

ОДЕСЬКИЙ РЕГІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ
НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ
ПРИ ПРЕЗИДЕНТОВІ УКРАЇНИ

На правах рукопису

САМОФАЛОВ ДМИТРО ОЛЕКСАНДРОВИЧ

УДК: 35:352/354:354.1+64:614.2

ФОРМУВАННЯ МОДЕЛІ КОМУНІКАТИВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ПУБЛІЧНОМУ
АДМІНІСТРУВАННІ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ: ТЕОРЕТИКО-
МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ

Спеціальність 25.00.01 – теорія та історія державного управління

Дисертація на здобуття наукового ступеня
доктора наук з державного управління

Науковий консультант:
Драгомирецька Наталія Михайлівна,
доктор наук з державного управління, професор

2021

АНОТАЦІЯ

Самофалов Д.О. Формування моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охорони здоров'я. - Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора наук з державного управління за спеціальністю 25.00.01 «Теорія та історія державного управління». – Одеський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентові України, Одеса, 2021.

Дисертація присвячена невирішеному раніше завданню в сфері публічного адміністрування і стосується теоретико-методологічного обґрунтування формування моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні сферою охорони здоров'я з врахуванням концептуальних поглядів в українській та зарубіжній науці і на підставі досвіду держав світу.

У вступі обґрунтований вибір теми дисертаційного дослідження на основі проведеного порівняння наукових здобутків українських та зарубіжних дослідників в сфері комунікацій та комунікативної діяльності, а також з урахуванням практичного досвіду і сучасних тенденцій розвитку публічного адміністрування та сфери охорони здоров'я, процесів децентралізації і реформування системи охорони здоров'я.

Наукова новизна одержаних результатів дослідження полягає в розробленні нового концептуального підходу щодо формування моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я в Україні, заснованому на системному підході до моделювання з врахуванням рівнів управління та процедур взаємовідносин держави і суспільства та світового досвіду. Дисертаційне дослідження є першим комплексним дослідженням теоретико-методологічних основ комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я. Вперше: комплексно представлено концептуальні засади формування моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охорони здоров'я; розроблено модель комунікативної діяльності

в публічному адмініструванні охороною здоров'я в Україні; узагальнено тенденції формування моделі публічного адміністрування охороною здоров'я в Україні. Удосконалено: теоретико-методологічний підходи щодо розуміння комунікацій в публічному адмініструванні, зокрема шляхом надання нового змісту категорії «публічне адміністрування охороною здоров'я»; введенню категорію «комунікативна діяльність в публічному адмініструванні охороною здоров'я», надання авторського визначення поняття «медична комунікація»; концептуальні основи закономірностей побудови моделей комунікативної діяльності в сфері охорони здоров'я; методологічні засади організації, функціонування та розвитку комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я. Дістало подальшого розвитку: теорія державного управління в аспекті моделювання комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я; методологія публічного адміністрування в контексті комунікативної парадигми в сфері охорони здоров'я.

Теоретичні та методологічні положення й висновки, сформульовані в дисертаційному дослідженні, є основою для вирішення практичних завдань в аспекті формування моделі комунікативної діяльності суб'єктів публічного адміністрування сферою охорони здоров'я задля збереження здоров'я населення, розвитку сфери надання медичних і немедичних послуг з залученням територіальних громад, громадських об'єднань і окремих громадян з урахуванням низької платоспроможності населення.

У першому розділі систематизовані наукові дослідження щодо основних дефініцій публічного адміністрування сферою охорони здоров'я, узагальнено концептуальні погляди щодо поняття «система охорони здоров'я». Виокремлено відмінності в наукових підходах та практичній площини державного управління стосовно системи охорони здоров'я. Виокремлено види комунікацій в публічному адмініструванні з акцентами на сферу охорони здоров'я. Узагальнена комунікативна парадигма в українській і зарубіжній науці, що сприяло розробці авторських концептуальних основ моделі комунікацій в публічному адмініструванні охороною здоров'я. Висвітлено результати дослідження ролі

комунікативної діяльності в публічному адмініструванні для реалізації стратегій комунікації в різних напрямках публічного адміністрування. Виявлена відсутність єдиних науково-теоретичних підходів щодо основного категоріального апарату в межах предмета і об'єкта дослідження.

У другому розділі показано, що всі основні теорії комунікацій є підґрунтям для комунікативної діяльності суб'єктів публічного адміністрування та сфери охорони здоров'я, а також є методологічною основою для комунікативної діяльності публічного адміністрування сферою охорони здоров'я. На основі цих теорій розроблено низку загальних моделей комунікацій, які також є методологічною складовою для формування моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні сферою охорони здоров'я. Продемонстровано, що сучасна парадигма комунікацій має достатньо широкий дискурс і є відмінності в категоріальному апараті зарубіжної і української науки. Результати проведеного дослідження сприяли авторському тлумаченню категорії «комунікативна діяльність в публічному адмініструванні охороною здоров'я» та поняття «медична комунікація».

Третій розділ присвячено моделям комунікації. Систематизовано сучасні моделі комунікацій, які використовуються як основа моделей комунікативної діяльності в сфері публічного управління і стосуються різних аспектів комунікації та комунікативної діяльності. Узагальнено досвід зарубіжних держав щодо широкого застосування моделей комунікацій в різних аспектах охорони здоров'я. Визначено, що моделі комунікативної діяльності в сфері громадського здоров'я стосуються декількох аспектів: правового, організаційного, адміністративного, впливового, соціального, професіонального. Комунікації будуються на основі загальних моделей комунікації і відображають зміст цих моделей. Показано, що оцінка ефективності моделей комунікацій базується як на об'єктивних показниках, так і на змінах у взаємовідносинах держави і суспільства.

У четвертому розділі проаналізовано правову регуляторну базу щодо комунікацій і комунікативної діяльності в публічному адмініструванні з акцентом на охорону здоров'я. Надано авторські пропозиції змін в законодавстві з

формулюванням нових статей закону та доповнення існуючих. Продемонстровано, що сучасна зарубіжна практика охороною здоров'я демонструє використання широкого спектру методів комунікативної діяльності. роль комунікативної діяльності в публічному адмініструванні і виводять її на рівень основного важеля, механізму, засобу, інструменту тощо для реалізації стратегій комунікації в різних напрямках публічного адміністрування. Виокремлено посади професійних комунікаторів в сфері охорони здоров'я.

У п'ятому розділі висвітлено авторські пропозиції щодо шляхів формування моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я в Україні. Виокремлено декілька методологічних підходів до розробки комунікативних стратегій в зарубіжній практиці. Узагальнені українська і зарубіжні практики розроблення державної комунікативної стратегії. Сформульовано авторський погляд на складові формування теоретико-методологічної моделі публічного адміністрування охороною здоров'я в Україні, яка включає два блоки: теоретико-методологічний та практичний. Теоретико-методологічний блок стосується наукового підґрунтя моделі і є основою для методологічної складової. Теоретичні концептуальні підходи стосуються розуміння поняття «публічне адміністрування», сенсу дефініції «система охорони здоров'я», визначення комунікацій та комунікативної діяльності в державному управлінні, виокремлення основних теорій комунікацій для публічного адміністрування та охорони здоров'я, концептуальних підходів до моделей комунікацій, у тому числі в сфері публічного управління та адміністрування. Методологічні основи вимагають деталізації змісту організації управління системами охорони здоров'я, державно-управлінських відносин у галузі охорони здоров'я, галузевих та міжгалузевих державно-управлінські відносини, системи власності в охороні здоров'я, фінансування охорони здоров'я, медичного страхування, інформаційних/комунікативних систем охорони здоров'я з урахуванням розвитку інформаційно-комунікаційних технологій, організаційних структур органів влади, відповідальних за комунікативну діяльність та її результат, роботи комунікативних підрозділів органів державної влади і органів

місцевого самоврядування, процедури та процеси комунікативної діяльності, індикаторів оцінки комунікативної діяльності в публічному управлінні сферою охорони здоров'я.

Практичний блок моделі комунікативної діяльності публічного адміністрування сферою охорони здоров'я включає: розробку і прийняття концепції загальнодержавної програми комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я; розробку комунікативної стратегії публічного адміністрування охорони здоров'я на національному, регіональному та місцевому рівнях; удосконалення нормативно-правових основ комунікативної діяльності в публічному адмініструванні сферою охорони здоров'я; вибір методів, технік, технологій, інструментів комунікативної діяльності (з врахуванням змісту моделей комунікацій); розробку процедур комунікативної діяльності; формування та розбудову інформаційно-комунікаційних систем для публічноуправлінських, управлінських, організаційних, суспільних, професійних, медичних комунікацій; залучення громадськості до прийняття державно-управлінських рішень з питань охорони здоров'я; вироблення методів подолання інформаційного розриву в сфері охорони здоров'я та публічного управління сферою охорони здоров'я; виокремлення інструментів розвитку телемедицини як виду комунікативної діяльності, комунікації (адвокація) в інтересах громадського здоров'я, ліквідація медичної неграмотності; розробку освітніх програм з підготовки фахівців з комунікацій та організації комунікативної діяльності в сфері охорони здоров'я та публічного управління сферою охорони здоров'я.

Результати дослідження висвітлено у висновках до дисертаційної роботи.

Ключові слова: державне управління, публічне управління та адміністрування, комунікативна діяльність, комунікації, моделі, моделі комунікативної діяльності, охорона здоров'я.

Samofalov D.O. Formation of a model of communicative activity in the public administration of health care. - Qualifying scientific work on manuscript rights.

Dissertation for obtaining the scientific degree of Doctor of Sciences in public

administration, specialty 25.00.01 "Theory and history of public administration". – Odesa Regional Institute of Public Administration of the National Academy of Public Administration under the President of Ukraine, Odesa, 2021.

The dissertation is devoted to a previously unsolved task in the field of public administration and concerns the theoretical and methodological justification of the formation of a model of communicative activity in public administration in the field of health care, taking into account conceptual views in Ukrainian and foreign science and based on the experience of the countries of the world.

The introduction substantiates the choice of the topic of the dissertation research based on a comparison of the scientific achievements of Ukrainian and foreign researchers in the field of communications and communicative activity, as well as taking into account practical education and modern trends in the development of public administration and the field of health care, processes of decentralization and reforming the health care system 'I.

The scientific novelty of the obtained research results lies in the development of a new conceptual approach to the formation of a model of communicative activity in the public administration of health care in Ukraine, based on a systematic approach to modeling, taking into account the levels of management and procedures of state-society relations and world experience. The dissertation study is the first comprehensive study of the theoretical and methodological foundations of communicative activity in the public administration of health care. For the first time: the conceptual foundations of the formation of a model of communicative activity in the public administration of health care are comprehensively presented; a model of communicative activity in the public administration of health care in Ukraine was developed; trends in the formation of the model of public health care administration in Ukraine are summarized. Improved: theoretical and methodological approaches to understanding communications in public administration, in particular by providing new content for the category "public administration of health care"; introduction of the category "communicative activity in the public administration of health care", provision of the author's definition of the concept of "medical communication"; conceptual bases of regularities of building

models of communicative activity in the field of health care; methodological principles of organization, functioning and development of communicative activity in public administration of health care. Further development was achieved: the theory of public administration in the aspect of modeling communicative activity in the public administration of health care; the methodology of public administration in the context of the communicative paradigm in the field of health care.

The theoretical and methodological provisions and conclusions formulated in the dissertation research are the basis for solving practical tasks in the aspect of forming a model of communicative activity of subjects of public administration in the field of health care in order to preserve the health of the population, development of the field of providing medical and non-medical services with the involvement territorial communities, public associations and individual citizens, taking into account the low solvency of the population.

In the first chapter, scientific research on the main definitions of public administration in the field of health care is systematized, conceptual views on the concept of "health care system" are summarized. Differences in scientific approaches and the practical level of public administration in relation to the health care system are highlighted. The types of communications in public administration with emphasis on the field of health care are singled out. A generalized communicative paradigm in Ukrainian and foreign science, which contributed to the development of the author's conceptual foundations of the model of communications in public administration of health care. The results of the study of the role of communicative activity in public administration for the implementation of communication strategies in various areas of public administration are highlighted. The lack of unified scientific and theoretical approaches to the main categorical apparatus within the subject and object of research was revealed.

In the second chapter, it is shown that all the main theories of communication are the basis for the communicative activity of subjects of public administration and the field of health care, and are also the methodological basis for the communicative activity of public administration in the field of health care. Based on these theories, a

number of general communication models have been developed, which are also a methodological component for the formation of a model of communicative activity in public administration in the field of health care. It has been demonstrated that the modern paradigm of communications has a sufficiently wide discourse and there are differences in the categorical apparatus of foreign and Ukrainian science. The results of the research contributed to the author's interpretation of the category "communicative activity in the public administration of health care" and the concept of "medical communication".

The third chapter is devoted to communication models. Modern communication models are systematized, which are used as a basis for models of communicative activity in the field of public administration and relate to various aspects of communication and communicative activity. The experience of foreign countries regarding the wide application of communication models in various aspects of health care is summarized. It was determined that models of communicative activity in the field of public health relate to several aspects: legal, organizational, administrative, influential, social, professional. Communications are built on the basis of general communication models and reflect the content of these models. It is shown that the assessment of the effectiveness of communication models is based on both objective indicators and changes in the relationship between the state and society.

The fourth chapter analyzes the legal regulatory framework for communications and communicative activities in public administration with an emphasis on health care. The author's proposals for changes in the legislation with the formulation of new articles of the law and additions to the existing ones have been submitted. It has been demonstrated that the modern foreign practice of health care demonstrates the use of a wide range of methods of communicative activity, the role of communicative activity in public administration and bring it to the level of the main lever, mechanism, means, tool, etc. for the implementation of communication strategies in various areas of public administration. Positions of professional communicators in the field of health care are highlighted.

In the fifth chapter, the author's proposals regarding the ways of forming a model

of communicative activity in the public administration of health care in Ukraine are highlighted. Several methodological approaches to the development of communicative strategies in foreign practice are singled out. Ukrainian and foreign practices of developing a state communication strategy are summarized. The author's view on the components of the formation of the theoretical-methodological model of public administration of health care in Ukraine is formulated, which includes two blocks: theoretical-methodological and practical. The theoretical and methodological block concerns the scientific basis of the model and is the basis for the methodological component. Theoretical conceptual approaches relate to the understanding of the concept of "public administration", the meaning of the definition "health care system", the definition of communications and communicative activity in public administration, the identification of the main theories of communications for public administration and health care, conceptual approaches to communication models, including in the field of public management and administration. Methodological foundations require detailing the content of the organization of management of health care systems, state-management relations in the field of health care, sectoral and inter-branch state-management relations, property systems in health care, financing of health care, medical insurance, information /communication systems of health care, taking into account the development of information and communication technologies, organizational structures of authorities responsible for communication activity and its results, work of communication units of state authorities and local self-government bodies, procedures and processes of communication activity, indicators of assessment of communication activity in public management in the field of health care.

The practical block of the model of communicative activity of public administration in the field of health care includes: development and adoption of the concept of a national program of communicative activity in public administration of health care; development of a communication strategy for the public administration of health care at the national, regional and local levels; improvement of the regulatory and legal foundations of communicative activity in public administration in the field of health care; selection of methods, techniques, technologies, tools of communicative

activity (taking into account the content of communication models); development of communication activity procedures; formation and development of information and communication systems for public administration, management, organizational, public, professional, medical communications; involvement of the public in the adoption of public management decisions on health care issues; development of methods for overcoming the information gap in the field of health care and public management of the field of health care; identifying tools for the development of telemedicine as a type of communication activity, communication (advocacy) in the interests of public health, elimination of medical illiteracy; the development of educational programs for the training of communication specialists and the organization of communicative activities in the field of health care and public management in the field of health care.

The results of the research are highlighted in the conclusions of the dissertation.

Key words: public administration, communicative activity, communications, models, models of communicative activity, health care.

***Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати
дисертації:***

Монографія:

1. Самофалов Д.О. Формування моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я в Україні: теоретико-методологічний аспект : монографія – Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2021. – 326 с.

Статті:

2. Самофалов Д.О. Зарубіжні концептуальні підходи до комунікацій у системі охорони здоров'я // Держава та регіони. Серія: Державне управління — № 2 (66) — 2019 — Запоріжжя: Класичний приватний університет 2019. – С. 11 – 18.

3. Самофалов Д.О. Зарубіжний досвід громадських консультацій як форми комунікації громадськості що впливає на прийняття рішень у сфері охорони здоров'я // Theory and Practice of Public Administration : Collection of Scientific Works. – № 2 (69). Квітень 2020 – Kharkiv : Publisher of KRI NAPA

“Magistr”, 2020. – С. 233-239.

4. Samofalov D. Foreign experience of communicative activity in public management of healthcare as an important component to overcome covid-19 pandemic // Публічне урядування: збірник. — № 3 (23). — Серпень 2020. — Київ : ПрАТ “ВНЗ “Міжрегіональна Академія управління персоналом”, 2020. – С. 245 – 257.

5. Samofalov D. Contemporary foreign practice of communicative activities in healthcare // Публічне урядування: збірник. — № 2 (22). — Березень 2020. — Київ : ПрАТ “ВНЗ “Міжрегіональна Академія управління персоналом”, 2020. – С. 202 – 214.

6. Самофалов Д. Упровадження електронної системи охорони здоров'я як складник публічного управління охороною здоров'я: світовий досвід// Державне управління та місцеве самоврядування — №1(44) — 2020. С.92-99.
<https://doi.org/10.33287/102012>

7. Самофалов.Д.О. Моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні громадського здоров'я: зарубіжний та український підходи // Електронний журнал «Державне управління: удосконалення та розвиток» URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1728> — № 9 — вересень 2020 — Київ.: ТОВ "ДКС ЦЕНТР", 2020.

8. Самофалов Д.О. Оцінка ефективності комунікативної діяльності в публічному адмініструванні громадського здоров'я різних країн // Наукові перспективи: журнал. — №4— квітень 2020 — Київ.: ФОП КАНДИБА Т.П., 2020. – С. 90 – 103.

9. Самофалов Д.О. Етапи становлення публічного управління та публічного адміністрування комунікативної діяльності громадського здоров'я в Україні // Наукові перспективи: журнал. — №5— травень 2020 — Київ.: ФОП КАНДИБА Т.П., 2020. – С. 244 – 256.

10. Самофалов Д.О. Сучасний стан електронної системи охорони здоров'я як базового комунікативного компоненту публічного управління та адміністрування умовах трансформації системи охорони здоров'я України // Наукові перспективи: журнал. — №6— червень 2020 — Київ.: ФОП КАНДИБА

Т.П., 2020. – С. 246 – 262.

11. Самофалов Д.О. Оцінка стану та ефективності публічного управління та адміністрування комунікативної діяльності громадського здоров'я в Україні // *Public management : journal*. — №5 (25) грудень 2020 — Київ : ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом», 2020. С 202 – 222.

12. Dmytro A. Samofalov, Nataliya V. Izhytska, Natalia M. Dragomyretska, Artem V. Lyashenko Information and communication technologies in public management of healthcare institutions network during covid-19 pandemics // *Wiadomości Lekarskie: journal* — VOL. LXXIII, ISSUE 11, — листопад 2020 Konstancin-Jeziorna Poland: ALUNA Publishing House, 2020. – С. 2535 – 2542. (Scopus).

13. Самофалов Д.О. Зарубіжний досвід використання відкритих даних як комунікаційного інструменту для покращення публічного управління та публічного адміністрування охороною здоров'я // *Наукові перспективи: журнал*. — №7— липень 2021 — Київ.: ФОП КАНДИБА Т.П., 2020. – С. 271 – 286.

14. Innovative approach to communication services development in electronic healthcare system. international experience analysis // *Theory and Practice of Public Administration : Collection of Scientific Works*. – № 2 (69). Квітень 2020 – Kharkiv : Publisher of KRI NAPA “Magistr”, 2020. –С.72-79.

15. Самофалов Д.О. Публічне управління й адміністрування медичних інформаційних систем як основного інструменту інформаційно-комунікативних технологій в охороні здоров'я України // *Вчені записки ТНУ імені Вернадського Серія державне управління* - Том 32 (71) No 3 2021 - Видавничий дім «Гельветика», 2021. – С. 48 -54.

16. Самофалов Д.О. Оцінка використання відкритих даних як комунікативного інструменту публічного адміністрування охороною здоров'я в Україні // *Вчені записки ТНУ імені Вернадського Серія державне управління* - Вересень 2021 Видавничий дім «Гельветика», 2021. – С. 60 – 66.

17. Самофалов Д.О. Публічне управління та адміністрування інформаційно-комунікаційних технологій в досягненні універсального покриття

медичними послугами // Публічне управління і адміністрування в Україні, 2021, вип 26, –С. 13-19 <https://doi.org/10.32843/pma2663-5240-2021.26.2>

18. Самофалов Д.О. Проблемні питання публічного управління імплементації медичних телекомунікаційних технологій для досягнення універсального покриття медичною послугою в охороні здоров'я України // Електронний журнал «Державне управління: удосконалення та розвиток» URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=2375>

19. Самофалов Д.О., Дефініції «публічне адміністрування» та «публічне адміністрування в сфері охорони здоров'я» // Публічне управління і адміністрування в Україні, 2021. Вип 25, – С. 7 – 12, <https://doi.org/10.32843/pma2663-5240-2021.25.1>

20. Systematic and educational influences of civil society on public administration communications organization in quarantine restriction COVID-19 condition / Natalia Dragomyretska, Iryna Matvieienko, Dmytro Samofalov // International Journal of Health Science. VOL. 6 NO. 1 (2022): ONLINE FIRST , PP. 214-233. <https://doi.org/10.53730/ijhs.v6n1.3828>
<https://sciencescholar.us/journal/index.php/ijhs/article/view/3828> (Scopus).

21. Humanization concept of the educational process in the field of public administration as a basis for the implementation of public administration reforms /Dragomyretska, N., та Klymenko, I., та Prokopenko, L., та Matveenکو, I., та Samofalov, D., та Bahrim, O. // *Ad Alta: Journal of interdisciplinary research*. Vol.12. Is. 1. Special Issues XXV. 2022. PP. 73-78. (Web of Science Core Collection: <https://mjl.clarivate.com/search-results>) <http://ep3.nuwm.edu.ua/23036/>

Опубліковані праці апробаційного характеру:

22. Самофалов Д.О. Міжнародний досвід комунікацій в публічному управлінні та адмініструванні сфери охорони здоров'я // Європейський вимір реформування публічного управління в Україні: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції м. Київ 22 листопада 2019 р.[за заг. ред. О. І. Пархоменко-Куцевіл.] — К.: МАУП, 2019. – С. 73 – 76.

23. Самофалов Д.О. Державна стратегія комунікативної діяльності в

публічному адмініструванні охороною здоров'я як важлива складова подолання пандемії COVID-19 // Модернізація та наукові дослідження інтеграція науки та практики. Матеріал II науково-практичної конференції м. Вінниця 24-25 липня 2020 р. – С. 35 – 38.

24. Самофалов Д.О. Визначення ефективності публічного управління та публічного адміністрування комунікативної діяльності громадського здоров'я: зарубіжний та український підхід // Інтеграція науки та практики як механізм ефективного розвитку суспільства : матеріали наук.-практ конференції з міжнародною участю м. Львів, 26-27 лютого 2021. – С. 99 – 102.

25. Самофалов Д.О. Відкриті дані як комунікаційний інструмент публічного управління та адміністрування охороною здоров'я // Побудуємо більш справедливий більш здоровий світ : матеріали наук. – практ. Конференції з міжнародною участю до Всесвітнього дня здоров'я м. Київ, 2 Квітня, 2021р. – С. 139 – 141

26. Самофалов Д.О. Роль інформційно-комунікативних технологій в публічному управлінні та адмініструванні системи охорони здоров'я України // Модернізація та наукові дослідження парадигма інноваційного розвитку суспільства і технологій : матеріали IV Міжнародної наук. – практичної конференції м. Київ 29-30 січня 2021 р. – С. 139 – 141.

27. Самофалов Д.О. Розвиток комунікативної діяльності публічного управління та публічного адміністрування громадського здоров'я в Україні //Сучасні аспекти модернізації науки в Україні : Стан, проблеми, тенденції розвитку : Матеріали VI-ої Міжнародної науково-практичної конференції м. Варшава 07 лютого 2021 р. . / [ред. кол.: Є.О. Романенко та ін.] Варшава, 2021. – С. 115 – 119.

28. Самофалов Д.О. Ефективність комунікацій з громадянами в процесі прийняття рішень в публічному управлінні сфери охорони здоров'я //Сучасні аспекти модернізації науки в Україні : Стан, проблеми, тенденції розвитку : Матеріали I-ої Міжнародної науково-практичної конференції м. Братислава 07 вересня 2020 р. . / [ред. кол.: Є.О. Романенко та ін.] Братислава , 2021. – С. 52 – 54.

29. Самофалов Д.О. Зарубіжний досвід формування стратегій комунікативної діяльності публічного управління охорони здоров'я з метою створення здоров'язбережувального простору // Трансформація системи публічного управління створенням здоров'язбережувального та безпечного простору України (модернізація, інновації, розвиток) м. Київ 11 червня 2021 р – С. 60 – 63.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ	20
ВСТУП	22
РОЗДІЛ 1. КАТЕГОРІАЛЬНО-ПОНЯТІЙНИЙ АПАРАТ ЯК ОСНОВА ФОРМУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ МОДЕЛІ КОМУНІКАТИВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ПУБЛІЧНОМУ АДМІНІСТРУВАННІ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я	37
1.1. Дефініція «публічне адміністрування» та «публічне адміністрування в сфері охорони здоров'я» як підґрунтя комунікативної діяльності	37
1.2. Розуміння системи охорони здоров'я як базис моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я	47
1.3. Комунікативна парадигма в українській науці державного управління	
1.4. Характеристика ролі комунікативної діяльності в функціонуванні суб'єктів публічного адміністрування в українській та зарубіжній науці	86
Висновки до розділу 1	105
РОЗДІЛ 2. ДОКТРИНИ КОМУНІКАЦІЇ ЯК ДІЯЛЬНОСТІ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	110
2.1. Основні теорії комунікацій, застосовні в публічному адмініструванні охороною здоров'я	110
2.2. Визначення комунікацій як діяльності в зарубіжних дослідженнях	134
2.3. Концептуальні підходи в українській науці щодо комунікативної діяльності в сфері охорони здоров'я	143
2.4. Роль комунікативної діяльності в публічному адмініструванні громадським здоров'ям в Україні	156
Висновки до розділу 2	186

РОЗДІЛ 3. МОДЕЛІ КОМУНІКАЦІЙ В АСПЕКТІ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	192
3.1. Моделі комунікацій як підґрунтя вироблення методології комунікативної діяльності в сфері охорони здоров'я	192
3.2. Моделі комунікацій в системі публічного адміністрування охороною здоров'я	205
3.3. Моделі комунікативної діяльності в сфері громадського здоров'я	221
3.4. Оцінка ефективності моделей комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я	232
Висновки до розділу 3	261
РОЗДІЛ 4. РЕГУЛЮВАННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ СУБ'ЄКТІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ	267
4.1. Правові засади регулювання комунікативної діяльності суб'єктів публічного управління та адміністрування	267
4.2. Нормативно-правове забезпечення публічного адміністрування охороною здоров'я	285
4.3. Правове поле надання допомоги з використанням телемедицини технологій	302
4.4. Методи регулювання комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я	313
Висновки до розділу 4	334
РОЗДІЛ 5. ШЛЯХИ ФОРМУВАННЯ МОДЕЛІ КОМУНІКАТИВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ПУБЛІЧНОМУ АДМІНІСТРУВАННІ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	340
5.1. Застосування методології побудови комунікативної стратегії зарубіжних держав	340
5.2. Використання зарубіжного досвіду розроблення державної комунікативної стратегії на загальнодержавному рівні	366
5.3. Урахування сучасних тенденцій в розробці державних комунікативних стратегій щодо охорони здоров'я	389

5.4. Розробка комунікативної стратегії на місцевому рівні	403
5.5. Складові формування теоретико-методологічної моделі публічного адміністрування охороною здоров'я	416
Висновки до розділу 5	422
ВИСНОВКИ	429
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	437
ДОДАТКИ	504

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

АРТ	Антиретровірусна терапія	МІС	Медична інформаційна система
БО	Благодійна організація	МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
ВГО	Всеукраїнська громадська організація	ПМСД	Первинна медико-санітарна допомога
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я	НСЗУ	Національна служба здоров'я України
ГО	Громадська організація	ООР	Одеська обласна рада
ДЗ	Державний заклад	НПА	Нормативно-правовий акт
ДП	Державне підприємство	ВІЛ	Вірус імунodefіциту людини
ДУ	Державна установа	ТОВ	Товариство з обмеженою відповідальністю
ЕМЗ	Електронні медичні заклади	ФОП	Фізична особа підприємець
ЕСОЗ	Електронна система охорони здоров'я	ХМГО	Херсонська міська громадська організація
ЗМІ	Засоби масової інформації	ЦБД	Центральна база даних
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я	ЦГЗ	Центр громадського здоров'я
ІКТ	Інформаційно-комунікаційні технології	ЦОВВ	Центральний орган виконавчої влади
КНП	Комунальне неприбуткове підприємство	ЛЖВ	Люди, що живуть з вірусом імунodefіциту людини
КСЗІ	Комплексна система захисту інформації	ТГРС	Тяжкий гострий респіраторний синдром
СНІД	Синдром набутого імунodefіциту	НСЗ	Національна служба здоров'я
ВД	Відкриті данні	ООН	Організація об'єднаних націй
ААС	Американська асоціація серця	ССЗ	Серцево-судинні захворювання
ВВП	Валовий внутрішній продукт	ЄС	Європейський Союз
COVID-19	Coronavirus disease 2019	ЮНІСЕФ	Дитячий фонд ООН
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit	СБ	Світовий банк
УПМП	Універсальне покриття	ВАОЗ	Всесвітня Асамблея

ЦРТ	медичною послугою Цілі розвитку тисячоліття	ЕМД	охорони здоров'я Екстрена медична допомога
ПМД	Первинна медична допомога	ОДС	Оперативно- диспетчерська служба
ФОП	Фізична особа підприємець	БЛІЛ	Багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування
ТКК	Кабінет телемедицини	ТКП	Пункт телемедицини
ЦРЛ	Центральна районна лікарня	ОЦТ	Обласний центр телемедицини
ОДА	Обласна державна адміністрація	КТ	Комп'ютерна томографія
КМУ	Кабінет Міністрів України	ДУ «ЦГЗ МОЗ України»	Державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»
НМАПО	Національний університет охорони здоров'я України	НАЗК	Національне агентство з питань запобігання корупції
ЦБД	Центральної бази даних	КСЗІ	Комплексна система захисту інформації
СЛР	Серцево-легенева реанімація	ДТП	Дорожно-транспортна пригода
ЦОВВ	Центральний орган виконавчої влади	ОМС	Органи місцевого самоврядування
ЗУ	Закон України	ПКСЗ	Програми комунікації щодо соціальних змін та поведінки
ОАЕ	Об'єднанні Арабські Емірати	ПАР	Південно Африканська Республіка
ПРОМІС	Проект «Партнерство для розвитку міст»	ЗПСМ	Загальна практика сімейної медицини
ОТГ	Об'єднання територіальна громада		

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дисертаційного дослідження обумовлена сучасними тенденціями розвитку комунікативної діяльності суб'єктів публічного управління, зокрема органів публічного адміністрування охороною здоров'я, в умовах модернізації, реформування та змістовних перетворень в системі охорони здоров'я. Особливо важливою результативною моделлю комунікативної діяльності постає за умов децентралізації і відповідальності територіальних громад за процеси охорони здоров'я та громадське здоров'я. Виокремлюється декілька рівнів в сфері публічного адміністрування, які потребують комунікативної діяльності в сфері охорони здоров'я: формування політики, програм, проектів охорони здоров'я на рівня держави та громади; вироблення принципів політики і управління охороною здоров'я на рівні громад; запровадження принципів управління до організації охорони здоров'я за умов запровадження моделей «нового публічного менеджменту», «доброго врядування», «сталого розвитку»; формування лідерів-управлінців підсистемою охорони здоров'я на рівні громад, коли керівники закладів охорони здоров'я стають основними консультантами, лідерами, новаторами для органів публічного адміністрування та адміністрування з проблем охорони здоров'я та громадського здоров'я; управління інформацією про охорону здоров'я, її фінансування, розвиток тощо; взаємодія працівників сфери охорони здоров'я з органами публічного адміністрування, пацієнтами, населенням (в контексті громадського здоров'я).

