятково на державні інституції, за повного ігнорування власної ролі в цьому процесі.

- Формулювання цілі 2: Сформувати у суспільній свідомості стійку парадигму персональної відповідальності громадян за стан індивідуального здоров'я.

Ціль 3. Мобілізація потенціалу територіальних громад та мережева взаємодія

Суттєвим недоліком сучасної архітектури вітчизняного громадського здоров'я є низький рівень субсидіарності, коли активність на рівні локальних громад та територіальних спільнот не має системного, організованого та інституціоналізованого характеру. Мобілізація внутрішнього потенціалу громад дозволить ініціювати інклюзивний суспільний діалог, результатом якого стануть солідарні дії та набуття членами громад спроможності здійснювати свідомий вибір на користь здоров'язберезувальних технологій [20], а також артикулювати вимоги до органів місцевого самоврядування щодо ухвалення відповідних рішень.

У цьому контексті доцільно імплементувати концептуальні підходи мережевого управління, обґрунтовані у сучасних теоріях публічної політики, які доводять високу ефективність горизонтальних альянсів [46]. Як релевантний прецедент можна розглядати досвід функціонування Угоди мерів щодо клімату та енергії, яка продемонструвала колосальну синергію шляхом консолідації зусиль тисяч муніципалітетів у всьому світі.

В умовах поглиблення децентралізації в Україні цей підхід набуває особливої актуальності через проєктне орієнтування об'єднаних територіальних громад (ОТГ). Громади, які поділяють концепцію превентивного втручання на етапі раннього онтогенезу (дитинства) як найбільш економічно та соціально ефективною стратегію формування здорових звичок [64], мають легітимне право застосовувати регуляторні інструменти. Наприклад, через ухвалення рішень про обмеження комерційної діяльності (встановлення радіуса заборони до 1 км на розміщення торгових точок із нездоровою їжею навколо освітніх закладів та повне вилучення вендингових автоматів із високообробленими продуктами з території шкіл) [66].

- Формулювання цілі 3: Розробити та впровадити організаційно-управлінські механізми мобілізації ендogenousного потенціалу територіальних громад для створення здоров'язбережувального середовища.

Методологія моніторингу та критерії оцінювання ефективності

Для забезпечення доказовості та верифікованості запропонованих стратегічних орієнтирів обов'язковою умовою є розробка системи завдань із чітким визначенням архітектури індикаторів (як проміжних процесних, так і фінальних результативних показників).

У межах науково-методологічних підходів до аналізу галузевої політики [35], існують чіткі критерії розподілу цих метрик (рис. 3.1).

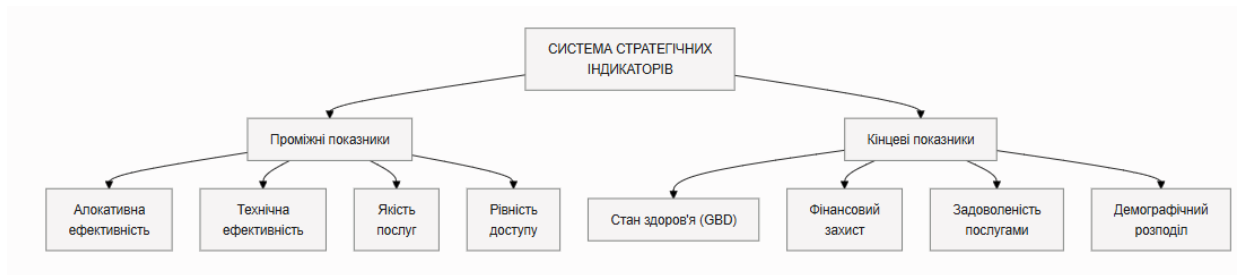


Рис. 3.1 Структура системи індикаторів, створена автором за методологією Тетяни Семигіної [35].

При фіксації кінцевих результатів критично важливо оцінювати не лише середньостатистичні рівні по країні, а й характер їхнього розподілу між різними соціально-демографічними та економічними групами населення [31, 54] з метою недопущення дискримінації та поглиблення нерівності у сфері здоров'я.

На основі проведеного аналізу державним експертам та аналітикам Директорату громадського здоров'я рекомендується переформатувати поточну діяльність у сфері аліментарної превенції. Пріоритет має бути зміщений у бік інституційного просування безпечних, екологічних та нутритивно збалансованих харчових продуктів. При цьому розробка, імплементація та моніторинг відповідних програм повинні суворо підпорядковуватися загальновизнаним принципам та інструментам класичного аналізу публічної політики (policy analysis) [44].

3.3. Комунікативне забезпечення реалізації державної політики у сфері громадського здоров'я

Ключовим операційним та інституційним компонентом у процесі дисимінації (поширення) знань і впровадження здоров'язбережувальних реформ є стратегічна комунікація. У широкому науковому та управлінському сенсі комунікація у сфері громадського здоров'я — це системне, паритетне та позитивно спрямоване представлення верифікованої інформації усім зацікавленим аудиторіям (стейкхолдерам) для досягнення стратегічних цілей

превенції та зниження рівня захворюваності. Вона виступає імперативною складовою публічного управління, що забезпечує формування високого рівня суспільної довіри до інституцій та консолідує підтримку системних змін з боку громадянського суспільства.

Відсутність у чинному законодавстві та нормативно-правових актах України уніфікованого дефініційного визначення терміна «комунікація» тривалий час свідчила про недооцінювання її інструментальної ролі у процесах державотворення. Для подолання цього теоретико-методологічного дефіциту та формування прискіпливого фокуса саме на зміцненні здоров'я (health promotion) доцільно звернутися до концептуальних підходів, прийнятих у європейському просторі та провідних міжнародних інституціях, що є більш релевантними для євроінтеграційного вектора України, ніж цитовані в науковій літературі американські аналоги.

Зокрема, Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) розглядає комунікацію у сфері здоров'я як стратегічний чинник впливу на індивідуальні та колективні рішення, спрямовані на покращення здоров'я населення та підвищення рівня його грамотності в питаннях здоров'я (health literacy) [75]. У документах Європейського центру з профілактики та контролю захворюваності (ECDC) наголошується на тому, що охоронна комунікація є інтегрованим процесом, який поєднує науково обґрунтовані стратегії та партисипативні (учасницькі) підходи задля мотивації громадських інститутів і безпосередньо індивідів до зміни поведінкових патернів на користь здоров'я [76].

Саме європейський підхід, орієнтований на розвиток грамотності в питаннях здоров'я та активне залучення медіа й неурядових організацій (НУО), має слугувати базисом реформування системи охорони громадського здоров'я в Україні. Це передбачає побудову тривкого партнерства між Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України, засобами масової інформації (ЗМІ) та громадським сектором, які виступатимуть основними каналами зворотного зв'язку.

Обґрунтування вибору комунікативного інструментарію в реаліях України

Зважаючи на те, що на етапі становлення оновленої архітектури громадського здоров'я в Україні процес формування довгострокових стратегічних документів, місії та ціннісної матриці профільного міністерства перебував у стані трансформації, розробка єдиної збалансованої довгострокової комунікаційної стратегії була ускладнена. У такій ситуації раціональним рішенням є фокусування уваги на наявних тактичних ініціативах.

Аналіз виконання Плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я виявив певні інституційні бар'єри: пункт щодо затвердження Комунікаційної стратегії з пріоритетних питань не був повноцінно реалізований через тривалу дискусію навколо нормативного визначення самих «пріоритетних питань».

