

УДК 351:614(477)

DOI <https://doi.org/10.32782/TNU-2663-6468/2026.4/12>**Кувшинова Є. В.**<https://orcid.org/0000-0002-9703-077X>

Національний університет «Києво-Могилянська академія»

Рябцев Г. Л.<https://orcid.org/0000-0002-3478-825X>

Національний університет «Києво-Могилянська академія»

ІНСТИТУЦІЙНІ ТРАНСФОРМАЦІЇ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В УМОВАХ ПОЛІКРИЗИ

Досліджено інституційні трансформації системи громадського здоров'я України в історичній і сучасній перспективі з урахуванням впливу кризових чинників та умов полікризи. Обґрунтовано, що еволюція системи має нелінійний кризоцентричний характер і визначається залежністю від попереднього розвитку (path dependence) та критичних подій (critical junctures), коли зовнішні шоки виступають каталізаторами інституційних змін і перебудови управлінських моделей та функціональних пріоритетів державної політики у сфері здоров'я населення.

Показано, що розвиток системи пройшов низку взаємопов'язаних етапів: від формування елементів централізованого санітарно-епідеміологічного управління у 1917–2021 рр., через радянську централізовану модель системи Семашка, подальшу пострадянську інституційну інерцію (1991–2014), до сучасної фази глибинної трансформації, що включає реформування після 2014 р., пандемію COVID-19 як каталізатор цифрових і управлінських змін, а також воєнний етап, у межах якого система громадського здоров'я інтегрується до архітектури національної безпеки та державної стійкості.

Установлено, що ключовою тенденцією сучасного розвитку є перехід від адміністративно-контрольної та лікувально орієнтованої моделі до ризик-орієнтованої, превентивної та міжсекторальної системи управління, що базується на принципах Health in All Policies та One Health. Підкреслено, що зростає значення цифровізації, аналітики даних, телемедицини, мережеских моделей врядування та партнерств між державними інституціями, неурядовими організаціями і міжнародними партнерами як ключових механізмів забезпечення стійкості системи в умовах кризової нестабільності.

Доведено, що сучасна система громадського здоров'я України функціонує як багатofункціональний елемент національної стійкості, поєднуючи медичні, епідеміологічні, безпекові, гуманітарні та соціально-стабілізаційні функції. Визначено, що головним стратегічним викликом залишається інституціоналізація кризових інновацій, сформованих у періоди пандемії та війни, і забезпечення переходу до стабільної превентивної моделі державного управління в умовах довгострокових ризиків, демографічних зрушень та післявоєнного відновлення країни.

Ключові слова: громадське здоров'я, інституційні трансформації, державне управління, вироблення політики, полікриза, превентивна медицина, цифровізація охорони здоров'я, національна безпека, кризове управління, управління змінами.

Постановка проблеми. Інституційна трансформація системи громадського здоров'я в Україні є одним із ключових напрямів модернізації державного управління у сфері охорони здоров'я, що відображає глобальний перехід від лікувально орієнтованих моделей до превентивних, міжсекторальних та ризик-орієнтованих підходів. У сучасних умовах, що характеризуються поєднанням

воєнних дій, епідеміологічних загроз, демографічних зрушень та економічної нестабільності, система громадського здоров'я набуває особливого значення як інструмент забезпечення національної стійкості та безпеки.

Актуальність дослідження зумовлена необхідністю переосмислення інституційної архітектури громадського здоров'я в умовах полікризи, коли

традиційні вертикально-адміністративні моделі управління демонструють обмежену ефективність. Посилення ролі соціальних детермінант здоров'я, зростання частки неінфекційних захворювань, а також нові виклики, пов'язані з пандемією COVID-19 та повномасштабною війною, актуалізують потребу у формуванні адаптивної, цифрово підтримуваної та міжсекторально інтегрованої системи.

Попри значний масив наукових досліджень, присвячених трансформації систем охорони здоров'я, громадського здоров'я та реформуванню державного управління у цій сфері [1–24], залишається недостатньо дослідженою еволюція системи громадського здоров'я України. У науковій літературі переважно розглядаються окремі аспекти – цифровізація охорони здоров'я, вплив пандемії COVID-19, реформування епідеміологічного нагляду або впровадження концепцій Health in All Policies та One Health. Водночас бракує узагальненого підходу, який би дозволяв розглядати ці процеси як взаємопов'язані, що відбуваються у межах єдиної траєкторії розвитку системи.

Невирішеною частиною наукової проблеми є відсутність системного пояснення того, яким чином кризові події різного походження – економічні, політичні, епідеміологічні та воєнні – виступають механізмами інституційної трансформації системи громадського здоров'я та як саме вони змінюють її управлінську архітектуру, функціональні пріоритети та інституційну спроможність. Недостатньо розкритими залишаються також питання взаємодії між централізованими та мережевими моделями управління, а також роль цифрових технологій як інструменту компенсації інституційної нестабільності в умовах руйнування традиційних управлінських вертикалей.

Окремою прогалиною є відсутність комплексного підходу до інтеграції системи громадського здоров'я у контекст національної безпеки та стійкості держави, особливо в умовах тривалої полікризи, що поєднує воєнні дії, демографічні втрати, міграційні процеси та зростання навантаження на систему охорони здоров'я. Також недостатньо досліджено механізми переходу від реактивної моделі реагування на кризи до проактивної превентивної моделі, що базується на управлінні детермінантами здоров'я.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблематика трансформації системи громадського здоров'я, інституційних змін у сфері охорони здоров'я та посилення стійкості державного управління активно досліджується у сучасній між-

народній та вітчизняній науковій літературі. Теоретичне підґрунтя сучасного розуміння громадського здоров'я базується на концепції соціальних детермінант здоров'я, популяційній профілактиці, інституційній теорії та підходах до кризового управління.

Фундаментальний внесок у розвиток концепції соціальних детермінант здоров'я зроблено у працях М. Мармота, який довів, що нерівності у здоров'ї зумовлені насамперед соціально-економічними умовами життя, праці та доступу до ресурсів [1]. У подальших дослідженнях автор розвинув підхід до вироблення політики здоров'я як міжсекторальної діяльності, що охоплює весь життєвий цикл людини [2].