Існуючи в світовій практиці моделі комунікативної діяльності публічного адміністрування сферою охорони здоров'я різняться в залежності від особливостей системи охорони здоров'я держави та практики побудови взаємовідносин держави і суспільства. В зарубіжній науці широко застосовуються класичні моделі комунікацій. Проблема комунікацій та комунікативної діяльності широко досліджувана в українській і зарубіжній науці. Поняття комунікацій та комунікативної діяльності в державному управлінні досліджували В.Д. Бакуменко, Ю.П. Сурмін, Н.К. Дніпренко, А.М. Михненко, Н.М. Драгомирецька, В.М.

Дрешпак, С.Г. Соловійов, Л.Г. Штика, О.Б. Кукарін, А.Й. Серант, Ю.В. Ковбасюк, О.Л. Приходько та ін. Особливості комунікацій в публічному управлінні висвітлили Ю.П. Шаров, А.Ф. Мельник, А.Ю. Васіна, О.А. Рачинська та ін. Основні принципи побудови інформаційних систем в публічному управлінні розкрили М.Ю. Дітковська, Н.В. Грицяк, Ч.Дж. Макгуайр, Е. Зиємба, И. Облук, А. Мітуш, С. Алон-Баркат та ін. Ефективні комунікаційні стратегії громадського здоров'я розкрили Б. Хайленд-Вуд, Д. Гарднер, Д. Ліск, Ульріх К. Х. Екер та ін., ефективність комунікацій в сфері охорони здоров'я - Х. Гойдер, Дж.Л. Кальдерон Р.А. Бельтран, П.П. Рід, В.Д. Комптон, Дж.Х. Гроссман та ін.

Теорії комунікації, які застосовуються в комунікативній діяльності в сфері охорони здоров'я і в публічному адмініструванні розроблено Дж. Р. Андерсон, Г. Джайлз, Дж. Тіченор, Е. Роджерс, Л. Фестінгер, П. Лазарсфельд, М. ДеФлер і Т.Плакс та ін. Роль комунікативної діяльності в функціонуванні суб'єктів публічного адміністрування розглядають Ч.Дж. Макгуайр, Е. Зиємба, И. Облук, С.Г. Соловійов, Н.В. Грицяк, А. Мітуш, А.Г. Ліч, С. Алон-Баркат, Е. Чукука, Б.В. Едес. Визначення комунікації як діяльності в сфері охорони здоров'я надають Дж. Бернхардт. А. Берні, Н. Махмуд. Дистанційні комунікації в сфері охорони здоров'я характеризують Дж. Річардс, М. Торогуд, М. Хіллсдон та ін.

Запровадження сучасних інформаційно-комунікаційних технологій висвітлено в роботах С.М. Акил Берні, Н. Махмуд, Л. Мартінес-Лопес, А.С. Мохаммад Моса, Ю.А. Ілльхой, М. Ганьон, М. Лабрек, М. Демартіс та ін. Проблематиці застосування інформативно-цифрових технологій для широких комунікацій з громадськістю присвячено роботи Г. Рассел, М.Д. Робертсон, Л. Керрі; з пацієнтами - Е. Murray, J. Burns, S. See Tai та ін.; з лікарями - Ч. Гойдер, Х. Атертон, М. Кар та ін.

Широко досліджується телемедицина як окремий тип комунікацій (А. Амаді-Обі, П.Н. Гіллган, Г. Флодгрєн, А. Рачас, А. Дж. Фармер, П. Гіллган, А. Хуліхан, А. Беннет та ін., С. Делей, Л. Боннардо, О. Штайхен та ін., С. Кенфілд, С. Галвін, В.М. Соколова, Л.В. Анищенко, А.С. Бянова, О.В. Никитина, О.В. Палагіна, Т.В. Семікопної, І.А. Чайковського, О.В. Сивак, Л.А. Чередник).

Використання комунікацій в сфері громадського здоров'я для ліквідації неграмотності серед населення через мас-медіа досліджували Д. Натбім, Дж. МакКінні, І.І. Черненко, Д.С. Самохіна та ін., а з використанням соціальних мереж - О. Фреймут, С. Вікі, С. Круз-Куїнн, С.Р. Іващенко та ін.

Моделі комунікацій розробляють К. Дрю, Берло, Де Флер, Шенноном і Вівером, Вестлі і Макліном, Дж. Дьюї, К. Левінім, Ф. Денсом, Лассвеллом та ін. Моделі комунікацій в публічному адмініструванні охороною здоров'я досліджували Д.А. Дроссман, Дж.Д. Кауфман, М. А. Г.Койперс, Г. Ерлінгсдоттір, К. Ліндхольм, З. Томич, Д. Ласіч, Т. Томич, А. Норданстіг та ін. Моделі комунікативної діяльності в сфері громадського здоров'я розкрили Б.Г. Лопес-Валькарсель, Джей М. Бернхардт, М.Р. Сабле, Д.Р. Шильд, А.Дж. Хіпп. Комунікації в сфері охорони здоров'я охарактеризували Ю. Гребеник, Г.О. Слабкий, М.А. Знаменська, Т.К. Знаменська, О.В. Устимчук, Т.Д. Бахтеєва, В.М. Лехан, Л.В. Крячкова, М.І. Заярський та ін., а використання комунікацій в сфері охорони здоров'я - Гребеник (2015), Г.О. Слабкий, М.А. Знаменська, Т.К. Знаменська.

Аналіз функціональних та організаційних моделей руху інформації в процесі комунікацій та систем охорони здоров'я зробили М.М. Білинська, Я.Ф. Радиш, І.В. Рожкова, Т.Д. Бахтеєва, В.М. Лехан, Л.В. Крячкова, М.І. Заярський та ін.. Інформатизації охорони здоров'я як форми комунікацій присвячено роботи А.Дж. Махмуд, А.І. Онда, О.І. Лещенко, Г.С. Бондаренко, В.І. Пенязенко. Розвитку та розбудови електронної охорони здоров'я приділено увагу в роботах П.М. Клименко, С.М. Ханенко, Т.В. Бутківська, Г.В. Гусева, І.Д. Шкробанець, Р. Таксон, М. Едмундс, Х. Майкл Р. Таксон, М. Едмундс, Х. Майкл та ін.

Оцінка ефективності комунікативної діяльності розкрита в публікаціях Ю.Є. Петруня, С.С. Яременко, Г.О. Слабкий, Дж.М. Абурто, Т.А. Дороніна та ін., а оцінці комунікативної діяльності в сфері охорони здоров'я - М.-Ж. Шнайдер, Р.Г. Майстро, К.В. Васильєва, Доцільність навчання фахівців у сфері громадського здоров'я з питань комунікації розкрили В. Ляшко, Н. Півень, М. Брага, А. Рижкова, І. Нагорна, В. Приходько та ін. Проблематику електронної охорони здоров'я розкрили П.М. Клименко, С.М. Ханенко, Т.В. Бутківська, Г.В.

Гусева, І.Д. Шкробанець. Проблематика розробки стратегії комунікативної діяльності для забезпечення відповіді на виклики пандемії COVID-19 висвітлена в публікаціях Дж. Н. Нкенгасонг, В. Манкула, Дж.Е. Л. Вонг, Ю.С. Лео, К.С. Тан, В.Дж. Лі, Ч.Дж. Чі, В.Х. Хонг. Діяльності управлінь/відділів охорони здоров'я органів державної влади розкриває О.В. Устимчук та ін.

Визначення поняття «публічне адміністрування» надано в Ю.П.Сурмінім, В.П.Трощинським, Р.А. Науменко, Ю.П. Битяк, Н.П. Матюхіною, М.С. Ковтун, О.Д. Фірсовою та ін., а концептуальні підходи до адміністрування в сфері громадського здоров'я розкрили К. С. Вострикова, В.М. Князевич, Т.П. Авраменко, В.В. Короленко.

Втім, попри широкий спектр досліджень в сфері державного управління охороною здоров'я відсутні вітчизняні наукові дослідження щодо формування моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я, яка в даному дисертаційному дослідженні розглядається як окрема діяльність, що потребує спеціальної організації та проведення, особливо за умов модернізації, реформування, систематизації галузі охорони здоров'я, а також пандемій.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження виконувалось в межах науково-дослідної роботи Одеського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України за темами: «Реінжиніринг управлінських процесів та управлінські інновації в органах публічної влади на регіональному рівні в умовах децентралізації» (№ державної реєстрації 0120U101245), де автором, як виконавцем обґрунтовано теоретико-методологічний контекст комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я з позиції інформаційно-комунікативної взаємодії суб'єктів публічного адміністрування в сфері охорони здоров'я та модернізації їх правової й організаційно-функціональної діяльності.

Мета дисертаційного дослідження полягає у дослідженні моделей комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я та у

теоретико-методологічному обґрунтуванні процедури формування моделі комунікативної діяльності охороною здоров'я в Україні, у тому числі за умов модернізації, реформування, підвищення ролі місцевого самоврядування в забезпеченні здоров'я громад і з врахуванням різних рівнів публічного адміністрування охороною здоров'я.

Досягнення означеної мети передбачає вирішення таких основних дослідницьких завдань:

- проаналізувати сучасні концептуальні погляди щодо дефініцій «публічне адміністрування», «система охорони здоров'я», «публічне адміністрування сферою охорони здоров'я»;

- дослідити сучасні науково-теоретичні підходи щодо розуміння комунікативної діяльності в публічному адмініструванні для визначення меж комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я;

- порівняти концептуальні підходи щодо комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я в українській та зарубіжній науці задля з'ясування доцільності запровадження зарубіжного досвіду;

- систематизувати та класифікувати теоретичні, методологічні та науково-прикладні підходи щодо моделей комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я;

- вирізнити рівні комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я;

- з'ясувати роль відкритих даних в комунікативній діяльності публічного адміністрування сферою охорони здоров'я;

- визначити особливості застосування методів побудови взаємовідносин з громадськістю щодо охорони здоров'я в українських та зарубіжних теоретико-прикладних джерелах;

- вирізнити функції органів державної влади і місцевого самоврядування щодо комунікативної діяльності публічного адміністрування сферою охорони здоров'я;

- означити шляхи практичної реалізації моделі комунікативної діяльності

публічного адміністрування охороною здоров'я;

- виокремити складові формування теоретико-методологічної моделі публічного адміністрування охороною здоров'я в Україні.

Об'єкт дослідження: комунікативна діяльність в публічному адмініструванні охороною здоров'я в Україні як явище.

Предмет дослідження: теоретико-методологічний аспект формування моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я в Україні.

Методи дослідження. Реалізація поставленої мети обумовила використання загальнонаукових і спеціальних методів дослідження, зокрема: аналіз та вивчення наукових досліджень та інших джерел, що містять факти в межах предмета дисертаційного дослідження задля створення вихідної концепції комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я; абстрагування, аналізу і синтезу для забезпечення докладного дослідження існуючих теоретичних підходів до визначення комунікативної діяльності в публічному адмініструванні сферою охорони здоров'я та виокремлення моделей, притаманних державам світу та українській практиці; системний аналіз виділення елементів комунікативної діяльності охороною здоров'я в сфері публічного адміністрування та різних рівнів підсистеми; контент-аналіз нормативно-правових документів, що здійснюють вплив на предмет дослідження; метод моделювання для встановлення і опису компонентів системи комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я, встановлення взаємозв'язків між ними, керування, прогнозування, формування та розвитку моделі комунікативної діяльності в межах предмету дослідження; термінологічний підхід для теоретичного дослідження термінологічного апарату в межах предмету дослідження, аналізу та уточнення термінів та понять, які використовуються у дослідженні; професійно-діяльнісний підхід з використанням положень діяльності у методиці та інтерпретації змісту комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я та її методології, що можна використовувати при підготовці фахівців задля вдосконалення вмінь та навичок комунікативної

діяльності в сфері публічного адміністрування охороною здоров'я; інформаційний підхід задля виявлення сукупності інформаційних аспектів комунікативної діяльності як елементів загальної моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я, з акцентом на соціальні комунікації; метод порівняння задля встановлення можливостей запровадження зарубіжного досвіду в українську практику та визначення сильних та слабких сторін існуючих моделей в зарубіжних державах; узагальнення та систематизації наявних моделей комунікативної діяльності суб'єктів публічного адміністрування в сфері охорони здоров'я і класифікації науково-прикладних досліджень та практик.

Емпіричною основою дослідження стали нормативно-правові акти Президента України, Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України та правові акти Міністерства охорони здоров'я, що окреслюють та регламентують діяльність суб'єктів публічного адміністрування, процесі взаємодії суб'єктів публічного управління та адміністрування, комунікації, інформування, інформатизацію сфери охорони здоров'я та публічного адміністрування нею, а також методологію побудови взаємовідносин з громадськістю та територіальними громадами. Також проаналізовано: офіційні комунікативні стратегії, прийняті на рівні територіальних громад за інформацією на офіційних сайтах; статистичні матеріали щодо сфери охорони здоров'я; матеріали періодичних видань; аналітичні звіти.

Наукова новизна одержаних результатів дослідження полягає в розробленні нового концептуального підходу щодо формування моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я в Україні, заснованому на системному підході до моделювання з врахуванням рівнів управління та процедур взаємовідносин держави і суспільства та світового досвіду. Дисертаційне дослідження є першим комплексним дослідженням теоретико-методологічних основ комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я.

У результаті проведеного дослідження отримано нові наукові й практичні результати, зокрема:

вперше:

- комплексно представлено концептуальні засади формування моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охорони здоров'я, котрі мають теоретичну основу (концепції публічного управління та адміністрування, теорії комунікації та інформації, моделі комунікативної діяльності, системний підхід), методологічне підґрунтя (державно-управлінські відносини у галузі охорони здоров'я, процедури та процеси комунікативної діяльності в сфері публічного адміністрування і в сфері охорони здоров'я, діяльність організаційних структур органів влади, відповідальних за комунікативну діяльність та її результат, методи регулювання комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я) та практичну спрямованість (розробку і прийняття концепції загальнодержавної програми комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я, розробку комунікативної стратегії публічного адміністрування охорони здоров'я на національному, регіональному та місцевому рівнях, нормативно-правові основи комунікативної діяльності в публічному адмініструванні сферою охорони здоров'я, процедури комунікативної діяльності адміністративного апарату, побудова взаємовідносин з суспільством в аспекті охорони здоров'я, громадського здоров'я тощо);

- розроблено модель комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я в Україні, яка заснована на провідних сучасних практиках зарубіжних держав, враховує національні особливості, має декілька рівнів і стосується взаємовідносини держави та суспільства, і яка характеризується як управлінська, соціальна, політична, суспільна, макромасштабна, прогностична, динамічна, середньої складності, теоретико-прикладна, багатофункціональна та концептуальна;

- узагальнено тенденції формування моделі публічного адміністрування охороною здоров'я в Україні з декількох позицій: наукової, організаційно-функціональної та правової в межах провадження комунікативної діяльності сфері охорони здоров'я, введення комунікативної діяльності в управлінську роботу в сфері охорони здоров'я, дослідження її результатів, вироблення

індикаторів її ефективності, широке використання усіх комунікативних каналів, залучення суспільства до розробки національних стратегій та відображення його інтересів в нормативно-правових актах і державних документах з акцентами на соціальній відповідальності за функціонування сфери охорони здоров'я;

удосконалено:

- теоретико-методологічний підходи щодо розуміння комунікацій в публічному адмініструванні, зокрема шляхом надання нового змісту категорії «публічне адміністрування охороною здоров'я» – діяльність суб'єктів представницької демократії, органів державної влади та місцевого самоврядування, громадськості та окремих громадян з вироблення та реалізації політики в сфері охорони здоров'я, яка включає: суб'єктів публічного управління та адміністрування; систему охорони здоров'я; суб'єктів системи охорони здоров'я; а також окремих професіоналів – надавачів медичної допомоги та послуги; надавачів немедичної послуги, у тому числі в межах державно-приватного партнерства; громадські об'єднання; громадян. Введено категорію «комунікативна діяльність в публічному адмініструванні охороною здоров'я» – це система цілеспрямованих впливів суб'єктів публічного адміністрування, яка має декілька складових: цільову (наявність домінуючої мети в державній політиці щодо сфери охорони здоров'я, її системи та громадського здоров'я); виконавчу (реалізацію державної політики в сфері охорони здоров'я з залученням суспільства, створенням нової системи відносин); мотиваційну (зв'язки з суспільством, залучення до спільної розробки документів з проблем охорони здоров'я, побудови внутрішніх взаємозв'язків між суб'єктами публічного адміністрування), - і реалізується шляхом використання методів комунікативних впливів задля побудови взаємовідносин з суспільством з вирішення проблем охорони здоров'я. Надано авторське визначення поняттю «медична комунікація» як переплетення державної політики у сфері охорони здоров'я (стратегічні плани, закони, фінансові зобов'язання, судочинство); інституційних директив (рівність і нагляд за рівнем охорони здоров'я); структури охорони здоров'я (географічний розподіл та доступ до медичних послуг); професійної освіти та навчання

(підготовка фахівців з комунікацій в публічному управлінні охороною здоров'я); процесу охорони здоров'я (розподіл послуг, інформація та місця її поширення, цільові програми навчання пацієнтів, міжособистісні та міжгрупові відносини); етносоціальних реалій (соціально-економічний стан та рівень медичної грамотності суспільства).

- концептуальні основи закономірностей побудови моделей комунікативної діяльності в сфері охорони здоров'я з акцентом на публічному адмініструванні охороною здоров'я та орієнтацією на правовому, організаційному, адміністративному, впливовому, соціальному, професіональному аспектах, де основою є ідея активної участі населення у вирішенні всіх проблем держави, у тому числі, і відповідальність за власне здоров'я, а комунікації будуються на основі загальних моделей комунікації і відображають зміст цих моделей;

- методологічні засади організації, функціонування та розвитку комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я, які є основою для розвитку моделей комунікацій в системі публічного адміністрування охороною здоров'я та зорієнтовані на: досягнення згоди; розбудову сильних сторін; нейтралізацію ризиків, зворотній зв'язок; досягнення згоди; широкий обмін інформацією між усіма акторами процесу; якість побудови комунікацій з усіма учасниками процесу; обговорення та взаємодію з громадськістю; ліквідацію медичної безграмотності;

дістало подальшого розвитку:

- теорія державного управління в аспекті моделювання комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я, зокрема щодо функцій моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я, яких відносяться: побудова взаємовідносин (між рівнями публічного адміністрування; в системі охорони здоров'я; з суб'єктами публічного адміністрування та громадськістю; з суб'єктами сфери охорони здоров'я; з соціальним середовищем); управління (на центральному, регіональному та місцевому рівні публічного адміністрування; закладами охорони здоров'я; суб'єктами надання медичної та немедичної допомоги); поліпшення надання

медичних і немедичних послуг, а також розвиток громадського здоров'я (підвищення якості послуг; запровадженні інновацій в охорону здоров'я; модернізація спеціальної інформаційно-комунікаційної інфраструктури; інформатизація сфери охорони здоров'я; інвестування; створення умов для доступу до медичних послуг широким верствам населення, враховуючи умови доступу до медичної допомоги; зменшення бюрократизації при прийнятті рішень з питань охорони здоров'я; формування нової культури охорони здоров'я і комунікацій в сфері охорони здоров'я); нормативно-правове регулювання комунікативної діяльності публічного адміністрування сферою охорони здоров'я (удосконалення існуючих правових актів);

- методологія публічного адміністрування в контексті комунікативної парадигми в сфері охорони здоров'я, що дозволить використовувати широкий спектр методів, прийомів, технік і технологій комунікативної діяльності задля становлення сучасної ефективної системи охорони здоров'я, зорієнтованої на побудова міжсекторальну взаємодію; створення міжвідомчих рад задля координації комунікативної та комунікаційної діяльності; громадські консультації в форматі спільного планування та проєктування в сфері охорони здоров'я.

Практичне значення одержаних результатів Основні концептуальні положення, висновки та рекомендації дисертаційної роботи мають практичне спрямування та можуть бути враховані суб'єктами публічного адміністрування сферою охорони здоров'я. Практичне значення одержаних результатів визначається тим, що теоретичні та методологічні положення й висновки, сформульовані в дисертаційному дослідженні, є основою для вирішення практичних завдань в аспекті формування моделі комунікативної діяльності суб'єктів публічного адміністрування сферою охорони здоров'я задля збереження здоров'я населення, розвитку сфери надання медичних і немедичних послуг з залученням територіальних громад, громадських об'єднань і окремих громадян з урахуванням низької платоспроможності населення.

Основні положення дисертаційного дослідження впроваджено:

- в поточну діяльність департаменту охорони здоров'я Одеської обласної

державної адміністрації зокрема щодо вироблення принципів політики і управління охороною здоров'я на рівні громад з забезпеченням вирішення проблем охорони здоров'я за умов відсутності державного фінансування та прийняття інноваційних рішень в ситуаціях низького рівня забезпеченості населення територіальних громад. Закцентовано увагу на використанні інформаційно-комунікаційних технологій в публічному адмініструванні мережі закладів охорони здоров'я в умовах пандемії COVID-19, стосовно: організації надання медичної допомоги з використанням телемедичних технологій, де об'єднані програмні та функціональні інструменти обміну медичною документацією; система архівації медичної документації та відеозаписів телемедичних консультацій; сервер зображень медичних діагностичних досліджень; консультування щодо екстрених випадків; використання методів переконання, роз'яснення, подолання розриву знань (довідка про впровадження від 29.09.2021 р. № 01-15/4927);

- продовжується впровадження результатів дисертаційного дослідження в Державному підприємстві «Електронне здоров'я» стосовно доцільності запровадження зарубіжного досвіду формування моделей комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я в контексті розгляду її як інтегрованої системи, яка є основою при комплексному вирішенні майбутніх загроз, включає в себе формальні та неформальні структури, організації, громадян, працівників сфери охорони здоров'я, медіаторні технології управління інформацією щодо доступу до медичних послуг, якості та безпеки догляду, безперервності послуг та обмеження витрат, де основою є: система моніторингу; система зворотного зв'язку; процес розвитку спільного розуміння, встановлення, тестування та підтримки відносин; мистецтво та техніка інформування, впливу та мотивації індивідуальної, інституційної та громадської аудиторії про важливі проблеми зі здоров'я; динамічний процес (довідка буде надана по закінченню процесу впровадження);

- в перспективну діяльність департаменту охорони здоров'я Житомирської обласної державної адміністрації зокрема щодо комунікації адміністративного

апарату з громадськістю, комунікації лікувальних закладів з громадськістю, ліквідації медичної неграмотності населення, комунікації медичних працівників з пацієнтами та медичних працівників між собою, що тісно повзано з моделями комунікативної діяльності, які будуються в державі: макромасштабна; динамічна, функціональна; змішана; центристська; публічного адміністрування комунікативної діяльності громадського здоров'я; відсутності центрального регулювання. Результати дослідження враховані в процесі визначення показників результативності комунікативної діяльності в сфері охорони здоров'я та їх кореляції з загальними статистичними даними, які використовуються в системі охорони здоров'я. Розглянуто пропозиції для подальшого обговорення введення запропонованих в дисертаційному дослідженні індикаторів ефективності комунікативної діяльності в контексті цілей сталого розвитку в сфері охорони здоров'я (довідка про впровадження від 29.09.2021 р. № 5802/01-1);

- в навчальний процес Одеського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України при обговоренні освітньо-професійної програми «Публічне управління сферою охорони здоров'я», а також результати дисертаційного дослідження включено у зміст освітньої компоненти «Комунікації в публічному управлінні», зокрема результати дисертаційного дослідження щодо особливостей комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я включено в тему 2 «Комунікативна діяльність» освітньої компоненти в частині питань: комунікації суб'єктів публічного управління задля залучення громадян до сфери управління охороною здоров'я (труднощі, специфічність, шляхи вирішення проблем); комунікації між суб'єктами публічного управління: можливості об'єднань громадян; впливи на громадську думку засобами комунікацій; інфокомунікаційні технології в процесі формування громадянського суспільства (довідка про впровадження від 22.03.2021 р. № 01/13/125).

Особистий внесок здобувача. Дисертаційне дослідження виконано автором самотійно, у ньому не використовувалися ідеї або розробки інших дослідників (N. Izhytska, N. Dragomyretska, A. Lyashenko, I. Klymenko, L

Prokopenko, I. Matveenکو, O. Bahrim), у співавторстві з якими були підготовлені окремі наукові публікації у фахових виданнях. Дисертація містить ідеї, положення, висновки та наукові результати, отримані безпосередньо автором. Сформульовані в дисертації висновки та рекомендації відповідають її змісту й впливають з основних результатів. У дисертаційному дослідженні не використовувалися матеріали кандидатської дисертації автора.

Апробація результатів дисертації. Основні ідеї й положення дисертаційного дослідження були оприлюднені на науково-практичних конференціях, у тому числі міжнародних та зарубіжних: «Зарубіжний досвід формування стратегій комунікативної діяльності публічного управління охорони здоров'я з метою створення здоров'язбережувального простору» (м. Київ, 2019); «Міжнародний досвід комунікацій в публічному управлінні та адмініструванні сфери охорони здоров'я» (м. Київ, 2019); «Державна стратегія комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я як важлива складова подолання пандемії COVID-19» (м. Вінниця, 2020); «Відкриті дані як комунікаційний інструмент публічного управління та адміністрування охороною здоров'я» (м. Київ, 2020); «Визначення ефективності публічного управління та публічного адміністрування комунікативної діяльності громадського здоров'я: зарубіжний та український підхід» (м. Львів, 2021); «Роль інформаційно-комунікативних технологій в публічному управлінні та адмініструванні системи охорони здоров'я України» (м. Київ, 2021); «Розвиток комунікативної діяльності публічного управління та публічного адміністрування громадського здоров'я в Україні» (м. Варшава, 2021); «Ефективність комунікацій з громадянами в процесі прийняття рішень в публічному управлінні сфери охорони здоров'я» (м. Братислава, 2021).

Публікації. Основні результати дисертаційного дослідження опубліковані в 29 наукових працях, у тому числі: 1 одноосібна монографія; 20 наукових статей (17 – у фахових наукових виданнях України; 3 – у виданнях, облікованих у міжнародних науко-метричних базах), 8 – у матеріалах конференцій, у тому числі у 2-х зарубіжних (м. Варшава, м. Братислава).

Структура й обсяг роботи. Дисертація складається із вступу, п'яти розділів, висновків і списку використаних джерел. Повний обсяг дисертації становить 514 сторінок, з них 415 сторінок основного тексту, 20,4 авторських аркушів. Дисертація містить 5 рисунків. Список використаних джерел складається із 545 найменувань.

РОЗДІЛ 1

КАТЕГОРІАЛЬНО-ПОНЯТІЙНИЙ АПАРАТ ЯК ОСНОВА ФОРМУВАННЯ МОДЕЛІ КОМУНІКАТИВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ПУБЛІЧНОМУ АДМІНІСТРУВАННІ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я

1.1. Дефініція «публічне адміністрування» та «публічне адміністрування в сфері охорони здоров'я» як підґрунтя комунікативної діяльності

В сучасній науці публічного управління відсутнє єдине уніфіковане визначення поняття «публічне адміністрування». Так, в термінологічному словнику з публічного управління Р.А. Наumenко (2018) категорію «публічне адміністрування» тлумачить як *вид організаційно-розпорядчої діяльності державних службовців і посадових осіб місцевого самоврядування, спрямованої на підготовку та впровадження публічно-управлінських рішень, управління персоналом, надання публічних послуг*. Публічне адміністрування тлумачиться як складова частина публічного управління, яке здійснюється на професійній (неполітичній) основі, залучаючи у разі потреби неурядових партнерів для спільного вирішення проблем, що постають у цій сфері [124].

Ю.П. Сурмін, В.П. Трощинський (2010) в енциклопедичному словнику з державного управління визначають публічне адміністрування як *теорію і практику державного управління, яка характеризується реалізацією адміністративних процедур шляхом публічної діяльності, застосування інструментів демократичного врядування, упорядкування суспільної діяльності та надання адміністративних послуг як засобу реалізації прав та свобод громадян* [243].

