



УДК 614.2:351.77(100)

[https://doi.org/10.52058/3041-1572-2025-8\(16\)-572-587](https://doi.org/10.52058/3041-1572-2025-8(16)-572-587)

Кіян Олександр Сергійович аспірант, Житомирський державний університет імені Івана Франка, м. Житомир, тел.: 0983264486, <https://orcid.org/0009-0001-5769-4125>

ЗАКОРДОННИЙ ДОСВІД ДЕРЖАВНО-ГРОМАДСЬКОГО УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я: ІНСТИТУЦІЙНІ МОДЕЛІ ТА ПРАКТИКИ

Анотація. У сучасній світовій практиці зростає значення державно-громадського управління (ДГУ) у сфері охорони здоров'я як ефективної моделі взаємодії державних інституцій та громадянського суспільства. Актуальність дослідження зумовлена необхідністю адаптації в Україні дієвих механізмів участі громадськості у формуванні медичної політики, що є особливо важливим в умовах реформування системи охорони здоров'я, низького рівня довіри до інституцій та потреби у підвищенні ефективності управлінських рішень. Метою статті є систематизація інституційних моделей державно-громадського управління охороною здоров'я в зарубіжних країнах, виявлення їхніх переваг і обмежень, а також розроблення рекомендацій щодо можливостей імплементації кращих практик в український контекст.

Методологічну основу дослідження становлять компаративний аналіз, системний підхід, елементи SWOT-аналізу, інструменти матричної оцінки заходів, а також критичний огляд сучасних зарубіжних наукових публікацій. Результати дослідження засвідчили, що запозичення таких елементів, як нормативне закріплення обов'язкових громадських консультацій, створення незалежних платформ участі пацієнтів, розширення цифрових інструментів відкритої політики та мережі посередників (фасилітаторів) у громадському діалозі, може посилити легітимність і стійкість медичних реформ. Запропоновано алгоритм адаптації відповідних заходів з урахуванням інституційних бар'єрів і необхідної взаємодії ключових стейкхолдерів. Матриця пріоритетності заходів дозволяє визначити як швидко реалізовувані дії, так і ініціативи, що потребують пілотування чи нормативного доопрацювання. У висновках обґрунтовано, що запровадження державно-громадського управління в Україні потребує поєднання нормативної ініціативи, політичної волі, розвитку культури участі та створення сприятливого цифрового середовища. Водночас імплементація міжнародного досвіду має враховувати специфіку українських інституційних реалій, обмеження ресурсного забезпечення, виклики воєнного часу, фрагменто-



8(16)
2025

СУСПІЛЬСТВО ТА
НАЦІОНАЛЬНІ
ІНТЕРЕСИ

ваність управлінської системи та потребу у глибокому відновленні довіри до публічної політики й системи охорони здоров'я загалом.

Ключові слова: державно-громадське управління, охорона здоров'я, публічна політика, пацієнтська участь, інституційні моделі, громадянське суспільство, цифрова платформа, зарубіжний досвід.

Kiian Oleksandr Serhiiovych PhD Student, Ivan Franko Zhytomyr State University, Zhytomyr, tel.: 0983264486, <https://orcid.org/0009-0001-5769-4125>

FOREIGN EXPERIENCE OF PUBLIC-CIVIC GOVERNANCE IN HEALTHCARE: INSTITUTIONAL MODELS AND PRACTICES

Abstract. In modern global practice, public–civic governance (PCG) in healthcare is gaining increasing significance as an effective model of interaction between state institutions and civil society. The relevance of this research lies in the need to adapt effective mechanisms of public participation in health policy formation in Ukraine, which is especially important in the context of healthcare reform, low institutional trust, and the need to enhance the effectiveness of decision-making. The aim of the article is to systematize institutional models of public–civic governance in healthcare in foreign countries, identify their strengths and limitations, and develop recommendations for the possible implementation of best practices within the Ukrainian context. The methodological framework of the study includes comparative analysis, a systems approach, elements of SWOT analysis, matrix-based evaluation tools, and a critical review of contemporary foreign scholarly publications.

Results of the study demonstrated that the adoption of such elements as the legal consolidation of mandatory public consultations, the establishment of independent patient participation platforms, the expansion of digital tools for open policy, and the development of intermediary networks (facilitators) in public dialogue can enhance the legitimacy and resilience of healthcare reforms. An algorithm for adapting relevant measures was proposed, taking into account institutional barriers and the required interaction of key stakeholders. The priority matrix enables the identification of both quick-win actions and initiatives that require piloting or regulatory refinement. The conclusions justify that the implementation of public–civic governance in Ukraine requires a combination of normative initiative, political will, development of a participation culture, and the creation of a supportive digital environment. At the same time, the implementation of international experience must consider the specificities of Ukrainian institutional realities, resource constraints, wartime challenges, fragmentation of the management system, and the urgent need to restore trust in public policy and the healthcare system as a whole.



Keywords: public-civic governance, healthcare, public policy, patient participation, institutional models, civil society, digital platform, international experience.