З огляду на це, найбільш перспективним та інструментально забезпеченим майданчиком для імплементації комунікативних технологій є Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку. Для успішної реалізації цього плану оптимально застосовувати не загальну абстрактну стратегію, а чітко структурований комунікативний план. У сучасній теорії та практиці публічного менеджменту комунікативний план є ключовим документом в арсеналі програмно-цільового планування, що дозволяє організувати послідовність дій для досягнення вимірюваних результатів.

Алгоритм розробки ефективного комунікативного плану

Для забезпечення результативності комунікативного плану автором було виокремлено та адаптовано сім критично важливих послідовних кроків (етапів):

Крок 1. Ретроспективний аналіз та оцінювання вихідного становища («Що є?»)

На цьому етапі базове значення мають дані соціологічних вимірювань. Спираючись на результати національного опитування «Ставлення населення до ЗМІ та споживання різних типів ЗМІ в Україні», проведеного міжнародною некомерційною організацією Internews за підтримки USAID [77], було здійснено оцінювання рівня обізнаності громадян щодо перебігу ключових реформ (медичної, пенсійної, земельної, децентралізації). Порівняльний аналіз фокус-груп дозволив сформулювати такі емпіричні висновки:

- Когнітивний дисонанс інформаційного простору (парадокс щільності медіапотoku та дефіциту прикладної інформації). Емпіричні дані свідчать про наявність вираженого системного парадоксу в сучасному вітчизняному медіапросторі: на тлі надзвичайно високої щільності та інтенсивності загального медіапотoku, респонденти та медіаспоживачі гостро відчують суб'єктивний дефіцит роз'яснювальної, прагматично орієнтованої та прикладної інформації. Інформаційне середовище перенасичене декларативними повідомленнями, політизованими заявами та фрагментарними новинами, які фіксують лише зовнішні ознаки реформаційних процесів, проте не містять чітких, алгоритмізованих інструкцій для пересічного громадянина. Виникає ситуація «інформаційного шуму», за якої споживач, отримуючи великі обсяги контенту, залишається когнітивно незахищеним і позбавленим розуміння практичних механізмів реалізації своїх прав у оновленій системі охорони здоров'я.

- Домінантний статус медичної реформи в структурі суспільного інтересу та драйвери аліментарного пошуку. Трансформація системи охорони здоров'я володіє найвищим індексом суспільного інтересу та виступає абсолютним лідером серед інших загальнодержавних реформ за рівнем уваги з боку населення. Дана інформація є перманентно актуальною

для всіх без винятку соціально-демографічних та вікових груп (цільових аудиторій), оскільки вона безпосередньо екстраполюється на базові біологічні та соціальні потреби людини — збереження життя, працездатності та здоров'я членів родини. Такий екзистенційний характер зацікавленості виступає потужним внутрішнім драйвером, який спонукає громадян до проактивної поведінки: замість пасивного споживання випадкового медіаконтенту, вони переходять до самостійного, цілеспрямованого та селективного пошуку відомостей щодо раціонального харчування, профілактики неінфекційних захворювань та нових алгоритмів отримання медичної допомоги.

- Експертний бар'єр та термінологічна асиметрія у комунікаційному дискурсі. Попри те, що до висвітлення медичної реформи та засад громадського здоров'я активно залучається вагомий пул профільних експертів (лікарів-практиків, провідних нутриціологів, науковців та організаторів охорони здоров'я), ефективність цієї комунікації залишається низькою. Ключові та специфічні аспекти інституційних трансформацій і превентивних стратегій залишаються малозрозумілими для широкого загалу. Головною причиною цього є термінологічна асиметрія — надмірне перевантаження інформаційних повідомлень складною медичною, біохімічною, юридичною та фінансово-економічною термінологією (наприклад, нерозшифровані аббревіатури, специфічні назви нозологій, складні механізми фінансування). Експерти часто виявляються неспроможними адаптувати науковий дискурс до рівня сприйняття масової аудиторії, що трансформує потенційно корисні просвітницькі матеріали на герметичний контент «для фахівців», поглиблюючи відчуття відчуженості у пересічних громадян.

- Диверсифікація домінантних каналів дистрибуції інформації та медіапереваги населення. У структурі медіаспоживання українського суспільства чітко простежується дуалістична модель, де основними інституційними джерелами первинного отримання інформації про реформи

виступають традиційне телебачення та динамічний інтернет-простір [77]. Телебачення (зокрема, загальнонаціональні та аналітичні канали) зберігає функцію масового охоплення та виступає первинним тригером формування суспільної думки, особливо серед старших вікових груп. Водночас інтернет-простір (включно з новостними порталами, офіційними ресурсами МОЗ і соціальними мережами) виконує роль головного інструменту для поглибленого пошуку та верифікації даних. Це вимагає від суб'єктів державного управління відмови від уніфікованих комунікаційних рішень на користь диференційованого підходу: візуально-емоційного контенту для телевізійного сегмента та інтерактивного, структурованого й адаптованого текстового інструментарію для цифрового середовища.

Крок 2. Встановлення комунікативних цілей («Чого ми хочемо досягти?»)

У межах дослідження визначено такі стратегічні цільові установки:

1. Формування стійкої прихильності та високого рівня довіри цільових аудиторій до інформаційних продуктів та роз'яснень, що генеруються МОЗ України та Центром громадського здоров'я.

2. Трансляція об'єктивної суспільної та індивідуальної потреби в переході на здорові поведінкові моделі й ведення здорового способу життя.

3. Забезпечення регулярності, системності та дискретності інформаційних потоків для підтримання перманентного інтересу до превентивних заходів.

Крок 3. Сегментація цільових аудиторій («До кого ми звертаємося?»)

Ефективність плану залежить від релевантності повідомлення конкретній групі. За критерієм каналів комунікації та специфіки сприйняття інформації автором запропоновано диференціювати аудиторію за такою трикомпонентною матрицею (таблиця 3.1).

Таблиця 3.1.

Матриця основних сегментів цільової аудиторії

Сегмент цільової аудиторії	Ключові канали комунікаційного впливу	Очікуваний результат інтервенції (зміни)
Масова аудиторія (особи, які приймають рішення про власне здоров'я; члени родин, батьки, молодь)	Центральні та регіональні телеканали, радіо, загальнодоступні інтернет-ЗМІ, соціальні мережі (тематичні блоги, Facebook-спільноти), масові публічні івенти та акції.	Трансформація повсякденних аліментарних патернів, підвищення культури споживання, подолання ментального патерналізму.
Професійне середовище медичні працівники первинної ланки, сімейні лікарі, педагоги, працівники системи освіти)	Профільні науково-практичні конференції, семінари, навчальні тренінги, професійні конкурси, спеціалізовані роз'яснювальні видання, методичні посібники.	Залучення представників середовища як амбасадорів реформи та безпосередніх провідників превентивних технологій на місцях.
Інституційні актори (представники органів влади, лідери ОТГ, журналісти, активісти НДО/ГО, бізнес)	Організація круглих столів, пресконференції, престури, спільні грантові проєкти, конкурси для медіа, регіональні безпекові форуми.	Ухвалення здоров'язбережувальних рішень на рівні громад (обмеження продажу нездорової їжі в школах, розвиток інфраструктури).

Крок 4. Розробка та пілотування концепцій повідомлень («Що ми хочемо сказати?»)