Ю.П. Битяк, Н.П. Матюхіна, М.С. Ковтун та ін. (2018), розглядаючи *основи публічного адміністрування* відзначають дискусивність поняття «публічне адміністрування» в різних галузях наук (політологія, публічне управління та адміністрування, економіка). Як і більшість науковців, які досліджували

етимологію поняття «публічне адміністрування», Ю.П. Битяк, Н.П. Матюхіна, М.С. Ковтун та ін. (2018, основи публічного адміністрування, с. 8) роблять посилання на походження слова та його тлумачення в англійській мові і перекладають як: «управління на державному та місцевому рівні; державне управління» [131].

Втім, науковці погоджуються з визначенням, яке стосується правового регламентування діяльності в сфері публічного адміністрування і вважають, що «публічне адміністрування – це регламентована законами та іншими нормативно-правовими актами діяльність суб'єктів публічного адміністрування, спрямована на здійснення законів та інших нормативно-правових актів шляхом прийняття адміністративних рішень, надання встановлених законами адміністративних послуг» [131].

В той же час, науковці передбачають зміну трактування поняття в контекстному сенсі і визнають тлумачення публічного адміністрування як державного управління та муніципального управління як складової публічного адміністрування або їх сукупності [131].

Н.В. Філіпова (2015) аналізуючи відмінності понять «державне управління», «публічне управління» та «публічне адміністрування» посилається на визначення, надані в енциклопедичних виданнях з державного управління, втім визначення поняття «публічне управління» надає не конкретне, зокрема це: «щось більше, ніж просто набір загальних інструментів управління, публічне управління вивчає взаємодію між політичною системою, державним сектором, співвідношення муніципальних, державних та народних інтересів із залучення суспільства до механізму контролю всіх органів влади» [255]. Те саме стосується і поняття «публічне адміністрування», аналіз якого відбувається суб'єктивно на підставі визначень деяких авторів публікацій та енциклопедичних видань, не враховуючи методи наукового дослідження змісту понять та їх семантичного навантаження. Відповідно і визначення поняття сумнівне, оскільки стосується поєднання державного та публічного управління в публічне адміністрування, і в результаті це є «сукупність інституцій та органів виконавчої влади, які реалізують рішення

уряду». Отже, публічне адміністрування є поняттям вищим, аніж поняття «публічне управління» в дослідженнях науковця [255].

Подібній проблематиці порівняння трьох понять присвячена публікація Є.І. Таран (2020), яка побудована на аналізі визначень в публікаціях інших дослідників та в енциклопедичних виданнях з публічного управління та адміністрування. Зміни в змісті понять та появи нових в науці пов'язується з невдоволеністю населенням послугами, які надавались в сфері державного управління. Відповідно, на думку автора статті, відбулись певні трансформаційні процеси і з'явилась нова форма управління в публічному секторі, яка отримала назву «публічне адміністрування», що, на думку автора «стало закономірним кроком у розвитку державного управління» [244]. Власного визначення дослідник не надає, втім робить висновки щодо схожості дефініції «державне управління» та «публічне адміністрування» з різницею їх відношення до виду управління, зокрема: державне управління відноситься до авторитарного виду управління, а публічне адміністрування – до демократичного виду управління. І в цьому з автором наукової публікації не можна не погодитись [244].

А.О. Даниленко (2019) розглядає поняття «публічне адміністрування» в контексті доктрини юридичної науки щодо категоріально-понятійного розуміння одного і того ж явища або процесу. Автор статті також наголошує на відсутності єдиного визначення поняття «публічне адміністрування» і зазначає суб'єктивізм існуючих визначень, які гуртуються на власній думці науковця-дослідника, з чим нам складно не погодитись. Привертає увагу думка, що відсутнє обґрунтування різниці між поняттями «державне управління» та «публічне адміністрування», відповідно і між державною та публічною адміністрацією. Цікавою є думка щодо причин виникнення такої ситуації в науці, яку автор публікації розглядає як діапазон від відсутності правового трактування поняття «державне управління» та поняття «публічне адміністрування» до «гіперкомплексу ознак цього процесу» [33].

На погляд А.О. Даниленко (2019) публічне адміністрування потрібно розглядати з позицій широкого розуміння його змісту, зокрема: «публічне

адміністрування діє у всіх формах державної влади (не лише виконавчої, але й законодавчої – через публічний характер нормотворчості, судової – через публічне становище суддів, функціонування органів суддівського врядування та інших суб'єктів, що здійснюють судове адміністрування), тому публічне адміністрування є всеохоплюючим поняттям, керівним процесом держави, реалізованим за допомогою публічного формування, впровадження та використання загальних та спеціальних норм, інструментів та процедур задля врегулювання суспільних відносин та виконання поставлених перед державою та суспільством завдань та функцій» [33]. Виходячи з цього визначення не зрозуміло, що тоді автор наукової публікації розуміє під публічним управлінням.

Л. Кошелева (2018) у своїх дослідженнях також посилається на визначення в енциклопедичному словнику з державного управління і зазначає складність процесу інтеграції публічного адміністрування до Європейського Союзу, оскільки не відповідає існуючій там системи критеріїв стосовно адміністративних процедур органів публічної влади в контексті демократизації процесів управління. Складність полягає в гармонізації існуючої системи в Україні до системи ЄС. Чітке визначення в публікації Л. Кошелевої (2018) відсутнє. Є аналіз досліджень інших науковців та констатація потреби зміни «ієрархічного адміністрування на нову форму управління, оскільки при цьому змінюються умови політики й управління громадськими справами в політичній сфері і відкриваються можливості мережевого підходу до політики й публічного управління, а саме співпраця з громадськими організаціями» [95].

О.Б. Ігнатюк, В.В. Горачук (2021) розглядають зміст публічного адміністрування в правовому полі українського законодавства в аспекті його сутності та співвідношення з державним управлінням. На думку авторів, засади публічного адміністрування формуються в правовому полі з урахування європейських принципів публічного адміністрування та принципів державного управління. Дослідники дотримуються поглядів щодо поєднання європейських та українських підходів щодо публічного адміністрування та державного управління. Авторами статті пропонуються загальнотеоретичні засади публічного

адміністрування, які є і конституційними принципами одночасно.

О.Б. Ігнатюк, В.В. Горачук виокремлюють спеціальні засади публічного управління та адміністрування з врахуванням тлумачення управління, формування його цілей та їх реалізації, зокрема:

- належне врядування в аспекті збалансованості управління з залученням громадян;
- підзвітність як зворотній зв'язок з громадянами;
- делегування повноважень в контексті діяльності представницьких органів місцевого самоврядування;
- відкритість в аспекті можливості звернення громадян до органів влади всіх рівнів;
- прозорості в площині надання публічної інформації;
- відповідності інтересам народу;
- ефективності в сенсі участі громадян в управлінні;
- адаптивності в аспекті відповідності суспільним змінам;
- об'єктивності в площині відповідності управлінській діяльності [63].

Ці засади вважаються гнучкими і доповнюються засадами відповідного напрямку публічного адміністрування [63].

В.Л. Тодосійчук (2018) поняття «державне управління» та «публічне управління» розглядає як синоніми. При цьому державне управління розглядається як «механізмом формування та реалізації державної політики». Державно-управлінська діяльність тлумачиться як складова системи публічного адміністрування з поєднанням комплексу складових (принципи, механізми, методи тощо) для багаторівневої структури управління. Державне управління розглядається як одна із сфер суспільних відносин, яка, на думку автора статті, виконує завдання і цілі, поставлені державою. На противагу державному управлінню наводиться поняття публічне управління, визначення якому не надається, а зазначається, що воно «спрямоване на досягнення відчутного результату». З суб'єктивізмом такого визначення складно погодитись. Відповідно і визначення публічного адміністрування, надане В.Л. Тодосійчук (2018), не дає

розуміння відмінностей між публічним управлінням та публічним адмініструванням, оскільки публічне адміністрування розуміється як «вплив суб'єкта управління на суспільство (суспільні процеси, відносини) відповідно до покладених на нього суспільно значущих функцій і повноважень; взаємодія державного апарату і суспільства під час прийняття важливих для країни (суспільства, населення) рішень. Можна сказати, публічне адміністрування – це управління суспільством разом із суспільством» [248].

Н. Максименцева (2018) на підставі аналізу великої кількості досліджень щодо розуміння публічного адміністрування в галузі публічного управління та правових наук надає власне визначення поняття «публічне адміністрування» в певній галузі досліджень і вважає публічне адміністрування певною формою публічноуправлінської діяльності органів державної влади та місцевого самоврядування, громадських організацій, як суб'єктів публічної адміністрації, які реалізують політику в певній сфері [109].

Н.О. Шура (2016) доводить, що публічне адміністрування доцільно розглядати як процес, який має низку етапів для забезпечення функціонування та взаємодії органів публічного адміністрування. Виокремлюються «регулятори соціально-економічних процесів» відповідно до принципів публічного адміністрування і які стосуються максимальної наближеності до потреб громадян, спрямованості дій управлінців на забезпечення належного сервісу, гнучкості і здатності до новаторських рішень в забезпеченні сервісних послуг. До завдань публічного адміністрування віднесено створення прозорості, доступності адміністративних послуг та їх належного надання. Н.О. Шура публічне адміністрування визначає як процес «реалізації владних функцій органами державної влади та місцевого самоврядування, який забезпечує ефективну взаємодію останніх із представниками громадянського суспільства та створює умови для функціонування влади як публічної категорії» [266]. Публічне адміністрування розглядається в контексті рівня демократизації управління.

М.М. Бліхар (2020) досліджує публічне адміністрування як форму реалізації публічної влади. Публічне адміністрування тлумачиться з позиції розширення

кількості зацікавлених суб'єктів в адмініструванні, зокрема це стосується органів місцевого самоврядування, які, на думку автора статті, «активно залучаються» до процесу публічного адміністрування [12].

Ю.Є. Вороніна (2020) предметом публічного адміністрування вважає «процес досягнення національних цілей та інтересів шляхом організації діяльності суб'єктів публічної сфери, у тому числі законодавчих, виконавчих і судових органів та органів місцевого самоврядування» [21].

І. Бінько (2020), аналізуючи появу поняття «публічне адміністрування» та його використання в українській науці, робить власні висновки щодо змісту і сенсу публічного адміністрування і розглядає його як складову державного управління, оскільки публічне адміністрування реалізує механізм державного управління щодо реалізації прав і свобод громадян в межах законодавства. Державне управління розглядається крізь призму здійснення державного управління по «відношенню до системи органів і установ держави, об'єктів права власності держави». Під об'єктом державного управління розуміється «сам апарат держави», який має зовнішню функцію щодо здійснення публічного адміністрування шляхом реалізації якого надає суспільству публічно-сервісну послугу [11].

Подібна ситуація з визначенням поняття «публічне адміністрування в сфері охорони здоров'я». В термінологічному словнику з публічного управління О.Д. Фірсова (2018) дає визначення поняттю «публічне адміністрування в охороні здоров'я», яке тлумачиться як діяльність суб'єктів публічного адміністрування із забезпечення інтересів і свобод фізичних та юридичних осіб у контексті законодавчо визначених порядків реалізації своїх повноважень, шляхом прийняття адміністративних рішень і надання адміністративних послуг у сфері охорони здоров'я: державна акредитація закладів охорони здоров'я; атестація лікарів; ліцензування господарської діяльності з медичної практики; ліцензування господарської діяльності з переробки донорської крові та її компонентів, виготовлення з них препаратів; ліцензування на проведення дезінфекційних, дезінсекційних, дератизаційних робіт (крім робіт на об'єктах ветеринарного

контролю); ліцензування виробництва лікарських засобів; надання підтвердження про державну реєстрацію медичної техніки та виробів медичного призначення; реєстрація оптово-відпускних цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення, що закупаються за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів [256].

В публікаціях щодо розуміння публічного адміністрування сферою охорони здоров'я розглядаються окремі його змісти. Так, А. Неугодніков (2019) публічне адміністрування в сфері охорони здоров'я розглядає його розвиток і функціонування в контексті впливу на нього наслідків суспільного розвитку. Для цього вважає доцільним розробку концепції сталого розвитку системи охорони здоров'я. Дослідник характеризує сутність публічного адміністрування в сфері охорони здоров'я «основі поєднання загальної теорії адміністративного права та специфіки сфери охорони здоров'я як регламентовану законами та іншими нормативно-правовими актами виконавчо-розпорядчу діяльність щодо охорони та забезпечення належного стану повного фізичного, психічного і соціального благополуччя шляхом прийняття адміністративних рішень та надання встановлених законами послуг в сфері охорони здоров'я» [125].

До інституційного механізму публічного адміністрування А. Неугодніков відносить центральні органи державної влади (Міністерство, служби сфери охорони здоров'я), органи охорони здоров'я на місцевому рівні (місцеві державні адміністрації, органи місцевого самоврядування, органи представницької влади на місцевому рівні), заклади охорони здоров'я, громадські об'єднання.

Д.І. Горбатова (2019) в контексті охорони здоров'я розглядає взаємозв'язок понять «державне управління, «державне регулювання» та «публічне адміністрування». Державне управління та державне регулювання розглядаються як пов'язані поняття, де перше є більш масштабним явищем і спрямовано на реалізацію функцій держави, а друге поняття (державне регулювання) тлумачиться як «система заходів, що здійснює вплив на конкретну сферу суспільних відносин за допомогою нормативно-правової основи». Публічне адміністрування визначається як процес, який є узагальненим і включає численні

процеси, котрі реалізуються на всіх циклах управління з визначенням як суб'єктів, так і об'єктів управління [26].

Державне регулювання вважається поняттям більш широким аніж публічне адміністрування, яке, на думку Д.І. Горбатова, має технічне значення. Охорона здоров'я, в даному контексті, розглядається з позицій державного управління та регулювання. Вважається, що вона охоплює різні форми управлінської діяльності і поділяється на відповідні сфери, зокрема: санітарно- епідеміологічна, надання медичної допомоги, економічна, координуюча, організаційна тощо. До суб'єктів державного управління сфери охорони здоров'я відносять органи державної влади, уповноважені на здійснення цієї діяльності. Форми державного управління у сфері охорони здоров'я розглядаються як зовнішні (взаємодія з державними органами для забезпечення виконання завдань і функцій з державного управління в охороні здоров'я) та внутрішні (організація внутрішньої роботи відповідного органу тощо), де виконують свої повноваження органи місцевого самоврядування та виконавчої влади з охорони здоров'я, які мають підзаконний, виконавчо-розпорядчий і юридично-владний характер. Основною формою державного управління в сфері охорони здоров'я визначається вироблення загальнообов'язкових норм і видання правових управлінських актів, які регламентують відносини та організаційні процеси в сфері охорони здоров'я [26].

О. Сіделковський (2020) визначає суб'єктів публічної політики в сфері охорони здоров'я: органи владних повноважень; органи державної влади та місцевого самоврядування [232].

А.Г. Миронов (2020) до суб'єктів публічного адміністрування в сфері охорони здоров'я з посиланням на дослідження інших авторів відносить три типи суб'єктів: визначають та розробляють стратегію діяльності з публічного адміністрування сферою охорони здоров'я; безпосередньо втілюють у життя та забезпечують публічне адміністрування сферою охорони здоров'я; сприяють публічному адмініструванню сферою охорони здоров'я [116].

В.П. Прасол (2021) публічну адміністрацію тлумачить як «сукупність державних і недержавних структур та уповноважених осіб, які виконують функції

держави. Основними елементами публічної адміністрації є: а) органи виконавчої влади; б) адміністративний апарат; в) виконавчі органи місцевого самоврядування» [155].

М.В. Долгіх (2021), аналізуючи інші джерела, бере за визначення твердження, що публічне адміністрування в сфері охорони здоров'я виконує одну з ключових ролей у здійсненні внутрішньої політики країни, яка полягає у прийнятті державно-управлінських рішень для реалізації концепції надання доступної медичної допомоги усім, без винятку, громадянам країни [44].

О.Г. Стрельченко (2019) визначає публічне адміністрування в сфері обігу лікарських засобів як частину публічного адміністрування в цілому [241].

С.В. Книш (2019) аналізуючи зміст публічного адміністрування визначає, що оптимізація організаційних засад виникнення, зміни та припинення адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я пов'язана з удосконаленням правової основи публічного адміністрування вказаною сферою та має забезпечити вирішення актуальних питань [74].

Підсумовуючи зазначимо, що відсутнє єдине визначення поняття «публічне адміністрування охороною здоров'я». Діапазон визначень достатньо широкий і стосується різних напрямів публічного адміністрування. Узагальнення визначень і тлумачень сенсу і змісту поняття «публічне адміністрування» та «публічне адміністрування в сфері охорони здоров'я» *автором дисертації надано власне визначення поняттю «публічне адміністрування охороною здоров'я», зокрема – це діяльність суб'єктів представницької демократії, органів державної влади та місцевого самоврядування, громадськості та окремих громадян з вироблення та реалізації політики в сфері охорони здоров'я. Сфера охорони здоров'я включає: суб'єктів публічного управління та адміністрування; систему охорони здоров'я; суб'єктів системи охорони здоров'я; а також окремих професіоналів – надавачів медичної допомоги та послуги; надавачів немедичної послуги, у тому числі в межах державно-приватного партнерства; громадські об'єднання; громадян.*

1.2. Розуміння системи охорони здоров'я як базис моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я

М.М. Білинська, Я.Ф. Радиш, І.В. Рожкова та ін. (2012) *систему охорони здоров'я* характеризують як винятково важливу у забезпеченні належного рівня життя, яка має суб'єкта й об'єкта, структурне оформлення, об'єктивність законів, закономірностей та принципів, використання сукупності методів та управлінських операцій і процедур, виконує певні функції. Вони тлумачать *систему охорони здоров'я* в контексті системи управління будь-якими соціальними системами. Тому, на їх думку, *система охорони здоров'я* має спиратися на різні форми організації та потрібно насамперед оптимально використати те, що є: залучити кошти ззовні, зробити так, щоб кошти не виходили за межі системи, а працювали на неї, застосувавши для цього відповідні механізми державного регулювання [38].

З погляду системного підходу М.М. Білинська, Я.Ф. Радиш, І.В. Рожкова та ін. (2012) об'єктом державного управління охороною здоров'я вважають всю систему охорони здоров'я України. Суб'єктом державного управління охороною здоров'я – систему державної влади у вигляді спеціально утворених взаємодіючих органів державної влади, між якими поділені певні функції державного управління охороною здоров'я. Науковці наголошують, що широта і складність завдань з охорони здоров'я людей покладається на всі без винятку органи державної влади України з необхідністю виконання певних функцій щодо управління охороною здоров'я. Саме цим пояснюється складність організаційно-правових механізмів у врегулюванні державно-управлінських відносин між усіма зацікавленими міністерствами, відомствами, державними комітетами, службами тощо щодо державного управління охороною здоров'я [38].

М.М. Білинська, Я.Ф. Радиш, І.В. Рожкова та ін. (2012) виокремлюють наступні *складові системи охорони здоров'я*: Міністерство охорони здоров'я (центральный орган виконавчої влади, головним завданням якого є реалізація державної політики в галузі охорони здоров'я); практично кожне з міністерств, які

діють сьогодні в Україні, тією чи іншою мірою займаються здійсненням державного управління охороною здоров'я людей. Науковці зазначають, що у зв'язку з цим найважливішими групами *державно-управлінських відносин у галузі охорони здоров'я України* є галузеві та міжгалузеві державно-управлінські відносини. Змістом останніх є відносини, що виникають між різними органами державної влади в процесі управління охороною здоров'я. М.М. Білинська, Я.Ф. Радиш, І.В. Рожкова та ін. констатують, що галузь охорони здоров'я неоднорідна: у її складі, як соціальної системи активно взаємодіють й інші компоненти: елементи медичних ресурсів Воєнної організації та приватної медицини. Вони стверджують, що *система охорони здоров'я* також становить складний, громіздкий конгломерат програм і настанов, що вирішують різноманітні завдання – від терапії гострих випадків до профілактики, від індивідуального лікування до заходів, що стосуються населення в цілому, від стаціонарного лікування до первинної допомоги, від стоматологічних послуг до лікування професійних і психічних захворювань [38].

М.М. Білинська, Я.Ф. Радиш, І.В. Рожкова та ін. (2012) наголошують на тому, що політичні рішення щодо охорони здоров'я і деяких інших секторів сфери послуг часто мають приблизний, недосконалий характер, і, відповідно, такі рішення важко реалізувати. Науковцями значна роль у підвищенні якості медичної допомоги відводиться інформаційним системам, заснованим на використанні вибраних показників якості робіт, розроблених індикаторів якості роботи працівника охорони здоров'я [38].

М.М. Білинська, Я.Ф. Радиш, І.В. Рожкова та ін. (2012) відзначають, що домінуючою тенденцією в *організації управління системами охорони здоров'я* була децентралізація управління (у тому числі й фінансування). Найбільш важливою структурою в управлінні первинної медико-санітарної допомоги стали владні структури регіону або області, які мають фінансові ресурси і повноваження заключати контракти. Більшість рішень, що стосуються роботи надавачів первинної медико-санітарної допомоги у багатьох країнах, приймаються на регіональному рівні. На сьогодні більш ефективні системи первинної медико-

санітарної допомоги сформувалися в тих країнах, які вважають ці проблеми пріоритетними і де гнучка система управління, що відповідає особливостям програми, максимально наближена до виконавців [38].

Науковці стверджують, що *система охорони здоров'я* в усьому світі стає більш ресурсоемною і залежною від технологічних та організаційних процесів. Також, на їх думку, має розвиватися плюралістична система фінансування, яка враховує елементи суспільного і приватного фінансування. Така система має будуватися на стандартах однакового підходу та прибутків і містити адекватні механізми оплати. Зазначені механізми мають бути роз'яснені громадськості. Доцільно надавати різнобічну допомогу меценатам, які надають матеріальну допомогу неплатоспроможним пацієнтам [38].

О.В. Устимчук (2020) розглядаючи організаційно-правові аспекти комунікації у сучасних моделях державного управління охороною здоров'я визначає оптимальні способи модернізації технологій управління в галузі охорони здоров'я в напрямі діджиталізації медичних сервісів в концепті «Електронна охорона здоров'я в Україні» [254].

Я.Ф. Радиш, М.М. Білінська (2013), досліджуючи державну політику в сфері охорони здоров'я, звертають увагу на *індекс стану та охорони здоров'я населення* регіонів України. Вони відмічають, що стан здоров'я суспільства та система його забезпечення – одна з основних складових розвитку людського потенціалу. Покращення стану здоров'я населення є одним із завдань діяльності держави. Цими питаннями опікуються окремі соціальні групи й система соціальних інститутів. *Охорону здоров'я* науковці тлумачать як систему загальнонаціональних (загальнодержавних) соціально-економічних і медичних заходів, що мають на меті зберегти й підвищити рівень здоров'я кожної окремої людини і населення в цілому, громадська, соціальна функція медицини і всього суспільства, держави, діяльність товариств, установ та організацій (у тому числі медичних) з охорони здоров'я [36].

Також, на думку науковців *охорона здоров'я* – це система державних і громадських заходів правового, організаційного, соціально-економічного,

наукового, культурно-освітнього, санітарно-епідеміологічного, медичного, технічного й іншого характерів, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я людей, запобігання та лікування хвороб, продовження тривалості активного життя і працездатності, забезпечення сприятливих для здоров'я умов побуту й праці, гармонійного фізичного і психічного розвитку дітей та підлітків. Інституційну сферу охорони здоров'я вони визначають як сукупність організацій, інститутів і ресурсів, призначених для дій в інтересах здоров'я, тобто надання будь-якого виду допомоги або послуги в громадській охороні здоров'я чи послуги, що надається на основі міжсекторальних ініціатив для поліпшення здоров'я нації. У реалізації своєї ролі в процесі відновлення генерацій людей сфера охорони здоров'я, як вважають науковці, здійснює низку важливих функцій: забезпечення оптимального рівня здоров'я населення, його активного довголіття та високої працездатності, створення умов і можливостей для кожного члена суспільства постійно оздоровлюватися, наближати власне самопочуття до моральної та фізичної норми; комплексне динамічне спостереження (та піклування) за станом здоров'я окремої людини та всіх членів суспільства; формування оптимальних параметрів здоров'я майбутнього покоління [36].

Я.Ф. Радиш, М.М. Білинська (2013) виокремлюють *громадську охорону здоров'я (Public Health as a system)* як систему наукових і практичних заходів і структур медичного та немедичного характеру, діяльність яких спрямована на охорону і зміцнення здоров'я населення, профілактику захворювань і травм, збільшення тривалості активного життя та працездатності населення і передбачає об'єднання зусиль суспільства щодо створення умов, які сприяють поліпшенню здоров'я населення. Вони вважають, що *громадська охорона здоров'я* – це наука й практика запобігання хворобам, продовження життя і зміцнення здоров'я за допомогою організованих зусиль суспільства, що проявляється в таких процесах, як демонополізація системи охорони здоров'я, децентралізація управління галуззю, виникнення нових економічних відносин, розвиток сучасних форм надання медичної допомоги і технологій [36].

Ефективна система охорони громадського здоров'я, як стверджують Я.Ф.

Радиш, М.М. Білінська (2013), відіграє важливу роль у зменшенні смертності й захворюваності. Люди можуть використовувати профілактичні послуги, такі як імунізація, медичні діагностичні огляди в центрах охорони громадського здоров'я, муніципальних поліклініках чи клініках. Люди можуть перевіряти загальний стан свого здоров'я й отримувати послуги санітарної освіти, надані на територіальному рівні й робочих місцях. У кожній муніципальній області для планування здоров'я територіальної громади і сприяння участі громадськості у здійсненні плану діє комітет з питань сприяння здоров'ю територіальної громади. Система охорони здоров'я, спрямована на охорону суспільного здоров'я [36].

Я.Ф. Радиш, Т.Д. Бахтеєва, М.М. Білінська (2013) роблять посилання на виступи відомих керівників ВООЗ 2009 р. щодо змісту поняття «система охорони здоров'я»: «Система охорони здоров'я є соціальним інститутом. Вона робить набагато більше, ніж просто надає допомогу при пологах і доставляє ліки подібно до того, як поштове відділення доставляє листи. Належним чином керована і фінансована система охорони здоров'я, яка прагне досягнення загального охоплення, сприяє соціальній згуртованості і стабільності» [36].

Виокремлюється поняття *ідеологія здоров'я (Health ideology)* як система найбільш поширених і узагальнених поглядів на здоров'я людини в суспільстві, її мораль у суспільстві, політиці, галузях господарювання, засобах масової інформації. *Медичне страхування* науковцями визначається як система заходів зі створення спеціального грошового фонду, з якого відшкодовуються витрати на медичні послуги, утримання хворих у лікувально-профілактичних закладах та інші матеріальні збитки, пов'язані з погіршенням здоров'я, зниженням працездатності та порушенням соціальної активності людини [37].

Я.Ф. Радиш, Т.Д. Бахтеєва, М.М. Білінська (2013) *систему охорони здоров'я* характеризують як відкриту, динамічну, складну соціально-економічну систему, що є сукупністю різноманітних державних і недержавних органів та організацій, діяльність яких здійснюється на основі міжгалузевих відносин і направлена на збереження, зміцнення і відновлення здоров'я населення. Основною метою *системи охорони громадського здоров'я* є охорона

громадського здоров'я, зокрема здоров'я людей, що належать до різних соціальних груп, а також здоров'я кожної людини, маючи на увазі забезпечення оптимальної працездатності та соціальної активності на тлі зростання тривалості життя й поліпшення його якості. Результати діяльності системи охорони здоров'я впливають не тільки на рівень громадського здоров'я, але й на добробут і соціальне благополуччя людей. У зв'язку з цим систему охорони здоров'я необхідно розглядати як важливий інститут соціальної безпеки людини, суспільства і держави. Система складається з органів державної виконавчої влади й місцевого самоврядування загальної і спеціальної компетенції та закладів охорони здоров'я всіх форм власності – державної, комунальної, приватної, колективної [37].

Я.Ф. Радиш, Т.Д. Бахтеева, М.М. Білинська (2013) підрозділяють заклади охорони здоров'я за видами на лікувально-профілактичні, санітарно-профілактичні, санаторно-курортні, науково-медичні, аптечні, фізкультурно-оздоровчі тощо. Система охорони здоров'я України має три рівні – базовий, регіональний (Автономна Республіка Крим, міста Київ і Севастополь, області) та державний. Базовий рівень є основним у системі охорони здоров'я. Включає сільські адміністративні райони, сільські та міські населені пункти. Найбільша частина населення користується послугами охорони здоров'я саме на цьому рівні. У лікувальних установах надається переважно первинна й спеціалізована медична допомога. Від якості й ефективності послуг охорони здоров'я на базовому рівні залежать результати діяльності національної системи охорони здоров'я. На регіональному рівні здійснюються прогнозування, планування та організація заходів охорони громадського здоров'я, що виходять за межі компетенції базового рівня. Обласні лікувальні установи здійснюють консультативну діяльність і надають переважно високоспеціалізовану медичну допомогу. На державному рівні формується політика у сфері охорони здоров'я і визначається стратегія розвитку галузі. На цьому рівні надається високоспеціалізована медична допомога, як правило, в клініках науково-дослідних інститутів. Держава та місцеві громади щодо державних і комунальних закладів охорони здоров'я

виступають водночас суб'єктами права власності та суб'єктами, які забезпечують фінансування медичної допомоги. Така децентралізована система управління перешкоджає впровадженню планів, розроблених на національному рівні [37].