Постановка проблеми. В умовах трансформації системи охорони здоров'я України особливої ваги набуває пошук ефективних моделей управління, здатних забезпечити не лише стійкість і якість медичних послуг, а й ширше залучення громадськості до ухвалення управлінських рішень. Водночас досвід пандемії COVID-19, воєнного стану та загострення соціальних викликів показав, що суто централізовані або адміністративно-ієрархічні підходи є недостатніми для оперативного реагування на потреби населення, ефективного використання ресурсів та підвищення довіри до системи охорони здоров'я.

На цьому тлі концепція державно-громадського управління (ДГУ), що передбачає активну участь пацієнтів, неурядових організацій, професійних асоціацій та місцевих громад у формуванні та реалізації політики в галузі охорони здоров'я, відкриває нові горизонти для інституційного оновлення. Запровадження прозорих, інклюзивних і технологічно підтриманих форматів співуправління стає передумовою для формування стійкої, орієнтованої на пацієнта моделі системи охорони здоров'я [1].

Попри те, що в українських реформах уже декларуються елементи державно-громадської взаємодії (громадські ради, консультації, механізми публічного обговорення бюджетів), їх інституційна результативність залишається обмеженою, а механізми участі часто мають фрагментарний характер. Це зумовлює необхідність вивчення зарубіжного досвіду впровадження різних моделей ДГУ, зокрема в європейських країнах із усталеними практиками соціального партнерства та цифрової відкритості.

Таким чином, актуальність дослідження полягає в потребі ідентифікації релевантних моделей державно-громадського управління охороною здоров'я, оцінки їхньої ефективності та можливостей адаптації в українських реаліях, що є важливою передумовою для формування сучасної, інклюзивної та стійкої системи охорони здоров'я.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У сучасних дослідженнях домінує тенденція до активізації залучення пацієнтів і громадськості в управління та розвиток систем охорони здоров'я, що відображається у розширенні підходів PPI (Patient and Public Involvement) як інструменту посилення ефективності, прозорості та інклюзивності медичних рішень.

Проаналізовані публікації відображають зростаючий науковий інтерес до багатовимірних аспектів державно-громадського управління охороною здоров'я. Дослідження W. Lu, Y. Li, J. Montayre, M. Li, K. Ho, J. Li, J. Yorke засвідчує посилення глобального тренду на PPIE у медичних інтервенціях, однак звертає увагу на обмежену міжкраїнову співпрацю та нерівномірність розподілу досвіду [2].



8(16)
2025

СУСПІЛЬСТВО ТА
НАЦІОНАЛЬНІ
ІНТЕРЕСИ

Норвезьке дослідження А. Olsson, U. Stenberg, M. Haaland-Overby, T. Slettebo, A. Strom акцентує на ролі внутрішніх фасилітаторів у забезпеченні сталого впровадження участі пацієнтів на локальному рівні, підкреслюючи складність взаємодії з управліннями, які часто не усвідомлюють значущості таких практик [3]. У роботі А. Karlsson та А. Janssens PPIE розглядається як елемент освітнього процесу, що формує нове покоління професіоналів, орієнтованих на партнерську модель медицини [4]. Стаття О. Рокунець-Сорочан пропонує комплексний теоретико-методологічний підхід до розуміння державно-громадської взаємодії, виокремлюючи її інституційні, нормативні та комунікативні компоненти [1]. Проект Ї. Quinn та співавторів фокусується на «громадському рев'ю» як новій моделі взаємодії, що дозволяє нефахівцям брати участь у створенні систематичних оглядів, водночас долаючи бар'єри академічної віддаленості [5]. Дослідження М. Fredriksson та А. Modigh на прикладі Швеції виявило обмежену ефективність діалогів із громадянами, які часто залишаються декларативними та без подальшого впливу на прийняття рішень [6]. У публікації R. Rajendran та співавторів проаналізовано досвід Індії, де залучення стейкхолдерів сприяє інклюзивності досліджень, однак залишається вразливим до фінансових і організаційних бар'єрів [7]. У якісному дослідженні Т. Merenda, S. Rharib, P. Delannoy, J. Denis, S. Patris увага приділена автономії осіб із вадами зору, підкреслюючи важливість адаптацій комунікації та розширення участі у фармацевтичній сфері [8]. Останнє джерело J. Bergholtz та співавторів узагальнює поточні напрями досліджень у формі меппінг-огляду, акцентуючи на потребі у дослідженнях з довготривалим спостереженням, оцінкою ефективності та розробкою уніфікованих підходів [9].

Таким чином, сучасна наукова думка сходиться на необхідності системного підходу до участі громадськості у сфері охорони здоров'я - з інституційною підтримкою, освітніми інтервенціями та доказовими підходами, що враховують як локальний контекст, так і глобальні тренди.

Попри зростаючу кількість досліджень, значна частина питань у сфері державно-громадського управління охороною здоров'я залишається невирішеною. Зокрема, недостатньо дослідженими є механізми інституціоналізації участі громадськості в прийнятті управлінських рішень, ефективність залучення пацієнтів у стратегічне планування медичних послуг, критерії оцінювання результативності таких практик, а також способи подолання бар'єрів у спілкуванні між державними органами та громадянським суспільством. Крім того, фрагментарність термінології, обмежена доказовість результатів і відсутність адаптованих до національного контексту моделей участі ускладнюють імплементацію підходів PPI/PPIE в системі охорони здоров'я України. У цьому контексті наше дослідження спрямоване на систематизацію існуючих моделей державно-громадської взаємодії у сфері охорони здоров'я, виявлення чинників



їх ефективності та формування алгоритму впровадження пріоритетних інструментів із урахуванням українських реалій і потреб реформування медичної системи.