Концептуальний зміст повідомлень повинен спиратися на принципи доказової медицини та дані масштабних епідеміологічних досліджень. Відповідно до результатів глобального дослідження тягаря хвороб (Global Burden of Disease Study — GBD), аліментарні фактори (неправильне харчування) мають більш руйнівний вплив на загальнопопуляційні показники смертності, ніж тютюнокуріння. Зокрема, у досліджуваний період

патології, детерміновані незбалансованим раціоном, спричинили 10,9 млн смертей (22% від загальної структури смертності дорослого населення), тоді як тютюнопаління призвело до 8 млн летальних випадків [78].

Міжнародна група науковців дійшла консенсусу: ключова проблема сучасного соціуму полягає не лише у надмірному споживанні шкідливих продуктів (junk food), скільки у критичному дефіциті в щоденному раціоні здорових нутрієнтів.

Вектор повідомлення: Комунікаційні продукти мають змістити фокус із агресивних заборон на позитивне просування та популяризацію збільшення споживання цільних, здорових інгредієнтів — насамперед свіжих овочів, фруктів, ягід, бобових культур та горіхів відповідно до національних рекомендацій «Тарілка здорового харчування».

Крок 5. Диференціація каналів комунікації («Де ми хочемо це сказати?»)

При виборі медіамайданчиків слід враховувати регіональну специфіку медіаспоживання в Україні, підтверджену соціологічними даними Internews [79]. Так, для мешканців Західного регіону України характерний вищий рівень довіри та частоти звернення до телевізійного контенту (як загальнонаціонального, так і локального). Натомість у Північному регіоні (зокрема на Чернігівщині) фіксується вища питома вага споживання інформації через місцеві інтернет-медіа та регіональні новинні портали [79]. Це вимагає гнучкого та геотаргетованого розподілу комунікаційного бюджету.

Крок 6. Сезонний таймінг та оптимізація періодичності («Коли ми хочемо це сказати?»)

Ефективність сприйняття інформації корелює з календарним та біоритмічним циклами суспільства. Просування аліментарних звичок (збільшення споживання ягід та овочів) демонструє найвищу конверсію під час природного сезону їх дозрівання в Україні, коли вони є фінансово та фізично доступними для більшості верств населення. На противагу цьому,

кампанії з промоції фізичної активності та спортивних секцій доцільно синхронізувати з початком навчального року, коли відбувається формування нових колективів та стабілізація розпорядку дня родин.

Крок 7. Визначення частоти та тривалості повідомлень («Як часто і як довго?»)

Сталість комунікації забезпечує стійку зміну соціальних норм. Проте робота в цифровому медіапросторі (зокрема у мережі Facebook як провідному майданчику суспільно-політичного дискурсу в Україні) підпорядкована жорстким алгоритмічним вимогам прайм-тайму:

- Оптимальна частота публікацій — не більше двох постів на добу (у періоди пікової активності: ранковий та пообідній слоти).
- Обсяг текстового масиву не повинен перевищувати 3000 символів, що дозволяє уникнути автоматичного приховування тексту під посилання «читати далі» з відкриттям у новому вікні, натомість залишаючи його під кнопкою «ще», що суттєво підвищує показник дочитування (read-through rate).
- Великі масиви аналітичних даних потребують дроблення на серію взаємопов'язаних коротких повідомлень (лонгрідів).

Імплементація комунікативного плану в структуру державного управління України

На відміну від теоретичних моделей, у практиці державного управління України закріплено чіткий імперативний формат комунікативного забезпечення. Відповідно до Регламенту Кабінету Міністрів України (затвердженого постановою КМУ № 950 у чинній редакції), до проєктів актів Уряду, що мають вагоме суспільне значення і безпосередньо стосуються прав, обов'язків та стану здоров'я громадян, в обов'язковому порядку додається комунікативний план за суворо визначеною уніфікованою формою (Додаток 1-1 до Регламенту) [80].

Керуючись цією нормативною вимогою, автором було розроблено та структуровано повноцінний Комунікативний план (додається у структурі

роботи як Додаток А), який пропонується до інтеграції у Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань перед етапом його фінального затвердження та нормативного розгортання.

Впровадження розробленого автором інструментарію дозволить досягти таких верифікованих результатів:

1. Створення спроможної, стійкої та адаптивної системи горизонтальних і вертикальних комунікацій у сфері превенції неінфекційних патологій в Україні.

2. Інституціоналізація каналів постійного міжсекторального обміну інформацією між державними органами, експертним середовищем, регіональними громадами (ОТГ) та інститутами громадянського суспільства.

3. Цілеспрямований деструктивний вплив на застарілі патерналістські стереотипи суспільної свідомості та формування стійкого відчуття персональної і солідарної відповідальності українських громадян за збереження власного біологічного та демографічного потенціалу.

Аналіз теоретико-методологічних засад та практичних аспектів комунікативного забезпечення у сфері громадського здоров'я дозволяє сформулювати такі узагальнені підсумки.

У сучасній системі публічного управління комунікація є не просто елементом інформування, а фундаментальним інструментом формування довіри до реформ та мотивації населення до зміни поведінкових патернів. Зважаючи на нормативний вакуум у вітчизняному законодавстві щодо цього поняття, найбільш релевантними для України є підходи Європейського регіонального бюро ВООЗ та Європейського центру з профілактики та контролю захворюваності (ECDC). Європейська модель зміщує фокус із пасивного споживання інформації на розвиток грамотності в питаннях здоров'я (*health literacy*) та розбудову сталих партнерств між органами влади, ЗМІ та громадським сектором.

Сучасний вітчизняний медіапростір характеризується глибокою асиметрією: висока щільність та інтенсивність інформаційного потоку

навколо медичної реформи парадоксально поєднується з гострим суб'єктивним дефіцитом прикладних, зрозумілих для населення роз'яснень. Існує виражений «термінологічний бар'єр», коли залучення значної кількості профільних експертів не підвищує якість розуміння змін через надмірне перевантаження повідомлень складною науковою, юридичною та медичною термінологією. При цьому трансформація системи охорони здоров'я стабільно утримує найвищий індекс суспільного інтересу, що є потужним драйвером для самостійного пошуку інформації громадянами.

Уніфікований підхід до комунікації у сфері громадського здоров'я є неефективним. Комунікативний вплив потребує чіткої диференціації за трьома ключовими доменами: масова аудиторія (трансформація повсякденних аліментарних звичок через ТБ та соцмережі), професійне середовище (залучення медиків та освітян як амбасадорів превенції через профільні заходи) та інституційні актори (мотивація лідерів ОТГ та НУО до ухвалення здоров'язбережувальних регуляторних рішень на місцях).

Статистичні дані дослідження тягаря хвороб (GBD) демонструють аліментарну кризу: патології, викликані неправильним харчуванням, зумовлюють вищий рівень смертності (22% серед дорослих), ніж тютюнокуріння. Оскільки ключовою проблемою є дефіцит в щоденному раціоні здорових нутрієнтів, філософія державних інформаційних кампаній має трансформуватися — змістити акцент від агресивних заборон до позитивного просування цільних продуктів (овочів, бобових, ягід, горіхів). Ефективність таких повідомлень прямо залежить від урахування регіональних медіапереваг (зокрема, домінування інтернет-ЗМІ у Північному регіоні) та сезонного таймінгу.

В умовах відсутності довгострокової комунікаційної стратегії МОЗ, найбільш дієвим інструментом є розробка прикладних комунікативних планів у межах реалізації Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань. Інтеграція таких планів у структуру публічного управління (відповідно до вимог Регламенту КМУ) дозволяє перетворити декларативні

цілі на покрокові алгоритми. Кінцевим результатом такої системної комунікації має стати руйнація рудиментів радянського ментального патерналізму та утвердження в суспільній свідомості стійкої парадигми персональної і солідарної відповідальності за індивідуальне та громадське здоров'я.