Особливої уваги, на погляд Я.Ф. Радиш, Т.Д. Бахтеєвої, М.М. Білинської (2013), заслуговують питання правових та адміністративних змін регулювання державного *управління охороною громадського здоров'я на місцевому рівні* – рівні, найбільш наближеному до пересічних громадян – споживачів послуг з охорони здоров'я. В адміністративно-територіальному відношенні охорона здоров'я місцевого рівня будується відповідно до адміністративно-територіального поділу. Як елементи (підсистеми) до неї входять: охорона здоров'я на рівні району; охорона здоров'я на рівні окремого населеного пункту (міста, селища, села). Проте незалежно від організаційного рівня – це єдина, складна, динамічна система з великою кількістю компонентів, що входять до неї. Основу структури системи охорони здоров'я на місцевому рівні складають амбулаторні й стаціонарні лікувально-профілактичні заклади комунальної форми власності, в яких надається первинна і вторинна медична допомога. Фінансове та матеріальне забезпечення цих лікувально-профілактичних закладів здійснюється з районного бюджету. Для удосконалення надання амбулаторної допомоги на первинному рівні медичного обслуговування, як констатують науковці, передбачено створення центрів первинної медико-санітарної допомоги, до структури яких можуть входити лікарські амбулаторії, фельдшерсько-акушерські пункти, фельдшерські пункти, медичні кабінети. У процесі дослідження даного напрямку з'ясовано, що значна частина центральних районних лікарень як об'єктів комунальної власності перебуває на балансі та в управлінні міських рад міст (районних центрів) обласного підпорядкування. Їх фінансування здійснюється з пайовою участю відповідних районів. Управлінський вплив на них справляють міські ради, районні ради та районні державні адміністрації. Якісне виконання завдань з охорони здоров'я, передбачених чинним законодавством, з боку місцевих державних адміністрацій неможливе через недостатній адміністративний вплив на комунальні лікувально-профілактичні заклади та на

посадових осіб цих закладів. Зазначені органи у процесі виконання своїх управлінських функцій створюють спільні перешкоди, що негативно впливає на організацію лікувально-профілактичної допомоги, захист права громадян на охорону здоров'я [37].

Я.Ф. Радиш, Т.Д. Бахтєєва, М.М. Білінська (2013) виокремлюють *інформаційну систему охорони здоров'я*, яка передбачає створення однорідного простору, формування універсальної системи соціального та медичного забезпечення, дотримання єдиних соціальних і медичних стандартів. Метою *логістики*, яка з успіхом застосовується в охороні здоров'я, як стверджують науковці, є забезпечення ефективності діяльності організації на основі оптимального управління потоковими процесами, прийняття та реалізація відповідних управлінських рішень. Для реалізації мети та принципів логістики необхідно мати не тільки економічну, методологічну та наукову основу, але й відповідну науково обґрунтовану систему її забезпечення та інструменти [37].

Досвід країн Європейського Союзу щодо *реформування системи охорони здоров'я* (за даними аналітичних досліджень) ґрунтується на особливостях *міжнародних систем охорони здоров'я*. Виділяють *три основні системи охорони здоров'я* у світі:

- державна система (*Великобританія*);
- страхова система (представлена в таких європейських країнах, як *Франція, Австрія, Бельгія, Швейцарія*, деяких країнах *Латинської Америки, Японії*);
- приватна система (*Сполучені Штати Америки*) [119].

Ці системи не представлені в чистому вигляді. У країнах з державною системою охорони здоров'я є організації, що здійснюють приватне медичне страхування. Державна система охорони здоров'я розвивається як напрям соціальної політики. У результаті держава посилює свій вплив і контроль над діяльністю медичних і страхових організацій. Наприклад, у *Великобританії* основна частина коштів надходить з державного бюджету і розподіляється зверху вниз по управлінській вертикалі. Централізоване фінансування також дозволяє стримувати зростання вартості лікування. Існують недоліки державної системи

охорони здоров'я, наприклад, схильність до монополізму, відсутність у пацієнта можливості вибору лікаря чи лікувального закладу [119].

Страхова система заснована на принципах солідарності. Страхові організації та застраховані особи мають можливість здійснювати контроль над використанням страхових коштів. Застраховані особи також можуть вибрати лікаря та лікувальнопрофілактичний заклад. Фінансування подібних систем здійснюється з трьох джерел: страхові внески підприємців (відрахування із доходів); страхові внески осіб, які працюють (відрахування із заробітної плати); кошти з державного бюджету. Наприклад, у *Німеччині* діє одна з найбільш розвинених систем соціального медичного страхування, якою охоплено понад 90% населення. Система обов'язкового страхування здійснює свою діяльність через страхові організації — лікарняні каси [119].

Приватна система медичного страхування найбільш широко представлена у *США*. Вона характеризується децентралізованістю, високим розвитком інфраструктури страхових організацій та відсутністю державного регулювання. Приватною формою медичного страхування охоплено понад 80% населення. У США діє приблизно 1500 приватних страхових компаній [119].

В.М. Лехан, Л.В. Крячкова, М.І. Заярський (2018), аналізуючи реформи охорони здоров'я в Україні, відзначають, що для успішної реалізації *трансформацій системи медичного обслуговування* в Україні нагально необхідним є:

- формування політики, яка базується на цілісній, виваженій, прийнятій консенсусом стратегії реформи охорони здоров'я;
- розробка адекватного нормативно-правового забезпечення, збалансованого з конституційними нормами;
- застосування сучасних управлінських підходів: управління змінами та проєктного підходу;
- постійний моніторинг та оцінка для швидкого реагування на виклики і ризики, які виникають в процесі реформування, а також ретельна підготовка керівників та працівників фінансово-економічних підрозділів органів та закладів

охорони здоров'я щодо роботи в нових фінансово-економічних умовах [102].

В.В. Борщ (2019) зазначає, що *розвиток системи охорони здоров'я* безпосередньо впливає на найважливіші показники життя. *Сфера охорони здоров'я* має розглядатися як стратегічна з урахуванням державного економічного потенціалу та пріоритетів соціальної політики, що забезпечують сталий розвиток держави [14].

Г. Муляр (2020) відмічає відсутність у світі єдиної досконалої, стійкої та раціональної системи охорони здоров'я. Кожна країна світу стикається з різними проблемами у забезпеченні реалізації права на охорону здоров'я, у забезпеченні доступу до якісного медичного обслуговування та лікування. Всі країни світу прагнуть створити стійкі національні системи охорони здоров'я, що відрізняються своєю якістю та ефективністю, розвинену систему надання послуг та фінансування охорони здоров'я, однак підходи до вирішення цих проблем суттєво відрізняються. *Система охорони здоров'я України* істотно відстає від розвинених країн світу за різними показниками, серед яких тривалість життя, смертність, боротьба з хронічними та інфекційними захворюваннями. Також авторка дослідження наголошує, що процес реформування національної системи охорони здоров'я продемонстрував неефективну політику у цій сфері, високий рівень корупції та неспроможність трансформації цієї системи до рівня світових стандартів медичної допомоги, а сама система охорони здоров'я в Україні є застарілою, містить чимало недоліків і потребує модернізації з використанням сучасних світових тенденцій та досвіду розвинених країн світу. Відповідно, на думку дослідниці, слід переглянути існуючу національну політику в цій сфері та зосередити основні зусилля на вирішенні найважливіших проблем охорони здоров'я, зокрема доступності та своєчасності якісної медичної допомоги, високої ефективності охорони здоров'я, поліпшення якості послуг [123].

І.В. Гуцук (2020) *систему охорони громадського здоров'я* розглядає як сукупність науково-практичних, законодавчих, організаційних, адміністративних і ряду інших заходів, спрямованих на промоцію та зміцнення здоров'я, шляхом упровадження запобіжних заходів. Базовим принципом цієї системи вважає

профілактику, дієвість та ефективність якої була апробована в роки існування державної санітарно-епідеміологічної служби. Дослідником визначено, що основою *найбільш ефективних систем збереження громадського здоров'я* є профілактичні заходи та принципи гігієнічної діагностики, які до цього успішно використовували в діяльності державної санітарно-епідеміологічної служби, напрацьована й апробована нормативно-методичних база якої, за міжгалузевим і міжсекторальним спрямуванням, стала підґрунтям забезпечення роботи цілої низки інспекційних інституцій (екологічної інспекції, Держпродспоживслужби, проєктантів, містобудівників та ін.) [32]

Зовсім інше розуміння та тлумачення системи охорони здоров'я та процесів її модернізації та трансформацій є в практиці державного упарвління. Так, процес трансформації системи охорони здоров'я описує Міністерство охорони здоров'я України (2019). Під *трансформацією системи охорони здоров'я* розуміється як не перехід в один крок від системи Семашка до європейських стандартів медичної допомоги. Це поетапний план складних змін, закріплений в Законі України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення”. Відбулись такі поетапні зміни:

- 2018 рік.: розпочалася трансформація первинної медичної допомоги - закладів, де працюють терапевти, сімейні лікарі та педіатри. За основу взято досвід зарубіжних держав, де первинна меддопомога, а саме сімейні лікарі, вирішує більшість звернень пацієнтів. Прикладом є Британія, де близько у 90% усіх звернень пацієнтів допомагають сімейні лікарі. Це вважається ефективним, оскільки допомагає запобігати багатьом хворобам до того, як вони потребуватимуть складного, дорогого і не завжди успішного лікування.

- 2019 рік: продовжувалась підготовка до трансформації спеціалізованої допомоги: поліклінік та стаціонарів; запуск електронних направлень до спеціалістів та е-лікарняних; з 1 березня 2019 року в тестовому режимі запрацювала електронна медична картка; з 1 квітня 2019 р. запрацював електронний рецепт на програму «Доступні ліки» й наразі вже виписано понад 850 тис. е-рецептів;

- з 1 січня 2020 року: нові механізми фінансування запрацюють на всіх рівнях медичної допомоги - від первинної до стаціонарної [269].

Результати трансформації вбачаються в наступному:

- кожен українець вперше отримав можливість вільно обирати сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів у державних або приватних медзакладах;

- 27,4 мільйони людей скористалися цією можливістю і долучилися до змін, 70% задоволені спеціалістом, якого обрали;

- 99% комунальних закладів первинної допомоги перейшли на фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом»; тепер вони отримують кошти за послуги, які надають пацієнтам; дохід залежить від обсягу роботи;

- запрацювала НСЗУ – нова інституція, яка є єдиним платником в новій системі охорони здоров'я. Замість складного та непрозорого процесу перерахування коштів з державних до місцевих бюджетів через механізм субвенції, НСЗУ укладає з медзакладами прямі прозорі договори;

- можливість отримувати медичну допомогу в приватних закладах за бюджетні кошти. Кожен п'ятий заклад первинної допомоги у реформі -приватний;

- медичні заклади мають можливість гнучко визначати заробітну плату для своїх працівників. Принципи нарахування зарплат закріплюються в колективних договорах. В ефективних закладах первинної допомоги, які долучилися до трансформації, зарплати медичних працівників зросли в 2-4 рази;

- запрацювала електронна система охорони здоров'я - через неї пацієнти укладають декларації з лікарями, а лікарні підписують договори з НСЗУ;

- рівень комп'ютеризації закладів первинної ланки зріс з 3% до 97%. У найвіддаленіших селах лікарі укладають декларації з пацієнтами, користуючись комп'ютерами;

- все більше медзакладів пропонують записатися до лікаря онлайн, а не чекати невизначений час у черзі;

- працює урядова програма «Доступні ліки», яка поліпшила доступ українців до лікування [269].

Особлива увага фахівцями приділяється охороні здоров'я в територіальних

громадах. Як зазначають спеціалісти, реформа фінансування системи охорони здоров'я України передбачає зміну парадигми фінансування медицини. За старої моделі фінансування кошти, які направлялись на медичний заклад, обчислювались у відповідності до кількості населення що проживає на території обслуговування даного закладу. Метою політики у сфері децентралізації є відхід від централізованої моделі управління в державі, забезпечення спроможності місцевого самоврядування. Відповідно до загальної ідеї медичної реформи, в Україні створюються госпітальні округи, щодо яких висунуто спеціальні вимоги: прибуття до багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування не повинно перевищувати 60 хвилин; зона обслуговування повинна бути еквівалентна радіусу зони обслуговування 60 кілометрів за умови наявності доріг з твердим покриттям [132]. Все це передбачає *створення належної інфраструктури*, системи громадського транспорту та наявності доріг високої якості, що може і повинно бути реалізовано в межах реформи децентралізації, надання територіальним громадам додаткових повноважень, створення спроможних ОТГ. Також передбачено створення госпітальних рад, членами яких є представники міст обласного значення, районів, ОТГ, делеговані для роботи у складі госпітальної ради рішенням відповідних місцевих рад. Завданням саме цих рад стане координація дій, розробка пропозицій та рекомендацій щодо реалізації на рівні госпітального округу державної політики у сфері охорони здоров'я, а також щодо організації та фінансування медичної допомоги в госпітальному окрузі. З огляду на те, що членами госпітальної ради є представники органів місцевого самоврядування, це створює передумови для реалізації спроможними органами місцевого самоврядування своїх повноважень через забезпечення належних умов для надання громадянам вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги належної якості [132].

Як наголошується, за новою «реформованою» системою «гроші мають йти за пацієнтом», тобто обсяг фінансування буде залежати від кількості пацієнтів, які підписали декларації із сімейними лікарями амбулаторії. Запровадження такої моделі потребує надання державним та комунальним медичним закладам

фінансової та управлінської автономії. З цією метою медичні заклади змінюють свій статус на комунальні некомерційні підприємства (КНП) [132].

Виокремлюються види медичної допомоги у контексті медичної реформи:

- кожен громадянин має право на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медичної допомоги, до якої належать:

- екстрена медична допомога;

- первинна медична допомога;

- вторинна (спеціалізована) медична допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я;

- третинна (високоспеціалізована) медична допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я;

- паліативна допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я [132].

Визначаються принципи модернізації сфери охорони здоров'я в громаді на основі концепції «До якості медичної допомоги через доступність», зокрема:

- іміджевої доступності – створення сприятливих умов перебування у центрі ПМСД, дотримання графіку роботи;

- територіальна доступність – кращі умови надання та отримання медичної допомоги, зв'язок лікаря з пацієнтом;

- медична доступність – поліпшення кадрового забезпечення, створення Call-центру, впровадження електронної картки пацієнта та друк електронного рецепту (з метою виконання Урядової програми «Доступні ліки», що є передумовою появи моделі електронного рецепту, який буде реалізований в електронній системі охорони здоров'я) [132].

Фахівці відзначають особливості децентралізації в сфері охорони здоров'я:

- медичні заклади територіальних громад стають самостійними і

самодостатніми;

- після проведення реорганізації – автономізації закладу охорони здоров'я шляхом перетворення в комунальні некомерційні підприємства – всі оперативні функції передаються керівництву автономізованого закладу охорони здоров'я;

- місцева влада відповідає за утримання та оснащення закладу, як розпорядник бюджетних коштів;

- обговорюються можливості муніципального співробітництва у сфері реформування рівня первинної медичної допомоги;

- головний лікар може оперативно та гнучко реагувати на проблеми [132].

Також спеціалісти наголошують на тому, що з децентралізацією в Україні формується нова модель сільського розвитку з новою системою управління та новими економічними відносинами, де основним є розвиток людського потенціалу, а сільські мешканці потребують особливої уваги держави. Реформа сільської медицини стосується в першу черг первинної медицини в селі, яка має стати доступною і якісною [132].

Опис сутності медичної реформи на Урядовому порталі (2020) стосується трансформації системи охорони здоров'я задля забезпечення громадянам України рівний доступ до якісних медичних послуг, в результаті змін орієнтувати систему так, щоб у центрі її був пацієнт. Виокремлюється *бачення системи охорони здоров'я після проведення реформи*:

- ефективна і доступна система охорони здоров'я, що відповідає потребам населення України;

- підвищення рівня і якості життя населення на основі розширення доступності;

- підвищення якості та безпеки медичної допомоги, продуктивної зайнятості персоналу, що працює у галузі охорони здоров'я;

- підвищення їх рівня соціального забезпечення, розвитку і оптимізації системи соціальної підтримки [110].

Зазначається, що первинна ланка медичної допомоги відіграє важливу роль у боротьбі з пандемією. Суттєво зросла завантаженість на лікарів, адже до них в

першу чергу звертаються пацієнти з підозрою на COVID-19 [110].

У Програмі медичних гарантій визначено 5 пріоритетних медичних послуг, які перебувають у фокусі особливої уваги: лікування гострого мозкового інсульту; лікування гострого інфаркту міокарда; допомога при пологах; допомога у складних неонатальних випадках; інструментальні обстеження для ранньої діагностики онкологічних захворювань. До Програми медичних гарантій також входить програма реімбурсації “Доступні ліки”, за якою пацієнти можуть отримати медикаменти для лікування серцево-судинних захворювань, діабету II типу та бронхіальної астми за рецептом лікаря безоплатно або з незначною доплатою [110].

Забезпечено доступність та стабільність роботи eHealth в режимі 24/7, утворено комітет SDLC з метою ефективного управління розробкою функціоналу системи та розроблено RoadMap (дорожню карту розробок компонентів eHealth). Зменшено адміністративне навантаження на медичних працівників (запущено електронний медичний висновок про народження дитини) [110].

Основними цілями реформи охорони здоров'я визначається:

- здійснення реформи фінансування системи охорони здоров'я, впровадження нових фінансових механізмів на рівні спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги (амбулаторного та стаціонарного рівнів);
- забезпечення фінансового захисту населення від надмірних витрат;
- ефективне функціонування моделі державного гарантування пакета медичної допомоги, який має бути доступним для всього населення, незалежно від статі, місця проживання, рівня статків та інших соціально-демографічних характеристик;
- оновлення матеріально-технічної бази, забезпечення інформаційного та кадрового ресурсу закладів охорони здоров'я на всіх рівнях медичної допомоги відповідно до міжнародних стандартів;
- впровадження інноваційних технологій у щоденній медичній практиці та забезпечення доступу до високотехнологічного лікування [110].

Виокремлюють *чотири пріоритетні напрями реформи*: медична реформа; громадське здоров'я; спеціалізована медицина; доступні та якісні лікарські засоби. За кожним із напрямів реалізуються завдання, спрямовані на забезпечення фінансування системи охорони здоров'я, підвищення заробітної плати медичних працівників, створення ефективної системи контролю якості надання медичної допомоги, розробка та оновлення національних галузевих стандартів та протоколів лікування, впровадження державної оцінки медичних технологій, створення конкурентного середовища для медичних закладів, розвиток добровільного медичного страхування, розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, залучення приватного капіталу, пільгове оподаткування за рахунок податку на прибуток, розвиток спроможної мережі закладів охорони здоров'я, розвиток телемедицини, eHealth, розвиток високотехнологічної медицини і системи трансплантації, системи екстреної медичної допомоги, забезпечення медичною допомогою пацієнтів з туберкульозом, психічними захворюваннями, орфаними захворюваннями, впровадження та реалізація Національної стратегії боротьби з онкологічними захворюваннями, визначення основних засад та механізмів функціонування системи громадського здоров'я в Україні, враховуючи виклики та загрози пов'язані із поширенням у світі та на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2», удосконалення законодавства в сфері обігу лікарських засобів з метою забезпечення прозорості фармацевтичного ринку, забезпечення розвитку медичної освіти і науки [110].

Узагальнюючи відзначимо, що за період з 2012 р. по теперішній час відбулись кардинальні зміни в змісті та сутності діяльності системи охорони здоров'я та трансформації в сфері охорони здоров'я. Це у свою чергу передбачає певних змін і трансформацій в комунікативній діяльності в сфері охорони здоров'я, а також в публічному адмініструванні сферою охорони здоров'я.

1.3. Комунікативна парадигма в українській науці державного управління

Проблема комунікації, розуміння її сутності як наукової категорії і як практичної діяльності є актуальною і досліджуваною в науці публічного управління та адміністрування. Велика кількість публікацій щодо комунікацій в системі органів влади, взаємодії з громадськістю тощо започаткована в науковій галузі «державне управління». Окрім того, проблематиці комунікацій та комунікативній діяльності приділено увагу в інших галузях наук.

Н.К. Дніпренко (2005) досліджуючи засоби масової інформації основну увагу приділила науковому аналізу *інформації та функціонування комунікації* в державному управлінні як на узагальнено теоретичному, так і практичному рівнях. Владу та інститути громадянського суспільства дослідниця розглядає як *рівні партнери в комунікації*. На думку Н.К. Дніпренко (2005), як зазначено в авторефераті дисертаційного дослідження, саме органи державної влади мають впроваджувати демократичні принципи *відповідальної комунікації* (через формування відповідних структур діалогічної орієнтації) в масштабі усієї спільноти, що сприятиме розбудові громадянського суспільства в Україні. Мова йде про перехід до формування та реалізації *комунікативної політики* в Україні, що має базуватися на *комунікативній парадигмі замість інформаційної*. Громадськість розглядається як *суб'єкт суспільної комунікації*, що представлений інституалізованими соціальними групами, громадськими інститутами або організаціями [42].

Н.М. Драгомирецька (2007) комунікативну діяльність в державному управлінні розглядає як формуючий вплив на стан і розвиток суспільних процесів та відносин для забезпечення відкритості й прозорості діяльності суб'єктів державного управління, формування довіри до влади, впровадження інноваційних методів побудови взаємовідносин влади і суспільства, удосконалення стилю державно-управлінської діяльності [46].

М.Г. Лакшина (2008) комунікацію розглядає як двосторонній процес,

котрий завжди відбувається під впливом зовнішнього середовища. Тому взаємодію органів державної влади і ЗМІ авторка пропонує розглядати як комунікаційний процес в контексті впливу з боку соціального оточення, який відчують обидва суб'єкти комунікації – влада і ЗМІ. Також пропонується виходити з наукового визначення комунікації як опосередкованої та цілеспрямованої взаємодії двох суб'єктів. Оскільки під час комунікації виникає «опосередкована та/або цілеспрямована взаємодія», ЗМІ в цьому процесі можуть бути як впливовими акторами, так і просто посередниками. Система взаємовідносин влади та засобів масової комунікації аналізується М.Г. Лакшиною у трьох аспектах: 1) політико-ідеологічному – взаємовідносини органів державної влади і ЗМІ розглядаються з позиції використання владою медіа-систем для «збереження державних структур суспільства» та розуміння природи ЗМІ як форми виробництва і як форми ідеологічного впливу (виходячи з дуалістичної природи ЗМІ); 2) політико-законодавчому – ЗМІ розглядаються як системи, що регулюються законодавством, з урахуванням вимог національної безпеки та забезпечення національних інтересів; 3) економічному – ЗМІ сприймаються як структура виробництва на ринку з урахуванням видатків та прибутків цього ринку в системі ВВП та економічних інтересів держави. Ці підходи пропонуються автором як концептуальна основа взаємодії ОДВ і ЗМІ України в умовах демократизації державного управління [101].

В.В. Друк співставляє поняття “інформація” з поняттям “комунікація”. На його думку інформація та комунікація взаємопов'язані, та часто зливаються в одну дефініцію («інформаційно-комунікативний») [49].

В.М. Дрешпак (2009) досліджує етичні принципи, пов'язані з комунікативною діяльністю державних службовців, оскільки проблема комунікативної сфери державного управління є конфліктогенною. Науковець зазначає, що «одна з найбільш вагомих складових діяльності державних службовців – комунікативна – не має в Україні спеціального врегулювання на рівні встановлення відповідних етичних норм. А отже, визначення етичних принципів такої роботи є актуальним з огляду на розширення сфери комунікацій

у державному управлінні в контексті тенденцій до більш прозорої діяльності органів державної влади, їх публічності, до зростання важливості зв'язків влади з громадськістю, засобами масової інформації, формування атмосфери довіри між владою й українським суспільством» [48].

В.Д. Бакуменко, Ю.П. Сурмін (2010) в енциклопедичному словнику з державного управління комунікації розглядають в контексті загальних функцій управління, до яких належать: планування, організація, мотивація, контроль, прийняття управлінських рішень та *комунікація*. Ці функції здійснюються на всіх рівнях системи управління, розрізняються за обсягом і межами своєї реалізації відповідно до місця в управлінській ієрархії [4].

В.Д. Бакуменко, Л.Г. Штика (2010) в тому ж виданні визначають закономірності комунікативності, яка полягає в тому, що соціальна система, зокрема організація, не ізольована від навколишнього середовища і пов'язана з ним множиною *комунікацій*, які слід враховувати в процесах управління. У процесах управління закономірності комунікацій трактують як інформаційні процеси, в яких загальна управлінська функція – *комунікація* – відіграє роль такої, що пов'язує вузли управління, які належать даній організації та іншим, серед яких можуть бути організації того самого рівня (горизонтальні комунікаційні зв'язки) та вищого або нижчого рівня управлінської ієрархії (вертикальні комунікаційні зв'язки) [5].

А.М. Панчук (2010) розглядає комунікацію в контексті визначення поняття «інфодинаміка», яке тлумачить як підхід до аналізу та концептуальну модель інформаційних процесів, передусім *комунікативного типу*. Такими процесами є процеси управління, особливо адміністративного характеру, де *комунікація* та інформація виступають як головні складові [138].

А.М. Панчук (2010) характеризує *комунікативну систему* як – модель процесів обміну інформацією. Її компонентами є: 1) джерело (відправник) повідомлення; 2) канал з шумом, по якому передається повідомлення; 3) знак (носій повідомлення); 4) приймач (одержувач) повідомлення; 5) інтерпретація повідомлення у приймачі; 6) контекст повідомлення; 7) реакція адресата на

повідомлення; 8) спостерігач ззовні – метаспостерігач [139].

А.М. Михненко (2010) дає визначення *комунікаціям* в аспекті передачі і прийому інформації, наказів, емоцій, джерело життєвої сили будь-якої організації, оскільки одна з найважливіших цілей комунікації полягає в тому, щоб здійснювати субординацію та координацію різноманітних елементів організації. *Комунікації* можуть відбуватися різними способами. У постіндустріальному (інформаційному) суспільстві різко зростають обсяги та роль комунікацій, оскільки вони безпосередньо пов'язані із послугами та знаннями [117].

О.Б. Кукарін (2010) характеризує *організаційні комунікації* в контексті процесу обміну інформацією, відомостями (знаннями) та досвідом по формальних або неформальних каналах у межах групи людей, які спрямовані на координацію їх діяльності як внутрішньої, так і зовнішньої, виявлення та вирішення виробничих (ділових) і соціальних завдань. Організаційні комунікації розглядаються як *складова частина управління*. Організаційні комунікації поділяють: 1) за напрямками: *внутрішні*, *зовнішні* (які забезпечують взаємодію із зовнішнім середовищем), *вертикальні* (між керівництвом та підлеглими), *горизонтальні* (між співробітниками одного рівня); 2) за цілями: *командні* (управлінські, контрольні), *що інформують* (що сповіщають), *що забезпечують прийняття рішень*; 3) за видами каналів комунікації: *вербальні* (словесне спілкування, усне або письмове), *невербальні* (на підсвідомому рівні) [99].

Н.А. Мажник (2010) робить опис *комунікації в державному управлінні* в значенні невід'ємного елементу комунікації менеджменту, який формулюється як явище і як процес, розглядається як інформація, трактується у контексті паблік рилейшнз як спілкування, як засіб інтерактивних форм групової комунікації, як форма впливу в менеджменті. Комунікації в державному управлінні розглядає як інформаційну взаємодію, орієнтовану безпосередньо на визначену організацію, на методи і засоби побудови внутрішніх взаємозв'язків, тобто як інформаційні потоки; на розуміння побудови відносин між людьми всередині організації і в непомітному перенесенні особистих відносин на організаційні, у поєднанні вражень, заснованих на почутті симпатії або антипатії, і вражень від ділових

якостей. Здатність до комунікації значною мірою залежить від індивідуальних якостей людини. Тобто сама комунікація розуміється не тільки як обмін інформацією, а як здатність до спілкування, врегулювання вимог професійної етики державних службовців, системи добору, призначання на посади, просування по службі, ротації державних службовців та їх професійного навчання, формування комунікативних навичок та основ ведення переговорів. Комунікації в державному управлінні як процес складається з двох елементів: аналізу стану комунікації у колективі, що розглядається як відображення ситуації в організації та розробка й упровадження механізмів управління комунікаціями, відповідно і керування індивідами в організації [107].

А.Ф. Мельник (2010) *управлінську комунікацію* трактує як сукупність інформаційних зв'язків, процес взаємодії між суб'єктами управлінської діяльності по вертикалі, горизонталі із зовнішнім суспільним середовищем, шляхом безпосереднього спілкування і обміну інформацією з використанням відповідних засобів. Комунікація управлінська в більшості випадків виражається як комунікаційний процес – обмін інформацією між двома і більше учасниками управлінської діяльності. Основними елементами процесу обміну інформацією є: відправник (особа, яка генерує ідею, збирає, опрацьовує та передає інформацію); повідомлення (інформація, закодована за допомогою символів); канал (засіб передачі інформації); одержувач (адресат, особа, якій призначена інформація). Для розуміння суті процесу обміну інформацією і оцінки умов його ефективності процес комунікації розглядають в розрізі таких основних етапів: зародження ідеї – відправник вирішує, яку ідею чи повідомлення варто зробити предметом обміну; кодування – це процес перетворення ідеї у символи, зображення, малюнки, форми, звуки, мову тощо; вибір каналів передачі – засобів, за допомогою яких сигнал спрямовується від відправника до одержувача; передача інформації – передбачає надходження повідомлення через відправника в канал передачі, з допомогою якого воно рухається в напрямку адресата; декодування – процес, за допомогою якого одержувач повідомлення перетворює одержані символи в конкретну інформацію та інтерпретує її значення; зворотний зв'язок – обмін

ролями учасників процесу комунікації, при якому весь цикл повторюється знову, але у зворотному напрямку [111].

С.О. Борисевич (2010) характеризує масову комунікацію в аспекті процесу поширення соціальної інформації за допомогою технічних засобів (преса, радіо, телебачення, кіно, звукозапис, відеозапис, Інтернет) на кількісно великі та розосереджені аудиторії. Метою масової комунікації є утвердження духовних цінностей суспільства й ідеологічний, політичний, економічний та організаційний вплив на думки й поведінку людей [13].

Л.Г. Штика (2010) дає визначення поняттю «професіоналізація державного управління», в якому відводить місце поняттю «*професійна комунікація*», яка відбувається в процесі функціонування професійного середовища, в якому виникає та закріплюється ціннісно-нормативний комплекс професії, зразки професіоналізму [264].

В.Д. Бакуменко (2010) *комунікацій в процесі управління* розглядає як складові процесу управління [3].