Мета статті – дослідження зарубіжних інституційних моделей державно-громадського управління у сфері охорони здоров'я, визначення їхньої специфіки, ефективних практик та розроблення пропозицій щодо можливостей адаптації цього досвіду в українських умовах з урахуванням сучасних викликів.

Завдання статті: 1) проаналізувати сучасні підходи до державно-громадського управління в охороні здоров'я та виокремити ключові елементи ефективної взаємодії між державою і громадянським суспільством; 2) систематизувати зарубіжні інституційні моделі ДГУ у сфері охорони здоров'я на прикладі країн Скандинавії, Німеччини, Франції та Польщі, визначити їх сильні сторони, виклики та інструменти; 3) обґрунтувати напрями адаптації провідних практик ДГУ до українських умов, розробивши алгоритм впровадження із врахуванням національних бар'єрів, цифрового потенціалу та потреб стейкхолдерів.

Виклад основного матеріалу. У світовій практиці організації охорони здоров'я дедалі більшого значення набуває концепція ДГУ, що ґрунтується на принципах партнерства між державними органами, медичною спільнотою та інститутами громадянського суспільства [10]. Такий підхід вважається інструментом зміцнення довіри до системи охорони здоров'я, підвищення прозорості та підзвітності рішень, а також забезпечення більшої відповідності політики реальним потребам населення. Залучення пацієнтів і громадськості до процесів планування, оцінювання та моніторингу медичних послуг сприяє демократизації управління та зменшенню ризиків соціального відчуження вразливих груп [1].

Особливу актуальність ця концепція набуває в умовах пошуку нових моделей ефективного управління системами охорони здоров'я, здатних відповідати на виклики демографічних змін, бюджетних обмежень, цифрової трансформації та зростання суспільних очікувань. У цьому контексті міжнародна практика пропонує низку інституційних моделей взаємодії держави та громадянського суспільства, які варіюються залежно від рівня децентралізації, моделі фінансування, нормативного оформлення участі та культурно-історичних традицій [11].

Відповідно до міжнародних порівняльних досліджень, інституційне забезпечення державно-громадського управління суттєво варіюється залежно від політичної системи, рівня децентралізації, традицій публічного адміністрування та ступеня розвитку громадянського суспільства. На основі узагальнення практик країн ЄС та OECD можна виокремити кілька типових моделей державно-громадської взаємодії в охороні здоров'я, кожна з яких характеризується особливостями інституційної архітектури, механізмами участі громадськості та форматом розподілу управлінських функцій.



Англосаксонська модель державно-громадського управління в охороні здоров'я, типова для Великої Британії, характеризується поєднанням централізованого адміністрування з формалізованими механізмами залучення громадськості. На рівні національної служби охорони здоров'я Англії (NHS England) закладено інституційну основу для участі громадян через багаторівневі структури, що охоплюють як організаційні одиниці управління, так і безпосередні ланки надання послуг [12].

До ключових елементів моделі належать: клінічні комісійні групи (CCG) - місцеві органи, які планують та закуповують більшість медичних послуг. Вони зобов'язані організовувати процеси участі пацієнтів, зокрема через залучення їх до дорадчих структур та обговорень реформ (NHS England, 2024); групи участі пацієнтів (Patient Participation Groups, PPG) - формуються при практиках сімейних лікарів. До їх складу входять пацієнти, лікарі та адміністрація практики. Групи регулярно обговорюють якість медичних послуг, ініціюють покращення сервісу, аналізують скарги та очікування користувачів; місцеві ради з охорони здоров'я та добробуту (Health and Wellbeing Boards) - міжсекторальні структури, які координують політику охорони здоров'я з соціальним забезпеченням. До складу входять представники місцевої влади, громадських організацій, органів охорони здоров'я, а також обов'язково - представники організації Healthwatch England як незалежного наглядача від громадськості; партнерства «Голоси материнства» (Maternity Voices Partnerships) - консультативні групи, що забезпечують спільне планування і моніторинг перинатальних послуг. До їх складу входять як представники пацієнтів, так і працівники служб материнства; локальні професійні мережі (Local Professional Networks) - механізм залучення громадськості до вдосконалення стоматологічної, фармацевтичної та оптометричної допомоги, з фокусом на інтеграцію послуг і міждисциплінарне партнерство [12].

Всі ці механізми забезпечують горизонтальну та вертикальну участь громадськості - від загальнонаціонального рівня до локального, із чітко визначеними ролями та процедурами взаємодії. Особливістю британської моделі є також наголос на інституціоналізованих формах волонтерства, членства та моніторингу, що посилює легітимність прийнятих рішень і підвищує довіру до системи [12].

Таким чином, англосаксонська модель демонструє ефективність комбінованого підходу, де державна політика доповнюється активною участю пацієнтів і громадських структур через мережу дорадчих та управлінських форм співпраці.