Розвиток популяційного підходу в профілактичній медицині ґрунтується на класичній праці Дж. Роуза, який обґрунтував необхідність зміщення фокусу з індивідуального лікування на популяційні інтервенції як більш ефективні з точки зору зниження захворюваності [3]. Саме цей підхід став методологічною основою сучасної превентивної парадигми громадського здоров'я.

Інституційний вимір трансформацій державного управління значною мірою пояснюється концепцією залежності від попереднього розвитку (path dependence), запропонованою Д. Нортом. У його працях доведено, що інституції мають інерційний характер і змінюються переважно під впливом зовнішніх шоків або кризових подій [4]. Це положення є ключовим для розуміння еволюції систем громадського здоров'я в умовах полікризи.

Сучасні підходи до систем громадського здоров'я значною мірою формуються в рамках політики Health in All Policies, яку розробляє та впроваджує ВООЗ. У наукових і політичних документах цієї організації наголошується, що здоров'я населення визначається не лише медичною системою, а й політикою у сферах освіти, транспорту, екології та соціального захисту [5].

Дослідження впливу пандемії COVID-19 на систему охорони здоров'я [6; 7] свідчать, що пандемія виявила системні слабкості національних систем охорони здоров'я та одночасно стала каталізатором цифрової трансформації та розвитку механізмів стійкості (resilience).

Цифровізація охорони здоров'я розглядається як один із ключових трендів сучасного державного управління. У глобальній стратегії цифрового здоров'я ВООЗ наголошується на необхідності переходу до аналітичного врядування (data-driven governance), використання великих даних і цифрових платформ для підтримки прийняття рішень у сфері здоров'я [8].

Окремий напрям сучасних досліджень пов'язаний із концепцією One Health, яка інтегрує здоров'я людини, тварин і довкілля. Спільний план дій [9] підтверджує, що зоонозні захворювання, кліматичні зміни та екологічні ризики формують нову архітектуру глобальної біобезпеки.

Узагальнення наукових підходів свідчить, що сучасна парадигма громадського здоров'я формується на перетині чотирьох ключових блоків: соціальних детермінант здоров'я, популяційної профілактики, інституційної теорії, цифрового та мережевого управління. Водночас у літературі підкреслюється, що питання інтеграції системи громадського здоров'я в архітектуру національної безпеки та управління в умовах війни й полікризи залишаються недостатньо розробленими, що обґрунтовує актуальність подальших досліджень.

Постановка завдання. Метою статті є визначення інституційних трансформацій системи громадського здоров'я України в історичній та сучасній перспективі, виявлення ключових закономірностей її еволюції під впливом кризових чинників та обґрунтування напрямів удосконалення державного управління в умовах полікризи.

Досягнення поставленої мети передбачає виконання таких пов'язаних між собою завдань:

- виокремити ключові етапи розвитку системи громадського здоров'я України та визначити притаманні їй моделі, інституційні особливості та функціональні пріоритети;

- ідентифікувати основні чинники (економічні, політичні, епідеміологічні та воєнні), які виступали каталізаторами інституційних змін, визначити механізми їх впливу на трансформацію системи державного управління у сфері громадського здоров'я;

- виявити ключові закономірності інституційної еволюції системи громадського здоров'я, зокрема взаємозв'язок між кризовими «вікнами можливостей» і переходом від централізованих адміністративно-контрольних моделей до ризик-орієнтованих, міжсекторальних і мережевих форм управління, включно з посиленням ролі цифрових технологій;

- обґрунтувати напрями вдосконалення державного управління системою громадського здоров'я в умовах полікризи, з акцентом на розвиток превентивної парадигми, інтеграцію підходів Health in All Policies та One Health.

Реалізація зазначених завдань дозволить забезпечити цілісне наукове осмислення трансформацій системи громадського здоров'я та сформувати теоретичне підґрунтя для її подальшої модернізації

в умовах сучасних багатовимірних кризових викликів.

Виклад основного матеріалу. Концептуальні засади сучасної системи громадського здоров'я. Трансформація системи охорони здоров'я є одним із ключових напрямів модернізації публічного управління, оскільки відображає перехід від лікувально орієнтованої моделі до комплексної системи громадського здоров'я. Якщо традиційна модель зосереджувалася переважно на діагностиці та лікуванні вже наявних захворювань, то сучасна парадигма базується на превентивному підході, управлінні факторами ризику, формуванні здорового способу життя та створенні сприятливого соціального середовища для збереження здоров'я населення.

Актуальність такого переходу підтверджується сучасними глобальними тенденціями. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, неінфекційні захворювання є причиною близько 74 % усіх смертей у світі [10], що обумовлює необхідність переорієнтації державної політики із лікування на попередження виникнення захворювань, раннє виявлення факторів ризику та управління соціальними детермінантами здоров'я [11]. Саме тому інвестиції у профілактику дедалі більше розглядаються як один із найбільш економічно ефективних напрямів політики у сфері охорони здоров'я [12].

У сучасній теорії державного управління поняття «система охорони здоров'я» та «система громадського здоров'я» не є тотожними. Попри спільну кінцеву мету – збереження та зміцнення здоров'я населення – вони відображають різні рівні управління, різні об'єкти впливу та різні інструменти вироблення політики.

Система охорони здоров'я традиційно функціонує у межах лікувально орієнтованої моделі. Її основним об'єктом є окрема людина як пацієнт, а ключовими функціями – надання медичної допомоги, діагностика, лікування та реабілітація. Інституційно вона представлена мережею закладів охорони здоров'я, медичними працівниками, фінансовими механізмами та органами управління, що забезпечують функціонування системи медичних послуг.