ВИСНОВКИ

У дипломній роботі здійснено теоретичне узагальнення й розв'язано важливе науково-практичне завдання щодо обґрунтування теоретико-методологічних засад та розробки практичних рекомендацій із вдосконалення управління трансформаційними процесами в системі громадського здоров'я України. Результати проведеного дослідження дозволяють сформулювати такі наукові висновки та узагальнення:

1. Теоретичне осмислення сучасних управлінських концепцій довело, що трансформація сфери громадського здоров'я потребує відходу від лінійних, суто адміністративних підходів на користь адаптивного та стратегічного менеджменту. Найбільш релевантними для медико-соціальних систем є інтеграційні моделі (зокрема, адаптовані підходи К. Левіна, модель 8 кроків Дж. Коттера та концепція системних динамік ВООЗ), які розглядають управління змінами не як одноразовий акт, а як перманентний процес. Встановлено, що специфіка управління в цій сфері полягає у міжсекторальному характері взаємодії, де кінцевим критерієм ефективності змін виступає не економічний прибуток, а зниження рівня захворюваності, зростання грамотності населення в питаннях здоров'я (*health literacy*) та збільшення тривалості здорового життя.

2. Аналіз нормативно-правового забезпечення системи громадського здоров'я в Україні засвідчив етапність та прогрес у формуванні профільної правової бази (зокрема, ухвалення базового Закону України «Про систему громадського здоров'я» та відповідних концепцій). Водночас виявлено суттєві регуляторні суперечності та лакуни:

- Спостерігається певна декларативність правових норм та відсутність чітко прописаних підзаконних механізмів міжвідомчої координації (зокрема, між МОЗ, Міністерством освіти і науки, Мінмолодьспорту та екологічними відомствами).
- Існує правовий вакуум у визначенні термінологічних меж комунікативного забезпечення та цифровізації превентивних стратегій,

що гальмує імплементацію європейських стандартів публічного управління на рівні територіальних громад.

3. Узагальнення досвіду європейських країн (зокрема, моделей функціонування інституцій громадського здоров'я у Великій Британії, Польщі та країнах Скандинавії) у контексті ініціатив ВООЗ «Health 2020» дозволило виділити ключові тренди успішних реформ. До них належать: глибока децентралізація превентивних програм, перенесення фінансового та організаційного акценту на первинну ланку медичної допомоги, а також активне залучення неурядових організацій. Для України найбільш перспективним вектором адаптації є не сліпе копіювання, а конвергенція європейського досвіду — інтеграція превентивних програм у стратегії розвитку спроможних територіальних громад із чітким закріпленням за ними фінансових стимулів.

4. Проведений SWOT-аналіз діяльності профільного підрозділу Міністерства охорони здоров'я України дозволив чітко диференціювати його внутрішній потенціал та зовнішні загрози. Сильними сторонами є наявність сформованого політичного вектора на євроінтеграцію, оновлена нормативна база та залучення міжнародної донорської підтримки. Слабкі сторони та ризики охоплюють високий рівень кадрової плинності, дефіцит фінансування саме превентивного (нелікувального) сектору та виражений опір змінам з боку патріархальної медичної спільноти. Головною зовнішньою загрозою визначено високу ймовірність блокування міжсекторальних ініціатив через дефіцит політичної волі у суміжних міністерствах та брак інституційної пам'яті.

5. На основі синтезу теоретичних та емпіричних даних обґрунтовано, що успішна реалізація Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань можлива лише за умови зміни філософії управління та комунікацій. В управлінському аспекті необхідно запровадити жорстке операційне планування (відповідно до Регламенту КМУ) із чіткими індикаторами ефективності для кожного регіонального центру контролю та

профілактики хвороб (ЦКПХ). В аспекті промоції здоров'я слід кардинально змінити філософію державних інформаційних кампаній — відійти від неефективних стратегій залякування і заборон до позитивного маркетингу здорового способу життя (зокрема, подолання аліментарної кризи через популяризацію здорових нутрієнтів на основі даних Global Burden of Disease). В комунікативному аспекті подолання «експертного бар'єру» (термінологічної асиметрії між науковцями та масовою аудиторією) потребує глибокої сегментації медіаканалів, адаптації наукового дискурсу до рівня сприйняття пересічного громадянина та використання таргетованого цифрового інструментарію (інтернет-ЗМІ, соцмереж) з урахуванням регіональної специфіки.

Кінцевим результатом запропонованих трансформацій має стати руйнація залишків ментального патерналізму у свідомості населення та формування сталої моделі солідарної і персональної відповідальності громадян за збереження власного соматичного і психічного здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Академічний тлумачний словник української мови. Електронний ресурс. Режим доступу: <http://sum.in.ua/s/zmina> (дата звернення: 07.06.2026)
2. Аналіз державних стратегічних документів України щодо врахування адаптованих для України Цілей сталого розвитку до 2030 року: аналітична доповідь. Київ: Інститут суспільноекономічних досліджень, 2017. 84 с. Електронний ресурс. Режим доступу: http://iser.org.ua/uploads/files/ISED_Report-UKR_Web_Final.pdf (дата звернення: 07.06.2026)
3. Бангкокська хартія зміцнення здоров'я у глобалізованому світі. Електронний ресурс. Режим доступу: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_Russian_version.pdf (дата звернення: 07.06.2026)
4. Велз С. Посіви Пандори: Непередбачена ціна цивілізації / пер. з англ. Т. Цимбал. Київ: Ніка-Центр, 2011. 240 с.
5. Всесвітня організація охорони здоров'я. Конституція Всесвітньої організації охорони здоров'я. Нью-Йорк: ВООЗ; 1946. URL: <https://www.who.int/about/governance/constitution> (дата звернення: 07.06.2026).
6. Громадське здоров'я: підручник / В.Ф. Москаленко та ін. ; за ред. В.Ф. Москаленка. 2-ге вид., переробл. і допов. Вінниця : Нова Книга, 2014. 560 с.
7. Державна політика у сфері охорони здоров'я: колективна монографія: у 2 ч. / упоряд. проф. Я. Ф. Радиш; за заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша. Київ: НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
8. Довіра громадян України до суспільних інститутів. Результати дослідження, 2018. Електронний ресурс. Режим доступу: http://razumkov.org.ua/uploads/socio/2018_06_press_release_ua.pdf (дата звернення: 07.06.2026)

9. Європейський план дій зі зміцнення потенціалу та послуг громадського здоров'я. Електронний ресурс. Режим доступу: <http://www.euro.who.int/> (дата звернення: 07.06.2026)

10. Закон України «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України» від 7 грудня 2017 року № 2233-VIII. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17> (дата звернення: 07.06.2026)

11. Закон України «Про Загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу» від 18 березня 2004 року № 1629-IV. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1629-15> (дата звернення: 07.06.2026)

12. Звіт про результати аудиту ефективності використання коштів державного бюджету на заходи з реалізації комплексної реформи державного управління, затверджений рішенням Рахункової палати від 23.10.2018 № 27-1. Електронний ресурс. Режим доступу: http://www.ac-rada.gov.ua/doccatalog/document/16758138/Zvit_27-1_2018.pdf (дата звернення: 07.06.2026)

13. Концепція впровадження інформаційної системи управління людськими ресурсами в державних органах, затверджена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 1 грудня 2017 р. № 844-р. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/file/text/58/f471294n13.pdf> (дата звернення: 07.06.2026)