Скандинавська модель державно-громадського управління в охороні здоров'я вирізняється високим рівнем децентралізації управління, інституційною довірою до місцевих органів влади та акцентом на участі пацієнтів у прийнятті рішень через механізми зворотного зв'язку, громадянських діалогів і залучення до досліджень [3; 6; 13]. У таких країнах, як Швеція, Норвегія та Данія, активна



участь пацієнтів трактується не лише як моральний чи політичний обов'язок, а як фактор підвищення ефективності медичних послуг.

Попри високу загальну якість управлінських інститутів, в країнах Скандинавії виявлено фрагментарність у формалізації стратегій залучення пацієнтів до досліджень. Згідно з оглядом [13], більшість досліджень у сфері охорони здоров'я, що включають компонент PPI (Patient and Public Involvement), реалізуються без чітких національних політик чи стандартизованих підходів. Автори наголошують на потребі розробки чітких стратегій PPI у кожній із скандинавських країн, що дозволить посилити вплив залучення пацієнтів на релевантність і якість досліджень. Залучення громадськості у PPI може покращити: актуальність тематики дослідження; методи збору даних та етичні аспекти; ефективність комунікації з пацієнтами; якість результатів і довіру до них. Разом із тим, автори застерігають від формального виконання вимог донорів без змістовного залучення спільнот, адже лише свідоме партнерство може забезпечити дійсний вплив на результати [13].

Окремої уваги заслуговує інституційна система якості первинної медичної допомоги у Швеції, яка фінансується Шведською асоціацією місцевих і регіональних органів влади (SALAR) спільно з урядом. Вона заснована на: національних індикаторах якості, які розроблені лікарями, медсестрами та іншими практиками первинної ланки; автоматизованому зборі статистики з електронних медичних карток; наданні медичним центрам зворотного зв'язку у вигляді порівняння з середніми показниками по країні; локальному аналізу даних як основі для обговорення, планування та вдосконалення. Ця система спрямована на підтримку безперервного навчання та вдосконалення без створення додаткового адміністративного навантаження, зберігаючи при цьому інституційну прозорість, відкритість даних і орієнтацію на пацієнта [6; 14].

Таким чином, скандинавська модель характеризується не лише процедурною участю громадян, а й вбудованими інфраструктурами даних і стандартів, які створюють передумови для ефективного та сталісного громадського впливу на якість медичних послуг.

Континентальна модель державно-громадського управління в охороні здоров'я, притаманна Німеччині, Франції та іншим країнам континентальної Європи, базується на принципах соціального партнерства, солідарності та самоврядування. Її ключовими ознаками є: наявність обов'язкового медичного страхування, яке охоплює більшість населення; фінансування через внески працівників і роботодавців, а не за рахунок прямого бюджетного фінансування; самоврядні неприбуткові фонди медичного страхування, що функціонують за участі представників працівників, роботодавців і держави; врівноважене регулювання системи через нагляд з боку центральних урядових органів і міністерств соціального забезпечення.

Система соціального медичного страхування Німеччини, започаткована ще в 1883 році Отто фон Бісмарком, залишається одним із найстабільніших



прикладів корпоративістського врядування у сфері охорони здоров'я. Вона охоплює понад 90 % населення та забезпечує: доступ до безкоштовного лікування, грошову допомогу у разі тимчасової непрацездатності, матеріальну підтримку вагітним і допомогу на поховання. Фінансування здійснюється з трьох джерел: внески працівників, роботодавців і частково державного бюджету. Основними суб'єктами системи виступають лікарські каси – самоврядні, незалежні, неприбуткові організації, що діють відповідно до законодавства і забезпечують управління коштами медичного страхування. Існують різні типи кас – місцеві, виробничі, галузеві – які адаптовані до специфіки населення чи зайнятості. Участь громадськості у прийнятті рішень забезпечується через представництво застрахованих осіб у керівних органах кас, що формує основу для публічно-суспільного управління [15].

Французька система соціального страхування відзначається високим ступенем централізації при збереженні основ корпоративістської моделі. Обов'язкове медичне страхування покриває близько 78–80 % населення, а мережа добровільного страхування і фондів соціальної допомоги доповнює систему. Управління системою здійснюється єдиною ієрархією страхових кас, які перебувають під наглядом Національної страхової організації та Міністерства соціального забезпечення. Фінансова модель побудована на страхових податках, які становлять до 90 % обсягу фонду охорони здоров'я, з фіксованим відсотком від фонду оплати праці. При цьому у Франції також існують канали участі пацієнтів і громадськості через: комісії при страхових організаціях, фонди взаємодопомоги, наглядові ради при закладах охорони здоров'я [16].

Континентальна модель формує інституційну рівновагу між державою, бізнесом, пацієнтами та медичними працівниками. Такий підхід сприяє: стабільному фінансуванню охорони здоров'я, широкому охопленню населення медичними послугами, реальному представництву інтересів громадян у системі охорони здоров'я, розвитку профілактичних заходів та соціальної відповідальності фондів.