На відміну від цього, система громадського здоров'я функціонує на популяційному рівні та розглядає здоров'я як суспільний ресурс і стратегічний чинник сталого розвитку держави. Вона являє собою систему організованих міжсекторальних зусиль органів державної влади, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я,

наукових установ, громадських організацій та міжнародних партнерів, спрямованих на попередження захворювань, управління ризиками та створення безпечного життєвого середовища.

Таким чином, ключова відмінність між зазначеними системами полягає не лише у різних функціях, а й у різній філософії державного управління. Якщо система охорони здоров'я переважно реагує на вже наявну патологію, то система громадського здоров'я прагне мінімізувати ймовірність її виникнення шляхом управління соціальними, економічними, екологічними та поведінковими детермінантами здоров'я.

У сучасній науці державного управління ці системи не протиставляються, а розглядаються як взаємно доповнювані елементи політики, де лікування є лише одним із компонентів комплексної системи забезпечення громадського здоров'я (табл. 1).

Багаторівнева модель профілактики є концептуальною основою сучасної системи громадського здоров'я, оскільки дозволяє структурувати державне управління відповідно до різних етапів виникнення та розвитку захворювань.

Первинна профілактика спрямована на усунення причин захворюваності шляхом формування здорового способу життя, підвищення рівня вакцинації, покращення якості довкілля, розвитку здорового харчування та зменшення впливу поведінкових факторів ризику. Саме цей рівень профілактики забезпечує найбільший соціально-економічний ефект, оскільки дозволяє попередити виникнення значної частини захворювань.

Вторинна профілактика передбачає раннє виявлення патологій шляхом проведення скринінгових програм і систематичного медичного спостереження за групами ризику. Світовий досвід свідчить, що організовані програми скринінгу суттєво знижують смертність від онкологічних і серцево-судинних захворювань, а також дозволяють істотно скоротити витрати системи охорони здоров'я.

Третинна профілактика спрямована на запо-

бігання розвитку ускладнень, реабілітацію та відновлення соціальної активності осіб із хронічними захворюваннями. У сучасних умовах вона дедалі більше інтегрується із цифровими технологіями, телемедициною та дистанційним моніторингом стану пацієнтів.

Практична ефективність превентивної моделі підтверджується міжнародним досвідом. Масові програми вакцинації забезпечили ліквідацію натуральної віспи та майже повне викорінення поліомієліту [13], а довгострокові державні програми профілактики серцево-судинних захворювань у країнах Північної Європи сприяли істотному зниженню передчасної смертності [14]. Це підтверджує, що інвестиції у профілактику мають не лише соціальний, а й значний економічний ефект, оскільки дозволяють скоротити витрати на лікування хронічних захворювань і підвищити продуктивність населення [12].

Концептуальною основою сучасного державного управління громадським здоров'ям є мультисекторальний підхід та принцип Health in All Policies [15], відповідно до якого питання здоров'я повинні враховуватися під час вироблення політики майже в усіх сферах – від освіти і транспорту до екології, соціального захисту та просторового планування. Водночас сучасні глобальні виклики дедалі більше актуалізують концепцію One Health, яка інтегрує політику у сфері здоров'я людини, ветеринарної медицини та охорони довкілля в єдину систему управління ризиком [16; 17].

У результаті система громадського здоров'я поступово трансформується із сукупності профілактичних заходів у комплексний міжсекторальний інститут державного управління, здатний забезпечувати стійкість суспільства в умовах полікризи, пандемій, воєнних конфліктів та інших масштабних загроз.

Еволюція інституційних механізмів системи громадського здоров'я в Україні. Розвиток системи громадського здоров'я доцільно розглядати не як просту послідовність історичних подій, а як про-

Таблиця 1

Порівняльна характеристика систем охорони здоров'я та громадського здоров'я

Характеристика	Система охорони здоров'я	Система громадського здоров'я
Основний фокус	Лікування хвороби (індивід)	Попередження хвороб (популяція)
Парадигма	Лікувально-орієнтована	Превентивна (профілактична)
Суб'єкти	Медичні заклади і персонал	Держава, громада, НУО, академічний сектор
Ключовий підхід	Клінічний	Соціально-управлінський

Джерело: розроблено авторами

цес еволюції моделей урядування, у межах якого змінювалися інституційна архітектура, управлінські механізми, функції держави та інструменти забезпечення здоров'я населення. Такий підхід відповідає сучасним концепціям інституціоналізму, відповідно до яких трансформація державних інститутів відбувається під впливом критичних подій (*critical junctures*), що порушують усталені моделі функціонування та створюють умови для впровадження нових практик врядування [18].

На відміну від суто хронологічної періодизації, запропонована модель ґрунтується на інституційних, функціональних та управлінських критеріях, оскільки саме вони відображають якісні зміни державної політики у сфері громадського здоров'я.

Перший етап (1917–2021): формування елементів централізованої санітарно-епідеміологічної системи. У цей період, пов'язаний із періодом революційних трансформацій, вироблення політики у сфері громадського здоров'я відбувалися в умовах війни, політичної нестабільності та руйнування адміністративних структур, що суттєво обмежувало можливості інституційного будівництва. Попри це, було здійснено перші спроби створення центрального органу управління охороною здоров'я – Міністерства народного здоров'я і опікування, яке мало координувати медичну допомогу, санітарний нагляд та протиепідемічні заходи на загальнодержавному рівні [19].

Ключовим змістом цього періоду стала необхідність реагування на масштабні епідемії, насамперед висипного тифу, холери та грипу, що поширювалися на тлі воєнних дій і масових переміщень населення. Для цього створювали тимчасові санітарні комісії, які виконували функції оперативного управління протиепідемічними заходами, зокрема ізоляцією хворих, санітарним контролем територій та елементами вакцинації. Водночас значна частина повноважень залишалася на рівні місцевих земств і міських органів, що зумовлювало фрагментарність системи урядування та її залежність

від місцевих ресурсів.

Характерною рисою цього етапу була поєднана модель управління, у якій централізовані ініціативи співіснували з високим рівнем децентралізації та автономії місцевих структур. Це не дозволило сформувати цілісну, стійку та уніфіковану систему санітарно-епідеміологічного контролю, однак заклало організаційні та концептуальні передумови подальшої централізації у наступні історичні періоди.