С.Г. Соловйов (2011) в енциклопедії з державного управління *комунікації в публічному управлінні* (державні комунікації) пояснює як процес обміну інформацією органів державної влади й органів місцевого самоврядування між різними інституціями суспільства (суб'єктами комунікації). Цими суб'єктами можуть виступати: державні інституції, бізнесструктури, громади (партії, рухи, спілки). Комунікації в публічному управлінні – це також обмін інформацією всередині органу влади. Завданнями комунікації в публічному управлінні є забезпечення підтримки суспільством дій влади, що досягається підвищенням рівня довіри громадян до державних інституцій; реалізація єдиної державної комунікативної політики шляхом створення системи впливу на громадську думку; формування та підтримка ефективного зворотного зв'язку із громадянами для моніторингу ситуації й оцінювання результатів своєї роботи; налагодження співпраці із засобами масової інформації задля забезпечення інформування громадськості про здійснювану політику, створення й підтримки позитивного іміджу влади. Комунікації в публічному управлінні – один із найважливіших

механізмів системи державного управління, призначений для регулювання відносин у системі «держава – громадяни» [238].

С.Г. Соловйов (2011) визначає функції комунікації в публічному управлінні: консервативна – призначена для збереження статусу чинної державної системи і сприяння стабільному існуванню соціуму; координуюча – спрямована на забезпечення координації владних впливів суб'єкта управління відповідно до параметрів об'єкта управління із урахуванням їх можливих змін; інтегруюча – врахування інтересів усіх верств суспільства, сприяння виробленню й прийняттю узгоджених управлінських рішень; мобілізаційна – забезпечення підтримки і схвалення громадою політики державних інституцій, підтвердження легітимності існуючого суспільного ладу; соціалізуюча – засвоєння в процесі інформаційного обміну соціальнополітичних норм, цінностей і традицій держави, підвищення рівня політичної компетентності громадян. У демократичних державах комунікації в публічному управлінні побудовані із урахуванням прерогативи зворотного зв'язку (висхідне поширення інформації), тобто це діалогічне спілкування, в процесі якого сторони з'ясовують і узгоджують свої позиції. У тоталітарних державах фактично відбувається монолог влади (низхідне поширення інформації), яка найперше зацікавлена в тому, щоб забезпечити донесення спеціально сформованих повідомлень до аудиторії з метою впливу на суспільство. Принципово здійснення комунікації в публічному управлінні не відрізняється від типового акту комунікації як такої і складається із відповідних елементів. Це джерело (державні інституції), повідомлення (часто – офіційна інформація у вигляді законодавчих актів чи виступів представників влади), отримувач (інші органи влади, суспільство, громадянин), канали комунікації (засоби масової інформації, Інтернет, міжособистісні контакти), зворотний зв'язок (листи, особистий прийом), кодування й декодування інформації (підготовка повідомлень відповідно до вимог отримувача), завади (політичні інтереси, технічні перешкоди, свідоме чи несвідоме перекручення повідомлень тощо) [238].

С.Г. Соловйов (2011) комунікації в публічному управлінні класифікує за різноманітними ознаками. Наприклад, за каналами комунікації: неформальна

комунікація, комунікація через організації, комунікація через ЗМІ. Неформальна або міжособистісна комунікація може бути побудована на безпосередньому спілкуванні між комунікаторами чи між комунікатором і групою, або ж може засновуватись на передачі інформації від джерела до отримувача через так званих «лідерів думок», тобто інтерпретаторів, авторитетних у своєму колі (зокрема й через ЗМІ). Комунікація через організації передбачає передачу повідомлення через структури громадянського суспільства: партії, місцеві громади, профспілки тощо. Для комунікації в публічному управлінні ці структури важливі, бо через них здійснюється зворотний зв'язок із аудиторією, адже партії, рухи, об'єднання громадян артикують вимоги певної частини суспільства. Комунікація за участі ЗМІ залишається дуже важливим каналом поширення інформації на широку аудиторію, зважаючи на масовість і оперативність доставки повідомлень, а отже – вплив на суспільство. Державна інституція у процесі публічного управління може налагодити прямі контакти зі ЗМІ або надавати інформацію опосередковано. До прямих контактів належать: прес-конференція, брифінг, інтерв'ю, прес-сніданок чи обід, прес-тур, день відкритих дверей, презентація, семінар. Поширення інформації опосередковано здійснюється за допомогою пресрелізів, інформаційних бюлетенів, шаблонів для релізів, заяв для преси, спростувань, пресоглядів, друкованих матеріалів (книг, брошур, буклетів, плакатів тощо), комунікативних кампаній [238].

Розвиток *системи електронного урядування*, на думку С.Г. Соловйова, в Україні додає нові види контактів: публікації на сайтах, відеоконференції, чати, соціальні мережі, блоги тощо. Особливістю цих контактів є оперативність донесення інформації, інтерактивні можливості аудиторії, що сприяє залученню громадськості до прийняття управлінських рішень [238].

Від успішного здійснення комунікації в публічному управлінні, як вважає С.Г. Соловйов, залежить ефективність здійснюваної державними інституціями політики. Проте за результатами аналізу *роботи комунікативних підрозділів* органів державної влади і органів місцевого самоврядування в Україні було виявлено низку проблеми в їх діяльності, а саме: це безсистемність при здійсненні

комунікативної політики; прийняття управлінських рішень без обговорення із комунікативними підрозділами та нечіткість визначення їх функцій; незадовільна взаємодія між комунікативною службою й іншими структурними підрозділами органу влади; незадовільний фаховий рівень працівників інформаційних підрозділів [238].

Із комунікаціями в публічному управлінні, як стверджує, як вважає С.Г. Соловйов, пов'язане поняття *комунікаційної компетентності*. Це коло повноважень суб'єкта комунікації (органу влади, посадової особи) щодо здійснення комунікаційних зв'язків із іншими суб'єктами. Комунікаційна компетенція окреслює також коло питань, щодо яких суб'єкт володіє знаннями [238].

А.Й. Серант (2011) *масову комунікацію* описує достатньо широко, починаючи з її розуміння як такої, в якій беруть участь широкі маси, велика кількість людей, яка має певні характеристики як:

- процесу масової передачі інформації між суб'єктами соціальної сфери суспільства і різновид взаємодії між певними суб'єктами (передавач, приймач) за посередництвом певного об'єкта (повідомлення). Вона передбачає як мінімум трьох учасників цього процесу: передавач – повідомлення – приймач;

- діяльності органів державної влади, спрямованої на формування та забезпечення процесів обміну соціальнополітичною інформацією, необхідною для циркуляції її між соціальними групами, масами, спрямована на формування інформаційного поля політики загалом, де виділяються два рівні інформаційних потоки: вертикальний (органи державного управління – маси) і горизонтальний (між індивідами та групами). На першому рівні органи влади передають і спрямовують інформацію, яка має офіційні або «вивірені відомості про рішення та функціонування інститутів влади». Горизонтальний рівень поєднує потоки інформації, які виробляє й ініціює орган влади з інформаційними потоками громадянського суспільства його інформаційними потребами, пріоритетами. В демократичних суспільствах важливе значення має саме другий рівень обміну інформацією, його взаємодія з вертикальною; у авторитарних переважає

вертикальний, тобто організація інформаційного поля «згори – вниз» [230].

А.Й. Серант (2011) *масову комунікацію*, як і будь-яку іншу *комунікацію*, можна зображати за такою схемою: комунікатор – повідомлення – певний канал або засіб передачі – реципієнт (отримувач). В основу канонічної моделі процесу масової комунікації покладена модель комунікаційного процесу, розроблену у 30-х роках ХХ ст. Г. Лассвелом, яка будується на п'ятих запитаннях і відповідях на них (Хто говорить? Що повідомляє? Кому? Яким каналом? З яким ефектом?). Лише фіксація уваги на кожному з компонентів цієї моделі дає змогу зробити масову комунікацію продуманою і організованою. У працях західних політологів поняття «маса» застосовується як психологічний термін, що базується на емпіричному безпосередньому досвіді сучасної людини, підпорядкованому пристрастям. Поняття «маса» розглядається як втілення стадності, шаблонності, безпорадності, уніфікованості, втілює відчуження від інтелектуального акту мислення, саме тому масова комунікація, як вважає А.Й. Серант (2011), буває статистичною, стереотипною, безвідповідальною [230].

Масова комунікація, як стверджує А.Й. Серант (2011), може відбуватися в реальному геометричному просторі та астрономічному часі або багатовимірному віртуальному просторі і часі. Масова комунікація – процес обробки інформації, її передавання за допомогою преси, радіо, телебачення, а також спілкування людей як членів “маси”, які здійснюються за допомогою технічних засобів комунікації. Матеріальним підґрунтям соціальної комунікації є комунікаційні канали, тобто засоби цілеспрямованої передачі інформації в процесі комунікаційної діяльності. Масова комунікація – це систематизоване і формалізоване зусилля органів влади, спрямоване на створення соціальнопсихологічного середовища. У масовій комунікації, на думку А.Й. Серант (2011), як правило, задіяне слово (писане або проголошене), певний знак, символ, символічні акти, за допомогою яких може передаватися зміст. У системі масової комунікації можна виділити електоральну комунікацію, яка пов'язана в сюжетнотематичному, територіальнотемпоральному і просторовому аспекті з виборами, плебісцитом, референдумами тощо. У глобальному плані, базовою тут залишається ситуація діалогу тих, хто управляє, з

тими – ким управляють. Саме акт голосування розглядається насамперед як відповідь тим, ким управляють, на комунікативні дії тих, хто управляє. Одним із сучасних факторів, які впливають на процес масової комунікації, є технологія електорального маркетингу [230].

А.Й. Серант (2011) виділяє основні функції масових комунікацій – формування зміцнення чи зміна способу тиснення, установок і дій соціальних суб'єктів стосовно гармонізації інтересів, позицій і діяльності соціальних, політичних груп, регулювання політичних відносин, інтеграція суспільства або соціальних груп, оптимізація управлінської діяльності та політичних рішень, стабілізація політичної системи. Масова комунікація тісно пов'язана з інформаційною політикою, що має деякі спільні функції (вплив на масову свідомість, формування громадської думки та інше). Вона, як наголошує А.Й. Серант (2011), стала предметом спеціального аналізу у творах Г. Тарда. Психологічне обґрунтування поведінки мас і масової свідомості можна знайти в праці Г. Лебона «Психологія народів і мас». На його думку, вирішальну роль у соціальнополітичних процесах відіграють емоції, а не розум. За Г. Лебоном, поведінка людей «серед натовпу» – це форма «масового психозу». Питаннями масових комунікацій опрацьовували М. Вебер, К. Манхейм, Р. Ліпсет, Д. Рісмен., зауважує А.Й. Серант (2011) [230].

Ю.В. Ковбасюк, О.Л. Приходько (2011) розглядають *комунікацію* як налагодження зв'язків та обміну інформацією в контексті функцій адміністрування [78].

О.Ю. Колтунов, М.С. Оганісян, М.Г. Свірін (2011) вважають, що ефективний прояв політичної воли державного керівництва потребує певних умов. Серед них: *налагоджена комунікація з громадянами* для отримання його довіри [80].

А.Ф. Мельник, А.Ю. Васіна (2011) *управлінську комунікацію* визначають як сукупність інформаційних зв'язків, процес взаємодії між суб'єктами управлінської діяльності по вертикалі й горизонталі та із зовнішнім середовищем. Вони виділяють *цілі та сфери організаційних комунікацій* (за М. Армстронгом):

нисхідні, непрямі комунікації про мету, політику, план і бюджет організації, адресовані тим, хто має їх втілювати; нисхідні комунікації від керівника до підлеглого з прямою вказівкою про те, що робити; висхідні, непрямі комунікації щодо проєктів, пропозиції і коментарі щодо роботи організації або відділу, яка йде від тих, хто має її реалізовувати; висхідні, непрямі комунікації, які інформують керівництво про перебіг виконання і результати роботи; нисхідні комунікації, що інформують про плани, політику або показники роботи організації; висхідні комунікації, які містять зауваження і реакції працівників на майбутні або теперішні дії, що їх стосуються; отримання й аналіз інформації, яка зачіпає інтереси організації ззовні; надання інформації про організацію та її роботу іншим організаціям, громадянам, суспільству в цілому [112].

А.Ф. Мельник, А.Ю. Васіна (2011) зазначає, що *управлінська комунікація має гарантувати*: що керівники підрозділів терміново отримають чітку і точну інформацію про те, які цілі перед ними стоять; що керівники підрозділів мають адекватні можливості впливати на прийняття рішень щодо питань, які входять до їхньої компетенції; що: а) працівники поінформовані з питань, які їх стосуються; б) працівників заохочують до повнішого ототожнення себе з організацією; працівникам можливість висловити свої пропозиції та побоювання і забезпечення організацією корекції своїх планів з урахуванням цих пропозицій; що організація має повну інформацію про зовнішню організацію, яка зачіпає її інтереси. Також управлінська комунікація, як констатують А.Ф. Мельник, А.Ю. Васіна (2011) *має забезпечити*: чіткі й точні вказівки і необхідну мотивацію для виконання завдань; можливість керівництву контролювати і управляти виконанням роботи, щоб за необхідності швидко використати сприятливі умови або скоригувати дії підлеглих; впливи в інтересах організації на представлення її позитивним чином спільним середовищем шляхом безпосереднього спілкування і обміну інформацією з використанням відповідних засобів; виконання наступних функцій: інформаційної – передавання відомостей, необхідних для прийняття рішень, ідентифікації й оцінки альтернативних рішень; мотиваційної, яка спонукає учасників управлінської діяльності до виконання певних дій, використовуючи

управління поведінкою, переконування, прохання, накази і т. ін.; контрольної – відслідковування поведінки учасників управлінської діяльності на основі ієрархії і формальної підпорядкованості; експресивної, яка сприяє емоційному вираженню почуттів, переживань, ставлення до того, що відбувається, і дозволяє задовольняти соціальні потреби. *Управлінська комунікація відображає* не тільки процес передавання інформації, але й сприйняття, розуміння, засвоєння інформації. Управлінська комунікація, в якій беруть участь керівники і працівники апарату управління, виступає життєво важливою сполучною ланкою між керівником і його підлеглими, керівниками одного рівня, зовнішнім оточенням [112].

А.Ф. Мельник, А.Ю. Васіна (2011) виокремлюються *види управлінської комунікації* залежно від взаємодіючих сторін розрізняють такі: організаційна, зовнішня, внутрішня, горизонтальна, вертикальна, висхідна, нисхідна, міжособистісна, формальна, неформальна. *Організаційні комунікації* – це процес, за допомогою якого керівники розвивають систему надання інформації і передавання відомостей великій кількості людей всередині організації та окремим індивідуумам й інститутам за її межами. Вони є необхідним інструментом для координації діяльності по всій вертикалі та горизонталі управління, дозволяють отримувати необхідну інформацію. *Зовнішні комунікації* забезпечують обмін інформацією та взаємодію між організацією і середовищем її функціонування, а внутрішні – між суб'єктами управління різних рівнів організаційної структури. *Внутрішні комунікації* забезпечують взаємодію між рівнями управління, підрозділами, посадами, окремими особами через налагодження комунікаційних каналів у процесі особливих контактів, обміну документацією, функціонування електронних засобів зв'язку і т. ін. За змістом така взаємодія може бути: інформаційною, адміністративною, технічною. *Інформаційна взаємодія* сприяє обміну між суб'єктами управлінської діяльності відомостями, необхідними для прийняття управлінських рішень [112].

А.Ф. Мельник, А.Ю. Васіна (2011) наголошують, що у процесі адміністративної взаємодії вищі ланки управлінської структури передають ланкам

нижчих рівнів управлінські повноваження і відповідальність, різні розпорядження, інструкції, рекомендації, отримують рекомендації, звіти, побажання, здійснюють процес контролю. *Технічна взаємодія* між суб'єктами управлінської діяльності реалізується у процесі їх участі в підготовці організаційних заходів, при обміні досвідом, проведенні нарад і семінарів, фіксації, збереженні, видачі різного роду документації. *Внутрішні комунікації* також поділяються на вертикальні, горизонтальні та діагональні. До *вертикальних комунікацій* відносять комунікації «згори-вниз» (нисхідні) та «знизу-вгору» (висхідні). Комунікації «згори-вниз» вирішують п'ять основних завдань: ознайомлення працівників із загальними цілями діяльності організації з метою усвідомлення важливості виконуваної ними роботи; доведення конкретних інструкцій щодо виконання робіт; забезпечення розуміння технології здійснення роботи та її зв'язку з іншими завданнями організації; надання інформації про процедури та методи виконання робіт; забезпечення всіх працівників інформацією про результати діяльності організації. Поряд із тим, що певний тип комунікацій допомагає пов'язувати різні рівні організаційної структури управління та координувати їх діяльність, він має й ряд недоліків: створення передумов для формування авторитарної системи, значне завантаження підлеглих, втрата інформації внаслідок спотворення та помилкової інтерпретації. Одним із методів усунення цих недоліків є організація потоків інформації «знизу-вгору», тобто налагодження ефективного зворотного зв'язку [112].

Висхідні комунікації, як пишуть А.Ф. Мельник, А.Ю. Васіна (2011), як правило, здійснюються у формі звітів, пропозицій і пояснювальних записок. Їх метою є повідомлення вищого керівництва про те, що відбувається на нижчих рівнях ієрархічної системи. *Горизонтальні комунікації* здійснюються між структурними підрозділами та працівниками, що перебувають на рівних рівнях ієрархії. Такий обмін інформацією забезпечує координацію діяльності суб'єктів управління. Діагональні комунікації здійснюються між суб'єктами управління, що перебувають на різних рівнях ієрархії, наприклад між лінійними та штабними підрозділами, коли штабні служби здійснюють керівництво виконанням певних

функцій. Такі комунікації характерні також і для зв'язків між лінійними підрозділами, якщо один із них є головним у виконанні певної функції [112].

Міжособистісні комунікації, як констатують А.Ф. Мельник, А.Ю. Васіна (2011), передбачають прямий міжособистісний обмін інформацією, в якому переважно використовується канал усної мови. За даного типу комунікацій головним є передавання інформації від однієї особи до іншої. Міжособистісним комунікаціям притаманні певні характерні риси: ці комунікації практично завжди більш оперативні і досягають свого адресата з мінімумом шумів; вони завжди вибіркові, оскільки міжособистісний канал оперативно формується в найбільш сприятливий для передавання інформації момент і здатний виходити на потрібного респондента; міжособистісні комунікації більш вільні від рамок, що регламентують форму та стиль повідомлення, і є більш доступними й зрозумілими; в міжособистісних комунікаціях відкриваються великі необмежені можливості для використання ефекту зворотного зв'язку. Ефективність міжособистісних комунікацій визначається рівнем налагодженості зворотного зв'язку, який дає змогу відправнику перевірити, наскільки правильно були інтерпретовані його повідомлення. Міжособистісні комунікації поділяються на формальні та неформальні [112].

Формальні комунікації передбачені організаційною структурою, як акцентують увагу А.Ф. Мельник, А.Ю. Васіна (2011). Схема організаційної структури є ілюстрацією «проходження інформації каналами». *Неформальні комунікації* не передбачені організаційною структурою. При здійсненні управлінської комунікації використовуються, як мінімум, два *комунікативних засоби*: 1) письмові комунікації, які виступають у формі планової та звітної документації, пам'ятних записок, доповідей, оголошень, довідників, газет тощо; 2) усні комунікації – телефонні розмови, публічні виступи, наради, безпосереднє спілкування тощо. Для налагодження ефективної управлінської комунікації застосовується Інтернет та Інтранет – внутрішньо-корпоративна мережа, яка використовує стандарти, технології і програмне забезпечення Інтернету [112].

А.Ф. Мельник, А.Ю. Васіна (2011) наголошують, що управлінська

комунікація є складним і динамічним явищем, яке може розглядатись як дія, взаємодія і процес. У більшості випадків управлінська комунікація виражається як *комунікаційний процес* – обмін інформацією між двома і більше учасниками управлінської діяльності. При цьому основними елементами процесу обміну інформацією є: відправник (особа, яка генерує ідею, збирає, опрацьовує та передає інформацію); повідомлення (інформація, закодована за допомогою символів); канал (засіб передавання інформації); одержувач (адресат, особа, якій призначена інформація). Для розуміння суті процесу обміну інформацією та оцінки умов його ефективності процес комунікації розглядають у розрізі таких основних етапів: зародження ідеї – відправник вирішує, яку ідею чи повідомлення варто зробити предметом обміну; кодування – це процес перетворення ідеї у символи, зображення, малюнки, форми, звуки, мову тощо; вибір каналів передавання – засобів, за допомогою яких сигнал спрямовується від відправника до одержувача; передавання інформації – передбачає надходження повідомлення через відправника в канал передавання, з допомогою якого воно рухається в напрямку адресата; декодування – процес, за допомогою якого одержувач повідомлення перетворює одержані символи в конкретну інформацію та інтерпретує її значення, тобто одержувач декодує повідомлення шляхом перетворення символів у значення; зворотний зв'язок – це обмін ролями учасників процесу комунікації, при якому весь цикл повторюється знову, але у зворотному напрямку [112].

Для підтвердження (непідтвердження) очікуваного результату необхідний *зворотний зв'язок*, який є відповіддю одержувача на повідомлення. Зворотний зв'язок замикає комунікативний контур і дає можливість переконатись, чи дійшло посилання і в якому значенні, якою мірою було усвідомлене і сприйняте початкове повідомлення, як стверджують А.Ф. Мельник, А.Ю. Васіна (2011). Через зворотний зв'язок підвищується ефективність комунікаційного процесу. В основі забезпечення ефективності управлінської комунікації в організаціях лежить вироблення дієвих механізмів управління комунікаціями, які б передбачали: визначення цілей комунікацій; визначення шляхів досягнення цілей;

планування з урахуванням ресурсів і ситуацій конкретних дій, спрямованих на досягнення цілей; організацію реалізації планів; координацію взаємодії компонентів комунікаційного процесу, а також дій безпосередніх виконавців; контроль процесу виконання; коригування процесу за результатами комунікацій. Якщо організація ставить перед собою масштабні *комунікаційні цілі* (допомогтися співробітництва і взаєморозуміння з різними соціальними групами та організаційними структурами), то їй для вирішення таких складних завдань необхідні більш складні технології і розробка комунікаційної політики. *Комунікаційна політика* включає визначення цілей комунікацій, шляхи їх досягнення, зміст поширюваної на різні аудиторії інформації, планування зворотного зв'язку [112].

А.М. Михненко, М.П. Месюк (2011) в контексті характеристики становлення неурядових організацій періоду незалежності України вважають *однобічною комунікацією* в системі «суспільство-держава» [118].

Д.В. Кіслов (2013) використовує поняття «*цільові комунікації*», під якими розуміє такі комунікації, що функціонують у конкретно-визначених сферах діяльності людства. Цільові комунікації відносяться до політичних і маркетингових комунікацій у зв'язку з їх багатомірним використанням в різних галузях знань. Поняття «спілкування» і «комунікація» розглядаються як самостійні. *Спілкування* здійснюється через комунікації як соціальний або природний акт. В *комунікаційних системах* різного спрямування циркулює відповідно до їх призначення інформація, яка є загальною субстанцією (такою, як час, простір, гравітація тощо). При цьому комунікації здійснюють функцію її розповсюдження. Зазначається, що в цілому комунікації, як реальність, постійно вдосконалюються, набувають нових ознак, рис і можливостей. Вони суттєво розширюють, наприклад, дієвість систем державного управління, соціального управління взагалі [71].

Л.В. Литвинова, Ю.В. Збираник (2015) доводять, що комунікації охоплюють усі елементи публічного управління. Вважають, що беручи до уваги важливість внутрішньоорганізаційної комунікації, системоутворюючим чинником, що

визначає імідж органу публічного управління, сприяє прозорості і підзвітності його роботи, є зовнішня комунікативна взаємодія «орган публічного управління – громадськість». *Комунікація в публічному управлінні* Л.В. Литвинова, Ю.В. Збираник визначають як обмін інформацією між двома суб'єктами комунікативної взаємодії, де важливою її складовою є зворотний зв'язок та перехід від одностороннього інформування громадян про дії влади до двосторонньої комунікації «громадськість – державний орган – громадськість». Пропонують розробити єдиний регламентуючий документ щодо діяльності пресслужб органів влади та єдиних стандартів взаємодії між органами влади та громадськістю. Також наголошують на важливості використання маркетингових комунікацій у публічному управлінні [104].

С. Ганущин (2016) виокремлює *основні наукові підходи до проблеми комунікацій*: традиційний, сформований на основі положень філософії, логіки, риторики, теорії аргументації; загальнотеоретичний, заснований на теорії масової комунікації, семіотиці – теорії міжнародних комунікацій; сучасний, якому властивий перехід від лінійних до нелінійних та об'ємних моделей комунікацій. *Комунікацію тлумачить* як процес спонукання до дії шляхом передачі інформації від одного суб'єкта (індивіда, групи, суспільних інституцій тощо) до іншого через різні канали та через різні способи взаємодії. Дослідник обґрунтовує доцільність виділення *чотирьох рівнів (аспектів) комунікативного комплексу системи публічного управління*: суспільного (забезпечення реалізації функцій державного управління, як одного із різновидів влади, в системі та шляхом використання засобів мережевого суспільства); публічно-управлінського (як забезпечення комунікативної взаємодії в системі органів державної влади і органів місцевого самоврядування); внутрішньо-управлінського (забезпечення комплексу ефективних комунікацій в органі публічної влади та владній вертикалі загалом) та зовнішньо-управлінського (забезпечення комплексу комунікацій органу та системи з громадянами й інститутами громадянського суспільства), які у своїй сукупності складають зміст і предметність комунікативної політики держави [23].

І. Колосовська (2016) відзначає, що в умовах модернізації системи

публічного управління, формування демократичного суспільства актуалізуються питання використання ефективних *комунікативних технологій та інструментів*. *Комунікативна діяльність*, як вважає І. Колосовська, тісно пов'язана із засобами масової інформації, через які, здебільшого, і здійснюється вплив на суспільство. У цьому контексті процес розвитку зв'язків із громадськістю тісно пов'язаний із процесом формування іміджу владних інститутів та управлінням громадською думкою [79].

У термінологічному словнику з публічного управління Г.О. Дзяна (2018), визначаючи *ділову комунікацію публічних службовців у системі публічного управління* розглядає її як сукупність технологій та прийомів взаємодії органів влади як із зовнішнім середовищем, так і для забезпечення режиму ефективного обміну інформацією у внутрішньому середовищі органів публічного управління з метою встановлення ділових відносин у всіх сферах громадянського суспільства [40].

Т.І. Пахомова (2018), у тому ж термінологічному словнику тлумачить *комунікації в системі публічної служби* як процеси, що відбуваються в системі публічної служби та можуть бути описані з позицій комунікативного обміну, оскільки комунікації виступають однією з характеристик відкритих систем, до яких можна віднести й систему публічної служби. Вона виділяє два аспекти комунікації: інформаційний (характеризує процеси руху інформації) та особистісний (характеризує взаємодію особистостей). Взаємодія особистостей, як вважає науковець, значною мірою здійснюється завдяки руху інформації, але лише до інформаційних процесів не зводиться, оскільки комунікація припускає не тільки передачу та одержання інформації, а й особистісні її оцінки та індивідуальні інтерпретації [140].

П.М. Петровський (2018) характеризує комунікативну раціональність як теоретико-методологічний спосіб обґрунтування інтерактивної дії (публічно-управлінської зокрема), що характеризується наданням домінуючого статусу розуму, його критично-конструктивній функції пошуку оптимальних вирішень проблем у відкритій конкуренції різних точок зору. Класиком теорії

комунікативної раціональності є німецький мислитель Ю.Габермас. Суспільно-владні відносини в сучасному постіндустріальному, інформаційному та демократичному суспільстві ґрунтуються на комунікативних інтеракціях, що визначаються як дискурс – процес артикуляції, обговорення, схвалення й практичного впровадження ідей, проєктів тощо. Публічне управління – це не відношення панування й підлеглості, а вільна комунікація діючих осіб на паритетних началах. У ній монопольного права на істинність не має жодна із сторін, а порозуміння досягається владою раціональної аргументації [142].

Ю.П. Шаров (2018) розглядає антикризовий моніторинг в адміністративно-територіальному утворенні (АТУ) як системне й регулярне спостереження та *комунікативна діяльність* з прямими та зворотними зв'язками, що здійснюються в різноманітних формах у професійному та громадському середовищі, спрямовані на забезпечення реалізації ризик-орієнтованої стратегії розвитку АТУ. Основними об'єктами концентрації уваги АТУ є ключові показники сталого розвитку території, індикатори задоволення потреб територіальної спільноти, рівень виконання проєктів та цілей стратегії [263].

О.В. Карпенко, С.Г. Соловйов (2018) характеризуючи *комунікативну діяльність в публічному управлінні* вважають її процесами інформаційної взаємодії органів публічної влади між собою та інституціями суспільства (громадянами, місцевими громадами, партіями, рухами, спілками, бізнесом); у межах органу публічної влади – на рівні структурних підрозділів, публічних службовців [67].

Т.Д. Польська (2018) використовує поняття «соціально відповідальна комунікація». Авторка вважає комунікацію «головним енергетичним двигуном» управління, а паблік рілейшнз (PR) як *соціально-комунікативну технологію* – діяльністю, що здійснюється через публічну комунікацію і відіграє все більш значиму роль у всіх сферах суспільного життя, особливо у політичній. Наголошується, що «оскільки новий медіа-ландшафт торкається кожного аспекту нашого соціального, політичного і культурного життя, розуміння взаємозв'язку між технологіями, засобами масової інформації та громадськістю - дуже важливі

теми в публічній комунікації» [149].

О.А. Рачинська (2019) використовує поняття «комунікативна взаємодія». Авторка виокремлює принципи реалізації *комунікативної взаємодії у сфері публічного управління*: гарантованості прав на інформацію; відкритості, доступності інформації та свободи її поширення; об'єктивності, вірогідності інформації; повноти і точності інформації; законності одержання, використання, поширення та зберігання інформації удосконалення діяльності органів влади сфері публічного управління шляхом оптимізації комунікативної взаємодії держави та громадськості. Розкривається *специфіка комунікативної взаємодії у сфері публічного управління*: комунікації органів влади у більшості випадків носять обов'язковий характер і процеси їх здійснення визначаються впливом внутрішніх, зовнішніх факторів та нормативними актами чи розпорядженнями вищих організацій; комунікативні процеси на місцях споживання публічних послуг виступають складовими елементами процедури використання цих послуг (управлінських/адміністративних, громадських, соціальних та ін.); через налагодження комунікативних процесів органи влади здійснюють оперативний контроль за дієвістю свого впливу на вирішення суспільних проблем; органи влади мають задовольняти не лише власні інформаційно-комунікативні потреби, зумовлені завданнями та необхідністю прийняття ефективних управлінських рішень, а й потреби фізичних, юридичних осіб та центральних органів державної виконавчої влади. О.А. Рачинська наголошує на обов'язковій вимозі до комунікативної взаємодії є врахування специфіки місцевості — галузевої структури виробництва, пріоритетних напрямів розвитку території, наявності ресурсів, інфраструктури економіки та забезпечення її розвитку, демографічних, міграційних особливостей регіону тощо [215].