Системи охорони здоров'я країн Центрально-Східної Європи, зокрема Польщі, формуються в умовах постсоціалістичних трансформацій, інтеграції до ЄС та зростаючого тиску демографічних і соціальних змін. Польська модель охорони здоров'я поєднує універсальне соціальне медичне страхування, територіальну децентралізацію управління та цифрові інструменти, що забезпечують зворотний зв'язок і доступ пацієнтів до послуг. Система організована на трьох рівнях адміністративного управління: муніципалітети (гміни) відповідають за первинну медичну допомогу; повіти (повіти) – за місцеві лікарні; воєводства – за великі лікарняні структури. Такий поділ створює функціональну фрагментацію, що ускладнює координацію між рівнями влади. Лікарі первинної ланки виконують функцію «воротарів», які регулюють доступ до спеціалізованих медичних послуг, що відповідає логіці системного управління потоками пацієнтів.



Основу фінансування становить обов'язкове соціальне медичне страхування, доповнене значною часткою приватних витрат (близько 30 % загальних витрат на охорону здоров'я), що є вищим за середньоєвропейські показники. Приватні витрати з кишені пацієнтів особливо відчутні у сегменті: стоматології; придбання ліків; платних консультацій у приватних клініках. Таке поєднання солідарної моделі з ринковими механізмами вимагає посилення прозорості та контролю над якістю послуг [17].

Один із найбільш динамічних векторів розвитку – цифрова трансформація системи охорони здоров'я. Серед ключових досягнень: запровадження електронного рецептурного обслуговування (з 2020 року обов'язкове); розвиток телемедицини та онлайн-консультацій; створення державної цифрової інфраструктури для взаємодії з пацієнтами через SMS, email та QR-коди. Ці інструменти підвищують доступність послуг, особливо для мешканців віддалених регіонів, та стимулюють прозору комунікацію між пацієнтом і системою [17].

Польська модель відображає гібридний тип державно-громадського управління, в якому взаємодіють: солідарні страхові механізми, спадкоємні від континентальної моделі; територіальна децентралізація управління охороною здоров'я; сучасні цифрові інструменти, які відкривають нові можливості для прозорості участі громадськості.

На основі здійсненого аналізу інституційних підходів до державно-громадського управління в охороні здоров'я у різних країнах, можна виокремити низку ключових параметрів, що визначають характер взаємодії держави й громадянського суспільства. Для узагальнення та візуалізації аналізу представлено таблицю моделей державно-громадського управління в охороні здоров'я – табл. 1, яка дозволяє виявити сильні сторони, обмеження та потенційні напрями адаптації елементів міжнародного досвіду в українському контексті.

Таблиця 1

Порівняльна таблиця моделей державно-громадського управління в охороні здоров'я

Англосаксонська (Велика Британія)	Скандинавська (Швеція)	Континентальна (Німеччина/ Франція)	Центрально- Східноєвропейська (Польща)
<i>Тип моделі</i>			
Централізована з формалізованими механізмами участі	Децентралізована, муніципальна участь	Корпоративістська модель соціального страхування	Гібридна: страхування + децентралізація + цифровізація
<i>Основне джерело фінансування</i>			
Державне фінансування через NHS	Податки місцевих бюджетів, урядове фінансування	Внески працівників і роботодавців, частково бюджет	Соціальне страхування + приватні витрати

Англосаксонська (Велика Британія)	Скандинавська (Швеція)	Континентальна (Німеччина/ Франція)	Центрально- Східноєвропейська (Польща)
<i>Рівень децентралізації</i>			
Обмежена, централізована	Висока	Середня	Висока, тривірнева система управління
<i>Форма участі громадськості</i>			
PPG, Healthwatch, громадські ради при медичних практиках і трастах	Громадянські діалоги, участь у плануванні, зворотний зв'язок із пацієнтами	Представництво застрахованих у фондах, участь профспілок і пацієнтів	Місцеве самоврядування, цифрові сервіси, телемедицина
<i>Інституційна основа участі</i>			
Інституціоналізовані і дорадчі структури NHS, обов'язкові консультації	Муніципальні ради, SALAR, системи якості, реєстри	Лікарські каси, страхові організації, нагляд через державні органи	Гміни, повіти, воєводства; державна платформа e-Zdrowie
<i>Роль цифровізації</i>			
Комунікація, облік скарг, електронні сервіси участі	Системи зворотного зв'язку, реєстри якості, відкриті дані	Обмежена, переважно для внутрішнього адміністрування	Е-рецепти, онлайн- консультації, цифрове обслуговування
<i>Основні виклики</i>			
Фрагментарність участі, перевантаження NHS	Нестандар- тизованість PPI, варіативність механізмів участі	Зростання витрат, бюрократичність, старіння населення	Кадровий дефіцит, черги, нерівний доступ, фрагментація управління

Джерело: авторська розробка

Порівняльний аналіз інституційних моделей державно-громадського управління в охороні здоров'я дозволяє виокремити низку кращих практик, що довели свою ефективність у контексті підвищення прозорості, якості послуг та легітимності рішень у сфері охорони здоров'я:

1. Інституціоналізовані дорадчі органи (Велика Британія, Франція): групи участі пацієнтів (PPG), громадські ради при лікарнях і медичних трастах; комісії страхових фондів, що включають представників пацієнтів, працівників і підприємців; організація Healthwatch England, яка надає громадськості формалізовану роль у нагляді за якістю послуг.