У підсумку, період 1917–2021 рр. варто розглядати як початковий, кризовий етап інституційного становлення державного санітарно-епідеміологічного управління, який характеризувався високою динамікою організаційних пошуків, але низьким рівнем інституційної стабільності та обмеженою здатністю до системної реалізації політики у сфері громадського здоров'я.

Другий етап (1918–1991): централізована санітарно-епідеміологічна модель. У цей період формування державної санітарно-епідеміологічної служби в Україні відбувалося в межах радянської моделі, відомої як система Семашка [20].

Її фундаментальною особливістю було поєднання централізованого державного фінансування, жорсткої вертикалі управління та розгалуженої мережі санітарно-епідеміологічних станцій (табл. 2). Держава фактично монополізувала виконання функцій профілактики, санітарного нагляду, боротьби з епідеміями та організації медичної допомоги, що забезпечило високий рівень керованості системи.

Результативність цієї моделі найбільшою мірою проявилася у боротьбі з інфекційними захворюваннями, розвитку масової вакцинації та санітарної освіти населення, формуванні системи державного епідеміологічного контролю. Саме в цей період були закладені інституційні основи профілактичної медицини, які значною мірою визначили подальший розвиток громадського здоров'я.

Таблиця 2

Порівняльна характеристика системи Семашка та сучасної системи громадського здоров'я

Критерій порівняння	Система Семашка	Сучасна модель
Філософія захисту	Жорсткий адміністративний контроль та штрафні санкції	Моніторинг, оцінка ризиків та міжсекторальна профілактика
Управління	Вертикально-централізоване командне	Розподілене (МОЗ, ЦГЗ, Держпродспоживслужба)
Орієнтування	Ліквідація спалахів епідемій і пандемій, регламентація факторів ризику	Промоція здорового способу життя, системний епідемічний нагляд

Джерело: розроблено авторами за працею [20].

Разом із тим, переважання адміністративно-командних методів управління мало й системні обмеження. Основна увага приділялася контролю інфекційних захворювань, тоді як соціальні детермінанти здоров'я, міжсекторальна взаємодія та профілактика неінфекційних захворювань практично не враховувалися. У результаті система залишалася недостатньо адаптивною до демографічних та епідеміологічних змін у другій половині ХХ століття.

Третій етап (1991–2014): інституційна інерція. Після проголошення незалежності Україна успадкувала практично незмінну модель санітарно-епідеміологічного управління. Попри створення власної нормативно-правової бази та національних органів державної влади, принципи функціонування системи залишалися переважно радянськими.

Трансформаційна економічна криза 1990-х суттєво змінила умови функціонування системи охорони здоров'я. Скорочення державного фінансування, погіршення матеріально-технічного забезпечення, кадровий відтік та зростання соціально-економічної нерівності призвели до поступового послаблення інституційної спроможності санітарно-епідеміологічної служби. Одночасно економічні трансформації вплинули на соціальні детермінанти здоров'я населення. Поширення бідності, безробіття, погіршення умов праці, зростання тютюнопаління, алкоголізації населення та поширення ВІЛ-інфекції продемонстрували, що здоров'я визначається не лише якістю медичної допомоги, а й ширшим комплексом соціальних факторів.

Саме в цей період дедалі очевиднішою ставала невідповідність успадкованої системи сучасним міжнародним підходам до громадського здоров'я. Домінування контрольних-наглядових функцій, дублювання повноважень, фрагментація управління та недостатній розвиток профілактичного напрямку поступово сформуvalи запит на інституційне реформування.

Четвертий етап (2014–2019): формування сучасної моделі громадського здоров'я. Починаючи з 2014 року, розвиток системи перейшов у фазу глибокої інституційної трансформації, зумовленої одночасним впливом євроінтеграційного курсу, адміністративних реформ та нових безпекових викликів.

Ключовою особливістю цього періоду стало поступове зміщення державної політики від адміністративно-контрольної моделі до ризик-орієнтованого управління громадським здоров'ям. Було

започатковано створення нових інституцій, розвиток мережі центрів громадського здоров'я, реформування епідеміологічного нагляду, удосконалення лабораторної системи та впровадження сучасних механізмів профілактики. Водночас реформи супроводжувалися високою інституційною нестабільністю. Часті реорганізації центральних органів виконавчої влади, незавершеність розмежування повноважень та недостатня координація між суб'єктами політики певною мірою обмежували ефективність запроваджених змін.

Саме на цьому етапі вперше було закладено підвалини сучасної моделі громадського здоров'я, заснованої на принципах доказової політики, міжсекторальної взаємодії та профілактичної спрямованості.

П'ятий етап (2020–2021): пандемія як каталізатор інституційних змін. Пандемія COVID-19 стала найбільшим випробуванням для новоствореної системи громадського здоров'я та водночас найпотужнішим каталізатором її розвитку.

З одного боку, пандемія виявила недостатню готовність державних інституцій до масштабних біологічних загроз, дефіцит кадрових і матеріальних ресурсів, фрагментарність інформаційних систем та обмеженість кризового планування. З іншого боку, саме вона значно прискорила процеси цифровізації управління, розвитку лабораторної мережі, удосконалення епідеміологічного нагляду, міжвідомчої координації та кризових комунікацій. Вперше владні рішення почали ухвалюватися на основі оперативного аналізу даних, моделювання та прогнозування розвитку епідемічної ситуації.

Таким чином, пандемія виконала подвійну функцію: вона одночасно виявила структурні слабкості системи та стала потужним стимулом для її модернізації.

Шостий етап (із 2022): громадське здоров'я як складова національної безпеки. Війна започаткувала якісно новий етап розвитку системи громадського здоров'я, у межах якого вона трансформується з галузевої системи охорони здоров'я на важливий компонент національної безпеки та стійкості держави.