14. Концепція розвитку системи громадського здоров'я, затверджена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1002-р. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80> (дата звернення: 07.06.2026)

15. Купрій В. Перезавантаження освіти для держслужбовців: місія здійснення, 2018. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://blog.liga.net/user/vkupriy/article/31726> (дата звернення: 07.06.2026)
16. Мак'явеллі Н. Державець. Харків: Фоліо, 2016. 512 с.
17. Медіасховище інформаційних матеріалів з промоції здоров'я. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://cloud.phc.org.ua/index.php/s/6BrODObAZbzSOxt> (дата звернення: 07.06.2026)
18. Мехед О. Б., Мехед Д. Б., Рябченко С. В. Використання сучасних інформаційно-комунікаційних технологій з метою популяризації здорового способу життя. *Вісник Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка*. Вип. 16 (172) / Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка ; голов. ред. М. О. Носко. Чернігів : НУЧК, 2022. С. 174-178
19. Мехед О.Б., Ткаченко О.В. Математичні методи в біології: методичні рекомендації для студентів природничих спеціальностей. Чернігів : НУЧК, 2020. 93 с.
20. Мірошник В. І., Мішустіна В. С., Мехед О. Б. Створення здоров'ярозвивального освітнього середовища як складова екологічної освіти в контексті збалансованого розвитку. Збереження біологічного, ландшафтного різноманіття та історико-культурної спадщини в контексті збалансованого розвитку . Збірник наукових праць Міжнародної науково-практичної конференції (до 15-річчя створення Мезинського національного природного парку) 22-24 квітня 2021 р., Чернігів: Десна Поліграф, 2021. С. 186-187
21. Мішустіна В. С., Мехед О. Б. Роль інформаційно-комунікаційних технологій у мотивації молоді до здорового способу життя. Актуальні проблеми освіти XXI століття: матеріали Всеукраїнської науково-практичної студентської інтернет-конференції (14 травня 2021 року): збірник тез. Київ: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2021. С. 55-60

22. Наїм М. Занепад влади: від владних кабінетів до полів битви й церков. Київ: Форс Україна, 2017. 448 с.

23. Національна доповідь «Цілі сталого розвитку: Україна». Київ: Міністерство економічного розвитку і торгівлі України, 2017. 172 с. Електронний ресурс. Режим доступу: http://un.org.ua/images/SDGs_NationalReportUA_Web_1.pdf (дата звернення: 07.06.2026)

24. Національна стратегія з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність - здоровий спосіб життя - здорова нація», схвалена Указом Президента України від 9 лютого 2016 р. № 42. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/42/2016> (дата звернення: 07.06.2026)

25. Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/storage/app/uploads/public/5b5/b4f/70e/5b5b4f70e4471551666399.doc> (дата звернення: 07.06.2026)

26. Носко М. О., Дейкун М. П., Мехед О. Б. Роль сучасних технологій у формуванні професійних компетенцій майбутніх фахівців в галузі охорони здоров'я. Вісник Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка. Вип. 26 (182) / Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка ; голов. ред. М. О. Носко. Чернігів : НУЧК, 2024. С. 113-117

27. Оттавська хартія зі зміцнення здоров'я. Електронний ресурс. Режим доступу: <http://www.euro.who.int/> (дата звернення: 07.06.2026)

28. План заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/560-2017-%D1%80>

29. План пріоритетних дій Уряду на 2019 рік. Електронний ресурс. Режим доступу:

<https://www.kmu.gov.ua/storage/app/uploads/public/5c9/265737d75c926537de176095954409.doc> (дата звернення: 07.06.2026)

30. Положення про директорат громадського здоров'я МОЗ України від 13.09.2017 р. Електронний ресурс. Режим доступу: https://career.gov.ua/images/direcorate_provisions/moz/ (дата звернення: 07.06.2026)

31. Попова Л.А. Якість життя як інтегральний показник здоров'я людини. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2015. № 2. С. 222–225.

32. Проект «Про здорове». Електронний ресурс. Режим доступу: <http://www.prozdorove.com.ua/> (дата звернення: 07.06.2026)

33. Проект Закону України «Про систему громадського здоров'я». Електронний ресурс. Режим доступу: <http://moz.gov.ua/article/public-discussions-archive/proekt-zakonu-ukraini-pro-sistemu-gromadskogo-zdorovja> (дата звернення: 07.06.2026)

34. Регламент Кабінету Міністрів України, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 18 липня 2007 р. № 950. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/950-2007-%D0%BF> (дата звернення: 07.06.2026)

35. Семигіна Т. Аналіз політики охорони здоров'я: навчальний посібник. Київ: НаУКМА, 2012. 479 с.

36. Семчишин Я. «Однією таблеткою хворобу вже не вилікуєш»: як у МОЗ держслужбу реформують. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://aristocrats.fm/> (дата звернення: 07.06.2026)

37. Середньостроковий план пріоритетних дій Уряду до 2020 року. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/storage/app/media/plan/urjadu/perednostrokovij-plan-2020.doc> (дата звернення: 07.06.2026)

38. Система громадського здоров'я перейде на механізм стратегічних закупівель послуг. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://phc.org.ua/news/> (дата звернення: 07.06.2026)
39. Ставлення населення до ЗМІ та споживання різних типів ЗМІ в Україні, 2017. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://internews.in.ua/> (дата звернення: 07.06.2026)
40. Ставлення населення до ЗМІ та споживання різних типів ЗМІ в Україні, 2018. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://internews.in.ua/> (дата звернення: 07.06.2026)
41. Статут ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» від 20.03.2018 р. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://phc.org.ua/> (дата звернення: 07.06.2026)
42. Стратегія реформування державного управління України на період до 2021 року. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/> (дата звернення: 07.06.2026)
43. Стратегія сталого розвитку «Україна - 2020». Електронний ресурс. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/> (дата звернення: 07.06.2026)
44. Тертичка В. Стратегічне управління. Київ: К.І.С., 2017. 932 с.
45. Угода про асоціацію між Україною та ЄС. Розділ V «Економічне та галузеве співробітництво». Електронний ресурс. Режим доступу: https://www.kmu.gov.ua/storage/app/media/ugoda-pro-asociaciyu/TITLE_V.pdf
46. Фергюсон Н. Площі та вежі. Київ: Наш Формат, 2018. 552 с.
47. Яценко І. О. Мехед О. Б. Роль фахівця з громадського здоров'я в забезпеченні фізіологічного та психічного здоров'я населення. Матеріали VII Міжнародного симпозіуму «Освіта і здоров'я підростаючого покоління»: Зб. наук. Праць, Ч.2 / За ред. Білик В.Г. Вип. 7. Київ : Алатон, 2025. С. 161-162
48. Acheson D. Public Health in England. London: Stationery Office, 1988. 103 p.
49. Aguilar F. Scanning the Business Environment. New York: MacMillan, 1967.

