

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ АЕРОКОСМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
«ХАРКІВСЬКИЙ АВІАЦІЙНИЙ ІНСТИТУТ»

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

БОЙЧУНЬ Сергій Олександрович

УДК 351.77:35.07

ДИСЕРТАЦІЯ

**МЕХАНІЗМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ
У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

Спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування
Галузь знань 28 Публічне управління та адміністрування

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ Сергій БОЙЧУНЬ

Науковий керівник:

Тюріна Діна Миколаївна, професор кафедри економіки та публічного управління, доктор наук з державного управління, доцент

Харків – 2026

АНОТАЦІЯ

Бойчунь С. О. Механізми публічного управління у сфері громадського здоров'я. – На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії з галузі знань «Публічне управління та адміністрування» за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». Національний аерокосмічний університет «Харківський авіаційний інститут», Харків, 2026.

У дисертації висвітлено теоретичні засади публічного управління у сфері громадського здоров'я. На основі аналізу опрацьованих наукових джерел було сформульовано авторське визначення поняття «механізм публічного управління у сфері громадського здоров'я» – динамічний алгоритм взаємодії держави, інститутів громадянського суспільства та приватного сектору, спрямований на моніторинг та аналіз стану здоров'я нації, мінімізацію біологічних, екологічних і соціальних ризиків, а також на забезпечення резильєнтності національної системи охорони здоров'я з метою превентивного впливу на детермінанти здоров'я населення. Зазначено, що кардинальні зміни в управлінні сферою громадського здоров'я дають змогу ефективно впливати на ключові показники здоров'я, чітко визначення пріоритетів.

Проаналізовано зарубіжний досвід публічного управління у сфері громадського здоров'я, який засвідчує (зокрема, моделей Бісмарка, Беверіджа та Скандинавської моделі), що в світі існують кілька основних управлінських моделей в цій галузі, що часто перетинаються та мають унікальні варіації в кожній країні; успіх реформ залежить від інтеграції фінансової стійкості, управлінської гнучкості та етичної підзвітності. В умовах складної медико-демографічної ситуації в Україні державницька політика має бути переорієнтована на світові стандарти: потужну первинну медичну допомогу, вільний вибір лікаря та гарантований пакет послуг. Зазначено, що для підвищення стійкості та ефективності публічного управління у сфері громадського здоров'я в Україні необхідно не просто копіювати, а

систематично адаптувати та гібридизувати кращі світові практики, оскільки успішна імплементація вимагає подолання інституційних бар'єрів, зокрема слабкості управлінського потенціалу, забезпечення фінансової незалежності системи й формування нової адміністративної еліти, яка володіє аналітичними, цифровими та високими етичними стандартами публічного управління.

Охарактеризовано сучасний стан механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я в Україні. Нормативно-правовий механізм заклав сучасні основи для управління громадським здоров'ям, але його кінцева ефективність залежить від якості адміністрування та послідовної реалізації міжсекторальних політик для досягнення ключової мети – покращення здоров'я населення та зростання тривалості життя. Організаційно-функціональний механізм є операційною серцевиною публічного управління у сфері громадського здоров'я. Його надійність, гнучкість та інтегрованість безпосередньо впливають на спроможність системи оперативно реагувати на загрози, впроваджувати профілактичні заходи та, зрештою, покращувати показники здоров'я нації. Фінансово-економічний механізм відповідає за забезпечення необхідними ресурсами та стимулювання бажаної поведінки; державне фінансування (бюджетні програми на охорону здоров'я, вакцинацію, профілактику, дослідження); страхові моделі; податкові важелі для фінансування охорони здоров'я та стримування споживання; державні закупівлі ліків, вакцин, обладнання для забезпечення доступності). Інформаційно-комунікаційний механізм є спрямованим на поширення знань, формування свідомості та прийняття рішень на основі даних; епідеміологічний нагляд (збір, аналіз та інтерпретація даних про стан здоров'я, хвороби та чинники ризику); інформаційно-освітні кампанії (проведення національних кампаній для підвищення обізнаності про здоровий спосіб життя, шкоду куріння, важливість вакцинації); електронна охорона здоров'я – E-Health (використання інформаційних технологій, зокрема, електронної медичної картки, телемедицини, для підвищення ефективності та доступності послуг).

Визначено детермінанти формування державної політики у сфері громадського здоров'я в Україні. Аналіз управлінських та соціальних детермінант засвідчив, що формування державної політики у сфері громадського здоров'я в Україні є процесом, який перебуває під потужним впливом як системних управлінських викликів, так і глибоких соціально-демографічних проблем. Головною соціальною детермінантою є складна медико-демографічна ситуація в країні, що характеризується високим рівнем смертності (особливо серед осіб працездатного віку та дітей) та значним тягарем неінфекційних хвороб і вакцинокованих інфекцій. Ці чинники безпосередньо визначають необхідність цілеспрямованих і комплексних управлінських дій, спрямованих на збереження людського потенціалу як основи розвитку соціуму. З'ясовано, що формування ефективної політики стримується низьким рівнем відповідального ставлення самого населення до власного здоров'я. Управлінські механізми (комунікації, адвокація, освітні програми) мають бути сфокусовані на зміні цієї соціальної поведінки, оскільки без активної участі громадян профілактика та раннє виявлення порушень є неможливими.

Обґрунтовано концептуальні засади публічного управління у сфері громадського здоров'я на основі аналізу наукових джерел і нормативно-правових документів щодо функціонування сфери громадського здоров'я й механізмів управління у ній, змодельовано концепцію, виокремлено структурні елементи концепції розвитку механізмів управління у сфері громадського здоров'я: чітке розмежування функцій, створення єдиного функціонального простору; доказове та результативне управління; цифрова трансформація механізмів управління у сфері громадського здоров'я, що реалізується через побудову інтегрованої електронної платформи; міжсекторальна та міжнародна координація.

Окреслено шляхи та перспективи вдосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я в Україні в контексті євроінтеграції. Зазначено, що для вдосконалення нормативно-правового механізму необхідним є забезпечення сталості, інтеграції та постійного

розвитку сфери громадського здоров'я, переходу від фрагментарного регулювання до системної кодифікації законодавства; реалізація принципу «Здоров'я у всіх політиках» шляхом створення дієвих, підзвітних механізмів міжсекторальної координації (МОЗ, освіта, соціальний захист, екологія), що забезпечить спрямованість управлінських зусиль на першопричини захворювань, а не лише на їхнє лікування; розширення джерел фінансування шляхом стимулювання добровільного медичного страхування та створення прозорих інвестиційних фондів для капітальних видатків, що зменшить залежність системи від бюджетних асигнувань. Для вдосконалення інформаційно-комунікаційного механізму необхідно забезпечити кіберстійкість та прогностичну аналітику, розширити функціонал ІК-механізму, інтегрувавши інструменти прогностичної аналітики для моделювання епідемічних процесів, управління ресурсами та підтримки прийняття управлінських рішень, що інтенсифікує перехід від реактивного до проактивного управління у сфері громадського здоров'я України, перспектива полягає в забезпеченні кіберстійкості електронної системи охорони здоров'я як критичної інфраструктури.

Встановлено, що вдосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я в Україні має бути реалізовано як комплексна стратегія, спрямована на синергію, в якій кожен механізм повинен підсилювати інший: нормативна база має гарантувати стандарти, організація – ефективну превенцію, фінанси – якість послуг, а інформаційна система – надійну доказову основу для всіх рішень. Кінцевою метою є створення стійкої, підзвітної та інноваційної системи, що забезпечить максимальний рівень здоров'я української нації в умовах повоєнної відбудови та європейської інтеграції.

Ключові слова: громадське здоров'я, державне управління, механізми публічного управління, охорона здоров'я, публічне управління, реформування сфери охорони здоров'я.

ANNOTATION

Boychun S. O. Mechanisms of Public Administration in the Field of Public Health. – In the form of a manuscript.

Dissertation for obtaining the scientific degree of Doctor of Philosophy in the field of knowledge «Public management and administration» with specialty 281 «Public management and administration», National Aerospace University “Kharkiv Aviation Institute”, Kharkiv, 2026.

The dissertation examines the theoretical foundations of public administration in the field of public health. Based on an analysis of scientific sources, the author's definition of the concept of a "mechanism of public administration in the field of public health" has been formulated as a dynamic algorithm of interaction among the state, civil society institutions, and the private sector, aimed at monitoring and analyzing the health status of the nation, minimizing biological, environmental, and social risks, as well as ensuring the resilience of the national healthcare system in order to exert a preventive influence on the determinants of population health. It is noted that fundamental changes in public health governance make it possible to effectively influence key health indicators and clearly define priorities.

Foreign experience in public administration in the field of public health has been analyzed, demonstrating, in particular through the Bismarck, Beveridge, and Scandinavian models, that several major governance models exist worldwide, often overlapping and exhibiting unique variations in individual countries. The success of reforms depends on the integration of financial sustainability, managerial flexibility, and ethical accountability. Given the challenging medical and demographic situation in Ukraine, state policy should be reoriented toward international standards, including strong primary healthcare, freedom of choice of physician, and a guaranteed package of healthcare services. It is emphasized that enhancing the resilience and effectiveness of public management in the field of public health in Ukraine requires not merely copying but systematically adapting and hybridizing international best practices. Successful implementation necessitates overcoming institutional barriers, particularly weak managerial

capacity, ensuring the financial independence of the system, and developing a new generation of public administrators possessing analytical and digital competencies and adhering to high ethical standards of public administration.

The current state of public administration mechanisms in the field of public health in Ukraine has been characterized. The regulatory and legal mechanism has established the modern foundations for public health governance; however, its ultimate effectiveness depends on the quality of administration and the consistent implementation of intersectoral policies aimed at achieving the primary objective of improving population health and increasing life expectancy. The organizational and functional mechanism constitutes the operational core of public administration in the field of public health. Its reliability, flexibility, and integration directly influence the system's capacity to respond promptly to threats, implement preventive measures, and ultimately improve national health indicators. The financial and economic mechanism is responsible for providing the necessary resources and encouraging desirable behavior through government funding (budgetary programs for healthcare, vaccination, prevention, and research), insurance models, tax instruments for financing healthcare and discouraging consumption, and public procurement of medicines, vaccines, and equipment to ensure their accessibility.

The information and communication mechanism is aimed at disseminating knowledge, raising awareness, and facilitating data-driven decision-making. It encompasses epidemiological surveillance (the collection, analysis, and interpretation of data on health status, diseases, and risk factors); information and educational campaigns (national campaigns to raise awareness of healthy lifestyles, the harmful effects of smoking, and the importance of vaccination); and electronic healthcare (eHealth), involving the use of information technologies, particularly electronic health records and telemedicine, to improve the efficiency and accessibility of healthcare services.

The determinants of state policy formation in the field of public health in Ukraine have been identified. An analysis of managerial and social determinants has demonstrated that the formation of state policy in the field of public health in

Ukraine is strongly influenced by both systemic managerial challenges and profound socio-demographic problems. The principal social determinant is the challenging medical and demographic situation in the country, characterized by high mortality rates, particularly among working-age individuals and children, and a substantial burden of non-communicable diseases and vaccine-preventable infections. These factors directly determine the need for targeted and comprehensive managerial actions aimed at preserving human potential as the foundation of societal development. It has been established that the development of effective policy is hindered by a low level of personal responsibility among the population for their own health. Management mechanisms, including communication, advocacy, and educational programs, should focus on changing such social behavior, since prevention and early detection of health disorders are impossible without the active participation of citizens.

The conceptual foundations of public administration in the field of public health have been substantiated based on an analysis of scientific sources and regulatory documents concerning the functioning of the public health sector and the mechanisms of management and administration within it. A conceptual model has been developed, and the structural elements of the concept for developing management and administration mechanisms in the field of public health have been identified: a clear delineation of functions; the creation of a unified functional space; evidence-based and results-oriented management; digital transformation of management and administration mechanisms in the field of public health through the development of an integrated electronic platform; and intersectoral and international coordination.

The ways and prospects for improving public administration mechanisms in the field of public health in Ukraine in the context of European integration have been outlined. It is noted that improving the regulatory and legal mechanism requires ensuring the sustainability, integration, and continuous development of the public health sector, as well as transitioning from fragmented regulation to the systematic codification of legislation. It also requires implementing the "Health in All Policies" principle through the establishment of effective and accountable

mechanisms of intersectoral coordination involving the Ministry of Health, education, social protection, and environmental protection sectors. This will ensure that management efforts are directed toward addressing the root causes of diseases rather than merely treating them. Furthermore, expanding funding sources by encouraging voluntary health insurance and establishing transparent investment funds for capital expenditures will reduce the system's dependence on budget allocations.

To improve the information and communication mechanism, it is necessary to ensure cyber resilience and predictive analytics, expand the functionality of the information and communication mechanism by integrating predictive analytics tools for modeling epidemic processes, managing resources, and supporting managerial decision-making. This will accelerate the transition from reactive to proactive management in the field of public health in Ukraine. A key prospect is ensuring the cyber resilience of the electronic healthcare system as critical infrastructure.

It has been established that improving public administration mechanisms in the field of public health in Ukraine should be implemented as a comprehensive strategy aimed at achieving synergy, whereby each mechanism reinforces the others: the regulatory framework must guarantee standards, the organizational mechanism must ensure effective prevention, the financial mechanism must guarantee the quality of services, and the information system must provide a reliable evidence base for all decisions. The ultimate goal is to establish a resilient, accountable, and innovative system capable of ensuring the highest possible level of health of the Ukrainian nation in the context of post-war reconstruction and European integration.

Keywords: public health, state administration, mechanisms of public administration, healthcare, public administration, healthcare reform.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті в наукових фахових виданнях України

1. Бойчунь С. О. Державна політика щодо забезпечення кадрового потенціалу у сфері громадського здоров'я. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2022. Випуск 31. С. 145–149.
2. Бойчунь С. О. Державна політика у сфері громадського здоров'я: нормативно-правовий аспект. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2023. Випуск 35. С. 113–117.
3. Бойчунь С. О. Публічне управління сферою громадського здоров'я: державницький та історичний аспекти. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2024. Випуск 44. С. 385–389.
4. Бойчунь С. О. Зарубіжний досвід державного регулювання сфери громадського здоров'я: основні аспекти. *Держава та регіони. Серія: Публічне управління і адміністрування*. 2025 р. № 2. С. 27–33.

Матеріали конференцій та тези доповідей

5. Boichun S. O. Principles and approaches to state management of the modernization of the health care system of Ukraine. *Modern strategies of sustainable development of the state and society in the context of global challenges* : International scientific conference (August 2–3, 2023 Wloclawek, the Republic of Poland). Riga, Latvia : «Baltija Publishing», 2023. 64 pages. P. 48–51.
6. Бойчунь С. О. Громадське здоров'я як сфери публічного управління та адміністрування. *Публічне управління в Україні: виклики та перспективи* : матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Запоріжжя, 27–28 жовтня 2023 р. Львів – Торунь : Liha-Pres, 2023. 74 с. С. 64–66.
7. Бойчунь С. О. Управлінські та медичні концепти розвитку сфери громадського здоров'я. *Perspectives of contemporary science: theory and practice* : the 8th International scientific and practical conference (September 16–18, 2024) SPC “Sci-conf.com.ua”, Lviv, Ukraine. 2024. 860 p. С. 75–80.
8. Бойчунь С. О. Публічне адміністрування у сфері громадського здоров'я в Україні у контексті євроінтеграції. *Від теорії до практики в*

управлінні та врядуванні : збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції, м. Київ, 20 червня 2024 року (до Дня державної служби) / за заг. ред. О. В. Євсюкової, І. С. Гриценка, С. М. Приліпка. Київ : НУБіП, 2024. 150 с. С. 9–10.

9. Бойчунь С. О. Регулятивна функція держави у сфері громадського здоров'я України. *Формування ефективних механізмів державного управління та менеджменту в умовах сучасної економіки: теорія і практика* : матеріали XI Міжнародної заочної науково-практичної конференції 24 листопада 2023 р. / за ред. В. М. Огаренка, О. В. Мащенко та ін. Запоріжжя : КПУ, 2023. 332 с. С. 37–38.

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ.....	2
СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА.....	10
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	14
ВСТУП.....	16
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.....	24
1.1. Державницький та історичний аспекти проблеми публічного управління у сфері громадського здоров'я.....	24
1.2. Понятійно-термінологічний апарат дослідження проблеми механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я.....	49
1.3. Зарубіжний досвід публічного управління у сфері громадського здоров'я.....	66
Висновки до першого розділу.....	100
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	104
2.1. Нормативно-правовий механізм публічного управління у сфері громадського здоров'я.....	104
2.2. Організаційно- функціональний механізм публічного управління у сфері громадського здоров'я.....	117
2.3. Фінансово-економічний механізм публічного управління у сфері громадського здоров'я.....	133
2.4. Інформаційно-комунікаційний механізм публічного управління у сфері громадського здоров'я.....	148
Висновки до другого розділу.....	170

РОЗДІЛ 3. ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	172
3.1. Управлінські та соціальні детермінанти формування державної політики у сфері громадського здоров'я в Україні	172
3.2. Концептуальні засади публічного управління у сфері громадського здоров'я.....	201
3.3. Шляхи вдосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я в Україні.....	215
Висновки до третього розділу.....	228
ВИСНОВКИ.....	231
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	237
ДОДАТКИ.....	261

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ВІЛ/СНІД – вірус імунодефіциту людини / синдром набутого імунодефіциту

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ВПО – вимушено переміщені особи

ГЗ – громадське здоров'я

ДФЄС – Договір про функціонування ЄС

ЕСОЗ – ESOZ (E-health) – електронна система охорони здоров'я

ЕМД – екстрена медична допомога

ЄС – Європейський Союз

КСГ – клініко-статистичні групи

КНП – комунальне некомерційне підприємство

ЛЖВ – люди, які живуть з ВІЛ

МВС – Міністерство внутрішніх справ

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

МСС – міжсекторальна співпраця

НІЗ – неінфекційні захворювання.

НСЗУ – Національна служба здоров'я України;

ОДУ – органи державного управління

ОЕСР – Організація економічного співробітництва та розвитку

ОТГ – об'єднана територіальна громада

ПМГ – програми медичних гарантій;

ПМД – первинна медична допомога

СДЗ – соціальні детермінанти

СЕС – санітарно-епідеміологічна служба

СМЗ – судинно-мозкові захворювання

СНОЗ – система національної служби охорони здоров'я

СОЗ – система охорони здоров'я

ССЗ – серцево-судинні захворювання

ТБ – туберкульоз

ЦГЗ – Центр громадського здоров'я;

ЦКПХ – Центр контролю та профілактики хвороб

HHS – Department of Health and Human Services (Міністерство охорони здоров'я і соціальних служб США)

NHS – Національна служба охорони здоров'я Великої Британії

NFZ – (Narodowy Fundusz Zdrowia) – це Національний фонд здоров'я Польщі

SANEPID – система санітарно-епідеміологічного нагляду

SSN – Італійська національна служба охорони здоров'я

USPHS – The United States Public Health Service (Служба громадського здоров'я Сполучених Штатів)

ВСТУП

Актуальність теми. Здоров'я населення є одним із ключових чинників розвитку країни, тому вдосконалення системи публічного управління цією сферою є надзвичайно важливим завданням. Державна політика збереження здоров'я нації охоплює систему принципів та напрямів діяльності держави у сфері громадського здоров'я, що є основою профілактичної медицини, що передбачає заходи з охорони та збереження здоров'я населення, підвищення якості покращання демографічної ситуації в Україні, ефективності при наданні медичної допомоги, забезпеченні соціальної справедливості та прав усіх громадян при отриманні якісної медичної допомоги.

Проблема публічного управління у сфері громадського здоров'я в Україні актуалізується в контексті сучасних викликів та євроінтеграції. Будується система громадського здоров'я на принципах верховенства права, підзвітності, прозорості та врахування потреб громадян. Євроінтеграційні процеси передбачають не лише адаптацію законодавства та економіки до європейських стандартів, але й реформування системи публічного управління у сфері громадського здоров'я. Тема є актуальною, оскільки вона одним з важливих сегментів національної безпеки, ключовим аспектом соціального благополуччя та інституційної спроможності держави забезпечувати фундаментальне право громадян на здоров'я в умовах постійних викликів і реформ

Дослідженню різних аспектів управління системою охорони здоров'я загалом присвячено наукові праці багатьох вітчизняних учених, зокрема Т. Авраменко, Л. Батіг, М. Білинська, К. Вишньовська, С. Вовк, Д. Гайдаш, Д. Карамишев, О. Мотайло, В. Пашков, П. Покатаєв, Я. Радиш, В. Рудий, І. Хожило та ін.

Сферу громадського здоров'я та особливості публічного управління нею розглядали М. Білинська, В. Будзин, Я. Жовнірчик, Л. Качала,

В. Князевич, С. Кравченко, Ф. Криничко, В. Ляшко, І. Солоненко, І. Хожило, О. Штиршов та інші.

Питання зарубіжного досвіду у сфері охорони здоров'я, зокрема публічного управління у сфері громадського здоров'я висвітлювали дослідники О. Білянський, С. Бочаров, М. Бучкевич, Д. Гайдаш, Л. Клос, О. Мотайло та ін.

Аналіз наукової літератури засвідчив незначну кількість цілісних науково-дослідних розробок щодо аналізу зарубіжного досвіду й адаптації його до вітчизняної системи охорони здоров'я та можливості застосування його досвіду в Україні.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційну роботу виконано на кафедрі публічного управління та землеустрою Класичного приватного університету. У дисертаційній роботі висвітлено результати наукових досліджень автора, отримані в контексті науково-дослідної роботи кафедри публічного управління та землеустрою за темою «Формування ефективних механізмів управління в публічній сфері в умовах суспільної нестабільності» (реєстраційний номер 0124U000811).

Мета й завдання дослідження. *Метою дослідження є обґрунтування теоретичних засад та розробка практичних рекомендацій з удосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я в Україні.*

Для досягнення мети було поставлено такі *завдання*:

- висвітлити теоретичні засади публічного управління у сфері громадського здоров'я;
- проаналізувати зарубіжний досвід публічного управління у сфері громадського здоров'я;
- охарактеризувати сучасний стан механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я в Україні;
- визначити детермінанти формування державної політики у сфері громадського здоров'я в Україні;
- обґрунтувати концептуальні засади публічного управління у сфері

громадського здоров'я;

– окреслити шляхи та перспективи вдосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я в Україні в контексті євроінтеграції.

Об'єкт дослідження – публічне управління у сфері громадського здоров'я.

Предмет дослідження – механізми публічного управління у сфері громадського здоров'я.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети й реалізації завдань дослідження було застосовано комплекс взаємопов'язаних загальнонаукових і спеціальних методів, що дало змогу використати системний та синергетичний підходи до аналізу механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я в умовах підготовки до вступу в ЄС та окреслити перспективи формування нових підходів до вдосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я в Україні. Системний підхід застосовано для аналізу понятійного конструкту «управління у сфері громадського здоров'я», що уможливило: розгляд громадського здоров'я не як набору окремих медичних закладів чи програм, а як складної, динамічної системи, що взаємодіє з широким соціально-економічним та політичним контекстом; уникнення фрагментації управління та забезпечило комплексне бачення проблем й окреслення перспектив формування нових підходів до вдосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я в Україні в контексті євроінтеграції. Використання інституційного підходу зумовлено необхідністю дослідження особливостей реалізації концептуальних засад публічного управління у сфері громадського здоров'я. Синергетичний підхід використано для розгляду ефективності публічного управління не як наслідку жорсткого централізованого контролю, а як результату сприятливих умов для саморозвитку, взаємодії та координації всіх учасників сфери громадського здоров'я.

З метою вивчення рівня розробленості проблеми у вітчизняній і зарубіжній літературі, для аналізу наукових та нормативно-правових джерел з досліджуваної теми застосовано методи логічного узагальнення, порівняння, систематизації. Прогностичний метод використано для узагальнення отриманих результатів дослідження ефективності управлінських механізмів у сфері громадського здоров'я.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у вирішенні наукового завдання щодо розвитку теоретичних засад та обґрунтування науково-прикладних рекомендацій з удосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я.

Наукова новизна результатів дослідження розкривається в таких положеннях:

вперше:

– розроблено модель вдосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я, що охоплює сегменти управлінської діяльності: інфраструктурний та технічний (компоненти: інтеграція медичних баз даних, автоматизація збору даних, кіберзахист та безпека даних); аналітичний та прогностичний (компоненти: предиктивне моделювання, виявлення аномалій, геоінформаційний аналіз); управлінсько-методологічний (компоненти: автоматичне сповіщення, цифрова звітність, стандартизація даних, створення алгоритмів реагування) та запропоновано конкретні заходи її реалізації;

удосконалено:

– цілісну стратегію вдосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я в Україні, основними векторами якої визначено: цифрову трансформацію як фундамент сучасного адміністрування, метою якого є мінімізувати людський чинник та корупційні ризики; децентралізація та субсидіарність, що спрямована на посилення спроможності громад, розвиток ЦНАПів; реформа кадрового забезпечення публічного управління з опертям на принцип «управління ефективно»

настільки, наскільки професійними є люди, які в ньому працюють»; відкритість та партисипація – залучення громадян, громадських організацій та бізнесу до процесу прийняття державних чи управлінських рішень (електронна демократія: інструменти петицій, громадських бюджетів та онлайн-консультацій; прозорість щодо даних про бюджетні витрати та закупівлі; антикорупційний моніторинг; орієнтація на результат; відхід від бюрократичних процедур до вирішення конкретних проблем та спрощення процедур (реінжиніринг адміністративних процесів з метою усунення зайвих довідок та кроків); забезпечення можливості швидкої адаптації нормативної бази під виклики часу – пандемії, кризові стани тощо).

– концептуальні підходи до управління у сфері громадського здоров'я, змодельовано концепцію зі структурними елементами – чітке розмежування функцій, доказове та результативне управління, цифрова трансформація механізмів управління у сфері громадського здоров'я, міжсекторальна та міжнародна координація;

набуло подальшого розвитку:

– дефініція поняття «механізм публічного управління у сфері громадського здоров'я», запропоновано авторську інтерпретацію його як «динамічний алгоритм взаємодії держави, інститутів громадянського суспільства та приватного сектору, спрямований на моніторинг та аналіз стану здоров'я нації, мінімізацію біологічних, екологічних і соціальних ризиків, а також на забезпечення резильєнтності національної системи охорони здоров'я з метою превентивного впливу на детермінанти здоров'я населення»;

– конкретизація шляхів удосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я в Україні в контексті євроінтеграції з визначення перспектив формування нових підходів.

Теоретичне значення одержаних результатів полягає в: поглибленні концептуальних засад публічного управління у сфері громадського здоров'я в умовах цифровізації та глобальних викликів; у розширенні понятійно-

категоріального апарату – формулюванні авторського тлумачення механізму публічного управління у сфері громадського здоров'я, що трансформує розуміння цієї категорії від статичної системи до динамічного алгоритму взаємодії та вводить у науковий обіг акцент на «резильентності» та «превентивності» як засадничих характеристиках сучасного адміністрування; в обґрунтуванні концептуальних підходів та побудові моделі вдосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я, що охоплює сегменти управлінської діяльності (інфраструктурний та технічний, аналітичний і прогнозний, управлінсько-методологічний); в розробці цілісної стратегії вдосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я в Україні; в обґрунтуванні парадигми субсидіарності та партисипації в контексті публічного управління у сфері громадського здоров'я – що розширює теорію публічного управління в напрямі електронної демократії та реінжинірингу адміністративних процесів.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що розроблені й обґрунтовані в дисертації наукові положення, висновки й рекомендації становлять теоретичну і методологічну основу для практичного вдосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я. Висновки та рекомендації, сформульовані в дисертації, можуть слугувати підґрунтям для розробки нового практичного підходу до вдосконалення публічного управління у сфері громадського здоров'я.

Результати дослідження використано в роботі Київської обласної ради (довідка від 08.04.2026 р. № 878/08/ЗВ); у роботі Комунального некомерційного підприємства Київської обласної ради «Київська обласна клінічна лікарня»; в освітньому процесі Класичного приватного університету під час викладання навчальних дисциплін: «Державне управління», «Управління в державних інституціях», «Управління ресурсами та антикризове управління» (довідка від 14.05.2025 р. № 375).

Результати, отримані в процесі дослідження, створюють передумови для подальшого вивчення проблематики, змісту, форм та ефективності

механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я. Методологічні розробки, представлені в дисертації, можуть бути використані в процесі опрацювання нових та під час оновлення існуючих навчальних курсів з підготовки й підвищення кваліфікації здобувачів вищої освіти другого (магістерського) за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування», а також у ході написання навчальних посібників з публічного управління сферою громадського здоров'я.

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є самостійним науковим дослідженням. Основні ідеї та розробки дисертації, у тому числі й ті, що характеризують наукову новизну, мету і завдання, методологічні засади й методичні підходи до їх вирішення, належать особисто авторові.

Апробація результатів дисертації. Основні положення та результати дисертаційної роботи було оприлюднено на науково-практичних конференціях, у тому числі за міжнародною участю: міжнародній науково-практичній конференції «Публічне управління в Україні: виклики та перспективи» (27–28 жовтня 2023 р., м. Запоріжжя); міжнародній науковій конференції «Modern strategies of sustainable development of the state and society in the context of global challenges» (2–3 серпня 2023 р., м. Влоцлавек, Польща); VIII міжнародній науково-практичній конференції «Perspectives of contemporary science: theory and practice (16–18 вересня 2024 р., м. Львів); міжнародній науково-практичній конференції «Від теорії до практики в управлінні та врядуванні» (20 червня 2024 р., м. Київ); XI Міжнародній заочній науково-практичній конференції «Формування ефективних механізмів державного управління та менеджменту в умовах сучасної економіки: теорія і практика (24 листопада 2023 р., м. Запоріжжя).

Публікації. Загальні положення та зміст дисертації відображено у 9 публікаціях, зокрема 4 статті – у наукових фахових виданнях з державного управління, 5 – тези доповідей науково-практичних конференцій за міжнародною участю.

Структура й обсяг дисертації. Робота складається зі вступу, трьох

розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Загальний обсяг роботи становить 270 сторінок, основний текст – 217 сторінок. Робота містить 34 таблиці та 3 рисунки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

1.1. Державницький та історичний аспекти проблеми публічного управління у сфері громадського здоров'я

Здоров'я нації – це не вузькогалузеве завдання сфери охорони здоров'я, а наскрізний національний та стратегічний пріоритет, який безпосередньо визначає стійкість, обороноздатність та довгострокову конкурентоспроможність держави, тому успішність державної політики в цій сфері є критичним чинником національної безпеки.

Рівень громадського здоров'я є критично важливим показником національної безпеки розвиненої держави, оскільки здорове населення є фундаментом стабільного економічного розвитку, соціальної злагоди та обороноздатності. Низький рівень здоров'я створює пряму загрозу економічній стійкості: хворе населення втрачає продуктивність, а високі показники захворюваності, інвалідності та передчасної смертності призводять до значних економічних втрат через зменшення робочої сили, зниження ефективності праці та зростання витрат на медицину [12, с. 27].

У контексті парадигми громадського здоров'я, орієнтованої на проактивне відтворення вітального капіталу нації, індивідуальний рівень соматичного та ментального благополуччя особистості трансформується у фундаментальну детермінанту суспільного добробуту. Відповідно до концептуальних засад публічного управління у сфері охорони здоров'я, індивідуальне здоров'я розглядається як невід'ємний складник національного надбання, що зумовлює інтеграцію приватних інтересів щодо підтримання життєздатності індивіда в загальну систему державних векторів, спрямованих на зміцнення адаптивного потенціалу соціуму та реалізацію

цілей сталого розвитку.

Забезпечення здоров'я населення є вирішальним для подолання демографічної кризи та підтримки соціального капіталу, адже існує прямий зв'язок між ефективною здоров'язбережувальною політикою та показниками народжуваності та тривалості життя. Якісне громадське здоров'я сприяє зниженню рівня передчасної смертності та формує сприятливі умови для планування родини, а здорова нація загалом – це основа для відновлення та стабілізації демографічної структури. Курс України на євроінтеграцію є потужним, незворотним каталізатором трансформації публічного управління сферою громадського здоров'я та модернізації управлінських, законодавчих та інституційних механізмів відповідно до стандартів Європейського Союзу.

Здоров'я нації – це показник цивілізованості держави, що відображає рівень її соціально-економічного розвитку, головний критерій доцільності й ефективності всіх сфер діяльності людини[55, с. 3].

Різним аспектам проблеми управління в системі охорони здоров'я загалом присвятили свої наукові праці багато вітчизняних вчених Т. Авраменко (управління трансформаціями у сфері охорони здоров'я) [6], Л. Батіг (зв'язки з громадськістю в контексті інформаційного супроводу реформи системи охорони здоров'я в Україні) [3], М. Білинська (парадигмальний підхід до інновацій у державному управлінні сферою охорони здоров'я в Україні; управління для забезпечення здоров'я як нова стратегія в державному управлінні [6–9]), К. Вишньовська (проблеми реформування системи охорони здоров'я в Україні [26]), С. Вовк (управлінські механізми трансформацій у сфері охорони здоров'я [27]), Д. Гайдаш (зарубіжний досвід у сфері охорони здоров'я [32–33]), Д. Карамишев (регулювання інноваційних процесів у системі охорони здоров'я; принципи функціонування системи охорони здоров'я [66–68]), В. Пашков правові аспекти державного регулювання системи охорони здоров'я [80–81], П. Покатаєв (основи публічного управління та адміністрування [113–114]), Я. Радиш (характеристика державної політики у

сфері охорони здоров'я; генеза і перспективи розвитку державного управління охороною здоров'я в Україні [40–41; 43], В. Рудий (державне регулювання автономізації закладів охорони здоров'я в умовах реформування галузі охорони здоров'я в Україні; законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні [150–151]), І. Хожило (механізми формування та реалізації державної політики України у сфері профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу; вдосконалення механізмів державно-громадського управління соціально небезпечними хворобами в Україні [166–168]) та ін.

Сферу громадського здоров'я та особливості публічного управління нею розглядали М. Білинська (прогнозування впливу політичних рішень на громадське здоров'я [9]), В. Будзин (формування та реалізація державної соціально-економічної політики у сфері громадського здоров'я [17]), Я. Жовнірчик (сутність поняття «громадське здоров'я» [53]), В. Миронюк (Всесвітня організація охорони здоров'я про систему громадського здоров'я [155]), В. Князевич (перспективи розвитку публічного управління у сфері громадського здоров'я України [72]), С. Кравченко (державно-управлінський аспект у визначенні сутності громадського здоров'я [66]), Ф. Криничко (громадське здоров'я як суспільне благо [80]), В. Ляшко (представлення реформи системи громадського здоров'я на національному, регіональному та місцевому рівнях [88]), Н. Рингач (громадське здоров'я як чинник національної безпеки [147]), І. Солоненко (державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні [157]), І. Хожило (удосконалення механізмів державно-громадського управління соціально небезпечними хворобами в Україні [168]); О. Штиршов та Я. Жовнірчик (громадське здоров'я через призму досягнення цілей сталого розвитку в галузі охорони здоров'я України [41]) та інші.

Питання зарубіжного досвіду у сфері охорони здоров'я, зокрема публічного управління у сфері громадського здоров'я висвітлювали дослідники О. Білянський [проблема вибору та пріоритетності інтеграційного

вектора Республіки Польща [10]), С. Бочаров громадське здоров'я Польщі на шляху до ЄС [16]), М. Бучкевич (досвід медичного страхування у зарубіжних країнах [20]), Д. Гайдаш (державно-управлінські механізми реформи системи охорони здоров'я Польщі в умовах підготовки до вступу в ЄС) [33]), Л. Клос (американський досвід соціальної роботи у сфері громадського здоров'я [71]), О. Мотайло (зарубіжний досвід державного управління у сфері охорони здоров'я [98]) та ін.

У «Концепції розвитку системи громадського здоров'я в Україні» [141] задекларовано, що здоров'я населення є однією з найбільших цінностей, необхідною умовою для соціально-економічного розвитку країни, а система громадського здоров'я – це комплекс інструментів, процедур та заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, збільшення тривалості активного та працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства.

У державній політиці громадське здоров'я визнано критичною цінністю. Однак, історія української системи охорони здоров'я демонструє інше: її основною функцією тривалий час було надання медичної допомоги хворим. Завдання ж профілактики, збереження та зміцнення існуючого здоров'я громадян не отримало належного пріоритету [14].

В історичному контексті Україна успадкувала централізовану радянську модель і перебуває на етапі її трансформації в сучасну європейську систему. Можна виокремити такі основні етапи проблеми публічного управління сферою громадського здоров'я в Україні:

1) перший етап – додержавний та ранній державний (Київська Русь – XIX ст.): всі заходи щодо здоров'я громадян були пов'язані переважно з релігійними інституціями, зокрема монастирями, що надавали допомогу, та першими санітарними нормами в містах (утилізація відходів, чистота води тощо), за часів козацької доби управління здоров'ям (лазарети, контроль за епідеміями) часто було частиною військового та міського самоврядування;

під час перебування у складі російської та Австро-угорської імперії (XVIII–XIX ст.) відбувалося поступове впровадження імперських медично-поліцейських статутів, уже з'явилися губернські та повітові лікарі (земська медицина на Лівобережжі), які займалися статистикою, санітарним наглядом та боротьбою з епідеміями.

2) другий етап – спроба національного будівництва (1917–1920 рр.), зокрема, перша спроба створення централізованого державного управління сферою здоров'я (у травні 1918 р. гетьман П. Скоропадський створив Міністерство народного здоров'я та опіки, яке очолив В. Любинський, що стало першим профільним відомством в історії України), управлінська структура складалася з департаментів (медичний, санітарний, опіки), метою такого заходу було централізувати управління лікарською, санітарною справою та соціальним захистом, що стало прототипом для майбутніх міністерств, але на цьому етапі управління сферою громадського здоров'я мало переважно локальний та реактивний характер, оскільки було зосереджено на гігієні та контролі за поширенням епідемій;

3) третій етап – радянський або семашківський (1920–1991 рр.) – так звана централізована вертикаль (публічне управління сферою громадського здоров'я в УРСР ґрунтувалося на моделі Семашка), що характеризувалася: надмірною централізацією, тобто вся система, включно з фінансуванням, нормативами та кадровими рішеннями, жорстко контролювалася з Москви та через вертикаль Міністерства охорони здоров'я; домінуванням лікування, хоча декларувався пріоритет профілактики, фінансові та кадрові ресурси переважно концентрувалися в лікарняному секторі, стаціонарних лікарнях; функціонуванням санітарно-епідеміологічної служби (СЕС) як основного інструмента державного адміністрування у сфері громадського здоров'я, оскільки ця служба мала широкі повноваження (контроль, нагляд, протиепідемічні заходи) і була чітко відокремлена від лікувальних установ, керувалася нормативною базою, що була обов'язковою для виконання всіма секторами; відсутністю економічних стимулів та низькою гнучкістю,

орієнтованістю на забезпечення доступності (за географічним принципом), але не на якість чи ефективність – у цьому й полягала проблема управління;

2) другий етап – перші роки Незалежності України (1991–2014 рр.) – характеризувався інертністю, деградацією та спробами точкових реформ, що виявлялося в таких проявах: управлінська структура МОЗ та мережа СЕС майже не змінилися, але втратили фінансування та ефективну вертикаль; настанням кризи фінансування, переходом до ринкової економіки, що призвело до хронічного недофінансування галузі, а за кількістю ліжок, а не за результатами фінансування було залишковим; поглибленням розриву між лікувальною медициною та громадським здоров'ям, оскільки санітарно-епідеміологічна служба поступово втрачала свій адміністративний вплив на інші сектори, а фінансування профілактики скорочувалося, що зумовило реформу, яка розпочалася на початку XXI ст. (перехід до сімейної медицини), але реформаторські кроки в цей період були пілотними, несистемними й не торкнулися фундаментальних механізмів фінансування та управління;

3) третій етап – комплексна трансформація (з 2014 р. – по цей час), який характеризувався початком комплексної реформи, спрямованої на перехід від моделі Семашка до європейської моделі публічного управління здоров'ям, спочатку – розмежуванням функцій санітарно-епідеміологічної служби та Центру громадського здоров'я (ЦГЗ), а потім – ліквідацією СЕС (2014–2017 рр.), тобто ліквідацією жорсткої адміністративної вертикалі контролю; створенням замість СЕС Центру громадського здоров'я МОЗ України (2015 р.) як управлінського, експертного й аналітичного центру. Замість контрольно-наглядового органу, що стало відображенням переходу від примусу до партнерства та наукової експертизи.

Приєднання України у 2019 р. до глобальних ініціатив сталого розвитку та адаптація Цілей сталого розвитку ООН стали ключовим етапом для досліджень у сфері громадського здоров'я, що дало змогу ефективніше реалізовувати комплексні стратегії соціального, економічного та екологічного розвитку. В цей період розпочалася й масштабна реформа медичної галузі,

що є частиною зусиль держави з виконання цілей сталого розвитку, зокрема забезпечення здоров'я та благополуччя для всіх у будь-якому віці, прийнятої ООН у 2015 р. як частини Глобального порядку денного у сфері сталого розвитку до 2030 р. і спрямованої на доступність та якість медичних послуг, на комплексне покращення якості життя людей у всьому світі.

Основні напрямки, які охоплює ЦСР 3, включають: зменшення смертності (зниження материнської смертності; мінімізація смертності дітей віком до 5 років); боротьба з хворобами (подолання епідемій ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, малярії та інших інфекційних захворювань; зниження передчасної смертності від неінфекційних захворювань (серцево-судинні, рак, діабет тощо) через профілактику та лікування); загальний доступ до послуг (забезпечення загального охоплення медичними послугами, з метою надання кожному необхідної допомоги без значних фінансових труднощів; забезпечення доступу до безпечних, ефективних, якісних та доступних основних лікарських засобів та вакцин); зменшення ризиків лікування вживання психоактивними, наркотичними речовинами, алкоголь.

У «Представленні реформи системи громадського здоров'я. Національний, регіональний та місцевий рівні» [88] В. Ляшом (з 2021 р. міністром охорони здоров'я) було вказано на основні завдання на Національному рівні (визначення пріоритетів громадського здоров'я, біобезпека, розробка та моніторинг державних програм, що включає в себе епіднагляд, реагування на надзвичайні ситуації національного значення, керівництво зі створення регіональних центрів), функції Регіональних центрів громадського здоров'я (розробка та втілення Регіональних програм громадського здоров'я, координація дій у сфері громадського здоров'я та моніторинг), відповідно до цих функцій за регіональним рівнем були закріплені інформаційні компанії. За громадою закріплено просування принципів здорового способу життя, консультування, проведення вакцинації та запобігання соціально значущим хворобам (туберкульоз, ВІЛ) [там само].

Ці реформи безпосередньо впливають на рух України до сталого розвитку, оскільки поліпшення доступу до медичних послуг, модернізація інфраструктури та зміцнення системи охорони здоров'я позитивно позначаються на соціальних показниках, забезпечуючи здоров'я населення та знижуючи нерівність у доступі до медичних послуг [212].

Вивчення еволюції управління сферою громадського здоров'я дає змогу зрозуміти, чому сучасна система має певні недоліки (історичний перекис у бік лікування, а не профілактики) та як ці недоліки можна усунути, повертаючи управлінський фокус до первинних профілактичних функцій (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

**Порівняльна характеристика особливостей історичних етапів
управління сферою громадського здоров'я**

Історичний етап	Ключовий виклик	Управлінський фокус
Доіндустріальний (епоха карантинів)	Чума, холера, віспа	Екстрене реагування та ізоляція, застосування поліцейських заходів (карантини, огляди) для контролю за поширенням
Кінець XIX–початок XX ст. (епоха санітарної реформи)	Інфекції, пов'язані з урбанізацією та антисанітарією	Санітарний контроль та гігієна, створення санітарних служб, очищення води, централізована каналізація, формування перших державних інститутів охорони здоров'я
Середина XX ст. (епоха біомедичної моделі)	Боротьба з інфекціями (антибіотики), початок боротьби з хронічними хворобами	Лікування та розширення мережі лікарень, домінування клінічної медицини над профілактикою

Продовження таблиці 1.1

Сучасний етап (кінець XX–XXI ст.)	Неінфекційні хвороби, глобальні пандемії, біологічна безпека	Системне громадське здоров'я, акцент на профілактиці хвороб, управління ризиками, зміцнення здоров'я, координація між секторами
-----------------------------------	--	---

Доцільно зазначити, що радянський період управління сферою громадського здоров'я характеризувався формуванням єдиної, централізованої та безоплатної державної системи (система Семашка), орієнтованої на ідеологію громадського (на протигагу приватному) здоров'я, але з жорстким адміністративним контролем, що призводило до таких наслідків і особливостей:

- пріоритет масових профілактичних заходів, тобто акцент робився на санітарно-епідеміологічному благополуччі, боротьбі з інфекційними захворюваннями, диспансеризації та охопленні великих груп населення (трудових колективів, дітей);

- відсутність економічних стимулів та конкуренції – оскільки система була повністю державною і безоплатною, вона не мала потреби у внутрішній конкуренції чи орієнтації на задоволення індивідуальних потреб пацієнтів, що могло призводити до зниження якості послуг у деяких ланках⁴

- залишковий принцип фінансування, тобто, незважаючи на ідеологічне значення, фінансування галузі охорони здоров'я часто здійснювалося за залишковим принципом, що негативно позначалося на матеріально-технічній базі лікарень та рівні оплати праці медичного персоналу;

- політизація та ідеологічний тиск, тобто медична наука та практика перебували під жорстким ідеологічним контролем (наприклад, боротьба з генетикою чи вплив теорій типу лисенківщини), що обмежувало розвиток передових досліджень та впровадження інновацій;

– високий ступінь доступності (географічної та фінансової), кожен громадянин мав гарантований доступ до мінімального набору медичних послуг незалежно від місця проживання чи соціального статусу, що було однією з основних переваг цієї системи.

Система була більше орієнтована на лікування хвороб, аніж на активну підтримку здорового способу життя на індивідуальному рівні (хоча пропаганда і профілактика епідемій були сильними)..

Як відомо, система Семашка передбачала впровадження принципів державного планування, універсальності та профілактичної спрямованості, а громадське здоров'я було представлено, як уже зазначалося, потужною санітарно-епідеміологічною службою, що виконувала функції державного санітарного нагляду (контроль за водою, харчуванням, умовами праці), протиепідемічної роботи (вакцинація, дезінфекція), гігієнічного навчання та пропаганди здорового способу життя.

На той час управління було повністю централізоване через МОЗ УРСР, що забезпечувало високий рівень охоплення населення медичними послугами та успішну боротьбу з інфекційними хворобами. Така жорстка вертикаль влади була ключовою для реалізації уніфікованих стандартів на всій території республіки, втілюючи концепцію рівного доступу до медичної допомоги, однак, централізований контроль призвів до неефективності, надмірної бюрократизованості та відставання технологій.

Аспекти функціонування системи громадського здоров'я та охорони здоров'я в Україні до 2014 р. відображено в таблиці 1.2.

Таблиця 1.2

Аспекти функціонування сфери громадського здоров'я та системи охорони здоров'я в Україні до 2014 р.

Аспект	Характеристика адміністрування
Управління закладами	Жорстка підпорядкованість, управління через бюджетний кошторис, заклади охорони здоров'я – бюджетні установи

Продовження таблиці 1.2

Громадське здоров'я	Домінування санітарно-епідеміологічної служби з контрольно-наглядовими та адміністративно-примусовими функціями
Фінансування	Утримання інфраструктури (ліжко-місць) незалежно від обсягу та якості наданих послуг
Відповідальність	Політико-адміністративна відповідальність чиновників за дотримання нормативів, а не за результати здоров'я населення

Після 2014 р. реформа в галузі охорони здоров'я докорінно змінила управлінську модель, запровадивши ключові інструменти, зокрема, управління лікарнями перетворилося з бюджетного адміністрування на управління підприємством; перетворивши заклади охорони здоров'я з бюджетних установ на комунальні некомерційні підприємства (КНП), які отримали фінансову та управлінську автономію, а керівники стали менеджерами, які відповідають за ефективність, фінансову стійкість, якість послуг та конкурентоспроможність. Їхніми власниками стали органи місцевого самоврядування, до яких перейшли повноваження з управління інфраструктурою, планування розвитку та призначення керівників.

Реформа фінансового адміністрування стала ключовим інструментом публічного управління, який розірвав прямий зв'язок між Міністерством охорони здоров'я та фінансуванням закладів охорони здоров'я. в той час було засновано Національну службу здоров'я України НСЗУ як єдиний стратегічний закупівельник медичних послуг, фінансування почало здійснюватися за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», що відбувалося через договори про медичне обслуговування.

Інструментами публічного управління в цей період стають контрактування (використання контрактів з чіткими вимогами до якості та обсягу послуг замість бюджетного кошторису) та моніторинг (НСЗУ

моніторить виконання контрактів та якість, що стимулює заклади до ефективності).

Управлінська модель щодо громадського здоров'я змінила фокус із боротьби з епідеміями на формування політики здоров'я (табл. 1.3).

Таблиця 1.3

**Порівняльна таблиця складників моделі управління сферою
громадського здоров'я в Україні до і після 2014 р.**

Стара модель (адміністрування)	Нова модель (публічне управління)
Інституція – Санітарно-епідеміологічна служба	Інституція – Центр громадського здоров'я МОЗ України та його регіональні філії
Основний інструмент – адміністративний нагляд та приписи	Основний інструмент – дані та політика (епідеміологічний нагляд, моніторинг неінфекційних хвороб, аналіз даних)
Мета – контроль за дотриманням санітарних норм	Мета – розробка та впровадження національних програм зміцнення здоров'я, що базуються на доказах

Це означає, що управління сферою громадського здоров'я наразі більше залежить від аналізу даних, розробки ефективних програм та міжсекторальної співпраці (з освітою, соціальною сферою, екологією), а не від адміністративного контролю.

Після здобуття незалежності система зіткнулася з фінансовими проблемами та кризою управління, що вимагало фундаментальних реформ, оскільки система успадкувала радянську інфраструктуру та принципи, але без належного фінансування, а реформи були фрагментарними та переважно косметичними, зберігалось домінування адміністративного керівництва, тбто командно-розподільчого методу над принципами публічного управління. СЕС продовжувала функціонувати як основний інструмент громадського

здоров'я. І вже тільки з 2014 р. розпочалася комплексна трансформація, що полягала в реформі охорони здоров'я, переході від фінансування ліжко-місць та інфраструктури до фінансування послуг, що стало ключовим управлінським зрушенням. Було створено Національну службу здоров'я України як стратегічного закупівельника медичних послуг як фінансовий інструмент публічного управління, акцент зміщувався на профілактику неінфекційних хвороб та зміцнення здоров'я. Центр громадського здоров'я МОЗ України взяв на себе функції аналітики, моніторингу, навчання та профілактичних програм, замінюючи функції старої СЕС, функції якої після ліквідації передано ЦГЗ, Держпродспоживслужбі та місцевим органам влади.

Орієнтація на модель публічного управління) відбувався через децентралізацію, передачу управління закладами на місцевий рівень, автономізацію закладів охорони здоров'я та впровадження електронних систем для прозорості та ефективності (e-Health).

Перехід від каральної функції до консультативно-аналітичної виявився складним, і ЦГЗ довго боровся за набуття управлінської ваги, було змінено процедуру фінансування, створено у 2018 р. Національну службу здоров'я України (НСЗУ), що виявилось найбільшою управлінською зміною, оскільки НСЗУ стала стратегічним закупівельником послуг, що відокремило функцію МОЗ фінансування від функції формування політики та надання послуг лікарні. Звичайно, це вимагає від лікарень та центрів громадського здоров'я управлінської автономії та необхідності вимірювати результати для отримання фінансування, посилення локального управління шляхом реформи децентралізації передала значні повноваження та фінансову відповідальність за заклади охорони здоров'я місцевим територіальним громадам, але ці заходи підвищили роль місцевої влади як ключового суб'єкта публічного управління сферою громадського здоров'я (міжсекторальна співпраця на локальному рівні).

Закон України «Про систему громадського здоров'я» [139] закріпив перехід від контрольно-примусової до аналітико-прогностичної

управлінської моделі, де рішення приймаються на основі даних. Закон запроваджував чітку структуру та ієрархію, визначаючи ролі та відповідальність центральних та місцевих органів влади, медичних установ, центрів контролю та профілактики хвороб, а також інших залучених сторін, відбувалося чітке інституційне оформлення та посилення можливостей ЦКПХ, які стають операційними центрами системи, відповідальними за епідеміологічний нагляд, лабораторний контроль, моніторинг та реагування на загрози.

Закон стає відповіддю на виклики, які чітко продемонструвала пандемія COVID-19 та інші епідемічні загрози, акцент перемістився на раннє виявлення та реагування захворювань, запроваджувався сучасні механізми епідеміологічного нагляду, що дозволяють швидше виявляти спалахи інфекційних та неінфекційних хвороб та ефективно на них реагувати. Також чітко визначено правові основи для здійснення обов'язкових профілактичних заходів, карантину, обсервації та ізоляції, що є критично важливим для стримування поширення інфекцій, значна увага приділяється питанням біологічної безпеки та біозахисту, включаючи поводження з небезпечними біологічними агентами та забезпечення готовності до надзвичайних ситуацій.

Історія створення Центру громадського здоров'я МОЗ України є ключовим етапом трансформації системи громадського здоров'я в Україні та переходом від застарілого радянського адміністрування до сучасної моделі публічного управління. ЦГЗ було створено в процесі реорганізації старих інституцій, що виконували функції громадського здоров'я, зокрема Державної санітарно-епідеміологічної служби. Створення Центру громадського здоров'я було зумовлено важливими чинниками:

- 1) неефективність СЕС, яка успадковала від радянського періоду, мала занадто великі, часто дублюючі, апаратні та лабораторні структури та була орієнтована переважно на адміністративний нагляд і примус (санітарні приписи), а не на аналітику, політику та профілактику неінфекційних захворювань;

2) глобальні виклики, які проявлялися у зростанні тягаря неінфекційних захворювань (серцево-судинні, онкологія, діабет), що вимагало системного управлінського підходу, заснованого на формуванні здорового способу життя та боротьбі з чинниками ризику, що не входило до пріоритетів СЕС;

3) міжнародні зобов'язання, створення сучасного центру громадського здоров'я – частина зобов'язань України в межах Угоди про асоціацію з ЄС (імплементация європейських стандартів і найкращих практик).

Центр громадського здоров'я було створено у кілька етапів (2015–2017 рр.), а саме:

- прийняття рішення про створення ЦГЗ (2015 р.) – у вересні 2015 р. Кабінет Міністрів України видав Розпорядження № 909-р, яким дозволив Міністерству охорони здоров'я (МОЗ) створити державну установу – Центр громадського здоров'я; на виконання цього розпорядження МОЗ України було видано Наказ № 604 про утворення Державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»;

- реорганізація та становлення (2016 р.) – ЦГЗ було сформовано шляхом злиття та реорганізації кількох державних підприємств, установ та організацій, які раніше займалися окремими аспектами здоров'я, зокрема боротьбою з ВІЛ/СНІД, туберкульозом, а також науково-практичними дослідженнями – основною метою було сформувати інституцію, яка б виконувала 10 основних оперативних функцій громадського здоров'я, орієнтуючись на досвід американських та європейських центрів громадського здоров'я; у червні 2016 р. установу було офіційно зареєстровано в Єдиному державному реєстрі;

- заміна СЕС та розширення мережі (2017 р.) – процес реорганізації функцій старої системи був складним і тривав кілька років (ліквідація СЕС, остаточне розділення функцій Державної санітарно-епідеміологічної служби – контрольні-наглядові функції (перевірки безпеки харчових продуктів, санітарний контроль) передано Держпродспоживслужбі, епідеміологічний

нагляд, аналітика, розробка профілактичних програм та лабораторна мережа поступово перейшли до сфери управління ЦГЗ та новостворених регіональних центрів громадського здоров'я);

– сучасний етап (2022 – дотепер) – нова законодавча основа – з метою остаточного впровадження сучасної управлінської моделі, у 2022 р. (введений в дію з жовтня 2023 р.) було ухвалено Закон України «Про систему громадського здоров'я», який запровадив на законодавчому рівні поняття «громадське здоров'я» та чітко розмежував повноваження всіх суб'єктів, визначив ЦГЗ головною експертною установою у сфері громадського здоров'я, задекларував створення нової мережі Центрів контролю та профілактики хвороб на регіональному рівні, які є підпорядкованими МОЗ структурами і, по суті, замінили старі філії СЕС, але з новими функціями.