На відміну від пандемії COVID-19, що була переважно біологічною кризою, війна сформувала комплексну полікризу, яка одночасно поєднала безпекові, гуманітарні, демографічні, екологічні, економічні та психосоціальні виклики.

У цих умовах традиційні функції системи громадського здоров'я суттєво розширилися. Поряд із класичним епідеміологічним наглядом пріоритет-

ного значення набули питання біобезпеки, моніторингу психічного здоров'я, управління наслідками масового переміщення населення, оцінювання екологічних ризиків, підтримання функціонування критичної медичної інфраструктури та інтеграції із системами цивільного захисту.

Одночасно відбувається істотне посилення мережевої моделі управління, у якій дедалі більшу роль відіграють органи місцевого самоврядування, міжнародні організації, громадянське суспільство та цифрові платформи координації.

Кризи як каталізатори інституційної трансформації. Порівняльний аналіз усіх етапів розвитку дозволяє зробити висновок, що визначальним чинником інституційної еволюції системи громадського здоров'я були кризові події [21; 22]. Економічні трансформації 1990-х поступово підірвали ефективність успадкованої централізованої моделі. Вибір курсу на євроінтеграцію започаткував її нормативне реформування. Пандемія COVID-19 прискорила цифровізацію та розвиток кризового управління. Повномасштабна війна сформувала нову парадигму, у межах якої громадське здоров'я інтегрується в систему забезпечення національної безпеки.

Із позицій сучасної інституційної теорії ці процеси підтверджують залежність від попереднього розвитку (path dependence) [4] та критичних подій (critical junctures) [18]. За умов стабільності державні інститути демонструють високу інерційність і схильність до відтворення усталених практик. Натомість масштабні кризи руйнують існуючу інституційну рівновагу, відкриваючи «вікна можливостей» для реформ і впровадження нових моделей публічного управління [23].

Узагальнюючи викладене, можна стверджувати, що інституційна еволюція системи громадського здоров'я в Україні є переходом від централізованої адміністративно-контрольної моделі до адаптивної, ризик-орієнтованої, міжсекторальної системи управління, яка функціонує на засадах доказової політики, цифрової підтримки владних рішень, партнерської взаємодії та інтеграції механізмів громадського здоров'я до загальної системи забезпечення національної стійкості.

Сучасні виклики для системи громадського здоров'я в Україні. Функціонування системи громадського здоров'я в умовах війни набуло принципово нових характеристик, оскільки одночасно наклалися безпекові, гуманітарні, інфраструктурні та епідеміологічні ризики. Система перейшла від відносно стабільного режиму управління до моделі кризового реагування, де пріоритетом стало забез-

печення безперервності та життєздатності базових функцій за умов високої невизначеності.

Ключовим викликом стало руйнування та пошкодження медичної й лабораторної інфраструктури, що суттєво ускладнило організацію епідеміологічного нагляду, вакцинації та моніторингу як інфекційних, так і неінфекційних захворювань. Це зумовило необхідність децентралізації окремих функцій, формування резервних логістичних маршрутів, розгортання мобільних медичних і лабораторних підрозділів, а також посилення ролі міжнародної допомоги у підтримці системи.

Одночасно масові міграційні процеси – внутрішнє переміщення населення та зовнішній міграційний відтік – істотно змінили епідеміологічну ситуацію. Це вимагало оперативного перерозподілу ресурсів між регіонами, адаптації програм вакцинації та скринінгу до нових популяційних груп, а також посиленого моніторингу стану здоров'я у місцях тимчасового проживання внутрішньо переміщених осіб. У результаті значно зросла роль міжсекторальної координації між системою охорони здоров'я, системою соціального захисту та органами місцевого самоврядування.

Окремим виміром стала трансформація системи громадського здоров'я у складову національної безпеки. Зросло значення біобезпеки, епідеміологічного прогнозування та кризового управління, особливо в умовах ризиків біологічних загроз, погіршення санітарно-гігієнічних умов і обмеженого доступу до медичних послуг у прифронтових та деокупованих територіях. Це вимагало посилення аналітичної спроможності, оперативного обміну даними та інтеграції із системами цивільного захисту.

Важливим чинником адаптації стала цифровізація врядування, що частково компенсувала фізичну втрату інфраструктури. Електронні системи обліку, дистанційний моніторинг показників здоров'я та цифрові платформи координації забезпечили неперервність урядування навіть за умов обмеженого доступу до окремих територій.

У підсумку система громадського здоров'я України в умовах війни функціонує як адаптивна кризова система, що поєднує елементи децентралізованого управління, цифрової координації та міжнародної підтримки. Її ключовою характеристикою є перехід від планової профілактичної моделі до гнучкої ризик-орієнтованої та безпекової системи, здатної функціонувати в умовах руйнування інфраструктури та масштабних міграційних процесів.

Партнерство держави, НУО та міжнародних організацій. Результативність та ефектив-

ність взаємодії держави, неурядових організацій (НУО) та міжнародних партнерів у забезпеченні безперервності послуг у системі громадського здоров'я України визначаються здатністю формувати мережеву, адаптивну та швидко мобілізовану систему реагування на кризові виклики. В умовах руйнування інфраструктури та високої невизначеності саме партнерська взаємодія стала ключовим механізмом підтримання функціонування системи.

Держава зберігає провідну роль у координації, нормативному регулюванні та визначенні стратегічних пріоритетів політики у сфері громадського здоров'я. Водночас обмежені ресурси та надмірне навантаження на систему охорони здоров'я зумовили необхідність делегування частини операційних функцій НУО та міжнародним організаціям. Це дозволило забезпечити оперативне розгортання мобільних медичних пунктів, гуманітарних програм вакцинації, психосоціальної підтримки та логістики медичних засобів у постраждалих регіонах.

Неурядові організації відіграють критичну роль у заповненні інституційних прогалин, особливо на рівні первинної допомоги, роботи з вразливими групами населення та доставки послуг у важкодоступні території. Їхня гнучкість, відсутність жорстких бюрократичних процедур і близькість до громад забезпечують швидке реагування на локальні потреби, особливо в умовах масового переміщення населення.