2. Муніципальні громадянські діалоги та системи якості (Швеція): залучення громад до стратегічного планування через діалоги та дорадчі сесії; інтеграція системи національних індикаторів якості, що базуються на зворотному зв'язку з пацієнтами; роль SALAR як координаційної структури між регіонами, профспілками і громадськістю.

3. Участь у соціальних фондах і лікарських касах (Німеччина): самоврядування страхових кас, що передбачає представництво інтересів застрахованих



осіб; розвиток профілактичних програм і добровільної участі у наглядових структурах.

4. Цифрові механізми участі та доступу (Польща): електронні рецепти, телемедицина, державні інформаційні платформи як засіб включення пацієнтів у систему; роль місцевого самоврядування як первинного рівня управління охороною здоров'я; залучення пацієнтів через зворотний зв'язок, цифрові оцінки сервісів, доступ до даних про лікування.

Ураховуючи зазначене, доцільно сформуванати систему конкретних заходів, реалізація яких дозволить адаптувати найефективніші інструменти закордонного досвіду до українських умов. У табл. 2 узагальнено ключові ініціативи, очікувані результати, потенційні бар'єри впровадження та коло відповідальних суб'єктів.

Таблиця 2

**Заходи для розвитку державно-громадського управління у сфері
охорони здоров'я в Україні**

Запропонований захід	Очікуваний результат	Можливі бар'єри	Потрібна взаємодія
Запровадження обов'язкових громадських консультацій під час формування політики охорони здоров'я	Підвищення прозорості, підзвітності та легітимності управлінських рішень	Опір з боку управлінців, формалізація процесу без реального впливу	МОЗ, НСЗУ, Верховна Рада, громадські організації
Створення груп участі пацієнтів (ГУП) при ЗОЗ на всіх рівнях	Забезпечення сталого діалогу між пацієнтами та закладами охорони здоров'я	Брак кадрових, часових і фінансових ресурсів у ЗОЗ	ЗОЗ, пацієнти, органи місцевого самоврядування
Розробка національної цифрової платформи зворотного зв'язку щодо якості послуг	Формування відкритої системи контролю якості та довіри пацієнтів	Нестача цифрової грамотності, технічні обмеження, захист даних	МОЗ, Міністерство цифрові трансформації, розробники ІТ-рішень, громади
Інституційне посилення ролі пацієнтських організацій через акредитацію та фінансування	Системне представництво інтересів пацієнтів у медичній політиці	Низький рівень організаційного розвитку пацієнтських спільнот	МОЗ, профільні асоціації, донори, НУО
Включення модулів з партисипативного врядування до програм медичної освіти	Формування управлінської культури взаємодії з громадськістю у медиків	Невизнання важливості партисипації в системі підготовки медиків	Медичні ЗВО, МОЗ, Міністерство освіти і науки
Пілотування скандинавської моделі муніципальної участі у громадах	Узгодження локальної політики охорони здоров'я з потребами громад	Недостатнє розуміння муніципалітетами ролі громадськості в управлінні	ОМС, регіональні управління охорони здоров'я, SALAR, експерти

Джерело: авторська розробка

Реалізація запропонованих заходів вимагає послідовного підходу, що враховує як інституційну готовність системи, так і потребу в комплексному супроводі змін. З метою забезпечення ефективності впровадження ініціатив доцільно орієнтуватися на етапну модель дій – рис. 1:



Рис. 1. Алгоритм впровадження механізмів державно-громадського управління у сфері охорони здоров'я в Україні

Джерело: авторська розробка

Запропонований алгоритм впровадження механізмів державно-громадського управління у сфері охорони здоров'я в Україні є не лише послідовністю технічних дій, а й концептуальною рамкою для формування якісно нової моделі врядування. Йдеться про перехід від фрагментарної взаємодії з громадськістю до системного, прозорого й інституційно закріпленого партнерства. Така трансформація потребує інтеграції зусиль законодавчої та виконавчої влади,



органів місцевого самоврядування, медичних закладів, цифрових платформ, освітніх установ і громадянського суспільства.

Реалізація запропонованих кроків дозволяє: сформувати ефективні канали зворотного зв'язку між державою й пацієнтами; зміцнити легітимність управлінських рішень у сфері охорони здоров'я; підвищити рівень довіри до медичних інституцій; забезпечити якісну адаптацію успішних міжнародних практик до українського контексту; створити умови для сталого розвитку системи охорони здоров'я, орієнтованої на потреби людини.

Таким чином, алгоритм впровадження виступає не лише інструментом впорядкування реформ, а й основою для побудови інклюзивної, сучасної та соціально орієнтованої системи охорони здоров'я, у якій пацієнт визнається повноправним суб'єктом формування політик, а не лише пасивним користувачем послуг.

Висновки. Проведене дослідження підтвердило, що розвиток державно-громадського управління у сфері охорони здоров'я є одним із ключових напрямів посилення демократичності, прозорості та ефективності системи охорони здоров'я в умовах сучасних викликів. Порівняльний аналіз інституційних моделей участі громадськості, представлений на прикладі Великої Британії, Швеції, Німеччини, Франції та Польщі, дозволив виявити типологію підходів до взаємодії держави та громадянського суспільства залежно від моделі фінансування, рівня децентралізації, цифрової інтеграції та нормативного врегулювання форм участі.