На відміну від СЕС, яка була інструментом адміністрування, ЦГЗ є інструментом публічного управління. Його основними функціями є стратегічне керівництво (розробка національних стратегій і програм профілактики – ВІЛ, туберкульозу, неінфекційні хвороби), епідеміологічний нагляд, збір, аналіз даних та прогнозування ризиків для здоров'я населення (це – основа для ухвалення управлінських рішень) та формування державної політики у сфері громадського здоров'я, надання МОЗ доказової бази для розробки нових законів та регуляторних актів в галузі охорони здоров'я.

Загалом, історія ЦГЗ в Україні – це історія якісного управлінського переходу від застарілої контролюючої служби до сучасної, аналітичної та профілактично орієнтованої державної інституції.

Історія центру громадського здоров'я – це управлінська трансформація, в якій архаїчний, командно-адміністративний механізм Санітарно-епідеміологічної служби був замінений на сучасну модель публічного управління, орієнтовану на дані, доказовість та міжсекторальну співпрацю. Було змінено головний інструмент управління, оскільки в застарілій моделі домінував адміністративно-контролюючий примус (приписи штрафи), який реалізувався через СЕС, що діяла як карально-контролюючий орган, її

управлінський вплив базувався на заборонах, інспекціях та санітарному нагляді, контролі за дотриманням нормативів (чистота води, якість продуктів) у закладах, а не на результатах здоров'я населення. Система була ефективною для боротьби з інфекційними хворобами (зокрема, проводилася масова вакцинація), але абсолютно неефективною для профілактики неінфекційних захворювань, оскільки не могла впливати на поведінку та соціальні детермінанти здоров'я (куріння, харчування, спосіб життя).

Сучасна модель управління сферою громадського здоров'я є аналітичне та політико-орієнтовано спрямованою, інструментом управління стали дані та доказова база, тобто ЦГЗ виконує функції епідеміологічного нагляду та соціально-гігієнічного моніторингу, збираючи, аналізуючи й інтерпретуючи інформацію (рівень ВІЛ, туберкульозу, поширеність неінфекційних захворювань). Відбувається надання МОЗ обґрунтованих рекомендацій для формування політики та національних програм, причому його вплив здійснюється через стратегічне планування та комунікацію, а не примус. Це посилює здатність впливати на масштабніші управлінські рішення (наприклад, політика контролю над тютюном, програми скринінгу), що є ознакою якісного публічного управління.

Центр громадського здоров'я створювався як профілактично орієнтована інституція, що втілює сучасне розуміння зміцнення здоров'я та виконує функції розробки цільових програм з профілактики ВІЛ/СНІД, туберкульозу, вірусних гепатитів, НІЗ, а ці програми вимагають складного управління проєктами, співпраці з громадськими організаціями та міжнародними донорами (глобальний фонд, ВООЗ), що є ознакою сучасного публічного менеджменту. Центр громадського здоров'я використовує освітні та комунікаційні кампанії для впливу на індивідуальну та суспільну поведінку, замінюючи адміністративну заборону на усвідомлений вибір.

Важливим у цьому контексті є те, що створення ЦГЗ стало кроком до інституційної гармонізації української системи громадського здоров'я зі світовими стандартами, адже побудований за зразком успішних міжнародних

інституцій (на кшталт CDC – у США та ECDC – у ЄС), що забезпечило перехід до управлінської культури, що ґрунтується на доказах, прозорості та партнерстві.

Оскільки СЕС успадкувала радянську номенклатурну систему, вона була забюрократизована, її лабораторна мережа часто не відповідала сучасним стандартам якості, а управління було закритою вертикаллю. А нова управлінська логіка полягала в тому, що Центр громадського здоров'я та підпорядковані йому Центри контролю та профілактики хвороб формують мережу, що є не тільки лабораторно-діагностичною, але й аналітично-управлінською, тобто вони інтегровані в систему міжнародного обміну інформацією про хвороби (згідно з Міжнародними медико-санітарними правилами), що є обов'язковим елементом сучасного публічного управління глобальними ризиками. В таблиці 1.4 наведено порівняльну характеристику управлінської парадигми у сфері громадського здоров'я.

Таблиця 1.4

**Порівняльна характеристика управлінської парадигми у сфері
громадського здоров'я**

Аспект	СЕС (застаріле адміністрування)	ЦГЗ (сучасне публічне управління)
Керівний принцип	Нагляд, контроль, примус	Аналітика, політика, доказовість
Основний виклик	Інфекційні хвороби	Неінфекційні хвороби, соціальні детермінанти
Управлінський зв'язок	Закрита вертикаль	Міжсекторальна співпраця, партнерство
Орієнтація	На процес (дотримання правил)	На результат (покращення здоров'я)

У цілому, історія ЦГЗ в Україні відображає успішну, хоч і складну, дерадянізацію управлінських підходів у сфері громадського здоров'я.

Вище зазначене свідчить про те, що історичний розвиток публічного управління в Україні – це шлях від гіперцентралізованого, медико-центричного контролю за часів радянського періоду – до формування децентралізованої, фінансово автономної та експертно-орієнтованої моделі, при якій громадське здоров'я стає самостійною галуззю управління, а не лише додатком до лікування. Тобто історія розвитку сфери громадського здоров'я в Україні є відображенням соціально-політичних змін, вона пройшла шлях від епізодичних санітарних заходів до формування комплексної, хоча й недосконалої, державної системи.

Спостерігався фундаментальний управлінський зсув – від традиційного адміністрування (жорсткого, централізованого, командно-розподільчого управління ресурсами та процесами) – до фокусування на виконанні бюджету та нормативів. Децентралізоване управління сферою громадського здоров'я, орієнтоване на результат, якість та задоволеність громадян, використовує контрактні відносини та фінансові стимули для досягнення цілей, що є основою сучасної української реформи.

Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України є головною установою МОЗ у сфері громадського здоров'я, біологічної безпеки та біологічного захисту.

Структура Центру громадського здоров'я є комплексною та охоплює різні напрямки діяльності, необхідні для реалізації його повноважень, вона затверджується Міністерством охорони з здоров'я України і включає:

- керівництво – директор (генеральний директор) та його заступники;
- адміністративно-управлінський персонал;
- основні підрозділи (департаменти, управління, відділи), які організовуються за основними функціональними напрямками (управління епідеміологічного нагляду (наприклад, окремі відділи по ВІЛ/СНІД, туберкульозу, грипу, імунопрофілактиці, інфекційним хворобам);
- управління неінфекційних захворювань та промоції здоров'я (профілактика хронічних хвороб, здоров'я та безпека середовища);

- управління лабораторних досліджень та біобезпеки (лабораторні центри);
- управління стратегічного розвитку, планування та реагування;
- допоміжні служби – юридичний відділ, відділ кадрів, бухгалтерія тощо.

Чітка та детальна структура (з усіма департаментами та відділами) може змінюватися з часом відповідно до наказів МОЗ України.

Як зазначає відомий учений Д. Карамішев та Н. Удовиченко, охорона здоров'я – це «соціальна система, основною метою якої є боротьба за здоров'я громадян. З одного боку, це – відповідальність щодо запобігання розвитку захворювань і зміцнення здоров'я, формування здорового способу життя. З іншого боку, це – система, метою якої є надання кваліфікованої медичної допомоги на основі визнаних світових традицій та сучасних тенденцій, з використанням останніх досягнень науки і техніки. Фактично в цьому полягає основна сутність функціонування системи, оскільки взяти на себе функції надання медичної допомоги та ліквідації хвороб як таких не можуть ні держава, ні громадяни, ні будь-яка інша соціальна система або галузь економіки» [68, с. 135].

В історичному розрізі відбулася й еволюція підходів до громадського здоров'я та публічного управління цією сферою у контексті світового досвіду. Відбувся кардинальний перехід від лікування до зміцнення здоров'я та профілактики (здорова поведінка, боротьба з неінфекційними хворобами), а посилення ролі публічного управління замість суто адміністративного керівництва відбувався з акцентом на децентралізацію та залучення місцевих громад, міжсекторальну співпрацю (з освітою, соціальною політикою, економікою) та орієнтацію на результат і доказову медицину.

Перед управлінням сферою громадського здоров'я постали нові виклики, пов'язані з суттєвою трансформацією, змінився вектор відповідальності: історично – від індивідуальної (чистота) до державної (санітарний нагляд), а сьогодні – до спільної (держава, громада, особиста відповідальність).

Здійснився перехід від суто адміністративного примусу (карантин, інспекції) до публічного управління з акцентом на мотивацію, комунікацію та стимулювання здорового вибору. Спостерігається еволюція від прямого фінансування медичної інфраструктури (державне адміністрування) до стратегічних закупівель послуг (НСЗУ, що є інструментом публічного управління), тобто, історико-управлінський аспект демонструє, як управління здоров'ям населення поступово перетворилося з вузької санітарної функції на складну міжсекторальну політику, де ключовим є не лише адміністрування лікарень, а й публічне управління соціальними детермінантами здоров'я.

Здоров'я нації є не просто соціальним благом чи гуманітарною цінністю, а й критично важливим економічним активом, адже тільки здорова нація здатна забезпечити високу продуктивність праці (оскільки здоров'я прямо впливає на валовий внутрішній продукт, зменшуючи економічні втрати від хвороб та інвалідності), в також інноваційний потенціал та стійке соціально-економічне зростання – тому від чіткої виваженої політики держави щодо збереження здоров'я громадян є запорукою її процвітання та конкурентоспроможності на світовій арені.

Як зазначає К. Вишньовська, реформа охорони здоров'я, яку проводить та чи інша цивілізована країна, передбачає, насамперед, поліпшення стану здоров'я членів суспільства, підвищення ефективності системи охорони здоров'я та більшу доступність людей до медичних послуг [26].

Проблема збереження та зміцнення здоров'я населення за всіх часів була однією з ключових у суспільстві. Здоров'я нації – це показник цивілізованості держави, що відображає рівень її соціально-економічного розвитку, головний критерій доцільності й ефективності всіх сфер діяльності людини. Наразі в Україні тенденція погіршення здоров'я населення набула загрозливого рівня. Це зумовлено збідненням значної частини населення, погіршенням екологічної ситуації, розповсюдженням здоров'яруйнівних

стереотипів поведінки, зниженням доступності до якісних медичних послуг, здоров'я витратністю сучасної системи освіти [55, с. 3].

Розвиток громадського здоров'я в Україні, за визначенням Д. Самофалова [154], знаходиться на ранній стадії свого розвитку, однак у ній уже можемо простежити три основні етапи.

Перший етап розпочався після підписання Україною як членом ООН угоди про асоціацію між Європейським Союзом та Європейським співтовариством з атомної енергетики, яка мала на меті відпрацювання необхідних стратегічних завдань на рівні держави.

Цей документ мав на меті зобов'язати Україну запровадити заходи щодо захисту здоров'я громадянина як ознаки сталого розвитку суспільства та його економічного зростання. У цей період в Україні створено інституцію – Державну установу «Центр громадського здоров'я МОЗ України», головним завданням якої стала координація відповідних органів державного управління, дотичних до питання громадського здоров'я (система охорони здоров'я, міністерства та відомства, органи місцевого самоврядування, громадські та пацієнтські організації та самі громадяни).

У цей же період Кабінетом Міністрів України відбулося ухвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я (2016 р.), а також затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я (2017 р.).

Упродовж другого етапу відбувається реформа громадського здоров'я на всіх рівнях врядування – національному, регіональному та місцевому. Більше уваги звертається комунікативній моделі між міністерствами, директором громадського здоров'я та громадськістю. З метою впровадження затвердженої політики створюються регіональні ЦГЗ, які об'єднали Центри медичної статистики, Центри здоров'я, Центри моніторингу та оцінки виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу (Центр МіО), лабораторні центри МОЗ [88].

На третьому етапі спостерігається активізація питання щодо недостатньої кількості спеціалістів як у самій галузі обслуговування, так і у сфері підготовки медиків, які будуть працювати у сфері громадського здоров'я. У цей період у навчальних закладах (Ужгородський національний університет, НМАПО ім. П. Л. Шупика, Івано-Франківський національний медичний університет) створюються кафедри, на яких було запроваджено бакалаврську програму «Громадське здоров'я».

Також упродовж цього етапу спостерігається зростання кількості різних шкіл, пов'язаних із вивченням питання громадського здоров'я та проведення тренінгів на їхній базі. Крім того, за визначенням К. Булавіної [18], навчальна робота в Україні проводиться на волонтерських засадах, приватними тренінговими центрами або за кошти міжнародних організацій і не завжди відповідає системному баченню державною стратегії у сфері громадського здоров'я.

Ці кардинальні зміни в державному управлінні сферою громадського здоров'я є фундаментальним елементом загальнонаціональної реформи системи охорони здоров'я та відображають перехід від старої, переважно лікувальної, моделі до сучасної, превентивної та пацієнто-орієнтованої моделі.

Якщо за старої моделі, побудованої за принципом реагування на хвороби, значна частина бюджету, уваги та ресурсів спрямовувалася на лікарні, складні операції та боротьбу з наслідками вже розвинутих захворювань, а відповідальність за здоров'я переважно покладалася на медичні заклади, бо населення залишалося пасивним споживачем послуг, а не активним учасником процесу, сама лікувальна модель була економічно неефективною у довгостроковій перспективі, оскільки лікування запущених хронічних хвороб (серцево-судинні, діабет, рак) вимагало величезних витрат.

З переходом сучасної, превентивної та пацієнто-орієнтованої моделі нове державне управління фокусується на запобіганні, прогнозуванні та персоналізації, відбулася переорієнтація фінансування та зусиль на первинну

профілактику (вакцинація, пропаганда здорового способу життя, скринінгові програми, боротьба з тютюном/алкоголем), посилення епідеміологічного нагляду, моніторингу факторів ризику та швидке реагування на загрози (пандемії, спалахи), адже метою є подолання хвороби ще до її розвитку. Кошти, вкладені в профілактику, заощаджують значно більшу суму на майбутньому дороговартісному лікуванні, а в центрі уваги – людина та її здоров'я. Система створюється навколо потреб конкретного пацієнта, а не навколо існуючої медичної інфраструктури, що включає доступність, якість, повагу та індивідуальний підхід.

Сфера громадського здоров'я працює над підвищенням обізнаності та медичної грамотності, стимулюючи громадян брати особисту відповідальність за своє здоров'я (регулярні обстеження, дотримання рекомендацій, формування здорових звичок). Посилення первинної медичної допомоги (сімейні лікарі) як першої лінії захисту, де здійснюється профілактика, скринінг та управління хронічними станами, запобігаючи госпіталізації.

Як зазначає В. Будзин система громадського здоров'я, що вибудовується, по суті є комплексом заходів щодо спонукання населення до здорового способу життя, вибору та посилення відповідальності кожної людини за своє здоров'я. Однак, важливо враховувати, що сьогодні зосереджено значну кількість факторів, які не залежать від особистого вибору людини, що різномаїтно впливають на її здоров'я і далеко виходять за рамки громадського здоров'я та системи охорони здоров'я в цілому [17].

Отже, впровадження нових підходів у державному управлінні сферою громадського здоров'я є необхідною умовою для досягнення кінцевої мети реформи – покращення здоров'я населення, зменшення рівня захворюваності та смертності від основних неінфекційних хвороб, підвищення тривалості та якості життя, що сприяє зміцненню здорової та продуктивної нації.

Кардинальні зміни в управлінні дають змогу ефективно впливати на ключові показники здоров'я, чітко визначення пріоритетів: спрямування

обмежених ресурсів не на боротьбу з усіма хворобами одночасно, а на ті, що становлять найбільший тягар для нації (наприклад, серцево-судинні захворювання, діабет, рак); систематична профілактика, перехід до довгострокових, науково обґрунтованих національних програм (вакцинація, скринінг, контроль чинників ризику), що знижують інцидентність (кількість нових випадків) та превалентність (загальну кількість випадків) основних неінфекційних хвороб, а зменшення кількості випадків неінфекційних хвороб та рання діагностика їх безпосередньо призводять до зниження показників передчасної смертності та смертності, яку можна було запобігти. Двоєдиний результат, який відображає справжній успіх реформи – підвищення тривалості та якості життя, адже якщо держава ефективно контролює основні ризики (гіпертонія, куріння, ожиріння), вона збільшує очікувану тривалість життя населення.

Отже, нові управлінські підходи акцентують увагу на програмах реабілітації, підтримки психічного здоров'я та створенні здорового середовища, що дозволяє громадянам залишатися активними та незалежними якомога довше. Турбота про здоров'я перестає бути лише соціальною витратою і стає двигуном економічного зростання та національної стійкості, оскільки здорова нація – це продуктивна робоча сила, а це знижує навантаження на економіку. Ефективне громадське здоров'я мінімізує колосальні непрямі втрати економіки – втрата податкових надходжень, витрати на соціальні виплати по інвалідності та догляду за хворими, витрати, пов'язані з передчасною смертю кваліфікованих кадрів. Здорова нація є стійкішою до криз, пандемій, тому сучасне публічне управління сферою громадського здоров'я забезпечує готовність до надзвичайних ситуацій, швидкий та ефективний епідеміологічний нагляд, що є критичним для національної безпеки. Ці зміни створюють цикл позитивного впливу – покращення управління сферою громадського здоров'я зумовлює ефективнішу профілактику, що сприяє зміцненню та збереженню здоров'я населення, підвищенню його продуктивності, що робить державу сильнішою.

1.2. Понятійно-термінологічний апарат дослідження проблеми механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я

У сучасних дослідженнях вітчизняний науковий дискурс характеризується фрагментарністю та певною поверховістю у дослідженні комплексної категорії «громадське здоров'я». Такий дефіцит ґрунтовних емпіричних та теоретичних розвідок зумовлює відсутність уніфікованого академічного визначення, що, своєю чергою, призводить до існування множинності інтерпретацій та термінологічних розбіжностей серед науковців і практиків, оскільки наразі недостатньо глибоко опрацьованою та імплементованою, спостерігається дефіцит ґрунтовних емпіричних та теоретичних розвідок.

Проте, попри всю цю методологічну та термінологічну різновекторність і варіативність інтерпретацій та дефініцій, фундаментальна сутність цього поняття залишається незмінною, адже всі його тлумачення збігаються в ключовому аспекті: «громадське здоров'я» має стати стратегічною основою для реформування галузі охорони здоров'я. Цим поняттям інституційно закріплюється кардинально нова філософія публічного управління у сфері громадського здоров'я з акцентом не лише на лікуванні, а й на профілактиці, промоції здорового способу життя та міжсекторальній співпраці для формування здорового середовища для всього населення – з'являється принципово нова управлінська парадигма.

Поняття «громадське здоров'я» вперше отримало тлумачення у 1920 р. Е. Уінслоу, який визначив громадське здоров'я як науку та мистецтво запобігання хворобам, подовження життя та зміцнення здоров'я включно з працездатністю шляхом організованих суспільних зусиль, які спрямовані на: санітарне очищення та поліпшення навколишнього середовища; боротьбу з інфекційними хворобами в суспільстві; навчання населення особистій гігієні та здоровому способу життя; організацію доступних медичних послуг, діагностики та профілактичного лікування; розвиток соціальних механізмів,

що гарантують кожній людині необхідний рівень життя для підтримки її права на здоров'я та довголіття. Громадське здоров'я – це колективний підхід, що поєднує медичні, соціальні та освітні заходи для забезпечення кожному громадянину його природного права на здорове та довге життя [53].

Різні дослідники, організації та епохи наголошували на різних аспектах – від санітарії до соціальної справедливості.

Сучасні підходи розширюють концепцію, включаючи елементи публічного управління та соціальної справедливості, це визначення описує громадське здоров'я через його основні функції, які є стандартом для систем охорони здоров'я у всьому світі:

- громадське здоров'я – це діяльність, яка здійснюється шляхом виконання трьох основних функцій – оцінка (збір та аналіз даних), формулювання політики (розробка стратегій, заснованих на доказах) та забезпечення (гарантування надання необхідних послуг та програм);

- це зусилля суспільства зі створення умов, у яких люди можуть бути здоровими;

- це робота, спрямована на усунення нерівності у здоров'ї та боротьбу з соціальними детермінантами здоров'я (бідність, житло, освіта), а не лише з біологічними чинниками.

Згідно з Законом України «Про систему громадського здоров'я» [97], громадське здоров'я – це поєднання наукових знань та організованої діяльності спеціалізованих установ (суб'єктів). Метою цієї діяльності є зміцнення здоров'я, запобігання хворобам, а також покращення якості та збільшення тривалості життя населення. А система громадського здоров'я – це комплекс інструментів та застосованих суб'єктами цієї системи заходів, що спрямовані на захист і покращення здоров'я громадян, зниження рівня захворюваності, підвищення якості та тривалості життя, а також забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя в країні. Закон розмежовує поняття «громадське здоров'я» як сферу діяльності та знань і

«систему громадського здоров'я» як організований механізм (набір інструментів), створений для досягнення цих цілей [там само].

У площині вітчизняних наукових досліджень поняття «громадське здоров'я» має різні дефініції, що відображає його комплексність, еволюцію та міждисциплінарний характер. Українські вчені пропонують різні визначення громадського здоров'я, оскільки це – дуже широка сфера, яка постійно розвивається і торкається багатьох наукових галузей.

Окремі тлумачення поняття «громадське здоров'я» представлено в таблиці 1.5.

Таблиця 1.5

Дефініції поняття «громадське здоров'я»

Автор, джерело	Зміст дефініції
Public health services. World Health Organization [34]	Громадське здоров'я – це сфера, в центрі уваги якої – весь спектр здоров'я та благополуччя, а не викорінення лише окремих хвороб, це сукупне здоров'я людей, які проживають на певній території або в державі в цілому
Дж. Ештон [121]	Громадське здоров'я – це наука та мистецтво попередження захворювань, продовження життя та зміцнення здоров'я за допомогою організованих зусиль суспільства
В. Ляшко [103]	Громадське здоров'я – це захист здоров'я, профілактика захворювань і зміцнення здоров'я
С. Кравченко [62]	Громадське здоров'я – постійний і системний процес попередження і подолання захворювань, зміцнення здоров'я і благополуччя населення шляхом застосування широкого спектра заходів аналітичного, організаційного і практичного характеру
Ю. Вороненко [22, с. 19]	Громадське здоров'я – це сукупне здоров'я людей, які проживають на певній території або в державі в цілому

Продовження таблиці 1.5

Ю. Ковбасюк [39]	Громадське здоров'я – комплексна політична, економічна, соціальна і медична категорія, що інтегрує індивідуальне здоров'я громадян, зумовлене дією сукупності політичних, економічних, соціальних і біологічних чинників, визначає демографічний, соціальний, економічний потенціал суспільства, є фактором національної безпеки та об'єктом соціальної політики держави
«Про систему громадського здоров'я» [97]	Громадське здоров'я – це здоров'я населення, зумовлене комплексною дією соціальних, поведінкових і біологічних чинників
Constitution. World Health Organization [124]	Громадське здоров'я – стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів
Я. Жовнірчик, О. Штиршов [41]	Громадське здоров'я – це наука та мистецтво профілактики захворювань, продовження життя і зміцнення здоров'я людини за допомогою організованих зусиль держави, а також усвідомленого вибору суспільства, державних, приватних організацій в цілому. Аналіз здоров'я населення та загроз цьому здоров'ю становить основу громадського здоров'я

Як зазначено в в Статуті ВООЗ [210], поняття «здоров'я» охоплює фізичне, психічне та соціальне благополуччя і не є просто ситуацією коли відсутні хвороби або неміч.

Під громадським здоров'ям можемо розуміти медико-соціальний ресурс і потенціал суспільства, що забезпечує національну безпеку країни, стійкість розвитку суспільства в умовах масштабних геополітичних, техногенних та біологічних викликів та змін. Оскільки громадське здоров'я

розглядаємо як ресурс і потенціал суспільства, тому на нашу думку воно визначає можливість досягнення стратегічних орієнтирів щодо цілей сталого розвитку та національної безпеки країни. З позицій даної методології є важливість дослідження громадського здоров'я що визначається необхідністю вивчення методичних підходів до оцінки його стану за допомогою комплексу показників [53].

Громадське здоров'я є за своєю суттю міждисциплінарною наукою, тому його концепція охоплює не лише суміжні галузі охорони здоров'я, але й інші соціальні сфери та дисципліни. У сучасному суспільстві доступ до ініціатив зі зміцнення та покращення громадського здоров'я з метою забезпечення всеосяжної й інтегрованої медичної допомоги та послуг завжди залишається важливим, але водночас складним завданням.

Незважаючи на різні формулювання, всі дефініції сходяться в наступних ключових характеристиках громадського здоров'я:

- діяльність спрямована на населення або громади, а не на окремого пацієнта;
- проактивність або профілактика, основною метою якої є запобігання виникненню хвороб, а не лише лікування їх;
- колективний характер, що передбачає докладання організованих і колективних зусиль суспільства, держави та інших секторів;
- багатовимірність, що визнає вплив соціальних, економічних та екологічних чинників на здоров'я.

Саме ця різноманітність дефініцій і робить «громадське здоров'я» такою широкою та впливовою сферою публічного управління.

В універсальному визначенні громадське здоров'я – це наука і мистецтво запобігання хворобам, продовження життя та зміцнення здоров'я та працездатності завдяки організованим зусиллям суспільства (санітарії навколишнього середовища, боротьби з інфекційними захворюваннями, навчання особистої гігієни, організації медичних та сестринських послуг для ранньої діагностики і профілактичного лікування захворювань, а також

завдяки розвитку соціального механізму, який забезпечить кожному індивіду в громаді достатній життєвий рівень для підтримки здоров'я.

ВООЗ зосереджується на цілях та результатах діяльності, надаючи таке трактування: «громадське здоров'я – це сукупність усіх організованих заходів (публічних та приватних), спрямованих на попередження захворювань, зміцнення здоров'я та продовження життя населення в цілому».

Як бачимо, поняття «громадське здоров'я» в усіх його тлумаченнях передбачає кардинально новий підхід до організації та управління охороною здоров'я на державному рівні, принципово інший, сучасний погляд на державне управління сферою охорони здоров'я, що підтверджує необхідність упровадження принципово нової парадигми в державному управлінні сферою громадського здоров'я.

Учені визначають співвідношення між національною системою охорони здоров'я та громадським здоров'ям: національна система охорони здоров'я – це комплексна та динамічна система, яка керує, фінансує та організовує наявні ресурси, головною метою якої є забезпечити справедливість та ефективність у сфері здоров'я, впливаючи на широкий спектр факторів (демографічні, економічні, соціальні, екологічні тощо). Громадське здоров'я є однією з ключових сфер (об'єктів), якою опікується національна система охорони здоров'я, тобто система охорони здоров'я – це весь механізм, що займається захистом і реалізацією права громадян на здоров'я. Забезпечення громадського здоров'я є ключовою метою цього механізму, що фокусується на запобіганні хворобам на рівні всього суспільства, а не лише на лікуванні окремих пацієнтів [39].

Загалом, концепт «громадське здоров'я», незалежно від його інтерпретацій, має на меті формування абсолютно нової стратегії державної політики у сфері охорони здоров'я.

Громадське здоров'я (англ. Public Health) – це комплексна практика, спрямована на збільшення тривалості та поліпшення якості життя населення, ця сфера досягає своїх цілей шляхом профілактики хвороб, лікування

фізичних і психічних станів, ведення епідеміологічного нагляду, а також активної пропаганди здорового способу життя; це – науково обґрунтована система заходів, що охоплює теорію та практику запобігання захворюванням. Її основне завдання – гарантувати краще здоров'я та довше, якісніше життя громадян через ефективну профілактику та лікування хвороб, моніторинг показників здоров'я та епідеміологічний нагляд і формування та підтримку здорового способу життя. Сфера громадського здоров'я визначається як сукупність теоретичних знань та практичних дій, які забезпечують попередження захворювань та сприяють підвищенню рівня здоров'я, якості й тривалості життя населення.

До послуг громадського здоров'я належать також індивідуальні послуги, що надаються кожному окремо – такі, як вакцинація, консультування з питань поведінки або питань здоров'я [194].

Сфера громадського здоров'я – це міжсекторальний механізм (комплекс інструментів та заходів), який використовується державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я нації. Метою цієї сфери, як уже зазначалося, подовження активного та працездатного віку громадян, що досягається шляхом об'єднання зусиль усього суспільства (включаючи профілактичну медицину) для позитивного впливу на всі детермінанти здоров'я – спосіб життя, навколишнє середовище, біологічні фактори та якість медичної допомоги. Управління громадським здоров'ям охоплює дії всього суспільства, взаємодію влади, громадськості, бізнесу в багатьох напрямках: державна політика, здоров'я населення, психічне здоров'я, психогігієна, гігієна довкілля, безпека та гігієна праці, економіка охорони здоров'я, безпека руху, страхова медицина тощо.

Призначення сфери громадського здоров'я як сукупності інструментів, процедур та заходів, що впроваджуються як державними, так і недержавними інституціями, – попередження захворювань та збільшення тривалості життя завдяки спільному суспільному впливу. Ця сфера забезпечує позитивну корекцію всіх чинників, що впливають на здоров'я населення: біологічні

чинники, навколишнє середовище, індивідуальний спосіб життя та ефективність системи охорони здоров'я.

Інструмент управління у широкому сенсі – це засіб впливу, який використовується для перетворення, створення або зміни об'єкта управління, це – різноманітні засоби (важелі) впливу, що застосовуються для цілеспрямованого перетворення, зміни або формування об'єкта. Для їхньої систематизації використовується широкий спектр класифікаційних ознак (табл. 1.6).

Таблиця 1.6

Класифікаційні ознаки інструментів публічного управління

Критерій	Приклади інструментів
Характер впливу	Економічні, адміністративні, соціально-психологічні, технологічні
Функціональна мета	Організаційні, планові, координаційні, регулювальні, контрольні та мотиваційні (наприклад, моніторинг, регламентація)
Форма впливу	Накази, положення, інструкції, розпорядження
Врахування інтересів	Матеріальні (стимули), владні (регламенти, штатні розписи), моральні (стимули)
Масштаб і тривалість	Загальні, спеціальні; довгострокові, середньострокові, поточні
Новизна	Творчі, інноваційні, адаптивні, стандартні
Напрямок дії	Внутрішні, зовнішні

Управлінські інструменти функціонування сфери громадського здоров'я – це широкий спектр засобів, методів і важелів впливу, що використовуються державними та недержавними інституціями для досягнення цілей – профілактики, зміцнення здоров'я, подовження життя громадян.

Ці інструменти можна класифікувати і за їхнім характером впливу та функціональною спрямованістю: адміністративні або регуляторні, що є найбільш формалізованими і які базуються на владі та примусі; економічні або фінансові інструменти, що стимулюють або обмежують діяльність через фінансові механізми (фінансування державних програм, використання цільових субвенцій для регіональних ініціатив, стимулювання та обмеження, податкові пільги або преференції для компаній, що впроваджують здоров'я-орієнтовані робочі місця, механізми оплати послуг, запровадження страхових механізмів, оплата послуг профілактики сімейним лікарям (за декларацію або за виконання індикаторів якості); соціально-психологічні та комунікаційні інструменти, спрямовані на зміну поведінки, цінностей та формування суспільної свідомості (пропаганда здорового способу життя, інформаційні кампанії щодо боротьби з чинниками ризику, розвиток медичної грамотності населення, моральні стимули та заохочення, партнерство з громадськими та волонтерськими організаціями, освіта та навчання, безперервний професійний розвиток фахівців громадського здоров'я та лікарів); технологічні та інформаційні інструменти, що забезпечують збір, аналіз даних та ефективне прийняття рішень (епідеміологічний моніторинг, створення реєстрів (онкологічних, діабетичних, вакцинації), системи оперативного збору та аналізу даних про інфекційні спалахи, інформаційні електронної системи (E-Health), впровадження електронної медичної картки, системи підтримки прийняття клінічних рішень, фінансування науково-дослідних робіт для оцінки ефективності втручань та вивчення детермінант здоров'я).

Термін «механізм» тлумачиться як «внутрішня будова, система чогонебудь» [24, с. 523].

У словнику-довіднику з державного управління надається таке визначення механізмів державного управління як сукупність інструментарних засобів, методів та важелів впливу, що імплементуються суб'єктами владних повноважень задля цілеспрямованої корекції процесів у

соціально-економічних системах та досягнення стратегічних цілей суспільного розвитку [5].

У наукових дослідженнях вітчизняних вчених зустрічаються різнопланові дефініції поняття «механізм державного управління» (табл. 1.7).

Таблиця 1.7

Дефініції поняття «механізм державного управління»

Автор	Тлумачення поняття «механізм державного
О. Кравченко [62]	Сукупність форм, засобів, методів, правових, організаційних, адміністративних, мотиваційних та інших заходів держави, спрямованих на забезпечення динамічного розвитку суспільства
В. Малиновський [71]	Сукупність засобів організації управлінських процесів та способів впливу на розвиток керованих об'єктів із використанням відповідних методів управління, спрямованих на реалізацію цілей державного управління
Г. Одінцова, Н. Мельтюхова [76, с. 13]	Засіб розв'язання суперечностей явища чи процесу, послідовну реалізацію дій, які базуються на основоположних принципах, цільовій орієнтації, функціональній діяльності з використанням відповідних їй методів управління та спрямовані на досягнення мети
О. Коротич [61, с. 246]	Певне знаряддя для здійснення цілеспрямованих перетворень
В. Бакуменко [4]	Практичні заходи, засоби, важелі, стимули, за допомогою яких органи державної влади впливають на суспільство, виробництво, будь-яку соціальну систему з метою досягнення поставлених цілей
Р. Рудніцька, О. Сидорчук, О. Стельмах [106]	Штучно створена складна система, призначена для досягнення поставлених цілей, яка має визначену структуру, сукупність правових норм, методи, засоби, інструменти державного впливу на об'єкт управління

Продовження таблиці 1.7

О. Федорчак [112]	Система, призначена для практичного здійснення державного управління та досягнення поставлених цілей, яка має визначену структуру, методи, важелі, інструменти впливу на об'єкт управління з відповідним правовим, нормативним та інформаційним забезпеченням
Ю. Ковбасюк [57]	Послідовна реалізація дій, які базуються на основоположних принципах, цільовій орієнтації, функціональній діяльності з використанням відповідних форми методів управління
К. Кандагура [49]	Засіб, динаміка розвитку, система, сукупність елементів управління, спосіб, сукупність методів. Спільним для всіх підходів є те, що механізми спрямовані на конкретний результат та досягнення поставленої мети
В. Бакуменко, Д. Безносенко [3]	Сукупність практичних заходів, засобів, важелів, стимулів, за допомогою яких органи державної влади впливають на будь-які суспільні відносини з метою досягнення поставлених цілей
Ю. Ковбасюк, К. Ващенко, Ю. Сурмін [35, с. 248]	Засіб, динаміка розвитку, система, сукупність елементів управління, спосіб, сукупність методів. Спільним для всіх підходів є те, що механізми спрямовані на конкретний результат та досягнення поставленої мети
О. Ковалюк [11, с. 22]	Форми, методи, важелі та інструменти, а також нормативно-правове, інформаційне та політичне забезпечення

Всесвітня організація охорони здоров'я, використовуючи тлумачення Дж. Ештона [179] щодо поняття «громадське здоров'я», надає таке йому тлумачення як мистецтву попередження захворювань, продовження життя та зміцнення здоров'я за допомогою організованих зусиль суспільства [194].

У наукових джерелах механізм державного управління трактується як складник системи управління, що впливає на чинники, які, в свою чергу чинять вплив на результат управлінської діяльності, об'єднуючи в тісному взаємозв'язку мету управління, компоненти об'єкта управління, на які здійснюється вплив та дія для реалізації мети, – методи впливу, матеріальні та фінансові ресурси управління, організаційний, соціальний потенціал (Н. Нижник та О. Машков [100]).

Як зазначає В. Авер'янов [1], механізм державного управління являє собою «сукупність відповідних державних органів, організованих у систему для виконання цілей (завдань) державного управління відповідно до їхнього правового статусу, та масив правових норм, що регламентують організаційні засади та процес реалізації вказаними органами свого функціонального призначення. Складниками механізм державного управління дослідник вважає такі, як:

- система органів виконавчої влади;
- сукупність правових норм, що регламентують як організаційну структуру системи органів виконавчої влади, так і процеси її функціонування та розвитку» [1, с. 43].

Дослідники називають механізмом державного управління «складник системи управління, що забезпечує вплив на фактори, від стану яких залежить результат діяльності управлінського об'єкта. Є необхідність врахування того, що управлінські процеси відбуваються в рамках конкретних організаційних структур, що часто мають вирішальний вплив на економічний розвиток» [там само, с. 37].

Науковець О. Радченко пропонує таку дефініцію поняття «механізм державного управління» це – «системна сукупність інституцій, структур, послідовних дій, форм, станів і процесів в державі як продукт організованої людської діяльності, що має за мету реалізацію інтересів і потреб людей та вирішення нагальних суспільно-політичних проблем за рахунок державного впливу й регулювання суспільної життєдіяльності на основі усталених

суспільних цінностей, норм і правил; є формою реалізацію функцій держави та має в якості суб'єкта органи державного управління» [145, с. 24].

Публічне управління у сфері громадського здоров'я охоплює низку механізмів, які забезпечують реалізацію державної політики, захист і зміцнення здоров'я населення. За характером впливу, дослідники виокремлюють такі види механізмів державного управління: політичні, правові, організаційні, економічні, соціальні, мотиваційні, комплексні.

Загалом, механізми державного управління мають конкретний характер відтак під певним механізмом необхідно розуміти «сукупність взаємоузгоджених методів управління» [78, с. 81–82].

Для механізмів державного управління, як зауважує О. Радченко [145, с. 21–23], характерними є специфічні ознаки, зокрема:

- всі управлінські механізми держави – це продукт організованої людської діяльності;
- наявність чіткої мети та функціональність;
- структурно-функціональний характер;
- спрямованість на вирішення проблем суспільного розвитку;
- проєкція на стійкі взаємозв'язки взаємодію, стабільність управлінського процесу;
- конкретна визначеність цілеспрямованого впливу на суспільно-політичні, економічні процеси;
- системна, ціннісна та регуляторна вимірність;
- автоматизм, розвинеуті вміння й навички представників публічного управління у професійній діяльності.

Як зазначає В. Цветков, «демократія як механізм управління відповідно до її цінностей є сукупністю інститутів, форм, процедур діяльності як державних, так і недержавних структур, об'єднань громадян» [169, с. 42].

Механізм публічного управління та адміністрування – це сукупність взаємопов'язаних елементів, методів, засобів та процедур, які використовуються органами державної влади та місцевого самоврядування

для реалізації публічної політики, досягнення суспільних цілей та надання публічних послуг, він є основою для функціонування держави та охоплює все, від розробки законів до безпосереднього надання послуг громадянам.

Механізми вказують що і яким шляхом діється робиться, а методи конкретизують, як саме це робиться, зв'язок між механізмами та методами публічного управління у сфері громадського здоров'я є відношенням цілісності та реалізації, тобто механізм – це система, структура або інструментарій (наприклад, законодавство, фінансування, організаційна структура), що створює умови та рамки для управління, а метод – це спосіб або конкретний прийом, що використовується в межах цього механізму для досягнення цілей.

Графічне представлення взаємозв'язку «механізм – метод» в публічному управлінні у сфері громадського здоров'я подано в таблиці 1.8.

Таблиця 1.8

Взаємозв'язок «механізм – метод» в публічному управлінні у сфері громадського здоров'я

Механізм	Метод	Приклад у сфері громадського здоров'я
Нормативно-правовий механізм		
Створення законодавчої бази (Закони, норми, стандарти)	Метод адміністративного припису (встановлення правил)	Постанова про обов'язкове дотримання санітарних норм у закладах харчування, заборона реклами тютюну
Система контролю та нагляду (ЦГЗ, Держпродспоживслужба)	Метод адміністративного контролю (перевірка дотримання)	Інспекції на підприємствах щодо рівня забруднення, накладення штрафів за порушення

Продовження таблиці 1.8

Економічно-фінансовий механізм		
Державне фінансування та страхування (бюджету, НСЗУ, субвенції)	Метод прямого фінансування	Виділення коштів на закупівлю вакцин або фінансування програми «Доступні ліки»
Податкова система (акцизи)	Метод економічного стимулювання / дестимулювання (вплив на поведінку через ціну)	Підвищення акцизів на алкоголь та сигарети, щоб зменшити їх споживання та поповнити бюджет сфери охорони здоров'я
Контрактування послуг (НСЗУ)	Метод фінансового стимулювання провайдерів	Оплата медичним закладам за конкретно надані послуги пацієнту (замість утримання ліжко-місць)
Організаційно-функціональний механізм		
Система міжсекторальної взаємодії (Міністерства, місцева влада, громадськість)	Метод координації та партнерства (узгодження дій різних суб'єктів)	Створення міжвідомчої робочої групи (МОЗ, МОН, Мінсоцполітики) для розробки програми шкільного харчування
Децентралізація управління (передача повноважень громадам)	Метод делегування (передача функцій на нижчий рівень)	Передача місцевим громадам повноважень для фінансування первинної медико-санітарної допомоги та розвитку місцевої мережі охорони здоров'я

Продовження таблиці 1.8

Інформаційно-комунікаційний механізм		
Система епідеміологічного нагляду (збір та аналіз даних)	Метод прогнозування та моделювання (аналітична діяльність)	Прогнозування поширення інфекційних захворювань (наприклад, грипу чи COVID-19) на основі зібраних даних для планування заходів
Медіа та освітні ресурси (інформаційні кампанії, брошури, соцмережі)	Метод соціально-психологічного впливу (формування свідомості)	Проведення національної інформаційної кампанії щодо важливості профілактичних оглядів, здорового харчування

Як бачимо, механізми є структурною основою, а методи – активними інструментами, які органи управління обирають та застосовують у межах цих механізмів для ефективного захисту та зміцнення громадського здоров'я.

На думку О. Поступної [116], управлінський механізм є приведенням об'єкта управління до бажаного стану через організацію комунікації та зворотних зв'язків з суспільством.

Механізм управління сприяє налагодженню внутрішньої та зовнішньої взаємодії управлінських органів системи управління, тобто після прямого зв'язку органу управління з об'єктом управління та розпоряджень спрацьовує зворотний зв'язок, через який надходить – звітна інформація від об'єкта управління. Дослідниця зазначає, що складниками механізму державного управління мають бути механізми контролю, планування, організація, мотивація, координування, розпорядження, облік, аналіз [там само].

Таким чином, серед механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я можна виокремити:

1) нормативно-правовий механізм, що забезпечує: створення законодавчої бази публічного управління у сфері громадського здоров'я, прийняття та вдосконалення законів (зокрема, про систему громадського здоров'я, санітарне та епідемічне благополуччя, захист прав споживачів), підзаконних актів (урядових постанов, наказів міністерств, державних стандартів, технічних регламентів, які деталізують реалізацію законів); ліцензування та акредитацію (визначення вимог до медичних закладів, освітніх програм, фармацевтичної діяльності тощо); контроль та нагляд за виконанням санітарних норм, стандартів якості та безпеки;

2) організаційно-функціональний механізм, який стосується: структури органів та їх взаємодії; багаторівневої системи управління (чіткий розподіл повноважень між центральним (Міністерство охорони здоров'я, Центр громадського здоров'я), регіональним та місцевим рівнями; державно-приватного партнерства (залучення приватного сектору до надання послуг або управління інфраструктурою); міжсекторальної співпраці (координація дій з іншими міністерствами, зокрема освіти, соціальної політики, фінансів, екології, оскільки здоров'я залежить не лише від медицини) та визначає цілі, пріоритети і шляхи досягнення їх; передбачає: розробку довгострокових стратегій громадського здоров'я, спрямованих на зниження захворюваності на певні хвороби (ВІЛ/СНІД, туберкульоз, рак тощо) та цільових програм (розробка та виконання програм – регіональних та галузевих – для вирішення конкретних проблем (зокрема, програма імунізації); моніторинг та оцінка: (систематичний збір даних – епідеміологічних, статистичних – для оцінки ефективності вжитих заходів і коригування планів);

3) фінансово-економічний механізм, що відповідає за: забезпечення необхідними ресурсами та стимулювання бажаної поведінки; державне фінансування (бюджетні програми на охорону здоров'я, вакцинацію, профілактику, дослідження); страхові моделі (впровадження обов'язкового або добровільного медичного страхування (зокрема, реалізація через Національну службу здоров'я України; податкові важелі (акцизи на шкідливі

товари (тютюн, алкоголь) для фінансування охорони здоров'я та стримування споживання; державні закупівлі (централізовані закупівлі ліків, вакцин, обладнання для забезпечення доступності);

4) інформаційно-комунікаційний механізм, що спрямований на: поширення знань, формування свідомості та прийняття рішень на основі даних; епідеміологічний нагляд (збір, аналіз та інтерпретація даних про стан здоров'я, хвороби та чинники ризику); інформаційно-освітні кампанії (проведення національних кампаній для підвищення обізнаності про здоровий спосіб життя, шкоду куріння, важливість вакцинації); електронна охорона здоров'я – E-Health (використання інформаційних технологій, зокрема, електронної медичної картки, телемедицини, для підвищення ефективності та доступності послуг).

Ефективність публічного управління у сфері громадського здоров'я залежить від злагодженої роботи всіх цих механізмів, де законодавство створює рамки, фінанси забезпечують ресурси, а організаційна структура координує дії, спрямовані на профілактику та покращення здоров'я всього суспільства.

1.3. Зарубіжний досвід публічного управління у сфері громадського здоров'я

Систематичне вивчення та адаптація зарубіжного досвіду має критичне довгострокове значення для підвищення стійкості та ефективності системи громадського здоров'я України, особливо в умовах постійних та непередбачуваних викликів, таких як пандемії, війсьні дії та міграційні процеси, оскільки наша держава може уникати повторення дорогих та неефективних рішень, які вже були допущені іншими країнами під час криз (наприклад, неоптимальні логістичні схеми під час пандемій). Окрім того, адаптація найкращих міжнародних практик кризового менеджменту (дозволяє розробити гнучкі та уніфіковані протоколи реагування, які

ефективно працюватимуть як під час біологічних (пандемії), так і геополітичних (військові дії) загроз; вивчення досвіду країн щодо швидкого перерозподілу фінансових, кадрових та матеріальних ресурсів (закупівлі, мобільні госпіталі, підготовка резервістів) забезпечує оперативність у критичних ситуаціях.

Як зазначають зарубіжні дослідники [203], основою сфери громадського здоров'я в демократичних країнах виступає комунікації державних органів влади, громадських організацій та безпосередньо громадян, отже включають широкий спектр питань публічного управління так і публічного урядування [там само].

Країни, що мають розвинену сферу громадського здоров'я, демонструють вищу готовність до кризових ситуацій, включаючи пандемії, природні та техногенні катастрофи. На міжнародній арені рівень громадського здоров'я служить показником держави з ефективними системами та здоровим населенням вважаються більш стабільними та розвиненими – цей імідж є ключовим для залучення іноземних інвестицій, розвитку співробітництва та успішної участі у світових програмах [12, с.27–28].

Впровадження моделей, заснованих на доказовій медицині та управлінні, що є стандартом у розвинених країнах гарантує прийняття рішень на основі наукових даних, а не політичної доцільності, а запозичення ефективних зарубіжних моделей цифровізації (Е-Health, електронні реєстри, телемедицина), що мінімізує бюрократію, прискорює обмін інформацією та підвищує прозорість системи. До того ж систематичне вивчення та імплементація зарубіжних освітніх стандартів для управлінців сфери громадського здоров'я підвищує професійний рівень персоналу, здатного ефективно адмініструвати складні реформи.

Усі європейські країни мають індивідуальні державні системи громадського здоров'я, сформовані історичним контекстом, управлінською моделлю та політичними рішеннями. Однак, фінансова підтримка

залишається універсальним першорядним чинником: чим більше інвестицій, тим вищі показники здоров'я та ефективніші медичні послуги. Це підтверджує, що головний обов'язок політичного керівництва — реалізувати конституційне право нації на захист здоров'я [12, с. 29]

Адаптація до принципів та стандартів ЄС (*acquis communautaire*), зокрема у сфері громадського здоров'я є необхідною умовою для повноцінної європейської інтеграції України, а під час воєнного стану вивчення досвіду країн, що мають розвинені системи інтеграції здоров'я мігрантів та внутрішньо переміщених осіб, дає змогу не тільки надавати допомогу, але й запобігати поширенню інфекційних хвороб та забезпечувати соціальну стійкість.

Дотримання міжнародно визнаних управлінських практик підвищує довіру з боку міжнародних партнерів, донорських організацій та інвесторів, що є життєво важливим для фінансування відновлення та розвитку, відтак зарубіжний досвід можна вважати дорожньою картою для трансформації української системи від реагуючої – до проактивної, стійкої та передбачуваної, готової до майбутніх викликів.

Провідні міжнародні організації – так, як ООН, ЄС, ВООЗ, Світовий банк, ЄБРР, останнім часом активно оцінюють рівень розвитку країн світу, використовуючи як ключовий критерій ефективність формування механізмів публічного управління охороною здоров'я [84, с. 114].

Доцільно зазначити, що в країнах, де у сфері громадського здоров'я запроваджено страхування, контроль за використанням коштів можуть здійснювати як страхові компанії, так і страхувальники, а застраховані особи мають право вибору лікаря та закладу – такі системи зазвичай фінансуються з трьох джерел: внески підприємців, відрахування із заробітної плати працівників та державні кошти.

Розглянемо деякі тенденції щодо публічного управління у сфері громадського здоров'я в країнах Європи. Польща до 1989 р. мала централізовану соціалістичну модель Семашка, яка фінансувалася з

державного бюджету, через податки, та передбачала державну власність на всі заклади, проте, незважаючи на недоліки, система досягла досить високих показників здоров'я населення, зокрема, завдяки успішним кампаніям з вакцинації та боротьби з інфекційними хворобами. У період з 1990 р. до початку 2000-х рр. Суттєвий зсув стався із переходом до системи обов'язкового медичного страхування. Перші спроби були зроблені наприкінці 90-х років XX ст. У 1997 році було створено децентралізовану систему з 17 відносно незалежних фондів медичного страхування. Хоча санітарний нагляд існував з 1950-х років, сучасне поняття громадського здоров'я (public health) почало систематично використовуватися лише на початку 90-х років минулого століття. У 1991 році в Кракові засновано першу Школу громадського здоров'я для підготовки фахівців у цій сфері.

У 2003 р. було створено фонд єдиного Національного фонду здоров'я, що є основним фінансистом медичних послуг і укладає контракти з постачальниками (закладами охорони здоров'я). Наступним кроком стало впровадження нового публічного менеджменту – в межах реформ, відбулися процеси комерціалізації та часткової приватизації державних лікарень, зокрема, перетворення самостійних публічних закладів охорони здоров'я – SP ZOZ – на товариства з обмеженою відповідальністю). Метою цього заходу було підвищити ефективність, раціоналізувати управління фінансами та покращити доступ до послуг. Також зросла частка приватного сектору у наданні медичних послуг, особливо у первинній ланці (групові та індивідуальні медичні практики). Останніми роками спостерігається своєрідний політичний зсув – тенденція до відходу від чисто ринкових стратегій і рух у бік рецентралізації та посилення державного контролю з метою покращення координації в системі та забезпечення універсального покриття.

Трансформація системи охорони здоров'я є довготривалим, політично складним та інтенсивним процесом, який триває десятиліттями. Польща пройшла шлях від централізованої моделі до децентралізованого

страхування, потім до єдиного Фонду (NFZ) і тепер демонструє ознаки зсуву до рецентралізації, що свідчить про постійний пошук балансу між ринковою ефективністю та соціальною справедливістю та координацією. Важливою є роль місцевої влади у співпраці з NFZ та Міністерством у забезпеченні адекватності та ефективності послуг громадського здоров'я.

Досвід Польщі, як країни-трансформатора, що пройшла шлях від соціалістичної моделі до системи, сумісної з ЄС, містить низку цінних уроків і механізмів, які Україна може запозичити або адаптувати. Ключові аспекти польського досвіду у сфері публічного управління громадського здоров'я, що можуть бути адаптовані до українських реалій, представлено в таблиці 1.9.

Таблиця 1.9

Ключові аспекти польського досвіду у сфері публічного управління громадського здоров'я

Механізм	Сутність механізму	Потенціал для України
Механізм фінансування та адміністрування (NFZ)		
Єдиний Національний Фонд здоров'я (NFZ)	Консолідація всіх фінансових ресурсів від обов'язкового медичного страхування в єдиному національному фонді, який укладає контракти з медичними закладами	Посилення ролі НСЗУ як єдиного, потужного замовника, що спрощує збір коштів, забезпечує солідарність і створює єдину переговорну позицію щодо тарифів і стандартів
Перехід до оплати за послугу	NFZ фінансує надане обслуговування (Case-Based Payment, тарифи, діагностично-споріднені групи), а не утримує ліжко-місця чи заклади в цілому	Частково впроваджений НСЗУ, польський досвід є прикладом розробки тарифікації (DRG/JGP) для стаціонару та амбулаторії для мінімізації суб'єктивізму і забезпечення адекватного покриття реальних витрат

Продовження таблиці 1.9

Право вибору пацієнтом	Створення конкуренції між медичними закладами, ефективні та якісні заклади отримують більше коштів від NFZ	Вже реалізовано в Україні. Польський досвід може допомогти вдосконалити механізми забезпечення прозорості якості послуг для обґрунтованості вибору
Децентралізація управління та власність		
Комерціалізація закладів	Трансформація державних медичних закладів (SP ZOZ) у самостійні комерційні суб'єкти (TOB), які є власністю органів місцевого самоврядування (воєводств, повітів)	Закріплення господарської автономії лікарень та їхньої відповідальності перед власниками (обов'язкове медичне страхування – ОМС) для ефективнішого контролю менеджменту, фінансова відповідальність за капітальні витрати та борги
Розмежування функцій	Чітке розділення ролей: Міністерство формує політику; NFZ закуповує послуги; ОМС є власниками та відповідають за інфраструктуру / менеджмент	Допомагає уникнути конфлікту інтересів і створює прозору систему підзвітності. В Україні це відповідає розподілу ролей між МОЗ, НСЗУ та ОМС (як власниками лікарень)
Контрактування послуг (НСЗУ)	Метод фінансового стимулювання провайдерів	Оплата медичним закладам за надані послуги пацієнту (замість утримання ліжко-місць)

Продовження таблиці 1.9

Адміністрування власне громадського здоров'я		
Система санітарно-епідеміологічного нагляду (SANEPID)	Добре розвинена ієрархічна мережа, що займається епідеміологічним наглядом, гігієною, профілактикою та санітарним контролем	Посилення функцій Центрів контролю та профілактики хвороб. SANEPID має повноваження та ресурси для контролю довкілля, харчових продуктів і умов праці, що є критично важливим для України
Законодавче закріплення пріоритетів.	Ухвалення стратегічних програм і законів щодо громадського здоров'я (боротьба з тютюнопалінням, алкоголізмом, промоція здорового способу життя)	Фінансування цільових програм у сфері громадського здоров'я, що чітко відокремлене від фінансування лікування, забезпечуючи стабільність профілактичних заходів
Підготовка кадрів	Створення спеціалізованих шкіл громадського здоров'я та системи атестації / сертифікації фахівців	Важливість створення сучасної, науково обґрунтованої системи підготовки фахівців з громадського здоров'я, здатних розробляти та впроваджувати ефективні політики на регіональному рівні

Дослідник Д. Гайдаш підкреслив, що Процес реформування вітчизняної галузі охорони здоров'я потребує комплексного науково-практичного обґрунтування низки стратегічних аспектів, а саме: детермінації обсягу гарантованого пакета медичних послуг, що підлягають фінансуванню за рахунок страхових активів; уніфікації стандартів матеріально-технічного

забезпечення та протоколів надання медичної допомоги в межах загальнообов'язкового солідарного страхування; розробки критеріїв оптимізації мережі закладів охорони здоров'я. Особливої уваги вимагає розмежування компетенцій публічних органів влади у реалізації регіональної медичної політики, нормативно-правове врегулювання процесів роздержавлення медичних установ та впровадження ефективних інструментів державного контролю за функціонуванням системи [26, с. 187]. Як зауважує дослідник [там само], Сучасна модель охорони здоров'я Республіки Польща базується на неухильному дотриманні принципів інклюзивності та рівності доступу громадян до медичних сервісів. Фундаментальними засадами функціонування системи є забезпечення паритетних умов для суб'єктів страхування державної та приватної форм власності, а також реалізація права пацієнта на вільний вибір провайдера медичних послуг, що сприяє розвитку конкурентного середовища та підвищенню якості медичного обслуговування.