Міжнародні партнери забезпечують системну ресурсну та експертну підтримку, включаючи фінансування, постачання медикаментів, розвиток лабораторних потужностей, цифрових систем моніторингу та навчання персоналу. Важливою є їхня роль у впровадженні міжнародних стандартів громадського здоров'я та підтримці реформ, спрямованих на підвищення стійкості системи.

Водночас ефективність взаємодії залишається нерівномірною. Основними викликами є фрагментація координації, дублювання функцій, різні підходи до планування та звітності, а також нерівномірний розподіл ресурсів між регіонами, що іноді знижує загальну керованість системи.

Попри це, в умовах війни сформувалася модель мережевого управління громадським здоров'ям, у якій держава виконує роль стратегічного координатора, НУО – операційного виконавця на місцях, а міжнародні партнери – ресурсного та експертного стабілізуючого ядра [23]. Така взаємодія забезпечила відносну безперервність ключових послуг, зокрема імунопрофілактики, епідеміологічного нагляду, екстреної допомоги та психосоціальної підтримки.

Отже, ефективність партнерства є високою з точки зору кризового реагування, однак потребує подальшої інституціоналізації через посилення координаційних механізмів, уніфікацію даних і впровадження інтегрованого стратегічного планування. Це є необхідною умовою переходу від кризової взаємодії до стійкої моделі управління у післявоєнний період.

Цифровізація та телемедицина як інструменти адаптивності. Критично важливими інструментами підвищення адаптивності системи громадського здоров'я в умовах війни та полікризи є цифровізація та телемедицина, які забезпечують неперервний доступ до послуг за умов руйнування інфраструктури та обмеженої мобільності населення [24].

Цифровізація, зокрема розвиток електронної системи охорони здоров'я, електронних реєстрів пацієнтів, систем епідеміологічного моніторингу та аналітичних платформ, забезпечила оперативний збір, обробку та аналіз даних у режимі реального часу. Це суттєво підвищило якість управлінських рішень, особливо щодо контролю інфекційних захворювань, вакцинації та розподілу ресурсів у кризових умовах, а також дозволило компенсувати втрату доступу до окремих медичних закладів.

Телемедицина стала ключовим інструментом забезпечення доступності медичних послуг для внутрішньо переміщених осіб, мешканців прифронтових територій і пацієнтів із хронічними захворюваннями. Вона зменшила навантаження на стаціонарну мережу, оптимізувала маршрути пацієнтів і забезпечила безперервність консультаційної підтримки, особливо у сфері психічного здоров'я, де попит суттєво зріс внаслідок воєнного стресу.

Водночас ефективність цифровізації та телемедицини залежить від інституційної зрілості системи, стабільності зв'язку, рівня кібербезпеки та цифрової грамотності медичних працівників і пацієнтів. У кризових умовах ці фактори можуть істотно обмежувати потенціал цифрових рішень, особливо в регіонах із пошкодженою інфраструктурою та енергетичними проблемами.

У сукупності цифровізація та телемедицина формують основу адаптивної моделі громадського здоров'я, що переходить від територіально прив'язаної системи до мережевої архітектури надання послуг, де ключову роль відіграють дані, дистанційна взаємодія та інтегровані цифрові платформи. Це створює передумови для підвищення стійкості системи та її інтеграції в європейський цифровий простір.

Шляхи вдосконалення державного управління системою громадського здоров'я. Основу переходу до проактивної, доказової та стійкої моделі такого управління формують: забезпечення аналітичної спроможності держави (data-driven governance) [8], залученість громадянського суспільства [23] та інтеграція сучасних міжсекторальних концепцій, зокрема One Health [16; 17].

У частині розвитку систем прогнозування та раннього реагування ключовим пріоритетом є формування інтегрованої аналітичної екосистеми громадського здоров'я, яка об'єднує епідеміологічні, демографічні, екологічні та соціально-економічні дані на єдиній платформі підтримки владних рішень. Доцільним є подальший розвиток системи епідеміологічного нагляду в реальному часі з використанням інструментів великих даних, штучного інтелекту та предиктивної аналітики. Це дозволить не лише фіксувати поточні тенденції захворюваності, а й формувати сценарні прогнози розвитку епідемічних ризиків.

Важливим напрямом є створення національної системи раннього попередження, інтегрованої з міжнародними платформами моніторингу загроз, що забезпечить оперативний обмін інформацією про потенційні епідемічні, біологічні та екологічні ризики. Одночасно необхідно посилити аналітичну спроможність регіонального рівня управління шляхом розвитку центрів громадського здоров'я як елементів мережевої системи ухвалення владних рішень.

У частині посилення ролі громадянського суспільства доцільно перейти від епізодичної участі до інституціоналізованого партнерства у виробленні політики у сфері громадського здоров'я. Це передбачає розвиток механізмів спільного врядування (co-governance), залучення громадських організацій до моніторингу якості медичних послуг, епідеміологічного нагляду на рівні громад і реалізації профілактичних програм.

Окремим напрямом є розширення практик громадської участі в підготовці та ухваленні владних рішень через консультативні ради, публічні платформи, цифрові інструменти зворотного зв'язку. Особливого значення набуває підтримка локальних ініціатив у сфері психічного здоров'я, профілактики неінфекційних захворювань та роботи з вразливими групами населення. Це дозволяє підвищити соціальну довіру до системи та забезпечити її більшу адаптивність до місцевих потреб.

Щодо імплементації концепції One Health [16; 17], ключовим завданням є формування інтегрованої політики, що об'єднує сферу охорони

здоров'я людей, ветеринарну медицину та екологічне управління. Такий підхід є критично важливим в умовах зростання зоонозних загроз, екологічної деградації та кліматичних змін.

Доцільним є створення міжвідомчих координаційних механізмів, які забезпечуватимуть системний обмін даними між медичними, ветеринарними та екологічними службами, а також спільне планування заходів із профілактики та реагування. Важливою складовою є розвиток інтегрованого епідеміологічного нагляду, що охоплює не лише людське населення, а й тваринні популяції та стан довкілля.