50. Austria. Health system review. Copenhagen, 2018.
51. Austria. Healthy lifestyles and healthy nutrition. Electronic resource. Access mode: <https://eacea.ec.europa.eu/> (дата звернення: 07.06.2026)
52. Cardiovascular mortality attributable to dietary risk factors. Electronic resource. Access mode: <https://link.springer.com/> (дата звернення: 07.06.2026)
53. Deming W. Out of the Crisis. Cambridge: MIT Press, 1986.
54. Global Burden of Disease Study 2017. Seattle: IHME, 2018.
55. Gregory Griban, Serhii F. Kudin, Hanna I. Zhara, Andrii V. Kuzhelnyi, Tamara V. Mazur, Yuliya M. Nosko, Olha B. Mekhed (2023) Formation and Preservation of Students' Mental Health in the Process of Studying at Pedagogical Universities Acta Balneologica, VOL. LXV NUMBER 1 (173). 55-61 doi: 10.36740/ABAL202301110
56. Greiner L. Patterns of Organization Change. Harvard Business Review, 1967.
57. Griban G., Mekhed O., Semeniv B., Khurtenko O., Koval V, Khliebnikova T., Skyrda T. (2022). Technology of increasing physical activity of university students. Acta Balneologica, 5(171), 451-456. doi: 10.36740/ABAL202205113.
58. Griban, G., Myroshnychenko, M., Tkachenko, P., Krasnov, V., Karpiuk, R., Mekhed, O., Shyyan, V. (2021). Psychological and pedagogical determinants of the students' healthy lifestyle formation by means of health and fitness activities. Wiadomości Lekarskie, 74 (5), 1074-1078. doi: 10.36740/WLek202105105.
59. Health Canada. About Mission, Values, Activities. Electronic resource. Access mode: <http://www.hc-sc.gc.ca> (дата звернення: 07.06.2026)
60. Hiatt J. ADKAR: Model for Change. Colorado: Prosci Research, 2006.
61. IHME. Health-related SDGs. Electronic resource. Access mode: <https://vizhub.healthdata.org/> (дата звернення: 07.06.2026)
62. Malta. Healthy lifestyle promotion act. 2018.

63. Mekhed O.B. Application of stem technologies in the professional training of specialists in the field of human health. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. 2024. Випуск 3К (176). С. 39-42
64. Nosko M., Mekhed O., Nosko Yu., Bahinska O., Zhara H., Griban G., Holovanova I. (2022). The impact of health-promoting technologies on university students' physical development. Acta Balneologica, 5(171), 469-473. doi: 10.36740/ABAL202205116.
65. United Nations. Sustainable Development Goals. Electronic resource. Access mode: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/> (дата звернення: 07.06.2026)
66. United States Department of Health and Human Services. Healthy People 2010. Washington, DC, 2000.
67. WHO Europe. Health 2020 implementation package. Electronic resource. Access mode: <http://www.euro.who.int/> (дата звернення: 07.06.2026)

ДОДАТКИ

Додаток А

КОМУНІКАТИВНИЙ ПЛАН

щодо реалізації Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку

Найменування заходів (критеріїв)	Зміст заходів (критеріїв)
1. Мета комунікації	Роз'яснення суті, завдань та очікуваних результатів реалізації Національного плану дій щодо НІЗ; формування в українському суспільстві культури здорового (раціонального) харчування та подолання ментального патерналізму шляхом підвищення рівня індивідуальної відповідальності громадян за стан власного здоров'я; забезпечення високого рівня довіри до інституцій громадського здоров'я.
2. Цільові аудиторії (стейкхолдери)	• Масова аудиторія: громадяни України, особи, які приймають рішення про власне харчування та раціон своїх родин, молодь, батьки. • Професійне середовище: медичні працівники (первинна ланка, лікарі загальної практики), працівники системи освіти (вчителі біології, керівники гуртків, адміністрація шкіл). • Інституційні актори: голови об'єднаних територіальних громад (ОТГ), депутати місцевих рад, розробники політики на регіональному рівні, представники громадських організацій (ГО/НУО) громадського здоров'я, працівники центральних та регіональних ЗМІ.
3. Ключові повідомлення (messages)	• <i>«Неінфекційні захворювання — це виклик, якому можна запобігти»:</i> понад 80% випадків передчасної смертності від серцево-судинних патологій та діабету можна уникнути завдяки корекції модифікованих факторів ризику.

	• <i>«Здорове харчування — це не обмеження, а додавання здорового»:</i> за даними епідеміологічних досліджень (GBD), головна проблема — не просто вживання шкідливої їжі, а критичний дефіцит у раціоні овочів, фруктів, бобових, ягід та горіхів. • <i>«Здоров'я громади — відповідальність громади»:</i> місцеве самоврядування має легітимні інструменти для створення безпечного харчового простору навколо шкіл та у публічних місцях.
4. Канали комунікації	• Електронні та цифрові: офіційні вебпортали МОЗ України та Центру громадського здоров'я, таргетовані комунікації у соціальній мережі Facebook (короткі тематичні лонгріди до 3000 символів у ранковий та пообідній прайм-тайм), регіональні інтернет-ЗМІ (з особливим фокусом на Північний та Центральний регіони України). • Візуальні та аудіовізуальні: національні та регіональні телеканали (акцент на Західний регіон України), трансляція роликів соціальної реклами. • Партисипативні та інтерперсональні: круглі столи для ОТГ, тематичні престури для журналістів, науково-практичні семінари та тренінги для лікарів первинної ланки та освітян.
5. Спікери	Міністр охорони здоров'я України, Головний державний санітарний лікар України, керівництво Центру громадського здоров'я МОЗ України, регіональні координатори та провідні національні експерти у галузі нутриціології, кардіології та громадського здоров'я, авторитетні лікарі-практики.

6. Строки проведення заходів	Постійно протягом дії Національного плану заходів щодо НІЗ, з урахуванням сезонного таймінгу (активне просування культури споживання свіжої рослинної їжі — у період червень-вересень; промоція рухової активності та шкільних програм здоров'я — вересень-жовтень).
7. Очікувані результати	• Створення ефективної загальнонаціональної та регіональної мережі комунікацій щодо запобігання НІЗ в Україні. • Підвищення рівня грамотності населення в питаннях здоров'я (<i>health literacy</i>) та усвідомлення концепції солідарної відповідальності. • Активізація ендогенного потенціалу територіальних громад щодо ухвалення рішень регуляторного характеру (зокрема, обмеження комерційного доступу до нездорової їжі на території освітніх закладів).
8. Критерії оцінювання ефективності (індикатори)	• Кількість випущених та поширених інформаційних продуктів, охоплення аудиторії через ЗМІ та соціальні мережі (процесна ефективність). • Рівень обізнаності громадян про чинники ризику НІЗ за результатами щорічних моніторингових опитувань Internews/WHO. • Довгострокові індикатори: динаміка зниження загальнопопуляційного тягаря хвороб (за метриками GBD) та стабілізація показників здоров'я населення України.

Комплексний перелік детермінант функціонування системи громадського здоров'я (внутрішній та зовнішній контур)

Для забезпечення системного підходу до управління трансформаційними процесами у сфері громадського здоров'я, мною було здійснено декомпозицію ключових факторів впливу. Усі ідентифіковані детермінанти диференційовано за двома вимірами: за природою походження (політичні, економічні, соціокультурні, технологічні) та за контуром локалізації (зовнішнє середовище / макрорівень та внутрішнє середовище системи / мікрорівень публічного управління).

Напрямок аналізу	Зовнішній контур (Макросередовище / Виклики та можливості)	Внутрішній контур (Мікросередовище системи / Інституційна спроможність)
Політичні детермінанти (<i>Political</i>)	* Євроінтеграційні зобов'язання України: необхідність повної гармонізації національного законодавства з Директивами ЄС та стандартами ВООЗ. * Рівень політичної волі: наявність або дефіцит підтримки превентивної медицини на рівні Кабінету Міністрів та Верховної Ради. * Рецесія міжсекторальної взаємодії: слабка політична координація між МОЗ та іншими	* Якість профільного законодавства: ступінь операціоналізації Закону України «Про систему громадського здоров'я» через підзаконні акти. * Управлінський вертикалізм: рівень взаємодії між Департаментом МОЗ, Центром громадського здоров'я (ЦГЗ) та регіональними ЦКПХ. * Стратегічний дефіцит: відсутність затвердженої довгострокової Комунікаційної стратегії у сфері громадського здоров'я.