Німецька охорона здоров'я – це переважно система обов'язкового державного страхування, яка забезпечує медичну допомогу переважній більшості населення, доповнена меншими приватними та державними секторами для решти громадян. Управління системою охорони здоров'я Німеччини здійснюється на федеральному рівні Федеральним міністерством охорони здоров'я та соціального забезпечення, це міністерство визначає основні принципи державного медичного страхування, зосереджуючись на справедливості, всеосяжності послуг, їхньому наданні та фінансуванні. Нормативно-правова база всієї німецької системи соціального забезпечення закріплена у Соціальному кодексі, де П'ята книга безпосередньо регулює державне медичне страхування, основою фінансування охорони здоров'я є регіональні та федеральні лікарняні фонди (*gesetzliche Krankenkassen*), що збирають внески та забезпечують соціальне фінансування медичних послуг.

Німецькі лікарні є неприбутковими організаціями, хоча вони мають обов'язок сплачувати членські внески, їм надано право фінансової автономії

– визначати тарифи, необхідні для покриття операційних витрат. Загалом, система охорони здоров'я Німеччини відома своєю універсальною доступністю та високою якістю, що забезпечується завдяки сучасному технічному оснащенню профілактичних установ та високій кваліфікації медичних працівників [66].

Фінансова стійкість системи забезпечується тим, що основне страхування покриває понад 60 % загальних витрат, а решта коштів надходить від диверсифікованих джерел, тобто інших частин національної системи (пенсійні фонди, страхування від нещасних випадків) та державного бюджету [107].

Загалом, система медичного страхування надає населенню Німеччини широкий спектр безкоштовних послуг, що охоплюють амбулаторне та стаціонарне лікування, ліки за рецептом, медичне обладнання та навіть оплату проїзду до медичного закладу.

Вивчення зарубіжного досвіду публічного управління у сфері громадського здоров'я у Франції, засвідчило, що медична сфера загалом цієї країни є лідером у рейтингах ВООЗ впродовж тривалого часу. Як стверджує М. Поворозник [112], у Франції, де медичні послуги є доступними та ефективними, діє унікальна модель фінансування, а обов'язкове соціальне страхування надається через приватні страхові фонди, організовані за принципом приналежності до робочого місця, проте вони перебувають під суворим контролем і регуляцією з боку держави [107]. Французькі лікарні поділяються на державні та приватні (комерційні й некомерційні), причому розвинена система страхування гарантує рівну доступність до всіх них. Ключовою особливістю є те, що більшість медичних закладів підпорядковується муніципалітетам і керується адміністративними радами під головуванням мерів.

На думку А. Струве (агентство «Бізнес Франс»), за останні роки французька охорона здоров'я стала однією з найкращих у світі, цей успіх зумовлений такими чинниками, як загальне охоплення, відсутність черг,

свобода вибору лікаря та високий ступінь задоволення потреб пацієнтів [158]. Як зазначає дослідник, ключем до успіху стало поєднання обов'язкового та добровільного медичного страхування, ця інтегрована система не лише відшкодовує співплатежі за послуги, що покриваються державою, але й покриває витрати на ліки та медичні послуги, які не повністю включені до державного пакета – аме це призвело до низького рівня особистих витрат громадян та, відповідно, до високого рівня споживання медичної допомоги [там само].

Загалом, європейська практика в організації сфери громадського здоров'я та управління нею є вагомим ресурсом для України, який вимагає зваженої інтеграції з урахуванням національних особливостей. Європейський досвід у сфері охорони здоров'я визнається цінною основою для України, однак його використання вимагає виваженої та продуманої адаптації, тому для досягнення успіху в реформуванні, особливо в галузі сімейної медицини, ключовим є формування чіткої стратегічної візії на рівні державного управління, яка повинна охоплювати впровадження передових міжнародних, інноваційних технологій публічного управління.

У контексті дослідження механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я в Україні актуальним є вивчення досвіду Великої Британії, де основне фінансування надходить із державного бюджету та розподіляється централізовано по управлінській вертикалі, що допомагає стримувати зростання витрат на лікування. Водночас, ця система має й недоліки, оскільки вона схильна до монополізму та обмежує вибір лікаря чи лікарні для пацієнта [84, с. 115].

Як зазначає Г. Кузьменко [там само], в основу самого страхування покладено принцип солідарності, проте така модель громадського здоров'я має суттєві недоліки, зокрема схильність до монополії та відсутність вільного вибору лікаря чи закладу для пацієнта, оскільки система медичного страхування, що ґрунтується на солідарності, гарантує безкоштовний спектр послуг (лікування, ліки, обладнання). Досвід Великої Британії, де

фінансування централізовано надходить із держбюджету, доводить його ефективність у стримуванні витрат, але це створює ризики монополізму та обмеження вибору лікаря для пацієнтів. Оскільки основним постачальником медичних послуг в країні є Національна служба охорони здоров'я (NHS), підзвітна Департаменту охорони здоров'я, вона забезпечує громадян практично всіма необхідними медичними послугами, ліками та витратами на безоплатній основі, крім того, діють додаткові пільги для соціально незахищених (наприклад, повне звільнення від оплати ліків для дітей, студентів, пенсіонерів, інвалідів війни).

На думку дослідників (Д. Гомон, А. Денисова [36, с. 112]), NHS вдалося створити медичну галузь без посередників – страхових компаній, що робить її однією з найефективніших у світі, Національна служба охорони здоров'я Великої Британії функціонує як система єдиного платника та постачальника.

Ключова відмінність цієї моделі полягає у виключенні страхових посередників, що забезпечує її високу ефективність на світовому рівні. У традиційних системах медичного страхування, які фінансуються спільними внесками (підприємців, працівників, держави), контроль над витратами здійснюється страховими компаніями та страхувальниками, при цьому пацієнти зберігають право вибору медичного закладу. Модель NHS пропонує практично безкоштовне надання медичних послуг (включно зі стаціонарними препаратами) для всього населення, а також розширені пільги для соціально вразливих груп (дітей, студентів, військових пенсіонерів). Саме ці характеристики – доступність, простота адміністративних процесів та раціональне використання ресурсів – роблять досвід NHS цінним для реформування системи управління охороною здоров'я в Україні.

Дослідниця М. Михайленко [94] вважає державну систему Нідерландів однією з найкращих у ЄС щодо епідеміологічного нагляду та контролю. Ця система функціонує на трьох рівнях (місцевому, регіональному та національному). В Нідерландах запроваджено щотижневе та щомісячне

сповіщення про інфекційні захворювання, яке включає рекомендації для громадян у разі загрози їхньому здоров'ю. Головним відповідальним органом є Міністерство громадського здоров'я, добробуту і спорту, яке планує політику охорони здоров'я та керує програмою соціального страхування. Загальні витрати на охорону здоров'я в країні становлять 10,1 % ВВП.

У Швеції розроблено цілісну політику, стратегії, програми та проєкти, спрямовані на збереження здоров'я, попередження захворювань та проведення реабілітації населення, проте в системі громадського здоров'я в цій країні наявні суттєві проблеми, що потребують негайного вирішення, зокрема питання здоров'я на робочому місці, малорухливий спосіб життя, зростання споживання алкоголю та погіршення психічного здоров'я, особливо серед молоді [79].

У сфері громадського здоров'я в Швеції функціонують три основні рівні застосування медичної допомоги та обслуговування: національний, регіональний та муніципальний. До структур, що є відповідальними за охорону здоров'я, входять: Національний державний інститут охорони здоров'я; Національне агентство з охорони навколишнього середовища; Національне управління з надзвичайних ситуацій; Національна служба автомобільних доріг. Регіональний рівень представляють префектури (представники держадміністрації); регіональні ради (виборні органи, збирачі податків); муніципальний рівень (громади) – муніципальні ради (виборні органи), місцеві збирачі податків [112, с. 18].

У розвиненому світі, включаючи Європу, підходи до громадського здоров'я пережили фундаментальну трансформацію, такий перехід від санітарного нагляду до нового громадського здоров'я є ключем до розуміння сучасної політики, адже модель була реактивною і вузькоспрямованою, обмежуючись: санітарно-епідеміологічним контролем інфекційних хвороб (за допомогою гігієни, вакцинації та карантинів); орієнтацією на лікування; та постфактум-реагуванням на існуючі проблеми чи спалахи.

Система охорони здоров'я США є багаторівневою та переважно приватною, незважаючи на одні з найвищих витрат у світі (16,4 % ВВП). Основними рисами у сфері є домінування приватного страхування, основна частина обов'язкового страхування забезпечується приватними компаніями («Синій хрест» і «Синій щит»). Приблизно третина витрат покривається державними програмами, що фінансуються податками (Medicare – для осіб віком від 65 років; Medicaid – для деяких категорій незаможних громадян). Через високу вартість послуг доступ до медичної допомоги залишається нерівним, наприклад, у 2018 р. понад 15 % населення не мали страховки. Цей фрагмент торкається критично важливих аспектів фінансової доступності та системних обмежень у сфері охорони здоров'я. В академічному стилі важливо відійти від описовості та зосередитися на структурних дефіцитах системи медичного страхування. Відсутність страхового покриття обмежує доступність медичної допомоги рівнем невідкладної стабілізації стану пацієнта в некомерційних установах, унеможливлюючи отримання комплексного терапевтичного супроводу. Водночас існуючі системи пільгового забезпечення характеризуються високим ступенем регулятивності та часто потребують залучення посередницьких структур. Суттєвою проблемою залишається неповна інклюзивність страхових планів щодо терапії хронічних патологій, вартості фармацевтичних засобів та специфічних медичних послуг, сукупний обсяг видатків на які в межах досліджуваної системи сягає критичних показників (орієнтовно 514 млрд дол.). Американська система охорони здоров'я є найдорожчою у світі, але її приватно-орієнтована та фрагментована структура призводить до значної нерівності, залишаючи мільйони громадян без повного доступу до необхідного лікування.

Служба громадського здоров'я Сполучених Штатів (The United States Public Health Service, USPHS) є головною установою, яка відповідає за питання громадського здоров'я в США, вона підпорядковується

Міністерству охорони здоров'я і соціальних служб США (Department of Health and Human Services, HHS) [180; 200].

Зауважимо, що в США первинну допомогу надають лікарі первинної ланки, які працюють переважно у невеликих приватних клініках, попри те, що пацієнти можуть обирати лікаря з електронної мережі, відстежується високий рівень незадоволення медичним обслуговуванням.

Суттєвим недоліком у сфері громадського здоров'я в США є надмірна вартість медичної допомоги, адже річні витрати на душу населення у сягають 7290 дол., що більше, ніж вдвічі перевищує середній показник серед промислово розвинених країн. Тому досвід США демонструє, що використання приватного медичного страхування як основного джерела фінансування є недоцільним, оскільки такий підхід неминуче призводить до серйозних фінансових диспропорцій у системі [112, с. 8].

У Канаді, де, як стверджують експерти, витрати на охорону здоров'я постійно випереджають темпи економічного зростання, роль Федерального уряду полягає у встановленні та моніторингу національних стандартів відповідно до Закону про охорону здоров'я, а також у фінансуванні провінційних служб через трансферти. Крім того, федеральна влада безпосередньо відповідає за надання медичних послуг певним категоріям громадян, включаючи ветеранів, військовослужбовців та ув'язнених, інші федеральні функції охоплюють зміцнення та охорону здоров'я, а також профілактику захворювань (Т. Камінська [66]).

Канадська система охорони здоров'я, в тому числі сфера громадського здоров'я критично залежить від лікарів первинної медико-санітарної допомоги, які становлять близько 51 % усіх лікарів країни, вони виконують функцію основної ланки між пацієнтом та механізмами державного управління, оскільки контролюють доступ до більшості фахівців, стаціонарної допомоги та діагностичних послуг. Вони контролюють доступ пацієнтів до вторинної та третинної допомоги, включаючи більшість

спеціалістів та діагностичних послуг, тобто значну увагу приділено контролю за доступом пацієнтів до медичних послуг.

У Канаді пацієнтам гарантовано право необмеженої зміни лікаря первинної ланки, тобто дільничного терапевта, на власний розсуд, що є запорукою орієнтації на потреби споживача. Більшість лікарів первинної ланки є незалежними фахівцями та ведуть приватну практику, поєднуючи її з роботою в місцевих медичних центрах або лікарнях, оплата послуг цих приватних лікарів здійснюється безпосередньо з бюджету відповідної провінції або території, згідно з обсягом наданої допомоги. Канадська модель підтверджує, що сильна та ефективна первинна допомога, яка включає вільний вибір лікаря та гарантований пакет послуг сімейної медицини, є світовим стандартом доступної та якісної медичної допомоги у розвинених країнах.

Канадська система охорони здоров'я надає значну автономію лікарям первинної ланки, вони функціонують переважно як незалежні приватні практики, хоча можуть також працювати в медичних центрах. Пацієнти користуються повною свободою вибору та можуть без обмежень змінювати свого сімейного лікаря (терапевта первинної ланки), оплата послуг цих приватних фахівців здійснюється безпосередньо з бюджетів провінцій або територій на основі обсягу наданої медичної допомоги.

Значення міжнародного досвіду державного регулювання сфери громадського здоров'я для України є надзвичайним. Вивчення та адаптація світових практик дає змогу нашій країні, яка переживає трансформацію, отримати значні переваги. Зокрема, це допомагає ідентифікувати найефективніші моделі управління, фінансування та законодавства; уникнути повторення неефективних підходів; прискорити розробку сучасної нормативної бази; і забезпечити гармонізацію українського законодавства з європейськими та міжнародними нормами [12, с. 28].

Система охорони здоров'я Японії, зокрема громадського здоров'я, активно взаємодіє з місцевими органами влади, управління цією сферою

здійснюється через Бюро політики у сфері охорони здоров'я, Бюро медичних послуг, Бюро медичного страхування та інші відомства, що стосуються фармацевтики, праці, соціального та пенсійного забезпечення. Попри те, що Японія – капіталістична країна, де медичні послуги є доволі дорогими, державна система медичного страхування покриває близько 90 % витрат громадян, забезпечуючи високий рівень фінансового захисту (Г. Муляр [99]).

Загалом, система управління охороною здоров'я в Японії має чотири рівні (уряд, префектури, медичні центри та місцева влада), що координуються Міністерством охорони здоров'я та соціального захисту населення – так, на місцях у структурі органів самоврядування функціонують департаменти, що відповідають за місцеві програми розвитку. Важливою ланкою є медичні центри, що створюються префектурами та великими муніципалітетами й обслуговують близько 100 000 осіб та фінансуються спільно державою та місцевими бюджетами. Загалом, Японія вирізняється сильною централізованою системою публічного управління фінансуванням охорони здоров'я та медичним страхуванням (Д. Гомон, А. Денисова [36]).

Як зауважує Н. Карпишин [69], Японія посилила державний контроль у сфері охорони здоров'я, заборонивши страховим компаніям отримувати прибуток від медичних послуг, окрім того, в цій країні запроваджено обмеження на оплату праці лікарів, які допускають серйозні помилки під час обслуговування пацієнтів.

Потужна первинна медична допомога, вільний вибір лікаря та гарантований пакет послуг визнані світовим стандартом доступної та якісної медичної допомоги у розвинених країнах. Вивчення та імплементація цих принципів у повному обсязі залишається актуальним завданням для реформування української системи охорони здоров'я [161].

Проаналізувавши зарубіжний досвід формування механізмів управління системою охорони здоров'я можна дійти висновку, що при визначенні стратегій розвитку національних систем охорони здоров'я за

кордоном враховуються показники Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо ефективності системи: тривалість життя, витрати на охорону здоров'я та відсотки ВВП, а також щорічні зміни у цих показниках. Варто додати, що зарубіжні системи охорони здоров'я та моделі медичних послуг характеризуються: орієнтацією на споживача (домінування приватної системи, високий рівень конкуренції та комерціалізації медичної сфери, високе позабюджетне фінансування медичних послуг та домінування у їх структурі платного сегменту, фінансова автономія медичних закладів) та солідарну-корпоративність (державне гарантування мінімального пакету медичних послуг, унормований механізм ціноутворення, державні стандарти якості медичних послуг, баланс між державним регулюванням сфери і ринковими механізмами функціонування і фінансування, децентралізація системи управління).

Аналіз міжнародного досвіду у формуванні механізмів управління охороною здоров'я надає підстави стверджувати, що при розробці національних стратегій розвитку зарубіжні країни обов'язково беруть до уваги ключові показники ефективності системи, визначені ВООЗ, серед них – очікувана тривалість життя, загальні витрати на охорону здоров'я (в тому числі як відсоток від ВВП), а також щорічна динаміка цих показників.

Міжнародні системи охорони здоров'я та моделі медичних послуг здебільшого демонструють поєднання двох основних тенденцій:

1) орієнтація на споживача (ринкова модель), що характеризується домінуванням приватного сектору, високим рівнем конкуренції та комерціалізації, високим позабюджетним фінансуванням, значною часткою платних послуг у структурі та фінансовою автономією медичних закладів;

2) солідарно-корпоративний підхід (соціальна модель), що виражається у державному гарантуванні мінімального пакету послуг, стандартизованому ціноутворенні та державних стандартах якості – цей підхід забезпечує баланс між державним регулюванням і ринковими механізмами, а також децентралізацію управління системою.

У процесі вивчення зарубіжного досвіду публічного управління та адміністрування у сфері громадського здоров'я було з'ясовано, що у світовій практиці функціонують такі управлінські моделі:

- модель Беверіджа (Велика Британія, Іспанія, Італія, скандинавські країни), що характеризується фінансуванням переважно за рахунок загальних податків, за такої моделі медичні послуги надаються державою, яка володіє та керує більшістю лікарень та клінік, а лікарі є державними службовцями або працюють за контрактом з державою, основний акцент робиться на рівному доступі для всіх громадян; державне регулювання громадського здоров'я здійснюється на високому рівні централізації та публічного контролю – уряд встановлює стандарти, фінансує програми профілактики, епідеміологічного нагляду, санітарно-гігієнічного контролю;

- модель Бісмарка (Німеччина, Франція, Бельгія, Нідерланди), що характеризується системою обов'язкового соціального страхування, де фінансування здійснюється через внески від працівників та роботодавців до недержавних фондів (лікарняних кас), які сплачують за послуги приватним або державним постачальникам; регулювання громадського здоров'я здійснюється таким чином: держава відіграє ключову роль у регулюванні діяльності страхових фондів, встановленні стандартів медичної допомоги, контролі за якістю послуг, водночас існує більша децентралізація у наданні послуг та певна конкуренція між страховими компаніями та постачальниками послуг, програми громадського здоров'я фінансуються як з бюджету, так і зі страхових внесків;

- модель Національного медичного страхування (Канада, Австралія, Тайвань, Південна Корея), що характеризується поєднанням елементів моделей Беверіджа та Бісмарка, фінансуванням за рахунок державних податків або обов'язкових страхових внесків, що надходять до єдиної державної або квазідержавної страхової організації, наданням послуг переважно приватними постачальниками; державне регулювання громадського здоров'я здійснюється через Уряд (федеральний і провінційний

у Канаді), який встановлює правила, фінансує систему, але надання послуг відбувається через незалежних постачальників (лікарів, клінік), при цьому держава активно займається розробкою та впровадженням програм громадського здоров'я, таких як вакцинація, санітарний контроль, профілактика хронічних захворювань;

– модель «З власної кишені» (багато країн, які розвиваються), що характеризується покриттям переважної більшості медичних витрат безпосередньо пацієнтами, мінімальність державного, ґрунтування системи охорони здоров'я, зокрема сфери громадського здоров'я значною мірою на ринкових відносинах; державне регулювання громадського здоров'я – слабше розвинене і часто обмежується базовими санітарними заходами та боротьбою з інфекційними захворюваннями, наданням допомоги біднішим верствам населення через державні програми соціального захисту.

Також існують гібридні моделі, наприклад, як у США, що характеризуються поєднанням елементів усіх вищезгаданих моделей, але з переважанням приватного сектору та ринкових механізмів. У Сполучених Штатах значна частина фінансування надходить від приватного медичного страхування (через роботодавців або індивідуально), також існують державні програми для певних категорій населення. Регулювання громадського здоров'я – децентралізоване: Федеральний рівень (CDC – Центри з контролю та профілактики захворювань) відповідає за національні програми, дослідження, епідеміологічний нагляд, штати та місцеві органи влади мають значну автономію у розробці та впровадженні програм громадського здоров'я, часто фінансованих грантами з федерального бюджету. Регулювання медичних закладів та професій є складним і розподіленим між різними рівнями влади, це – найбільш фрагментована система з високою часткою приватного фінансування і значними відмінностями у доступі та якості послуг.

Розуміння цих моделей та їхніх особливостей є ключовим для аналізу успіхів і невдач державного регулювання громадського здоров'я в різних

національних контекстах – так, наприклад, критично важливим в контексті зарубіжного досвіду у сфері фінансування та децентралізації громадського здоров'я для України є такі аспекти, як багатоканальне страхування (Німеччина), оплата за якість (Велика Британія) та регіональна автономія (Швеція), причому досвід Швеції є актуальним для України в контексті децентралізації та міжсекторальної співпраці на рівні об'єднаних територіальних громад. Надзвичайно повчальною для України є необхідність міжсекторальної координації на рівні ОТГ та створення одного вікна для пацієнта, де інтегруються послуги лікаря, соціального працівника та психолога, що в реальності є своєрідним ключем до ефективного громадського здоров'я.

Закордонні практики міжсекторальної співпраці (Public-Private Partnerships, PPP) та взаємодія з неурядовими організаціями можуть бути використані в Україні з метою підвищення ефективності державних профілактичних програм та кризового менеджменту, а практики країн ЄС та США свідчать про те, що профілактика є успішною лише тоді, коли вона виходить за межі медичних закладів і залучає ресурси та експертизу інших секторів. Так, замість пасивного очікування пацієнта, страхові каси (Німеччина) або приватні компанії (США) активно співпрацюють з неурядовими організаціями та приватними клініками для проактивного управління хронічними захворюваннями (діабет, серцево-судинні). В Україні цей досвід може бути адаптований у контексті використання приватних мереж лабораторій для безоплатних скринінгів (наприклад, на діабет чи ВІЛ) за контрактом з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) або місцевою владою. До того ж, функцій санітарної просвіти, супроводу пацієнтів та моніторингу дотримання лікування можуть бути делеговані неурядовим організаціям (зокрема, спеціалізованим фондам боротьби з конкретними хворобами) як ефективним провайдером послуг, оскільки вони мають більшу довіру та гнучкість, ніж державні структури.

З досвіду управління сферою громадського здоров'я у Великобританії для України може використано практику стимулювання фізичної активності, що передбачає співпрацю місцевих органів влади зі спортивними клубами та фітнес-центрами для надання знижок або безоплатних занять для населення в межах муніципальних програм здоров'я, що фінансується об'єднаних територіальних громад або грантами. Ще ефективною та корисною для впровадження у сферу громадського здоров'я в Україні може бути цифрова профілактика, тобто співпраця з ІТ-компаніями для розробки мобільних додатків для моніторингу та мотивації пацієнтів, які страждають на хронічні захворювання, за прикладом програм Національної служби охорони здоров'я Великої Британії – NHS.

Досвід пандемії COVID-19 та природних катастроф у розвинених країнах довів, що швидкість і ефективність реагування залежить від горизонтальних зв'язків між секторами, тому для України, особливо в умовах воєнного стану, актуальними є зарубіжні практики логістичної координації (залучення приватних логістичних та транспортних компаній для швидкого розподілу медикаментів та обладнання до гарячих точок або постраждалих регіонів – за моделлю державно-приватного партнерства для критичних поставок) та експертні платформи (створення цифрових платформ для швидкого обміну інформацією та залученням експертів, зокрема приватних клінік, НУО, науковців, до оперативного аналізу ризиків.

Також з досвіду США та ЄС, де волонтерські організації та громадянське суспільство є інтегральною частиною системи реагування (наприклад, медичні волонтери, Червоний Хрест), для України можна використати психосоціальну допомогу, що передбачає делегування неурядовим та громадським організаціям, що мають досвід роботи з травмою, функцій надання первинної психологічної та психосоціальної підтримки постраждалому населенню, вивільняючи державні заклади для надання безпосередньої медичної допомоги.

Як доведено світовою практикою публічного управління та адміністрування у сфері громадського здоров'я, для забезпечення потреб населення в медичних послугах, лікарських засобах та технологіях недостатньо лише державних коштів. Розвинені країни обов'язково використовують змішане фінансування, включаючи приватне страхування та механізм співплатежів, окрім того, обсяг державних гарантій на медичну допомогу відрізняється в різних державах. В Україні проблемою, що потребує вирішення, наразі ще залишається відсутність чіткого законодавчого закріплення конкретних гарантованих видів медичної допомоги та механізмів забезпечення ліками.

Сьогодні жодна розвинена економіка не може фінансувати охорону здоров'я тільки з держбюджету; необхідне обов'язкове залучення приватного страхування та співплатежів. Хоча обсяг державних гарантій у різних країнах різний, нашою (або загальною) проблемою є нечіткість нормативного визначення конкретних гарантованих медичних послуг, а також забезпечення громадян необхідними ліками.

Висока частка державного фінансування дає змогу забезпечити універсальний доступ до медичних послуг, незалежно від платоспроможності громадян, що є основним завданням публічного адміністрування; стратегічне планування сприяє державному фінансуванню довгострокових, високовартісних програм (профілактика епідемій, вакцинація, розвиток інфраструктури тощо). Публічні кошти підлягають суворому державному аудиту та контролю, що є важливим елементом підзвітності в публічному управлінні.

Публічне управління сферою громадського здоров'я в розвинених країнах світу демонструє значну різницю в моделях фінансування та розподілі витрат. Хоча системи різняться, більшість із них використовують змішані джерела фінансування (державний бюджет, соціальне страхування, приватні внески). На основі даних ОЕСР та Євростату за 2023–2024 рр.,

нижче наведено порівняльну характеристику, сфокусовану на ключових фінансових показниках, виражених у відсотках (табл. 1.10).

Таблиця 1.10

Порівняльна характеристика фінансування сфери громадського здоров’я (2023–2024 рр.) в деяких розвинених країнах світу

Країна	Модель управління	Витрати на ГЗ (% ВВП)
США	Змішана (перевага приватного страхування)	17,2 %
Німеччина	Соціальне страхування (модель Бісмарка)	12,3 %
Франція	Соціальне страхування / Національна служба	11,5 %
Швеція	Національна служба (модель Беверіджа)	11,2 %

Частка приватного фінансування припадає на: кошти, які пацієнти платять безпосередньо за послуги, ліки, матеріали є найбільш поширеною формою приватного фінансування; страхові внески, що сплачуються фізичними або юридичними особами приватним страховим компаніям; фінансування від приватних некомерційних організацій (благодійні фонди, релігійні організації); фінансування від приватних комерційних організацій (витрати приватних клінік, фармацевтичних компаній на дослідження та розробки). Приватний сектор часто приносить інновації та може бути більш гнучким та ефективним у наданні деяких послуг, висока частка прямих платежів населення підриває принципи публічного управління, оскільки створює фінансові бар’єри для бідніших верств населення, що може призвести до катастрофічних витрат на здоров’я. У сфері публічного адміністрування співвідношення цих часток є політичним рішенням, яке визначає модель системи громадського здоров’я (табл. 1.11).

Таблиця 1.11

Співвідношення часток державного та приватного фінансування у сферу громадського здоров'я (наслідки для публічного управління)

Співвідношення	Наслідки для публічного
Висока частка державного фінансування (> 60–70 %)	Переваги: максимальна соціальна захищеність, сильний державний контроль, легше керувати загальними пріоритетами здоров'я
Низька частка державного фінансування (висока частка приватного, особливо прямих платежів)	Проблеми: фінансова токсичність для громадян, зростання нерівності, фрагментація системи (труднощі в адмініструванні єдиних стандартів)

Висока частка державного фінансування (60 % і більше від загальних витрат) свідчить про сильний державний контроль, тобто про те, що уряд має прямий вплив на те, які послуги будуть надаватися, кому і за якою ціною, що дає змогу адміністраторам ефективно впроваджувати національні програми (наприклад, профілактику, вакцинацію, первинну допомогу). Публічні кошти спрямовуються на пріоритети громадського здоров'я, а не на найбільш прибуткові комерційні послуги, що сприяє забезпеченню фінансування неприбуткових, але критично важливих сфер (сімейна медицина у віддалених районах, психічне здоров'я). Адміністрування відбувається за чіткими бюджетними правилами, що забезпечує прозорість використання коштів, висока частка приватного фінансування, особливо прямих платежів населення створює управлінські виклики, що є фінансовим ризиком для громадян. Велика залежність від приватних платежів означає, що публічне адміністрування не забезпечує належного фінансового захисту, що підвищує ризик катастрофічних витрат на здоров'я, змушуючи громадян відмовлятися від необхідного лікування.

Доступ до якісної медичної допомоги стає залежним від платоспроможності, а не від потреби, а це суперечить основним принципам публічної політики щодо соціальної справедливості. Публічному управлінню важче контролювати ціноутворення та якість у приватному секторі, що вимагає розробки складних регуляторних механізмів і посиленого нагляду, адже з позиції публічного управління, ідеальний баланс – це той, що забезпечує універсальне охоплення здоров'ям. Тобто цей показник є індикатором успішності публічного управління у забезпеченні соціальної справедливості та фінансової стійкості системи охорони здоров'я.

Співвідношення часток державного та приватного фінансування у сферу громадського здоров'я представлено в таблиці 1.12.

Таблиця 1.12

**Частка державного та приватного фінансування у сферу
громадського здоров'я (% від загальних витрат)**

Країна	Державне фінансування	Приватне фінансування
Франція	≈ 82% (високий рівень державних гарантій)	≈ 18 %
Німеччина	≈ 75% (соціальне страхування)	≈ 25 %
Велика Британія	≈ 80% (Національна служба здоров'я)	≈ 20 %
США	≈ 50% (значна роль приватного страхування)	≈ 50 %
Туреччина, Індія	< 30% (низький рівень)	> 70 % (високий рівень прямих платежів)

Відсоток прямих витрат пацієнтів на сферу громадського здоров'я показує, яку частину пацієнти сплачують безпосередньо з власної кишені, що є індикатором доступності медичних послуг в різних країнах (табл. 1.13).

Таблиця 113

Країна	Модель	Прямі витрати
Франція, Люксембург	Високі державні гарантії	< 10 %
Канада, Німеччина	Змішана / соціальне страхування	10–15 %
Велика Британія	≈ 80% (Національна служба здоров'я)	≈ 20%
США	Змішана (високі франшизи)	11–15 %
Греція, Болгарія	Країни з ринками, що формуються	> 30 %
Індія, Мексика	Низькі держ. витрати	> 50 %

Порівняльна характеристика на відсотковому рівні демонструє, що універсальні системи (Беверіджа / соціального страхування), як у Франції, Німеччині, Швеції, мають високу частку державного фінансування (> 75 %) та низький рівень прямих витрат (< 15 %). Це свідчить про сильне публічне управління, яке забезпечує високі державні гарантії. Система США демонструє найвищі витрати на сферу громадського здоров'я (% ВВП), але при цьому публічне фінансування становить лише близько 50 %, що вказує на переважання ринкових механізмів та меншу роль держави у прямому забезпеченні послуг. Низький рівень публічного фінансування (наприклад, у Туреччині чи Індії) прямо корелює з надзвичайно високими прямими витратами пацієнтів, що є індикатором слабкості або обмеженості державних гарантій.

Публічне управління має розробляти механізми, спеціальні регуляторні політики, щоб забезпечити ситуацію, коли приватні фінанси не використовуються для недобросовісної практики, а ДМС доповнює, а не замінює державні гарантії. Частка державного та приватного фінансування критично впливає на те, як публічне управління адмініструє ризики, розподіляє ресурси, розподіляє ресурси та забезпечує рівність у системі охорони здоров'я.

У розвинених країнах сильне публічне управління сферою громадського здоров'я вимірюється не лише загальною сумою витрат, але й високою часткою державних коштів у загальній структурі фінансування, що забезпечує низький рівень фінансового тягаря для громадян.

Усі європейські країни мають індивідуальні державні системи громадського здоров'я, сформовані історичним контекстом, управлінською моделлю та політичними рішеннями. Однак фінансова підтримка залишається універсальним першорядним чинником, адже чим більше інвестицій – тим вищі показники здоров'я та ефективніші медичні послуги. Це підтверджує, що головний обов'язок політичного керівництва – реалізувати конституційне право нації на захист здоров'я [12, с. 29].

В ЄС в публічному управлінні та адмініструванні у сфері громадського здоров'я домінують дві моделі – Національна служба здоров'я (система Беверіджа) та Система соціального страхування (система Бісмарка), обидві забезпечують високий рівень державних гарантій. Публічне фінансування включає кошти державного бюджету та обов'язкові схеми соціального страхування, що є державними або обов'язково-публічними; прямі платежі OOPS (Out-of-Pocket Spending) – це кошти, які пацієнти сплачують безпосередньо з власної кишені (за ліки, стоматологію, консультації, що не покриваються страхуванням).

Порівнемо стан публічного управління сферою громадського здоров'я для ключових країн ЄС, ґрунтуючись на останніх доступних статистичних даних (переважно за 2023 р.) від Євростату та ОЕСР (табл. 1.14).

Таблиця 1.14

**Порівняльна характеристика публічного управління сферою
громадського здоров'я в ЄС (2023 р.)**

Країна	Модель фінансування	Загальні витрати на ОЗ (у % ВВП)	Частка публічного фінансуван ня ¹ (у % від заг. витрат)	Частка прямих платежів OOPS ² (у % від заг. витрат)
Швеція	Національна служба здоров'я	11,2 %	≈ 85 %	≈ 13 %
Німеччина	Соціальне страхування	11,7 %	≈ 84 %	≈ 12 %
Франція	Соціальне страхування/держав- ні гарантії	11,5 %	≈ 82 %	< 10 %
Австрія	Соціальне страхування	11,2 %	≈ 83 %	≈ 14 %
Болгарія	Соціальне страхування	7,8 %	≈ 60 %	> 35 %
Румунія	Соціальне страхування / змішана модель	5,7 %	≈ 77 %	≈ 25 %
Іспанія	Національна служба здоров'я	9,7 %	75 %	16 %
Естонія	Соціальне страхування (фонд)	9,7 %	75 %	16 %

Порівняння зосереджене на фінансових показниках найкраще відобража ступінь участі публічного управління в забезпеченні медичних послуг. Як видно з таблиці 1.14, порівняння вказує на суттєві відмінності у пріоритетах та ефективності публічного управління здоров'ям, а саме:

- високий пріоритет (Німеччина, Франція, Швеція) – країни інвестують найбільшу частку ВВП (понад 11%) в охорону здоров'я, що свідчить про сильне публічне управління, що розглядає здоров'я як ключову соціальну інвестицію;

- ступінь державного контролю – країни з моделлю Національної служби здоров'я (Швеція, Іспанія) та країни, що історично підтримують високі державні гарантії (Франція), демонструють найвищу частку публічного фінансування (понад 80%) та, відповідно, найнижчий фінансовий тягар на громадян (OOPS < 15%);

- фінансовий тягар на громадян (Болгарія – OOPS > 35%), публічне управління не здатне забезпечити повне покриття потреб, і громадяни змушені сплачувати значну частку послуг самостійно. Це часто призводить до нерівності доступу.

У Центральній та Східній Європі (Румунія, Естонія), незважаючи на загальний рівень витрат нижче середнього по ЄС, публічна частка залишається високою (понад 75%), але частка OOPS – також вища (близько 20–25%), що вказує на недостатнє покриття певних категорій послуг (стоматології чи ліків).

Як зазначає М. Михайленко [94], державна система Нідерландів є однією з найкращих у ЄС щодо епідеміологічного нагляду та контролю. Ця система функціонує на трьох рівнях (місцевому, регіональному та національному). В Нідерландах запроваджено щотижневе та щомісячне сповіщення про інфекційні захворювання, яке включає рекомендації для громадян у разі загрози їхньому здоров'ю. Головним відповідальним органом є Міністерство громадського здоров'я, добробуту і спорту, яке планує

політику охорони здоров'я та керує програмою соціального страхування. Загальні витрати на охорону здоров'я в країні становлять 10,1 % ВВП.

Швейцарія має цікавий досвід епідеміологічного нагляду, приділяючи йому велику увагу. Контроль за станом громадського здоров'я там покладено на службу громадського здоров'я спільно із сімейними лікарями. В країні діє система «Sentinella», запроваджена ще до широкого впровадження комп'ютерних технологій. Як зазначає М. Михайленко [там само, с. 61], «Sentinella» є спільним проєктом сімейних лікарів та Федерального відомства громадського здоров'я, що дозволяє не лише здійснювати нагляд за інфекційними хворобами, але й досліджувати сімейну медицину.

Застосування стандартизованих комп'ютеризованих медичних документів є запорукою високої ефективності цієї системи, а оперативний обмін даними критично важливий для сімейної медицини, яка займає пріоритетне місце в охороні здоров'я Швейцарії [189, с. 1086]. Окрім того, додатковою особливістю швейцарської моделі є обов'язковий характер приватного страхування.

У розвиненому світі, включаючи Європу, підходи до громадського здоров'я пережили фундаментальну трансформацію, цей перехід від санітарного нагляду до нового громадського здоров'я є ключем до розуміння сучасної політики. Стара модель була реактивною і вузькоспрямованою, обмежуючись: санітарно-епідеміологічним контролем інфекційних хвороб (за допомогою гігієни, вакцинації та карантинів); орієнтацією на лікування; та постфактум-реагуванням на існуючі проблеми чи спалахи.

Більшість європейських країн прагнуть максимально охопити населення системою медичного страхування. Державне страхування підтримується урядами різними способами – пряме субсидування з центральних фондів, контроль за цінами на медичні послуги, застосування пільгового оподаткування, недержавне страхування також інколи отримує податкові пільги [54].

На відміну від старого підходу, система громадського здоров'я є проактивною, комплексною та міжсекторальною стратегією, вона охоплює значно ширший спектр діяльності й зосереджується на таких ключових напрямках: 1) зміцнення здоров'я (Health Promotion) – це не просто інформування, а створення необхідних умов для здорового способу життя, метою є надати людям можливість контролювати та покращувати власне здоров'я, включаючи різноманітні програми підтримки (фізичної активності; здорового харчування; боротьби з тютюнопалінням та зловживанням алкоголем); 2) профілактика захворювань (Disease Prevention) – акцент зміщується на первинну та вторинну профілактику, що включає значно більше, ніж лише імунізацію, зокрема скринінгові програми (раннє виявлення онкологічних захворювань, діабету), медичні огляди та консультації щодо ризиків і здорових звичок.

Аналіз витрат на охорону громадського здоров'я за типом послуг, проведений О. Мотайлом [98], показує, що у країнах ЄС найбільша частка (в середньому близько 61 %) припадає на стаціонарну та амбулаторну допомогу. Витрати на лікарські засоби становлять 21 %, а на довготривалу допомогу виділяється приблизно 12 %. На профілактику та адміністрування системи залишається відносно невеликий відсоток. Дослідник наголошує, що це лише середній показник, оскільки структура витрат у кожній країні залежить від багатьох національних чинників.

Європейський досвід є визначальним орієнтиром для реформування української системи громадського здоров'я, його адаптація є критично необхідною для успішної інтеграції України в європейське співтовариство та забезпечення високого рівня добробуту її громадян.

Прикладом може слугувати досвід Німеччини з публічного управління та адміністрування у сфері громадського здоров'я – система Німеччини є показовим прикладом, наприклад, у тому, що питаннями аудиту громадського здоров'я в цій країні керує Федеральне міністерство охорони здоров'я, якому підпорядковується низка ключових інституцій:

- Федеральний інститут лікарських засобів.
- Німецький інститут медичної документації та інформації.
- Федеральний центр санітарної освіти.
- Інститут Роберта Коха, який проводить комплексні дослідження та аналітичні зрізи щодо груп ризику.

Фінансування та структура сфери громадського здоров'я в Німеччині базуються на принципах децентралізації, соціальної солідарності та саморегуляції, Уряд відповідає за розробку законодавчої бази, тоді як її практична реалізація делегована місцевим адміністраціям, при цьому загальні витрати на охорону здоров'я становлять значні 11,2 % ВВП.

В Австрії фінансування системи медичного страхування базується на спільних обов'язкових внесках, які працівники та роботодавці сплачують у рівних частках. Додатково населення користується добровільним страхуванням, що має три напрями: покриття всіх госпітальних витрат – 14 % громадян, оплата послуг відповідно до тривалості госпіталізації – 23 % та забезпечення позалікарняного обслуговування – 1 % [54].

Як зазначає О. Мотайло [98], система охорони здоров'я Франції характеризується складним поєднанням приватного і державного секторів як у фінансуванні, так і в наданні медичної допомоги. Вона базується на обов'язковій державній програмі, доповненій добровільним страхуванням. Уряд Франції несе загальну відповідальність за громадське здоров'я, контролюючи фінансуючі органи, забезпечуючи соціальний захист, керуючи державною мережею медичних закладів та якісною підготовкою кадрів. На національному рівні політику охорони здоров'я формує Міністерство соціальних справ та охорони здоров'я.

Італійська національна служба охорони здоров'я (SSN) базується на основній zasadі, що здоров'я – це фундаментальне право, що забезпечує рівний доступ усіх громадян до уніфікованої медичної допомоги, незалежно від їхнього матеріального стану, соціальної групи чи місця проживання в країні. Проте, децентралізація контролю в SSN призводить до того, що рівень

медичного забезпечення залишається порівняно невисоким, при цьому Італія витрачає на охорону здоров'я 8,8 % ВВП.

Іспанія здійснює перехід від національної (податкової) моделі охорони здоров'я до системи, орієнтованої на соціальне страхування здоров'я. Найефективнішим елементом іспанської системи визнано економічні відносини, побудовані на основі планування та розподілу ресурсів (М. Забаштанський, Д. Драгунов, Ю. Ридзель, С. М. Журман [54]).

В Австралії надання послуг охорони здоров'я є прерогативою урядів шести штатів і двох територій. При цьому фінансування розподіляється між федеральним (національним) урядом та урядами штатів і територій, хоча основні фінансові потоки спрямовуються на первинну медичну допомогу та клініки. Крім того, місцеве самоврядування (муніципальні та міські ради) відіграє допоміжну роль у сфері громадського здоров'я, відповідаючи за: охорону навколишнього середовища, містобудування, безпеку харчових продуктів та імунізацію, однак, на думку дослідників [192], уряд Австралії недостатньо уваги приділяє громадському здоров'ю. Це підтверджується тим, що рамковий документ «Building a 21st century primary health care system» містить лише надто загальні положення – такі, як: «Посилення уваги до профілактики», «Посилені, інтегровані та більш систематичні підходи до профілактичної допомоги з регулярними оцінками ризику підтримуються даними та найкращим використанням робочої сили» та «Люди знають, як керувати власним здоров'ям та доглядом за собою».

З огляду на вищенаведений аналіз зарубіжного досвіду публічного управління та адміністрування у сфері громадського здоров'я, «реформуючи державне управління в умовах євроінтеграції, Україна має враховувати ці актуальні європейські тенденції» [13, с. 10].

Дослідження показують, що світові моделі державного регулювання громадського здоров'я не є однорідними, відображаючи унікальні історичні, культурні, політичні та економічні особливості кожної країни. Аналіз досвіду закордонних держав у регулюванні громадського здоров'я свідчить про

домінування моделі державно-приватного партнерства у сфері контролю. Важливим інструментом є застосування інноваційних комп'ютерних технологій для моніторингу колективного здоров'я, разом з тим, очевидно, що навіть найрозвиненіші країни ЄС не є повністю стійкими до сучасних епідеміологічних криз, що підкреслює необхідність безперервного вдосконалення механізмів державного регулювання та збільшення фінансування галузі.

Отже, аналіз зарубіжного досвіду публічного управління та адміністрування у сфері громадського здоров'я (зокрема, моделей Бісмарка, Беверіджа та Скандинавської моделі) засвідчує що: в світі існують кілька основних управлінських моделей в цій галузі, що часто перетинаються та мають унікальні варіації в кожній країні; успіх реформ залежить від інтеграції фінансової стійкості, управлінської гнучкості та етичної підзвітності. Досвід Німеччини показує критичну необхідність переходу до багатоканального фінансування, заснованого на обов'язкових соціальних внесках (на противагу фінансуванню виключно з загального бюджету), що забезпечує стабільність системи, що є життєво важливим в умовах економічних та військових викликів. Децентралізація та мережеве управління скандинавської моделі, зокрема практика Швеції демонструють ефективність делегування управлінських та фінансових повноважень на регіональний та громадський рівень, що посилює міжсекторальну співпрацю медицини, соціального захисту і неурядових організацій та дає змогу адаптувати послуги до локальних потреб, що є особливо актуальним для України в контексті реформи децентралізації.

Орієнтація на результат та цифровізацію, застосовування принципів нового публічного управління, використання практики ключових показників ефективності – KPIs і використання Big Data на прикладі Естонії та США є корисним досвідом для адаптації у сфері громадського здоров'я сприяє переходу від контролю процесу до оцінки якості та результату, адже цифровізація, впровадження E-Health, електронних реєстрів є ключовим

інструментом для прозорості, проактивного прогнозування та управління ризиками.

Таким чином, для підвищення стійкості та ефективності публічного управління та адміністрування у сфері громадського здоров'я в Україні необхідно не просто копіювати, а систематично адаптувати та гібридизувати кращі світові практики, оскільки успішна імплементація вимагає подолання інституційних бар'єрів, зокрема слабкості управлінського потенціалу, забезпечення фінансової незалежності системи й формування нової адміністративної еліти, яка володіє аналітичними, цифровими та високими етичними стандартами публічного управління.

Висновки до першого розділу

Проблематика публічного управління у сфері громадського здоров'я має глибоке історичне коріння та визначається еволюцією державної філософії щодо ролі соціуму і влади у забезпеченні здоров'я нації. Історично концепція громадського здоров'я (згідно з визначенням Е. Уінслоу) завжди була наукою та мистецтвом організації суспільних зусиль для профілактики хвороб і зміцнення здоров'я, що з самого початку перекладало проблему зі сфери індивідуальної медицини у площину публічного управління. Сучасні вітчизняні наукові дефініції підтверджують комплексний та міждисциплінарний характер цього поняття, що вимагає залучення всіх державних інститутів.

У процесі дослідження на основі аналізу опрацьованих наукових джерел було сформульовано авторське визначення поняття «механізм публічного управління у сфері громадського здоров'я» – динамічний алгоритм взаємодії держави, інститутів громадянського суспільства та приватного сектору, спрямований на моніторинг та аналіз стану здоров'я нації, мінімізацію біологічних, екологічних і соціальних ризиків, а також на забезпечення резильєнтності національної системи охорони здоров'я з метою превентивного впливу на детермінанти здоров'я населення.

Період управління до 1991 р. характеризувався централізованою, уніфікованою та безоплатною державною системою, орієнтованою на ідеологію громадського здоров'я. Хоча це забезпечило високий рівень охоплення населення та успіх у боротьбі з інфекційними хворобами, жорсткий адміністративний контроль та забюрократизованість призвели до неефективності, технологічного відставання та ігнорування індивідуальних потреб, що стало ключовою проблемою для подальшого реформування.

Аналіз світових систем управління (німецька модель з домінуванням обов'язкового державного страхування, або американська модель з її приватною орієнтацією та нерівним доступом) демонструє, що вибір організаційної моделі (централізованої, страхової, приватної) безпосередньо впливає на справедливість, доступність та якість медичних послуг. В умовах складної медико-демографічної ситуації в Україні (висока смертність, епідемії, тягар неінфекційних хвороб) державницька політика має бути переорієнтована на світові стандарти: потужну первинну медичну допомогу, вільний вибір лікаря та гарантований пакет послуг. Це – єдиний шлях для ефективного відновлення та розвитку людського потенціалу нації, оскільки здоров'я є його ключовим детермінантом. Впровадження підходу «Здоров'я в усіх політиках» (HiAP) відображає сучасний державницький погляд, де здоров'я не є лише завданням МОЗ, а спільною відповідальністю всіх секторів влади та суспільства. Державницький підхід до управління громадським здоров'ям в Україні пройшов шлях від тотальної централізації до необхідності формування демократичної, міжсекторальної та науково-обґрунтованої системи, що здатна ефективно протидіяти сучасним викликам та забезпечити реалізацію конституційного права громадян на здоров'я.

Аналіз понятійно-термінологічного апарату засвідчив, що сфера публічного управління у сфері громадського здоров'я є комплексною, міждисциплінарною та вимагає чіткого визначення ключових категорій для забезпечення ефективності наукових досліджень та практичної діяльності. Поняття «громадське здоров'я» тлумачиться як організована суспільна

діяльність, спрямована на запобігання хворобам, зміцнення здоров'я, підвищення якості та тривалості життя населення, що виводить проблему в площину публічної політики та управління, а не лише клінічної медицини. Конкретний набір інструментів і заходів спрямований на захист і поліпшення здоров'я населення та забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя, що є однією з ключових функцій всієї системи охорони здоров'я. У термінологічному полі дослідження зафіксовано світові стандарти, які є актуальними завданнями для української системи: потужна первинна медична допомога, вільний вибір лікаря та гарантований пакет послуг. Понятійно-термінологічний апарат дослідження чітко засвідчує, що управління у сфері громадського здоров'я є комплексом взаємопов'язаних функцій і механізмів, які виходять далеко за межі медичних установ і вимагають державницького, міжгалузевого та науково-обґрунтованого підходу для покращення демографічної ситуації та зміцнення людського потенціалу України.

Аналіз зарубіжного досвіду публічного управління у сфері громадського здоров'я демонструє відсутність універсальної моделі та підтверджує, що ефективність системи визначається оптимальним балансом між державним регулюванням, фінансуванням та рівністю доступу.

Світові системи охорони здоров'я різняться за принципами фінансування та адміністрування: в моделях, що базуються на страхуванні (Німеччина), домінуючий обов'язковий державний сектор (майже 90% населення) забезпечує високу якість та доступність, демонструючи успіх добре структурованого медичного страхування; у приватно-орієнтованій моделі (США) – найдорожчій у світі (16,4% ВВП) домінує приватне страхування, але вона позначена нерівністю доступу (значна частина населення залишається незастрахованою) та обмеженістю страхових покриттів, внаслідок чого великі витрати не завжди гарантують рівний доступ і повне лікування. Незалежно від моделі фінансування, розвинені країни дотримуються ключових стандартів, які визнані світовим еталоном

доступності та якості: потужна первинна медична допомога, вільний вибір лікаря, гарантований пакет послуг – ці принципи є орієнтиром для будь-якої реформи, спрямованої на покращення показників здоров'я.

Впровадження концепції «Здоров'я в усіх політиках» у Європейських країнах та рекомендації ВООЗ підтверджують, що успішне адміністрування громадського здоров'я виходить за межі медичного сектора. Зарубіжний досвід доводить необхідність міжгалузевої координації для ефективного впливу на соціальні детермінанти здоров'я (житло, транспорт, освіта, екологія) та слугує базою для імплементації європейських стандартів, що є актуальним завданням з огляду на Угоду про асоціацію з ЄС. Для України найбільш релевантним є вивчення досвіду країн, які ефективно поєднали високі стандарти якості з широкою доступністю та соціальною справедливістю, мінімізувавши при цьому негативні наслідки жорсткої централізації. Успішне публічне адміністрування у сфері громадського здоров'я вимагає стратегічного вибору моделі фінансування, яка забезпечить рівність, якість та потужну первинну ланку, а також комплексної інтеграції завдань здоров'я у всі державні політики.

Ключові положення першого розділу дисертації представлені в наукових публікаціях автора [12–14].

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

2.1. Нормативно-правовий механізм публічного управління у сфері громадського здоров'я

Нормативно-правовий механізм є фундаментом публічного управління у сфері громадського здоров'я. Він являє собою систему правових норм, актів та примусових заходів, які встановлюють обов'язкові правила поведінки для всіх суб'єктів (держави, бізнесу, громадян) з метою забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя, захисту здоров'я та життя населення.

Питання громадського здоров'я та нормативно-правового забезпечення державної політики цій у сфері вивчали Ю. Бойчук (загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження [23]), З. Гладун (сучасний стан та перспективи вдосконалення системи інформаційно-аналітичної підтримки органів державної влади, що формують державну політику в сфері громадського здоров'я [35]), Г. Слабкий (бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я системи громадського здоров'я [155]), І. Солоненко (державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні (державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні [157]) та ін.

На основі ретельного вивчення існуючих викликів та нормативно-правового поля Європи й України, науковці (К. Вострикова [29] В. Князевич [72]) у своїх працях визначають ключові концептуальні засади для ефективного адміністрування сферою громадського здоров'я.

Початок реформи громадського здоров'я було покладено схваленням Концепції розвитку системи громадського здоров'я Кабінетом Міністрів України у 2016 р. [141].

У 2018 р. В. Ляшком було представлено детальну модель реформи [29], яка охоплювала національний, регіональний та місцевий рівні й передбачала, що Директорат громадського здоров'я впливатиме на Центр громадського здоров'я та співпрацюватиме з іншими міністерствами. ЦГЗ повинен був керувати регіональними Центрами громадського здоров'я, що формувалися шляхом об'єднання низки установ: Центрів медичної статистики, Центрів здоров'я, Центрів моніторингу та оцінки програм протидії ВІЛ/СНІДу та туберкульозу (Центри МіО), а також Лабораторних центрів МОЗ. Крім того, ЦГЗ мав опосередкований вплив на органи місцевого самоврядування та територіальні підрозділи міністерств та органів виконавчої влади.

Варто зазначити, що ні Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я на 2015–2020 роки [133], ні презентація реформи громадського здоров'я не містять чітких вказівок щодо того, як саме буде організована комунікативна діяльність і яка саме структура відповідатиме за розробку та реалізацію комунікаційної стратегії.