У ширшому контексті превентивна парадигма державної політики має бути зміщена від реагування на наслідки до управління детермінантами здоров'я. Це передбачає міжсекторальну інтеграцію політик у сферах освіти, екології, соціального захисту, містобудування та економічного розвитку. Особливу роль відіграє інвестиція у профілактику як найбільш економічно ефективний інструмент зниження довгострокового навантаження на систему охорони здоров'я.

Таким чином, удосконалення державного управління системою громадського здоров'я має базуватися на триєдиній логіці: аналітичне врядування (data-driven governance) [8], інклюзивне партнерство з громадянським суспільством [23] та інтегрована міжсекторальна модель One Health [16; 17]. Саме поєднання цих підходів створює передумови для формування стійкої, адаптивної та превентивно орієнтованої системи громадського здоров'я.

Висновки. Інституційна еволюція системи громадського здоров'я України має нелінійний кризоцентричний характер, що підтверджує застосовність концепцій залежності від попереднього розвитку (path dependence) та критичних подій (critical junctures). Ключовими драйверами змін були зовнішні та внутрішні кризи (економічна трансформація 1990-х, реформи після 2014 р., пандемія COVID-19, повномасштабна війна), які щоразу руйнували попередню інституційну рівновагу та відкривали «вікна можливостей» для перебудови системи. Відбулася трансформація від централізованої санітарно-епідеміологічної моделі до адаптивної мережевої системи громадського здоров'я, що базується на ризик-орієнтованому управлінні, міжсекторальній взаємодії та цифровій підтримці ухвалення владних рішень. При цьому сучасна модель дедалі більше інтегрується у систему національної безпеки.

Сутнісна відмінність між системою охорони здоров'я та системою громадського здоров'я поля-

гає у зміні управлінської логіки: від індивідуально-реактивної (лікування хвороби) до популяційно-превентивної (управління детермінантами здоров'я). У сучасних умовах ці системи функціонують як взаємодоповнювальні підсистеми єдиної державної політики у сфері здоров'я.

Превентивна парадигма довела свою економічну та соціальну ефективність, оскільки інвестиції у первинну профілактику, вакцинацію, скринінгові програми та управління ризиками забезпечують суттєве зниження довгострокових витрат системи охорони здоров'я та зменшення тягара неінфекційних захворювань. Цифровізація та телемедицина стали ключовими інструментами стійкості системи в умовах війни, забезпечивши безперервність епідеміологічного нагляду, доступність медичних послуг та оперативність владних рішень навіть за умов руйнування інфраструктури. Система громадського здоров'я України фактично трансформувалася у компонент національної стійкості, що виконує не лише медичні, а й безпекові, гуманітарні та соціально-стабілізаційні функції в умовах полікризи.

Партнерська модель управління (державна – НУО – міжнародні організації) стала критично важливою умовою функціонування системи, однак її ефективність обмежується фрагментацією координації, дублюванням функцій, недостатньою інституціоналізацією взаємодії.

Основним стратегічним викликом залишається перехід від кризового реагування до інституційно стабільної превентивної системи, здатної працювати в умовах післявоєнного відновлення, демографічних змін і довгострокових безпекових ризиків.

Подальший розвиток системи визначатиметься здатністю держави інституціоналізувати кризові інновації, перетворивши їх на стабільні механізми довгострокової політики громадського здоров'я.

Рекомендації

1. Завершити формування єдиної архітектури системи громадського здоров'я з чітким розмежуванням функцій між національним, регіональним та місцевим рівнями; інституціоналізувати цю систему як окремий компонент національної безпеки, а також національної системи відновлення та стійкості.

2. Змістити акцент державної політики у сфері громадського здоров'я в бік первинної профілактики та управління детермінантами здоров'я; перейти до аналітичного врядування (data-driven governance), інтегрувавши епідеміологічні, соціальні, екологічні та демографічні дані в єдину аналітичну систему; ініціювати створення системи раннього попередження та прогнозування ризиків на основі штучного інтелекту та сценарного моделювання.

3. Розширити використання телемедицини як стандартного каналу первинного та консультативного рівня допомоги, особливо у сільських, прифронтових та тимчасово переміщених громадах; розвивати резервні (мобільні та децентралізовані) моделі надання медико-профілактичних послуг; посилити увагу до психічного здоров'я населення як довгострокового наслідку війни.

4. Запровадити інституціоналізований міжвідомчий механізм реалізації концепції One Health, що об'єднує медичний, ветеринарний та екологічний сектори.

5. Перейти від ситуативної взаємодії до формалізованої моделі спільного врядування (co-governance); уніфікувати підходи до планування, моніторингу та оцінювання програм громадського здоров'я; створити єдину координаційну платформу для міжнародної допомоги з метою уникнення дублювання ресурсів.

Список літератури:

1. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *The Lancet*. 2005. Vol. 365 (9464). P. 1099–1104. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6) (дата звернення: 26.06.2026).
2. WHO European review of social determinants of health and the health divide / M. Marmot, J. Allen, R. Bell et al. *The Lancet*. 2012. Vol. 380 (9846). P. 1011–1029. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61228-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61228-8) (дата звернення: 26.06.2026).
3. Rose G. *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1992. ISBN: 9780192630971 (дата звернення: 26.06.2026).
4. North D. C. *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge : Cambridge University Press, 1990. DOI: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511808678> (дата звернення: 26.06.2026).
5. *Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action*. Geneva : World Health Organization, 2014. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506908> (дата звернення: 26.06.2026).