О.А. Рачинська (2019) відзначає, що найчастіше причиною низької ефективності комунікації є ігнорування факту, що комунікація — це обмін, в якому кожному належить активна роль. Авторка пропонує модель формування комунікативної взаємодії включає цільовий (вимоги змагальної діяльності), змістовний (інформаційний, діяльнісний та емоційно-перцептивний) компоненти.

Змістовну основу моделі складають три рівня (етапи) спільної діяльності, що виникають у процесі комунікації: суб'єкт як продукт для іншого учасника (не має характеру спільної діяльності) – спільна комунікація (у формі співпраці, кооперації на основі взаємної відповідальності між учасниками) – спільна діяльність (діяльність колективна, свідомо громадська) [216].

Є.М. Павленко (2021) визначає завданням засобів масової інформації *комунікацію між владою та іншими суб'єктами*. Використовує поняття «*якісна комунікація*», яка означає, що процеси й інститути надають результати, що відповідають потребам суспільства, з максимальним використанням ресурсів, які наявні у їх розпорядженні. Досягти цього пропонується забезпеченням комунікативних процесів. Дослідник вважає, що запровадження чіткої та зрозумілої моделі дасть можливість відійти від традиційної моделі інформування про досягнення та наміри чинної влади та запровадити *модель збалансованої комунікативної взаємодії* суспільства та органів публічної влади. З цією метою пропонується провести коригування ключових інтересів суб'єктів *комунікативної політики* органів публічної влади. Пропонується відійти від застарілої форми інформування суспільства про власну діяльність *до форми комунікації з аудиторією* щодо власної діяльності [134].

Поняття *комунікативна діяльність* має міждисциплінарне значення і в електронній технічній енциклопедії зазначається, що комунікативна діяльність виникає тоді, коли у свідомості особистості актуалізується конкретний об'єкт, здатний задовольнити ці комунікативні потреби і таким чином стати її комунікативною метою [81].

Узагальнюючи наукові дослідження щодо комунікативної парадигми в сфері публічного управління та адміністрування відзначимо, що відсутній єдиний підхід до визначення змісту та сенсу комунікацій та комунікативної діяльності. Наявні дослідження охоплюють різні аспекти сфери публічного управління та адміністрування. Втім, загальна система або модель не розроблені.

1.4. Характеристика ролі комунікативної діяльності в функціонуванні суб'єктів публічного адміністрування в українській та зарубіжній науці

Роль комунікації в функціонуванні суб'єктів публічного адміністрування дослідниками розглядається з різних позицій, зокрема: інформування; інформаційних систем; комунікацій; спілкування як складової комунікацій; діяльності тощо.

М.Ю. Дітковська (2009) виокремлює низку принципів, на підставі яких будуються інформаційні системи в державному управлінні, зокрема виділяються:

- принципи *побудови інформаційних систем* в державному управлінні:

системності - полягає в тому, що створення інформаційних систем повинно будуватися на комплексному вивченні об'єкту, на єдиному методологічному підході, який дає змогу розглядати досліджуваний об'єкт як одне ціле; виявляти на цій підставі різноманітні типи зв'язків між структурними елементами, що забезпечують цілісність системи;

інтегрованості – забезпечує сумісність складових системи щодо управління даними і засобами спілкування з користувачами в процесі прийняття рішень;

першого керівника - передбачає безпосередню участь вищого керівництва організації-замовника в розробці інформаційної системи, у виробленні і узгодженні критеріїв і загальної концепції системи, закріплення відповідальності під час створення системи за замовником, тобто майбутнім користувачем, який відповідає за введення у дію та функціонування інформаційної системи;

декомпозиції - використовується при вивченні особливостей, властивостей елементів і системи в цілому. Він ґрунтується на розбитті системи на частини, виокремленні деяких комплексів робіт, створенні умов для ефективнішого аналізу системи та її проєктування;

сумісності - полягає в забезпеченні здатності взаємодії інформаційних систем різних видів, рівнів у процесі їх спільного функціонування;

стандартизації та уніфікації - полягає в необхідності застосування типових уніфікованих і стандартизованих елементів функціонування інформаційної

системи;

автоматизації інформаційних потоків і документообігу - передбачає комплексне використання технічних засобів на всіх стадіях проходження інформації від моменту її реєстрації до одержання результатних показників і формування управлінських рішень;

автоматизації проектування - має на меті підвищити ефективність самого процесу проектування і створення інформаційної системи на всіх рівнях управління, при цьому забезпечується скорочення часових, трудових і вартісних витрат за рахунок введення індустріальних методів;

ієрархічності передбачає побудову складних інформаційних систем з врахуванням багаторівневої структури системи державного управління, яка передбачає наявність вищого рівня органів державної влади, обласного, районного, рівня міст і селищ.

- принципи функціонування інформаційних систем в державному управлінні:

узгодженості підсистем – принцип зв'язаний з побудовою загальної моделі управління об'єктом, яка встановлює взаємозв'язок і ступень важливості між різними задачами управління в рамках цілей, критеріїв і обмежень;

надійності – полягає в здатності системи виконувати потрібні функції протягом заданого періоду часу;

ефективності – зв'язаний з досягненням максимального ефекту при мінімізації витрат на інформаційну систему;

інтерактивності – система відгукується на різного роду дії, якими людина має намір вплинути на обчислювальний процес;

доступності – полягає у здатності забезпечувати видачу відповідей на запити користувача в потрібній формі і в потрібний час;

робастності – означає ступінь здатності системи відновлюватися в разі виникнення помилкових ситуацій як зовнішнього, так і внутрішнього походження;

єдності програмно-цільового, галузевого, міжгалузевого і регіонального

управління;

законності, який означає необхідність чіткого дотримання вимог Конституції та Законів України;

безперервності – передбачає ритмічність і малу змінність режимів функціонування інформаційної системи при стабільному зовнішньому і внутрішньому середовищі.

- принципи *розвитку інформаційних систем* в державному управлінні:

еволюційності – система відкрита і здатна до розвитку і удосконалення;

адаптивності – можливість пристосовуватися до змін в умовах розв’язання задач;

нових задач – інформаційна система використовується не тільки для розв’язання традиційних задач, а і перебудовується у відповідності з необхідністю вирішувати нові задачі;

типізації – необхідність уніфікації таких складових як технічне і програмне забезпечення, алгоритми функціональних складових задач і підсистем;

етапності – можливість поступового послідовного розвитку системи;

удосконалення структури управління – приведення структури управління у відповідність до вимог інформаційної системи;

пріоритетності – сприяє вибору найголовніших цілей і завдань соціально-економічного розвитку відповідно до наявного ресурсного потенціалу, виробничих можливостей, потреб населення;

збалансованості – розв’язування управлінських задач з урахуванням пропорцій між нарощуванням виробничого потенціалу та станом охорони навколишнього середовища, створенням нових потужностей і кон’юктурою ринку, інноваціями і ціновими параметрами;

історизму – дає можливість оцінити ступінь завершеності певних етапів соціально-економічного розвитку об’єкту в часовому вимірі [41].

Ч.Дж. Макгуайр (2011) зауважує, що *надання інформації* залежить від низки чинників, зокрема:

- здатності організації/особи обробляти інформацію;

- когнітивних меж прийняття рішень;
- кінцевої кількості часу, доступного для прийняття рішень;
- емоцій;
- звичок;
- уміння регулювати надлишок інформації (особливо в умовах державної політики);
- визначення пріоритетів/відбір/вибір інформації;
- зосередженості на пошуку відповідної інформації для прийняття рішень;
- обробки інформації [448].

Він зауважує, що *пріоритетність інформації* залежить від того як:

- установи реагують на інформаційні потоки;
- конкретна інституція має можливість обробляти інформацію і визначати пріоритети [448].

Інституційна динаміка залежить від:

- обмежень потоку інформації та його обробки в межах установи;
- ємності інформації;
- шляхів/методів/форм обробки установою інформації;
- «вузьких місць» суб'єкта публічного управління та адміністрування при обробці інформації;
- когнітивних меж суб'єкта публічного управління та адміністрування [448].

Помилка в обробці інформації залежить від встановлення взаємозв'язку між інформаційними сигналами і здатністю суб'єкта публічного управління та адміністрування реагувати на цей сигнал [448].

Якість інформації, на думку Ч.Дж. Макгуайр (2011), визначається шляхом аналізу джерела інформації (залежить від рівня авторитетності джерела) [448].

Делегування та *обробка інформації* відбувається в аспекті:

- виконання правових актів та державної політики в будь-якій сфері/галузі делегується виконавчим органам;
- адміністративні органи/установи тощо обробляють інформацію як частину процесу їх реалізації;

- вони виступають як організації моніторингу;
- державні структури несуть основну відповідальність за політику впровадження, і проводять «фільтрацію» інформації (зовнішньої/внутрішньої) для подання її для перегляду політики або вироблення підполітики тощо [448].

Е. Зиємба, І. Облук (2014) зазначають, що публічне адміністрування використовує переваги підвищення ефективності своєї діяльності, особливо з точки зору *інформації та комунікації* на місцевому, регіональному, національному, а також міжнародному рівнях. Вони зауважують, що *покращення інформаційного потоку та комунікації* між державними підрозділами на різних рівнях можуть призвести до досягнення цілей – упорядкування процесів і підвищення ефективності, підтримки та зміцнення демократії, а також покращення підзвітності та прозорості уряду. Використання інформаційних систем є важливим компонентом урядової стратегії для швидкого досягнення успіху. *Інформаційні системи у державному секторі є інструментом підтримки надання нових та кращих державних послуг уряду:*

- заохочення зацікавлених сторін шляхом підвищення ефективності, прозорості та покращення підзвітності у процедурах державного управління та управлінні [261];
- отримання переваг, які виражаються в якості державних послуг, що надаються громадянам і підприємствам [545].

Е. Зиємба, І. Облуку (2014) зауважують, що інформаційні системи в державному секторі є активатором модернізації державного управління. Ключовою передумовою їх впровадження є отримання переваг. Зокрема це стосується переваг, які виражаються в якості державних послуг, що надаються громадянам і підприємствам. Це пов'язано з тим, що державне управління оцінюється з точки зору конкурентоспроможності та привабливості для клієнтів його послуг. Хоча кожна державна адміністрація унікальна у своїй фінансово-економічній діяльності, переваги та проблеми є спільними для всіх однакові. Переваги від впровадження інформаційних систем повинні певним чином включатись в цілі самих наданих державних послуг. Ці переваги отримують всі,

хто користується державними послугами, а також державні установи. Переваги для «державних клієнтів» включають:

- доступ до інформації для широкої громадськості;
- онлайн-послуги;
- доступ до своєчасної, актуальної та точної інформації [545].

Перевагами для державних підрозділів є:

- перепроєктування та стандартизація процесів;
- покращена практика управління проєктами;
- суворе забезпечення якості;
- збільшення підтримки та участі персоналу всіх рівнів [545].

Непряма користь від впровадження інформаційної безпеки у державному управлінні полягає в переконанні, що це покращить відкритість, прозорість і підзвітність державних адміністрацій і підвищить обізнаність громадян і бізнесу про доступні державні послуги [545].

С.Г. Соловійов, Н.В. Грицяк та ін. (2015) наголошують, що домінуючий *тип інформаційно-комунікативної взаємодії* держави й суспільства обумовлює формування відповідного політичного режиму – демократичної, авторитарної чи тоталітарної політичної системи. Відповідно до цього науковці виокремлюють механізми, які впливають на сутність і структуру інформаційно-комунікативної взаємодії, зокрема:

- механізм диктату, коли держава доводила відповідну інформацію про свою діяльність у наказовому порядку, не цікавячись реакцією громадян;
- механізм пропаганди (однобічного суспільного інформування), коли державні органи вибірково та цілеспрямовано інформували суспільство з приводу тих або інших державно-управлінських рішень, використовуючи елементи нейролінгвістичного програмування та зомбування населення;
- механізм рекламування (publicity), коли органи державної влади у відповідності до філософії стосунків «надавач послуг (державноуправлінських)
- «надавач послуг (державноуправлінських) - клієнт (громадянин)» рекламують свою діяльність, використовуючи при цьому форми та методи бізнес-

реклами, що відзначаються однобічним маніпуляторським підходом;

- механізм двобічного асиметричного інформування, коли держава вивчає головні преференції та запити суспільства з метою їх корегування або зміни. Зворотній зв'язок за такої системи відіграє роль показника ефективності маніпулювання суспільною свідомістю, за допомогою якого органи державної влади намагаються сформувати суспільну думку у вигідному для себе світлі;

- механізм двобічного симетричного діалогу, за якого державні органи відмовляються від диктату, пропаганди та маніпуляцій і вступають у рівноправний партнерський діалог із суспільством та його складовими аж до пересічних громадян на принципах партнерства та консенсусності [64].

А. Мітуш (2016) вважає, що інформація та комунікація (тобто передача та отримання інформації) важливі для ефективного функціонування кожної організації, у тому числі такої як суб'єкти публічного адміністрування. Однак на практиці мала увага приділяється комунікації та інформації [459].

Інформація, якою володіє державне управління, має велике значення як для самої адміністрації так і для громадян та інших суб'єктів, не підпорядкованих публічній адміністрації. Обмін інформацією (інформування громадян) не є лише виразом відвертих і прозорих дій державної/громадської влади, а є інструментом розкриття намірів і планів. Громадяни, які знають державну політику, її наміри та плани органам державної влади легше зрозуміти існуючі та введені зобов'язання і заборони. Ось чому одне з важливих джерел інформації про наміри держави/державної влади є акти, політика та плани, які включати важливу інформацію, зокрема: цілі та завдання, які виконуються для того, щоб досягнення цілей, методи їх виконання та контроль були спрямовані на досягнення передбачуваних результатів. Завдяки цим та іншим джерелам громадянин може більш свідомо брати участь у житті даної громади і здійснювати дії відповідно до суспільних інтересів. Інформація, якою поширюється державна адміністрація, є певним твердженням (повідомленням) конкретних фактів, намірів, обов'язкових правових норм тощо. *Інформація, яку поширює публічна адміністрація*, має бути достатньо чіткою, зрозумілою для пересічного одержувача

інформації. Інформація, яку поширює публічна адміністрація також має бути суспільно корисною та мати відповідну сферу змісту, яка має бути визначеною з урахуванням намірів, адресатів та мети, яку необхідно досягти [459].

Розміщення *конкретної інформації* може бути обов'язком або лише певним правом державного суб'єкта. Якщо є *обов'язок інформувати громадян*, то в межах правових актів визначають:

- орган державного управління або суб'єкт, який зобов'язаний поділитися інформацією;
- обсяг і предмет інформації;
- адресатів і отримувачів.
- час і форму обміну такою інформацією [459].

А. Мітуш визначає *комунікацію як обмін повідомленнями* між двома суб'єктами або сторонами; та як передачу і отримання інформації (повідомлення, даних) доступним для обох сторін способом. Таке розуміння комунікації тісно пов'язано зі змістом інформації. Те саме стосується комунікації із зовнішніми суб'єктами, особливо з конкретною спільнотою, оскільки неправильно зрозуміла частина інформації може сприяти посиленню сумнівів і загострення конфлікту, а не усунення сумнівів і вирішення конфліктів. Дослідник вважає, що правильна комунікація в контексті публічного адміністрування включає:

- комунікацію (тобто обмін повідомленнями) з тими, кому необхідні спеціальні повідомлення;
- певний обсяг комунікації (тобто обсяг повідомлення, інформації), скільки, скільки необхідно;
- комунікація в такій формі, яка є найбільш адекватною в конкретному випадку (для конкретного питання) і юридично прийнятна;
- комунікація в той момент, коли це необхідно (тобто передача повідомлення в певний момент часу) [459].

Правильне спілкування впливає на ефективність вжитих дій. Стосовно управлінського контролю А. Мітуш наголошує, що йдеться про таку *інформацію і таке її передання*, яке пов'язане з досягненням певних цілей. У цьому контексті

здається, що *інструментом комунікації* може бути будь-що, що дозволяє передавати повідомлення між об'єктами, включаючи будь-які пристрої та ІКТ рішення [459].

Стандарт управлінського контролю «*Актуальна інформація*» вимагає, щоб керівному персоналу та працівникам був гарантований доступ до корисної, оновленої та достовірної інформації, необхідної для виконання завдань. Ця інформація повинна бути передана в правильній і зрозумілій формі і в потрібний момент. Інформація (дані), передані всередині суб'єкта господарювання, незалежно від характеру актора (тобто від чисто інформативних даних до даних з особливою значимістю і статусом, наприклад публічна інформація), завжди служать виконанню завдань. Оскільки сама передача інформації недостатня для успішного виконання, розрізняють завдання і цілі, необхідні для комунікації з суб'єктами всередині і за межами суб'єкта. Належна внутрішня комунікація в публічному адмініструванні потребує ефективних механізмів обміну важливою інформацією як всередині організаційної структури суб'єкта (I рівень управлінського контролю), а також у підрозділах органів державної влади та органі місцевого самоврядування (II рівень управлінського контролю). Для цього існують відповідні процедури та різноманітні рішення, пов'язані з електронним офісом, які забезпечують, зокрема, оптимальний документообіг і своєчасне вирішення завдань [459].

А.Г. Ліч (2016) зазначає, що однією з форм комунікації, якій керують державні менеджери та інші члени організації під час роботи, є *переконлива комунікація*, спрямована на переконання одержувачів та зміни точки зору. Оскільки всі члени організації беруть участь у переконливому спілкуванні (деякі більше, ніж інші), важливо розуміти, як це зробити найбільш ефективно. Денхардт і Арістігета вказують на три ключі до розкриття секрету ефективної переконливої комунікації в громадських організаціях [430].

Одним із ключових факторів *ефективної переконливої комунікації* А.Г. Ліч вважає реальну довіру до джерела. Відправники інформації, якого вважають надійними, ефективніше переконує інших, ніж відправник інформації з меншою

довірою. А.Г. Ліч (2016) називає дві речі, які можуть створити або підвищити довіру, - це досвід і надійність. Експертиза та надійність дають одержувачам інформації необхідну впевненість, щоб покладатися на відправників [430].

Він іншим ключем до *переконливої комунікації* вважає характер повідомлення. Втім, незважаючи на те, що зміст повідомлення є дуже переконливим, спосіб доставки повідомлення суттєво вплине на те, як одержувач сприймає або розуміє повідомлення. Останнім ключем до переконливої комунікації є діапазон прийняття. Діапазон прийняття – це діапазон, у якому отримувачі готові розглядати переконання чи погляди, відмінні від їхніх. Якщо аргумент потрапляє в цей діапазон прийняття, одержувачі будуть більш охоче прийняти його. Однак, якщо аргумент виходить за межі цього діапазону, тоді станеться протилежне. У цей момент повідомлення стає занадто обтяжливим для одержувача, щоб його прийняти [430].

С. Алон-Баркат (2020) досліджує реакції сприймаючих інформацію на *«переконливі» комунікації*. Це теорія, яка стосується зміни ставлення людей після спілкування або повідомлення. Вона може застосовуватись до різних установок, типів установок і форм комунікації. Ця теорія була застосована в основному стосовно комерційної реклами та маркетингу, але застосовується також і до інших комунікаційних установок, включаючи кампанії громадського здоров'я, висвітлення в ЗМІ тощо. Елементи комунікації також можуть функціонувати як фактори, що впливають на мотивацію та/або здатність людей думати [285].

Е. Чукука (2015) класифікує різні типи комунікацій, до яких відносить:

- офіційні комунікації (є офіційним каналом комунікацій, які проходять через усталену лінію влади, контролюється та регулюється керівництвом організації. Керівництво вирішує якою інформацією можна поділитися, з ким і коли. Прикладами офіційного спілкування є офіційні листи, службові записки, записки, інформаційні бюлетені, звіти, збори персоналу тощо. Форми офіційних комунікацій - це низхідний і висхідний обмін інформацією. Комунікація низхідна має справу з інструкціями, планами, політиками, процедурами тощо, пропозиціями співробітників, процедурами розгляду скарг тощо);

- неформальні комунікації (відбувається поза формальними каналами. Інформація, що надходить через цей канал, офіційно не затверджена, і не санкціонована. Неформальне спілкування поєднує в собі переваги як особистих, так і неофіційних комунікацій. До неофіційної інформації мають більше довіру, і на неї покладаються при оцінюванні інформації. Найпоширеніші форми неформальної комунікації включають: чутки та невербальне спілкування);

- міжособистісні комунікації (є двосторонніми в системі організації. Це основний засіб управлінської комунікації. Міжособистісне спілкування є найпоширенішим типом комунікації в організаціях, оскільки включає в себе всі комунікації між співробітниками, а також між керівництвом і співробітниками. Найпоширенішими методами міжособистісних комунікацій є: усне спілкування та письмове спілкування);

- невербальні комунікації (це комунікація, яка відбувається без використання мови) [317].

Е. Чукука (2015) виділяє місце комунікацій в ефективному управлінні людськими ресурсами і констатує, з посиланням на інших дослідників, що головною сутністю організацій є комунікація. Це полегшує прийняття рішення, об'єднує діяльність в організації та об'єднує співробітників разом для досягнення цілей та завдань організації [317].

Е. Чукука (2015) також зазначає, що ефективна комунікація допомагає зменшити та зняти напругу в громадських організаціях. Е. Чукука пише: «В країнах, що розвиваються, де правил майже не дотримуються, а процедур рідко дотримуються, працівники зазвичай напружені. У такому стані ефективність роботи працівника під сумнівом. Тільки гарна комунікація може допомогти в такій ситуації» [317].

Е. Чукука виокремлює основні типи комунікативних проблем:

- відсутність особистого контакту, що посилюється із-за використання мобільних телефонів, комп'ютерів і телефонів;

- погані навички спілкування управлінців в умовах електронного спілкування:

- відсутність чіткості інформації для виконання завдань, з урахування особливостей інтерпретування інформації співробітниками;
- чіткість взаємовідносин: «питання – відповіді»;
- відсутність зворотного зв'язку;
- відсутність правдивої інформації [317].

У деяких публікаціях (2020) визначається провідна роль комунікативної діяльності в публічному адмініструванні. Наголошується, що публічна комунікація може відігравати фундаментальну роль у подоланні розриву між урядами та громадянами. Відокремлена від політичного дискурсу, вона дає змогу громадськості отримати доступ до відповідної інформації та дає можливість громадянам взаємодіяти зі своєю державною адміністрацією з питань, які для них є найбільш актуальними. Ця функція уряду може допомогти зміцнити довіру, підвищити обізнаність щодо ключових реформ та змінити поведінку [522].

Комунікація може бути ключовою опорою ефективного місцевого самоврядування, сприяючи участі зацікавлених сторін у розробці та наданні політики та послуг. По-перше, ця функція може допомогти мобілізувати зацікавлені сторони до участі в громадських консультаціях, місцевих слуханнях та інших формах участі громадян і надати їм необхідну інформацію для внеску в процес прийняття рішень. По-друге, це може допомогти створити відкритий простір, де громадяни зможуть поділитися своїми проблемами, відгуками та пропозиціями щодо дій. По-третє, комунікація може допомогти охопити ширшу аудиторію та розширити коло акторів, задіяних за межами звичайних підозрюваних. Нарешті, це може допомогти повернути довіру громадян і продемонструвати цінність ініціатив участі через поширення інформації про весь процес вироблення політики [522].

Хоча інформація є необхідною передумовою відкритості, підвищення обізнаності щодо процесу децентралізації, це є лише першим кроком. Для того, щоб сприяти змістовному спілкуванню, органи влади повинні перейти до встановлення двостороннього діалогу з громадянами з акцентом на сприянні участі у розробці планів місцевого розвитку та бюджетів. Це особливо актуально,

оскільки основною метою децентралізації є надання місцевому самоврядуванню необхідних повноважень для формулювання політики та самостійного визначення потреб у послугах, сприяння участі місцевих органів влади та підвищення їх ефективності [522].

Як наголошується в публікаціях дослідників (2020) забезпечення ефективного впровадження амбітних реформ, таких як реформа децентралізації, вимагає як стратегічного, так і проактивного комунікаційного підходу для підвищення обізнаності, сприяння залученню та залучення громадян. У зв'язку з цим стратегії комунікації з громадськістю можуть допомогти встановити всеосяжний підхід та визначити напрямки ініціатив разом із короткостроковими, середньостроковими та довгостроковими цілями [522].

Б.В. Едес (2020) відзначає, що у сучасну епоху різких економічних, політичних, соціальних і технологічних змін набуває значення ефективні державні комунікації ще більше. Коли громадськість залучають до розробки політики, тоді уряду легше заручитися підтримкою громадськості для досягнення основних цілей уряду. Автор публікації наголошує на необхідності зміцнення комунікаційного потенціалу Європи та покращення інформаційних послуг Європейського Союзу [355].

Б.В. Едес (2020) стверджує, що нові конституції країн Центральної та Східної Європи часто включають права доступу до публічної інформації. Ці положення відображають реакцію проти секретності, яка практикувалася протягом десятиліть за однопартійної влади. Навіть у традиційно відкритих суспільствах є заклики до конституційних прав на публічну інформацію. Закон про свободу інформації зазвичай визначають державні установи, на які він поширюється, і містить винятки для захисту, наприклад, «прав інших» та «державної таємниці». Крім того, такий закон, як правило, вимагає виконання законодавства, яке визначає процедури доступності інформації. Деякі країни також виклали принципи стосовно публічної інформації в офіційних політичних документах або в статутах служби [355].

Б.В. Едес (2020) зазначає, що на даний момент працівником з питань

інформації вважається службовець державного сектору чиї основні обов'язки полягають у сприянні потоку публічної інформації, як правило, між державними органами, з одного боку, та ЗМІ та громадськістю, з іншого. У міністерствах і відомствах в штаті працюють кілька сотень співробітників з питань інформації. У більшості європейських адміністрацій поширення інформації є досить децентралізованим, що в той час можуть сприяти доставці змішаних повідомлень, якщо механізми внутрішньої координації слабкі або функціонують погано [355].

У деяких країнах – особливо в країнах Європи з перехідною економікою відсутня відмінність між працівником з питань інформації, який виконує функції державного службовця в державному органі та в.о. речника політичного діяча. Функції розмиваються, або навіть усуваються шляхом їх злиття. Нездатність визначити й домогтися різниці між політичними і неpolітичними ролями можуть:

а) ускладнювати опір політичному тиску зверху інформаційним працівникам;

б) підірвати довіру та об'єктивність розповсюдженої інформації [355].

Б.В. Едес (2020) описує профіль співробітника з питань інформації, який відрізняється від країни до країни та від посади до посади. Одні служать старшими експертами з комунікаційної політики та стратегії, а інші в основному виконують канцелярські завдання з розповсюдження брошур та звітів на вимогу. Інформаційні працівники, які постійно контактують із ЗМІ, часто є колишніми журналістами. Такий досвід допомагає їм зрозуміти світогляд і психологію журналістів. З іншого боку, це не обов'язково готує їх до переходу від режиму просування вказівного та досліджувати питання з делікатних питань, щоб надати прямі відповіді в прийнятний спосіб. Деякі інформаційні працівники мають попередній досвід організації конференцій та інформаційних заходів [355].

Профіль навичок типового європейського спеціаліста з питань інформації включає багатомовну здатність (принаймні в країнах з більш ніж однією офіційною мовою, або де є регулярні контакти з іноземцями роботи). Іншими характеристиками, які вважаються важливими, є:

- здатність ефективно спілкуватися усно та письмово;

- хороші організаторські здібності;
- здатність швидко реагувати;
- тенденція до збереження холонокровності (витримки) під тиском;
- дипломатичність, терпіння і такт;
- знання організації та діяльності державних установ [355].

Управління інформації виконують не менше п'яти функцій:

- 1) проведення досліджень та аналізу,
- 2) консультування старших посадових осіб,
- 3) управління зв'язками зі ЗМІ,
- 4) інформування громадян;
- 5) Координація комунікаційної політики та просування внутрішніх інформаційних потоків [355].

Л. Ейзенштейн (2019) акцентує увагу на комунікативній діяльності органів місцевого самоврядування і зазначає, що вони публікують важливі дані з багатьох питань, таких як розвиток громад, охорона здоров'я, освіта, відпочинок, злочинність та цікаві історії про своїх громадян. Незважаючи на зусилля більшості місцевих органів влади донести новини до своїх громад, довіра населення продовжує падати. *Сильна комунікація в органах місцевого самоврядування* створює довіру до громадян. Оскільки відносини між урядом і громадянами будуються, з часом громадяни усвідомлять, що їхні проблеми мають значення. Залучення громади передбачає: інформування громадян про проєкти, які впливають на їхні податки та їхнє життя. Громадяни отримують впевненість у тому, що їх місцева влада добре підготовлена до надзвичайних ситуацій. Залучення також допомагає інформувати виборців про їхній вибір на виборчих дільницях [358].

Л. Ейзенштейн (2019) констатує, що *комунікація* складається з трьох частин — відправника, повідомлення та одержувача. Повідомлення можна легко спотворити або змінити, коли їм заважає шум. Завдання для місцевих органів влади полягає в тому, як подолати шум і донести до громади чіткі й ефективні повідомлення. Багато в чому соціальні мережі — це новий вихід для органів

місцевого самоврядування. Це також може мати для них велику користь. Соціальні мережі можуть допомогти отримати важливі новини щодо закриття шкіл, об'їзди доріг, аварійні відключення електроенергії, повені, пожежі та іншу важливу інформацію [358].