Нормативно-правовий механізм виконує такі ключові функції у сфері громадського здоров'я:

- встановлення стандартів та норм, визначення обов'язкових санітарних правил, норм якості повітря, води, харчування, радіаційної безпеки;
- ліцензування та акредитація, забезпечення того, що медична, фармацевтична та інша діяльність, яка впливає на здоров'я, здійснюється лише кваліфікованими суб'єктами відповідно до встановлених вимог;
- державний контроль – створення правових підстав для перевірки дотримання встановлених норм і стандартів з боку уповноважених органів (Держпродспоживслужба, Центр громадського здоров'я);
- протиепідемічне реагування, надання правових підстав для запровадження обмежувальних заходів (карантин, ізоляція, обов'язкова вакцинація) у разі виникнення надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я;

– захист прав пацієнтів та споживачів, законодавче закріплення прав громадян на якісну медичну допомогу, безпечні ліки та достовірну інформацію.

Реалізація нормативно-правового механізму публічного управління у сфері громадського здоров'я здійснюється переважно адміністративними методами:

– адміністративний припис (видання обов'язкових до виконання розпоряджень та наказів, наприклад, припис про закриття об'єкта через порушення санітарних норм);

– дозвільні процедури (видача ліцензій, дозволів, сертифікатів на медичну практику, ввезення ліків);

– заборони та обмеження (встановлення прямих заборон (на куріння у громадських місцях, продаж певних речовин) або обмежень, наприклад на вміст шкідливих домішок);

– правова відповідальність (застосування за порушення санітарно-епідемічних норм санкцій, зокрема штрафів, адміністративних стягнень).

Загалом, нормативно-правовий механізм забезпечує державі монополію на примус для захисту здоров'я як суспільного блага, що є основою, без якої неможлива робота інших механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я.

У Законі України «Про систему громадського здоров'я» [139] задекларовано запровадження «Інформаційного фонду громадського здоров'я», що означає створення централізованої системи збору, обробки та аналізу даних (про захворюваність, детермінанти, ризики).

Цей Закон став юридичною основою для закріплення управлінського переходу від застарілого адміністрування до сучасної моделі публічного управління, він не просто оновив санітарні правила, а переосмислив саму архітектуру управління сферою громадського здоров'я.

Закон зміщує фокус з лікування хвороб на їх профілактику та зміцнення здоров'я населення, згідно з ним упроваджується практика

розробки та реалізації державних та регіональних програм громадського здоров'я, спрямованих на боротьбу з основними факторами ризику (неправильне харчування, тютюнопаління, низька фізична активність, зловживання алкоголем).

Законом забезпечується правове поле для контролю за чинниками середовища життєдіяльності, що впливають на здоров'я, такими як якість води, повітря, харчових продуктів. Окрім того (що є надзвичайно важливим в умовах глобалізації та трансформації) Закон орієнтує на розвиток культури здоров'я, через просвітницьку роботу та комунікаційні кампанії сприяючи формуванню відповідального ставлення громадян до власного здоров'я.

Прийняття цього Закону є важливим кроком на шляху інтеграції України до європейського простору, він сприяє гармонізації українського законодавства у сфері громадського здоров'я з нормами Європейського Союзу, зокрема з Регламентом ЄС про серйозні транскордонні загрози здоров'ю та функціонуванням Європейського центру профілактики та контролю захворювань та посилює можливості України для міжнародної співпраці у сфері охорони здоров'я та обміну інформацією про загрози.

Загалом, зазначений Закон закладає фундамент для сучасної, ефективної та стійкої системи в Україні, яка працює на випередження, захищаючи здоров'я та благополуччя кожного громадянина.

У Законі чітко розмежовано та визначено повноваження ключових суб'єктів, що є ознакою ефективного публічного управління, де функції політики, контролю та виконання не дублюються і не змішуються. Відтак змінився і розподіл функціями між управлінськими структурами щодо сфери громадського здоров'я (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

**Розподіл функцій між управлінськими структурами щодо сфери
громадського здоров'я в Україні**

Суб'єкт управління	Ключова управлінська функція (за Законом)
Кабінет Міністрів України	Формування державної політики (визначення загальних цілей та стратегій)
Міністерство охорони здоров'я	Формування та реалізація політики у сфері громадського здоров'я, затвердження національних програм та стандартів
Центр громадського здоров'я	Головна експертна та аналітична установа. Здійснює епідеміологічний нагляд, оцінку ризиків, надає доказову базу для управлінських рішень МОЗ
Центри контролю та профілактики хвороб	Виконавчий орган на регіональному рівні. Забезпечують епідеміологічний нагляд на місцях, лабораторний контроль та впровадження профілактичних заходів
Органи місцевого самоврядування	Міжсекторальна координація та впровадження заходів на місцевому рівні, забезпечення сприятливих умов життєдіяльності (вода, навколишнє середовище, профілактичні програми в громадах)

Такий розподіл замінив стару вертикаль Санітарно-епідеміологічної служби, де всі функції від політики – до контролю були зосереджені в одному відомстві, на мережеву, партнерську модель публічного управління.

Закон України «Про систему громадського здоров'я» надав юридичний статус новим управлінським механізмам, які раніше існували лише на рівні підзаконних актів або міжнародних проєктів. Так, наприклад, замість застарілого поняття «санітарно-епідеміологічний нагляд» Закон закріпив сучасний термін (епідеміологічний нагляд або спостереження), що означає

безперервний, систематичний збір, аналіз, інтерпретацію та розповсюдження даних для планування, впровадження та оцінки заходів у сфері громадського здоров'я, Законом чітко визначено механізми готовності та реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я, що є особливо актуальним для сучасного публічного управління в умовах глобальних загроз.

Закон закріпив перехід від контрольної-примусової до аналітико-прогностичної управлінської моделі, де рішення приймаються на основі даних, було запроваджено інформаційний фонд громадського здоров'я, що означало створення централізованої системи збору, обробки та аналізу даних (про захворюваність, детермінанти, ризики), а ЦГЗ визначено установою, що утримує та використовує цей фонд.

Це стало ключовим інструментом публічного управління, оскільки дає змогу перейти від реактивного реагування до прогнозування та стратегічного планування ресурсів, оцінки ризиків для здоров'я населення. Це, по суті, – управлінська функція, що вимагає наукового підходу та дозволяє пріоритезувати зусилля та ресурси

Наразі сфера громадського здоров'я в Україні знаходиться на етапі становлення нової моделі управління, що поєднує державне регулювання через МОЗ, стратегічну закупівлю через НСЗУ та пріоритет профілактики через ЦГЗ, відходячи від застарілого адміністративного адміністрування.

Історико-управлінський аспект проблеми публічного управління та адміністрування у сфері громадського здоров'я розкриває, як з часом змінювалися підходи до організації, фінансування, регулювання та надання послуг, спрямованих на захист і поліпшення здоров'я населення в цілому.

Центр громадського здоров'я визначено установою, що утримує та використовує цей фонд, це – ключовий інструмент публічного управління, оскільки дозволяє перейти від реактивного реагування до прогнозування та стратегічного планування ресурсів. Закон надав юридичний статус новим

управлінським механізмам, які раніше існували лише на рівні підзаконних актів або міжнародних проєктів.

Окрім того, Закон чітко визначає механізми готовності та реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я, що є необхідним для сучасного публічного управління в умовах глобальних загроз, зокрема пандемій, що є свідченням кризового реагування. Найважливіши для закріплення моделі публічного управління є визнання соціальних детермінант здоров'я та необхідності міжсекторальної співпраці.

Закон зобов'язує різні органи влади (в тому числі немедичні – освіта, економіка, екологія) співпрацювати з метою поліпшення здоров'я населення. Наприклад, ОМС тепер мають пряму законодавчу відповідальність за реалізацію заходів громадського здоров'я на своїй території, що вимагає горизонтальної координації та управління на рівні громади.

Закон зобов'язує різні органи влади (в тому числі немедичні – освіта, економіка, екологія) співпрацювати з метою поліпшення здоров'я населення. Наприклад, ОМС тепер мають пряму законодавчу відповідальність за реалізацію заходів громадського здоров'я на своїй території, що вимагає горизонтальної координації та управління на рівні громади. Адже найважливішим для закріплення моделі публічного управління є визнання соціальних детермінант здоров'я та необхідності міжсекторальної співпраці.

Загалом, цей Закон формалізував управлінський перехід, надавши Центру громадського здоров'я та Центрів контролю та профілактики хвороб, причому правовий мандат повинен діяти як аналітичні та профілактично орієнтовані інституції, а не як просто контролюючі органи.

Центри контролю та профілактики хвороб ЦКПХ є юридичними особами державної форми власності і належать до сфери управління Міністерства охорони здоров'я України, підпорядковуючись йому та отримуючи методичну підтримку від Центру громадського здоров'я, вони стали ключовими регіональними виконавцями нової управлінської моделі у сфері громадського здоров'я в Україні, адже вони замінили колишні обласні

та міські структури Санітарно-епідеміологічної служби, переймаючи частину їхніх функцій, але діючи вже згідно з принципами публічного управління та аналітичної профілактики.

На відміну від СЕС, яка була насамперед контролюючим і каральним органом, основні функції ЦКПХ зосереджені на аналізі, прогнозуванні та впровадженні профілактичних заходів:

- епідеміологічний нагляд (збір, аналіз, оцінка та інтерпретація даних про інфекційні та неінфекційні хвороби та про фактори ризику у регіоні, що є основою для прийняття управлінських рішень на місцях);
- лабораторний контроль (здійснення лабораторних досліджень (бактеріологічних, вірусологічних, санітарно-гігієнічних) для оперативного підтвердження діагнозів та контролю якості навколишнього середовища, що є особливо актуальним для моніторингу та реагування; цінка ризиків;
- оцінка ризиків, надання експертних висновків органам місцевого самоврядування та МОЗ щодо потенційних загроз здоров'ю населення (наприклад, спалахи, забруднення води, екологічні ризики тощо).

Організація та проведення оперативного реагування на спалахи інфекційних хвороб, надзвичайні ситуації та біологічні загрози у регіоні, що включає розслідування випадків, ізоляцію, дезінфекцію та інші заходи.

Серед функцій Центру контролю та профілактики хвороб виокремлюється оперативна, що передбачає швидке реагування на загрози – протиепідемічні заходи (організація та проведення оперативного реагування на спалахи інфекційних хвороб, надзвичайні ситуації та біологічні загрози у регіон, що включає розслідування випадків, ізоляцію, дезінфекцію та інші заходи) та розроблення регіональних планів готовності до епідемій та надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я.

Надзвичайно важливою є програмна функція профілактики та зміцнення здоров'я, що передбачає впровадження національних та регіональних програм профілактики неінфекційних захворювань, ВІЛ/СНІД, туберкульозу, програм імунізації та проведення інформаційно-

просвітницької роботи, комунікаційних кампаній та заходів з формування здорового способу життя серед населення.

Найвагомішою в переліку функцій є управлінська, що охоплює міжсекторальне співробітництво – ЦКПХ виступають як консультанти та координатори для органів місцевого самоврядування, освітніх установ, соціальних служб та бізнесу з питань впровадження заходів, спрямованих на детермінанти здоров'я (безпека шкільного харчування, контроль за місцями масового відпочинку тощо).

У структурі Центрів контролю та профілактики хвороб накреслилася нова регіональна вертикаль: вони створюються, як правило, на обласному рівні (обласний ЦКПХ), з можливістю мати міжрайонні, районні або міські філії чи відділення – така структура забезпечує вертикальну інтеграцію, тобто національний центр аналітики ЦГЗ підпорядковує собі регіонального виконавця Центру контролю та профілактики хвороб і розповсюджує управління на філії – таким чином відбувається локальне впровадження.

Типова структура ЦКПХ орієнтована на виконання сучасних функцій громадського здоров'я і часто включає такі основні підрозділи:

- відділ епідеміологічного нагляду, що керує збором та аналізом епідеміологічних даних у регіоні;
- лабораторний центр, який здійснює всі необхідні лабораторні дослідження (санітарно-гігієнічні та клініко-діагностичні);
- відділ профілактики неінфекційних захворювань, що розробляє та впроваджує програми, спрямовані на боротьбу з чинниками ризику (куріння, алкоголь, харчування, фізична активність);
- відділ комунікації та промоції здоров'я, що відповідає за міжсекторальну взаємодію, інформування населення, просвітницькі кампанії.
- центр з питань протидії ВІЛ/СНІД та туберкульозу – спеціалізований підрозділ, що відповідає за програмні заходи у цій сфері.

Центри контролю та профілактики хвороб стали оперативною ланкою нової управлінської моделі, поєднуючи науковий підхід (аналітика ЦГЗ) з

практичним впровадженням на місцевому рівні, що є критично важливим для якісного публічного управління здоров'ям.

Центр контролю та профілактики хвороб, на відміну від Санітарно-епідеміологічної служби, є суб'єктом публічного управління, оскільки використовує експертизу для впливу на політичні, економічні та інфраструктурні рішення, що лежать в основі здоров'я населення.

Розглянемо приклад вирішення проблеми неякісної питної води у місті, що призвела до спалаху кишкової інфекції та складемо порівняльну таблицю цього явища за старої системи громадського здоров'я (СЕС) і за сучасних умов – Центр контролю та профілактики хвороб (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Алгоритм вирішення проблеми неякісної питної води у місті згідно зі старим та новим підходами

Аспект, механізм	Старий підхід – Санітарно-епідеміологічна служба	Новий підхід – Центр контролю та профілактики хвороб
Діагностика та реакція	Реактивна боротьба з наслідками	Проактивний епідеміологічний нагляд
Механізм	Лабораторне підтвердження наявного спалаху. Ізоляція хворих та проведення дезінфекції у вогнищах	Систематичний моніторинг і швидке реагування при перевищенні епідемічного порогу, використання прогностичних моделей
Встановлення причини	Адміністративне розслідування СЕС	Комплексний аналіз ризиків виявлення кореневої причини
Механізм	Адміністративний припис або штраф керівнику водоканалу як форма адміністрування	Експертний аналіз лабораторних даних, картографування випадків, оцінка інженерно-технічних ризиків, підготовка аналітичного звіту

Продовження таблиці 2.2

Запобігання повторенню	Вузьке адміністрування	Публічне управління та міжсекторальна діяльність, комплексний вплив на детермінанти здоров'я
Механізм	Відсутність остаточного вирішення глибинних питань (інфраструктура, фінансування, управління)	Доказові рекомендації ЦКПХ для: МОЗ – щодо оновлення стандартів безпеки води; місцевої влади – про необхідність інвестицій у модернізацію водогінних мереж, підвищення тарифів для забезпечення ремонту; громадськості – проведення комунікаційної кампанії щодо правил кип'ятіння води

Різниця між СЕС і ЦКПХ полягає не стільки у лабораторному аналізі, скільки у способі управління проблемою:

1) СЕС здійснювала адміністрування, діяла як «санітарна поліція», її управлінським інструментом був контроль, примус та покарання, це – вертикальний вплив на підконтрольні об'єкти;

2) ЦКПХ здійснює публічне управління, діє як «аналітичний та експертний центр», її управлінським інструментом є аналіз даних, оцінка ризиків та міжсекторальні рекомендації, це – горизонтальний вплив на ОМС, інші сектори та на саму політику.

Розвиток публічного управління у сфері громадського здоров'я в Україні характеризується такими ключовими управлінськими досягненнями:

- розділення функцій, чітке розмежування формування політики (МОЗ), закупівлі послуг (НСЗУ) та надання послуг (КНП);
- державно-управлінський договір, заміна адміністративного підпорядкування на договірні відносини – контракти НСЗУ з КНП;
- орієнтація на результат і стимулювання медичних закладів до ефективності та якості через механізм оплати за результат (пролікований

випадок, капітаційна ставка – становлений розмір оплати, який медичний заклад або лікар-ФОП отримує за обслуговування одного пацієнта впродовж визначеного періоду, зазвичай, року незалежно від того, скільки разів цей пацієнт фактично звернувся за допомогою).

Спираючись на думку дослідників Л. Качали, В. МIRONЮК, Г. Слабкого [48], які виокремили десять основних оперативних функцій сфери громадського здоров'я, можна визначити такий функціонал:

- 1) епідеміологічний нагляд та оцінювання стану здоров'я і благополуччя громадян;
- 2) здоров'язбереження громадян, зміцнення здоров'я населення, зниження індексу нерівностей за показниками здоров'я людей, позитивний вплив на соціальні детермінанти;
- 3) захист здоров'я людей, а також контроль за безпекою довкілля, якістю харчових продуктів, умовами праці громадян;
- 4) організація стратегічного управління з метою забезпечення здоров'я та благополуччя громадян;
- 5) профілактика захворювань та рання діагностика відхилень у здоров'ї та хвороб;
- 6) наповнення сфери громадського здоров'я необхідною кількістю кваліфікованих фахівців;
- 7) забезпечення фінансування створених постійно діючих ланок системи управління сферою громадського здоров'я;
- 8) інформаційно-роз'яснювальна робота серед населення, комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я;
- 9) моніторинг та реагування на небезпеки, що загрожують здоров'ю населення в період надзвичайних ситуацій, що стосуються галузі охорони здоров'я;
- 10) заохочення наукових досліджень у сфері громадського здоров'я з метою обґрунтування державної політики та практики в цій галузі.

Як ключова складова сфери охорони здоров'я, система громадського здоров'я несе стратегічну та багатогранну відповідальність, а для виконання цієї місії необхідна загальнонаціональна мобілізація – залучення всіх рівнів державного управління, місцевих громад та безпосередньо населення, що вимагає системної узгодженості їхніх дій.

Отже, нормативно-правовий механізм публічного управління у сфері громадського здоров'я в Україні є складною, багатоаспектною та динамічною системою, яка відображає як вітчизняні потреби, так і прагнення до європейської інтеграції. Фундаментом механізму є Конституція України, що гарантує право на охорону здоров'я. Ключовим регуляторним актом є Закон України «Про систему громадського здоров'я», який чітко розмежовує поняття «громадське здоров'я» та «система громадського здоров'я», встановлюючи мету – зміцнення здоров'я, запобігання хворобам та збільшення тривалості життя. Цей механізм доповнюється міжнародними зобов'язаннями, зокрема Угодою про асоціацію з ЄС та стратегічними документами ВООЗ («Здоров'я – 2020»), що вимагає імплементації міжнародних стандартів. Нормативно-правовий механізм передбачає централізоване управління з боку Міністерства охорони здоров'я та інших центральних органів, але його ефективність залежить від реалізації концепції «Здоров'я в усіх політиках», що передбачає забезпечення правовими нормами та адміністративними рішеннями міжгалузевої співпраці з секторами транспорту, освіти, економіки, екології з метою впливу на соціальні детермінанти здоров'я.

Нормативна база окреслює десять ключових оперативних функцій (епіднагляд, захист здоров'я, зміцнення здоров'я, профілактика, комунікація, кадрове забезпечення тощо), що є інструментами публічного адміністрування. Правові акти регулюють механізми фінансування, ліцензування, санітарно-епідеміологічного контролю та моніторингу, що є основою для практичної діяльності системи.

Попри значні кроки, нормативно-правовий стикається з викликами, пов'язаними зі складною медико-демографічною ситуацією в країні, недостатнім рівнем відповідальності населення за власне здоров'я та необхідністю досягнення рівного доступу до гарантованого пакету послуг. Подальше вдосконалення вимагає гармонізації вторинного законодавства, посилення фінансової стійкості системи та забезпечення науково-обґрунтованої політики.

Таким чином, нормативно-правовий механізм заклав сучасні основи для управління громадським здоров'ям, але його кінцева ефективність залежить від якості адміністрування та послідовної реалізації міжсекторальних політик для досягнення ключової мети – покращення здоров'я населення та зростання тривалості життя.

2.2. Організаційно-функціональний механізм публічного управління у сфері громадського здоров'я

Як зазначає Ф. Браун, основним призначенням держави в цьому напрямі, має виступати «забезпечення ефективного функціонування громадського здоров'я як складного соціального інституту в межах конкретного соціального співтовариства, що є гарантом збереження його ресурсного потенціалу» [182, с. 84].

У площині зарубіжних наукових розвідок окреслено функції громадського здоров'я, серед яких дослідники [203] називають такі три головні функції – оцінка стану здоров'я популяції, розробка здоров'язбережувальної політики, забезпечення покращ. Зарубіжні науковці підкреслюють, що комунікація є фундаментальною основою громадського здоров'я, забезпечуючи виконання всіх його трьох головних функцій (оцінка, розробка політики, забезпечення здоров'я) [180]. Для оцінки ефективності комунікативної діяльності у цій сфері слід застосовувати підхід, заснований на моделі комунікативної системи, що передбачає детальний аналіз таких

елементів, як джерело інформації, відправник, канал, отримувач, цілі інформації.

Система громадського здоров'я – це сукупність усіх державних, приватних та волонтерських структур, які спільно забезпечують надання ключових послуг для підтримки та збереження здоров'я населення в межах своєї території (юрисдикції) [210].

Загалом, діяльність у сфері громадського здоров'я зосереджена на трьох основних напрямках: захист здоров'я, профілактика захворювань і зміцнення (промоція) здоров'я [175].

Організаційно-функціональний механізм публічного управління у сфері громадського здоров'я є складною, динамічною системою, що забезпечує координацію, виконання та контроль усіх заходів, спрямованих на збереження, зміцнення та відновлення здоров'я населення.

Сутність організаційно-функціонального механізму розкривається через два ключових складники – організаційний – статика та функціональний – динаміка, це – інституційна основа механізму, сукупність суб'єктів, їхня структура та формальні зв'язки (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

**Організаційний сегмент організаційно-функціонального механізму
публічного управління у сфері громадського здоров'я**

Елемент	Характер діяльності	Приклади суб'єктів
Суб'єкти управління	Органи, установи та особи, які здійснюють владні повноваження	Міністерство охорони здоров'я, Центр громадського здоров'я, місцеві органи влади
Об'єкти управління	Проблеми та процеси у сфері громадського здоров'я	Показники захворюваності, санітарно-епідеміологічна ситуація, профілактичні програми, медична допомога

Продовження таблиці 2.3

Структура ієрархія та	Чіткий розподіл повноважень між центральним, регіональним та місцевим рівнями	Вертикаль управління (МОЗ → обласні департаменти → районні установи) та горизонтальна координація (з іншими міністерствами, наприклад, освіти, фінансів)
Ресурси	Забезпечення діяльності (людські, фінансові, матеріальні, інформаційні)	Бюджетні кошти, медичний персонал, реєстри пацієнтів, лабораторне обладнання

Фунціональний сегмент як процесуальна основа охоплює сукупність методів, принципів, норм та послідовність дій для досягнення поставлених цілей (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Фунціональний сегмент організаційно-функціонального механізму публічного управління у сфері громадського здоров'я

Елемент	Характер діяльності
Методи та інструменти	Засоби впливу на об'єкт
Нормативно-правова база	Закони, постанови, накази, які регулюють діяльність
Функції управління	Класичні управлінські дії, адаптовані до сфери громадянського здоров'я
Комунікація та взаємодія	Обмін інформацією та координація дій між суб'єктами

Як бачимо, організаційно-функціональний механізм являє собою поєднання двох аспектів управлінської діяльності: структури (хто) та функцій (що і як), це – це цілісна система, що описує, як саме органи публічної влади, тобто структура їх, використовують певні методи та інструменти (функції) для досягнення цілей у сфері громадського здоров'я, та включає організаційні структури, управлінські практики, інструменти та процеси, спрямовані на реалізацію державної політики для забезпечення,

захисту та зміцнення здоров'я населення. Організаційно-функціональний механізм – це інструментальна основа для досягнення цілей громадського здоров'я в країні.

Згідно зі статтею 7 розділу II Закону України «Про систему громадського здоров'я» [139], Кабінет Міністрів України є центральним органом, відповідальним за формування, реалізацію та функціонування державної політики у сфері громадського здоров'я.

Реформування охорони здоров'я вимагає впровадження ринкових механізмів і розвиток ефективну інфраструктуру з метою забезпечення доступності та якості медичних послуг і підвищення ступеня задоволеності громадян, що сприятиме зростанню обізнаності населення [156].

Організаційно-функціонального механізм публічного управління у сфері громадського здоров'я має стратегічне значення, оскільки без нього неможливо ефективно протистояти загрозам і забезпечувати сталий розвиток суспільства, що реалізується через:

- забезпечення безпеки та стабільності (епідеміологічний захист – механізм дає змогу оперативно реагувати на спалахи інфекційних хвороб, як, наприклад, це було під час COVID-19, проводити вакцинацію та санітарний контроль; створює запас міцності медичної системи для функціонування в умовах надзвичайних ситуацій (війна, стихійні лиха);

- досягнення стратегічних цілей: зміцнення здоров'я нації (забезпечує реалізацію превентивних програм проти СНІДу, туберкульозу, неінфекційних захворювань, що знижує навантаження на лікувальну ланку) і підвищення якості життя (через стандартизацію та контроль якості медичних послуг, спрямованих на профілактику й раннє виявлення хвороб);

- раціональне використання ресурсів (фінансова ефективність), що реалізується через чіткий розподіл функцій і відповідальності й запобігає дублюванню зусиль та нецільовому використанню бюджетних коштів; передбачає постійний моніторинг ключових показників (смертність,

народжуваність, тривалість життя), що дозволяє коригувати програми та інвестиції;

– створення сприятливого середовища для діяльності сфери громадського здоров'я (міжсекторальна взаємодія – організаційно-функціональний механізм змушує взаємодіяти не тільки медиків, але й освітян, економістів, екологів, наприклад, у питаннях якості питної води або боротьби з палінням; підзвітність та прозорість, оскільки визначає відповідальність кожного суб'єкта, забезпечуючи громадський контроль та довіру до системи.

Як стверджує Г. Слабкий, що система охорони здоров'я (передусім, Міністерство) відіграє ключову, регулювальну та виконавчу роль у сфері громадського здоров'я, тобто дослідник підтверджує, що громадське здоров'я є інтегрованим елементом загальної медичної інфраструктури. Ефективність і успіх функціонування всієї медичної системи визначається міцністю її компонента громадської охорони здоров'я [155, с. 24].

Організаційно-функціональний механізм є хребтом усієї системи громадського здоров'я, оскільки перетворює абстрактні цілі (здорове суспільство) на конкретні, скоординовані дії, що реалізуються через чітко визначені структури та процедури.

Основна роль цього механізму полягає: в забезпеченні ефективної реалізації державних завдань у сфері громадського здоров'я та благополуччя людей, він є інструментом, що перетворює політичні рішення на практичні дії; у формуванні та реалізації державної політики щодо управління у сфері громадського здоров'я; розробленні, впровадженні та моніторингу доказової політики (політика вакцинації, боротьби з епідеміями, санітарно-гігієнічний нагляд тощо).

У контексті цього механізму відбувається забезпечення прозорого та ефективного фінансування й розподілу ресурсів (кадрових, матеріальних, фінансових) згідно з пріоритетами та принципами справедливості й економічної ефективності, а також узгодження дій між різними суб'єктами:

державними органами (національного, регіонального, місцевого рівнів), закладами охорони здоров'я, громадськими організаціями, приватним сектором та міжнародними партнерами. Створюються механізми контролю за якістю медичної допомоги, дотриманням законодавства та моніторингу досягнення встановлених цілей, здійснюється інституційна суттєва підтримка, що реалізується в забезпеченні наявності та належного функціонування ефективних організаційних структур (центрів контролю та профілактики захворювань, інститутів громадського здоров'я тощо).

Організаційно-функціональний механізм публічного управління у сфері громадського здоров'я є цілісною, системною категорією, що включає організаційні структури, управлінські практики, інструменти та процеси, спрямовані на реалізацію державної політики для забезпечення, захисту та зміцнення здоров'я населення. Основна роль цього механізму полягає в: забезпеченні ефективної реалізації державних завдань у сфері охорони здоров'я та громадського благополуччя, він є інструментом, що перетворює політичні рішення на практичні дії, формуванні та реалізації політики, розробленні, впровадженні та моніторингу доказової політики у сфері громадського здоров'я (політика вакцинації, боротьби з епідеміями, санітарно-гігієнічний нагляд тощо).

На відміну від управління індивідуальною медичною допомогою, організаційно-функціональний механізм орієнтований на: профілактику та зміцнення здоров'я; реагування на надзвичайні ситуації, створення та підтримка оперативних структур для швидкого та ефективного реагування на епідемії, пандемії та інші кризи; інтеграцію питань здоров'я у політику інших секторів.

Ефективність механізму залежить від дотримання принципів належного врядування, що передбачають відкритість процесів прийняття рішень та використання ресурсів, чітке визначення відповідальності за результати та дії; залучення громадськості та зацікавлених сторін до формування політики;

запобігання корупції та забезпечення етичної поведінки у сфері громадського здоров'я.

Організаційний сегмент організаційно-функціонального механізму публічного управління у сфері громадського здоров'я представлено в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Організаційний сегмент організаційно-функціонального механізму публічного управління у сфері громадського здоров'я

Елемент	Опис	Приклади суб'єктів
Суб'єкти управління	Органи, установи та особи, які здійснюють владні повноваження	Міністерство охорони здоров'я, Центр громадського здоров'я, місцеві органи влади
Об'єкти управління	Проблеми та процеси у у сфері громадського здоров'я	Показники захворюваності, санітарно-епідеміологічна ситуація, профілактичні програми, медична допомога
Структура ієрархія та	Чіткий розподіл повноважень між центральним, регіональним та місцевим рівнями	Вертикаль управління (МОЗ → обласні департаменти → районні установи) та горизонтальна координація (з іншими міністерствами, наприклад, освіти, фінансів)
Ресурси	Забезпечення діяльності (людські, фінансові, матеріальні, інформаційні)	Бюджетні кошти, медичний персонал, реєстри пацієнтів, лабораторне обладнання

Питання організаційно-функціонального механізму публічного управління у сфері громадського здоров'я є ключовим для розуміння ефективності системи в цілому, адже цей механізм описує, хто (органи та інституції), як (функції та повноваження) і на яких рівнях (центральний, регіональний, місцевий) здійснює управління цією сферою.

На початковому та середньостроковому етапах медичної реформи ключовими замовниками медичних послуг залишаються чинні головні розпорядники бюджетних коштів, тобто органи державної влади та місцевого самоврядування, однак, кінцева мета реформи полягає у переході до моделі, де закупівля всіх цих послуг здійснюватиметься єдиним загальнонаціональним замовником [101, с. 147].

Оскільки організаційно-функціональний механізм в Україні є гібридним (поєднує централізацію та децентралізацію), його можна розкрити через такі взаємопов'язані елементи (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

Дефініції поняття «механізм державного управління»

Суб'єкт	Основна компетенція
Центральний рівень (формування політики та регулювання)	
Кабінет Міністрів України – вищий орган	Забезпечує формування та реалізацію державної політики у сфері громадського здоров'я, координує виконання загальнодержавних програм, встановлює та скасовує карантин, визначає порядок нагляду.
Міністерство охорони здоров'я України – центральний орган виконавчої влади	Формує державну політику у сфері громадського здоров'я. Відповідає за стратегічне планування, міжнародне співробітництво, профілактику захворюваності, фармацевтичне забезпечення та контроль якості надання медичної допомоги.
Центр громадського здоров'я МОЗ України – головна експертна та практична установа	Забезпечує науковий та інформаційно-аналітичний супровід, здійснює епідеміологічний нагляд, моніторинг захворюваності та впроваджує профілактичні програми.
Національна служба здоров'я України	Відповідає за фінансове забезпечення медичних послуг (в рамках Програми медичних гарантій), хоча і не є прямо регулятором громадського здоров'я, але впливає на його функціонування через договірну політику.
Регіональний рівень (координація та виконання)	
Місцеві державні адміністрації (ОДА / ОВА)	Здійснюють управління та координацію діяльності місцевих закладів охорони здоров'я та структур громадського здоров'я на території області.

Продовження таблиці 2.6

Регіональні центри громадського здоров'я	Як територіальні структурні одиниці реалізують політики ЦГЗ та МОЗ на регіональному рівні, проводять регіональний епідеміологічний нагляд та профілактичні заходи.
Місцевий рівень (надання послуг та субсидіарність)	
Органи місцевого самоврядування	Згідно з принципом субсидіарності відповідають за надання послуг первинної медико-санітарної допомоги, створення сприятливих умов для здорового способу життя та фінансування місцевих програм громадського здоров'я.
Заклади охорони здоров'я	Безпосередньо надають медичні послуги, включаючи первинну профілактику та скринінгові програми, що є частиною громадського здоров'я.

Організаційно-функціональний механізм реалізує свою мету через:

- 1) формування політики та стратегічне планування, визначення пріоритетів, розробка загальнодержавних та регіональних програм (боротьба з неінфекційними захворюваннями, вакцинація тощо).
- 2) створення законодавчої бази, стандартів, норм та правил (наприклад, санітарне законодавство, епідеміологічний нагляд);
- 3) збір, аналіз даних про стан здоров'я, захворюваність (особливо інфекційну) та соціальні детермінанти здоров'я.

Сучасний організаційно-функціональний механізм в Україні перебуває у стадії реформування та має такі особливості:

- системність і комплексність (механізм не обмежується лише адміністративним апаратом);
- чітка ієрархія органів влади та управління (Міністерство, департаменти, регіональні та місцеві структури);
- використання методів, методик, алгоритмів дій, управлінських технологій (стратегічне планування, внутрішній аудит, управління персоналом тощо);

- опертя на нормативно-правове підґрунтя – публічне законодавство, регуляторні рамки, систему законів, підзаконних актів і стандартів;
- реагування на надзвичайні ситуації, створення та підтримка оперативних структур для швидкого та ефективного реагування на епідемії, пандемії та інші кризи;
- міжсекторальна співпраця, інтеграція питань здоров'я у політику інших секторів («Здоров'я у всіх політиках»);
- посилення ролі органів місцевого самоврядування у фінансуванні та організації первинної допомоги та місцевих програм;
- перехід від переважно лікувальної моделі до проактивної, з посиленням ролі ЦГЗ та його регіональних підрозділів;
- впровадження електронного здоров'я (eHealth) для ефективнішого збору даних та моніторингу, що впливає на роботу всіх ланок управління.

Такий механізм спрямований на те, щоб забезпечити, щоб управлінські рішення та адміністративні дії максимально сприяли зміцненню здоров'я та збільшенню тривалості активного життя громадян. Він передбачає організацію та ефективне функціонування сфери громадського здоров'я та управління нею з використанням сучасних технологій. Оцінка технологій охорони здоров'я охоплює: систематичний аналіз клінічної ефективності, безпеки, економічної доцільності та соціальних наслідків використання нових медичних технологій (ліків, вакцин, обладнання); використання раціонального формування національних переліків лікарських засобів та прийняття рішень про державні закупівлі.

Ці інструменти, хоча є різними за формою, проте працюють спільно, тобто епідеміологічний нагляд визначає проблему, фінансові механізми виділяють ресурси, а комунікаційні стратегії забезпечують виконання заходів та змінюють поведінку.

Механізм оцінки технологій охорони здоров'я, відомий як Health Technology Assessment (HTA), є одним із найважливіших інструментів доказової політики в сучасному публічному управлінні охороною здоров'я.

Це – комплексний, багатовимірний процес аналізу медичних технологій для надання обґрунтованої інформації особам, які приймають рішення. Загалом, оцінка технологій охорони здоров'я – це систематичний процес оцінювання властивостей, ефектів та/або впливу медичної технології, що допомагає визначити, чи є певна технологія клінічно ефективною, безпечною та економічно доцільною порівняно з існуючими альтернативами. НТА оцінює не лише лікарські засоби, що є найпоширенішими в застосуванні, але й ширший спектр інновацій, а саме:

- лікарські засоби, нові молекули, нові показання, комбіновані терапії;
- медичні вироби, пристрої, обладнання, імпланти;
- діагностичні методи, нові лабораторні тести, методи візуалізації;
- лікувальні процедури та втручання, хірургічні, реабілітаційні, профілактичні програми;
- організаційні моделі, нові форми надання медичної допомоги (телемедицина, спеціалізовані центри тощо).

Процес оцінки технологій охорони здоров'я є багатовимірним та включає декілька ключових етапів.

1-ий етап – визначення об'єкта та пріоритезація:

- ідентифікація нових медичних технологій, які можуть мати значний вплив на систему охорони здоров'я;
- вибір технологій для детальної оцінки, виходячи з тягаря хвороби (захворюваність, смертність), соціальної значущості, потенційного впливу на бюджет та наявності альтернатив.

2-ий етап – комплексний глибинний аналіз (багатовимірність):

- клінічна ефективність – наскільки ефективно технологія працює; (порівняння з поточним стандартом лікування/плацебо); аналіз рандомізованих контрольованих досліджень, мета-аналіз;
- безпека (виявлення характеру побічних ефектів та ризиків технології, оцінка частоти та тяжкості небажаних явищ);

На цьому етапі проводиться глибинний аналіз за чотирма основними вимірами:

- клінічна ефективність (чи ефективною є технологія, порівняння з поточним стандартом лікування/плацебо, аналіз рандомізованих контрольованих досліджень, мета-аналіз);
- безпека (виявлення побічних ефектів та ризиків, оцінка частоти та тяжкості небажаних явищ);
- економічна доцільність (виправданість ціни, оцінка співвідношення «витрати-ефективність», рівень ефективності використання обмежених бюджетних коштів);
- організаційний, етичний та соціальний вплив (з'ясування впливу технології на надання допомоги (потреба у персоналі, обладнанні), якими є чибудуть етичні та соціальні наслідки її впровадження.

3-ій етап – створення детального та обґрунтованого звіту НТА, який синтезує всі отримані дані (звіт містить висновок та рекомендації щодо доцільності використання технології, умов її застосування та оптимальної ціни).

4-ий етап – прийняття рішення та інтеграція – завершальний етап, коли результати НТА використовуються для прийняття управлінських рішень:

- формування переліків (включення/виключення лікарського засобу до Національного переліку основних лікарських засобів);
- відшкодування (реімбурсація), тобто визначення, чи буде вартість ліків покриватися державою повністю чи частково (програма «Доступні ліки»);
- державні закупівлі (використання НТА для обґрунтування ціни та обсягів централізованих закупівель)
- внесення змін до національних клінічних протоколів лікування.

В Україні механізм оцінки технологій охорони здоров'я регулюється на державному рівні через державний експертний центр. Основна роль оцінки технологій охорони здоров'я у структурному механізмі управління

громадським здоров'ям полягає у підвищенні раціональності, прозорості та справедливості прийняття рішень, оскільки така оцінка гарантує, що обмежені бюджетні кошти витрачаються лише на ті технології, які довели свою економічну ефективність, максимізуючи користь для населення. Окрім того, підвищується рівень довіри та прозорості, адже використання незалежних, науково обґрунтованих даних НТА робить процес включення ліків до державних програм прозорим та захищає його від лобіювання. До того ж оцінка технологій охорони здоров'я допомагає швидко інтегрувати справді ефективні та безпечні інноваційні технології, водночас фільтруючи неефективні чи надто дорогі. Тому вона є критично важливою для системи охорони здоров'я України, забезпечуючи перехід від історичного фінансування до доказової системи.

У механізмі оцінки технологій охорони здоров'я економічні моделі є ключовим інструментом для визначення економічної доцільності медичної технології, вони дають змогу порівняти витрати та результати й ефективність нової технології з існуючими альтернативами.

Особливість цих моделей полягає в тому, що вони не просто порівнюють ціни, а оцінюють вартість отриманої користі для здоров'я на рівні популяції протягом певного часового горизонту.

Серед типів економічних моделей оцінки технологій охорони здоров'я можна виокремити:

- аналіз «витрати – ефективність», особливістю якого є те, що результати вимірюються в природних фізичних одиницях (роки життя людини, випадки запобігання захворюванню, наприклад зниження артеріального тиску); метою цього аналізу є визначити, скільки додаткових витрат потрібно, щоб отримати додаткову одиницю ефекту від нової технології порівняно з поточною практикою.

- аналіз «витрати – корисність» (особливістю цього типу аналізу є те, що результати вимірюються в одиницях, які відображають і тривалість, і якість життя, це – найпоширеніший і найвсеосяжніший тип аналізу оцінки

технологій охорони здоров'я; його метою є порівняти технології, що впливають на різні захворювання або мають різні кінцеві точки, за допомогою універсального показника, а ключовим показником – роки життя, скориговані на якість (QALY від англ. Quality-Adjusted Life Years) – це міра, де один QALY дорівнює одному року життя в ідеальному стані здоров'я людини, і якщо якість життя – знижена, то рік життя вартує менше одного QALY (наприклад, 0,7 QALY). В контексті аналізу «витрати – корисність» розраховується інкрементальна вартість за QALY, яка показує, скільки коштує отримати один додатковий QALY за допомогою нової технології. Рішення щодо впровадження технології у лікувально-діагностичну практику сфери громадського здоров'я приймається на основі порога готовності платити, тобто, якщо показник якості – нижчий, ніж національний поріг (наприклад, 1–3 ВВП на душу населення), то така технологія вважається економічно доцільною;

– аналіз «витрати – вигода», особливістю якого є те, що і витрати, і результати або вигоди вимірюються в грошовому еквіваленті, метою цього типу аналізу є визначити, чи перевищують загальні грошові вигоди від втручання (наприклад, економія на майбутньому лікуванні, зростання продуктивності праці) загальні витрати; ключовим показником є співвідношення вигода – витрати; недолік цього аналізу – складнощі з об'єктивною грошовою оцінкою людського життя та здоров'я, що робить цей аналіз менш поширеним, ніж попередні

– аналіз «мінімізації витрат», особливістю якого є те, що він використовується лише тоді, коли дві або більше технологій довели свою еквівалентність за клінічною ефективністю та безпекою, метою є визначити найдешевшу з клінічно еквівалентних альтернатив; ключовий показником аналізу «мінімізації витрат» є порівняння прямих витрат – технологія з найменшими витратами є найкращою, що і очевидно. Для проведення економічних аналізів оцінки технологій охорони здоров'я використовуються

складні управлінську моделі для симуляції довгострокових наслідків та витрат, зокрема:

- дерево рішень, що використовуються для моделювання ситуацій з коротким часовим горизонтом та обмеженою кількістю подій, це дає змогу оцінити різні шляхи лікування та їхні наслідки;

- марківські моделі, що є найпоширенішими в оцінці технологій, вони моделюють прогресування захворювання протягом тривалого часу (наприклад, 10–20 років або впродовж усього життя пацієнта) шляхом переходу пацієнтів між різними дискретними станами здоров'я (наприклад, «здоровий», «хворий», «ускладнення», «смерть»).

- моделі дискретних подій – це складніші моделі, що відстежують окремих пацієнтів та їхні взаємодії з системою охорони здоров'я, часто використовуються для моделювання черг або складних процесів лікування.

Вибір моделі залежить від характеристик захворювання та наявних клінічних даних, усі ці моделі є необхідними для обґрунтованого та економічно відповідального прийняття рішень у сфері громадського здоров'я.

Показник «роки життя, скориговані на якість» є наріжним каменем економічного аналізу в контексті управління у сфері громадського здоров'я, його основна практична цінність полягає в тому, що він дозволяє об'єднати кількість та якість життя в єдину метрику, що робить його універсальним інструментом для порівняння різних медичних втручань (табл. 2. 7).

Таблиця 2.7

Визначення показника «роки життя, скориговані на якість»

Стан здоров'я	Коефіцієнт корисності
Ідеальне здоров'я	1.0 (1 рік = 1 QALY)
Смерть	0.0 (1 рік = 0 QALY)
Життя з хронічним болем	0.4– 0.7 (1 рік = 0.4–0.7

Це співвідношення показує, скільки коштує системі охорони здоров'я продовжити та покращити життя пацієнта на один QALY. Національні органи НТА використовують QALY, щоб визначити, чи варто включати технологію до програми відшкодування, так кожна країна визначає свій поріг готовності платити, наприклад, у Великій Британії цей поріг становить близько £20,000–£30,000 за QALY; ВООЗ часто рекомендує поріг у 1–3 ВВП на душу населення для країн, що розвиваються.

Метод QALY дозволяє порівнювати між собою абсолютно різні заходи, забезпечуючи справедливий розподіл ресурсів (табл. 2.8).

Таблиця 2.8

Порівняння витрат в контексті оцінки технологій здоров'я

Втручання	Додаткові витрати (на особу)	Додаткові QALY (на особу)	Вартість за 1 QALY
А. Нові ліки від раку	\$60,000	2.0	\$30,000
Б. Національна програма вакцинації	\$10,000	0.5	\$20,000

Якщо поріг WTP становить \$25,000 за QALY, то програма вакцинації (Б) є більш економічно доцільною, оскільки вартість за QALY (\$20,000) нижча, ніж поріг. Нові ліки від раку (А) з вартістю \$30,000 за QALY, ймовірно, будуть відхилені або доведеться вимагати зниження ціни.

Отже, організаційно-функціональний механізм публічного управління у сфері громадського здоров'я є практичним інструментом реалізації державної політики у сфері громадського здоров'я, визначеної нормативно-правовою базою. Він охоплює сукупність органів, структур, процедур і методів, які забезпечують безпосереднє досягнення цілей, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я населення. Система суб'єктів управління (Міністерство охорони здоров'я, органи місцевого самоврядування, Центри громадського здоров'я, санітарно-епідеміологічна служба тощо) та чітке розмежування їхніх функцій, повноважень і зон відповідальності.

Функціональне забезпечення відбувається через упровадження основних управлінських функцій: планування (розробка національних та регіональних програм здоров'я); організацію (створення необхідних структур та ресурсного забезпечення); регулювання (встановлення стандартів надання послуг); контроль (моніторинг епідемічної ситуації та оцінка ефективності інтервенцій).

Важливою також є міжсекторальна взаємодія, координація зусиль між медичною галуззю та іншими секторами (освіта, соціальний захист, екологія, сільське господарство), оскільки, як уже зазначалося, здоров'я залежить від широкого спектра чинників.

Цей механізм забезпечує перетворення юридичних норм на реальні управлінські дії та послуги, його ефективність критично залежить від наявності кваліфікованих кадрів та адекватних ресурсів, чіткої вертикальної та горизонтальної координації між усіма ланками системи, впровадження сучасних управлінських технологій та систем інформаційного забезпечення.

Таким чином, добре налагоджений організаційно-функціональний механізм є операційною серцевиною публічного управління у сфері громадського здоров'я. Його надійність, гнучкість та інтегрованість безпосередньо впливають на спроможність системи оперативно реагувати на загрози, впроваджувати профілактичні заходи та, зрештою, покращувати показники здоров'я нації.

2.3. Фінансово-економічний механізм публічного управління у сфері громадського здоров'я

Фінансово-економічний механізм є найкритичнішим і найскладнішим компонентом публічного управління у сфері охорони здоров'я, його структура сформована з використанням конкретних положень Концепції реформи фінансування [142] і відповідає вимогам профільного

законодавства, зокрема Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [122].

Економічний та фінансовий механізми є фундаментальними інструментами забезпечення функціонування, розвитку й ефективності системи громадського здоров'я, оскільки вони визначають, як залучаються, розподіляються та використовуються фінансові та матеріальні ресурси для досягнення цілей у сфері охорони здоров'я населення.

Економічний та фінансовий механізми є фундаментальними інструментами забезпечення функціонування, розвитку та ефективності системи громадського здоров'я. Вони визначають, як залучаються, розподіляються та використовуються фінансові та матеріальні ресурси для досягнення цілей у сфері охорони здоров'я населення

Фізично та ментально здорова нація є першочерговою умовою про цвітання будь-якої держави, запорука її соціально-економічного розвитку [14, с. 37].

Громадське здоров'я, що зазначено в Конституції України (ст. 49) забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування, сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності. Держава дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя [76].

Доводиться констатувати, що в Україні тенденція погіршення здоров'я населення набуває загрозливого рівня, що зумовлено збідненням значної частини населення, погіршенням екологічної ситуації, розповсюдженням здоров'яруйнівних стереотипів поведінки, ситуацією з розповсюдженням Covid-19, інших загрозливих для людського життя та здоров'я чинників тощо [14, с. 38].

Наразі серед викликів, що стоять перед публічним управлінням у сфері громадського здоров'я виокремлюється недофінансування сфери

громадського здоров'я України недофінансується, що призводить до дефіциту ресурсів та проблем з доступністю медичних послуг [13, с. 388].

Фінансовий механізм включає сукупність методів, інструментів та форм організації фінансових відносин, спрямованих на формування, розподіл і використання фінансових ресурсів для задоволення потреб громадського здоров'я. Джерелами фінансування є: державний бюджет (кошти з центрального та місцевих бюджетів, що спрямовуються на фінансування державних програм, утримання державних закладів охорони здоров'я, закупівлю медикаментів, обладнання тощо); соціальне медичне страхування (в Україні забезпечується Національною службою здоров'я України через оплату медичних послуг за Програмою медичних гарантій, що є головним джерело фінансування медичної допомоги); приватними коштами населення (платежі за медичні послуги, що надаються понад обсяг гарантованих державою, як офіційні, так і неофіційні); добровільне медичне страхування – внески від громадян або роботодавців до приватних страхових компаній); міжнародна технічна допомога та гранти (кошти від міжнародних організацій, таких, як ВООЗ, Світовий банк, ЄС, міжнародні фонди, спрямовані на конкретні програми та проєкти (наприклад, боротьба з ВІЛ/СНІД, туберкульозом, вакцинація).

Активна участь України в міжнародних програмах та проєктах, спрямованих на покращення громадського здоров'я, обмін досвідом з країнами, залучення міжнародної технічної та фінансової допомоги для розвитку системи охорони здоров'я в Україні – мають успішні практики публічного управління у сфері громадського здоров'я [там само, с. 389].

Уряд визначає пріоритети у сфері громадського здоров'я та розробляє політику для досягнення їх, зокрема фінансує систему охорони здоров'я та регулює діяльність поставальників медичних послуг; надання медичних послуг або фінансування їх надання недержавними організаціями; підготовка кваліфікованих кадрів для сфери громадського здоров'я; збір та аналіз даних

про здоров'я населення для інформування політики та програм; підтримка наукових досліджень у сфері громадського здоров'я [13, с. 387].

Серед інструментів і методів фінансово-економічного механізму публічного управління у сфері громадського здоров'я виокремлюємо такі:

- планування доходів і витрат, як правило, на основі програмно-цільового методу (в'язки коштів до конкретних програм та результатів, а не просто до утримання установ);
- оплата послуг (в Україні перехід від фінансування (кошторису) до фінансування «за послугу» (через НСЗУ), що включає глобальний бюджет, оплату за капітаційну ставку (первинна ланка), оплату за пролікований випадок (стаціонар) тощо;
- контроль та аудит (моніторинг цільового та ефективного використання бюджетних коштів).

Серед управлінських інструментів функціонування системи громадського здоров'я можна виокремити забезпечення фінансування державних програм громадського здоров'я та заходів боротьби з епідеміями [15, с. 51].

Економічний механізм включає сукупність економічних стимулів, норм та регуляторів, що впливають на поведінку суб'єктів системи громадського здоров'я (пацієнтів, медичних працівників, адміністраторів, постачальників). Регулювання та стимулювання відбувається на договірній основі через укладення договорів між НСЗУ та закладами охорони здоров'я, що створює конкуренцію за пацієнта та стимулює підвищення якості послуг.

Для ефективної підтримки здоров'я відносно здорових людей виконання концептуальних положень передбачає поєднання медико-профілактичної, оздоровчої і економічної систем [11, с. 65].

Економічними стимулами для медичних закладів виступають:

- фінансова автономія закладів, що дає змогу їм самостійно розпоряджатися отриманими коштами, інвестувати у розвиток та встановлювати вищі зарплати для кваліфікованого персоналу;

- державне регулювання цін на певні групи ліків (програма «Доступні ліки» тощо) для підвищення їхньої доступності;
- економічна мотивація пацієнтів, що виражається в покритті державою вартості профілактичних заходів (деякі щеплення, скринінги тощо) для стимулювання ранньої діагностики та запобігання хворобам.

Управління ефективністю послуг сфери громадського здоров'я здійснюється шляхом економічної оцінки технологій, аналізу співвідношення вартості та ефективності нових ліків, обладнання чи методів лікування для прийняття обґрунтованих рішень про їхнє включення у державні програми. Управління якістю та ризиками реалізується через упровадження стандартів якості та клінічних протоколів, які мають прямий економічний ефект (зниження ускладнень, скорочення термінів лікування).

У сфері громадського здоров'я використовуються різноманітні ресурси, які є об'єктом управління, зокрема кадровий потенціал, що є найважливішим ресурсом системи, адже він охоплює всіх працівників, задіяних у сфері охорони здоров'я та громадського здоров'я. Ключові суб'єктами в цьому контексті є сімейні та вузькопрофільні лікарі, медичні сестри, фельдшери, фармацевти, епідеміологи, біостатистики, менеджери охорони здоров'я, адміністративний персонал. Управлінським завданням в сенсі людських ресурсів у сфері громадського здоров'я є планування потреби у фахівцях, їхня підготовка, безперервний професійний розвиток, забезпечення гідної оплати праці та створення ефективної системи мотивації. Проте в сучасних реаліях у цьому процесі постали серйозні виклики, такі, як дефіцит фахівців у сільській місцевості, «відтік мізків» за кордон, дисбаланс у розподілі спеціальностей тощо.

Ключовими компонентами інфраструктури сфери громадського здоров'я є заклади охорони здоров'я – лікарні, поліклініки, центри ПМД, лабораторії, санітарно-епідеміологічні установи; медичні технології та діагностичне (УЗД, КТ, МРТ), лікувальне (апарати ШВЛ, хірургічне) й лабораторне обладнання; санітарний транспорт, машини швидкої допомоги.

Управлінським завданням щодо цього інфраструктурного сегмента сфери громадського здоров'я наразі є модернізація та оновлення інфраструктури, забезпечення ефективного використання дороговартісного обладнання, енергоефективність будівель.

Ще одним ключовим компонентом інфраструктури сфери громадського здоров'я є фармацевтичні ресурси (лікарські засоби та вироби, вакцини, медичні вироби, витратні матеріали тощо) як критично важливий елемент для процесу лікування та профілактики. Завданням управління щодо фармацевтичних ресурсів є забезпечення доступності, зокрема Програми реімбурсації («Доступні ліки»).

Важлива роль у цьому контексті належить централізованим закупівлям – ефективним державним закупівлям через міжнародні організації або державні агенції для зниження цін і боротьби з корупцією. Результатом контролю якості таких закупівель є забезпечення надходження в обіг лише якісних, ефективних та безпечних препаратів.

Навід'ємним компонентом інфраструктури сфери громадського здоров'я в епоху інформаційного суспільства є нематеріальні та інформаційні ресурси, оскільки сучасне управління неможливе без інформаційних технологій, що дали змогу впровадити електронна система охорони здоров'я – eHealth: електронні медичні записи, електронні рецепти, направлення, дані НСЗУ; державні стандарти якості, клінічні протоколи, настанови, що ґрунтуються на доказовій медицині, статистика захворюваності, смертності, дані епідеміологічного нагляду. Завданням управління в цьому аспекті громадського здоров'я є впровадження та підтримка функціонування медичних інформаційних систем, захист персональних даних, використання аналітики для прийняття управлінських рішень.

Економічний та фінансовий механізми публічного управління у сфері громадського здоров'я в Україні сьогодні спрямовані на підвищення ефективності та якості послуг через:

- фінансову автономію закладів;
- конкуренцію за пацієнта та оплату за результат (через НСЗУ);
- раціональне використання всіх типів ресурсів, особливо людського капіталу та технологій.

Економічний механізм включає сукупність економічних стимулів, норм та регуляторів, які впливають на поведінку суб'єктів системи громадського здоров'я (пацієнтів, медичних працівників, адміністраторів, постачальників). В межах цього механізму функціонує договірна система – укладення договорів між НСЗУ та закладами охорони здоров'я, що створює конкуренцію за пацієнта та стимулює підвищення якості послуг. При цьому діють економічні стимули для закладів, такі, як фінансова автономія закладів, що дає їм змогу самостійно розпоряджатися отриманими коштами, інвестувати у розвиток та встановлювати вищі зарплати для кваліфікованого персоналу, здійснювати державне регулювання цін на певні групи ліків для підвищення їхньої доступності, покривати пацієнтам вартість профілактичних заходів для стимулювання ранньої діагностики та запобігання хворобам.