Англосаксонська модель засвідчує ефективність формалізованих механізмів участі пацієнтів через групи при практиках лікарів, громадські ради, наглядові органи та публічні консультації. Скандинавський підхід демонструє вагому роль місцевого самоврядування, діалогових форматів і систем зворотного зв'язку, побудованих на відкритих даних і муніципальних реєстрах якості. Континентальні моделі характеризуються соціальним партнерством і самоврядуванням у межах страхових фондів, а центральноєвропейські – поєднанням децентралізованого управління, цифровізації та солідарного фінансування, як показує приклад Польщі.

Узагальнення закордонного досвіду дозволило сформувати авторське бачення напрямів трансформації української системи в частині залучення громадськості. Зокрема, було представлено порівняльну таблицю моделей, виокремлено кращі практики, розроблено таблицю заходів, що охоплюють нормативні, організаційні, цифрові та освітні компоненти, а також представлено алгоритм впровадження механізмів участі, адаптований до українських умов.

З урахуванням проведеного аналізу та враховуючи наявні структурні бар'єри (фрагментарність участі, недостатнє нормативне регулювання, нерівність цифрового доступу, слабка розвиненість пацієнтських асоціацій), пропо-

нується поетапне впровадження державно-громадського управління в охороні здоров'я в Україні. Таким чином, запропонована модель трансформації управління у сфері охорони здоров'я дозволяє перейти від формального залучення пацієнтів до інституційно оформленої, прозорої та орієнтованої на результат взаємодії, що відповідає європейським стандартам та сприятиме підвищенню довіри до системи охорони здоров'я в Україні.

Перспективи подальших досліджень полягають у розширенні емпіричної бази щодо ефективності різних форматів державно-громадської взаємодії в охороні здоров'я на національному та місцевому рівнях. Доцільним є також поглиблене вивчення механізмів інституціоналізації участі громадян у прийнятті рішень, зокрема через цифрові платформи, консультативні органи та партнерські програми.

Література:

1. Рокунець-Сорочан О. Наукові підходи щодо розуміння державно-громадської взаємодії як основи вдосконалення державної політики в сфері охорони здоров'я. *Теоретичні та прикладні питання державотворення*. 2025. № 3. С. 346–356. DOI: <https://doi.org/10.35432/tisb332025332101>.
2. Lu W.Z., Li Y., Montayre J., Li M.Q., Ho K.Y., Li J.Y., Yorke J. A Bibliometric Analysis of Healthcare Intervention-Related Studies Reporting Patient and Public Involvement and Engagement. *Healthcare*. 2025. Vol. 13, Issue 3. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare13030305>.
3. Olsson A.B.S., Stenberg U., Haaland-Overby M., Slettebo T., Strom A. Enabling primary healthcare service development with patient participation: a qualitative study of the internal facilitator role in Norway. *Primary Health Care Research and Development*. 2023. Vol. 24. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1463423623000488>.
4. Karlsson A.W., Janssens A. Patient and public involvement and engagement (PPIE) in healthcare education and thesis work: the first step towards PPIE knowledgeable healthcare professionals. *BMJ Open*. 2023. Vol. 13, Issue 1. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067588>.
5. Quinn É., Dawson S., Holt J., Hossain S., Logullo P. та ін. The People's Review protocol: planning an innovative study powered by the public. *Research Involvement and Engagement*. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40900-025-00682-7>.
6. Fredriksson M., Modigh A. Public involvement in the Swedish health system: citizen dialogues with unclear outcomes. *BMC Health Services Research*. 2023. Vol. 23. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10087-z>.
7. Rajendran R. U., Nayak B. S., Siva N., Phagdol T., Pai M. S. та ін. Stakeholder engagement in healthcare research in India – A systematic review. *Health Research Policy and Systems*. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12961-025-01341-9>.
8. Merenda T., Rharib S., Delannoy P., Denis J., Patris S. Exploring the lived-experience of individuals with a visual impairment regarding their autonomy, using the example of the community pharmacy: A qualitative study. *Disability and Health Journal*. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2025.101830>.
9. Bergholtz J., Wolf A., Crine V., et al. Patient and public involvement in healthcare: a systematic mapping review of systematic reviews – identification of current research and possible directions for future research. *BMJ Open*. 2024. Vol. 14. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-083215>.



10. Давиденко Г. А. Цифрова інклюзія та доступність: соціальна діджиталізація: монографія. Вінниця: ТВОРИ, 2023. 240 с. DOI: <https://doi.org/10.58521/978-617-552-348-3-2023-236>.
11. Kickbusch I., Gleicher D. Governance for Health in the 21st Century. Geneva: World Health Organization, 2012. URL: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1879563> (дата звернення: 01.07.2025).
12. OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. 2023. DOI: https://doi.org/10.1787/health_glance-2023-en.
13. Dengsø K. E., Lindholm S. T., Herling S. F. та ін. Залучення пацієнтів та громадськості до досліджень у сфері охорони здоров'я в Північній Європі: огляд сучасної практики. *Research Involvement and Engagement*. 2023. Vol. 9. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40900-023-00490-x>.
14. Primary Care Quality. URL: <https://skr.se/skr/englishpages/activitiespolicyareas/primarycarequality.10073.html>. (дата звернення: 01.07.2025).
15. Система охорони здоров'я та соціального страхування в Німеччині. URL: <https://forinsurer.com/public/03/04/17/1047>. (дата звернення: 01.07.2025).
16. Медичне та соціальне страхування у Франції. URL: <https://forinsurer.com/public/03/04/17/1055>. (дата звернення: 01.07.2025).
17. Система охорони здоров'я в Польщі. – URL: <https://heybus.com.ua/life-in-poland/health-care-system-in-poland>. (дата звернення: 01.07.2025).