6. Strengthening the health systems response to COVID-19: technical guidance #3: supply of essential medicines and health technologies. Geneva : World Health Organization, 2020. URL: <https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/WHO-EURO-2020-673-40408-54169> (дата звернення: 26.06.2026).
7. Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience. OECD, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en> (дата звернення: 26.06.2026).
8. Global strategy on digital health 2020–2025. Geneva : World Health Organization, 2021. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924> (дата звернення: 26.06.2026).
9. One health joint plan of action (2022–2026): working together for the health of humans, animals, plants and the environment. Geneva : World Health Organization, 2022. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240059139> (дата звернення: 26.06.2026).
10. Noncommunicable diseases. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases> (дата звернення: 26.06.2026).
11. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva : World Health Organization, 2013. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236> (дата звернення: 26.06.2026).
12. Prevention and control of noncommunicable diseases in Georgia: case for investment. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2026. URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/df5f1d3a-2419-4bdd-8121-4179da5f99cd/content> (дата звернення: 26.06.2026).
13. Smallpox Eradication Programme – SEP (1966–1980). Geneva : World Health Organization, 2010. URL: [https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/the-smallpox-eradication-programme---sep-\(1966-1980\)](https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/the-smallpox-eradication-programme---sep-(1966-1980)) (дата звернення: 26.06.2026).
14. Vartiainen E. The North Karelia Project: Cardiovascular disease prevention in Finland. *Global cardiology science & practice*. 2018. Vol. 2. P. 13. DOI: <https://doi.org/10.21542/gcsp.2018.13> (дата звернення: 26.06.2026).
15. Koivusalo M. The state of Health in All policies (HiAP) in the European Union: potential and pitfalls. *Journal of epidemiology and community health*. 2010. Vol. 64 (6). P. 500–503. DOI: <https://doi.org/10.1136/jech.2009.102020> (дата звернення: 26.06.2026).
16. Danasekaran R. One Health: A Holistic Approach to Tackling Global Health Issues. *Indian journal of community medicine : official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*. 2024. Vol. 49 (2). P. 260–263. DOI: https://doi.org/10.4103/ijcm.ijcm_521_23 (дата звернення: 26.06.2026).
17. Operationalizing the One Health approach in a conflict-affected setting: A scientometric review of policy foundations, systemic gaps, and future pathways in Ukraine / A. Gerilovych, N. Shevchenko, O. Pishchanskyi et al. *Veterinary world*. 2026. Vol. 19 (1). P. 389–408. DOI: <https://doi.org/10.14202/vetworld.2026.389-408> (дата звернення: 26.06.2026).
18. Сароцця Г., Кемен Р. Д. The Study of Critical Junctures: Theory, Narrative, and Counterfactuals in Historical Institutionalism. *World Politics*. 2007. Vol. 59 (3). P. 341–369. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0043887100020852> (дата звернення: 26.06.2026).
19. Демочко Г. Охорона здоров'я в Українській Державі. Вісник КНЛУ. Сер.: Історія, економіка, філософія. 2012. Вип. 17. С. 140–144. URL: <http://visnyk-history.knlu.edu.ua/article/download/63208/58629> (дата звернення: 26.06.2026).
20. Гаман Т. Б. Формування та реалізація державної політики у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення в Україні. Ефективність державного управління. 2023. Т. 68/69. С. 33–47. DOI: <https://doi.org/10.36930/506803> (дата звернення: 26.06.2026).
21. Tulchinsky T. H., Varavikova E. A. A History of Public Health. *The New Public Health*. 2024. P. 1–42. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-415766-8.00001-X> (дата звернення: 26.06.2026).
22. Kickbusch I., Gleicher D. Governance for health in the 21st century. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2012. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/326429> (дата звернення: 26.06.2026).
23. Кувшинова Є. В., Рябцев Г. Л. Державна політика розвитку та правові засади діяльності неурядових організацій у системі громадського здоров'я України. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2026. № 4. DOI: <https://doi.org/10.32702/2307-2156.2026.4.13> (дата звернення: 26.06.2026).
24. Бобак А. І., Шимечко О. С. Інформаційно-технологічні аспекти формування та реалізації державної політики реформ у системі охорони здоров'я на сучасному етапі в Україні. Публічне управління та митне адміністрування. 2024. № 4 (43). С. 10–14. DOI: <https://doi.org/10.32782/2310-9653-2024-4.2> (дата звернення: 26.06.2026).

Kuvshynova Ye. V., Riabtsev G. L. INSTITUTIONAL TRANSFORMATIONS OF THE PUBLIC HEALTH SYSTEM OF UKRAINE IN POLYCRISIS

The article examines the institutional transformations of Ukraine's public health system in both historical and contemporary perspectives, taking into account the impact of crisis factors and conditions of polycrisis. It substantiates that the system's evolution is nonlinear and crisis-centered in nature and is determined by the mechanisms of path dependence and critical junctures, where external shocks act as catalysts for institutional change, as well as for the restructuring of governance models and functional priorities in public health policy.

It is shown that the development of the system has passed through several interconnected stages: from the formation of elements of a centralized sanitary and epidemiological governance system in 1917–2021, through the Soviet centralized Semashko model, subsequent post-Soviet institutional inertia (1991–2014), to the current phase of deep transformation, which includes post-2014 reforms, the COVID-19 pandemic as an accelerator of digital and managerial change, and the wartime stage in which the public health system is being integrated into the architecture of national security and state resilience.

It is established that the key trend is the transition from an administrative-control and treatment-oriented model to a risk-oriented, preventive, and multisectoral governance system based on the principles of Health in All Policies and One Health. It is emphasized that the role of digitalization, data analytics, telemedicine, network governance, and partnerships between state institutions, non-governmental organizations, and international partners is increasing as a core mechanism for ensuring system resilience under conditions of crisis instability.

It is demonstrated that Ukraine's modern public health system functions as a multifunctional component of national resilience, combining medical, epidemiological, security, humanitarian, and socio-stabilizing functions. It is determined that the main strategic challenge remains the institutionalization of crisis-driven innovations generated during the pandemic and wartime periods, and the transition to a stable preventive model of public administration under conditions of long-term risks, demographic shifts, and post-war recovery.

Keywords: public health, institutional transformations, public administration, policy-making, polycrisis, preventive medicine, digitalization of healthcare, national security, crisis management, change management.

Дата першого надходження статті до видання: 22.07.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 10.08.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 15.10.2026