Здійснюється економічна оцінка технологій, проводиться критичний аналіз співвідношення вартості та ефективності нових ліків, обладнання чи методів лікування для прийняття обґрунтованих рішень про їхнє включення у державні програми. Суттєву роль також відіграє і впровадження стандартів якості та клінічних протоколів, що мають прямий економічний ефект (зниження ускладнень, скорочення термінів лікування).

Фінансово-економічний механізм охоплює сукупність методів, інструментів та форм організації фінансових відносин, спрямованих на формування, розподіл і використання фінансових ресурсів для задоволення потреб громадського здоров'я. Фінансування відбувається з державного бюджету, тобто кошти з центрального та місцевих бюджетів спрямовуються на фінансування державних програм, утримання державних закладів охорони здоров'я, закупівлю медикаментів, обладнання тощо.

Соціальне медичне страхування в Україні забезпечує Національна служба здоров'я України через оплату медичних послуг за Програмою медичних гарантій, це є головним джерелом фінансування медичної допомоги. Окрім того, використовуються приватні кошти населення – платежі за медичні послуги, що надаються понад обсяг гарантованих державою, внески від громадян або роботодавців до приватних страхових компаній, також обов'язково проводиться моніторинг цільового та ефективного використання бюджетних коштів.

Рациональне використання всіх типів ресурсів, особливо людського капіталу та технологій, є ключовим завданням публічного управління у сфері громадського здоров'я. Воно спрямоване на максимізацію результатів (покращення показників здоров'я населення) при мінімізації витрат і запобіганні втратам, адже людський капітал, крім кадрового забезпечення сфери, – це і знання, навички та досвід медичних та управлінських працівників, тому раціональне використання цього ресурсу передбачає не лише його утримання, а й постійний розвиток та ефективне розміщення.

Ефективний менеджмент у сфері громадського здоров'я охоплює: оптимізацію штатного розкладу (відмова від «зайвих» ставок та перерозподіл функцій, використання багатофункціонального персоналу, де це можливо, для зниження операційних витрат); географічний розподіл, тобто впровадження механізмів, зокрема стимулюючих надбавок, житлових програм для залучення фахівців до регіонів, де їхня потреба найвища (первинна ланка, сільська місцевість); делегування повноважень (передача рутинних або менш кваліфікованих завдань від лікарів до медичних сестер або адміністративного персоналу, що дає змогу лікарям зосередитися на складних діагностичних та лікувальних процесах; безперервний професійний розвиток та мотивацію інвестиції в навчання новітнім, доказовим методикам лікування та менеджменту, що підвищує якість послуг і знижує ймовірність лікарських помилок (а отже, і подальших витрат на корекцію).

Успішний менеджмент у сфері громадського здоров'я передбачає систему оплати праці, орієнтовану на результат, запровадження премій та бонусів, пов'язаних з досягненням конкретних показників якості (наприклад, рівень вакцинації, раннє виявлення захворювань, задоволеність пацієнтів), що стимулює продуктивність. А також – запобігання професійному вигоранню, створення здорового робочого середовища, забезпечення балансу між роботою та особистим життям для збереження кваліфікованих кадрів.

Наразі гостро постає питання раціонального використання технологій (як медичних, так і інформаційних), їхнє придбання та застосування на основі економічної та клінічної доцільності, зокрема йдеться про:

1) технології в клінічному процесі:

- оцінка медичних технологій, зокрема Health Technology Assessment, НТА (застосування системного підходу для оцінки ефективності, безпечності, економічної доцільності та організаційного впливу нових медичних технологій (ліків, обладнання, процедур) перед їхнім масовим впровадженням, що запобігає витратам на дороге, але малоефективне обладнання);

- централізація дороговартісного обладнання (розміщення високотехнологічного обладнання, наприклад, МРТ, ангіографи, у великих госпітальних округах, а не в кожній районній лікарні, що забезпечує високе завантаження, швидко окупність та накопичення досвіду фахівцями;

- використання протоколів доказової медицини (дотримання клінічних протоколів, заснованих на наукових доказах), що дає змогу уніфікувати лікування, уникнути призначення непотрібних або застарілих препаратів і процедур, тим самим знижуючи витрати;

2) інформаційні технології (eHealth): електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ / eHealth) – повне впровадження ЕСОЗ (електронні медичні картки, рецепти, направлення) раціоналізує ресурси через:

- зниження паперового документообігу і як наслідок – економія часу персоналу та коштів на друк;

- покращення координації, швидкий доступ до повної історії хвороби знижує необхідність у повторних обстеженнях;
- аналіз даних, збір та аналіз великих масивів даних для ідентифікації неефективних практик та прийняття обґрунтованих управлінських рішень;
- телемедицина (використання цифрових комунікацій для надання консультацій, особливо в умовах сільської місцевості, що економить час і кошти пацієнтів і лікарів на пересування).

Рациональне використання інших ресурсів:

1) фінансові ресурси (програмно-цільовий метод – бюджетування, орієнтоване на результат, а не на процес, що дозволяє фінансувати найефективніші програми); централізовані закупівлі ліків та обладнання великими партіями через міжнародні / державні агенції (Crown Agents, Прозорро), що забезпечує значну економію завдяки масштабу;

2) матеріальні ресурси – інфраструктура (енергоефективність, модернізація будівель (утеплення, заміна освітлення) для зниження витрат на комунальні послуги; управління запасами – впровадження автоматизованих систем для контролю залишків ліків та матеріалів для запобігання дефіциту чи, навпаки, псуванню запасів через закінчення терміну придатності).

Рациональне використання ресурсів є економічною основою сучасної медичної реформи, оскільки дозволяє підвищити якість послуг без пропорційного збільшення бюджетних витрат.

Наприклад, система «Гроші йдуть за пацієнтом» є фундаментальним принципом медичної реформи в Україні та ключовим елементом фінансового механізму управління сферою громадського здоров'я. Ця система є радикальною зміною у фінансуванні медичної галузі, замінюючи собою застарілий метод кошторисного фінансування (фінансування «стін» або утримання лікарень незалежно від обсягу роботи).

В умовах дореформеної моделі (фінансування «Стін») держава виділяла кошти лікарням на основі їхнього кошторису (кількості ліжок, ставок, комунальних витрат), стимул – витратити виділені кошти, незалежно

від якості чи кількості наданих послуг, а лікарня отримувала фінансування, навіть якщо до неї не звертався жоден пацієнт.

За реформованої моделі «Гроші йдуть за пацієнтом» фінансування отримує не медичний заклад, а медична послуга, надана конкретному пацієнту. Гроші, акумульовані в державному бюджеті та передані Національній службі здоров'я України, не розподіляються між лікарнями заздалегідь – вони перераховуються закладу лише після того, як пацієнт обрав цей заклад й отримав там медичну послугу, гарантовану державою згідно з Програмою медичних гарантій.

Заклади охорони здоров'я зацікавлені в залученні пацієнтів та підвищенні якості послуг, адже від цього безпосередньо залежить їхній дохід. Система «Гроші йдуть за пацієнтом» реалізується через різні механізми оплати, залежно від рівня надання медичної допомоги, пацієнт обирає сімейного лікаря та підписує з ним декларацію. НСЗУ виплачує закладу первинної медичної допомоги фіксовану суму за кожного пацієнта, який підписав декларацію – це капітаційна ставка. Чим більше пацієнтів обере лікаря та заклад, тим більше фінансування отримає заклад, тобто пацієнт, підписуючи декларацію, «приносить» гроші лікарю.

Спеціалізована медична допомога (вторинна, третинна) передбачає оплату за результат, пацієнт отримує направлення від сімейного лікаря (або звертається у невідкладному стані), заклад укладає договір з НСЗУ на надання конкретних послуг (пакетів послуг), яка оплачує за пролікований випадок фіксовану суму за діагностично-споріднену групу (для стаціонарів), фіксовану суму на рік для невеликих монофункціональних лікарень, оплату за послугу – фіксовану ставку за конкретні послуги (пологи, діагностичні процедури тощо).

Принцип «гроші йдуть за пацієнтом» реалізується таким чином, що лікарня отримує кошти тільки тоді, коли пацієнт фактично скористався її послугами, а якщо пацієнт обрав іншу лікарню (бо там краще обладнання чи сервіс), то гроші підуть туди.

Запровадження фінансово-економічного механізму публічного управління у сфері громадського здоров'я має прямий вплив на економіку та управління у сфері громадського здоров'я (табл. 2.9).

Таблиця 2.9

Вплив економічного та фінансового механізмів на економіку та управління у сфері громадського здоров'я

Наслідки	Опис
Стимулювання конкуренції	Лікарні змушені конкурувати за пацієнта, що веде до підвищення якості послуг, оновлення обладнання та покращення сервісу
Фінансова автономія	Заклади перетворюються на Комунальні некомерційні підприємства та отримують право самостійно розпоряджатися отриманими від НСЗУ коштами (визначати зарплати, закуповувати обладнання)
Рационалізація ресурсів	Заклади зацікавлені у підвищенні ефективності, оскільки економія від раціонального використання ресурсів (наприклад, енергоефективність) залишається у них для розвитку та інвестицій
Управління якістю	НСЗУ укладає договори лише з тими закладами, які відповідають вимогам (наявність обладнання, фахівців), стимулюючи заклади до розвитку
Збільшення доступності	Пацієнт може обирати заклад незалежно від місця реєстрації, що підвищує доступність якісної допомоги

Продовження таблиці 2.9

Зменшення корупції	Оплата відбувається офіційно за чітко визначені державою тарифи, що зменшує простір для «неофіційних» платежів
--------------------	--

Система «Гроші йдуть за пацієнтом» – це економічний важіль, що перетворює медичні заклади з утримуваних державою установ на постачальників послуг, орієнтованих на потреби клієнта.

Роль Національної служби здоров'я України як єдиного державного замовника медичних послуг є центральною та трансформаційною у системі публічного управління сферою громадського здоров'я. НСЗУ – це ключовий фінансовий оператор реформованої системи охорони здоров'я, який забезпечує реалізацію принципу «Гроші йдуть за пацієнтом» та виступає стратегічним покупцем послуг.

До створення НСЗУ в 2018 р. кошти на медицину розподілялися через місцеві бюджети за кошторисним принципом. Національної служби здоров'я України взяла на себе функцію єдиного державного замовника медичних послуг, що гарантує держава в межах «Програми медичних гарантій». Місія НСЗУ – забезпечити, щоб державні кошти, виділені на охорону здоров'я, використовувалися максимально раціонально та ефективно, купуючи якісні послуги для громадян. Роль Національної служби здоров'я України реалізується через виконання низки стратегічних функцій, які безпосередньо впливають на управління та економічний механізм сфери громадського здоров'я,

Стратегічне планування та формування Програми медичних гарантій передбачає:

– визначення обсягу – НСЗУ спільно з Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) визначає, які саме медичні послуги, в якому обсязі та за яким тарифом будуть оплачуватися державою у поточному році (в межах ПМГ);

– розробка пакетів послуг, формування детальних пакетів медичних послуг («Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах», «Профілактика та діагностика ВІЛ»), які оплачуються за чіткими тарифами.

Таким чином, НСЗУ перетворилася з простого казначейства на стратегічного регулятора, який через фінансові механізми (тарифна політика та контрагування) встановлює правила гри та скеровує розвиток усієї системи охорони здоров'я.

Система оплати НСЗУ є головним фінансовим механізмом публічного управління у сфері громадського здоров'я, що реалізує принцип «Гроші йдуть за пацієнтом», механізми оплати різняться залежно від рівня медичної допомоги та типу послуги.

Управління кадровими ресурсами у сфері громадського здоров'я є критичним завданням, спрямованим на забезпечення системи кваліфікованими, мотивованими та ефективно розподіленими фахівцями.

Бюджетно-фінансові важелі застосовуються на макрорівні для формування загального фінансового простору. Кошти виділяються не просто на утримання установ, а на конкретні державні програми (вакцинація, лікування ВІЛ / СНІД, боротьба з туберкульозом), що забезпечує цільове та контрольоване використання ресурсів для вирішення пріоритетних проблем громадського здоров'я. Держава здійснює масові закупівлі ліків, вакцин та медичних виробів через міжнародні або спеціалізовані агенції, фінансування з державного чи місцевих бюджетів спрямоване на модернізацію інфраструктури (будівництво, ремонт, закупівля дороговартісного обладнання, створення опорних високотехнологічних закладів).

Важелями доступності та стимулювання попиту, що впливають на фінансовий бар'єр для пацієнта, є:

– реімбурсація (компенсація вартості ліків), сутність якої полягає в тому, що держава повністю або частково компенсує пацієнтам вартість ліків (згідно з програмою «Доступні ліки»);

– зменшення фінансового навантаження на пацієнтів з хронічними хворобами, що стимулює регулярне лікування, запобігаючи госпіталізації та дорогим ускладненням, що, в кінцевому підсумку, економить кошти сфери громадського здоров'я.

У контексті фінансово-економічного механізму публічного управління у сфері громадського здоров'я існують фінансові бар'єри для небажаної поведінки, що проявляються у встановленні податків або акцизів на шкідливі товари (тютюн, алкоголь) з цільовим спрямуванням частини цих коштів на фінансування програм громадського здоров'я. Важелем слугує обмеження попиту на шкідливі продукти та створення додаткового джерела фінансування профілактики.

Регулювання оплати профілактичних послуг здійснюється таким чином: НСЗУ повністю покриває вартість профілактичних оглядів, вакцинації та скринінгів, а своєрідним важелем у цьому виступає стимулювання громадян до раннього виявлення та профілактики, що є найбільш економічно вигідним підходом у довгостроковій перспективі. Тобто, фінансові важелі є ключовим інструментом адміністрації, оскільки вони перетворюють політичні цілі та стратегії у конкретні, вимірні фінансові стимули та обмеження.

Отже, фінансово-економічний механізм є ключовим важелем для забезпечення стабільності, доступності та якості послуг у сфері громадського здоров'я, він являє собою сукупність методів, інструментів і фінансових потоків, які використовуються для акумуляції, розподілу та ефективного використання ресурсів, необхідних для реалізації політики здоров'я. За допомогою нього регулюється:

1) формування ресурсів, оскільки він включає інструментарій наповнення бюджету охорони здоров'я (державний та місцеві бюджети, соціальне медичне страхування, гранти, приватні інвестиції, цільові фонди);

2) розподіл та фінансування, адже він визначає, як фінансові ресурси спрямовуються на різні рівні та види діяльності:

- фінансування профілактики (вакцинація, скринінги, кампанії);
- оплата медичних послуг (за допомогою глобального бюджету, оплати за випадок, подушного нормативу чи механізмів державного гарантування);
- забезпечення інфраструктури (капітальні видатки на обладнання та будівництво).

Економічні стимули та управління ефективністю включають механізми ціноутворення, тарифи, системи оплати праці, що стимулюють заклади охорони здоров'я підвищувати якість послуг, впроваджувати інновації та оптимізувати витрати. Ефективність цього механізму критично важлива, оскільки вона прямо впливає на забезпечення фінансової рівності доступу громадян до медичних послуг і довгострокової фінансової життєздатності системи та на отримання максимального результату (покращення здоров'я) на одиницю витрачених коштів.

Чітко розроблений та адекватно налаштований фінансово-економічний механізм публічного управління у сфері громадського здоров'я – це не просто система обліку коштів, а стратегічний інструмент, який забезпечує перехід від декларативних цілей до їхньої практичної реалізації. Він має бути прозорим, орієнтованим на результат і постійно адаптуватися для забезпечення балансу між потребами населення, обмеженими ресурсами та економічною доцільністю.

2.4. Інформаційно-комунікаційний механізм публічного управління у сфері громадського здоров'я

Інформаційно-комунікаційний механізм – це сукупність засобів, методів, процедур та інституцій, що забезпечують ефективний обмін інформацією та налагодження комунікації між усіма стейкхолдерами (органами влади, медичними установами, фахівцями, громадянами, ЗМІ) з метою реалізації державної політики у сфері громадського здоров'я.

Низка українських науковців присвятили свої роботи дослідженню інформаційно-комунікаційної політики органів влади та різних аспектів такої діяльності державних установ, зокрема і в контексті публічного управління у сфері громадського здоров'я. Серед дослідників, які порушували цю проблему, – К. Булавінова (роль комунікаційних стратегій у системі громадського здоров'я України [18]), О. Бухтатий (публічні комунікації держави в умовах демократії [19]), Ю. Вороненко (комунікаційна компетенція як складник професіоналізму фахівців громадського здоров'я [28]), Н. Драгомирецька (комунікативна діяльність в державному управлінні [48]), В. Друк (науковий підхід до дослідження поняття «комунікація» в державному управлінні [49]), Н. Ільчанінова (вплив громадського моніторингу на процес надання адміністративних послуг [61]), Д. Самофалов (моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні громадського здоров'я [153], ефективність публічного управління та адміністрування комунікативної діяльності громадського здоров'я [154]), С. Тимофєєв [159]), С. Штурхецький (комунікативний потенціал місцевого самоврядування в Україні [176]) та ін.

Проте, комунікативна діяльність як ключовий аспект громадського здоров'я не отримала належної уваги в науковій літературі, дослідження, присвячені цьому питанню, є поодинокими та здебільшого опосередкованими. Як приклад, можна назвати роботу дослідниці Л. Клос [71], де вивчалися комунікації соціальних працівників у сфері громадського здоров'я.

Залученість громадян в першу чергу дозволяє створити якісну комунікацію та розповсюдити важливу інформацію серед населення, що є наріжним каменем створення культурних традицій громадського здоров'я як серед населення в цілому, так й для кожного окремого громадянина [153].

Наукова спільнота приділяє значну увагу питанню використання соціальних мереж у державній стратегії громадського здоров'я, дослідники підкреслюють, що налагодження ефективного цифрового діалогу між владою

та громадськістю сприяє консолідації зусиль задля подолання національних викликів у сфері охорони здоров'я. В контексті нашого дослідження цікавими є наукові праці, що стосуються ролі інформаційно-комунікаційного механізму публічного управління у сфері громадського здоров'я.

У сфері охорони здоров'я, зокрема громадського здоров'я, США спостерігається велика кількість джерел та відправників інформації. Багато урядових і неурядових організацій займаються комунікацією, як у рамках управління та адміністрування самої сфери, так і у спілкуванні з громадськістю щодо питань здоров'я. Серед найбільш відомих і впливових організацій, які здійснюють комунікацію у сфері громадського здоров'я, можна виділити: офіс запобігання хвороб та промоції здорового способу життя (Office of Disease Prevention and Health Promotion); Центри з контролю та профілактики захворювань у США (Centers for Disease Control and Prevention, CDC); управління продовольства і медикаментів (Food and Drug Administration, FDA); Американська асоціація серця (American Heart Association); Федеральна комісія зі зв'язку США (Federal Communications Commission, FCC); Міжнародна асоціація національних інститутів охорони здоров'я (International Association of National Public Health Institutes) та інші [186; 199; 200].

Ця ситуація спричиняє значний «комунікаційний шум», що негативно впливає на досягнення результатів у сфері громадського здоров'я, тобто фактично, комунікативна діяльність є складовою соціальної моделі, що стосується структури суспільства та його елементів. Існують також проблеми з перекладом понять «communication» та «activity», їхнє поєднання має інше значення, ніж те, що вкладається в україномовне розуміння, тому складно розмежувати, де комунікація виступає як інформування, де – як спонукання до дії, а де – як діяльність (активність), спрямована на розбудову моделі громадського здоров'я, тому можна констатувати, що у США домінує макромасштабна модель, яка відображає значне соціальне утворення. Служба громадського здоров'я в цій країні відіграє ключову роль у формуванні

комунікативної політики та визначенні основних меседжів у сфері громадського здоров'я, так, прикладом успішної та збалансованої ініціативи є Національна програма «Здорові люди-2020» (Healthy People 2020) [188].

Стратегічні завдання програми «Healthy People 2020» спрямовані на забезпечення рівних можливостей для здоров'я, подолання нерівності та покращення стану здоров'я всього населення. Додаткові цілі включають створення здорового середовища (як соціального, так і фізичного) та підвищення якості життя шляхом пропагування здорового розвитку і способу життя [199]. Проте найвагомішу роль у комунікаційній підтримці громадського здоров'я відіграє «Local Healthwatch» – ця громадська організація збирає відгуки людей про послуги громадського здоров'я, шукає шляхи їх оптимізації та допомагає громадянам знайти необхідну інформацію про доступні місцеві сервіси.

Комунікаційна діяльність у сфері громадського здоров'я у Великій Британії здійснюється на основі чітко визначеної рамки [204], підписання функціональної угоди ініціювало оновлення як структури, так і комунікацій у галузі. В результаті цієї реформи відбулося чітке розмежування обов'язків щодо забезпечення громадського здоров'я між ключовими інституціями: Службою громадського здоров'я Англії, Національною службою здоров'я Англії та органами місцевого самоврядування [187].

Успіх комунікації Національної служби охорони здоров'я Англії оцінюється за стабільно високим показником довіри громадян, тобто по суті, комунікаційна архітектура служби реалізує функціональну модель управління, яка базується на синтезі теорії комунікації та принципів адміністративного менеджменту, гарантуючи ефективність як внутрішніх, так і зовнішніх комунікацій.

Незважаючи на спільні стратегічні цілі комунікативної діяльності у сфері громадського здоров'я, що включають запобігання та зменшення ризиків для здоров'я людей та середовища, пропагування здорового способу

життя, інтеграцію та оновлення системи охорони здоров'я (з акцентом на профілактику, зміцнення здоров'я та захист) [200].

У Канаді Агенція громадського здоров'я є частиною так званого Health Portfolio (портфеля охорони здоров'я), який очолює Міністр охорони здоров'я. Health Portfolio формує стратегію комунікативної діяльності на національному рівні, виступаючи основним джерелом та відправником інформації з боку органів публічного управління та адміністрування [183]. Ця Асоціація забезпечує двосторонній зв'язок між учасниками комунікативного процесу і як каталізатор змін, вона часто сприяє покращенню здоров'я та добробуту громадян Канади – завдяки такому механізму інформаційний шум у комунікаціях громадського здоров'я Канади зводиться до мінімуму.

В Австралії постачальниками послуг охорони здоров'я виступають уряди шести штатів та двох територій, водночас, відповідальність за фінансування цих послуг розподіляється між національним урядом та урядами штатів і територій, хоча основне фінансування спрямовується на клініки та надавачів первинної медичної допомоги. Місцеве самоврядування (муніципальні та міські ради) також має певну роль у наданні послуг громадського здоров'я, а їхня компетенція охоплює такі сфери, як: охорона навколишнього середовища, містобудування, безпека харчових продуктів, імунізація. На думку дослідників [192], уряд не достатньо уваги приділяє громадському здоров'ю, так в рамковому документі уряду Австралії «Building a 21st century primary health care system» наведенні тільки дуже загальні меседжі, на кшталт: «Посилення уваги до профілактики. Посилені, інтегровані та більш систематичні підходи до профілактичної допомоги з регулярними оцінками ризику знають, як керувати власним здоров'ям та доглядом за собою. підтримуються даними та найкращим використанням робочої сили.

Рамковий документ не пропонує жодної комунікативної стратегії, обмежуючись лише загальними фразами на кшталт: «Діяльність з

профілактики добре інтегрована, узгоджена та доступна з регулярними оцінками ризику, підтримкою та подальшою діяльністю». Як наслідок, основними провайдерами комунікації у сфері громадського здоров'я в Австралії виступають неурядові організації. Серед них – Австралійська асоціація громадського здоров'я (РНАА) та Австралійська асоціація зміцнення здоров'я (Australian Health Promotion Association) [191; 192].

Діяльність асоціацій спрямована як на медичну спільноту (шляхом проведення численних конференцій, воркшопів та форумів), так і на широку публіку, а ключовою комунікативною функцією їх є боротьба з медичною неграмотністю та підвищення рівня здоров'я громадян [там само].

В Ісландії спостерігається популярний світовий підхід до організації публічних комунікацій, які регламентуються чіткими політиками та стратегіями взаємодії з населенням. У такій моделі комунікація як активність трансформується у комунікативну діяльність як систему. Це сприяє формуванню міцних взаємовідносин із громадськістю та делегуванню їй більшої кількості повноважень для самостійного вирішення загальнодержавних питань [193].

Комунікативна діяльність із збереження здоров'я у країнах, що розвиваються, переважно спрямована на подолання гострих викликів, зокрема ВІЛ/СНІДу, малярії, інфекційних хвороб та низьких показників вакцинації. Розробка цих стратегій здійснюється за активної участі міжнародних громадських організацій, серед яких WHO, WB, UNICEF, GIZ та інші ключові гравці [186; 207].

Міжнародні організації встановлюють комунікативну рамку, яку далі впроваджують місцеві міністерства охорони здоров'я. Через обмеженість ресурсів, у цих країнах часто використовуються найменш витратні канали інформації, наприклад, живі лекції, які проводяться волонтерами та місіонерськими організаціями, що часто призводить до зміщення акцентів і переважання релігійних аспектів над повідомленнями, власне, громадського здоров'я [197]. Брак уваги до зворотного зв'язку зумовлений фінансовою

зацікавленістю міністерств: вони пріоритетно реалізують комунікаційні настанови міжнародних організацій, щоб забезпечити надходження грантового фінансування, що свідчить про відсутність розуміння ключової ролі комунікацій як ефективного інструменту не лише для здійснення діяльності, але й для публічного адміністрування та управління.

У Польщі інформаційна база, способи обробки та передачі інформації не зазнали таких змін, які спричинили б за собою негайну раціоналізацію фінансової сфери. Всупереч розпорядженням, установи не приступили до ведення обліку витрат, а лікарняні каси й установчі органи не виявили необхідної вимогливості в цьому питанні [33]. Так відбувалося через те, «чітко розуміли, що, хоча розпорядження і вступає в силу з 1 січня 1999 року, відповідне рішення було підписано лише 22 грудня 1998 року, а отже, що введення в непідготовлених установах було неможливим» [10]. Тому з формального погляду мети було досягнуто – заклади стали самостійними, та на практиці вони не набули тих властивостей, якими згідно з концепцією характеризуються самостійні одиниці.

Наявний інформаційний розрив між підходами європейських та інших розвинених держав сповільнює інтеграцію України у світову спільноту. Хоча повне копіювання зарубіжного досвіду – неприпустиме, оскільки може загрожувати стабільності вітчизняної системи охорони здоров'я, аналіз та співвіднесення міжнародної практики комунікативної діяльності у сфері громадського здоров'я з українськими реаліями є критично важливим, оскільки це дозволить розробити міцні теоретико-прикладні основи для ефективного розвитку громадського здоров'я в Україні.

Ефективні комунікації державних службовців є фундаментальною передумовою для підвищення якості надання державно-управлінських послуг. Це також безпосередньо впливає на координацію структурних підрозділів, співпрацю між різними рівнями та системами влади (зокрема, в контексті соціально-економічного розвитку територій), а також на взаємодію органів публічного управління з громадськістю [77].

Як зазначає В. Малиновський, визначальне враження про будь-який орган влади формується у громадян під час безпосереднього спілкування з його посадовими особами та державними службовцями [90]. Це означає, що суспільні зв'язки державних органів фактично базуються на індивідуальному досвіді та оцінці громадянами оперативної та ефективної роботи персоналу.

Низький рівень комунікативної компетентності державних службовців прямо корелює зі зниженням якості виконання органами влади своїх функцій і, як наслідок, із падінням довіри до державної системи в цілому. Це створює серйозні перешкоди для формування позитивного іміджу влади через комунікативну культуру її представників [89].

Загалом, моніторинг інформаційного наповнення офіційних вебсайтів органів виконавчої влади регулюється документами: Постановою Кабінету Міністрів України «Про заходи щодо подальшого забезпечення відкритості у діяльності органів виконавчої влади» [130]; наказом Державного комітету телебачення і радіомовлення України «Порядком проведення моніторингу, затвердженим наказом Державного комітету телебачення і радіомовлення України (Держкомтелерадіо)» [127]; Постанова Кабінету Міністрів «Про затвердження Порядку функціонування інформаційної платформи громадського здоров'я» [128] тощо.

Типовим і ефективним інструментом співпраці місцевої влади з аудіовізуальними медіа є зустрічі у прямому ефірі [108] – цей формат демонструє прозорість діяльності органів влади, оскільки дає можливість не лише відповідати на запитання, але й отримувати безпосередні пропозиції, зауваження та поради від аудиторії. Такі прямі ефіри використовуються для звітування про роботу або оперативного вирішення гострих соціально-політичних проблем громади, включно з питаннями громадського здоров'я, що, своєю чергою, зменшує навантаження на комунікаційні відділи, що працюють з громадянами.

У рамках імплементації європейських стандартів [там само], органи державної влади на національному рівні зобов'язалися забезпечити

громадянам вільний доступ до інформаційних джерел та впровадити принципи свободи слова. З огляду на це, пріоритетним напрямком державної інформаційної політики України має стати налагодження ефективної взаємодії державних адміністрацій із засобами масової комунікації та створення необхідних умов для такої співпраці.

Особлива роль у функціонуванні інформаційно-комунікативного механізму публічного управління у сфері громадського здоров'я та висвітленні діяльності сфери належить розробленим та ефективно дієвим вебсайтам.

Вебсайти (офіційні ресурси МОЗ [96], сайт Центру громадського здоров'я МОЗ України [171], що фактично є відкритою й загальнодоступною інформаційною платформою Центру громадського здоров'я в Україні, на ньому презентовано всі установчі документи ЦГЗ [163], інструкція по реєстрації на платформі дистанційних курсів Центру громадського здоров'я [62] тощо.

Також функціонують сайти регіональних департаментів та медичних установ) є ключовим інформаційно-комунікаційним механізмом у сфері громадського здоров'я, їхня роль вийшла далеко за межі простого інформування і стала критично важливою для управління, прозорості та прямого впливу на поведінку громадян.

У Центру громадського здоров'я МОЗ України є канал «Центр громадського здоров'я на YouTube» [170], де транслюється інформаційний та освітній контент, присвячений питанням охорони здоров'я та профілактики в Україні. Основними темами, які висвітлює канал, є: «Профілактика та боротьба із захворюваннями» (інформація про соціально значущі хвороби (наприклад, туберкульоз, ВІЛ/СНІД, вірусні інфекції); «Поради щодо профілактичних щеплень та імунізації» тощо.

На цьому каналі представлено освітні матеріали та вебінари, відбувається проведення онлайн-семінарів для медичних працівників та широкої громадськості (наприклад, вебінари про діабет, психічне здоров'я

тощо), також є навчальні відеоролики про виявлення та реагування на ризики для здоров'я, новини та статистика у сфері здоров'я. Надається актуальна інформація про епідеміологічну ситуацію в країні (спалахи вірусів, сезонні захворювання) та пояснення державної політики й ініціатив у сфері громадського здоров'я. презентовано матеріали щодо зміцнення здоров'я та пропаганди здорового способу життя.

Фактично це – офіційний ресурс, який використовується для інформування населення та фахівців про важливі аспекти громадського здоров'я в Україні.

Регіональні центри громадського здоров'я (ЦКПХ) створюються Міністерством охорони здоров'я України на основі об'єднання існуючих лабораторних центрів та центрів громадського здоров'я, підпорядковуються МОЗ, а їх створення координується Центром громадського здоров'я та місцевими органами влади, що закріплено Законом України «Про систему громадського здоров'я» [139].

Центр громадського здоров'я бере участь у розробці законодавства та втіленні реформи, забезпечуючи підтримку на регіональному рівні, місцеві органи влади активно співпрацюють з МОЗ та громадами для формування регіональних систем. Наявні комунальні установи, лабораторні центри та обласні центри громадського здоров'я об'єднуються в єдину структуру ЦКПХ. Загалом, це – спільна робота на державному та місцевому рівнях, спрямована на створення єдиної регіональної системи для епідеміологічного нагляду, профілактики та реагування на загрози здоров'ю.

Кабінет Міністрів України 2 травня 2025 р. ухвалив постанову № 506, якою затверджено порядок функціонування інформаційної платформи громадського здоров'я [128].

Інформаційну платформу громадського здоров'я створено як єдину систему для акумулювання, зберігання, обробки та надання доступу до критично важливих даних, її ключовою метою є забезпечити аналіз стану здоров'я громадян, ефективно оцінювати ризики, прогнозувати

епідеміологічні тенденції та підтримувати прийняття рішень органами влади всіх рівнів. Доступ до інформації планувалося надавати як фізичним, так і юридичним особам згідно з визначеними рівнями допуску, користувачами цієї системи можуть бути державні службовці, медичні працівники, пацієнти, а також представники громадських та міжнародних організацій. Для забезпечення достовірності даних та ефективності рішень, платформа передбачає інтеграцію з усіма наявними інформаційними системами та реєстрами у сфері охорони здоров'я.

Платформа громадського здоров'я акумулює широкий спектр даних.

1. Надавачі послуг та інфраструктура (заклади, персонал, ліцензування):

1) заклади охорони здоров'я та надавачі послуг:

– усі суб'єкти (заклади, ФОПи, лабораторії) з ліцензією на медичну практику;

– заклади, що беруть участь у Програмі медичних гарантій;

– реабілітаційні та психологічні установи для ветеранів;

2) ліцензування медичної діяльності:

– суб'єкти господарювання з ліцензією на медичну практику;

– ліцензіати банків пуповинної крові, тканин і клітин людини.

2. Медичні процеси та фінансування (гарантії, взаємодія, документи):

1) програма медичних гарантій:

– декларації, укладені між пацієнтами та лікарями первинної допомоги;

– договори про реімбурсацію, укладені з Національною службою здоров'я України;

2) медичні записи та документообіг:

– медичні записи, направлення, рецепти, медичні висновки.

– дані про донорів та реципієнтів крові, а також осіб із трансплантованими анатомічними матеріалами.

3. Захворюваність, профілактика та імунізація (статистика і заходи):

1) статистичні дані про захворюваність і медичні послуги:

- випадки соціально небезпечних хвороб;
- дані Національного канцер-реєстру;
- медико-соціальне забезпечення людей, які постраждали від Чорнобильської катастрофи;

2) профілактика та імунізація:

- зведений звіт про профілактичні щеплення⁴
- дані про залишки, доставку, наявність, використання та утилізацію ліків і вакцин;

4. Лікарські засоби та біобезпека (контроль ресурсів):

1) лікарські засоби та біобезпека:

- зареєстровані лікарські засоби, дозволені в Україні;
- дані про державну реєстрацію небезпечних хімічних та біологічних речовин.

5. Освіта та професійний розвиток (кадрове забезпечення):

1) освіта та професійний розвиток:

- зареєстровані провайдери та заходи щодо безперервного професійного розвитку.

У контексті інформаційно-комунікаційного механізму публічного управління у сфері громадського здоров'я вебсайт в сучасних умовах є головним інструментом реалізації принципу відкритості органів влади, що вимагається законодавством (зокрема, постановами КМУ про прозорість), прилюднення наказів, постанов, стратегій та державних програм у сфері громадського здоров'я, публікації інформації про бюджетне фінансування програм, закупівлі, гранти та використання державних коштів, що підвищує підзвітність, розміщення декларацій, планів та звітів, що сприяє запобіганню корупції.

Для фахівців, науковців та журналістів вебсайти слугують єдиним джерелом достовірних епідеміологічних та медичних даних, адже на цих медіаресурсах висвітлюються дані епідеміологічного моніторингу,

відбувається щоденне або щотижневе оновлення даних про рівень захворюваності (наприклад, COVID-19, грип, кір), вакцинацію та смертність.

Також на сайті повідомляється про індикатори здоров'я, публікуються матеріали статистики щодо поширеності неінфекційних хвороб (цукровий діабет, серцево-судинні), факторів ризику (куріння, ожиріння) та рівня травматизму та розміщуються результати національних досліджень, моніторингу та оцінки ефективності програм громадського здоров'я.

Особливе значення має кризова комунікація в управлінні сферою громадського здоров'я в Україні – критичне, стратегічне та життєво важливе, адже в умовах зовнішньої агресії, постійних загроз (як природних, так і техногенних) та необхідності протидіяти глобальним викликам (як-от пандемії), ефективна кризова комунікація стає одним з головних інструментів державного управління.

Найважливіша роль кризової комунікації – пряме збереження життя та мінімізація шкоди під час кризи, надання населенню дієвих інструкцій щодо збереження життя та здоров'я, оперативне донесення чітких, зрозумілих та уніфікованих вказівок щодо безпечної поведінки (алгоритм дій під час ракетних обстрілів, ядерної чи хімічної загрози, правил протиепідемічного режиму тощо). Практичне значення кризової комунікації полягає і в тому, що вона сприяє управлінню панікою, оскільки шляхом надання достовірної та вчасної інформації, кризова комунікація зменшує рівень невизначеності та тривоги, запобігаючи масовій ірраціональній поведінці (скуповування ліків, хаотична евакуація тощо). Також позитивно впливає на стимулювання профілактики, мотивацію населення до виконання необхідних медичних заходів (вакцинація, скринінг, дотримання карантину), що безпосередньо впливає на епідеміологічну ситуацію.

Під час надзвичайних ситуацій (пандемії, спалахи, військові дії) вебсайт перетворюється на центральний штаб комунікації, здійснюється оперативне інформування громадян, відбувається швидке розміщення офіційних попереджень та інструкцій щодо безпечної поведінки, надаються

чіткі дієві рекомендації для населення щодо профілактики, лікування, доступності медичної допомоги та алгоритмів дій.

Вебсайт сприяє боротьбі з дезінформацією, стає авторитетним джерелом, яке спростовує чутки та фейкові новини, а також виконує освітню та промоційну функцію, відіграє ключову роль у формуванні свідомої поведінки та підвищенні медичної грамотності населення, здійснює промоцію здорового способу життя шляхом публікації якісного, науково обґрунтованого контенту про харчування, фізичну активність, психічне здоров'я та шкоду звичок, практикує роз'яснення суті та переваг державних програм («Доступні ліки», програми скринінгу тощо), на сайті розміщуються інфографіки, відео та брошури, адаптовані для різних цільових груп, включаючи медичних працівників.

Окрім того, офіційні ресурси сприяють: двосторонньому діалогу між владою та громадянами; контактам та гарячі лінії; наданню актуальних номерів телефонів та електронних адрес для звернень; спрощенню процедури подання електронних звернень та петиції з задіянням механізми подання офіційних запитів, скарг та пропозицій. А також, що є надзвичайно важливим для зворотнього зв'язку з громадськістю, – проведення онлайн-опитувань для вивчення громадської думки та оцінки задоволеності медичними послугами.

Ефективне виконання цих функцій вебсайтами органів громадського здоров'я забезпечується виконанням таких вимог, як: своєчасність, оперативне оновлення інформації, особливо в кризових умовах; об'єктивність і достовірність, адже весь контент повинен бути науково обґрунтованим і перевіреним; доступність, проста навігація, адаптивність для мобільних пристроїв та дотримання вимог доступності для людей з інвалідністю; узгодженість повідомлень між центральним, регіональним та місцевим рівнями. Тобто вебсайти є не просто візитівкою, а критично важливим інструментом публічного управління, який забезпечує легітимність влади, інформованість населення та, зрештою, ефективність заходів, спрямованих на збереження громадського здоров'я.

Вивчення та аналіз громадської думки щодо діяльності органів державного управління покладено на відповідні адміністративні структури та їхні суб'єкти, тобто аналіз результатів взаємодії суспільства з органами управління на всіх рівнях повинен здійснюватися державними органами по роботі з громадянами.

Ключова особливість демократії полягає у встановленні ефективного діалогу між владою та суспільством на всіх рівнях, де відкритість і прозорість є базовими принципами. З огляду на вимоги сучасного інформаційного суспільства, органи державної влади зобов'язані дотримуватися цих засад, забезпечуючи при цьому активний зворотний зв'язок у своїй діяльності.

Прозорість є ключовим чинником для сфери громадянського здоров'я України, яка нині запроваджує демократичну модель взаємодії між суспільством та владою. Органи державної влади повинні звітувати перед громадськістю про прийняття різних державно-управлінських рішень, забезпечуючи при цьому координацію двосторонньої комунікації з громадськістю, цю функцію виконують відділи зв'язку або інші інформаційні служби в органах державної влади, які забезпечують зв'язок з громадськістю.

Інформаційна прозорість вебресурсів центральних органів виконавчої влади контролюється Держкомтелерадіо на піврічній основі. Результати цього моніторингу [45] є публічними та доступні у відповідному розділі на сайті Держкомтелерадіо.

Забезпечення відкритості та прозорості діяльності органів державної влади через використання Інтернету регламентується Постановою КМУ № 1302 від 29.08.2002 «Про заходи щодо подальшого забезпечення відкритості в діяльності органів державної влади» [130]. Відповідно до постанови, державні установи зобов'язані надавати офіційну інформацію, зокрема, про програми, плани та акти, та оперативно інформувати про свою роботу ЗМІ, цей документ встановлює обов'язок державних медичних

установ, у тому числі й сфери громадського здоров'я, забезпечувати своєчасне інформування засобів масової інформації.

Згідно з науковими дослідженнями [106], комунікаційні зв'язки з громадськістю в державному управлінні, зокрема сферою громадського здоров'я, виконують критично важливі функції, спрямовані на посилення демократичних процесів, які включають залучення громадян до державного управління, особливо на рівні автономії, а також розвиток фундаментальних засад громадянського суспільства.

Серед функцій державної комунікації дослідники, зокрема Г. Кириченко [70], виокремлюють такі, як: консервативна (спрямована на збереження статус-кво державної системи, що сприяє стабільному існуванню соціального організму); координуюча (покликана забезпечувати координацію владних впливів суб'єкта управління у відповідності до параметрів об'єкта управління та їхніми можливими змінами); мобілізаційна (спрямована на забезпечення легітимності наявного суспільного ладу, отримання підтримки і схвалення суспільства щодо ухвалених управлінських рішень); інтегруюча (пов'язана зі здійсненням такої державної політики, яка би враховувала інтереси всіх елементів соціальної системи, сприяла б виробленню та прийняттю узгоджених управлінських рішень); управлінська (інформація в державі реалізується в формі джерела влади як чинника регулювання політичних систем і процесів, як засобу політичного управління і як продукт управлінського процесу); соціалізуюча (пов'язана з засвоєнням у процесі інформаційного обміну соціально-політичних норм, цінностей і традицій держави, підвищенням рівня політичної компетентності громадян) [там само, с. 47].

Зовнішня комунікація в державному управлінні спрямована на взаємодію з громадськістю з метою співпраці та впливу, її основними завданнями є: інформування суспільства, покращення якості державних послуг, а також узгодження позицій під час обговорення проєктів рішень, що вимагають обов'язкової участі громадян. Внутрішня комунікація в

організації має критичне значення для підтримки процесу прийняття ефективних державно-управлінських рішень і повинна базуватися на інноваційних, стратегічно спланованих підходах [173].

Наразі комунікативна політика органів державної влади значною мірою реалізується через їхні офіційні вебсайти, проте брак об'єктивної та своєчасної інформації, відсутність єдиної стратегії комунікаційних завдань, а також нестача необхідного текстового, фото- та відеоконтенту суттєво унеможливають досягнення цілей комунікаційної політики та знижують ефективність її впровадження [там само, с. 50].

За допомогою інформаційно-комунікаційного механізму забезпечується створення єдиного, прозорого та оперативного інформаційного простору для прийняття обґрунтованих управлінських рішень, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я населення, також реалізується виконання завдання:

- 1) збір та обробка даних, отримання достовірної та актуальної інформації про стан здоров'я, епідеміологічну ситуацію, фактори ризику;
- 2) обмін інформацією – забезпечення швидкої передачі даних між різними рівнями управління (центр-регіон-заклад);
- 3) комунікація з громадськістю інформування населення, формування свідомої поведінки та підвищення медичної грамотності;
- 4) моніторинг та оцінка – відстеження ефективності впровадження програм громадського здоров'я.

Складниками інформаційно-комунікаційної системи є дані та технології (інформаційна підсистема) і взаємодія та повідомлення (комунікаційна підсистема).

Інформаційна підсистема – той елемент механізму, що забезпечує збір, зберігання та аналіз даних:

- електронні системи охорони здоров'я (ЕСОЗ), що забезпечують упровадження електронних медичних записів, електронних рецептів, телемедицини (наприклад, система eHealth в Україні);

- системи моніторингу та епіднагляду (в тому числі лабораторні інформаційні системи), що забезпечує збір даних про інфекційні та неінфекційні хвороби, травматизм, смертність;
- стандартизацію та кодифікацію (використання міжнародних класифікацій МКХ-10/11 для забезпечення порівнянності даних);
- доступність аналітичних інструментів, тобто наявність засобів для швидкого аналізу великих масивів даних, прогнозування епідемій та моделювання впливу чинників ризику.
- кібербезпеку, захист чутливої медичної інформації та даних пацієнтів відповідно до законодавства.

Комунікаційна підсистема забезпечує взаємодію та поширення знань:

- кризова комунікація – плани та протоколи для оперативного інформування населення та фахівців під час надзвичайних ситуацій (епідемії, пандемії, техногенні катастрофи);
- маркетинг здоров'я, тобто використання соціальної реклами, кампаній у ЗМІ та соціальних мережах для просування здорового способу життя (вакцинація, відмова від куріння);
- міжсекторальна комунікація, забезпечення обміну даними та координації дій між сектором охорони здоров'я та іншими секторами (освіта, соціальний захист, екологія);
- двостороння комунікація, забезпечення механізмів зворотного зв'язку (гарячі лінії, електронні петиції, опитування) для врахування думки громадськості та пацієнтів.

Як бачимо, інформаційно-комунікаційний механізм публічного управління громадським здоров'ям є критично важливим для ефективного функціонування публічного управління у сфері громадського здоров'я, оскільки його застосування забезпечує ланку виступає снова для прийняття рішень, адже якісні дані дають змогу керівникам приймати рішення, ґрунтуючись на доказах, а не на припущеннях чи політичних міркуваннях. Публікація агрегованих даних про стан здоров'я та результати роботи

програм підвищує довіру до влади та забезпечує підзвітність витрачання коштів. Єдиний інформаційний простір дає змогу центральним та регіональним органам влади, а також первинній ланці медичної допомоги, діяти скоординовано, особливо в умовах децентралізації. До того, ж завдяки можливе швидке виявлення спалахів захворювань (ранні системи попередження) та негайне вжиття протиепідемічних заходів.

Слід зауважити, що перед публічним управлінням у сфері громадського здоров'я постають виклики, які можна здолати саме за допомогою інформаційно-комунікаційного механізму (табл. 2.10).

Таблиця 2.10

**Виклики перед публічним управлінням
у сфері громадського здоров'я та способи їх подолання засобами
інформаційно-комунікаційного механізму**

Виклики	Способи подолання викликів
Фрагментарність даних	Створення єдиного національного реєстру здоров'я; інтеграція різних електронних систем
Низька якість даних	Впровадження міжнародних стандартів збору даних; навчання персоналу; автоматичний контроль на етапі введення
Цифровий розрив	Забезпечення доступу до інтернету та навчання цифрової грамотності для населення та медиків у віддалених регіонах
Недовіра до інформації	Активна боротьба з медичною дезінформацією (інфодемія); використання авторитетних джерел; прозора комунікація
Захист даних (приватність)	Забезпечення найвищих стандартів кіберзахисту; чітке визначення процедур доступу до персональних медичних даних

Інформаційно-комунікаційний механізм – це не просто сукупність ІТ-систем, а комплексна система взаємодії, яка перетворює сирі дані на знання, а знання – на ефективні управлінські дії, його надійна робота є необхідною умовою для переходу від лікування хвороби до управління здоров'ям та побудови сучасної, превентивної системи громадського здоров'я.

Кризова комунікація в цьому контексті є однією з найважливіших та чутливих складових управління у сфері громадського здоров'я, бо вона, як уже підкреслювалося суттєво впливає на життя та безпеку громадян, а також на їхню довіру до органів влади.

Кризова комунікація – це стратегічний процес збору, обробки та розповсюдження інформації, що здійснюється органами управління (МОЗ, Центри громадського здоров'я, місцева влада) під час надзвичайної ситуації або кризи (пандемія, спалах хвороби, природна катастрофа, радіаційна загроза) з метою: запобігання шкоді та врятування життів, надання громадянам чітких, оперативних та дієвих інструкцій для захисту себе та своїх близьких; зниження рівня невизначеності та тривоги, управління страхом та панікою через постійне надання правдивої інформації; збереження довіри, підтримка довіри громадськості до органів влади та системи охорони здоров'я; управління поведінкою, мотивація населення до виконання необхідних профілактичних та захисних заходів (вакцинація, ізоляція, гігієна).

Кризова комунікація поєднує в собі акцент на реакції на подію та комунікацію ризиків, тобто акцент на поясненні загроз та шляхів уникнення їх, а «ефективне управління кризами базується на принципах планування, відповідальності, координації та комунікації. Основні етапи управління включають прогнозування, підготовку, реагування та відродження. Важливо, щоб кожен етап був адаптований до особливостей певного типу кризи, враховуючи її масштаби та можливі наслідки» [52, с. 161].

Модель кризової комунікації ґрунтується на шести ключових принципах (табл. 2.11).

Таблиця 2.11

**Принципи кризової комунікації в контексті публічного управління
у сфері громадського здоров'я**

Принцип	Сутність	Значення для громадського здоров'я
1. Бути першим	Швидке оприлюднення інформації	Перше джерело інформації часто стає для громадськості найнадійнішим, затримка створює вакуум, який заповнюється чутками та дезінформацією
2. Бути правим	Забезпечення точності та достовірності інформації	Важливо повідомляти, що відомо, що не відомо, і що робиться, щоб заповнити прогалини, оскільки неточність підриває довіру
3. Довіряти	Чесність, відкритість і прозорість	У кризовій ситуації не можна компрометувати правдивість, навіть незручні факти потрібно повідомляти відкрито
4. Проявляти емпатію	Визнання страждань, тривоги та переживань людей	Це допомагає встановити емоційний зв'язок, зменшити гнів і тривожність, показати людяність влади
5. Просувати дію	Надання чітких, конкретних та практичних інструкцій	Інструкції мають бути простими та виконаними: «Одягніть маску», «Евакуюйтеся туди», «Зверніться до лікаря» – це дає людям відчуття контролю
6. Виявляти повагу	Повага до аудиторії, її культури та різноманітності	Включає адаптацію повідомлень для різних цільових груп (етнічні меншини, люди похилого віку, люди з інвалідністю)

Кризова комунікація в громадському здоров'ї – це не лише про те, що сказати, але й про те, як це сказати, щоб у стислі терміни та в умовах високого стресу максимізувати співпрацю громадян та мінімізувати шкоду.

Кризова комунікація повинна адаптуватися відповідно до еволюції самої кризи, за моделлю CERC, криза проходить такі фази (табл. 2.12).

Таблиця 2.12

Фази комунікаційної кризи

Фаза	Характеристика	Ключові комунікаційні завдання
Докризова	Планування та готовність	Розробка планів КК, тренування спікерів, встановлення зв'язків зі ЗМІ та лідерами думок, створення чернеток повідомлень
Початкова	Негайне реагування, шок, невизначеність	Бути першим – швидко визнати подію, висловити емпатію, надати основні інструкції з безпеки встановити себе як офіційне джерело
Підтримуюча	Тривалий розвиток ситуації, боротьба з чутками	Регулярні оновлення, боротьба з дезінформацією (інфодемією), сегментація повідомлень для різних аудиторій, роз'яснення складної наукової інформації
Відновлення	Криза йде на спад, оцінка збитків	Подяка за співпрацю, обговорення уроків, звітність про витрачені ресурси та результати, відновлення довіри до системи

Серед викликів комунікаційної кризи у громадському здоров'ї можна виокремити інфодемію (величезний потік інформації, включаючи фейкові новини та чутки, що ускладнює поширення достовірних даних), наукову невизначеність, особливо на ранніх етапах кризи науковці, коли комунікатори повідомляють про невідоме явище, ризикуючи виглядати некомпетентними, скептицизм та поляризація (існування груп населення, які

свідомо не довіряють офіційним джерелам – так звані антивакцинатори, противники карантину тощо); складність аудиторії, оскільки виникає необхідність адаптувати складну медичну та епідеміологічну термінологію для широкої громадськості.

Отже, якість інформаційно-комунікаційного механізму прямо впливає на ефективність публічного управління у сфері громадського здоров'я, забезпечуючи науково обґрунтовану базу для прийняття рішень, на швидкість реагування, оскільки дає змогу оперативно локалізувати та протидіяти загрозам зокрема, пандеміям, а також впливає на поведінку населення, адже сприяє зміні нездорової поведінки на профілактичну через цільові комунікаційні кампанії. На сучасному етапі розвитку, інформаційно-комунікаційний механізм публічного управління у сфері громадського здоров'я вимагає значних інвестицій у цифровізацію, розвиток аналітичних спроможностей (використання штучного інтелекту для прогнозування тощо) та посилення комунікаційних стратегій, орієнтованих на подолання дезінформації та підвищення медичної грамотності населення.

Висновки до другого розділу

Сучасний стан механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я в Україні характеризується періодом глибокої трансформації та адаптації до викликів реформи, військового часу та інтеграції до європейського простору. Розвиток механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я є стратегічним імперативом для України, цей процес виходить за межі простого продовження реформи й набуває характеру комплексної, синергетичної модернізації, спрямованої на створення стійкої, прозорої та ефективної системи, здатної протистояти як внутрішнім, так і глобальним викликам (війни, пандемії, хронічні захворювання).

Підсумовуючи аналіз сучасного стану механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я в Україні, можна зробити висновки про те, що трансформація системи в Україні триває активний

перехід від радянської моделі санітарно-епідеміологічного нагляду до сучасної європейської системи громадського здоров'я. Ключовим етапом стало прийняття Закону України «Про систему громадського здоров'я», що заклало правовий фундамент для розбудови розгалуженої мережі центрів контролю та профілактики хвороб.

Сформовано дворівневу систему управління, де стратегічне керівництво здійснює Міністерство охорони здоров'я, а оперативне виконання функцій покладено на Центр громадського здоров'я МОЗ, створення та розбудова регіональної мережі центрів контролю та профілактики хвороб стали фундаментом для впровадження нових адміністративних стандартів.

Нормативно-правове забезпечення, зокрема Закону України «Про систему громадського здоров'я», визначило правові рамки для операційних функцій громадського здоров'я, включаючи моніторинг захворювань, епідеміологічний нагляд та промоцію здорового способу життя, проте залишається потреба у подальшій гармонізації підзаконних актів із директивами ЄС, попри позитивні зрушення, механізми адміністрування стикаються з низкою перешкод (недостатній рівень бюджетних асигнувань на профілактичні заходи порівняно з лікувальною мережею; кадровий голод, брак кваліфікованих управлінців та фахівців з епідеміології тощо).

Ключові положення третього розділу дисертації представлені у наукових публікаціях автора [11; 13–15].

РОЗДІЛ 3

ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

3.1. Управлінські та соціальні детермінанти формування державної політики у сфері громадського здоров'я в Україні

Основна мета державного регулювання у сфері громадського здоров'я – досягнення максимально можливого рівня здоров'я для всіх громадян, що реалізується через створення сприятливих умов для життя, роботи та відпочинку, мінімізацію ризиків і гарантування доступності та якості медичних послуг. Держава прагне запобігти хворобам, продовжити та підвищити якість життя, а також зменшити нерівність у здоров'ї між групами населення. Оскільки це питання виходить за межі медицини і є ключовою складовою національної безпеки, економічного розвитку та соціальної стабільності, державне регулювання громадського здоров'я є комплексним, багатогранним процесом, спрямованим на створення здорової та стійкої нації [12, с. 28–29].