Л. Ейзенштейн (2019) вказує, що соцмережі також є чудовим способом для місцевих органів влади озвучити правду, коли це необхідно. Своєчасні, справжні повідомлення через соціальні мережі можуть розвіяти чутки, усунути неточності та надати місцевій владі місце для публікації спростування важливих питань. Місцеві органи влади також можуть ефективно використовувати соціальні мережі, щоб швидко реагувати на кризу чи надзвичайну ситуацію. Наявність такого каналу, як соціальні мережі, щоб донести правду до спільноти, допомагає уникнути чуток і запобігає непотрібній паніці. Коли місцева громада успішно використовує соціальні засоби для подолання кризи, громадськість буде пам'ятати та шукати той самий медіа, коли їм знову знадобиться інформація. Це частина процесу формування довіри між місцевою владою та її громадянами. Соціальні мережі також можна використовувати для створення «доброї волі» серед місцевих громадян (спонсорство, благодійні заходи тощо) [358].

Л. Ейзенштейн (2019) вважає: щоб зробити *комунікацію між місцевою владою та її громадянами* міцною, персонал потребує навчання тому, як бути ефективним, і вони повинні знати, що вони очікують від управління соціальними медіа та іншими видами комунікацій. Сьогоднішнє спілкування відрізняється від простого написання новини чи очищення прес-релізу. Нові комунікаційні канали, такі як блоги та соціальні мережі, забезпечують певну точність і підзвітність. Щоб мати міцну комунікацію, автори повинні відповідати стилю письма платформи. Л. Ейзенштейн (2019) вказує на позитивний досвід органів місцевого самоврядування, які дозволити громадянам бути блогерами для своїх громад. Інші громади покладаються на інформаційний бюлетень мешканців. Щоб ці типи ініціатив були успішними, персонал повинен ділитися оновленою інформацією для змістовного контенту [358].

Б. Хайленд-Вуд, Д. Гарднер, Д. Ліск, Ульріх К. Х. Екер (2021) вважають

ефективну комунікаційну стратегію як двосторонній процес, який включає чіткі повідомлення, які доставляють через відповідні платформи, розраховані на різноманітну аудиторію та поширюються людьми, яким довіряють. Довгостроковий успіх, на їх думку, залежить від розвитку та підтримки довіри суспільства. Вони наголошують, що *ефективна комунікація* під час кризи громадського здоров'я – це не лише обмін повідомленнями, це інтерактивний процес обміну інформацією та думками між окремими особами, групами та установами. Комунікація включає в себе численні повідомлення про природу ризику та інші повідомлення, а не тільки про ризик, які виражають занепокоєння, думки або реакції на повідомлення про ризик або юридичні та інституційні механізми управління ризиками. Повідомлення про ризики пандемії вимагають постійної взаємодії з громадами [402].

Б. Хайленд-Вуд, Д. Гарднер, Д. Ліск, Ульріх К. Х. Екер (2021) стверджують, що передача повідомлень і розробка повідомлень не є незалежними. Успішна доставка та вплив повідомлення частково залежатиме від процесу, за допомогою якого створюється переданий вміст (наприклад, стратегія реагування на пандемію). Широка підтримка певного повідомлення, плану дій чи стратегії залежатиме від того, як передається процес його розробки. Крім того, специфіка обраної стратегії певною мірою визначатиме комунікаційний підхід (наприклад, основні цільові аудиторії) [402].

Вони зауважують, що *ефективні комунікації та лідерство* є центральними в управлінні пандеміями та швидко змінюваним соціальним та економічним ландшафтом. Під час кризи громадського здоров'я роль уряду включає в себе залучення довіри та співпраці громадськості, щоб бути частиною рішення. В ідеалі *розробка повідомлень* має бути обґрунтованою та прозорою та ґрунтуватися на взаємодії з відповідними зацікавленими сторонами, а *комунікацію* слід розглядати як невід'ємний аспект розробки контенту [402].

Взаємодія людей з *інформацією та повідомленнями* про громадське здоров'я та реакція на них сильно залежить від їхньої культурної та соціальної ідентичності, віку, статі та доступу до ресурсів. Ці фактори впливають на

улюблені способи спілкування людей, на те, кого і що вони сприймають як «надійного авторитету», і, що важливо, на їхню здатність діяти та реагувати на інформацію. Відповідно, як наголошують Б. Хайленд-Вуд, Д. Гарднер, Д. Ліск, Ульріх К. Х. Екер (2021), при розробці комунікаційної стратегії громадського здоров'я необхідно враховувати соціальні фактори, задля ефективного залучення максимальної підтримки та участі громадськості. Поширення інформації, доступної через онлайн-медіа, створює додатковий рівень складності. Телебачення та друковані ЗМІ, які в минулому були важливим каналом поширення інформації в галузі охорони здоров'я, тепер повинні конкурувати з широким набором легкодоступних соціальних медіа та інтернет-джерел новин і думок. Поширення соціальних медіа означає епоху, в якій громадськість бере активну участь у створенні та поширенні впливових повідомлень. Одним із наслідків цього є поширення дезінформації, яка може посилити занепокоєння та посилити соціальну напругу та дискримінаційну поведінку. Однак соціальні мережі також надають можливості для ефективного спілкування. Це дає змогу швидко й ефективно поширювати важливі повідомлення та відповідним чином адаптувати їх до різних аудиторій. Це також дозволяє спільнотам самостійно брати активну участь у обміні та відточуванні відповідних повідомлень [402].

Громадська довіра є важливим ресурсом для залучення громадської співпраці та підтримки поведінки, необхідної для боротьби з пандемією. Для цього Б. Хайленд-Вуд, Д. Гарднер, Д. Ліск, Ульріх К. Х. Екер (2021) пропонують низку рекомендацій:

- долучайтесь до чіткого спілкування (надати конкретну інформацію про те, що робити і чого уникати, що може зменшити занепокоєння та підтримувати порядок; зосередитись на конкретних діях і певних періодах; створювати повідомлення, які не потребують великих зусиль для їх «обробки» (зусилля на когнітивну обробку можна мінімізувати, використовуючи граматичні форми, які відповідають повідомленню, а саме декларативні твердження для інформації та імперативні заяви для директив); надавати чіткі інструкції; координація дій

комунікаторів та каналів зв'язку; спілкування через багато каналів);

- прагніть до максимальної довіри (довіра має важливе значення для ефективного, переконливого спілкування; використання надійних, авторитетних посередників, таких як медичні експерти та експерти з охорони здоров'я, для передачі ключових повідомлень; використовувати державні веб-сайти охорони здоров'я, для отримання інформації та рекомендацій);

- спілкуйтеся з емпатією (прислухатися до потреб та проблем громади та висловлювати справжнє співчуття та турботу; емпатію або проявляти емоції);

- спілкуйтеся відкрито, відверто та чесно (пояснити, чому певні дії є суттєвими, корисними чи проблематичними);

- визнайте, що невизначеність неминуча (забезпечити впевненість, допомогти людям підготуватися до найближчого та довгострокового майбутнього як прагматично, так і розумово, а також зменшити тривогу, що виникає через невизначеність);

- враховуйте рівні медичної грамотності (комунікація таким чином, щоб врахувати різницю в медичній грамотності: як люди розуміють здоров'я та охорону здоров'я та як вони можуть застосовувати цю інформацію у своєму повсякденному житті для прийняття більш обґрунтованих рішень);

- дайте людям можливість діяти (люди повинні вміти діяти відповідно до вимог; спілкування має супроводжуватися відповідними заходами, які сприяють зміні поведінки та дії; враховувати як практичні, так і психологічні бар'єри на шляху до бажаної поведінки);

- апеляція до соціальних норм (пропагування бажаних соціальних норм);

- враховуйте різноманітні потреби громади (доступність інформації різними способами та застосування стратегій управління ризиками, які забезпечують людям з обмеженими можливостями доступ до профілактичних заходів);

- будьте активні у боротьбі з дезінформацією (прозоре надання фактичної та поточної інформації запобігає подальшій сприйнятливості до дезінформації та теорій змови; як тільки конкретна дезінформація набуває певної популярності, доцільно ретельно вивчити дезінформацію, вказуючи на конкретні логічні

помилки та мотивацію її поширення) [402].

Це все, як вважають Б. Хайленд-Вуд, Д. Гарднер, Д. Ліск, Ульріх К. Х. Екер (2021) варто об'єднати у комунікативну стратегію [402].

Підсумовуючи зазначимо, що зарубіжні наукові джерела визначають важливу роль комунікативної діяльності в публічному адмініструванні і виводять її на рівень основного важеля, механізму, засобу, інструменту тощо для реалізації стратегій комунікації в різних напрямках публічного адміністрування.

Висновки до розділу 1

Аналіз наукових джерел продемонстрував відсутність єдиного уніфікованого визначення поняття «публічне адміністрування» в сучасній науці державного управління. Саме поняття є дискусивним для багатьох галузей наук, зокрема: державне управління; політологія; економіка. Публічне адміністрування визначають як: «вид організаційно-розпорядчої діяльності державних службовців і посадових осіб місцевого самоврядування»; «теорію і практику державного управління, яка характеризується реалізацією адміністративних процедур шляхом публічної діяльності»; «управління на державному та місцевому рівні»; «державне управління»; «правове регламентування діяльності в сфері публічного адміністрування»; «сукупність інституцій та органів виконавчої влади, які реалізують рішення уряду»; «демократичний вид управління»; «процес, що діє у всіх формах державної влади»; «державно-управлінську діяльність»; «певну форму публічноуправлінської діяльності органів державної влади та місцевого самоврядування, громадських організацій, як суб'єктів публічної адміністрації»; «процес, який має низку етапів для забезпечення функціонування та взаємодії органів публічного адміністрування»; «форму реалізації публічної влади»; «організацію діяльності суб'єктів публічної сфери, у тому числі законодавчих, виконавчих і судових органів та органів місцевого самоврядування»; «складову державного управління».

Проведений аналіз та узагальнення продемонстрували також відсутність

єдиного визначення поняття «публічне адміністрування охороною здоров'я». Діапазон визначень достатньо широкий і стосується різних напрямів публічного адміністрування. Поняття «публічне адміністрування в сфері охорони здоров'я» тлумачиться як: «діяльність суб'єктів публічного адміністрування шляхом прийняття адміністративних рішень і надання адміністративних послуг у сфері охорони здоров'я»; «складова суспільного розвитку»; «процес, який є узагальненим і включає численні процеси, котрі реалізуються на всіх циклах управління з визначенням як суб'єктів, так і об'єктів управління»; «сукупність державних і недержавних структур та уповноважених осіб, які виконують функції держави»; «ключова роль у здійсненні внутрішньої політики країни» тощо.

Автором дисертації надано власне визначення поняттю «публічне адміністрування охороною здоров'я», зокрема – це діяльність суб'єктів представницької демократії, органів державної влади та місцевого самоврядування, громадськості та окремих громадян з вироблення та реалізації політики в сфері охорони здоров'я. Сфера охорони здоров'я включає: суб'єктів публічного управління та адміністрування; систему охорони здоров'я; суб'єктів системи охорони здоров'я; а також окремих професіоналів – надавачів медичної допомоги та послуги; надавачів немедичної послуги, у тому числі в межах державно-приватного партнерства; громадські об'єднання; громадян.

З'ясована наявність різних поглядів щодо поняття «система охорони здоров'я», а характеризується в контексті: «системи управління будь-якими соціальними системами»; «плюралістичної системи фінансування, яка враховує елементи суспільного і приватного фінансування»; «системи загальнонаціональних (загальнодержавних) соціально-економічних і медичних заходів, що мають на меті зберегти й підвищити рівень здоров'я кожної окремої людини і населення в цілому»; «системи державних і громадських заходів правового, організаційного, соціально-економічного, наукового, культурно-освітнього, санітарно-епідеміологічного, медичного, технічного й іншого характерів, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я людей»; «соціального інституту»; «відкритості, динамічності та складності соціально-

економічних систем, що є сукупністю різноманітних державних і недержавних органів та організацій»; «міжнародних систем охорони здоров'я (державної, страхової, приватної); «напрямів соціальної політики держави»; «безпосереднього впливу на найважливіші показники життя»; «сукупності науково-практичних, законодавчих, організаційних, адміністративних і ряду інших заходів, спрямованих на промоцію та зміцнення здоров'я сукупність науково-практичних, законодавчих, організаційних, адміністративних і ряду інших заходів, спрямованих на промоцію та зміцнення здоров'я»; «децентралізації в Україні і формування нової системи управління та нових економічних відносин».

Відмінними є погляди в практичній площині державного управління, де система охорони здоров'я характеризується в контексті її реформування, передачі певних повноважень місцевим органам влади з акцентами на охороні здоров'я на рівні громади і на окремому пацієнті.

З'ясовано, що за період з 2012 р. по теперішній час відбулись кардинальні зміни в змісті та сутності діяльності системи охорони здоров'я та трансформації в сфері охорони здоров'я. Це у свою чергу передбачає певних змін і трансформацій в комунікативній діяльності в сфері охорони здоров'я, а також в публічному адмініструванні сферою охорони здоров'я.

Комунікативна парадигма в українській науці публічного управління та адміністрування стосується: аналізу інформації та функціонування комунікації; комунікативної політики; комунікативної парадигми замість інформаційної де громадськість розглядається як суб'єкт суспільної комунікації; формуючих впливів; двосторонніх процесів; комунікативної діяльності державних службовців; загальних функцій управління; моделі інформаційних процесів; комунікативної моделі; моделі процесів обміну інформацією; передачі і прийому інформації; паблік рилейшнз; поширення соціальної інформації поширення соціальної інформації; процесу обміну інформацією органів державної влади й органів місцевого самоврядування; розвитку системи електронного урядування; роботи комунікативних підрозділів органів державної влади і органів місцевого самоврядування; масової комунікації; налагодження зв'язків та обміну

інформацією в контексті функцій адміністрування; налагоджена комунікація з громадянами для отримання його довіри; односторонньої комунікації в системі «суспільство-держава»; обмін інформацією між двома суб'єктами комунікативної взаємодії; маркетингових комунікацій у публічному управлінні; комунікативного обміну в системі публічної служби та ін.; розуміння комунікативної діяльності як явища і як процесу; комунікації між владою та іншими суб'єктами тощо.

Загалом, в публічному адмініструванні виокремлюються такі види комунікацій: організаційні; управлінські; професійні; цільові; маркетингові; суспільні; масові; внутрішні/зовнішні; командні/інформаційні; горизонтальні/вертикальні; вербальні/невербальні; формальні/неформальні.

Наявні дослідження охоплюють різні аспекти сфери публічного управління та адміністрування, втім, відсутній єдиний підхід до визначення змісту та сенсу комунікацій та комунікативної діяльності в сфері публічного адміністрування.

Роль комунікації в функціонуванні суб'єктів публічного адміністрування українськими дослідниками розглядається з різних позицій, зокрема: інформування; інформаційних систем; комунікацій; спілкування як складової комунікацій; діяльності. Зарубіжні дослідники більш можливості комунікативної діяльності суб'єктів публічного управління розглядають більш широко, а саме з позицій: підвищення ефективності діяльності органів влади за рахунок публічних комунікацій; впровадження державної політики та відповідальності за неї; упорядкування процесів і підвищення ефективності, підтримки та зміцнення демократії, а також покращення підзвітності та прозорості уряду; модернізації державного управління; ефективного функціонування суб'єктів публічного адміністрування; ефективної переконливої комунікації; зменшення напруження у громадськості та громадських організаціях; фундаментальної ролі у подоланні розриву між урядами та громадянами; ефективної комунікативної стратегії; громадської довіри.

Зарубіжні наукові джерела визначають важливу роль комунікативної діяльності в публічному адмініструванні і виводять її на рівень основного важеля, механізму, засобу, інструменту тощо для реалізації стратегій комунікації в різних

напрямах публічного адміністрування.

Відсутність єдиних науково-теоретичних підходів щодо понять «публічне адміністрування», «публічне адміністрування охороною здоров'я», «система охорони здоров'я», «комунікації та комунікативна діяльність в публічному адмініструванні» призводить до відсутності єдиних поглядів на комунікативну діяльність в публічному адмініструванні охороною здоров'я.

РОЗДІЛ 2

ДОКТРИНИ КОМУНІКАЦІЇ ЯК ДІЯЛЬНОСТІ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Основні теорії комунікацій, застосовні в публічному адмініструванні охороною здоров'я

Сучасна парадигма комунікацій має достатньо широкий дискурс. Для визначення основних теорій комунікацій для публічного адміністрування та охорони здоров'я за основу було взято основні характеристики публічного адміністрування та публічного адміністрування сферою охорони здоров'я, які виступили індикаторами для виокремлення основних комунікативних теорій, зокрема: прийняття рішень; залучення неурядових партнерів до вирішення проблем в сфері публічного адміністрування; впровадження публічно-управлінських рішень; управління персоналом; надання публічних та адміністративних послуг.

Виокремлено найбільш уживані українськими науковцями зарубіжні теорії, які часто використовуються для характеристики комунікацій та комунікативної діяльності в публічному адмініструванні, що висвітлено у розділі 1. Також ці теорії використовуються для опису комунікацій в системі охорони здоров'я, що висвітлено у розділах 3, 4.

ACT Theory of Communication (ACT Теорія комунікації) Джона Р. Андерсона часто називається як *раціональна адаптивна концепція мислення*, де основою є когнітивна архітектура – пізнання, як процес розуміння або отримання знань та інформації за допомогою думок, досвіду та інших почуттів. Архітектура, створена з фреймворком або моделлю, яка показує процес і розуміння набуття знань та інформації. Кожне завдання, яке виконує людина, розглядається як кілька етапів і процесів, що забезпечують модель або структуру цих процесів, котрі відбуваються в свідомості людини. Структура або модель можуть виглядати як мова програмування.

Основними компонентами АСТ теорії є модулі, буфери, узгодження шаблонів. Виокремлюють два типи модулів: перцептивний моторний модуль; модуль пам'яті. Перцептивно-моторні модулі піклуються про умовиводи або взаємодії з реальним або зовнішнім світом і діють як ворота для внесення необхідної інформації та даних для досягнення моделей. Модулі пам'яті містять три види модулів: процедурна пам'ять складається з знань, які ми використовуємо для виконання простих речей; декларативна пам'ять складається з інформації та фактів, і є слабкою; робоча пам'ять - це частина довготривалої пам'яті, яка більш активна. Теорія з'ясовує відмінності між процедурною та декларативною пам'яттю. У кожному модулі інформація вноситься і виноситься з одного модуля в інший модуль, що є буферами. Ці спеціальні буферні системи забезпечують доступ до думок когнітивної адаптації через буфери. Узгоджувач шаблонів шукає продукцію, яка відповідає поточному стану буферів. Тільки один з цих узгоджених шаблонів може бути виконаний в певний період часу. Це «виробництво», і коли воно виконується, то може змінити буфери, і таким чином зміни вносяться в систему. Таким чином, в АСТ теорія пізнання пояснюється як серія виробництва і створення певної моделі.

В контексті цієї теорії вважається, що кожне людське завдання можна перетворити на модель за допомогою цієї теорії. Моделі кожної людини буде відрізнятися одна від одної. Найчастіше ця теорія знаходила своє *продовження в концепціях* щодо: сприйняття та уваги; розв'язання проблем і прийняття рішень; мови та комунікація; індивідуальних відмінностей між людьми; навчання та пам'яті. Теорію АСТ розглядають як символічну (за поділом науки на дві категорії «когнітивні науки», «символічні науки») [279].

Communication Accommodation Theory (теорія комунікації акомодатії/комунікаційна акомодатія) Говарда Джайлза – це теорія комунікації, яка акцентує увагу на змінах, які люди роблять під час комунікації. В основі теорії полягає думка, що люди намагаються підкреслити або мінімізувати соціальну різницю між іншими, з ким вони взаємодіють. Факторами, які призводять до акомодатійної активності, є коригування, які можуть

здійснюватися через вербальне комунікація або за допомогою жестів. Теорія розвинулась на основі теорії коригування мовлення, яка демонструє цінність психологічних понять для розуміння динаміки мовлення. Теорія демонструє, що людина здатна коригувати свою поведінку під час взаємодії. Це пояснюється існуванням контролю соціальних відмінностей між інтерактантами (це слово позначає тісні стосунки між людьми під час комунікації). Люди пристосовуються до своєї комунікаційної діяльності, щоб отримати схвалення та створити позитивний імідж перед співрозмовником. Середовище, в якому вони взаємодіють, також впливає на комунікативну поведінку.

У цій теорії пояснюються два типи процесу акомодатії:

- конвергенція (процес, коли люди прагнуть адаптувати комунікативні характеристики іншої людини, щоб зменшити соціальні відмінності);
- дивергенція (процес суперечить методу адаптації, і в цьому контексті індивід робить акцент на соціальній відмінності та невербальних відмінностях між інтерактантами).

Ці два процеси зазвичай залежать від характеристик процесу взаємодії. Люди пристосувалися до свого комунікація, спілкуючись з людиною, яка має вищі стандарти та інші характеристики, які, на їхню думку, кращі за них. Розбіжність має протилежну характеристику, оскільки підкреслює різницю між близькими стосунками одного з одним. Теорія комунікаційної акомодатії знаходиться під впливом соціальної психології і керується чотирма основними припущеннями:

- під час комунікація буде схожість і відмінність у мовленні та поведінці, оскільки різняться досвід та культурне середовище, в якому вирости комунікатори;
- розмова оцінюється розумінням сприйняття мови та поведінки співрозмовника, завдяки чому відбуваються процеси пристосування та налагодження контакту в процесі комунікації;
- соціальний статус і належність визначаються мовою і поведінкою (під час комунікації люди схильні пристосовуватися до поведінки тих, хто має вищий

соціальний статус, ніж вони);

- норми керують процесом акомодатії, який відрізняється за ступенем відповідності (норми визначають поведінку людей, і очікується, що вони діятимуть відповідно).

Застосування теорії акомодатії комунікації достатньо широка: в організації комунікаційне пристосування може використовуватися для ефективної комунікації між співробітниками, а також при комунікації з вищим за статусом та посадою співробітником або керівництвом [324].

Knowledge Gap Theory (Теорія розриву в знаннях) запропонована Філіпом Дж. Тіченором. Основа теорії полягає у визнанні впливу інформації, які подається через ЗМІ в соціальну систему, на різні сегменти населення. Констатується, що сегменти з вищим соціально-економічним статусом, як правило, отримують цю інформацію швидше, ніж сегменти населення з нижчим соціально-економічним статусом, що викликає розрив у знаннях, який має тенденцію к збільшенню, а не зменшенню. Це, у свою чергу, призводить до отримання більшої частини переваг для людей з вищим соціально-економічним статусом, що з роками буде збільшуватись.

У цій теорії знання розглядаються як будь-який інший товар, який не розподіляється однаково в суспільстві, і люди на вершині сходів мають більш легкий доступ до нього. Коли в суспільство проникає нова ідея, люди вищих верств її краще розуміють, а отже, розрив збільшується. Було зазначено кілька причин, чому існує така модель розриву:

- рівень розвитку комунікативних навичок: оскільки людина отримує більше освіти, її комунікативні навички збільшуються, а отже, збирати і аналізувати інформацію для неї легше;

- збереження інформації: через навчання, освіти, дискусії освічена людина знайомиться з набагато більшою кількістю тем, ніж менш освічена людина, а отже, її обізнаність є більшою;

- рівень соціальної інтеграції: людина з більшою освітою має більшу соціальну інтеграцію, що допомагає їй протистояти різним точкам зору,

різноманітним історіям тощо, що покращує розуміння суспільних проблем;

- вибіркова експозиція: освічена людина добре знає, як оптимально використовувати носій, в той час як, людина без знань, відповідно остання буде менше обізнана про проблеми в усьому світі і менше цікавитися, а також може не знати, як це може вплинути на неї;

- цільові ринки ЗМІ: для кожного продукту новини націлений певний сегмент, і зазвичай, націлені на вищі верстви суспільства, а отже, нижчі шари залишаються незалученими.

Виокремлено три змінні, які допоможуть зменшити розрив (Джордж А. Донох'ю):

- вплив місцевих проблем: місцеві проблеми, які безпосередньо впливають на людей, викликають більше суспільного занепокоєння, ніж національні проблеми, які не мали такого великого впливу, і, отже, у цих питаннях можна зменшити розширений розрив;

- рівень соціального конфлікту навколо проблеми: до моменту зриву комунікації проблеми з більш усвідомленим конфліктом, як правило, привертають більше уваги і послаблюють гіпотезу про дефіцит знань;

- однорідність спільноти: якщо це однорідна спільнота, розрив, як правило, менший, ніж ширша гетерогенна спільнота [421].

Diffusion of Innovation Theory (Дифузія теорії інновацій) Еверетта Роджерса ґрунтується на процесі поширення інновації та ідеї серед населення. Він констатував, що в соціальній системі інновація передається через процес дифузії. Дифузія – це процес, за допомогою якого інновація передається певними каналами з часом серед членів соціальної системи. Інновації – ідея, практика або об'єкт сприймається як новий індивідуальним або іншим блоком прийняття. Ця теорія пояснює як інновації аналізуються і те, як члени соціуму сприймають нові інноваційні ідеї та як вони прийняли рішення щодо цього. У процесі розповсюдження беруть участь як засоби масової інформації, так і канал міжособистісної комунікації. Теорія багато в чому спирається на людський капітал. Відповідно до теорії, інновації повинні бути широко прийняті для

досягнення розвитку та стійкості. У реальних життєвих ситуаціях адаптивність культури відіграє дуже важливу роль, де б теорія не застосовувалася. Роджерс запропонував чотири елементи поширення інновацій:

- інновації – ідея, практика або об'єкт, які сприймаються людиною як нові; це також може бути імпульсом зробити щось нове або внести певні соціальні зміни;

- канал зв'язку – канали зв'язку передають повідомлення від однієї особи до іншої; саме через канал комунікації інновації поширюються серед людей; це може приймати будь-яку форму, як-от із вуст в уста, SMS, будь-яку літературну форму тощо;

- час – це відрізок часу, який потрібен людям, щоб адаптуватися до інновацій у суспільстві; це час, який люди витрачають, щоб звикнути до нових ідей;

- соціальна система – взаємопов'язана мережева група, об'єднана разом для вирішення проблем для досягнення спільної мети; соціальна система відноситься до всіх видів компонентів, які формують суспільство, таких як релігія, інститути, групи людей тощо.

Роджерс виділив три способи прийняття рішень в соціальній системі. Він запропонував три шляхи, враховуючи здатність людей самостійно приймати рішення та їх здатність добровільно виконувати їх, зокрема:

- необов'язковість – особи самостійно приймали рішення про інновацію в соціальній системі;

- колективність – рішення, яке приймають усі люди в соціальній системі;

- авторитет – небагато людей приймали рішення для всієї соціальної системи.

Також Роджер визначає механізм розповсюдження теорії інновацій через п'ять наступних етапів:

- знання: фізична особа може розкрити нову інновацію, але вона не проявляє до неї ніякого інтересу через брак інформації чи знань про інновацію;

- переконання: особа проявляє більше інтересу до нововведення, і вона

завжди прагне отримати деталі або інформацію про інновацію;

- рішення: відбувається індивідуальний аналіз позитивних і негативних аспектів нововведення і прийняття рішення про прийняття/відмову від нововведення; це один із найскладніших етапів виявлення доказів для прийняття рішення;

- реалізація: людина докладає певних зусиль, щоб визначити залежність інновації та зібрати більше інформації про корисність інновації, а потім також її майбутнє;

- підтвердження: особа приймає або доопрацьовує своє рішення і продовжує використовувати інновацію з повним потенціалом [348].

Muted Group Theory (теорія «приглушених» (виключених/вимкнених) груп) Едвіна Арденера - це критична теорія щодо певних груп людей, які залишаються безсилі порівняно з іншими. За основу в теорії було взято ситуацію щодо ігнорування частини населення, яка відноситься до маргіналізованих груп суспільства. Теорія пояснює причину «невідомості або німоти» певної групи населення, особливо жінок у суспільстві. Теорія підтримує гендерну перспективу, що має викликати абсолютно новий поділ влади в суспільстві.

Застосування теорії: для розуміння проблем маргінальних груп; залучення суспільства в цілому [462].

Contagion Theory (теорія зараження) - це теорія колективної поведінки, яка пояснює, що натовп може викликати гіпнотичний вплив на окремих людей. Вперше ця теорія була розроблена Гюставом Ле Боном. Його теорії були вдосконалені соціологом Робертом Парком, а пізніше Гербертом Блюмером і пояснили, як натовп динамічно впливав на індивідів у групі в соціально-психологічному аспекті. Теорії стосуються основного уявлення про те, як людина може діяти на короткий час нерозумно або непослідовно в групі і адекватно поводитись, коли вони не в ній. За теорією Гюства Ле Бона поведінка людини може перетворитись на ірраціональну під тиском «природи натовпу». Індивідуальна поведінка буде понижена до рівня найгучнішої чи садистської людини в натовпі. Ця масова поведінка не контролюється окремою людиною. На

моделі поведінки дуже впливає анонімність особи в групі, і тому вони не турбуються про наслідки.

Наступним фактором є готовність пожертвувати шляхом колективного мислення як групи, а не особистого мислення. Останній фактор - це коли люди не усвідомлюють своєї поведінки, і вони можуть брати участь у поведінці, яку вони наважуються спробувати. За теорією Роберта Парка люди більше взаємодіють, коли переживають стрес, і тому прив'язані один до одного. Таким чином, на думки та дії впливають члени групи, і люди прагнуть відображати поведінку колективно. На членів групи може впливати особа в групі, яка прагне інстинктивно слідувати за цією людиною. Будь-яка людина може діяти як лідер групи, діючи авторитетно, і цю позицію можна змінювати залежно від ситуації.

За концепцією Герберта Блюмера під час «фрезерування» люди стають надзвичайно свідомими і спонтанно реагують один на одного, уникаючи зовнішніх провокацій. Самостійні дії людини усуваються шляхом «фрезерування», що призводить до прояву курйозних і нерозумних моделей поведінки. У натовпі індивідуальна поведінка членів збігається, і вони роблять речі, які вважали неможливими. Може виникнути новий соціальний інститут або відбутись нові соціальні зміни в результаті цієї екстремальної колективної поведінки [334].