References:

1. Rokunets-Sorochan, O. (2025). Naukovi pidkhody shchodo rozuminnia derzhavno-hromadskoi vzaiemodii yak osnovy vdoskonalennia derzhavnoi polityky v sferi okhorony zdorovia [Scientific approaches to understanding public–government interaction as a basis for improving public health policy]. *Teoretychni ta praktychni pytannia derzhavotvorennia – Theoretical and Applied Issues of State Building*, 3, 346–356. DOI: <https://doi.org/10.35432/tisb332025332101> [in Ukrainian].
2. Lu, W.Z., Li, Y., Montayre, J., Li, M.Q., Ho, K.Y., Li, J.Y., & Yorke, J. (2025). A bibliometric analysis of healthcare intervention-related studies reporting patient and public involvement and engagement. *Healthcare*, 13(3). DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare13030305> [in English].
3. Olsson, A.B.S., Stenberg, U., Haaland-Overby, M., Slettebo, T., & Strom, A. (2023). Enabling primary healthcare service development with patient participation: A qualitative study of the internal facilitator role in Norway. *Primary Health Care Research and Development*, 24, e57. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1463423623000488> [in English].
4. Karlsson, A.W., & Janssens, A. (2023). Patient and public involvement and engagement (PPIE) in healthcare education and thesis work: The first step towards PPIE knowledgeable healthcare professionals. *BMJ Open*, 13(1), e067588. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067588> [in English].
5. Quinn, É., Dawson, S., Holt, J., Hossain, S., Logullo, P., et al. (2025). The People's Review protocol: Planning an innovative study powered by the public. *Research Involvement and Engagement*. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40900-025-00682-7> [in English].
6. Fredriksson, M., & Modigh, A. (2023). Public involvement in the Swedish health system: Citizen dialogues with unclear outcomes. *BMC Health Services Research*, 23. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10087-z> [in English].
7. Rajendran, R. U., Nayak, B. S., Siva, N., Phagdol, T., Pai, M. S., et al. (2025). Stakeholder engagement in healthcare research in India – A systematic review. *Health Research Policy and Systems*, Review. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12961-025-01341-9> [in English].

8. Merenda, T., Rharib, S., Delannoy, P., Denis, J., & Patris, S. (2025). Exploring the lived-experience of individuals with a visual impairment regarding their autonomy, using the example of the community pharmacy: A qualitative study. *Disability and Health Journal*. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2025.101830> [in English].
9. Bergholtz, J., Wolf, A., Crine, V., et al. (2024). Patient and public involvement in healthcare: A systematic mapping review of systematic reviews – Identification of current research and possible directions for future research. *BMJ Open*, 14, e083215. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-083215> [in English].
10. Davydenko, H. A. (2023). Tsyfrova inkluziia ta dostupnist: sotsialna didzhitalizatsiia: monohrafiia [Digital inclusion and accessibility: Social digitalisation: Monograph]. Vinnytsia: TVORY. DOI: <https://doi.org/10.58521/978-617-552-348-3-2023-236> [in Ukrainian].
11. Kickbusch, I., & Gleicher, D. (2012). *Governance for Health in the 21st Century*. World Health Organization. Retrieved from <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1879563> (accessed July 1, 2025) [in English].
12. OECD. (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. DOI: https://doi.org/10.1787/health_glance-2023-en [in English].
13. Dengsø, K. E., Lindholm, S. T., Herling, S. F., et al. (2023). Zaluchennia patsientiv ta hromadskosti do doslidzhen u sferi okhorony zdorovia v Pivnichnii Yevropi: ohliad suchasnoi praktyky [Patient and public involvement in health research in Northern Europe: A review of current practice]. *Research Involvement and Engagement*, 9, 72. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40900-023-00490-x> [in Ukrainian].
14. *Primary Care Quality*. (n.d.). Retrieved from <https://skr.se/skr/englishpages/activitiespolicyareas/primarycarequality.10073.html> (accessed July 1, 2025) [in English].
15. *Systema okhorony zdorovia ta sotsialnoho strakhuvannia v Nimetchyni* [The healthcare and social insurance system in Germany]. (n.d.). Retrieved from <https://forinsurer.com/public/03/04/17/1047> (accessed July 1, 2025) [in Ukrainian].
16. *Medychne ta sotsialne strakhuvannia u Frantsii* [Medical and social insurance in France]. (n.d.). Retrieved from <https://forinsurer.com/public/03/04/17/1055> (accessed July 1, 2025) [in Ukrainian].
17. *Systema okhorony zdorovia v Polshchi* [The healthcare system in Poland]. (n.d.). Retrieved from <https://heybus.com.ua/life-in-poland/health-care-system-in-poland> (accessed July 1, 2025) [in Ukrainian].