У контексті формування державної політики у сфері громадського здоров'я в Україні важливе значення має наявність сучасних, узгоджених і дієвих законів та підзаконних актів, що регулюють сферу громадського здоров'я (Закон України «Про систему громадського здоров'я» [139]) встановлює основи та принципи функціонування всієї системи, визначаючи ролі та відповідальність), розробка та впровадження національних стандартів та клінічних протоколів, що регулюють якість та обсяг профілактичних заходів.

Формування ефективної державної політики у сфері громадського здоров'я в Україні визначається низкою управлінських детермінант, які стосуються інституційної спроможності, координаційних механізмів,

ресурсного забезпечення та адміністративної культури, причому ці чинники можуть як сприяти, так і суттєво гальмувати успішну реалізацію політики.

Основою державної політики України у сфері охорони здоров'я є стратегічні загальнодержавні рішення щодо збереження та зміцнення фізичного та психічного здоров'я нації. Для їхньої реалізації застосовується широкий спектр заходів, включаючи політичні, правові, економічні, соціальні, культурні, наукові та медичні інструменти [35, с. 7].

Будь-яка реформа охорони здоров'я, що проводиться розвиненою країною, має на меті, насамперед, покращити здоров'я суспільства, що досягається через оптимізацію ефективності системи та забезпечення ширшого доступу людей до якісних медичних послуг (К. Вишньовська [26, с. 78]).

У «Концепції розвитку системи громадського здоров'я» [141] підкреслено, що збереження здоров'я та забезпечення повноцінного життя є ключовими цілями світової спільноти. Ці цілі відображені у європейській політиці «Здоров'я-2020», яка підтримує дії держав і суспільства в інтересах благополуччя. Сама Концепція [там само, с. 65] визначає систему громадського здоров'я як комплекс заходів, інструментів та процедур від державних і недержавних інституцій. Мета системи — зміцнення здоров'я, попередження захворювань, збільшення тривалості активного життя та заохочення здорового способу життя шляхом консолідації зусиль усього суспільства.

У Концепції наголошується на необхідності розробки механізмів для збереження і зміцнення здоров'я, підвищення якості та покращення демографічної ситуації в Україні, а також на забезпеченні соціальної справедливості та прав громадян при отриманні медичної допомоги [141].

Як зазначено в Конституції України [76], наша держава є соціальною, оскільки зобов'язується піклуватися про соціальну справедливість, достаток своїх громадян, їхній соціальний захист; задоволення соціальних потреб

членів суспільства у сфері культури, освіти, охорони здоров'я, соціального забезпечення, охорони праці, сім'ї тощо.

Сфера громадського здоров'я є комплексною системою, що охоплює широкий спектр заходів, її ефективність забезпечується синхронізацією управлінських рішень та актуальних медичних знань, адже «індикатором успішності державної політики у сфері громадського здоров'я – з одного боку, та суттєвим показником щодо обсягів медичної та медико-соціальної допомоги – з іншого, є здоров'я населення» (О. Васюк [22]).

Стан громадського здоров'я є важливим чинником соціально-економічного розвитку держави, його оцінюють за демографічними показниками (народжуваність, смертність, природний приріст) та даними медичної статистики (захворюваність, інвалідність, втрата працездатності) [82].

Ключовими групами чинників, що формують державну політику у сфері громадського здоров'я в Україні, є управлінські та соціальні детермінанти.

Актуальною також є наявність кваліфікованих кадрів для реалізації політики, оскільки стан розвитку сфери з громадського здоров'я залежить від профільних фахівців, освіти та безперервного професійного розвитку лікарів, епідеміологів, менеджерів охорони здоров'я та інших спеціалістів, здатних розробляти та впроваджувати комплексні програми, від здатності управлінців на всіх рівнях (від МОЗ до головного лікаря) приймати обґрунтовані рішення, керувати змінами та ефективно використовувати ресурси.

Основна мета державного регулювання у сфері громадського здоров'я – досягнення максимально можливого рівня здоров'я для всіх громадян, що реалізується через створення сприятливих умов для життя, роботи та відпочинку, мінімізацію ризиків і гарантування доступності та якості медичних послуг. Держава прагне запобігти хворобам, продовжити та підвищити якість життя, а також зменшити нерівність у здоров'ї між групами

населення. Оскільки це питання виходить за межі медицини і є ключовою складовою національної безпеки, економічного розвитку та соціальної стабільності, державне регулювання громадського здоров'я є комплексним, багатогранним процесом, спрямованим на створення здорової та стійкої нації [12, с. 28–29].

У контексті формування державної політики у сфері громадського здоров'я в Україні важливе значення мала наявність сучасних, узгоджених і дієвих законів та підзаконних актів, що регулюють сферу громадського здоров'я (Закон України «Про систему громадського здоров'я» встановлює основи та принципи функціонування всієї системи, визначаючи ролі та відповідальність), розробка та впровадження національних стандартів та клінічних протоколів, що регулюють якість та обсяг профілактичних заходів.

Управлінські детермінанти виконують роль своєрідної несучої конструкції для політики громадського здоров'я, що визначають можливість реалізації, оскільки навіть ідеально розроблена політика, наприклад, програма скринінгу раку, не буде успішною без належної управлінської структури, чіткого розподілу функцій: хто фінансує, хто виконує та яким чином контролюється виконання.

Управлінські детермінанти – це ключові чинники, умови або причини, що стосуються організації, управління, регулювання та фінансування системи охорони здоров'я, які безпосередньо впливають на ефективність формування та реалізації державної політики у сфері громадського здоров'я, прямо впливаючи на процес прийняття рішень, ефективність роботи організації чи поведінку співробітників у межах управлінської діяльності. Управлінські детермінанти формування державної політики у сфері громадського здоров'я в Україні є сукупністю чинників, що визначають зміст, спрямованість, ефективність та реалізацію політики у сфері громадського здоров'я й охоплюють як внутрішні чинники системи охорони здоров'я, так і зовнішні, що впливають на неї.

Серед основних управлінських детермінант в контексті адміністрування у сфері громадського здоров'я можна виокремити такі категорії:

1) нормативно-правова та законодавча база – прийняття та оновлення загальнонаціональних стратегій; створення законів, постанов та наказів, які визначають ролі, фінансування, повноваження та відповідальність суб'єктів політики (МОЗ, ЦГЗ, місцеві органи влади); впровадження директив та рекомендацій ВООЗ та ЄС, що стосуються профілактики, скринінгу, контролю інфекційних і неінфекційних хвороб з метою гармонізації з міжнародними стандартами;

2) інституційна спроможність та структура – центральний орган виконавчої влади (МОЗ), його здатність до стратегічного планування, координації та моніторингу політики; система громадського здоров'я (розбудова ефективної вертикалі (Центр громадського здоров'я та його регіональні центри) зі сформованими компетенціями та достатніми ресурсами для реалізації політики – епідеміологічний нагляд, промоція здоров'я, профілактика); міжсекторальна взаємодія, тобто спроможність до співпраці з іншими міністерствами (освіти, фінансів, екології) для впровадження принципу «Здоров'я в усіх політиках»; розподіл повноважень та фінансування між центральним рівнем, обласними адміністраціями та територіальними громадами;

3) фінансове та ресурсне забезпечення – пріоритетність фінансування, визначення частки бюджету, що спрямовується саме на програми громадського здоров'я та профілактику, а не лише на лікування; застосування програмно-цільового методу, а також залучення коштів міжнародних донорів; наявність кваліфікованих фахівців у сфері громадського здоров'я (епідеміологи, валеологи, менеджери охорони здоров'я) та їхній безперервний професійний розвиток, адже розподіл фінансових ресурсів є потужною управлінською детермінантою, яка визначає пріоритети та доступність послуг (програмно-цільове фінансування,

використання державного бюджету для цільових програм громадського здоров'я – вакцинація, боротьба з ВІЛ/СНІД, туберкульозом, оплати за медичні послуги («Програма медичних гарантій» [Програма медичних гарантій]), що може стимулювати чи стримувати профілактичну роботу та інтеграцію первинної медичної допомоги із заходами громадського здоров'я;

4) доказовість та інформаційно-аналітична підтримка – система збору надійних і своєчасних повних даних про стан здоров'я населення, чинники ризику, захворюваність та смертність; залучення наукових установ для проведення досліджень, оцінки потреб та ефективності втручань; регулярна оцінка результатів упровадження політики та її впливу на показники здоров'я населення, оскільки управлінські рішення й загалом ефективна політика у сфері громадського здоров'я мають ґрунтуватися на достовірних даних та доказах, що стосується механізмів збору, аналізу та використання епідеміологічних даних, статистики захворюваності та результатів моніторингу й оцінки програм.

Сфера громадського здоров'я – це «з одного боку, це відповідальність щодо запобігання розвитку захворювань і зміцнення здоров'я, формування здорового способу життя. З іншого боку, це – система, метою якої є надання кваліфікованої медичної допомоги на основі визнаних світових традицій та сучасних тенденцій, з використанням останніх досягнень науки і техніки» [68, с. 135].

Для забезпечення ефективної діяльності сфери громадського здоров'я безпосередньо залежить від професійної підготовки кваліфікованих фахівців. До цього часу суттєво зріс відсоток фахівців із профільною освітою «Громадське здоров'я» у штаті управлінських структур, чому сприяє те, що майбутні фахівці цієї сфери навчаються за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» наразі викладається в багатьох медичних ЗВО України, зокрема в Національному медичному університеті імені Богомольця (Київ), Вінницькому національному медичному університеті ім. Пирогова, Житомирському медичному інституті, Дніпровському державному

медичному університеті, Міжнародному гуманітарному університеті, а також у Національному університеті «Києво-Могилянська академія», Національному університеті «Острозька академія», Міжнародному класичному університеті імені Пилипа Орлика, Національному університеті «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка, Національному університеті біоресурсів і природокористування України, Національному університеті охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, Одеському національному медичному університеті, Національному університеті фізичного виховання і спорту України, Полтавському державному медичному університеті, Тернопільському національному медичному університеті ім. І. Я. Горбачевського, Харківському національному медичному університеті тощо [146].

Обмежені фінансові та кадрові ресурси змушують управлінців обирати, які проблеми є найважливішими, формуючи таким чином політичні пріоритети. Обов'язковою є ефективність та підзвітність, адже чітка організаційна структура та інформаційні системи дають змогу моніторити виконання політики, оцінювати її результати та забезпечувати підзвітність перед суспільством. Особливо актуалізується це в кризові періоди, пов'язані з пандеміями (як було до збройної агресії та вторгнення росії в Україну) й наразі, в умовах воєнного стану, коли оцінка адаптивності системи публічного управління дозволяє зрозуміти, наскільки ефективно регіони реагують на виклики – від пандемій до наслідків повномасштабного вторгнення. Для аналізу динаміки нами застосовано комплексний підхід, з поділом регіонів на групи залежно від їхньої близькості до зони бойових дій та наявних ресурсів (додаток А).

Аналіз динаміки адаптивності системи управління громадським здоров'ям у 2021–2024 рр. свідчить про глибоку трансформацію механізмів публічного адміністрування під впливом воєнних викликів, загальною тенденцією є перехід від централізованого планового управління до гнучких, децентралізованих та мобільних моделей.

Порівняльна таблиця 3.1 відображає трансформацію системи громадського здоров'я в Україні, для аналізу ми розділили регіони на групи залежно від їхнього географічного положення та ролі в системі управління під час криз.

Таблиця 3.1

**Порівняльний аналіз розвитку сфери громадського здоров'я
в Україні (за регіонами, згідно з етапами)**

Регіональна група / область	До пандемії (2018–2019)	До повномасштабної війни (2020–2021)	Сучасні умови (2022–2025)
м. Київ (окремий статус)	Початок реформи, створення ЦКПХ. Слабке фінансування профілактики.	Лідер цифровізації. Запуск системи eHealth. Масова вакцинація та створення потужних ПЛР-лабораторій.	Інноваційний хаб. Фокус на ментальному здоров'ї та протезуванні. Створення резервних автономних систем громадського здоров'я.
Західна група (Львівська, Тернопільська, Чернівецька та інші)	Традиційна модель сан-епід служби. Мінімальна взаємодія з ОТГ.	Розвиток транскордонного співробітництва. Перші пілотні проекти з епіднагляду.	Регіональні тилові медичні хаби. Прийом ВПО, розширення потужностей ГЗ за рахунок міжнародної допомоги.
Центральна група (Вінницька, Полтавська, Черкаська та інші)	Лабораторних центрів без значних реформ.	Активне впровадження програм імунізації та боротьби з неінфекційними захворюваннями.	Логістичні бази. Координація гуманітарних вантажів та моніторинг інфекційних ризиків у місцях розселення ВПО.
Північна та Східна група (Харківська, Сумська, Чернігівська та інші)	Досвід роботи в умовах АТО/ООС (для Сходу). Модернізація лікарень.	Створення потужних інфекційних боксів. Високий рівень готовності до біологічних загроз.	Кризове управління. Робота під обстрілами, мобільні бригади ГЗ, контроль якості води та радіаційного фону в зонах ризику.

Продовження таблиці 3.1

Центральна група (Вінницька, Полтавська, Черкаська та інші)	Лабораторних центрів без значних реформ.	Активне впровадження програм імунізації та боротьби з неінфекційними захворюваннями.	Логістичні бази. Координація гуманітарних вантажів та моніторинг інфекційних ризиків у місцях розселення ВПО.
Північна та Східна група (Харківська, Сумська, Чернігівська та інші)	Досвід роботи в умовах АТО/ООС (для Сходу). Модернізація лікарень.	Створення потужних інфекційних боксів. Високий рівень готовності до біологічних загроз.	Кризове управління. Робота під обстрілами, мобільні бригади ГЗ, контроль якості води та радіаційного фону в зонах ризику.
Південна група (Одеська, Миколаївська, Херсонська)	Моніторинг морської води та сезонних інфекцій (холера).	Оновлення лабораторного обладнання. Початок розбудови мережі ЦКПХ.	Екстремальне ГЗ. Боротьба з наслідками підриву Каховської ГЕС, епіднагляд у прифронтових зонах, подолання дефіциту кадрів.

Ключові індикатори охоплюють кількість функціонуючих ЦКПХ, обсяги фінансування (узагальнено за держбюджетом та субвенціями) та рівень охоплення цифровими послугами.

Столиця демонструє найвищу траєкторію розвитку – від потужної ресурсної бази під час пандемії до максимального рівня адаптивності у 2024 р. Завдяки фінансовій автономії місто Київ успішно інтегрувало цифрові сервіси та розширило сферу управління на ментальне здоров'я та реабілітацію, ставши еталонним хабом для всієї країни, .

Північний макрорегіон (Житомирська, Чернігівська, Київська області) – сфера громадського здоров'я пройшла через найважчий етап (критичний рівень) у 2022 р. через окупацію та руйнування інфраструктури, однак динаміка 2023–2024 рр. свідчить про швидке відновлення. Управління переорієнтувалося на специфічні воєнні загрози – радіаційну та хімічну безпеку, а також епіднагляд у громадах через мобільні форми роботи.

Центральний регіон (Вінницька, Полтавська, Черкаська, Кіровоградська області): продемонстровано тилову стабільність, виконавши роль медичного та логістичного «буфера» (хабів для евакуації) у 2022 р., система управління перейшла до режиму оптимізації ресурсів, а ключем до успіху стала збалансованість навантаження та фокус на інфекційній безпеці.

Західний регіон (Івано-Франківська, Волинська, Рівненська, Львівська, Тернопільська, Закарпатська, Хмельницька, Чернівецька) – адаптація до демографічного тиску. Головним викликом для областей Заходу України стало критичне навантаження через масовий приплив ВПО у 2022 р. Система адміністрування успішно адаптувалася через розширення мережі послуг за рахунок міжнародного партнерства та релокації медичних потужностей, що дало змогу зберегти високу якість управління.

Прифронтові області (Харківська, Запорізька, Сумська, Дніпропетровська) – екстремальне управління. Регіони перейшли у формат військово-цивільної медицини. Унікальність їхньої адаптивності полягає в децентралізації, тобто управлінські рішення реалізуються через підземні заклади та мобільні бригади, що дає змогу надавати послуги в умовах постійного ризику, де головним чинником є швидкість прийняття рішень.

Деокуповані території (Херсонська, частина Миколаївської області) – реанімація сфери громадського здоров'я, ця група пройшла шлях від повної руйнації інфраструктури до поступового відродження. Публічне управління тут базується на екстреній підтримці первинної ланки й залученні волонтерського сектору, адаптивність забезпечується прямими державними субвенціями та гнучкістю мобільних центрів контролю і профілактики хвороб.

Динаміка адаптивності регіонів прямо залежить від характеру воєнних загроз: якщо для Києва та заходу України – це розвиток нових сервісів, то для північних та східних і південно-східних областей – це фізичне збереження сфери громадського здоров'я та швидка зміна форматів надання допомоги (мобільність та децентралізація).

Аналіз трансформації системи публічного управління та адміністрування у сфері громадського здоров'я дає змогу виокремити три ключові періоди, кожен з яких супроводжувався радикальною зміною пріоритетів державного управління: допандемічний, пандемічний та воєнний (додаток Б).

Проаналізувавши стан адаптивності в різні періоди, бачимо, що відбувався фінансовий стрибок, основне зростання фінансування відбулося у 2020–2021 рр., що створило так звану подушку безпеки (обладнання, транспорт) для роботи в умовах війни (додатки В–Г).

Змінилася структура видатків – так, якщо у 2021 р. 70 % коштів витрачалися на боротьбу з COVID-19, то у 2024 р. кошти розподіляються на витрати на такі заходи:

- «Програму ментального здоров'я» згідно з [31; 32] (ініціатива О. Зеленської);
- заходи з імунізації (наздоганяючі кампанії – спеціальні заходи у сфері охорони здоров'я, спрямовані на вакцинацію людей, найчастіше дітей, які з певних причин пропустили планові щеплення за календарем; головною метою таких кампаній є швидке підвищення рівня колективного імунітету та запобігання спалахам інфекційних хвороб);
- радіаційний та хімічний моніторинг (через загрози на ЗАЕС та обстріли промпідприємств).

Місто Київ перетворилося на головний координаційний центр, де тестуються всі пілотні проєкти перед запуском у регіони.

Опертя на нормативно-правову базу дає змогу побачити, як управлінські рішення трансформувалися з теоретичних концепцій у конкретні механізми примусу та стимулювання. Закон «Про систему громадського здоров'я» (2022 р.) став «конституцією» сфери громадського здоров'я, яка легітимізувала створення ЦКПХ у кожній області як ключових ланок управління, що особливо допомогло прифронтовим регіонам діяти автономно. Нормативне закріплення електронних рецептів та сертифікатів

дозволило Києву та Західним областям ефективно обліковувати медичні послуги для ВПО, уникаючи паперового колапсу.

У сучасний період (2023–2025 рр.) правове поле змістилося в бік взаємодії МОЗ з Міноборони та МВС, що дало змогу впроваджувати польові механізми адміністрування на Сході (додаток Г).

Для того, щоб оцінити ефективність системи, необхідно поєднати кількісні показники (статистику) з якісними (спроможність системи). Зведену таблицю індикаторів, що дає змогу виміряти результативність публічного управління на кожному з трьох етапів розвитку сфери громадського здоров'я в Україні, яку представлено у зведеній таблиці індикаторів результативності публічного управління у сфері громадського здоров'я впродовж трьох допандемічного періоду, COVID-19 та періоду воєнного стану (додаток Д).

Статистика свідчить про те, якщо у 2017–2019 рр. щодо публічного управління та адміністрування у сфері громадського здоров'я в Україні головним індикатором було «проведення реформи» як процес, то у 2024 р. індикатор змінився на «своєчасне виявлення загроз», тобто на результат. Київ демонструє найвищі показники за технологічними індикаторами, слугуючи тестовим майданчиком для впровадження інновацій (моніторинг стічних вод на наявність вірусів тощо), які потім масштабуються на інші області.

Найвищу результативність сьогодні показують механізми, що базуються на цифровій прозорості та мобільності ресурсів, основним викликом залишається кадровий індикатор (відтік фахівців), що потребує розробки нових мотиваційних механізмів на державному рівні.

Оцінюючи ефективність публічного управління у сфері громадського здоров'я, посилаємося на індикатори результативності публічного управління у сфері як на доказ того, що система перейшла від пасивного спостереження до активного управління ризиками (табл. 3.1).

З оперттям на нормативні положення законодавчої бази (Закони України «Про систему громадського здоров'я» [139], «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» [123]), на офіційну статистику

(річні звіти Центру громадського здоров'я МОЗ України як основного джерела інформації щодо захворюваності та стану лабораторій, на медичну звітність [92], медичну статистику [93] та моніторинг [97], всі статистичні матеріали, зокрема аналітично-статистичні матеріали з офіційного вебсайту Центру громадського здоров'я МОЗ України [2], а також на міжнародну аналітику (спільні звіти ВООЗ (WHO) та Світового банку та USAID щодо оцінки потреб [208], на основні положення управлінської звітності (Постанови та розпорядження Кабінету Міністрів України, рішення РНБО щодо біологічної та радіаційної безпеки [138]) та цифрові дашборди (дані Національної служби здоров'я України [105] щодо фінансування медичних послуг у межах «Програми медичних гарантій» [121; 162]), наведемо індикатори результативності публічного управління та адміністрування у сфері громадського здоров'я в період з 2019-го по 2024 роки (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Зведена таблиця індикаторів результативності публічного управління у сфері громадського здоров'я (2019–2024 рр.)

Категорія індикатора	Конкретний показник (KPI)	Значення (динаміка)	Основне джерело даних
Інституційний	Кількість створених та функціонуючих регіональних ЦКПХ	Від 0 (2018) до 25 (2024), включаючи м. Київ	Накази МОЗ України (про реорганізацію лабцентрів у ЦКПХ) [28], Закон України «Про систему громадського здоров'я» [30].
Ресурсний	Кількість ПЛР-тестів та Ресурсний потужність лабораторної мережі (досліджень/добу)	2019: <500 2021: 80 000+ 2024: висока (універсальна)	Центр громадського здоров'я МОЗ України (оперативні звіти з епіднагляду). Щорічний звіт про стан здоров'я населення.

Продовження таблиці 3.2

Безпековий	Кількість точок моніторингу якості води та повітря у прифронтових зонах.	Зростання мережі мобільних пунктів на 40% (2023 р.)	Державна служба України з надзвичайних ситуацій [9], звіти ЦКПХ [11.]
Логістичний	Забезпеченість «холодового ланцюга» (спецавто-транспорт, рефрижератори)	Оновлення парку на 85% впродовж 2022–2024 рр.	Звіти ЮНІСЕФ та USAID щодо гуманітарної допомоги Україні [23].
Соціально-психологічний	Охоплення населення програмами ментального здоров'я	>2 млн звернень (2023–2024 рр.)	Координаційний центр з психічного здоров'я [32] (проект «Ти як?» [36] Всеукраїнська програма ментального здоров'я).
Технологічний	Частка закладів ГЗ, інтегрованих в систему eHealth	2019 р.: <10% 2024 р.: >95%	Звіти ДП «Електронне здоров'я», публічні дашборди НСЗУ [9].

Доцільно уочинити, що КРІ – це ключові показники ефективності, це – конкретні цифри або результати, за якими оцінюють, наскільки успішно працює окрема людина, команда або ціле міністерство (наприклад, МОЗ), це – своєрідний спідометр для справи, який показує, чи рухаєтеся ви до мети з потрібною швидкістю. Різниця між КРІ та звичайною роботою полягає в тому, що якщо «робота» – це просто процес (наприклад, лікар веде курс лікування пацієнта), то КРІ – це результат процесу цієї роботи, який можна виміряти.

У контексті соціальних детермінант публічного управління у сфері громадського здоров'я КРІ потрібні для моніторингу, наприклад, вразливих груп населення (ВПО, ЛЖВ), оскільки допомагають зрозуміти, чи реально допомагають людям, чи просто витрачають кошти. Належний КРІ має відповідати критеріям SMART:

- 1) Specific (конкретний) – чітко зрозуміло, що саме рахуємо;
- 2) Measurable (вимірюваний) – виражений у цифрах або відсотках;

- 3) Achievable (досяжний) – реально виконати, а не «фантастика»;
- 4) Relevant (релевантний) – показник справді важливий для цієї мети;
- 5) Time-bound (обмежений у часі) – має дедлайн (наприклад, «за квартал»).

Найважливішим показником сучасного етапу є автономність регіональних вузлів, оскільки навіть при втраті зв'язку з центральним апаратом у Києві, обласні ЦКПХ здатні самостійно здійснювати епіднагляд та контроль якості води / їжі.

Загалом, децентралізація в Україні кардинально змінила роль і відповідальність місцевих органів влади, насамперед, об'єднаних територіальних громад, ОТГ, у сфері громадського здоров'я. Вплив децентралізації був подвійним, оскільки з одного боку, це надало нові можливості та інструменти, а з іншого – створило значні виклики.

Передача повноважень і ресурсів на місця сприяла посиленню адаптивності та цільового використання коштів:

- 1) адаптація до місцевих потреб – субсидіарність:
 - чітка пріоритезація – ОТГ отримали можливість самостійно визначати ключові проблеми здоров'я своєї громади, наприклад, високий рівень захворюваності на діабет чи туберкульоз, і відповідно планувати цільові заходи;
 - створення місцевих програм – місцева влада може розробляти та фінансувати власні програми громадського здоров'я та соціальні програми, які доповнюють державну політику та «Програму медичних гарантій», зокрема це можуть бути програми із забезпеченням безкоштовних ліків окремим категоріям громадян понад державний обсяг чи програми профілактики залежностей;
- 2) фінансова автономія та стимулювання:
 - місцеві стимули, зокрема ОТГ можуть використовувати власні надходження для оновлення матеріально-технічної бази комунальних закладів охорони здоров'я та забезпечення так званих місцевих стимулів для

медичних працівників (доплати, службове житло), що є критично важливим для утримання кадрів у сільській місцевості;

- співфінансування – місцева влада може брати участь у фінансуванні проєктів, що спрямовані на покращення інфраструктури, що опосередковано впливає на здоров'я (забезпечення чистою водою, будівництво спортивних майданчиків);

3) посилення міжсекторальної співпраці – громада виступає єдиним власником і менеджером ресурсів, що спрощує координацію між освітою, соціальним захистом, комунальними службами та медичними закладами для вирішення проблем здоров'я (впровадження здорового харчування у школах чи боротьба із забрудненням довкілля тощо).

Попри позитивні зміни, децентралізація стала каталізатором нових викликів та мала певний негативний вплив, оскільки створила ряд системних проблем, які ускладнюють реалізацію політики:

- недостатня кадрова та управлінська спроможність, що проявляється у браку компетенцій – в багатьох ОТГ, особливо невеликих, недостатньо кваліфікованих фахівців з питань громадського здоров'я, здатних розробляти стратегічні документи, проводити епідеміологічний аналіз та ефективно управляти медичними закладами;

- відсутність стратегічного керівництва, що зумовило ризик розпорошення витрат та ухвалення нестратегічних рішень, коли пріоритети охорони здоров'я підміняються поточними політичними чи економічними інтересами;

- нерівність у доступі та фінансуванні – вертикальна нерівність;

- залежність від доходів ОТГ, фінансова спроможність громад суттєво різниться – багаті об'єднані територіальні громади можуть дозволити собі набагато більше програм і стимулів для медиків, ніж бідні ОТГ, що посилює вертикальну нерівність у доступі до якісних послуг громадського здоров'я;

- дефіцит фінансування профілактики, оскільки часто місцева влада схильна спрямовувати обмежені кошти на лікування як гостро необхідні та

політично помітні заходи, а не на профілактику та формування здорового способу життя, ефект від яких є відстроченим;

- складнощі координації, хоча заходи громадського здоров'я (профілактика, санітарно-епідеміологічний нагляд) є компетенцією місцевої влади, вони мають тісно координуватися з діяльністю Центрів контролю та профілактики хвороб, які є центральними державними структурами, ця взаємодія не завжди є ефективною та злагодженою;

- інтеперабельність даних, адже викликом залишається обмін даними та їхня сумісність між різними інформаційно-комунікаційними системами на місцевому та центральному рівнях.

Децентралізація перетворила політику громадського здоров'я з централізованої державної на комбіновану державно-місцеву, успіх цієї політики на місцевому рівні тепер залежить від спроможності ОТГ брати на себе відповідальність, ефективно використовувати фінансову автономію та стратегічно планувати діяльність, ґрунтуючись на реальних потребах громади. Механізм закупівлі медичних послуг через НСЗУ як фінансову детермінанту був ключовим управлінським рішенням, яке змінило правила гри в охороні здоров'я в Україні та стало головним інструментом реалізації політики, спрямованої на покращення доступу та якості послуг.

Приклади місцевих програм громадського здоров'я, реалізованих в українських об'єднаних територіальних громадах демонструють, як фінансова автономія та розуміння локальних потреб, надані децентралізацією, перетворюються на реальні політики. Успіх цих програм базується на міжсекторальній співпраці, інтеграції з первинною медичною допомогою та орієнтації на профілактику неінфекційних захворювань.

Як приклад місцевих програм громадського здоров'я, що були успішно реалізовані в ОТГ, можна навести «Програми здорового способу життя та профілактики неінфекційних захворювань» (Львівщина, Вінниччина), де багато громад зосередилися на зменшенні поведінкових факторів ризику

(куріння, нездорове харчування, гіподинамія) – програми «Здоров'я для всіх» та «Громада без тютюну», складниками яких є:

1) школи здоров'я – створення та регулярне проведення занять для населення на базі амбулаторій первинної медичної допомоги, сфокусованих на контролі артеріального тиску, профілактиці цукрового діабету та навчанні здоровому харчуванню;

– спортивна інфраструктура (співфінансування або повне фінансування будівництва доступних спортивних майданчиків, велодоріжок та зон відпочинку, що стимулює фізичну активність);

– інформаційні кампанії (регулярні медіа-кампанії щодо шкоди куріння та алкоголю, які часто підсилюють державні ініціативи, але адаптовані до місцевої мови та каналів комунікації);

2) програми здоров'я школярів та харчування, що акцентують увагу на формуванні здорових звичок у дітей, що є довгостроковою інвестицією у громадське здоров'я:

– програми «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація» [125], «Безпечне і здорове освітнє середовище у Новій українській школі» [131];

– програма «Здорова та безпечна школа» згідно, «Нове шкільне харчування» (Київська та Черкаська обл.) – фінансування реформи харчування, виділення коштів з місцевих бюджетів на модернізацію харчоблоків у школах та дитячих садках, що дозволяє впроваджувати нові стандарти харчування (наприклад, зменшення солі, цукру та жирів;

– уроки здоров'я – впровадження обов'язкових чи додаткових освітніх модулів для школярів щодо гігієни, сексуального здоров'я та запобігання булінгу, що є прикладом ефективної міжсекторальної взаємодії (освіта та здоров'я);

3) програми кадрового забезпечення та доступності медицини (сільські ОТГ), успіх яких безпосередньо спрямований на подолання кадрової кризи, спричиненої відтоком медичних працівників;

– програми «Місцевий лікар», «Підтримка медичної галузі» (житлові стимули – надання службового житла (купівля або будівництво) для сімейних лікарів, педіатрів та медичних сестер, які приїжджають працювати у громаду);

– місцеві доплати (встановлення регулярних щомісячних доплат до заробітної плати медичним працівникам за рахунок місцевого бюджету понад гарантовані НСЗУ виплати, що є потужним фактором утримання кадрів);

– компенсація навчання (відшкодування витрат на навчання або курси підвищення кваліфікації для місцевих медиків);

4) програми скринінгу та раннього виявлення (міські ОТГ) – великі міста, маючи більшу фінансову базу, часто зосереджуються на комплексних програмах ранньої діагностики («Стоп рак», «Рання діагностика»), складниками таких програм є:

– безкоштовний скринінг – організація та фінансування додаткових мобільних або стаціонарних скринінгових обстежень, наприклад, мамографія, цитологічні тести, колоноскопія для пріоритетних груп населення, які не покриваються або недостатньо покриваються Програмою медичних гарантій;

– забезпечення обладнанням, придбання за кошти громади дорогого діагностичного обладнання (наприклад, УЗД-апаратів, флюорографів) для комунальних закладів.

Ключові чинники успіху наведених прикладів місцевої політики громадського здоров'я наведено в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Ключові чинники успіху місцевої політики громадського здоров'я

Чинник	Сутність
Політична воля	Готовність голови та депутатів ОТГ визнати пріоритет здоров'я над іншими поточними потребами.

Продовження таблиці 3.3

Партнерство з ПМД	Використання мережі центрів первинної медичної допомоги як основної платформи для профілактичних заходів.
Економічна спроможність	Наявність достатніх власних фінансових ресурсів у бюджеті громади.
Доказовість	Рішення приймаються на основі реальної статистики захворюваності в громаді, а не на інтуїції.

Реформа, в процесі якої більше повноважень та фінансових ресурсів передалося на місцевий рівень, змушує територіальні громади брати активнішу участь у плануванні та фінансуванні заходів громадського здоров'я. виникла необхідність чіткого розмежування функцій між тими, хто формує політику (МОЗ), тими, хто здійснює закупівлі та оплату послуг (НСЗУ) й тими, хто збирає дані та виконує заходи громадського здоров'я (ЦГЗ та регіональні ЦКПХ). Управлінські детермінанти (менеджмент, організація, фінанси, регулювання) безпосередньо впливають на здатність держави перетворити ідею на діючу програму (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

**Вплив управлінських детермінант на здатність держави
перетворити ідею на діючу програму**

Управлінська детермінанта	Вплив на формування політики	Приклад в Україні
Фінансування (НСЗУ)	Визначає обсяг і доступність профілактичних послуг. Фінансові стимули можуть змусити заклади охорони здоров'я займатися профілактикою	НСЗУ сплачує первинній ланці профілактичні огляди та скринінги, інтегруючи їх у Програму медичних гарантій

Продовження таблиці 3.4

Децентралізація	Передає повноваження щодо фінансування та планування на місцевий рівень, змушуючи ОТГ формувати власні програми	Створення Центрів контролю та профілактики хвороб та їхня взаємодія з місцевою владою
Інформаційна система (ЕСОЗ)	Забезпечує доказову базу для прийняття рішень (наприклад, актуальні дані про вакцинацію, захворюваність)	Політика вакцинації формується на основі даних про покриття, зібраних в електронній системі
Кадрова спроможність	Визначає можливість якісного впровадження політики	Потреба у підготовці фахівців з громадського здоров'я для розробки місцевих програм

НСЗУ та ЦГЗ впливають на політику, але управлінські детермінанти визначають, як буде розроблено та реалізовано політику, а соціальні детермінанти – чому саме ця політика потрібна, тобто визначають її зміст та пріоритети. Управлінські детермінанти формують інструментарій і механізми реалізації політики, забезпечуючи її структурну підтримку, в Україні вони часто стикаються з такими викликами, як:

- недостатня міжсекторальна інтеграція, тобто політика часто залишається прерогативою лише МОЗ, без належного залучення економіки, соціального захисту чи освітнього сектору, який передбачає пропаганду здорового способу життя, що є особливо важливим у контексті публічного управління у сфері громадського здоров'я;

- залишкова фінансова модель, тобто переважання фінансування лікування над профілактикою, що ускладнює повноцінну роботу системи громадського здоров'я;

- вплив воєнних дій, необхідність адаптації політики до умов воєнного часу, що включає управління епідемічними загрозами, моніторинг стану ментального здоров'я та доступність медичних послуг;

- спротив змінам, інерція системи, що проявляється у небажанні змінювати підходи з лікувальних на профілактичні тощо.

Ефективне формування державної політики у сфері громадського здоров'я вимагає сильної політичної волі, спроможних інституцій, адекватного фінансування та використання наукових доказів для прийняття управлінських рішень.

Соціальні детермінанти здоров'я – це немедичні умови, в яких люди народжуються, ростуть, живуть, працюють і старіють, що формуються розподілом грошей, влади та ресурсів на глобальному, національному та місцевому рівнях, і вони мають найважливіший вплив на здоров'я та благополуччя людей і громад. Соціальні детермінанти громадського здоров'я охоплюють широкий спектр чинників, що впливають на можливість людини вести здоровий спосіб життя, мати доступ до якісних послуг та отримувати підтримку. Серед соціальних детермінант вирізняються кілька ключових категорій:

- економічна стабільність (зайнятість, рівень доходу, фінансові ресурси, продовольча безпека, рівень бідності);

- освіта та грамотність (ранній розвиток дитини та освіта, доступ до вищої освіти, освітні досягнення);

- соціальне та громадське середовище (соціальна підтримка та інтеграція, дискримінація та нерівність, безпека);

- житлове середовище та фізична інфраструктура (якість житла, безпека води та повітря, транспорт, наявність парків та іншої інфраструктури);

– система охорони здоров'я та доступ до медичних послуг (доступ до первинної медичної допомоги, кість медичних послуг, доступ до послуг психічного здоров'я).

Міжсекторальна взаємодія є одним із ключових маркерів нового підходу до публічного управління у сфері громадського здоров'я. Здоров'я людини визначається не лише роботою медиків, а й комплексом зовнішніх чинників (соціальні детермінанти здоров'я):

- впливом соціальної політики;
- результатами соціологічних досліджень;
- місцевими органами влади;
- громадськими організаціями;
- приватним сектором.

Принцип інтеграції повністю втілено в концепції «Здоров'я в усіх політиках», оскільки соціальні детермінанти громадського здоров'я є важливими, оскільки на відміну від медичних чинників (генетика, біологічні процеси), саме вони пояснюють, чому одні групи людей – здоровіші за інші, й чому виникають суттєві нервові порушення.

Соціальні детермінанти формування державної політики у сфері громадського здоров'я в Україні являють собою комплекс чинників, що відображають соціально-економічні умови, культурні особливості та політичні процеси в країні та безпосередньо впливають на потреби в здоров'ї населення, а отже, й на напрямки, пріоритети та ефективність розробки й реалізації відповідної державної політики.

Основні соціальні детермінанти громадського здоров'я – це умови, в яких люди народжуються, ростуть, живуть, працюють і старіють; вони є корінними причинами нерівності у здоров'ї та визначають зміст і пріоритети політики а також загальний комплекс сил і систем, що формують умови повсякденного життя. Соціальні детермінанти чинять критичний вплив на формування державної політики у сфері громадського здоров'я в Україні.

Якщо управлінські детермінанти – це відповідь на запитання «як», то соціальні детермінанти – це те, «що ми лікуємо і чому це виникає» (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

**Вплив управлінських детермінант на здатність держави
перетворити ідею на діючу програму**

Соціальна детермінанта	Вплив на формування політики	Приклад в Україні
Дохід та соціально-економічний статус	Низький дохід корелює з гіршим здоров'ям. Акцент наменшення фінансових бар'єрів доступу	Формування політики реімбурсації ліків (програма «Доступні ліки») для хронічних хворих з метою зменшення фінансового тягара
Освіта і грамотність	Низький рівень освіти ускладнює розуміння ролі профілактики та інструкцій лікаря	Вектор політики – на підвищення рівня здоров'я грамотності населення через інформаційні кампанії та освітні програми
Середовище (житло, вода, повітря)	Якість довкілля прямо впливає на здоров'я (забруднення повітря, неякісна питна вода)	Державна політика екологічного моніторингу та санітарно-епідеміологічного нагляду (через ЦКПХ)
Соціальна інклюзія	Наявність дискримінації та соціальної ізоляції вразливих груп населення (ВПО, ЛЖВ), національних меншин	Політика забезпечення рівного доступу до медичних послуг для внутрішньо переміщених осіб (ВПО), що стало гострим викликом

Доцільно зазначити, що політика громадського здоров'я є ефективною лише тоді, коли управлінські та соціальні детермінанти працюють

злагоджено. Соціальні детермінанти визначають проблему, наприклад, дані показують, що в громаді з низьким рівнем доходу та освіти високий рівень недотримання лікування гіпертонії. Управлінські детермінанти формують рішення, держава та ОТГ використовують фінансову детермінанту (реімбурсація ліків) та кадрову детермінанту (навчання сімейних лікарів комунікації з малограмотними пацієнтами) для вирішення цієї проблеми.

У контексті соціальних детермінант формування державної політики у сфері громадського здоров'я в Україні доцільно акцентувати й на освіті, що безпосередньо корелює з рівнем доходу, медичною грамотністю та тривалістю життя, і вказати на такі важливі моменти, характерні для сучасного стану громадського здоров'я в нашій державі:

- недостатній рівень медичної грамотності, розуміння населенням профілактичних заходів, важливості вакцинації та принципів здорового способу життя;
- необхідність цілеспрямованих національних програм з підвищення медичної грамотності;
- руйнування освітньої інфраструктури та перехід на онлайн-навчання в умовах воєнного стану;
- обмеження доступу до шкільного харчування та фізичної активності (як профілактика НІЗ), а також погіршення соціалізації;
- кореляція між низьким рівнем освіти та високим рівнем ризикованої поведінки (куріння, алкоголь).

Зауважимо і про чинники, пов'язані з місцем проживання, які особливо актуальні в умовах війни та майбутньої повоєнної відбудови:

- неналежні санітарно-гігієнічні умови, відсутність централізованого водопостачання та теплопостачання, особливо в сільській місцевості та на деокупованих територіях;
- загроза зростання інфекційних та респіраторних захворювань;
- недостатній розвиток пішохідної та велосипедної інфраструктури, орієнтація міст на автомобілі;

- низький рівень фізичної активності та зростання травматизму та захворювань, пов'язаних із забрудненням повітря від транспорту;
- недостатня кількість парків, скверів та рекреаційних зон;
- погіршення ментального здоров'я населення та підвищення рівня стресу громадян;
- масова внутрішня та зовнішня міграція, що руйнує соціальну згуртованість та призводить до соціальної ізоляції як прямого чинника ризику для ментального та фізичного здоров'я людини;
- фізичні руйнування та логістичні проблеми, пов'язані з цивільною інфраструктурою (знищення або погіршення функціонування електромереж, систем водопостачання та каналізації), руйнування медичних закладів, мінування територій та небезпека пересування тощо.

Актуальним у контексті соціальних детермінант формування державної політики у сфері громадського здоров'я в Україні є питання безпеки, соціальних зв'язків, культури та впливу наслідків війни на ментальне здоров'я людей, високий рівень посттравматичного стресового розладу, тривожності та депресії серед ветеранів, ВПО та цивільного населення, потужне навантаження на систему ментального здоров'я, яке держава не може покрити лише медичними засобами, що вимагає міжсекторальних рішень (зайнятість, житло, соціальна підтримка).

Виклики воєнного стану різко посилюють негативний вплив усіх перелічених соціальних детермінант здоров'я в Україні, створюючи системну кризу та вимагаючи негайного міжсекторального реагування, оскільки війна не лише створює нові проблеми, а й багаторазово збільшує наявні, вона стала каталізатором економічного шоку, який безпосередньо погіршує фінансове становище мільйонів громадян, що безпосередньо впливає і на стан здоров'я.

Знищення підприємств, втрата роботи та майна призводять до: масового зубожіння, особливо серед внутрішньо переміщених осіб; зростання фінансового стресу та недоїдання (обмеження купівлі якісних продуктів), пошкодження енергетичної інфраструктури та зростання цін і, як

наслідок – відсутність нормального опалення, особливо у прифронтових районах; різке зростання респіраторних захворювань та смертності в холодну пору року – проблеми, що потребують негайного вирішення й чітко розробленої політики держави щодо вирішення актуальних питань у сфері громадського здоров'я.

Воєнний стан перетворює соціальні детермінанти громадського здоров'я з академічної проблеми на критичні точки публічного управління як інструмент національної стійкості. Воєнний стан є потужним чинником, що трансформує і часто дестабілізує й управлінські детермінанти, відтак сучасні реалії вимагають переорієнтації, прискорення та адаптації усіх управлінських механізмів у сфері громадського здоров'я.

Тому постає гостра необхідність розроблення масштабної, інтегрованої державної програми психосоціальної підтримки, що виходить за межі суто медичних закладів.

Не втрачає важливості проблема справедливості доступу до якісної медичної допомоги, адже в цьому сенсі наразі є багато невирішених питань, зокрема: обмежений доступ до первинної медичної допомоги та профілактичних послуг у сільській місцевості та на деокупованих територіях; наявність катастрофічних витрат на лікування та ліки для певних груп населення; недостатня сфокусованість первинної медичної допомоги на активній профілактиці та управлінні хронічними захворюваннями.

Усі соціальні детермінанти у сфері громадського здоров'я в Україні вимагають від державної політики міжсекторального реагування через механізм стратегічного підходу «Здоров'я в усіх політиках», оскільки жодне з цих питань (окрім, частково, доступу до лікування) не може бути вирішене лише Міністерством охорони здоров'я.

Як відомо, управлінські детермінанти – це важелі впливу на соціальні детермінанти, щоб досягти кращих результатів у здоров'ї населення. Як управлінський механізм (НСЗУ та реімбурсація) використовується для

подолання негативного впливу соціальної детермінанти, зокрема низький дохід, на здоров'я.

Соціальні детермінанти проявляються через вирішення проблеми щодо того, що в Україні значна частина населення, особливо пенсіонери та малозабезпечені громадяни, має низький рівень доходу. Пацієнти з хронічними НІЗ (гіпертонія, діабет 2-го типу, астма) часто не можуть дозволити собі регулярно купувати необхідні ліки, а це призводить до недотримання схеми лікування, погіршення стану здоров'я, розвитку ускладнень (інсульту, інфаркту, ниркова недостатність) і, як наслідок, високого рівня смертності та інвалідності. Низький дохід (соціальна детермінанта) є прямим бар'єром доступу до лікування, що погіршує показники громадського здоров'я.

Управлінські детермінанти актуалізуються, коли держава, визнаючи цю соціальну проблему, формує політику, використовуючи управлінські інструменти (програма реімбурсації «Доступні ліки» [47]). Національна служба здоров'я України фінансує аптеки за повне або часткове відшкодування вартості певних лікарських засобів, призначених сімейним лікарем.

Міністерство охорони здоров'я України визначає пріоритетні захворювання і формує перелік ліків, НСЗУ укладає договори з аптеками, пацієнт отримує електронний рецепт від лікаря (частина управлінської детермінанти – ЕСОЗ), аптека видає ліки пацієнту безкоштовно або з мінімальною доплатою, НСЗУ відшкодовує аптеці повну вартість ліків (управлінська функція фінансування).

Завдяки такій взаємодії, втручання управлінської детермінанти, тобто НСЗУ, політика досягає своєї мети – подолання бар'єру доходу, фінансовий тягар купівлі ліків знімається з пацієнта, нейтралізуючи негативний вплив низького доходу, покращується комплаєнс, коли ліки доступні, пацієнти регулярніше їх приймають, що призводить до кращого контролю артеріального тиску, рівня цукру в крові тощо.

Економічна ефективність підтверджується зменшенням кількості ускладнень, що, у свою чергу, знижує навантаження на стаціонарну, високовитратну, допомогу – відтак політика, сформована для вирішення соціальної проблеми, стає економічно вигідною для держави. Соціальна детермінанта (низький дохід) окреслює проблему та мету політики, а управлінська детермінанта (НСЗУ) надає дієвий фінансовий механізм для її вирішення та досягнення кращих показників громадського здоров'я. Наразі соціальна детермінанта житлові умови під час кризи стає головним фактором уразливості населення. Співпраця міжнародних організацій з українською владою для вирішення проблем громадського здоров'я, особливо під час криз, є багатовекторною та критично важливою, вона охоплює як фінансову та матеріальну підтримку, так і технічну допомогу у формуванні самої політики (управлінські детермінанти). Міжнародна участь допомагає не лише закрити гострі потреби, спричинені війною, але й зміцнити управлінську спроможність України створювати сучасну, стійку та якісну медичну інфраструктуру, яка краще відповідає викликам громадського здоров'я.

Аналіз управлінських та соціальних детермінант засвідчив, що формування державної політики у сфері громадського здоров'я в Україні є процесом, який перебуває під потужним впливом як системних управлінських викликів, так і глибоких соціально-демографічних проблем. Головною соціальною детермінантою є складна медико-демографічна ситуація в країні, що характеризується високим рівнем смертності (особливо серед осіб працездатного віку та дітей) та значним тягарем неінфекційних хвороб і вакцинокованих інфекцій. Ці чинники безпосередньо визначають необхідність цілеспрямованих і комплексних управлінських дій, спрямованих на збереження людського потенціалу як основи розвитку соціуму. На формування політики досі впливає радянський спадок – жорстко централізована та забюрократизована система, яка не була орієнтована на індивідуальні потреби та ринкову ефективність, що зумовлює складність і тривалість сучасних реформ, спрямованих на перехід до пацієнто-

орієнтованої моделі з пріоритетом потужної первинної ланки. Політика фінансування, попри значні реформи, досі не забезпечила повної фінансової стійкості системи. Управлінські рішення мають балансувати між необхідністю виділення ресурсів на охорону здоров'я та потребою зменшення нерівності доступу, що є ключовим уроком світових систем.

Державна політика жорстко обмежена та спрямована нормативно-правовою базою та міжнародними зобов'язаннями, що є потужним позитивним управлінським детермінантом, який змушує владу імплементувати десять оперативних функцій громадського здоров'я та концепцію «Здоров'я в усіх політиках».

З'ясовано, що формування ефективної політики стримується низьким рівнем відповідального ставлення самого населення до власного здоров'я. Управлінські механізми (комунікації, адвокація, освітні програми) мають бути сфокусовані на зміні цієї соціальної поведінки, оскільки без активної участі громадян профілактика та раннє виявлення порушень є неможливими.

Отже, державна політика у сфері громадського здоров'я в Україні є складним компромісом між необхідністю подолання критичних соціальних викликів (демографічна криза, неінфекційні хвороби) та реалізацією сучасних управлінських моделей (ПМД, HiAP, стандарти BOO3), що вимагає рішучого, міжсекторального та послідовного адміністрування.

3.2. Концептуальні засади публічного управління у сфері громадського здоров'я

Основою соціального розвитку будь-якої держави є збереження здоров'я, а також ефективна профілактика захворювань та інвалідності серед громадян. Здоров'я нації слугує інтегральним індикатором добробуту суспільства, а система охорони здоров'я є ключовим компонентом національної безпеки, соціальної системи та державної політики, цей

пріоритет закріплено й у Конституції України [76], яка проголошує людину, її життя та здоров'я найвищою соціальною цінністю.

Як підкреслює О. Васюк [22], стан здоров'я нації є не лише оціночним критерієм діяльності держави та медичної галузі, але й визначальним фактором, що формує необхідну структуру та обсяги медико-соціальної допомоги.

Рівень громадського здоров'я є критично важливим показником національної безпеки розвиненої держави, оскільки здорове населення є фундаментом стабільного економічного розвитку, соціальної злагоди та обороноздатності. Низький рівень здоров'я створює пряму загрозу економічній стійкості: хворе населення втрачає продуктивність, а високі показники захворюваності, інвалідності та передчасної смертності призводять до значних економічних втрат через зменшення робочої сили, зниження ефективності праці та зростання витрат на медицину [12, с. 27].

З огляду на те, що концепція громадського здоров'я передбачає активне збереження та примноження здоров'я нації, оскільки кожна людина має ставитися до свого здоров'я як до державної цінності, а не тільки як до особистого надбання.

Забезпечення здоров'я населення є вирішальним для подолання демографічної кризи та підтримки соціального капіталу, адже існує прямий зв'язок між ефективною здоров'язбережувальною політикою та показниками народжуваності та тривалості життя. Якісне громадське здоров'я сприяє зниженню рівня передчасної смертності та формує сприятливі умови для планування родини, а здорова нація загалом – це основа для відновлення та стабілізації демографічної структури. Курс України на євроінтеграцію є потужним, незворотним каталізатором трансформації публічного управління сферою громадського здоров'я та модернізації управлінських, законодавчих та інституційних механізмів відповідно до стандартів Європейського Союзу.

З переходом до сучасної, превентивної та пацієнто-орієнтованої моделі нове державне управління фокусується на запобіганні, прогнозуванні та

персоналізації, відбулася переорієнтація фінансування та зусиль на первинну профілактику (вакцинація, пропаганда здорового способу життя, скринінгові програми, боротьба з тютюном/алкоголем), посилення епідеміологічного нагляду, моніторингу факторів ризику та швидке реагування на загрози (пандемії, спалахи), адже метою є подолання хвороби ще до її розвитку. Кошти, вкладені в профілактику, заощаджують значно більшу суму на майбутньому дороговартісному лікуванні, а в центрі уваги – людина та її здоров'я. Система створюється навколо потреб конкретного пацієнта, а не навколо існуючої медичної інфраструктури, що включає доступність, якість, повагу та індивідуальний підхід.

Сфера громадського здоров'я працює над підвищенням обізнаності та медичної грамотності, стимулюючи громадян брати особисту відповідальність за своє здоров'я (регулярні обстеження, дотримання рекомендацій, формування здорових звичок). Посилення первинної медичної допомоги (сімейні лікарі) як першої лінії захисту, де здійснюється профілактика, скринінг та управління хронічними станами, запобігаючи госпіталізації.

В основі державної політики України в галузі охорони здоров'я – загальнодержавні рішення щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я української нації шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових та медичних заходів [47, с. 7].

У «Концепції розвитку системи громадського здоров'я в Україні» [92] задекларовано, що здоров'я населення є однією з найбільших цінностей, необхідною умовою для соціально-економічного розвитку країни, а система громадського здоров'я – це комплекс інструментів, процедур та заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, збільшення тривалості активного та працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства.

Публічне управління у сфері громадського здоров'я в Україні перебуває на етапі трансформації та має кілька ключових перспективних напрямів і векторів розвитку, спрямованих на вдосконалення, що ґрунтуються на реформуванні та євроінтеграційних процесах, що відбуваються в Україні (рис. 3.1).



Рис. 3.1. Перспективні напрями публічного управління та адміністрування у сфері громадського здоров'я в Україні

Ці вектори спрямовані на створення стійкої, пацієнто-орієнтованої та інтегрованої в європейський простір системи громадського здоров'я в Україні.

На думку М. Білинської [9], належна увага приділялася таким чинникам, як економіка, добробут, рівень злочинності, транспорт, а питання комунікативної діяльності, як важливого елементу публічного управління, залишаються поза її розглядом дослідників.

Оперативні функції громадського здоров'я – це конкретні дії та завдання, які виконуються системою на щоденній основі для реалізації її стратегічних цілей, вони є частиною ширшого набору Основних функцій громадського здоров'я, визначених ВООЗ. Цілі громадського здоров'я є амбітними і вимагають колективних, добре скоординованих зусиль усього суспільства.

Проаналізувавши наукові джерела і нормативно-правові документи щодо функціонування сфери громадського здоров'я й механізмів управління та адміністрування у ній можна змодельовати концепцію та виокремити структурні елементи концепції розвитку механізмів управління у сфері громадського здоров'я, наведені нижче.

1. Чітке розмежування функцій, тобто створення єдиного функціонального простору, де чітко розділені: політика (формування стратегій і стандартів – МОЗ України); адміністрування, тобто забезпечення функціонування сфери громадського здоров'я (Центри громадського здоров'я, регіональні підрозділи); надання послуг населенню – здійснення профілактичних, діагностичних та лікувальних заходів (медичні установи); децентралізація та регіоналізація, передача більшої частини операційних повноважень та ресурсів на регіональний і місцевий рівні з функцією контролю та стратегічного планування за центром; професіоналізація кадрів, розвиток управлінських компетенцій, особливо у сфері епідеміології, біостатистики, комунікації ризиків та економіки охорони здоров'я.