	міністерствами (МОН, Мінмолодьспорту, Міндовкілля).	
Економічні детермінанти (<i>Economic</i>)	* Макроекономічна нестабільність: обмеженість видатків державного бюджету в умовах воєнного/поствоєнного стану. * Міжнародна донорська допомога: рівень фінансової підтримки превентивних програм з боку BOOЗ, UNICEF, USAID. * Фінансова децентралізація: спроможність та готовність територіальних громад (ОТГ) виділяти кошти на місцеві програми здоров'я.	* Асиметрія фінансування галузі: хронічний дефіцит фінансування превентивного сектору на тлі домінування витрат на лікувальну мережу. * Низька конкурентоспроможність зарплат: відтік кваліфікованих кадрів (епідеміологів, аналітиків, нутриціологів) у приватний сектор. * Ресурсний аудит: рівень матеріально-технічного забезпечення регіональних лабораторій та центрів превенції.
Соціокультурні детермінанти (<i>Socio-cultural</i>)	* Криза громадського здоров'я: стрімке зростання тягаря неінфекційних захворювань (НІЗ) та високий рівень передчасної смертності. * Ментальний патерналізм: стійка	* «Експертний бар'єр»: термінологічна асиметрія та неспроможність фахівців адаптувати науковий дискурс для масової аудиторії. * Опір інституційним змінам: консерватизм та

	звичка населення перекладати відповідальність за власне здоров'я виключно на лікарів. * Аліментарна поведінка: поширеність шкідливих звичок, незбалансоване харчування (дефіцит цільних нутрієнтів).	низька мотивація медичного персоналу старої генерації до впровадження превентивних моделей. * Рівень Health Literacy: низький рівень грамотності в питаннях здоров'я серед працівників управлінської ланки на місцях.
Технологічні детермінанти (<i>Technological</i>)	* Глобальна цифровізація (Digitalization): стрімкий розвиток Big Data, штучного інтелекту в медицині та систем моніторингу хвороб. * Трансформація медіапростору: домінування цифрових каналів комунікації (соцмережі, месенджери, інтернет-ЗМІ) над традиційними. * Розвиток біотехнологій: поява нових методів ранньої експрес-діагностики та скринінгу факторів ризику.	* Рівень інтеграції з eHealth: ступінь цифровізації епідеміологічного нагляду та ведення реєстрів факторів ризику НІЗ. * Комунікаційний інструментарій: наявність сучасних інтерактивних віджетів та цифрових платформ для збору зворотного зв'язку від громадян. * Аналітичний потенціал: автоматизація процесів обробки даних дослідження тягаря хвороб (GBD) на рівні ЦГЗ.

Протокол аналізу звіту подібності науковим керівником

Заявляю, що я ознайомився (-лась) з Повним звітом подібності, який був згенерований Системою виявлення і запобігання плагіату щодо роботи:

Автор: Іван Олександрович Ященко

Співавтор:

Назва: Управління трансформаційними процесами в системі громадського здоров'я

Науковий керівник: Полетай В. М. Мехед О. Б.

Підрозділ: National University "Chernihiv Collegium"

Коефіцієнт подібності 1: 6.42%

Коефіцієнт подібності 2: 1.04%

Мікропробіли: 13

Заміна букв: 3

Інтервали: 0

Білі знаки: 0

Дата створення звіту: 2026-06-18 08:43:12.0

Після аналізу Звіту подібності констатую наступне:

☐ Запозичення, виявлені в роботі є законними і не є плагіатом. Рівень подібності не перевищує допустимої межі. Таким чином робота незалежна і приймається.

☐ Запозичення не є плагіатом, але перевищено граничне значення рівня подібностей. Таким чином робота повертається на доопрацювання.

☐ Виявлено запозичення і плагіат або навмисні текстові спотворення (маніпуляції), як передбачувані спроби укриття плагіату, які роблять роботу невідповідною вимогам законодавства (Ст. 32. ЗУ Про вищу освіту, пункт 3.1, Ст. 42. ЗУ Про освіту) та вимог НАЗЯВО (Критерій 5), а також кодексу етики і процедур. Таким чином робота не приймається.

Обґрунтування:

Дата

10.06.26

експерт

ЛСР



Метадані

ДОКУМЕНТ

Заголовок

Управління трансформаційними процесами в системі громадського здоров'я

Автор

Іван Олександрович Яценко

Науковий керівник / Експерт

Полетай В. М. Мехед О. Б.

ІД документу

334357904

ОРГАНІЗАЦІЯ

Назва організації

National University "Chernihiv Collegium"

підрозділ

National University "Chernihiv Collegium"

ЗВІТ

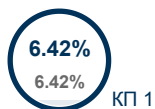
Дата звіту

2026-06-18

Дата редагування

Обсяг знайдених подібностей

Коефіцієнт подібності визначає, який відсоток тексту по відношенню до загального обсягу тексту було знайдено в різних джерелах. Зверніть увагу, що високі значення коефіцієнта не автоматично означають плагіат. Звіт має аналізувати компетентна / уповноважена особа.



КП 1

25

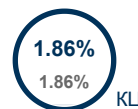
Довжина фрази для коефіцієнта подібності 2



КП 2

13308

Кількість слів



КЦ

111426

Кількість символів

Тривога

У цьому розділі ви знайдете інформацію щодо текстових спотворень. Ці спотворення в тексті можуть говорити про МОЖЛИВІ маніпуляції в тексті. Спотворення в тексті можуть мати навмисний характер, але частіше характер технічних помилок при конвертації документа та його збереженні, тому ми рекомендуємо вам підходити до аналізу цього модуля відповідально. У разі виникнення запитань, просимо звертатися до нашої служби підтримки.

Заміна букв		3
Інтервали		0
Мікропробіли		13
Білі знаки		0
Парафрази (SmartMarks)		10

Джерела

Нижче наведений список джерел. В цьому списку є джерела із різних баз даних. Колір тексту означає в якому джерелі він був знайдений. Ці джерела і значення Коефіцієнту Подібності не відображають прямого плагіату. Необхідно відкрити кожне джерело і проаналізувати зміст і правильність оформлення джерела.