2. Доказове та результативне управління, що стосується переважно функціонального складника організаційно-функціонального механізму, що визначає характер прийняття рішень. Пріоритетність доказової бази проявляється у впровадженні механізмів, що забезпечують прийняття управлінських рішень виключно на основі наукових доказів, даних епідеміологічного нагляду та оцінки медичних технологій. Діє система моніторингу та оцінки шляхом створення національної системи збору та аналізу даних (індикатори смертності, захворюваності, факторів ризику), а постійні відстеження ефективності програм та швидка корекція політики (зворотний зв'язок).

3. Цифрова трансформація механізмів управління у сфері громадського здоров'я, що реалізується через побудову інтегрованої електронної платформи, яка об'єднує дані епідеміологічного нагляду, електронних медичних записів, статистику та результати лабораторних досліджень, а також через використання інноваційних інструментів прогнозування – штучного інтелекту для моделювання поширення захворювань, прогнозування потреби в ресурсах та оцінки ефективності профілактичних заходів.

4. Міжсекторальна та міжнародна координація, оскільки сучасна сфера громадського здоров'я неможлива без участі немедичних секторів, упровадження механізму, за якого будь-яке важливе рішення (в освіті, будівництві, транспорті, екології) проходить оцінку його потенційного впливу на здоров'я населення. Важливим елементом концепції є створення постійних міжвідомчих рад або комітетів (з питань продовольчої безпеки, якості повітря, психічного здоров'я тощо), а також синхронізація національних механізмів з міжнародними медико-санітарними правилами ВООЗ для ефективної протидії глобальним загрозам.

5. Фінансове забезпечення та стимулювання, тобто перехід до програмно-цільового фінансування конкретних програм (вакцинація, скринінги, боротьба з тютюнокурінням) з чіткими індикаторами

ефективності. Актуалізується залучення приватного сектору до надання профілактичних послуг та інвестицій у модернізацію інфраструктури громадського здоров'я.

Концепція розвитку механізмів управління у сфері громадського здоров'я – це стратегічний план змін, спрямований на підвищення ефективності, прозорості та стійкості цієї сфери відповідно до сучасних викликів (пандемії, неінфекційні хвороби, старіння населення) та найкращих міжнародних практик.

Головною ідеєю концепції розвитку механізмів управління у сфері громадського здоров'я є перейти від лікування хвороб до управління здоров'ям. Загалом, концепція розвитку механізмів управління у сфері громадського здоров'я є комплексною реформою, що переводить цю сферу на рейки стратегічного, доказового та інтегрованого управління, забезпечуючи реалізацію принципу «Здоров'я для всіх у всіх політиках».

Сучасні підходи розширюють концепцію, включаючи елементи публічного управління та соціальної справедливості, це визначення описує громадське здоров'я через його основні функції, які є стандартом для систем охорони здоров'я у всьому світі:

- громадське здоров'я – це діяльність, яка здійснюється шляхом виконання трьох основних функцій – оцінка (збір та аналіз даних), формулювання політики (розробка стратегій, заснованих на доказах) та забезпечення (гарантування надання необхідних послуг та програм);
- це зусилля суспільства зі створення умов, у яких люди можуть бути здоровими;
- це робота, спрямована на усунення нерівності у здоров'ї та боротьбу з соціальними детермінантами здоров'я (бідність, житло, освіта), а не лише з біологічними чинниками.

Завдання системи громадського здоров'я мають стратегічний рівень важливості та є комплексними, оскільки вони впливають на всю сферу охорони здоров'я. Успішне управління цим процесом можливе лише за умови

активного залучення та координації зусиль усіх стейкхолдерів – від центральних органів влади до рівня громади, а також населення, чия узгоджена дія є вирішальною.

Громадське здоров'я є центральною основою для розбудови ефективної соціогуманної політики в державі (Н. Рингач [147]), тому важливим завданням політики у цій сфері є комбінування інноваційних форм із відновленням класичних антропометричних принципів державної політики.

Згідно з Законом України «Про систему громадського здоров'я» [141], громадське здоров'я – це поєднання наукових знань та організованої діяльності спеціалізованих установ (суб'єктів). Метою цієї діяльності є зміцнення здоров'я, запобігання хворобам, а також покращення якості та збільшення тривалості життя населення. А система громадського здоров'я – це комплекс інструментів та застосованих суб'єктами цієї системи заходів, що спрямовані на захист і покращення здоров'я громадян, зниження рівня захворюваності, підвищення якості та тривалості життя, а також забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя в країні. Закон розмежовує поняття «громадське здоров'я» як сферу діяльності та знань і «систему громадського здоров'я» як організований механізм (набір інструментів), створений для досягнення цих цілей [139].

Загалом, концепт «громадське здоров'я», незалежно від його інтерпретацій, має на меті формування абсолютно нової стратегії державної політики у сфері охорони здоров'я.

Громадське здоров'я – це комплексна практика, спрямована на збільшення тривалості та поліпшення якості життя населення, ця сфера досягає своїх цілей шляхом профілактики хвороб, лікування фізичних і психічних станів, ведення епідеміологічного нагляду, а також активної пропаганди здорового способу життя; це – науково обґрунтована система заходів, що охоплює теорію та практику запобігання захворюванням. Її основне завдання – гарантувати краще здоров'я та довше, якісніше життя громадян через ефективну профілактику та лікування хвороб, моніторинг

показників здоров'я та епідеміологічний нагляд і формування та підтримку здорового способу життя. Сфера громадського здоров'я визначається як сукупність теоретичних знань та практичних дій, які забезпечують попередження захворювань та сприяють підвищенню рівня здоров'я, якості й тривалості життя населення.

До послуг громадського здоров'я належать також індивідуальні послуги, що надаються кожному окремо – такі, як вакцинація, консультування з питань поведінки або питань здоров'я [194].

Управління громадським здоров'ям охоплює дії всього суспільства, взаємодію влади, громадськості, бізнесу в багатьох напрямках: державна політика, здоров'я населення, психічне здоров'я, психогігієна, гігієна докiлля, безпека та гігієна праці, економіка охорони здоров'я, безпека руху, страхова медицина тощо.

Призначення сфери громадського здоров'я як сукупності інструментів, процедур та заходів, що впроваджуються як державними, так і недержавними інституціями, – попередження захворювань та збільшення тривалості життя завдяки спільному суспільному впливу. Ця сфера забезпечує позитивну корекцію всіх чинників, що впливають на здоров'я населення: біологічні чинники, навколишнє середовище, індивідуальний спосіб життя та ефективність системи охорони здоров'я.

Для України є критично важливим вивчення досвіду європейських систем охорони здоров'я в контексті євроінтеграції, оскільки для успішного застосування цього досвіду необхідне стратегічне планування й розробка чіткої державної стратегії та нових механізмів публічного управління, особливо у сфері сімейної медицини, де будь-яке впровадження має супроводжуватися адаптацією до національних реалій та обов'язковим пілотним тестуванням для аналізу отриманих результатів. Європейська модель охорони здоров'я є базою для наслідування, але потребує індивідуальної корекції для українських реалій, щоб реформи в нашій державі, були ефективними.

На відміну від старого підходу, система громадського здоров'я є проактивною, комплексною та міжсекторальною стратегією, вона охоплює значно ширший спектр діяльності й зосереджується на таких ключових напрямках:

- зміцнення здоров'я (не просто інформування, а створення необхідних умов для здорового способу життя, мета – надати людям можливість контролювати та покращувати власне здоров'я; сюди входять різноманітні програми підтримки: фізичної активності; здорового харчування; боротьби з тютюнопалінням та зловживанням алкоголем);

- профілактика захворювань (акцент зміщується на первинну та вторинну профілактику, що включає значно більше, ніж лише імунізація, – скринінгові програми (раннє виявлення онкологічних захворювань, діабету), медичні огляди та консультації щодо ризиків і здорових звичок).

Концепція розвитку системи громадського здоров'я в Україні [30] підкреслює, що здоров'я населення є найвищою цінністю та необхідною передумовою для соціально-економічного розвитку держави. Згідно з Концепцією, система громадського здоров'я – це комплекс заходів, інструментів та процедур, які реалізуються як державними, так і недержавними інституціями, її мета – зміцнення здоров'я, попередження захворювань, збільшення тривалості активного та працездатного віку, а також заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства.

Сутність цієї концепції полягає в гарантуванні того, що кожен внесок у зміцнення здоров'я та добробут громади чи держави буде належним чином визнаний та врахований під час оцінювання ефективності надання послуг громадської охорони здоров'я. Система громадського здоров'я є багатогранною і включає не лише державні та місцеві установи охорони здоров'я, але й усіх постачальників медичних послуг, а також організації із сфер громадської безпеки, соціальні служби, благодійні фонди, освітні та

молодіжні агенції, структури, пов'язані з відпочинком та мистецтвом, економічні установи та організації із захисту довкілля.

У пошуках оптимальної суспільно-економічної моделі, кожна країна розробляє власну унікальну систему охорони здоров'я [41].

Попри те, що українська система громадського здоров'я наразі характеризується недостатнім правовим і технічним закріпленням, вектор реформ уже визначений і він передбачає зміну парадигми – від контролюючої функції (ліквідація СЕС) до стимулювання відповідальності. Новий стратегічний напрям фокусується на збереженні здоров'я, активній промоції здорового способу життя, підвищенні соціальної свідомості та нарощуванні спроможності суспільства протидіяти кризам у сфері громадського здоров'я (наприклад, епідеміям). Підхід «Здоров'я в усіх політиках» підкреслює міжсекторальний характер проблеми, вимагаючи врахування наслідків для здоров'я при прийнятті рішень в усіх галузях (транспорт, освіта, економіка).

Як зазначено в Конституції України [76], наша держава є соціальною, оскільки зобов'язується піклуватися про соціальну справедливість, достаток своїх громадян, їхній соціальний захист; задоволення соціальних потреб членів суспільства у сфері культури, освіти, охорони здоров'я, соціального забезпечення, охорони праці, сім'ї тощо.

Сфера громадського здоров'я є комплексною системою, що охоплює широкий спектр заходів, її ефективність забезпечується синхронізацією управлінських рішень та актуальних медичних знань, адже «індикатором успішності державної політики у сфері громадського здоров'я – з одного боку, та суттєвим показником щодо обсягів медичної та медико-соціальної допомоги – з іншого, є здоров'я населення» (О. Васюк [22]).

Формування ефективної державної політики у сфері громадського здоров'я в Україні визначається низкою управлінських детермінант, які стосуються інституційної спроможності, координаційних механізмів,

ресурсного забезпечення та адміністративної культури, причому ці чинники можуть як сприяти, так і суттєво гальмувати успішну реалізацію політики.

Основою державної політики України у сфері охорони здоров'я є стратегічні загальнодержавні рішення щодо збереження та зміцнення фізичного та психічного здоров'я нації. Для їхньої реалізації застосовується широкий спектр заходів, включаючи політичні, правові, економічні, соціальні, культурні, наукові та медичні інструменти [35, с. 7]

Будь-яка реформа охорони здоров'я, що проводиться розвиненою країною, має на меті, насамперед, покращити здоров'я суспільства, що досягається через оптимізацію ефективності системи та забезпечення ширшого доступу людей до якісних медичних послуг (К. Вишньовська [26, с. 78]).

У «Концепції розвитку системи громадського здоров'я» [141] підкреслено, що збереження здоров'я та забезпечення повноцінного життя є ключовими цілями світової спільноти. Ці цілі відображені у європейській політиці «Здоров'я-2020», яка підтримує дії держав і суспільства в інтересах благополуччя. Сама Концепція [там само, с. 65] визначає систему громадського здоров'я як комплекс заходів, інструментів та процедур від державних і недержавних інституцій. Мета системи – зміцнення здоров'я, попередження захворювань, збільшення тривалості активного життя та заохочення здорового способу життя шляхом консолідації зусиль усього суспільства.

Концепція наголошує на необхідності розробки механізмів для збереження і зміцнення здоров'я, підвищення якості та покращення демографічної ситуації в Україні, а також на забезпеченні соціальної справедливості і прав громадян при отриманні медичної допомоги.

Аналіз нормативно-правової бази, що регулює державну політику у сфері громадського здоров'я, свідчить про необхідність її вдосконалення та глибшої конкретизації, адже система громадського здоров'я має не обмежуватися лише зміцненням здоров'я та профілактикою хвороб, а й

повинна постійно виявляти та оцінювати потреби населення у медичному забезпеченні – ці додаткові, важливі функції необхідно покроково закріпити у нових законодавчих актах. Упроваджено базове законодавство, що забезпечило автономізацію закладів та створення ключових інституцій (НСЗУ, ЦГЗ), законодавство щодо фінансування («Програма медичних гарантій») стало чинним, але воно залишається фрагментованим і часто несистемним. Існує потреба в консолідації норм та прискоренні гармонізації стандартів із директивами ЄС, особливо у сфері санітарно-епідеміологічного благополуччя та безпеки ліків. Військовий стан вимагає оперативної правової адаптації щодо прав пацієнтів та надання допомоги на окупованих/прифронтових територіях.

Успішно створено та функціонує система «покупець-надавач» (НСЗУ – КНП), що підвищило фінансову прозорість, відбувається децентралізація управління первинною ланкою на рівень громади, створено мережу Центрів громадського здоров'я. Спостерігається недостатня функціональна потужність ЦГЗ, вони часто мають обмежені фінансові та кадрові ресурси, що перешкоджає повноцінній реалізації їхньої профілактичної та аналітичної ролі. Міжсекторальна координація (особливо з освітою, екологією, соціальним захистом) залишається слабкою і часто декларативною

Запровадження контрактної моделі фінансування через НСЗУ забезпечило безпрецедентну фінансову прозорість та усунуло корупційні ризики, пов'язані з утриманням інфраструктури впроваджено елементи оплати за результат. Сфера громадського здоров'я є залежною від державного бюджету та зовнішньої допомоги, що створює ризики в умовах економічної нестабільності. Тарифна політика НСЗУ не завжди повною мірою покриває реальні витрати закладів на якісні послуги, а механізми стимулювання за показники якості є недостатньо розвиненими, тому необхідне залучення додаткових джерел, зокрема розвиток добровільного медичного страхування.

Впровадження електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) стало найбільшим успіхом реформи – ЕМЗ, е-направлення, е-рецепти та дашборди забезпечують доказовість рішень, оперативний епіднагляд та прозорість фінансування, що дало змогу швидко реагувати на пандемію та управляти логістикою. Основними викликами є кібербезпека та необхідність захисту чутливих даних в умовах постійних кібератак, необхідно розширити інтероперабельність (технічну сумісність) ЕСОЗ з іншими державними реєстрами та вдосконалити аналітичні модулі для більш точного прогнозування та моделювання.

Концептуальні засади публічного управління у сфері громадського здоров'я в Україні є комплексом взаємопов'язаних принципів, спрямованих на створення стійкої, підзвітної та ефективної системи, здатної оперативно реагувати на сучасні виклики та гарантувати конституційне право громадян на якісну охорону здоров'я і базуються на трансформації від застарілої, ресурсорієнтованої моделі до сучасної, пацієнтоцентричної та орієнтованої на результат системи, керованої прозорими фінансовими стимулами та обґрунтованими даними. Концептуальні засади становлять собою ідеологічний та стратегічний фундамент для функціонування всієї галузі. Їхня сутність полягає у докорінній трансформації системи – від застарілої, ресурсорієнтованої (забезпечення ліжкового фонду) моделі до сучасної, пацієнтоцентричної та орієнтованої на результат моделі.

Отже, впровадження нових підходів у державному управлінні сферою громадського здоров'я є необхідною умовою для досягнення кінцевої мети реформи – покращення здоров'я населення, зменшення рівня захворюваності та смертності від основних неінфекційних хвороб, підвищення тривалості та якості життя, що сприяє зміцненню здорової та продуктивної нації. Кардинальні зміни в управлінні дають змогу ефективно впливати на ключові показники здоров'я, чітко визначення пріоритетів: спрямування обмежених ресурсів не на боротьбу з усіма хворобами одночасно, а на ті, що становлять найбільший тягар для нації (наприклад, серцево-судинні захворювання,

діабет, рак); систематична профілактика, перехід до довгострокових, науково обґрунтованих національних програм (вакцинація, скринінг, контроль факторів ризику), які знижують інцидентність (кількість нових випадків) та превалентність (загальну кількість випадків) основних неінфекційних хвороб, а зменшення кількості випадків неінфекційних хвороб та рання діагностика їх безпосередньо призводять до зниження показників передчасної смертності та смертності, яку можна було запобігти. Результатом, що відображає справжній успіх реформи, є підвищення тривалості та якості життя, адже якщо держава ефективно контролює основні ризики (гіпертонія, куріння, ожиріння), вона збільшує очікувану тривалість життя населення.

3.3. Шляхи вдосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я в Україні

Проаналізувавши сучасний стан розвитку механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я, з'ясувавши нагальні питання, що потребують оперативного вирішення в контексті євроінтеграції України, пропонуємо орієнтовну цілісну стратегію вдосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я в Україні, основними векторами цієї стратегії є:

1) цифрова трансформація (Digital Governance) як фундамент сучасного адміністрування, метою якого є мінімізувати людський чинник та корупційні ризики, аспектами цього вектора є:

- принцип «Paperless», що означає повний перехід на електронний документообіг між органами влади та громадянами;

- розвиток Big Data (величезні обсяги структурованої та неструктурованої інформації, яку неможливо ефективно обробити за допомогою традиційних методів або звичайного програмного забезпечення), тобто використання аналітики великих даних для прийняття управлінських рішень;

- інтероперабельність, що передбачає створення єдиного простору даних, де різні державні реєстри «спілкуються» між собою без участі чиновника;

2) децентралізація та субсидіарність:

- посилення спроможності громад, передача їм не лише повноважень, а й фінансових інструментів для їхньої реалізації;

- розвиток ЦНАПів – перетворення центрів надання послуг на «єдине вікно», де можна отримати будь-який сервіс (від паспорта до реєстрації бізнесу);

3) реформа державної служби з опертям на принцип «управління ефективно настільки, наскільки професійні люди, які в ньому працюють»:

- впровадження прозорих конкурсів на основі компетенцій, а не політичної лояльності;

- впровадження системи ключових показників ефективності для кожного підрозділу;

- безперервне навчання держслужбовців упродовж усієї професійної діяльності (кризовий менеджмент, стратегічне планування, цифрова грамотність тощо);

4) відкритість та партисипація – залучення громадян, громадських організацій та бізнесу до прийняття державних чи управлінських рішень:

- електронна демократія (інструменти петицій, громадських бюджетів та онлайн-консультацій);

- прозорість щодо даних про бюджетні витрати та закупівлі;

- антикорупційний моніторинг, тобто створення незалежних механізмів аудиту та залучення громадських рад до нагляду;

- орієнтація на результат;

- відхід від бюрократичних процедур до вирішення конкретних проблем та спрощення процедур (реінжиніринг адміністративних процесів з метою усунення зайвих довідок та кроків);

– забезпечення можливості швидкої адаптації нормативної бази під виклики часу (пандемії, кризові стани тощо).

Структура вдосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я в Україні запропонованої стратегії охоплює 5 складників (рис. 3.2).

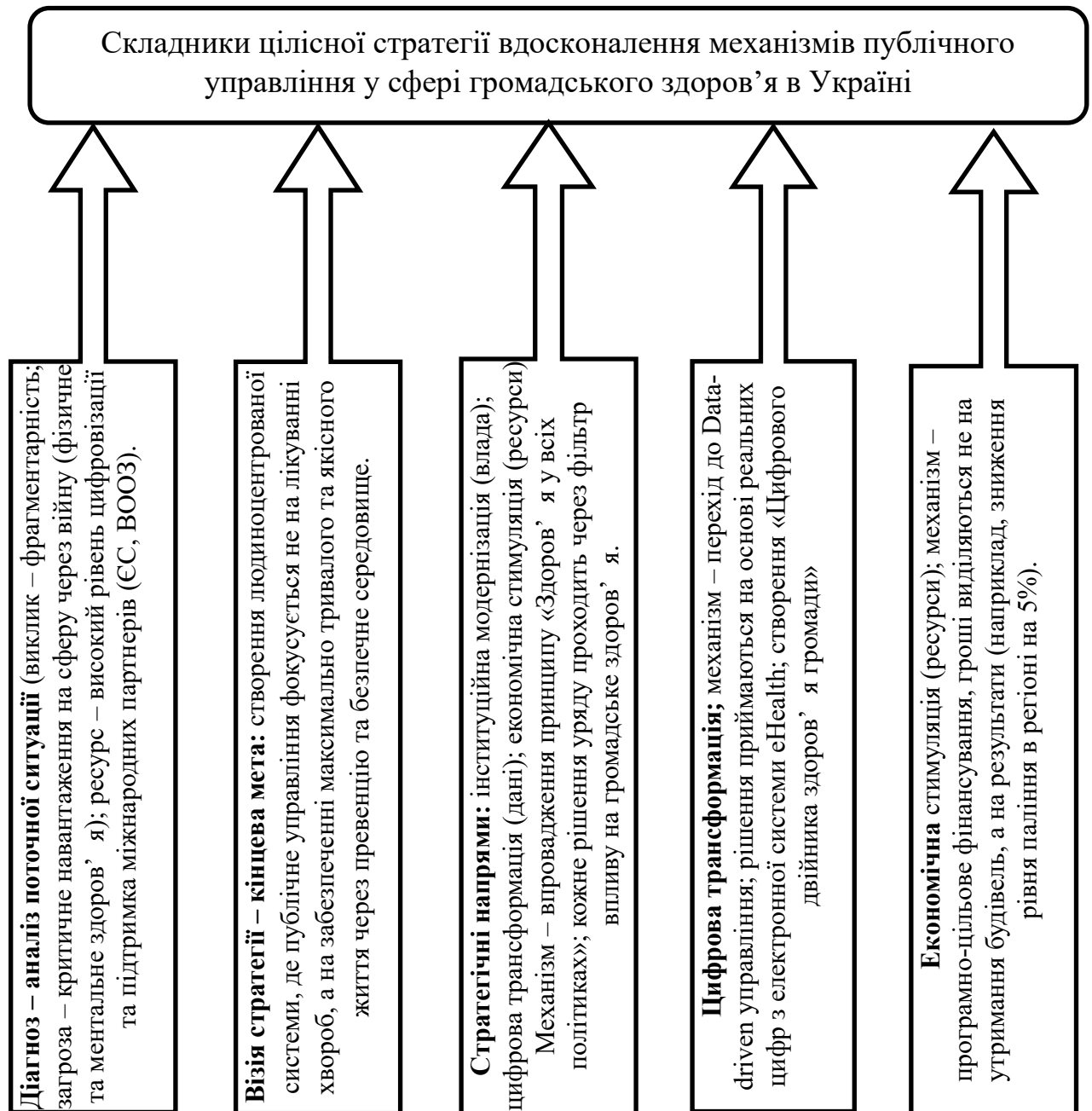


Рис. 3.2. Структура цілісної стратегії вдосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я в Україні

Оперуючи поняттям «стратегія», ми маємо на увазі не просто документ, а генеральний задум, що визначає, як держава трансформує хаотичні медичні заклади в цілісну систему захисту життя.

Управлінські заходи у сфері громадського здоров'я, насамперед, мають бути зосереджені на:

- нормативно-правовій базі та функціоналі (вдосконалення законодавства, оновлення нормативно-правового забезпечення функціонування системи громадського здоров'я; перегляд та точне розмежування функцій та повноважень системи, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я населення, збільшення тривалості та покращення якості життя, попередження захворювань та продовження активного, працездатного віку, а також заохочення до здорового способу життя);

- інституційній структурі та управлінні (регулювання центрів – урегулювання діяльності Національного та регіональних центрів громадського здоров'я; децентралізація, запровадження моделі управління, що ґрунтується на принципі субсидіарності, згідно з яким повноваження прийняття рішень максимально надаються органам місцевої влади; менеджмент та інновації, оптимізація організації менеджменту та підвищення ефективності управління інноваційними процесами у сфері громадського здоров'я;

- процесах та кадрах (епідеміологічний нагляд, в контексті якого – запровадження європейських підходів до проведення епідеміологічного нагляду за сферою громадського здоров'я; забезпечення підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації фахівців у сфері громадського здоров'я;

- фінансовому забезпеченні (гарантування необхідного фінансування державних програм громадського здоров'я та заходів, спрямованих на боротьбу з епідеміями).

Розвиток сучасних інформаційних систем з метою моніторингу стану громадського здоров'я – електронна система охорони здоров'я – ЕСОЗ –

ES0Z (E-health) – для оперативної фіксації та аналізу даних про здоров'я населення є не менш важливим, а також актуальним вважаємо залучення наукових установ та експертів до розробки політик на основі доказової медицини та кращих міжнародних практик.

Можна запропонувати орієнтовний план реалізації (дорожню карту) цілісної стратегії вдосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я в Україні (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

План реалізації цілісної стратегії вдосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я в Україні

Етап	Ключова дія	Очікуваний результат
Короткостроковий	Аудит існуючих послуг та функцій.	Виявлення «слабких місць» та дублювання функцій.
Середньостроковий	Автоматизація пріоритетних сервісів.	Зниження адміністративного навантаження на 30-40%.
Довгостроковий	Впровадження AI для прогнозування.	Перехід до превентивного управління.

Актуальною також є наявність кваліфікованих кадрів для реалізації політики, оскільки стан розвитку сфери з громадського здоров'я залежить від профільних фахівців, освіти та безперервного професійного розвитку лікарів, епідеміологів, менеджерів охорони здоров'я та інших спеціалістів, здатних розробляти та впроваджувати комплексні програми, від здатності управлінців на всіх рівнях (від МОЗ до головного лікаря) приймати обґрунтовані рішення, керувати змінами та ефективно використовувати ресурси.

Реформовані механізми забезпечили значний прогрес у сферах прозорості та цифровізації, але залишаються вразливими через незавершеність правової бази, недостатню міжсекторальну координацію та фінансову залежність. Подальша оптимізація повинна бути спрямована на посилення превентивної ролі ЦГЗ, удосконалення фінансових стимулів

якості та гарантування кіберстійкості ІК-механізму, що є критично важливим для забезпечення національної стійкості у сфері здоров'я.

З огляду на зарубіжний досвід публічного управління у сфері громадського здоров'я можна виокремити основні аспекти, що є актуальними для України в сенсі екстраполяції в майбутнє вітчизняної системи охорони здоров'я загалом:

1) перехід до сталої та змішаної моделі фінансування з акцентом на соціальній справедливості та ефективності (залучення механізмів обов'язкового соціального страхування, як у Німеччині, Франції, що базується на солідарності та обов'язкових внесках) та чітке визначення співплатежів за послуги, що виходять за межі базового гарантованого пакета;

2) цифрова трансформація та використання даних (E-Health), тобто активне впровадження інформаційно-комунікаційних технологій у сферу охорони здоров'я, застосування обширних даних, штучного інтелекту та цифрових платформ для прийняття рішень є наріжним каменем сучасного адміністрування (створення національних електронних медичних карт та реєстрів, наприклад, досвід Естонії та Ізраїлю, використання прогностичної аналітики для моделювання можливого поширення захворювань й оцінки потреб у ресурсах.

3) інтегровані системи надання допомоги на основі пацієнтоцентрованого підходу, що означає відмову від фрагментарного фінансування та управління різними рівнями допомоги (первинна, вторинна, соціальна), що значно знижує потребу в дороговартісній госпіталізації – в цьому сенсі важливим є досвід Нідерландів і країн Скандинавії;

4) пріоритет профілактики та громадського здоров'я, що передбачає інвестування в програми, які впливають на поведінкові фактори ризику, а це знижує фінансове навантаження на систему через скорочення кількості хронічних захворювань – як приклад – акцизи на шкідливі продукти (так званий цукровий податок у Великій Британії, контроль за споживанням

тютюну населенням), а також широкі скринінгові програми, що фінансуються державою;

5) управління кризовою готовністю та стійкістю системи – уроки, винесені з пандемії COVID-19, зробили цей аспект критично важливим, оскільки він спрямований на забезпечення швидкої реакції на надзвичайні ситуації та стійкості ланцюгів постачання, з оперттям на створення національних стратегічних запасів лікарських засобів та обладнання, а також чітке визначення механізмів швидкого перепрофілювання лікарень та мобілізації ресурсів під єдиним публічним управлінням

У цьому контексті можна запропонувати певні заходи, відображені в розробленій моделі вдосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я (рис. 3.3).

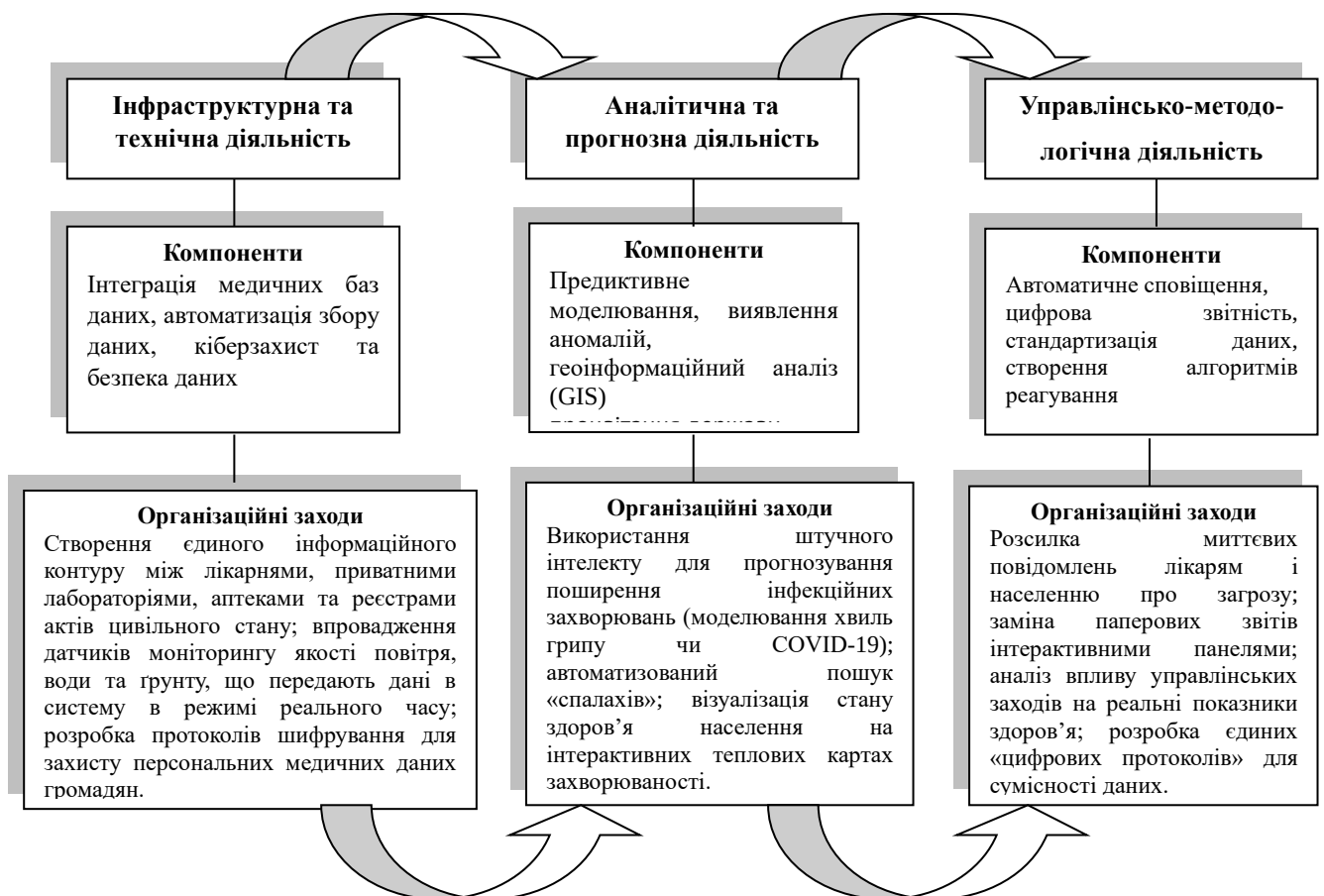


Рис. 3.3. Модель вдосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я

Для практичної реалізації цілісної стратегії вдосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я доцільно перейти від лікування хвороб до їхнього попередження та системного моніторингу.

Інфраструктурна та технічна діяльність, яку в нашому дослідженні об'єднано терміном «Цифровізація», є фундаментом, без якого неможливо побудувати сучасну модель управління, а тому числі у сфері громадського здоров'я, де її роль є критичною, оскільки вона перетворює розрізнені медичні заклади на єдину інтелектуальну мережу.

Технічна діяльність створює єдине джерело достовірності, а без інтеграції баз даних управлінець бачить лише фрагменти картини. Наприклад, коли дані з лабораторій, лікарень та аптек спрямовуються в одну систему, публічне адміністрування переходить до стратегічного планування, оскільки можна бачити реальний дефіцит ліків чи зростання захворюваності в режимі реального часу тощо, автоматизація збору даних мінімізує втручання людини в процес звітності. Технічні алгоритми неможливо підкупити або підкривувати статистику, що забезпечує прозорість розподілу бюджетних коштів та медичних ресурсів (вакцин, обладнання) й зумовлює довіри громади.

Кіберзахист – це не просто технічний додаток, а запорука стійкості всієї системи громадського здоров'я, адже, як відомо, у сфері охорони здоров'я зберігаються найчутливіші дані громадян. Надійна технічна інфраструктура захищає систему від хакерських атак, які можуть паралізувати роботу лікарень або призвести до витоку персональної інформації, що є питанням національної безпеки.

Інфраструктурна діяльність дозволяє автоматизувати рутинні процеси – замість того, щоб тисячі медичних працівників заповнювали паперові звіти, система робить це автоматично, що суттєво вивільняє людський ресурс для безпосередньої роботи з пацієнтами та розробки політик здоров'я.

Охарактеризована вище цільова стратегія може сприяти реалізації моделі вдосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я.

Визначальну роль у сфері громадського здоров'я відіграє аналітична та прогнозна діяльність, оскільки вона перетворює пасивне спостереження на активне управління, ключовими аспектами такої ролі є: перехід до превентивного управління (аналітика дає змогу публічним адміністраторам бачити не лише те, що вже сталося, а й те, що може статися і завдяки предиктивному або прогнозному моделюванню держава може діяти на випередження, наприклад, на основі даних про динаміку ГРВІ система прогнозує пік епідемії за 2 тижні, що дозволяє заздалегідь розгорнути додаткові ліжка або закупити медикаменти – це мінімізує людські та фінансові втрати через завчасну готовність).

Аналітична діяльність дає відповідь на питання щодо ефективності вжитих заходів, оскільки аналіз Big Data дає змогу уникнути інерції та в реальному часі побачити, чи призвела, наприклад, кампанія з популяризації спорту до зниження випадків серцево-судинних захворювань у конкретному регіоні – це передбачає відмову від неефективних програм та переспрямування бюджету на проекти з найвищою віддачею.

У сфері громадського здоров'я ресурси – завжди обмежені, а прогнозна аналітика допомагає розподіляти їх там, де вони найпотрібніші. Використання геоінформаційних систем дає створювати «карти ризиків», що діє приблизно за таким алгоритмом, наприклад: якщо аналітика засвідчує погіршення якості води в певній зоні, адміністрація спрямовує туди інспекції та кошти на очищення ще до того, коли почнеться масове отруєння. Результатом аналітичної діяльності є максимальний ефект на кожному інвестовану гривню.

Складна аналітика, перетворена на прості графіки та дашборди, стає інструментом партисипації, адже публікація аналітичних звітів у зрозумілому форматі (рівень охоплення вакцинацією по школах тощо) стимулює

громадську відповідальність і довіру, оскільки громадяни бачать реальний стан речей і більше довіряють управлінським рішенням, внаслідок чого росте соціальна підтримка державних ініціатив.

У процесі дослідження виконано порівняльну характеристику ролей у моделі вдосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

**Порівняльна характеристику ролей у моделі вдосконалення
механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я**

Функція аналітики	Сутність зміни в управлінні
Описова	Замінює здогадки на факти.
Діагностична	Виявляє причинно-наслідкові зв'язки (наприклад, зв'язок між викидами заводу та астмою).
Прогнозна	Дає змогу проводити превентивні інтервенції
Прескриптивна	Формує готові сценарії рішень для адміністратора.

Управлінсько-методологічна діяльність у моделі відіграє роль архітектора та регулятора, тобто, якщо технічна частина – це інструменти, а аналітика – це знання, то методологія – це правила гри, які змушують усю систему працювати злагоджено та законно.

Окреслимо основні ролі управлінсько-методологічної діяльності в реалізації моделі вдосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я:

– роль стандартизатора – створення єдиної мови управління (без методології кожен орган управління (міністерство, ЦКПХ, місцева громада) діяв би на власний розсуд, а в процесі методологічної діяльності розроблюються єдині стандарти збору даних, протоколи реагування на загрози та критерії оцінки якості послуг і в результаті забезпечується інтероперабельність – здатність різних структур взаємодіяти між собою без втрати інформації та часу);

– роль трансформатора або легітимізація інновацій (будь-яка технічна новинка (наприклад, рецепт у смартфоні або AI-прогноз епідемії) не має юридичної сили, доки вона не закріплена методологічно, управлінська діяльність перетворює цифрові інновації на нормативно-правові акти, розробляє регламенти, порядки та інструкції, що дають чиновнику право діяти на основі даних і в результаті здійснюється перехід від застарілих бюрократичних процедур до сучасних адміністративних регламентів);

– роль координатора – синхронізація рівнів управління (громадське здоров'я – це міжсекторальна сфера (медицина, екологія, освіта, бізнес) і методологія визначає, як саме ці сектори мають співпрацювати, вона створює механізми вертикальної (центр – громада) та горизонтальної координації (між різними міністерствами), результатом чого є усунення дублювання функцій та «білих плям» у відповідальності у випадках, коли невідомо, хто саме має реагувати на проблему;

– роль оцінювача – впровадження філософії KPI (методологія визначає, що саме вважати успіхом у сфері громадського здоров'я і саме в процесі цієї діяльності розробляються методики розрахунку індикаторів (KPI) та правила нарахування бонусів громадам за досягнуті результати, внаслідок чого створюється прозора система мотивації, де фінансування залежить від реального покращення здоров'я людей. Відобразимо вплив управлінсько-методологічної діяльності на елементи моделі вдосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я графічно (табл. 3.8).

Таблиця 3.8

**Вплив управлінсько-методологічної діяльності на елементи моделі
вдосконалення механізмів публічного управління
у сфері громадського здоров'я**

Елемент моделі	Вплив управлінсько-методологічної діяльності
Процеси	Оптимізація та реінжиніринг (усунення зайвих кроків)
Кадри	Розробка посадових інструкцій та профілів компетенцій

Продовження таблиці 3.8

Фінанси	Створення алгоритмів розподілу коштів за результат
Комунікація	Правила публічних консультацій та звітування перед громадою

Управлінсько-методологічна діяльність є керівною програмою, що гарантує, перетворення технічних можливостей та аналітичних висновків на реальні державні послуги та безпечне середовище.

У процесі дослідження нами було сформовано практичні рекомендації щодо вдосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я.

Практичні рекомендації щодо вдосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я

1. Щодо вдосконалення нормативно-правового механізму:

– запровадження «Регіонального стандарту послуг сфери громадського здоров'я» – розробити та закріпити на рівні Кабінету Міністрів перелік обов'язкових сервісів громадського здоров'я, які мають надаватися в кожній територіальній громаді, незалежно від її віддаленості від центру;

– інституціоналізація Health Impact Assessment – законодавчо зобов'язати місцеві органи влади проводити оцінку впливу будь-яких інфраструктурних проєктів (відновлення житла, будівництво доріг) на стан здоров'я мешканців громади.

2. Модернізація фінансово-економічного механізму:

– впровадження «Грантів на здоров'я» для депресивних регіонів – створити державний фонд вирівнювання, який би надавав цільові субвенції північним та південним областям для відновлення профілактичної інфраструктури та залучення кадрів;

– фіскальна децентралізація («Здорові податки») – запропонувати механізм, за якого частина акцизного збору з тютюну та алкоголю залишалася б у місцевих бюджетах виключно на фінансування програм боротьби з неінфекційними захворюваннями у конкретній громаді.

3. Оптимізація організаційно-функціонального механізму:

- створення Міжрегіональних кластерів громадського здоров'я – для областей із низькою щільністю населення або зруйнованою інфраструктурою (наприклад, Сумська та Чернігівська області) створити спільні лабораторні та аналітичні центри для економії ресурсів та концентрації експертизи;
- запровадження інституту «Муніципального менеджера здоров'я»: Ввести посаду фахівця з громадського здоров'я у штат кожної територіальної громади, який координуватиме роботу між школами, лікарнями та комунальними службами.

4. Цифрова трансформація інформаційно-комунікаційного механізму:

- масштабування досвіду Києва через «Cloud Health Dashboard», створити єдину хмарну платформу для всіх ОВА, де в реальному часі відображатимуться показники якості води, повітря, рівень охоплення вакцинацією та поширеність факторів ризику (паління, ожиріння);
- розвиток «Телепрофілактики», запровадження цифрових інструментів дистанційного скринінгу та психологічної підтримки для мешканців прифронтових зон, де фізичний доступ до фахівців громадського здоров'я – обмежений.

Стратегічні рекомендації щодо вдосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я

- закріплення автономії громад – громади повинні мати власні плани безпеки громадського здоров'я;
- інституціоналізація міжнародного досвіду (українські кейси управління кризами мають бути імплементовані в європейські стандарти безпеки);
- кадрова регенерація (створення системи безперервної підготовки «епідеміологів нового покоління»).

Отже, впровадження нових підходів у державному управлінні сферою громадського здоров'я є необхідною умовою для досягнення кінцевої мети реформи – покращення здоров'я населення, зменшення рівня захворюваності

та смертності від основних неінфекційних хвороб, підвищення тривалості та якості життя, що сприяє зміцненню здорової та продуктивної нації. Кардинальні зміни в управлінні дають змогу ефективно впливати на ключові показники здоров'я, чітко визначення пріоритетів: спрямування обмежених ресурсів не на боротьбу з усіма хворобами одночасно, а на ті, що становлять найбільший тягар для нації (наприклад, серцево-судинні захворювання, діабет, рак); систематична профілактика, перехід до довгострокових, науково обґрунтованих національних програм (вакцинація, скринінг, контроль факторів ризику), які знижують інцидентність (кількість нових випадків) та превалентність (загальну кількість випадків) основних неінфекційних хвороб, а зменшення кількості випадків неінфекційних хвороб та рання діагностика їх безпосередньо призводять до зниження показників передчасної смертності та смертності, яку можна було запобігти. Двоєдиний результат, який відображає справжній успіх реформи – підвищення тривалості та якості життя, адже якщо держава ефективно контролює основні ризики (гіпертонія, куріння, ожиріння), вона збільшує очікувану тривалість життя населення.

Висновки до третього розділу

У процесі дослідження з'ясовано, що інтенсифікація та вдосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я вимагає не точкових змін, а інтегрованої роботи всіх чотирьох ключових механізмів.

Для вдосконалення нормативно-правового механізму необхідним є забезпечення сталості, інтеграції та постійного розвитку сфери громадського здоров'я, переходу від фрагментарного регулювання до системної кодифікації законодавства. Ключові перспективи вбачаються в ухваленні єдиного рамкового акту, наприклад, Кодексу, що уніфікує норми, і прискорення гармонізації санітарного та медичного права з *acquis communautaire* ЄС – це забезпечить правову стабільність, підвищить якість регулювання та створить фундамент для європейської інтеграції, посилюючи також захист прав пацієнтів.

З метою вдосконалення організаційно-функціонального механізму потрібно посилити превенцію та координацію, ключовим напрямком чого може бути посилення превентивної функції через функціональну та фінансову автономізацію Центрів громадського здоров'я, що мають трансформуватися в потужні аналітичні та координаційні хаби для регіонального управління здоров'ям. Вдосконалення цього механізму також вимагає реалізації принципу «Здоров'я у всіх політиках» шляхом створення дієвих, підзвітних механізмів міжсекторальної координації (МОЗ, освіта, соціальний захист, екологія), що забезпечить спрямованість управлінських зусиль на першопричини захворювань, а не лише на їхнє лікування.

Вдосконалення фінансово-економічного механізму публічного управління у сфері громадського здоров'я потребує стимулювання якості та диверсифікації джерел і ресурсів. Основною перспективою в цьому контексті є перехід до моделі фінансування, орієнтованої на якість, де оплата послуг залежить від досягнутих клінічних результатів, а не лише від їхнього обсягу. Критичним виступає розширення джерел фінансування шляхом стимулювання добровільного медичного страхування та створення прозорих інвестиційних фондів для капітальних видатків, що зменшить залежність системи від бюджетних асигнувань.

Для вдосконалення інформаційно-комунікаційного механізму необхідно забезпечити кіберстійкість та прогностичну аналітику, оскільки підвищення ефективності цього механізму має найбільш технологічний і критичний характер. Необхідно розширити функціонал ІК-механізму, інтегрувавши інструменти прогностичної аналітики для моделювання епідемічних процесів, управління ресурсами та підтримки прийняття управлінських рішень, що інтенсифікує перехід від реактивного до проактивного управління у сфері громадського здоров'я України. Перспектива полягає в забезпеченні кіберстійкості електронної системи охорони здоров'я як критичної інфраструктури.

Таким чином, удосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я в Україні має бути реалізовано як комплексна стратегія, спрямована на синергію, в якій кожен механізм повинен підсилювати інший: нормативна база має гарантувати стандарти, організація – ефективну превенцію, фінанси – якість послуг, а інформаційна система – надійну доказову основу для всіх рішень. Кінцевою метою є створення стійкої, підзвітної та інноваційної системи, що забезпечить максимальний рівень здоров'я української нації в умовах повоєнної відбудови та європейської інтеграції.

Ключові положення третього розділу дисертації представлені у наукових публікаціях автора [11–13].

ВИСНОВКИ

1. Висвітлено теоретичні засади публічного управління у сфері громадського здоров'я. Зазначено, що кардинальні зміни в управлінні сферою громадського здоров'я дають змогу ефективно впливати на ключові показники здоров'я, чітко визначення пріоритетів: спрямування обмежених ресурсів не на боротьбу з усіма хворобами одночасно, а на ті, що становлять найбільший тягар для нації; систематична профілактика, перехід до довгострокових, науково обґрунтованих національних програм (вакцинація, скринінг, контроль чинників ризику), що знижують інцидентність та превалентність основних неінфекційних хвороб. Здорова нація є рушієм економічного зростання та гарантом стабільності держави, оскільки підвищення тривалості та якості активного життя громадян мінімізує непрямі втрати економіки та зміцнює людський капітал у довгостроковій перспективі. На основі аналізу опрацьованих наукових джерел запропоновано авторську дефініцію поняття «механізм публічного управління у сфері громадського здоров'я», запропоновано авторську інтерпретацію його як «динамічний алгоритм взаємодії держави, інститутів громадянського суспільства та приватного сектору, спрямований на моніторинг та аналіз стану здоров'я нації, мінімізацію біологічних, екологічних і соціальних ризиків, а також на забезпечення резильєнтності національної системи охорони здоров'я з метою превентивного впливу на детермінанти здоров'я населення».

2. Проаналізовано зарубіжний досвід публічного управління у сфері громадського здоров'я. Аналіз зарубіжного досвіду публічного управління у сфері громадського здоров'я (зокрема, моделей Бісмарка, Беверіджа та Скандинавської моделі) засвідчує що: в світі існують кілька основних управлінських моделей в цій галузі, що часто перетинаються та мають унікальні варіації в кожній країні; успіх реформ залежить від інтеграції фінансової стійкості, управлінської гнучкості та етичної підзвітності. Досвід Німеччини показує критичну необхідність переходу до багатоканального

фінансування, заснованого на обов'язкових соціальних внесках; децентралізація та мережеве управління скандинавської моделі, зокрема практика Швеції демонструють ефективність делегування управлінських та фінансових повноважень на регіональний та громадський рівень. Орієнтація на результат та цифровізацію, застосовування принципів нового публічного управління, використання практики ключових показників ефективності – KPIs і використання Big Data на прикладі Естонії та США є корисним досвідом для адаптації у сфері громадського здоров'я сприяє переходу від контролю процесу до оцінки якості та результату, адже цифровізація, впровадження E-Health, електронних реєстрів є ключовим інструментом для прозорості, проактивного прогнозування та управління ризиками. В умовах складної медико-демографічної ситуації в Україні державницька політика має бути переорієнтована на світові стандарти: потужну первинну медичну допомогу, вільний вибір лікаря та гарантований пакет послуг. Для підвищення стійкості та ефективності публічного управління у сфері громадського здоров'я в Україні необхідно не просто копіювати, а систематично адаптувати та гібридизувати кращі світові практики, оскільки успішна імплементація вимагає подолання інституційних бар'єрів, зокрема слабкості управлінського потенціалу, забезпечення фінансової незалежності системи й формування нової адміністративної еліти, яка володіє аналітичними, цифровими та високими етичними стандартами публічного управління.

3. Охарактеризовано сучасний стан механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я в Україні. Нормативно-правовий механізм заклав сучасні основи для управління громадським здоров'ям, але його кінцева ефективність залежить від якості адміністрування та послідовної реалізації міжсекторальних політик для досягнення ключової мети – покращення здоров'я населення та зростання тривалості життя (нормативно-правовим забезпеченням, зокрема Законом України «Про систему громадського здоров'я», визначено правові рамки для операційних функцій

громадського здоров'я, зокрема моніторинг захворювань, епідеміологічний нагляд та промоцію здорового способу життя, проте залишається потреба у подальшій гармонізації підзаконних актів із директивами ЄС; сформовано дворівневу систему управління, де стратегічне керівництво здійснює Міністерство охорони здоров'я, а оперативне виконання функцій покладено на Центр громадського здоров'я МОЗ, створення та розбудова регіональної мережі центрів контролю та профілактики хвороб стали фундаментом для впровадження нових адміністративних стандартів). Фінансово-економічний механізм відповідає за забезпечення необхідними ресурсами та стимулювання бажаної поведінки; державне фінансування (бюджетні програми на охорону здоров'я, вакцинацію, профілактику, дослідження); страхові моделі (впровадження обов'язкового або добровільного медичного страхування; податкові важелі для фінансування охорони здоров'я та стримування споживання; державні закупівлі ліків, вакцин, обладнання для забезпечення доступності. Інформаційно-комунікаційний механізм є спрямованим на поширення знань, формування свідомості та прийняття рішень на основі даних; епідеміологічний нагляд (збір, аналіз та інтерпретація даних про стан здоров'я, хвороби та чинники ризику); інформаційно-освітні кампанії; електронна охорона здоров'я – E-Health (використання інформаційних технологій, зокрема, електронної медичної картки, телемедицини, для підвищення ефективності та доступності послуг). Ефективність публічного управління у сфері громадського здоров'я залежить від злагодженої роботи всіх цих механізмів, де законодавство створює рамки, фінанси забезпечують ресурси, а організаційна структура координує дії, спрямовані на профілактику та покращення здоров'я всього суспільства. Розвиток механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я є стратегічним імперативом для України, цей процес виходить за межі простого продовження реформи й набуває характеру комплексної, синергетичної модернізації, спрямованої на створення стійкої, прозорої та

ефективної системи, здатної протистояти як внутрішнім, так і глобальним викликам (війни, пандемії, хронічні захворювання).

4. Визначено детермінанти формування державної політики у сфері громадського здоров'я в Україні. Аналіз управлінських та соціальних детермінант засвідчив, що формування державної політики у сфері громадського здоров'я в Україні є процесом, який перебуває під потужним впливом як системних управлінських викликів, так і глибоких соціально-демографічних проблем. Головною соціальною детермінантою є складна медико-демографічна ситуація в країні. Формування ефективної політики стримується низьким рівнем відповідального ставлення самого населення до власного здоров'я, управлінські механізми мають бути сфокусовані на зміні цієї соціальної поведінки, оскільки без активної участі громадян профілактика та раннє виявлення порушень є неможливими.

5. Обґрунтовано концептуальні засади публічного управління у сфері громадського здоров'я на основі аналізу наукових джерел і нормативно-правових документів щодо функціонування сфери громадського здоров'я. Вдосконалено концептуальні підходи до управління у сфері громадського здоров'я, змодельовано концепцію зі структурними елементами – чітке розмежування функцій, доказове та результативне управління, цифрова трансформація механізмів управління у сфері громадського здоров'я, міжсекторальна та міжнародна координація. Розроблено модель вдосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я, що охоплює сегменти управлінської діяльності: інфраструктурний та технічний (компоненти: інтеграція медичних баз даних, автоматизація збору даних, кіберзахист та безпека даних); аналітичний та прогнозний (компоненти: предиктивне моделювання, виявлення аномалій, геоінформаційний аналіз); управлінсько-методологічний (компоненти: автоматичне сповіщення, цифрова звітність, стандартизація даних, створення алгоритмів реагування) та запропоновано конкретні заходи її реалізації.

6. Окреслено шляхи та перспективи вдосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я в Україні в контексті євроінтеграції. Запропоновано цілісну стратегію вдосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я в Україні, основними векторами якої визначено: цифрову трансформацію як фундамент сучасного адміністрування, метою якого є мінімізувати людський чинник та корупційні ризики; децентралізація та субсидіарність, що спрямована на посилення спроможності громад, розвиток ЦНАПів; реформа кадрового забезпечення публічного управління з опертям на принцип «управління ефективно настільки, наскільки є професійними люди, які в ньому працюють»; відкритість та партисипація – залучення громадян, громадських організацій та бізнесу до процесу прийняття державних чи управлінських рішень (електронна демократія: інструменти петицій, громадських бюджетів та онлайн-консультацій; прозорість щодо даних про бюджетні витрати та закупівлі; антикорупційний моніторинг; орієнтація на результат; відхід від бюрократичних процедур до вирішення конкретних проблем та спрощення процедур (реінжиніринг адміністративних процесів з метою усунення зайвих довідок та кроків); забезпечення можливості швидкої адаптації нормативної бази під виклики часу – пандемії, кризові стани тощо). Конкретизовано шляхи вдосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я в Україні в контексті євроінтеграції з визначенням перспектив формування нових підходів. З метою вдосконалення організаційно-функціонального механізму необхідно посилити превенцію та координацію, ключовим напрямком чого може бути посилення превентивної функції через функціональну та фінансову автономізацію Центрів громадського здоров'я, що мають трансформуватися в потужні аналітичні та координаційні хаби для регіонального управління здоров'ям; реалізація принципу «Здоров'я у всіх політиках» шляхом створення дієвих, підзвітних механізмів міжсекторальної координації (МОЗ, освіта, соціальний захист, екологія), що забезпечить спрямованість управлінських зусиль на

першопричини захворювань, а не лише на їхнє лікування. Вдосконалення фінансово-економічного механізму потребує стимулювання якості та диверсифікації джерел і ресурсів, основною перспективою є перехід до моделі фінансування, орієнтованої на якість медичних послуг; доцільним є розширення джерел фінансування шляхом стимулювання добровільного медичного страхування та створення прозорих інвестиційних фондів для капітальних видатків, що зменшить залежність системи від бюджетних асигнувань. З метою вдосконалення інформаційно-комунікаційного механізму необхідно: забезпечити кіберстійкість та прогностичну аналітику; розширити функціонал ІК-механізму, інтегрувавши інструменти прогностичної аналітики для моделювання епідемічних процесів, управління ресурсами та підтримки прийняття управлінських рішень; забезпечити кіберстійкість електронної системи охорони здоров'я.

Отже, вдосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я в Україні має бути реалізовано як комплексна стратегія, спрямована на синергію, в якій кожен механізм повинен підсилювати інший: нормативна база повинна гарантувати стандарти, організація – ефективну превенцію, фінанси – якість послуг, а інформаційна система – надійну доказову основу для всіх рішень. Кінцевою метою є створення стійкої, підзвітної та інноваційної системи, що забезпечить максимальний рівень здоров'я української нації в умовах повоєнної відбудови та європейської інтеграції.

Таким чином, мети дослідження досягнуто, поставлені завдання виконано, проте дисертаційна робота не розкриває всіх аспектів порушної проблеми, що окреслює перспективи подальших наукових розвідок.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авер'янов В. Б. Державне управління в Україні : навч. посіб., Київ : Юрінком Інтер, 1998. 432 с.
2. Аналітично-статистичні матеріали з ТБ. Офіційний вебсайт Центру громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/statistika-z-tb/analitichno-statistichni-materiali-z-tb>.
3. Батіг Л., Лучшева Н. Роль зв'язків з громадськістю в забезпеченні інформаційного супроводу реформи системи охорони здоров'я в Україні. Київ, 2006. 40 с.
4. Бакуменко В. Д., Безносенко Д. О. Виявлення комплексу проблем державного управління процесами європейської та євроатлантичної інтеграції України, розробка пропозицій щодо вдосконалення системи державного управління цими процесами : наук.-досл. робота. Київ : НАДУ при Президентові України ; Центр навчання і досліджень з європейської та євроатлантичної інтеграції України. 41 с. URL: <http://www.npara-eurostudies.org.ua/2-2.rtf>.
5. Бакуменко В. Д. та ін. Державне управління : словник-довідник; за заг. ред. В. М. Князева, В. Д. Бакуменка. Київ : Вид-во УАДУ, 2002. 228 с.
6. Білинська М. М., Авраменко Т. П. Управління змінами охорони здоров'я. Київ, 2015. 80 с.
7. Білинська М. М., Жаліло Л. І., Мартинюк О. І. Управління для забезпечення здоров'я як нова стратегія в державному управлінні. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. 2013. № 3. С. 92–98.
8. Білинська М. М., Кульгінський Є. А. Нова парадигма державного управління охороною здоров'я України. *Держава та регіони. Серія : Державне управління*. 2014. № 4. С. 104–107.

9. Білинська М. Прогнозування потенційних впливів політичних рішень на громадське здоров'я. *Державне управління: теорія і практика* : електронне наук. фахове вид. 2005. № 2. С. 155–166.

10. Білянський О. Проблема вибору та пріоритетності інтеграційного вектора Республіки Польща (1989–1991). *Україна-Європа-Світ* : міжнародний збірник наукових праць. Серія: Історія, міжнародні відносини. 2012. Вип. 10. С. 419–423.

11. Бойчунь С. О. Громадське здоров'я як сфера публічного управління та адміністрування. *Публічне управління в Україні: виклики та перспективи* : матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Запоріжжя, 27–28 жовтня 2023 р. Львів – Торунь : Liha-Pres, 2023. 74 с. С. 64–66.

12. Бойчунь С. О. Зарубіжний досвід державного регулювання сфери громадського здоров'я: основні аспекти. *Держава та регіони. Серія: Публічне управління і адміністрування*. 2025 р., № 2. С. 27–33.

13. Бойчунь. Публічне адміністрування у сфері громадського здоров'я в Україні у контексті євроінтеграції. *Від теорії до практики в управлінні та рядуванні* : збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції, м. Київ, 20 червня 2024 року (до Дня державної служби) / за заг. ред. О. В. Євсюкової, І. С. Гриценка, С. М. Приліпка. Київ : НУБіП, 2024. С. 9–10.

14. Бойчунь С. О. Регулятивна функція держави у сфері громадського здоров'я України. *Формування ефективних механізмів державного управління та менеджменту в умовах сучасної економіки: теорія і практика* : матеріали XI Міжнародної заочної науково-практичної конференції 24 листопада 2023 р. / за ред. В. М. Огаренка, О. В. Мащенко та ін. Запоріжжя : КПУ, 2023. С. 37–38.

15. Бойчунь С. О. Управлінський інструментарій функціонування системи громадського здоров'я. International scientific conference. *Modern strategies of sustainable development of the state and society in the context of global challenges* : (August 2–3, 2023 Wloclawek, the Republic of Poland). Riga, Latvia : «Baltija Publishing», 2023. 64 p. P. 49–51.

16. Бочаров С. В. Шлях Польщі до Європейського Союзу : монографія. Донецьк : ДонНУ, 2011. 270 с.
17. Будзин В. Р. Формування та реалізація державної соціально-економічної політики у сфері громадського здоров'я на сучасному етапі зростання суспільних загроз. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Політичні науки та публічне управління*. 2023. 2(68). С. 17–21.
18. Булавінова К. О., Децик О. З., Ціхонь З. О. Роль комунікаційних стратегій у системі громадського здоров'я України. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 3. С. 6–10.
19. Бухтатий О. Публічні комунікації демократичної держави: монографія. Дніпро : Журфонд, 2018. 297 с.
20. Бучкевич М. М. Досвід медичного страхування у зарубіжних країнах. *Науковий вісник НЛТУ України*. 2011. Вип. 21(10). С. 178–184.
21. Варенко В. М. Інформаційно-аналітична діяльність: навч. посіб. Київ : Університет «Україна», 2014. 417 с.
22. Васюк О. Розвиток повноважень органів місцевого самоврядування у 80 сфері охорони громадського здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2010. № 2. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=92/>.
23. Вашев О. Є., Мазурок О. В. Розвиток муніципальної медицини як складова реформування системи охорони здоров'я. *Теорія та практика державного управління* : зб. наук. праць. Вип. 1 (48). Харків : Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2015. С. 101–106.
24. Великий тлумачний словник сучасної української мови / уклад. і голов. ред. В. Т. Бусел. Київ; Ірпінь : ВТФ «Перун», 2001. 1440 с.
25. Верховна Рада України : офіційний вебпортал парламенту України. URL: <https://www.rada.gov.ua/>.

26. Вишньовська К. Проблеми реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Світ фінансів*. 2008. № 3(16). С. 78–88. URL: <http://sf.wunu.edu.ua/index.php/sf/article/view/284/293>.
27. Вовк С. М. Механізми державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я : дис. ... докт. з держ. управл. : 25.00.02. Маріуполь, 2019. 380 с.
28. Вороненко Ю. В. и др. Комунікаційна компетенція як складова комплексного навчання фахівців громадського здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. 3. С. 309–310.
29. Вострикова К. С. Публічне адміністрування в сфері охорони громадського здоров'я в Україні умовах реалізації медичної реформи. 2020. URL: <https://dspace.znu.edu.ua/xmlui/handle/12345/2630?show=full>.
30. В Україні затверджено порядок функціонування інформаційної платформи громадського здоров'я. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/v-ukrayini-zatverdzheno-poryadok-funkcionuvannya-informacijnoyi-platformi-gromadskogo-zdorov-ya>.
31. Гажієнко Г. Деякі аспекти інформаційного забезпечення органів державної влади (на обласному рівні). *Збірник наукових праць УАДУ при Президентіві України*. 1998. Вип. 1. С. 406–412.
32. Гайдаш Д. С. Державна політика системи охорони здоров'я в країнах Вишеградської групи: досвід для України. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. 2015. №1 (22). С. 91–92.
33. Гайдаш Д. С. Державно-управлінські механізми реформи системи охорони здоров'я Польської Республіки в умовах підготовки до вступу в ЄС: досвід для України : дис. ... к. н. держ. управл. : 25.00.02. Київ, 2019. 261 с.
34. Гальчинський А. С. Суперечності реформ: у контексті цивілізаційного процесу. Київ : Укр. пропілеї, 2001. С. 181–182.
35. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) : монографія. Тернопіль : Економ. думка, 2005. 512 с.

36. Гомон Д. О., Денисова А. В. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Юридичні науки*. 2016. Вип. 4(1). С. 123–126. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvkhdu_jur_2016_4%281%29__30.

37. Грузева Т. С., Гречишкіна Н. В., Литвинова Л. О. Громадське здоров'я (Public Health) як нова спеціальність: сучасні підходи до викладання (на прикладі Дебреценського університету, Угорщина). *Україна. Здоров'я нації*. 2017. № 1 (42). С. 166–171.

38. Дашборди НСЗУ знову у відкритому доступі: необхідну інформацію можна отримати миттєво. Прес-центр МОЗ України. 28.12.2022. URL: <https://moz.gov.ua/uk/dashbordi-nszu-znovu-u-vidkritomu-dostupi-neobhidnu-informaciju-mozhna-otrimati-mittevo>.

39. Демченко І. Акценти ВООЗ щодо ключових характеристик систем охорони здоров'я: міжнародно-правові аспекти. *Український часопис міжнародного права*. 2016. № 4. С. 65–71.

40. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білінської, проф. Я. Ф. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.

41. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білінської, проф. Я. Ф. Радиша]. Київ : НАДУ, 2013. Ч. 2. 484 с.

42. Державна служба України з надзвичайних ситуацій : офіційний вебсайт. URL: <https://dsns.gov.ua/>.

43. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку : кол. моногр. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш, передм. Т. Д. Бахтеєвої ; за заг. ред. проф. М. М. Білінської, проф. Я. Ф. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. 424 с.

44. Державне управління : підручник у 2 т. / Нац. акад. держ. упр. При Президентіві України; ред. кол.: Ю. В. Ковбасюк (голова), К. О. Ващенко,

Ю. П. Сурмін (заст. голови) [та ін.]. Київ; Дніпропетровськ : НАДУ, 2012. Т. 1. 564 с.

45. Державний комітет телебачення і радіомовлення України : офіційний вебпортал Держкомтелерадіо. Моніторинг вебсайтів органів виконавчої влади. URL: <https://comin.gov.ua/>.

46. Дніпров О. С. Парадигма виконавчої влади в Україні: адміністративно-правовий аспект : дис. доктора юрид. наук : 12.00.07. Львів, 2019. 498 с.

47. Доступні ліки : державна програма. URL: <https://moz.gov.ua/uk/dev-dostupni-liki>.

48. Драгомирецька Н. М. Комунікативна діяльність в державному управлінні: теоретико-методологічний аспект : дис. ... д-ра держ. упр. : 25.00.01. Київ, 2007. 516 с.

49. Друк В. В. Сучасні наукові підходи щодо дослідження поняття комунікація в державному управлінні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2017. №4 URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1062>.

50. Енциклопедія державного управління: у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України; наук.-ред. колегія: Ю. В. Ковбасюк та ін. Київ : НАДУ, 2011. Т. 2: Методологія державного управління. наук.-ред. колегія: Ю. П. Сурмін, П. І. Надолішніи та ін. 2011. 692 с.

51. Жаліло Л. І., Солоненко І. М., Кунгурцев О. В., Мартинюк І. О., Солоненко Н. Д. Нові технології управління реформуванням галузі охорони здоров'я: регіональний аспект. *Головний лікар*. 2003. №11. С. 77–79

52. Желязков В., Покатаєв П. Про управління кризами та надзвичайними ситуаціями. *Актуальні проблеми державотворення, правотворення та правозастосування* : матер. Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Дніпро, 5 груд. 2024 р.). Дніпро : ДДУВС. С. 160–163.

53. Жовнірчик Я. Ф., Штиршов О. М. Концепт «громадське здоров'я» через призму досягнення цілей сталого розвитку в галузі охорони здоров'я України. *Наукові перспективи*. 2024. № 11(53). С. 179–192.

54. Забаштанський М. М., Драгунов Д. М., Ридзель Ю. М., Журман С. М. Світовий досвід державного регулювання сфери охорони здоров'я. *Науковий вісник Полісся*. 2019. № 2 (18). С. 15–21.

55. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження : колективна монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. Харків : вид-во Рожко С. Г., 2017. 488 с.

56. Занфірова Т. А. Етико-правові засади регулювання медичної діяльності в Україні (за матеріалами літературних джерел). URL: http://medicallaw.org.ua/uploads/media/02_124_01.pdf.

57. Західна О. Р., Мидлик Ю. І. Медична реформа в умовах децентралізації влади в Україні. *Молодий вчений*. 2017. № 11. С. 51.

58. Звіт про ризики у сфері громадського здоров'я. ЦГУ. 25–31.03.2019. URL: <https://phc.org.ua/news/zvit-pro-riziki-u-sferi-gromadskogo-zdorovya-8>.

59. Здоров'язбережувальні технології в освітньому середовищі : колективна монографія / за заг. ред. Л. М. Рибалко. Тернопіль : Осадца В. М., 2019. 400 с.

60. Іващенко С. Р. Роль соціальних мереж (Facebook) у комунікаційному процесі сфери громадського здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. 3. С. 323–324.

61. Ільчанінова Н. І. Вплив громадського моніторингу на процес надання адміністративних послуг. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 3. С. 131–136.

62. Інструкція по реєстрації на платформі дистанційних курсів Центру громадського здоров'я. URL: [https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/%D0%A0%D0%B5%D1%94%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8F%20%D0%BD%D0%B0%20%D0%BF%D0%BB%D0%B0%D1%82%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D1%96%20%D0%A6%D0%93%D0%97%20\(%D1%96%D0%BD%D1%81%D1%82%D1%80%D1%83%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F\).pdf](https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/%D0%A0%D0%B5%D1%94%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8F%20%D0%BD%D0%B0%20%D0%BF%D0%BB%D0%B0%D1%82%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D1%96%20%D0%A6%D0%93%D0%97%20(%D1%96%D0%BD%D1%81%D1%82%D1%80%D1%83%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F).pdf).

63. Кагановська Т. Є. Кадрове забезпечення державного управління в Україні : монографія. Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2010. 330 с.

64. Кандагура К. С. Механізм державного управління у сфері взаємовідносин влади з інститутами громадського суспільства. *Державне управління: удосконалення та розвиток* : електронне наукове фахове видання. 2015. № 1. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=808>.

65. Кандзюба С. П., Матвійчук Р. М., Сидорович Я. М., Мусієнко П. М. Електронний документообіг. Реінжиніринг адміністративних процесів в органах публічної влади. Київ : ФОП Москаленко О. М., 2017. 64 с.

66. Камінська Т. Уроки зарубіжних країн для реформування охорони здоров'я в Україні. *Економічна теорія та право*. 2015. № 1(20). URL: <http://econtlaw.nlu.edu.ua/wp-content/uploads/2015/11/%E2%84%96-1-38-50.Pdf>.

67. Карамишев Д. В. Державне регулювання інноваційних процесів у системі охорони здоров'я : дис. ... д-ра наук держ. управління: 25.00.02; Національна академія держ. управління при Президентові України, Харківський регіональний ін-т держ. управління. Донецьк, 2007. 494 с.

68. Карамишев Д. В., Удовиченко Н. М. Основні принципи функціонування системи охорони здоров'я в контексті загальнолюдських цінностей соціальної держави. *Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення)* : матеріали II Всеукраїнської науково практичної конференції 17–18 квітня 2008, м. Львів. С. 129–136.

69. Карпишин Н. І. Зарубіжний досвід фінансового забезпечення охорони здоров'я та можливості його використання в Україні. URL: <https://api.dspace.wunu.edu.ua/api/core/bitstreams/15d71576-4863-4b01-8038-9f6797f4829b/content>.

70. Кириченко Г. В. Інформаційно-комунікаційні механізми як інновації в системі формування позитивного іміджу органів державної влади.

Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Державне управління. 2019. Том 30 (69) № 6. С. 46–54.

71. Клос Л., Назар Н. Соціальна робота у сфері громадського здоров'я (американський досвід). *Педагогіка і психологія професійної освіти.* 2016. № 4. С. 200–209.

72. Князевич В. М., Авраменко П., Короленко В. В. Перспективи розвитку публічного управління у сфері громадського здоров'я України в умовах системних змін. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. Серія: Державне управління.* 2016. 1. С. 56–65.

73. Ковбасюк Ю. Енциклопедія державного управління: у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України; наук.-ред. колегія: Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. Київ: НАДУ, 2011. Т. 4: Галузеве управління / наук.-ред. колегія : М. М. Іжа (співголова), В. Г. Бодров (співголова) та ін. 2011. 648 с.

74. Ковалюк О. М. Фінансовий механізм організації економіки України (проблеми теорії і практики) : монографія. Львів : Видавничий центр Львівського Національного університету ім. Івана Франка, 2002. 396 с.

75. Коліушко І. Б., Тимошук В. П. Реформа публічної адміністрації на місцевому та регіональному рівнях як один з напрямків адміністративної реформи. *Проблеми трансформації територіальної організації влади* : збірник матеріалів та доп. / наук. ред. М. О. Пухтинський. Київ : Атіка, 2005. С. 254–261.

76. Конституція України (із змінами і доп.). Київ : Атіка, 2006. 64 с.

77. Коротич О. Б. Комунікативна діяльність персоналу органів публічного управління. *Публічне управління XXI століття: синтез науки та практики* : зб. тез XIX Міжнар. наук. конгрес (19 квітня 2019 р.). Вид-во ХарPI НАДУ «Магістр». 2019. С. 23–25.

78. Коротич О. Б. Методологічні засади державного управління регіональним розвитком. *Теорія та практика державного управління* : зб. наук. праць. Харків : Вид-во ХарPI НАДУ «Магістр», 2005. Вип. 3 (12). 316 с.

79. Костенко Н. І., Марцинковський В. О. Особливості соціального забезпечення сфери охорони здоров'я: зарубіжний досвід. *Подільський науковий вісник. Науки: економіка, педагогіка*. 2018. № 3. С. 166–172.

80. Кравченко С. В. Громадське здоров'я: поняття і сутність, роль інформаційно-аналітичного супроводу. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022. № 1 (91). С. 70–74.

81. Кравченко С. В. Сучасний стан та перспективи удосконалення системи інформаційно-аналітичної підтримки органів державної влади, що формують державну політику в сфері громадського здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*. 2021. № 4. С. 43–50.

82. Кризина Н. П., Радиш Я. Ф. Державна політика галузі охорони здоров'я в контексті Концепції розвитку охорони здоров'я населення України. URL: <http://academy.gov.ua/ej/ej2/txts/galuz/05knpznu.pdf>.

83. Криничко Ф. Р. Громадське здоров'я як суспільне благо: державно-управлінський аспект. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2019. № 7. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1890>.

84. Кузьменко Г. О. Зарубіжний досвід публічного управління у сфері охорони здоров'я. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування*. 2022. Том 33 (72). № 3 С. 113–119. URL: http://www.pubadm.vernadskyjournals.in.ua/journals/2022/3_2022/19.pdf.

85. Куценко В. І., Трілленберг Г. І. Сфера охорони здоров'я: соціально-економічні та регіональні аспекти Львів, 2004. 23 с.

86. Лазоришинець В., Слабкий Г. Державне управління охороною здоров'я України: монографія. Київ, 2014. 312 с.

87. Ляшко В., Півень Н., М. Брага. Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я : операційний посібник. URL:

https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Manual_Development%20and%20funding%20of%20regional%20and%20local%20public%20health%20programs_print_210x297%2B3mm.pdf.

88. Ляшко В. Представлення реформи системи громадського здоров'я. Національний, регіональний та місцевий рівні. URL: http://healthreform.in.ua/wp-content/uploads/2018/03/5_Liashko_Public_health.pdf.4.
29. Ляшко В. Представлення реформи системи громадського здоров'я.
89. Малик Ю. І. Формування іміджу влади через розвиток комунікативної культури державних службовців. *Інвестиції: практика та досвід*. 2009. № 22. С. 69–70.
90. Малиновський В.Я. Державне управління : навчальний посібник. Вид. 2-ге, доп. та перероб. Київ : Атіка. 2003. С. 29–30.
91. Малиновський, В. Я. Словник термінів і понять з державного управління. Київ : Атіка, 2005. 240 с.
92. Медична звітність. Центр громадського здоров'я МОЗ України : офіційний вебсайт. URL: <https://phc.org.ua/monitoring-i-statistika/meddata>.
93. Медична статистика ЦГЗ. Офіційний вебсайт Центру громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/medichna-statistika-cgz>.
94. Михайленко М. Зарубіжний досвід забезпечення державного регулювання санітарно-епідеміологічного благополуччя та можливості його адаптації в Україні. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування*. 2022. Том 33 (72). № 5. С. 59–63.
95. Михайленко П. М., Скалецький Ю. М., Протас С. В. Інформаційні та інституційні ресурси формування державної політики у сфері охорони здоров'я в Україні. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. № 2. С. 62–68.
96. Міністерство охорони здоров'я. Офіційний сайт. URL: <https://www.kmu.gov.ua/catalog/ministerstvo-okhoroni-zdorovya-ukraini>.
97. Моніторинг і статистика. Офіційний сайт Центру громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/monitoring-i-statistika>.
98. Мотайло О. Зарубіжний досвід державного управління у сфері охорони здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток* : електронне видання. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/9_2020/60.pdf.

99. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. *Вісник АПСВТ*. 2020. № 1–2. URL: https://www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/Visnyk_1-2_2020-43-52.pdf.
100. Нижник Н. Р., Машков О. А. Системний підхід в організації державного управління. Київ : УАДУ, 1998. 160 с.
101. Ніколюк О. В., Брюшкова Н. О., Зварич С. І. Організаційно-інформаційний механізм публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні. *Наукові інновації та передові технології*. 2023. № 14(28). С. 144–155.
102. Одінцова Г. С., Мельтюхова Н. М. Теорія і історія державного управління : опорний конспект лекцій і метод. вказівки до проведення практичних занять. Харків : УАДУ (ХФ), 2001. 136 с.
103. Оржеховська В. М. Духовність і здоров'я. Черкаси : ПП Чабаненко Ю. А., 2007. 216 с.
104. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України № 2802-XII від 19.11.92. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.
105. Офіційний сайт Національної служби здоров'я України. URL: <https://ukc.gov.ua/knowdledge/ofitsijnyj-sajt-natsionalnoyi-sluzhby-zdorov-ya-ukrayiny/>.
106. Павленко Є. М. Використання офіційного вебсайту як комунікативного каналу органу публічної влади (на прикладі вебсайту Державної фіскальної служби України). *Публічне управління та митне адміністрування*. 2019. № 1 (20). С. 157–158.
107. Паршикова А. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу). Інформаційна довідка, підготовлена Європейським інформаційнодослідницьким центром на запит народного депутата України. URL: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf>.

108. Пахнін М. Правові форми взаємодії між органами публічного управління та засобами масової комунікації. *Підприємництво, господарство і право*. № 6. 2019. С. 178–180.

109. Пашков В. М. Проблеми правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я (господарсько-правовий контекст). Київ : МОРІОН, 2009. 445 с.

110. Пашков В. М. Реформа охорони здоров'я від Уряду: аргументи за та проти. *Аптека*: електронне щотижневe видання. 2015. 32(1003). URL: <https://translate.google.com/translate?hl=ru&sl=uk&u=https://www.apteka.ua/article/341750&prev=search>.

111. Петрова С. В. Державна політика України у сфері охорони здоров'я в контексті реформи медичного обслуговування. *Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування*. 2014. № 2. URL: http://el-zbirn-du.at.ua/2014_2/14.pdf.

112. Поворозник М. Ю. Комплексний аналіз національних моделей організації систем медичних послуг. *Причорноморські економічні студії*. 2017. Вип. 14. С. 25. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/bses_2017_14_7

113. Покатаєв П. С. Організаційно-функціональний напрям реалізації органів місцевого самоврядування в Україні. *Держава та регіони : науково-виробничий журнал* Серія: Державне управління. 2012. № 2 (38). С. 183–189.

114. Покатаєв П. С., Богданов С. М., Арутюнян В. Е. Ефективність управлінських рішень на основі штучного інтелекту: аналіз наукових досліджень. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2024. URL: https://www.researchgate.net/publication/379092134_EFEKTIVNIST_UPRAVLINSKIH_RISEN_NA_OSNOVI_STUCNOGO_INTELEKTU_ANALIZ_NAUKOVIN_DO.

115. Посилення порядку денного у сфері забезпечення безпеки здоров'я : аналітична довідка. 2024 р. URL: <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/WHO-EURO-2024-10154-49926-75031>.

116. Поступна О. В. Механізми державного управління вищою освітою України. *Стратегічні пріоритети*. 2010 р. № 1. С. 107–111.

117. Пояснювальна записка до Проекту Закону України «Про систему громадського здоров'я» від 22.09.2020 р. № 4142 / Верховна Рада України. Київ, 2020. 6 с.

118. Правила санітарної охорони території України : Постанова Кабінету Міністрів України № 893 від 22.08.2011 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/893-2011-%D0%BF#Text>.

119. Приятельчук, О. А. Система охорони здоров'я як механізм реалізації моделі загального добробуту в Скандинавському регіоні. *Економіка і суспільство*. 2018. №19. 910-918.

120. Програма гуманітарної грошової допомоги ЮНІСЕФ для українців. URL: <https://www.unicef.org/ukraine/spilno-cash-transfers>.

121. Програма медичних гарантій. URL: <https://moz.gov.ua/uk/categories/programa-medichnih-garantij>.

122. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>.

123. Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення : Закон України № 4004-XII від 24.02.1994 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12#Text>.

124. Про затвердження Концепції розвитку системи охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/249618799>.

125. Про затвердження плану заходів щодо реалізації Національної стратегії з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація» на 2021 рік. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-planu-zahodiv-shchodo-realizaciyi-nacionalnoyi-strategiyi-z-ozdorovchoyi-ruhovoyi-t190820>.

126. Про затвердження Порядку проведення державного соціально-гігієнічного моніторингу : Постанова від 04.12.2019 №182-2006-п, поточна редакція. Підстава: 1065-2019-п. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/182-2006-%D0%BF#>.

127. Про затвердження Порядку проведення Держкомтелерадіо моніторингу інформаційного наповнення офіційних вебсайтів органів виконавчої влади : Наказ Державного комітету телебачення і радіомовлення України № 118 від 08.06.2015. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0759-15#Text>.

128. Про затвердження Порядку функціонування інформаційної платформи громадського здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів від 02.05.2025. № 506. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennia-poriadku-funktsionuvannia-informatsiinoi-platformy-hromadskoho-zdorov-i-506>.

129. Про захист населення від інфекційних хвороб : Закон України № 1645-III від 06.04.2000 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text>.

130. Про заходи щодо подальшого забезпечення відкритості в діяльності органів державної влади : Постанова Кабінету Міністрів України № 1302 від 29.08.2002. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1302-2002-%D0%BF>.

131. Про Національну стратегію розбудови безпечного і здорового освітнього середовища у Новій українській школі : Указ Президента України від 25.05.2020 № 195/2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/195/2020#Text>.

132. Про Національну стратегію сприяння розвитку громадянського суспільства в Україні на 2021–2026 роки : Указ Президента України № 487 від 27.09.2021 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/487/2021>.

133. Про Національну стратегію у сфері прав людини : Указ Президента України №119/202. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/1192021-37537>.

134. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: Закон України від 14.11.2017 р. Відомості Верховної Ради (ВВР). 2018. № 5. Ст. 32. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19>.

135. Про протидію захворюванню на туберкульоз : Закон України № 2586-III від 05.07.2001 р. (зі змінами). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2586-14#Text>.

136. Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ : Закон України № 1972-XII від 12.12.1991 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12#Text>.

137. Про реорганізацію державного закладу «Центральна медико-соціальна експертна комісія Міністерства охорони здоров'я України» : Наказ Міністерство охорони здоров'я України від 24 лютого 2025 № 305. URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-24-02-2025-305-pro-reorganizaciyu-derzhavnogo-zakladu-centralna-mediko-socialna-ekspertna-komisiya-ministerstva-ohoroni-zdorov-ya-ukrayini>

138. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 15 жовтня 2021 року «Про Стратегію біобезпеки та біологічного захисту» : Указ Президента України від 17 грудня 2021 р. № 668/2021. URL: <https://www.rnbo.gov.ua/ua/Ukazy/5190.html>.

139. Про систему громадського здоров'я : Закон України № 2573 від 06.09.2022 р. (із змінами, внесеними згідно із Законами № 3039-IX від 11.04.2023, № 3302-IX від 09.08.2023). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>.

140. Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020»: Указ Президента України від 12.01.2015р. №5. *Відомості Верховної Ради України*. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5/2015>. (дата звернення: 26.10.2024).

141. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я : розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/249618799>.

142. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/249626689>.

143. Про утворення Координаційного центру з психічного здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 30 березня 2023 р. № 301. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-utvorennia-koordynatsiinoho-tsentru-z-psykhichnoho-t300323>.

144. Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування : монографія. Київ : Вид-во УАДУ, 2001. 360 с.

145. Радченко О. В. Родові ознаки категорії «механізм» в соціальних науках. *Публічне управління* : теорія та практика : зб. наук. пр. Асоціації докторів держ. управління. Харків : Вид-во АДНДУ, 2013. № 3(15). С. 19–25.

146. Рейтинг університетів 2025 – 19 «Громадське здоров'я». URL: <https://www.education.ua/universities/hromadske-zdorovia/>.

147. Рингач Н. О. Громадське здоров'я як чинник національної безпеки : монографія. Київ : НАДУ. 2009. 296 с.

148. 35. Річний звіт Центру громадського здоров'я МОЗ України : національна відповідь програм протидії ВІЛ, ТБ, ВГ та надання ЗПТ в умовах широкомасштабного вторгнення росії. 2023. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/National_response_HIV_TB_VH_SMT_war_2023_UKR.pdf.

149. Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я : операційний посібник. Центр громадського здоров'я МОЗ України / В. Ляшко, Н. Півень, М. Брага, І. Рижкова та ін. Київ, 2020. 61 с. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Manual_Development

%20and%20funding%20of%20regional%20and%20local%20public%20health%20programs_print_210x297%2B3mm.pdf.

150. Рудий В. М. Державне регулювання автономізації закладів охорони здоров'я в умовах реформування галузі охорони здоров'я в Україні : дис. канд. з держ. управл. : 25.00.02. Київ, 2006. 292 с.

151. Рудий В. М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні : монографія. Київ, 2005. 272 с.

152. Рудніцька Р. М., Сидорчук О. Г., Стельмах О. М. Механізми державного управління: сутність і зміст; за наук. ред. М. Д. Лесечка, А. О. Чемериса. Львів : ЛІДУ НАДУ, 2005. 28 с.

153. Самофалов Д. О. Моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні громадського здоров'я: зарубіжний та український підходи. *Державне управління: удосконалення та розвиток* : електронне видання. 1920. № 9/ URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1728>.

154. Самофалов Д. Оцінка стану ефективності публічного управління та адміністрування комунікативної діяльності громадського здоров'я в Україні. URL: <https://journals.maup.com.ua/index.php/public-management/article/view/164/151>.

155. Слабкий Г., Миронюк В., Качала Л. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст. Україна. *Здоров'я нації*. 2017. № 3. С. 24–31.

156. Смирнов С. О., Бикова В. Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. *Управління розвитком*. 2016. № 3. С. 78–83.

157. Солоненко І. М. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні : навч. посіб. / за ред. І. М. Солоненка, Л. І. Жаліло. Київ : Вид-во НАДУ, 2004. 116 с.

158. Струве А. Медична реформа: уроки французької системи охорони здоров'я. *Ваше здоров'я*. 13/11/2015. URL: <https://www.vz.kiev.ua/medichna-reforma-uroki-francuzkoyi-sistemi-oxoroni-zdorovya/>

159. Тимофєєв С. П. Роль прозорості і відкритості органів влади у розбудові громадянського суспільства. *Публічне управління та регіональний розвиток*. 2019. № 3. URL: <https://pard.mk.ua/index.php/journal/article/download/108/89/>.
160. Ти як? Всеукраїнська програма ментального здоров'я. URL: <https://howareu.com/>.
161. Український медичний портал 28 травня 2019 р. Як працює система охорони здоров'я Канади. URL: <https://med-ukraine.info/news/2019/yak-pracyuye-sistema-ohoroni-zdorov-ya-kanadi-535>.
162. Уряд визначив механізм реалізації Програми медичних гарантій у 2025 році. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/uryad-viznachiv-mehanizm-realizaciyi-programi-medichnih-garantij-u-2025-roci>.
163. Установчі документи. Офіційний сайт Центру громадського здоров'я України. URL: <https://phc.org.ua/pro-centr/ustanovchi-dokument>.
164. Федорчак О. В. Класифікація механізмів державного управління. *Демократичне врядування* : електронне наукове фахове видання. 2008. № 1. URL: http://lvivacademy.com/vidavnitstvo_1/visnik/fail/O_Fedorchak.pdf.
165. Формування здорового способу життя та засоби гігієнічного виховання населення. URL: <https://studfile.net/preview/1787236/>.
166. Хожило І. І. Державна політика України у сфері профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу: механізми формування та реалізації : дис. ... докт. наук з держ. управл. : 25.00.02. Донецьк, 2009. 429 с.
167. Хожило І. І. Польський досвід децентралізації управління у соціальній сфері. *Вісник Академії служби України. Серія «Державне управління»*. URL: http://www.nbuv.gov.ua/j-pdf/vamcudu_2009_1_20.pdf.
168. Хожило І. І. Удосконалення механізмів державно-громадського управління соціально небезпечними хворобами в Україні. *Теорія та практика державного управління* : зб. наук. пр. Харків, 2007. Вип. 3 (18). С. 141–145.

169. Цветков В. В. Демократія і державне управління: теорія, методологія, практика : монографія. Київ : ТОВ Вид-во «Юридична думка», 2007. 336 с.
170. Центр громадського здоров'я на YouTube. URL: https://www.youtube.com/@phc_ua.
171. Центр громадського здоров'я МОЗ України : офіційний сайт. URL: <https://phc.org.ua/>.
172. Цілі сталого розвитку Україна 2020. Моніторинговий звіт, розроблений Державною службою статистики. 2020. URL: https://www.ukrstat.gov.ua/csr_prezent/2020/ukr/st_rozv/publ/SDGs%20Ukraine%202021%20Monitoring%20Report%20ukr.pdf.
173. Чернов С., В. Воронкова, В. Банах, О. Соснін, П. Жукаускас, Й. Ввайнхардт, Р. Андрюкайтене. Публічне управління та адміністрування в умовах інформаційного суспільства: вітчизняний і зарубіжний досвід : монографія. Запоріжжя : ЗДІА, 2016. 516 с.
174. Шаров Ю. П. *Стратегічне планування в муніципальному менеджменті: концептуальні аспекти*. Київ : Вид-во УАДУ, 2001. 302 с.
175. Шишова Г. А, Беломеря Т. А, Драган Г. М. Напрями державного управління чинними громадського здоров'я. *Актуальні питання громадського здоров'я та екологічної безпеки України* : матеріали наук.-практ.конф (17-ті Марзєєвські читання); 21–22 жовтня 2021 року; Київ. «Інститут громадського здоров'я імені О. М. Марзєєва НАМН України»; 2021. С. 27–30.
176. Штурхецький С. В. Комунікативний потенціал місцевого самоврядування в Україні : монографія. Рівне : ТОВ «Овід», 2011. 148 с.
177. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 2017. 516 с.

178. Щорічний звіт про стан здоров'я населення України та епідемічну ситуацію за 2023 рік. Київ. 2024. URL: <https://moz.gov.ua/storage/uploads/386da5b2-66ed-4e85-932c-d9828ba76a7a/%D0%A9%D0%BE%D1%80%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%B9-%D0%B7%D0%B2%D1%96%D1%82-%D0%B7%D0%B0-2023-%D1%80%D1%96%D0%BA.pdf>

179. Ashton, J. (1988). Acheson: a missed opportunity for a new public health. *British Medical Journal*. Vol. 296. P. 231–232.

180. Bernhardt, J. M. Communication at the core 59. Bernhardt, J. M. (2004). Communication at the core of effective public health. *American journal of public health*. 2004. 94(12), P. 2051–2053.

181. Boichun S. O. Principles and approaches to state management of the modernization of the health care system of Ukraine. *Modern strategies of sustainable development of the state and society in the context of global challenges* : International scientific conference (August 2–3, 2023 Wloclawek, the Republic of Poland). Riga, Latvia : «Baltija Publishing», 2023. 64 p. P. 48–51.

182. Brown, Phil (2014). Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness. *Perspectives in Medical Sociology*. Waveland Press. P. 74–103.

183. Canadian Public Health Association. Health impacts of social and economic conditions. CPHA: Ottawa. URL: <https://www.cpha.ca/>.

184. Constitution. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/about/governance/constitution>.

185. Detmer, D. E. Transforming healthcare in the Internet Era. *World hospitals and health services: the official journal of the International Hospital Federation*. 2001. 2. C. 7–11.

186. Dusetzina, S. B. (2012). Impact of FDA drug risk communications on health care utilization and health behaviors: a systematic review. *Medical care*. 6. C. 466.

187. Health and Social Care Act 2012. 2012. URL: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents/enacted>.
188. Healthy people U.S. Department of Health and Human Services (2020). Healthy people 2020 objectives. US Department of Health and Human Services. URL: <https://health.gov/healthypeople>.
189. Herzig, L., Dvorak, C., Bovier, P. (2011). Surveillance épidémiologique: une responsabilité du médecin de famille. *Rev Med Suisse*. Vol. 3. No. 295. P. 1084–1088.
190. Larsen, M., Gulis, G., Pedersen, K. M. (2012). Use of evidence in local public health work in Denmark. *International journal of public health*. 57(3), P. 477–483.
191. Lin, V., Fawkes, S. (2007). Health promotion in Australia: twenty years on from the Ottawa Charter. *Promotion & education*. 2007. 14(4), 203–208.
192. MacIntyre, C. R. Public health and health reform in Australia. *Medical Journal of Australia*. 194(1). P. 38–40.
193. Olejaz, M. et al. Denmark: Health system review. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330321>.
194. Public health services. World Health Organization. URL: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Healthsystems/public-health-services>.
195. Patient safety and quality of healthcare. URL: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_327_en.pdf.
196. Poland: health profile. URL: <http://www.euro.int/observatory/>.
197. Prilutski, M. A. (2010). A brief look at effective health communication strategies in Ghana. *Elon J Undergrad Res Commun*. 2010. Vol. 1. 51–58.
198. Program zwalczania korupcji. Strategia antykorupcyjna. URL: <http://www.antykorupcja.gov.pl/ak/analizy-i-raporty/raporty-sytuacyjne/3463.html>
199. Regidor, E. et al. (2007). The role of the public health official in communicating public health information. *American journal of public health*. 2007. 97. Supplement_1. C. 93–97. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1854984/>.

200. Sable, M. R., Schild D. R., Hipp A. J. (2012). Public health and social work. *Handbook of Health Social Work*. Hoboken. NJ : John Wiley & Sons, Inc. P. 64–94.
201. Sagan A., Panteli D., Borkowski W. and al. (2011). Poland : Health system review. *Health Systems inTransition*. 13 (8). S.1–193.
202. Saltman, Richard B, Figueras, Josep (1997) & World Health Organization. Regional Office for Europe. European health care reform : analysis of current strategies / edited and written by Richard B. Saltman and Josep Figueras. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe. 308 p. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107267>.
203. Schneider, M.-J. (2017). Introduction to public health. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2003. N 13.1. P. 58–59.
204. Smith S. et al. NHS and public health reorganization in England: health protection and emergency planning, preparedness and response perspective. *Journal of Public Health*. 2017. 39. 2. C. 403–406.
205. System ochrony zdrowia w Polsce. URL: <http://www.zzief.umlub.pl/Ekonomika%20leku/Prezentacje%20studentow/Prezentacja%2015%20II%20tura.pdf>.
206. System ochrony zdrowia w Polsce – zmiana modelu. URL: [http://bazhum.muzhp.pl/media//files/Problemy_Zarzadzania/Problemy_Zarzadzania-r2017-t15-n3_\(1\)/Problemy_Zarzadzania-r2017-t15-n3_\(1\)-s25-41.pdf](http://bazhum.muzhp.pl/media//files/Problemy_Zarzadzania/Problemy_Zarzadzania-r2017-t15-n3_(1)/Problemy_Zarzadzania-r2017-t15-n3_(1)-s25-41.pdf).
207. Tomaževič, N., Tekavčič, M., Peljhan, D. (2017). Towards excellence in public administration: organisation theory based performance management model. *Total Quality Management & Business Excellence*. 2017. 28. 5–6. C. 578–599.
208. Ukraina Rapid Damage and Needs Assessment (RDNA4). February 2022 – December 2024. URL: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099022025114040022/pdf/P180174-ca39eccd-ea67-4bd8-b537-ff73a675a0a8.pdf>.

209. Ustawa o wynagrodzeniach osób zajmujących stanowiska kierownicze w organach państwowych. URL: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19810200101>.

210. World Health Organization. *WHO basic document*. 47th ed. Geneva: WHO, 2009 (31 May 2009). URL: <https://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd47/en/basic-documents-47-en.pdf>.

211. Zdrowie 21 : Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku : podstawowe założenia polityki zdrowia dla wszystkich w Regionie Europejskim WHO. URL: <https://www.worldcat.org/title/zdrowie-21-zdrowie-dla-wszystkich-w-xxi-wieku>

212. ZHovnirchuk, Ya., Hutsaliuk, O., Storozhuk, O., Zaiarniuk, O., Kartsyhin, D. (2020). Public administration and legal regulation effectiveness in the field of health care in the context of sustainable development. *Periódico do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Gênero e Direito Centro de Ciências Jurídicas - Universidade Federal da Paraíba*. V. 9. N° 02. Pp. 599–613. URL: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ged/article/view/50820>.

ДОДАТКИ

Додаток А

**Адаптивність публічного управління сфери громадського здоров'я
в регіонах України (2021–2024 рр.)**

Регіональна група / місто	Стан до 2022 р. (COVID-19, адаптація)	Період шоку, війна (2022 р.)	Етап стабілізації та трансформації (2023–2024 рр.)	Ключові чинники адаптивності
м. Київ	Високий рівень (найкраща ресурсна база, розвинена мережа ЦКПХ)	Середній / високий рівень (швидка реорганізація логістики, створення резервних потужностей)	Максимальний рівень (упровадження цифрових сервісів, розвиток реабілітації та ментального здоров'я)	Фінансова автономія, висока концентрація фахівців
Північний макрорегіон (Житомирська, Чернігівська, Київська обл.)	Середній рівень (акцент на розбудові мережі ПЛР-діагностики та зміцненні госпітальних баз. Охоплення вакцинацією – нижче середнього по країні (~72–79%))	Критичний рівень (дезорганізація через бойові дії та окупацію, руйнація інфраструктури (Київська, Чернігівська), перехід управління в режим медицини катастроф)	Високий рівень (відновлення, впровадження мобільних форм роботи, пріоритет епідеміологічному нагляду в деокупованих громадах, посилення радіаційної / хімічної безпеки)	Оперативність відновлення мережі ЦКПХ, міжнародна допомога у відбудові, впровадження мобільних медичних бригад
Центральний регіон (Вінницька, Полтавська, Черкаська, Кіровоградська обл.)	Середній рівень (планова трансформація)	Середній рівень (стали тилловими хабами для медичної евакуації)	Стабільний рівень (оптимізація ресурсів, фокус на інфекційній безпеці)	Збалансованість ресурсів та навантаження
Захід України (Івано-Франківська, Волинська, Рівненська, Львівська, Тернопільська, Закарпатська, Хмельницька, Чернівецька)	Середній / високий рівень (стабільна розбудова системи)	Критичне навантаження, різке зростання чисельності населення через ВПО	Високий рівень (розширення мережі послуг за рахунок міжнародного партнерства).	Міжнародна допомога, релокація медичних потужностей

Продовження додатку А

Прифронтові області (Харківська, Запорізька, Сумська, Дніпропетровська)	Високий рівень (значний досвід через близькість до ООС/АТО)	Екстремальний рівень (перехід управління у формат військово-цивільної медицини)	Високий кризовий рівень (децентралізація пунктів допомоги, мобільні бригади, підземні заклади)	Оперативність прийняття рішень, мобільність сервісів
Деокуповані території (Херсонська, частина Миколаївської обл.)	Середній рівень	Руйнація, повне або часткове знищення інфраструктури управління	Поступове відновлення, пріоритет первинній ланці та мобільним ЦКПХ	Державні субвенції, волонтерський сектор

**Основні характеристики періоді публічного управління
сферою громадського здоров'я**

Період	Характеристика періоду
Період до пандемії (становлення)	Демонтаж старої радянської СЕС (санітарно-епідеміологічної служби) Пошук нової моделі управління (створення Центру громадського здоров'я МОЗ) Громадське здоров'я сприймалося як «другорядна» сфера порівняно з лікувальною медициною
Період до війни (COVID-19 адаптація)	Стрімка модернізація лабораторної мережі по всіх областях Держава почала виділяти значні кошти на епідеміологічну безпеку Поява перших регіональних стратегій громадського здоров'я
Сучасний період (воєнний стан):	Децентралізація сервісів – послуги сфери громадянського здоров'я надаються мобільними бригадами там, де стаціонарна мережа зруйнована Зміна структури захворюваності – пріоритетом стали посттравматичний стресовий розлад, реабілітація та попередження епідемій через руйнацію інфраструктури Міжнародна інтеграція – пряма співпраця обласних ЦКПХ з CDC (США) та європейськими інституціями

Додаток В

**Динаміка кількісних та ресурсних показників сфери
громадського здоров'я України**

Регіональна група / показник	Період 1 – до пандемії (2019)	Період 2 – до війни (2021)	Період 3 – воєнний стан (2023–2024)	Орієнтовна динаміка фінансування
м. Київ	1 міський центр	1 ЦКПХ + розгалужена мережа ПЛР	Максимальна концентрація ресурсів, хаб для ВПО	Зростання у ~4 рази порівняно з 2019 р.
Західна група областей) (7	7 обл. центрів (стара модель)	7 ЦКПХ (оновлені)	7 ЦКПХ + 15+ міжнародних модульних містечок	Зростання у ~3 рази (за рахунок донорів та ВПО)
Центральна група (6 областей)	6 обл. центрів	6 ЦКПХ	6 ЦКПХ + посилення лабораторій контролю води/їжі	Зростання у ~2.5 рази
Північна та Східна група (5 областей)	5 обл. центрів	5 ЦКПХ (висока готовність)	Евакуйовані або мобільні підрозділи (Харків, Суми)	Стабільне (пріоритетне державне забезпечення)
Південна група (5 областей)	5 обл. центрів	5 ЦКПХ	Акцент на мобільні лабораторії та кризовий моніторинг	Коливання залежно від безпекової ситуації

Деталізація за ключовими критеріями (усереднені дані по Україні)

Параметр порівняння	2019 рік (до пандемії)	2021 рік (COVID-період)	2024 рік (воєнний стан)
Фінансування напрямку громадського здоров'я	~\$ 40–50 млн (загальний фонд)	~\$ 120–150 млн (фонд COVID + бюджет)	>\$ 200 млн (бюджет + гранти Світового банку/ВООЗ)
Кількість ПЛР- тестів / досліджень	Низька (лише в спец. лабораторіях)	Критично висока (до 100 тис./добу)	Помірна (фокус на інфекційний контроль та воду)
Цифровізація (eHealth)	Паперова звітність (80 %)	Впровадження сертифікатів, ЕМЗ	95 % електронних рецептів та звітів про інфекції
Кадровий потенціал	Дефіцит епідеміологів	Залучення інтернів, перенавчання	Ротаційний принцип, робота за стандартами НАТО

**Порівняльна динаміка та регіональна специфіка розвитку
механізмів публічного управління
у сфері громадського здоров'я**

Період та етап	Характеристика механізмів управління	Регіональні особливості (специфіка адаптації)	Ключовий нормативно-правовий базис
Допандемічний (2017–2019 рр.) Інституційна розбудова	Демонтаж СЕС, формування нової ідентичності. Пошук моделей, акцент на законодавчі зміни	Київ: лідерство у еHealth та лабораторіях. Захід: транскордонне співробітництво. Схід / Південь: наукова база при інертному адмініструванні	Розпорядження КМУ №1164-р (Схвалення Концепції розвитку сфери громадського здоров'я). Створення ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ»
2. Пандемія COVID-19 (2020–2021) Мобілізаційне адміністрування	Гіперцентралізація фінансів, стрес-тест структур. Швидке розгортання ресурсів через спецфонди	Київ / Дніпро / Харків: розбудова ПЛР-мережі та кисневої підтримки. Захід: інтеграція допомоги, темпи вакцинації. Центр: «Санітарний буфер» для міграції.	Закон №530-IX (запобігання виникненню і поширенню COVID-19). Постанови про «адаптивний карантин» та створення COVID-фонду
Воєнний стан (2022–2025): Адаптивна стійкість	Перехід до безпекових детермінант. Пріоритет оперативності, мобільності та відновлення	Київ: Хаб біобезпеки та кіберзахисту даних Захід: гуманітар-ний тил, реабілітація та ментальне здоров'я ВПО Північ/Схід: «Польове» адміністрування (вода, епіднагляд)	95 % електронних рецептів та звітів про інфекції

Додаток Д

**Зведена таблиця індикаторів результативності
публічного управління у сфері громадського здоров'я**

Група індикаторів	Ключовий показник (KPI)	1. Допандемічний період Становлення	2. Період COVID-19 Мобілізація	3. Воєнний стан Адаптивна стійкість
Організаційні	Створення мережі ЦКПХ	Низький (тривав процес ліквідації СЕС)	Середній (функціонували як лабораторії)	Високий (законодавчо закріплена мережа в країні)
Технологічні	Рівень цифровізації (інтеграція з eHealth)	Початковий (пілотні проєкти в Києві)	Високий (впровадження COVID-сертифікатів)	Максимальний (100% звітність в електронній системі)
Ресурсні	Рівень оновлення лабораторного обладнання	< 15% (застаріла база)	60–70% (масові закупівлі ПЛР-систем)	> 90% (завдяки міжнародній допомозі та гуманітарним вантажам)
Епідеміологічні	Швидкість реагування на спалахи (час до ізоляції / заходів)	Повільний (бюрократизований)	Високий (екстрені алгоритми МОЗ)	Критично високий (реагування в умовах руйнувань та обстрілів)
Соціальні	Рівень довіри населення до комунікацій сфери громадського здоров'я	Низький	Середній (посилення через вакцинацію)	Стабільно високий (фокус на ментальне здоров'я та безпеку)
Економічні	Частка міжнародних грантових коштів у бюджеті сфери ГЗ	< 10%	25–30%	> 55% (домінантна роль донорів у розвитку)

Довідки про провадження



ПАПЕРОВА КОПІЯ
ЕЛЕКТРОННОГО
ДОКУМЕНТА

КИЇВСЬКА ОБЛАСНА РАДА VIII СКЛИКАННЯ

пл. Леся Українки, 1, м. Київ-196, 01196, тел. 286-83-59, факс 286-83-48
E-mail: oblrada@kor.gov.ua, Web: http://kor.gov.ua, Код ЄДРПОУ 24572267

№ _____ Для пред'явлення за місцем вимоги
на № _____ від _____

Д О В І Д К А

про впровадження результатів дисертаційної роботи
Бойчуна Сергія Олександровича на тему:

«Механізми публічного управління
у сфері громадського здоров'я»

Цією довідкою підтверджується цінність наукового дослідження Бойчуна С. О., зокрема практичних рекомендацій щодо вдосконалення публічного управління та адміністрування у сфері громадського здоров'я.

Заслугує на увагу запропонована автором цілісна стратегія вдосконалення механізмів публічного управління у сфері громадського здоров'я в Україні, окремі аспекти якої було взято до впровадження, зокрема: реінжиніринг адміністративних процесів з метою усунення зайвих довідок та кроків засобами електронної демократії; положення принципу «управління ефективне настільки, наскільки професійні люди, які в ньому працюють».

Актуальними у сучасних умовах є розроблені автором концептуальні підходи до управління та адміністрування у сфері громадського здоров'я, а також запропонована концепція публічного управління та адміністрування у сфері громадського здоров'я, що включає чітке розмежування функцій, доказове та результативне управління, цифрову трансформацію механізмів управління та адміністрування у сфері громадського здоров'я, міжсекторальну та міжнародну координацію.

Викликає управлінський інтерес модель вдосконалення механізмів публічного управління та адміністрування у сфері громадського здоров'я, що охоплює різні сегменти менеджменту у сфері громадського здоров'я: інфраструктурний, технічний, аналітичний, прогностичний, управлінсько-методологічний. Перспективними та доцільними для впровадження є запропоновані автором заходи реалізації зазначеної моделі.

ЗГІДНО З
ОРИГІНАЛОМ

В.о. голови

Початок виконання
звернень громадян та запитів

на публічну інформацію
юридичного характеру

Київської області

20.04.2026

ДОКУМЕНТ СЕД АСКОД

Сертифікат 5E984D526F82F3BF040000007F5705018D28C806

Підписує ДОБРЯНСЬКИЙ ЯРОСЛАВ ВІКТОРОВИЧ

Дійсний з 22.10.2025 11:01:05 по 22.10.2026 23:59:59

Ярослав ДОБРЯНСЬКИЙ

KOP



№ 878/08/35 від 08.04.2026



**КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО
КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ
“КИЇВСЬКА ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ”**

юридична адреса: вул. Садова, 38, м. Ірпінь, Бучанський район, Київська область, 08205;
адреса для листування: вул. Загорівська, 1, Київ, 04106; тел./факс: приймальня (044) 483-13-76; канцелярія
(044) 483-12-08; e-mail: omo-kokl@ukr.net, ЄДРПОУ 01993701

Д О В І Д К А

про впровадження результатів дисертаційної роботи
Бойчуна Сергія Олександровича на тему:

«Механізми публічного управління у сфері громадського здоров'я»

Ця довідка підтверджує впровадження окремих результатів дослідження Бойчуна О. С. щодо публічного управління та адміністрування у сфері громадського здоров'я. Зокрема, в КНП КОР «Київська обласна клінічна лікарня» на основі основних положень дисертації було вдосконалено інструментарій механізмів управління сферою громадського здоров'я.

В управлінський процес КНП КОР «Київська обласна клінічна лікарня» впроваджуються практичні рекомендації автора щодо вдосконалення інформаційно-комунікаційного механізму – забезпечення кіберстійкості та прогностичної аналітики, розширення функціонал ІК-механізму, інтегрування інструментів прогностичної аналітики для моделювання епідемічних процесів, управління ресурсами та підтримки прийняття управлінських рішень. Це свідчить про практичну спрямованість окремих положень дослідження Бойчуна С. О.

На особливу увагу заслуговує авторська модель вдосконалення механізмів публічного управління та адміністрування у сфері громадського здоров'я, а також окреслені автором шляхи та перспективи вдосконалення механізмів публічного управління та адміністрування у сфері громадського здоров'я в Україні в контексті євроінтеграції.

Окремі концептуальні позиції, висвітлені в дисертації, можуть бути використані в процесі модернізації регіональної політики України у сфері громадського здоров'я, зокрема в процесі вдосконалення механізмів публічного управління та адміністрування у сфері громадського здоров'я.

Генеральний директор



Дарина МЕЛЬНИК

Класичний
Приватний
Університет

Україна, 69002 тел. (061) 764-57-15
м. Запоріжжя, (0612) 63-99-73
Жуковського, 70 "Б" факс (061) 764-57-15
(061) 220-10-02



CLASSIC
PRIVATE
UNIVERSITY

70 "B", Zhukovskogo st., tel. (061) 764-57-15
69002 Zaporizhzhya, (0612) 63-99-73
UKRAINE fax (061) 764-57-15
(061) 220-10-02

№ 345

14 05 2025 р.

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

БОЙЧУНЯ Сергія Олександровича

Теоретичні, методологічні та практичні положення і висновки щодо механізмів публічного управління та адміністрування у сфері громадського здоров'я, розроблені Бойчуном Сергієм Олександровичем, знайшли застосування в межах наукової теми Класичного приватного університету «Формування ефективних механізмів управління в публічній сфері в умовах суспільної нестабільності» (номер державної реєстрації 0124U000811).

Рекомендації автора запроваджені у навчальний процес і знайшли відображення при викладанні таких дисциплін: «Державне управління», «Управління в державних інституціях», «Управління ресурсами та антикризове управління».

Ректор
Класичного приватного університету



[Handwritten signature]

Віктор ОГАРЕНКО