10 найдовших фраз

Колір тексту

#	НАЗВА ТА АДРЕСА ДЖЕРЕЛА URL (НАЗВА БАЗИ)	КІЛЬКІСТЬ ІДЕНТИЧНИХ СЛІВ (ФРАГМЕНТІВ)
---	--	---

1	Профілактичний потенціал дерматокосметології у системі громадського здоров'я: міждисциплінарний підхід 6/17/2025 National University "Chernihiv Collegium" (National University "Chernihiv Collegium")	54 0 (0.41 %)
2	Профілактичний потенціал дерматокосметології у системі громадського здоров'я: міждисциплінарний підхід 6/17/2025 National University "Chernihiv Collegium" (National University "Chernihiv Collegium")	31 0 (0.23 %)
3	Профілактичний потенціал дерматокосметології у системі громадського здоров'я: міждисциплінарний підхід 6/17/2025 National University "Chernihiv Collegium" (National University "Chernihiv Collegium")	28 0 (0.21 %)
4	Профілактичний потенціал дерматокосметології у системі громадського здоров'я: міждисциплінарний підхід 6/17/2025 National University "Chernihiv Collegium" (National University "Chernihiv Collegium")	26 0 (0.2 %)
5	Управління змінами у сфері охорони громадського здоров'я 4/27/2025 National University Kyiv Mohyla Academy course papers (National University Kyiv Mohyla Academy)	20 0 (0.15 %)
6	Профілактичний потенціал дерматокосметології у системі громадського здоров'я: міждисциплінарний підхід 6/17/2025 National University "Chernihiv Collegium" (National University "Chernihiv Collegium")	19 0 (0.14 %)
7	Профілактичний потенціал дерматокосметології у системі громадського здоров'я: міждисциплінарний підхід 6/17/2025 National University "Chernihiv Collegium" (National University "Chernihiv Collegium")	18 0 (0.14 %)
8	Стаття_Геглюк_Євроінтеграційні вектори ОЗ.docx 5/26/2022 Publishing House "Helvetica" (Видавничий дім "Гельветика")	12 0 (0.09 %)
9	РОЗРОБКА ТА РЕАЛІЗАЦІЯ ІННОВАЦІЙНОЇ СТРАТЕГІЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПІДПРИЄМСТВА 5/29/2025 National University of Pharmacy (NUPH)	12 0 (0.09 %)
10	Управління змінами у сфері охорони громадського здоров'я 4/27/2025 National University Kyiv Mohyla Academy course papers (National University Kyiv Mohyla Academy)	12 0 (0.09 %)

База даних RefBooks (0.08 %)



#	ЗАГОЛОВОК	КІЛЬКІСТЬ ІДЕНТИЧНИХ СЛІВ (ФРАГМЕНТІВ)
---	-----------	---

джерело: Paperity

1	Reform of competition legislation in Ukraine В.Д. Гречківський;	11 (1) (0.08 %)
---	--	-----------------

Домашня база даних (1.57 %)



#	ЗАГОЛОВОК	КІЛЬКІСТЬ ІДЕНТИЧНИХ СЛІВ (ФРАГМЕНТІВ)
---	-----------	---

2	Профілактичний потенціал дерматокосметології у системі громадського здоров'я: міждисциплінарний підхід 6/17/2025 National University "Chernihiv Collegium" (National University "Chernihiv Collegium")	209 (12) (1.57 %)
---	---	-------------------

Програма обміну базами даних (4.77 %)



#	ЗАГОЛОВОК	КІЛЬКІСТЬ ІДЕНТИЧНИХ СЛІВ (ФРАГМЕНТІВ)
3	Управління змінами у сфері охорони громадського здоров'я 4/27/2025 National University Kyiv Mohyla Academy course papers (National University Kyiv Mohyla Academy)	75 (8) (0.56 %)
4	Дис_Будзин – на плагіат (1) 10/26/2024 Stepan Gzhytskyi National University of Veterinary Medicine and Biotechnologies Lviv (Редакція наукових видань)	65 (12) (0.49 %)
5	Воронецький РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ІНВАЛІДИЗАЦІЇ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я 2/17/2025 I. Horbachevsky Ternopil State Medical University (TSMU)	65 (10) (0.49 %)
6	Громадське здоров'я 11/16/2021 Bogomolets National Medical University (BNMU) (Deanery)	43 (7) (0.32 %)
7	Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення матеріали II науково- практичної конференції з міжнародною участю .doc 12/17/2019 Kharkiv National Medical University (KNMU) (Навчально-науковий інститут якості освіти ХНМУ)	33 (6) (0.25 %)
8	Шафранський.docx 3/12/2018 Bogomolets National Medical University (BNMU) (Deanery)	31 (5) (0.23 %)
9	Стаття_Геглюк_Євроінтеграційні вектори ОЗ.docx 5/26/2022 Publishing House "Helvetica" (Видавничий дім "Гельветика")	29 (4) (0.22 %)
10	Галієнко.docx 4/17/2018 Bogomolets National Medical University (BNMU) (Deanery)	29 (5) (0.22 %)
11	Державна система забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення в Україні 12/16/2024 Odessa National Polytechnic University (ІПСУ, Каф. соціально- гуманітарних наук)	29 (5) (0.22 %)
12	ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ТА РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ 12/12/2023 Odessa National Polytechnic University (ІПСУ, Каф. соціально- гуманітарних наук)	29 (5) (0.22 %)
13	ШЛЯХИ РОЗВИТКУ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я 12/13/2023 Odessa National Polytechnic University (ІПСУ, Каф. соціально- гуманітарних наук)	28 (3) (0.21 %)
14	Роль центрів контролю та профілактики хвороб в системі охорони здоров'я щодо підвищення рівня та якості життя населення 12/11/2024 Odessa National Polytechnic University (ІПСУ, Каф. соціально- гуманітарних наук)	22 (3) (0.17 %)

15	Сучасний стан та перспектива розвитку системи громадського здоров'я в Україні 6/19/2023 Sumy State University (Кафедра громадського здоров'я)	21 (3) (0.16 %)
16	Теза_Дідик 3/17/2025 State Tax University (Кафедра менеджменту та публічного управління)	19 (3) (0.14 %)
17	Державна політика у сфері охорони громадського здоров'я 12/9/2024 Odessa National Polytechnic University (ІПСУ, Каф. соціально- гуманітарних наук)	16 (3) (0.12 %)
18	fdoc3300000000000020001_0000000000005415.pdf 12/15/2024 Kyiv Junior Academy of Sciences (Kyiv Junior Academy of Sciences)	14 (2) (0.11 %)
19	Організаційно-правові засади державного управління сферою протиепідемічного захисту та біобезпеки країни 12/12/2024 Odessa National Polytechnic University (ІПСУ, Каф. соціально- гуманітарних наук)	13 (2) (0.1 %)
20	Гайдай М.А._перевірка 3/19/2025 NAES State Higher Educational Institution University of educational management National Academy of Educational Sciences of Ukraine (Кафедра публічного управління і проєктного менеджменту ННІМП)	13 (2) (0.1 %)
21	РОЗРОБКА ТА РЕАЛІЗАЦІЯ ІННОВАЦІЙНОЇ СТРАТЕГІЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПІДПРИЄМСТВА 5/29/2025 National University of Pharmacy (NUPH)	12 (1) (0.09 %)
22	SUMDU/out2017/Hruzieva_Smiiianov_Rudenko.pdf 7/21/2019 Sumy State University (SUMDU)	10 (1) (0.08 %)
23	ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ 6/8/2026 International University of Economics and Humanities named after Academician Stepan Demianchuk (International University of Economics and Humanities named after Academician Stepan Demianchuk)	10 (1) (0.08 %)
24	281-Балашов_Олег_Васильович-2020 6/5/2024 Donetsk National University named after V. Stus (Donetsk National University named after V. Stus)	10 (2) (0.08 %)
25	Гуцук І._Топішко Н._Довгунник О.квота. 12/2/2024 Publishing House "Helvetica" (Видавничий дім "Гельветика")	9 (1) (0.07 %)
26	Механізми публічного впливу на активізацію участі суспільства у процесах управління громадським здоров'ям 12/5/2024 Odessa National Polytechnic University (ІПСУ, Каф. соціально- гуманітарних наук)	5 (1) (0.04 %)
27	Медико-соціальне обґрунтування удосконалення системи дерматовенерологічної допомоги населенню в умовах реформування охорони здоров'я 6/24/2021 Bogomolets National Medical University (BNMU) (Deanery)	5 (1) (0.04 %)



Список прийнятих фрагментів

#	ЗМІСТ	КІЛЬКІСТЬ ОДНАКОВИХ СЛІВ (ФРАГМЕНТІВ)