Creativity in Groups (творчість у групах) розглядається як послідовність поведінки, яка має багатовимірний характер. Це розвиток оригінальної ідеї, яка служить певній меті чи потребі або має вплив. Групи складаються з двох або більше людей, які поділяють деяке здорове відчуття мети і можуть взаємодіяти на певному рівні. Існує два типи креативного мислення. Парадигматичне творче мислення передбачає використання невеликих, поетапних кроків для досягнення нової ідеї. Революційне мислення призводить до несподіваних і революційних ідей, які носять революційний характер.

Вважається, що у будь-якій організації креативна ідея має здатність відкривати нові можливості для зростання і найкраще з цими креативними питаннями справляється саме група (команда), спільні ідеї якої перевищать ідеї,

які може надати одна особа. Йдеться про використання ІКТ для ведення креативних ідей та моніторингу ідей інших членів команди, що покращить проблеми співпраці в групі. Творчий груповий процес потребує: керування; ретельного добору членів команди, щоб забезпечити максимальний потенціал для творчості; визначення проблеми, яка вимагає творчості. Це можливість для інновацій. Як тільки проблема визначена, за допомогою дивергентного мислення генерується ряд можливих ідей. Ці ідеї потім інкубуються, щоб забезпечити ретельну оцінку. Останній етап передбачає досягнення консенсусу щодо найкращої ідеї чи інновації. Виокремлюються якості ефективної команди:

- інновації з'являються з часом: будь-яка інновація є результатом низки невеликих ідей, внесених багатьма; ці ідеї проходять процес удосконалення і в кінцевому підсумку стають інновацією;

- успішні команди практикують глибоке слухання: члени команди повинні зосередитися на тому, щоб звернути увагу на ідеї інших, щоб отримати ефективний відгук або пропозиції щодо покращення; коли висуваються ідеї, заклопотаність людини обмірковуванням того, що сказати далі, вплине на те, як вона зробить свій внесок у процес формування ідей;

- ідеї повинні будуватися: жодна велика ідея ніколи не належить одній людині, це результат удосконалення або розширення ідей, які висуваються і спрямовуються в правильному напрямку, тому внески від кількох людей об'єднуються, щоб надихнути/генерувати остаточну ідею;

- потрібен час, щоб ідея стала зрозумілою: ідеї, коли вони вперше висловлені, є лише думками окремих людей, але коли їх сприймають, переосмислюють, ставлять під сумнів або застосовують інші, вони набувають свого повного значення.

- виникають нові та несподівані проблеми чи запитання: група, яка творчо співпрацює, іноді може виявити нові проблеми та нові перспективи погляду на щось; здатність творчих груп не обмежується лише розв'язуванням існуючих проблем, а поширюється на пошук нових питань, які потребують відповідей;

- інновація неефективна: процес, який веде до остаточної інновації, містить

ряд хороших ідей, поганих ідей і деякі невисловлені ідеї; деякі ідеї є феноменальними і компенсують погані ідеї;

- інновації виходять знизу вгору: інноваційна команда може реструктурувати себе, щоб відповідати будь-якому середовищу; імпровізація допомагає працювати з дрібними деталями, щоб створити загальну картину; інновації, що народжуються в результаті імпровізації інших ідей, настільки дивовижні й уявні, що дуже малоймовірно, що одна людина могла б придумати щось подібне [339].

Groupthink (групове мислення) Дженіса Ірвінга – це явище, коли група приходить до одностайного рішення щодо можливої дії, незважаючи на існування факту, який вказує на інший правильний курс дій. В групі іноді виникає ситуація, коли всі члени групи думають, що важливіше прийти до одноголосного рішення, ніж ретельно вивчити всі свої варіанти, щоб вибрати найбільш вигідний курс дій. У груповому мисленні члени групи акцентують увагу на тому, що всі згодні, і відчують загрозу, якщо всі не погоджуються щодо курсу дій. Це призводить до того, що кращі варіанти не помічаються, люди долають свої основні думки щодо надання альтернатив, критики або нової думки і до невдалого прийняття рішень, недосягнення цілей і вирішення проблем. Групове мислення зазвичай виникає, коли в групі є сильне відчуття «ми». У такому випадку люди хочуть мати добрі стосунки зі своєю групою. Вони намагаються підтримувати гармонію в групі і жертвують індивідуальним критичним мисленням заради групового мислення. Групове мислення виникає, коли є сильний, переконливий лідер групи, високий рівень згуртованості групи та інтенсивний тиск ззовні, щоб прийняти правильне рішення. Дженіс виокремив вісім складових групового мислення:

- ілюзії невразливості: групи демонструють надмірний оптимізм і йдуть на великий ризик;

- колективна раціоналізація: члени групи раціоналізують думки або пропозиції, які кидають виклик думки більшості;

- віра у притаманну групі моральність: існує переконання, що все, що зробить група, буде правильним, оскільки всі вони знають різницю між

правильним і неправильним;

- вихід – групові стереотипи: група вважає, що ті, хто не згоден, навмисно протистоять групі;

- прямий тиск на незгодних: більшість безпосередньо погрожує людині, яка ставить під сумнів рішення, кажучи їм, що вони завжди можуть вийти з групи, якщо не хочуть погодитися з більшістю; чиниться тиск, щоб змусити їх погодитися;

- самоцензура: члени групи займаються самоцензурою;

- ілюзія одностайності: мовчання з боку деяких вважається прийняттям рішення більшості;

- самопризначені «критики»: вони є членами групи, які беруть на себе зобов'язання перешкоджати висловлюванню альтернативних ідей у групі.

Застосування теорії: прийняття важливих рішень; розробка нових політик [338].

Argumentation Theory (теорія аргументації) бере свій початок у фундаменталізмі, теорії виправдання або міркування в галузі філософії. Вона ґрунтується на твердженні, що комунікація дуже важлива для людини.

Під час комунікації оратор ділиться інформацією, а слухач слухатиме її і повинен вміти відрізнити достовірну інформацію від брехні та зради. За словами Дена Спербера, слухач повинен вміти фільтрувати повідомлення, і він повинен мати механізм епістемічної пильності. Це – пильне ставлення до інформації, яку отримує людина. Основним компонентом даної теорії є аргументація, де аргумент розглядається як спосіб підвищити надійність у комунікації і як діяльність розуму. Комунікація вдосконалюється за допомогою правильної аргументації, а її правдивий висновок також підкріплюється справедливими аргументами. Таким чином оратор може переконати слухачів, а слухачі можуть отримати достовірну інформацію. Міркування щодо сприйняття інформації використовують для оцінки аргументів і змоги надати висновок. Структура аргументації В. Тулміна передбачає виокремлення певних елементів відповідних категорії, за допомогою яких можна оцінити аргумент: заява – це думка, яку

висуває ініціатор інформації, щоб слухач прийняв її за правду; обґрунтування заяви – це інформація, її зміст використовується для переконання слухача, вона може бути потужним важелем переконання, враховуючи особливості сприйняття кожної людини та унікальний спосіб мислення; аргумент – пояснює заяву і обґрунтовує її; підтримка – інформація, яка надається на підтримку аргументу і дає додаткові аргументи; кваліфікування – обмеження аргументації при використанні слів «більшість», «зазвичай», «завжди», «іноді» тощо, а резервування – це інформація, яка показує, що твердження неправильне; спростування – зустрічні аргументи, які підкріплюють аргументованість та переконливість інформації.

Дана теорія застосовується для проведення дискусій, індивідуальної, групової або письмової комунікації, коли необхідно обґрунтувати будь-які дії [290].

Cognitive Dissonance Theory (теорія когнітивного дисонансу) Леона Фестінгера за основу бере процеси діяльності розуму: зіткнення інформації або напруга, що виникає в результаті процесів набуття знань або розуміння через органи почуттів, називається когнітивним дисонансом; зіткнення інформації, коли людині доводиться вибирати з варіантів, можна назвати когнітивним дисонансом. Когнітивний дисонанс - це відчуття дискомфорту від двох суперечливих думок, що може посилюватися або зменшуватися в залежності від наступних факторів: актуальність теми для сприймача інформації; твердості вибору чи думки; здатності розуму людини вибирати, раціоналізувати або пояснювати думки. Теорія припускає, що розум людини має тенденцію уникати таких зіткнень і напружень за допомогою різних методів і досягати гармонії. Найвищим буде дисонанс у питаннях, що стосуються самоуявлення. Теорія стверджує, що люди володіють потужним прагненням підтримувати когнітивну стійкість і надійність, які іноді можуть стати ірраціональними. Розум досягне своєї гармонії за допомогою наступних кроків: ставлення або поведінки; раціоналізація поведінки, змінюючи різні пізнання та додаючи нове пізнання. Це задежтить від особистих якостей людини: виправдовуватись або виправдовувати вчинки інших. Теорія

констатує, що тенденція до зміни переконань пов'язана з цим. Ця теорія має суб'єктивний характер, оскільки фізично неможливо спостерігати когнітивний дисонанс, тому і неможливо отримати жодних об'єктивних вимірювань. У своїй природі представлена теорія має певну невизначеність. Це обумовлено відсутністю єдиних розумових шаблонів у людей. Тим більше, що у кожного народу завжди будуть свої індивідуальні відмінності [321].

Interpersonal Communication (міжособистісне комунікація) – це вид комунікації, в якій люди передають свої почуття, ідеї, емоції та інформацію вічна-віч один одному у вербальній або невербальній формі. Це один з основних засобів комунікації. Навички міжособистісної комунікації можна покращити за допомогою практики, знань та зворотного зв'язку. Важливим фактором є повідомлення, яке має бути надіслане відправником і отримане одержувачем. Процес міжособистісної комунікації складається з певних елементів, вони полягають у наступному:

- комунікатори посилаються на відправника і одержувача (відправник – це особа, яка надсилає повідомлення, а одержувач – це особа, яка отримує повідомлення);

- це ідея, що передається за допомогою вербальних і невербальних засобів, де останні несуть додаткову інформацію, таку як ставлення та інтереси людини;

- шум відноситься до будь-яких спотворень, які спричиняють повідомлення під час його надсилання і приводить до відмінностей в отриманому та надісланому;

- зворотній зв'язок - це відповідь одержувача, він містить повідомлення, яке він надсилає назад (зворотній зв'язок дає відправнику можливість знати, наскільки точно отримане повідомлення та як воно інтерпретується, а також включає відповідь як на навмисне, так і на ненавмисне повідомлення);

- контекст: від нього залежить інтерпретація повідомлення; емоційний клімат і очікування людей (місце події, соціальні, політичні, культурні та екологічні умови становлять контекст);

- канал - це засіб, за допомогою якого відбувається комунікація

(повідомлення надсилається та отримується через канал/середовище, через яке передається повідомлення) [408].

Interpretative and Interaction Theory of Interpersonal Communication (інтерпретаційна та інтеракційна теорія міжособистісної комунікації) розглядає взаємодію як домінуючий спосіб передачі інформації та її сприйняття. В межах цієї теорії Джорджем Гербертом Мідом і Чарльзом Хортоном Кулі розроблено теорію символічної взаємодії. Пол Ватцлавіка класифікує п'ять аксіом, які широко визнані як взаємодія, оскільки кожна людина має різні точки зору та унікальний спосіб її інтерпретації, зокрема це стосується неправильного тлумачення в процесі комунікації, що розглядаються як аксіоми:

- поведінка людини може змінюватися в залежності від ситуації; невербальні знаки можуть сприйматись як комунікація і впливати на поведінку;

- в комунікації ініціатор (оратор) використовує різні способи комунікації для різних людей, оскільки відносини відіграють важливу роль у процесі комунікації; сприйняття однієї й тієї ж самої інформації буде різним в залежності від відношення сприймача інформації до ініціатора (оратора); довіра збільшує рівень сприйняття комунікації;

- у процесі комунікації відправник і одержувач інтерпретують повідомлення по-різному відповідно до своєї поведінки;

- невербальна комунікація інтерпретуються як повідомлення, подібні до першої аксіоми, а також цифровий контент, що використовується в процесі комунікації;

- симетрична взаємодія між комунікаторами ґрунтується на однаковій силі, а доповнювальна взаємодія між комунікаторами ґрунтується на її відмінності; ці взаємодії використовуються трьома різними способами: комунікатор намагається домінувати в розмові; комунікатор намагається передати контроль над процесом комунікації; учасники комунікації намагаються нейтралізувати взаємодію [409].

Agenda Setting Theory (теорія встановлення порядку денного) Максвелл МакКомбс і Дональд Л. Шоу стосується впливу засобів масової інформації на

свідомість громадськості, шляхом подання повідомлення і обговорення питань, що висвітлюються в новинах. Надання інформації відбувається таким чином: певній новині надається важливість та приділяється велика увага ніж іншим, і аудиторія автоматично сприймає її як найважливішу. Пріоритети новин визначаються ЗМІ відповідно до того, як люди їх сприймають та який вплив вони здійснюють на аудиторію. Встановлення порядку денного відбувається за допомогою когнітивного процесу, відомого як «доступність». ЗМІ надають інформацію, яка є найбільш актуальною для роздумів, портретує основні проблеми суспільства та відображає для сприйняття людьми. Виділяють декілька рівнів теорії встановлення порядку денного:

- перший рівень зазвичай використовується дослідниками для вивчення використання засобів масової інформації та їх цілей або впливу, який здійснюється за допомогою медіа на формування думок, які виникають у людей під впливом інформації, яку надає мас-медіа;

- на другому рівні ЗМІ фокусуються на тому, як люди повинні думати про природу проблем; певні теми робляться вірусними;

- на третьому рівні використовується теорія налаштування (використовується в рекламі, PR тощо).

Основним напрямом теорії є побудова відносин зі ЗМІ, які можуть лише змінити рівень обізнаності, пріоритети, важливість тощо, а не створювати нові проблеми [282].

Authoritarian Theory (авторитарна теорія) описує, що всі форми комунікації знаходяться під контролем керівної еліти, влади чи впливових бюрократів, у тому числі і ЗМІ. Влада має всі права дозволяти будь-яким ЗМІ контролювати аудиторію та надає ЗМІ ліцензію з відповідною цензурою. Якщо ЗМІ порушує державну політику щодо ліцензії, то орган влади має право анулювати ліцензію та відкликати її. Уряд має повне право обмежувати будь-які делікатні питання преси, щоб підтримувати мир і безпеку в країні. У цій теорії особливе місце посідає цензура, що тлумачиться як придушення комунікації та визначається як шкідливе явище [296].

Catharsis Theory of Mass Communication (катарсисна теорія масової комунікації) Сеймур Фешбах займає вагоме місце в дискурсі про наслідки щодо серйозності масової комунікації. Катарсис служить очищуючим фактором для колективних джерел інформації, таких як радіо, телебачення, газети та кіберінтернет, які можуть включати непривабливі візуальні зображення і є шкідливими не тільки для глядачів, але справляють руйнівний вплив на мислення людей. Основа теорії полягає в твердженні, що люди, які переживають антипатичні почуття, ймовірно, досягають очищення душі, коли бачать, як актори зображують призначені їм ролі в даному акті з таким повсякденним показом драматичних дискомфорту і труднощів життя, страждаючи від цих елементів.

Теорії катарсису вважається сприятливою для благополуччя людини та спільноти, в якій вона живе, оскільки сприяє цивілізованій здоровій поведінці.

У зв'язку з широким діапазоном теорії катарсису, вважається, що це сфера безмежних можливостей, враховуючи дедалі зростаючі візуальні матеріали щодо комунікації в ЗМІ. Ця теорія найбільше проявляється в повсякденному житті людини. Дана теорія набула широкої популярності і використовується задля формування певної поведінки з використанням візуальних стимулів (фільми, відореклами тощо) [312].

Libertarian Theory (лібертаріанська теорія) є однією з «нормативних теорій преси». Лібералізм означає, що інформація - це знання, а знання - це сила. Лібертаріанство вільне від будь-якої влади, будь-якого контролю чи цензури. Лібертаріанство - це ідея індивідуалізму та обмеженого правління, яка не шкодить іншим. Лібертаріанська теорія стверджує, що у людей достатньо знань, щоб знаходити, оцінювати і відрізняти хороші ідеї від поганих. Теорія говорить, що люди раціональні, і їх раціональні думки змушують їх з'ясовувати, що добре, а що погане. Преса не повинна нічого обмежувати, навіть негативний вміст інформації може дати знання і допоможе прийняти краще рішення в певній ситуації. Лібертаріанські думки прямо протилежні авторитарній теорії. Виділяються сильні сторони теорії: свобода преси дасть більше свободи ЗМІ розкривати справжні події, що відбувається в суспільстві без будь-якої цензури чи

будь-якої блокади влади; це є традиціями американських ЗМІ; це дає більше цінностей для людей, щоб висловити свої думки в ЗМІ; надмірно позитивна теорія щодо бажання ЗМІ брати на себе обов'язки, що може призвести до негативних аспектів; надто позитивно ставиться до індивідуальної етики та раціональності. Вважається, що дана теорія ігнорує необхідність розумного контролю за ЗМІ. Іноді ці документи можуть працювати проти уряду та його авторитету, тому більша частина країн не підтримує цю теорію в практиці діяльності ЗМІ [435].

Limited Effects Theory (теорія обмежених ефектів) Пола Лазарсфельда базуються на констатації, що навіть якщо медіа впливають на думки людей, цей ефект, у кращому випадку є мінімальний або обмежений. Слід відзначити, що дана теорія підтримувалася багатьма дослідникам. Основними гравцями в цій теорії є ЗМІ, лідери та прихильники думок. Потік інформації рухається в певному порядку і значною мірою фільтрується та переінтерпретується до того часу, коли він досягає послідовника думки. Багато теоретиків розробили альтернативні інтерпретації ефектів мас-медіа. Одна з них *теорія очікування почуттів* Маршалла Маклюена стверджує, що медіа-ефекти викликані культурою та є специфічними для середовища, а те, як людина використовує середовище та взаємодіє з ним, може визначити рівень ефекту. Тому теоретики вважають, що на відміну від поглядів Лазарсфельда, медіа були лише підкріпленням і відігравали й інші ролі. Сьогодні підхід до тестування медіа-ефектів не спирається лише на якусь конкретну наукову думку, а скоріше є комбінацією двох або більше теорій [438].

Meaning Theory of Media Portrayal (теорія сенсу медіа-зображення) запропонована Мелвіном ДеФлером і Тімоті Плаксом. Теорія стосується формування повідомлень ЗМІ та їх ролі для соціальної поведінки. Комунікація розглядається як інструмент та використовується для обробки смислів. Особи створюють, інтерпретують і зберігають відчуття сенсу за допомогою медіаконтенту. Сенс знаходиться в людях, і ми пов'язуємо його з медіа-контентом. Медіа-контент будується у формі повідомлень і інтерпретується в контексті цих повідомлень. Будь-який контент, який зображується в ЗМІ, має

бути правильно інтерпретований аудиторією. Значення в термінології комунікації відноситься до зв'язку між читачами / глядачами / слухачами і повідомленням. Згідно з цією теорією, модель поведінки є продуктом внутрішнього розуміння. Це розуміння формується на основі того, як людина створює значення для символів, образів або подій, які вони бачать через медіа, і це відбувається лише тоді, коли їхня культура дає спільні інтерпретації цьому медіаконтенту. Завдяки участі в різноманітних комунікаційних процесах наші значення формуються, змінюються та стабілізуються. Контент, представлений медіа, може формувати значення та закріплювати подібні значення серед великої аудиторії. Виділяється декілька типів впливів, зокрема: заснування (нові слова стають частиною мовної системи людей з медіа); розширення (розширені визначення медіа); заміна (зміщення старих значень); стабілізація (зміцнення конвенцій між словами/символами та їх значеннями) [450].

Media Dependency Theory (теорія медіазалежності) Сандри Болл-Рокач і Мелвін ДеФлер – це одна з теорій, перша в своєму роді, яка розглядає аудиторію як активну частину комунікаційного процесу. Теорія залежності розширена від теорії використання та задоволення. Відповідно до цієї теорії існує внутрішній зв'язок між ЗМІ, аудиторією та великою соціальною системою. Аудиторія, яка вивчає реальне життя, обмежена, тому вона може використовувати медіа, щоб отримати більше інформації для задоволення своїх потреб. Широке використання ЗМІ породжує залежні стосунки в аудиторії. Також медіа можуть створити стосунки залежності з цільовою аудиторією для досягнення своїх цілей, використовуючи свою медіа-силу. Ступінь залежності прямо пропорційна:

- індивідуальний: ЗМІ мають здатність задовольняти потреби аудиторії; людина стане більш залежною від ЗМІ, якщо медіа задовольнить його/її потреби, інакше залежність від ЗМІ стане менше;

- соціальна стабільність: аудиторія переглядає свої переконання, практику та поведінку, коли сильні соціальні зміни, конфлікти, бунт або вибори змусять переоцінити й прийняти нові рішення; протягом цього періоду залежність від ЗМІ різко зростає, тому що існує гостра потреба в інформації, підтримці та порадах;

- активна аудиторія: у цьому комунікаційному процесі активна аудиторія обирає залежність медіа від своїх індивідуальних потреб та інших факторів, таких як економічні умови, суспільство та культура; якщо альтернативне джерело задовольняє потреби аудиторії, то це взаємно зменшить залежність від ЗМІ.

Виокремлюється процес створення залежності: медіа приваблює людей, пропонуючи контент, який здатний задовольнити потреби аудиторії в розумінні, розвагах та інформації; існує велика різниця в рівні сили у відносинах залежності; когнітивні мотивації спонукають людей підтримувати рівень уваги, а ефективна мотивація служить людям для підвищення рівня задоволення; як когнітивна, так і афективна мотивація активізують аудиторію до більш високого рівня залучення, щоб уможливити інформаційний процес.

Критики теорії медіазалежності зауважують, що: вона описує роль ЗМІ під час соціальних змін і кризи; теорія більш гнучка і описова; сила залежності від медіа чітко не описана [451].

Media Malaise Theory (теорія медійної недуги) була постульована Робінсоном, і стосувалась того, як ЗМІ висвітлюють новини або подають їх перед громадськістю, негативно впливає на суспільство в цілому. В основному йдеться про політичну сферу, падіння довіри суспільства, політичний цинізм тощо. Пізніше інші теоретики додали багато інших аспектів. Більшість досліджень цієї теорії проводилися в Сполучених Штатах, і у теоретиків були різні думки: від повного звинувачення телебачення в нездужанні (Беккер, Вітні, Паттерсон) до більш узагальнених звинувачень, аніж в адресу тільки одних медіа (Беннет, Рейн, Ньютон). Коли висвітлюються світові новини, відбувається миттєвий процес доставки новин і прориву, а постійні факти наводяться ледве пояснюючи деталі, що створює стан плутанини. Робінсон відзначив, що якщо людина дізнається про новини з телебачення, а не з інших засобів масової інформації, вона стає жертвою «відеонедуга» (це слово постулювалося як теорія для телебачення). Він припустив негативний зв'язок між ЗМІ та висвітленням політики і виявив, що люди більше покладаються на телебачення для політики. Ця теорія в основному стверджує, що існує постійне зниження довіри та негативна атмосфера серед політиків, які

впливають на функціонування демократії, а також зменшують участь громадськості в політиці. Але ця теорія поширюється на всі типи медіа, і тому використовується термін медіа-недуга [452].

Media Richness Theory (теорія багатства медіаможливостей), запропонована Дафтом і Ленгелом, також відома як «теорія інформаційного багатства», стверджує, що ЗМІ мають здатність передавати необхідну інформацію. Ця здатність до передачі залежить від того, чи буде інформація використовуватися в періоди невизначеності чи двозначності. Відповідно до теорії, різні засоби масової інформації або форми комунікації мають різний рівень багатства інформації, яку вони надають. Властивості медіа можуть бути оцінені на основі їхньої здатності впоратися з двозначністю або невизначеністю.

Багатство ЗМІ оцінюється за такими критеріями: здатність вмикати особисту увагу (особливо коли медіа містить більше особистих почуттів та емоцій, повідомлення повністю передається у кращих термінах); негайність зворотного зв'язку (зворотній зв'язок гарантує, що будь-яку помилку в передачі можна буде негайно виправити; зворотного зв'язку в засобі масової інформації відноситься до здатності середовища дозволяти користувачам швидко реагувати на отримане повідомлення); передача кількох сигналів (візуальні або слухові); різноманітність мови (стосується діапазону значень, які можна передати за допомогою мовних символів, таких як числа, або використання природної мови; медіа можна ранжувати в наступному порядку спадання за їх багатством: фронтальні, відеосистеми, аудіосистеми та текстові системи); невизначеність і двозначність. Теорію, заснована на тому, чи є в ситуації невизначеність чи двозначність, слід використовувати різні комунікаційні методи медіа залежно від їх рівня багатства.

Ця теорія викликала дві основні критики: рівень насиченості медіа залишався незмінним, незалежно від того, чи його використовували різні люди; завдання могли мати різний ступінь невизначеності та двозначності, тому не було сенсу вирішувати, чи варто використовувати багаті чи бережливі засоби масової інформації [453].

Medium Theory (теорія медіа) Маршал Маклюєна – це набір підходів, які використовуються для передачі різниці в значеннях передаваного повідомлення з урахуванням різних каналів, які використовуються для його передачі. Основне припущення полягає в тому, що засоби масової інформації, як ми вважаємо, це не просто канал, за яким відбувається комунікація, а різноманітний набір умов або середовища, які дозволяють комунікації відбуватися, і вони можуть змінювати значення та зміст інформації, яку вони передають. Тут враховуються особливості кожного медіа і їх відмінності, які класифіковані на аудіо, відео та друковані. Теорія пояснює, як медіа впливають на розповсюдження інформації фізично та психологічно, що сприяє розумінню корисності тих чи інших засобів масової інформації [454].

Uses and gratification theory (теорія використання та задоволення) обговорює вплив медіа на людей. Це пояснює, як люди використовують ЗМІ для власних потреб і отримують задоволення, коли їх потреби задовольняються. Теорія стверджує, що люди здійснюють вплив на медіа, а не навпаки. Ця теорія має підхід, орієнтований на користувача/аудиторію, яка через ЗМІ спілкується, отримує більше знань і знайомиться зі світом за межами їх обмеженого зору. Виокремлюють п'ять видів потреб:

- пізнавальні потреби (використання медіа для здобуття знань, інформації, фактів тощо);
- афективні потреби (включає всі види емоцій, задоволення і настрої людей; використання медіа для задоволення своїх емоційних потреб);
- особисті інтегративні потреби (використання ЗМІ, щоб заповнити свій статус, завоювати довіру та стабілізувати);
- соціальні інтегративні потреби (потреба в спілкуванні з родиною, друзями та стосунками в суспільстві через соціальні мережі в Інтернеті);
- потреби уникнути неприємних ситуацій (використовують медіа як засіб втечі від реального світу та для зняття напруги та стресу).

Позитивним моментом теорії використання та задоволення є те, що вона акцентує увагу на індивідах у процесі масової комунікації. Це в основному

зосереджено на вибірковості людей щодо медіаконтенту, а не на його ненавмисних впливах на їхню свідомість [531].

Contingency Theory (теорія непередбачених обставин) - це набір поведінкових теорій, які постулюють, що не існує єдиного способу або найкращого методу для організації та керівництва організацією в управлінні. Замість цього слід призначити лідера, який може приймати рішення на основі ситуації та відносних умов. Хороші лідери мають дві специфічні поведінки: перший – це міркування, коли керівники зацікавлені у зміцненні довіри та взаєморозуміння зі своїми підлеглими; друга – ініціаторна структура, де керівники взяли на себе керівництво підрозділом і роздали доручення та завдання підлеглим. Враховуючи, що не існує єдиного способу організації та управління підрозділом, важливими є дві речі: особистість лідера та контекст ситуації; лідер буде керувати своїм підрозділом і керувати ним під час кризи, аналізуючи й оцінюючи ситуацію, що склалася, і відповідним чином діючи. При цьому важливими будуть два типи лідерів: орієнтовані на завдання; орієнтовані на стосунки.

Теорії випадковості були розвинені й удосконалені багатьма іншими вченими. Теорія Path-Gal була введена Марком Евансом і розроблена Робертом Хаусом. Він постулював, що лідер повинен допомагати прокладати шлях своїм підлеглим і з'ясовувати шляхи досягнення успіху для всієї групи. Це досягається за допомогою певного набору лідерських форм поведінки, таких як орієнтація на досягнення та поведінка лідера за участі. Модель нормативного прийняття рішень була розроблена Віктором Врумом і Філіпом Йеттоном та зосереджується на тому, щоб давати приписи лідеру, щоб покращити його лідерські навички [336].

Organisational Information Theory (теорія організаційної інформації) Карла Едварда Вейк - це складна теоретична структура та зосереджується на тому, як організація сприймає інформацію, що є фундаментальною для її підтримки. Ця широка концепція може бути застосована для зменшення двозначності та неоднозначності в процесі комунікації в організації. Щоб організація існувала, вона повинна надавати інформацію, необхідну для досягнення цілей. Теорія

стверджує, що комунікація всередині організації регулює середовище, яке впливає на поведінку людей і, таким чином, на продуктивність. Головна мета полягає в тому, щоб зменшити неоднозначність, прийняти лише суттєву інформацію, виключаючи надлишок. Організаційна комунікація повинна бути спрямована на більш чітке розуміння людьми цілей для досягнення цілей. Підтримка перспективи - це ще один метод, який має використовувати організація, щоб поставити перед людьми чітку мету. Вузька перспектива може внести неоднозначність, що впливає на існування організації. Але ширша перспектива може привести до більш чіткої мети всередині людей, таким чином легше досягати мети.

В теорії інформаційне середовище розглядається як важлива концепція, коли йдеться про формування організації: організація підтримується, використовуючи інформацію, яка сприймається та інтерпретується людьми; всю доступну інформацію, яку отримує організація, можна назвати інформаційним середовищем. Інформаційна двозначність тлумачиться з позицій того, що: організація отримує масив інформації, яку необхідно інтерпретувати; двозначна інформація створює неоднозначність, тому її потрібно розібрати; для цього організація поділяє людей на відділи та інші спеціальні категорії, щоб зменшити двозначність у повідомленнях, які вони отримують. Необхідний відбір: інформація, отримана в організації, може бути нечіткою і потребувати пояснення; щоб зрозуміти інформацію організація розробляє рекомендації; інформація піддається низці комунікаційних заходів, щоб зменшити неоднозначність; цей процес називається циклом і включає етапи (акт - неоднозначність повідомлення; відповідь - реакція на неоднозначне повідомлення; коригування - сформульоване повідомлення організацією).

Зменшення двозначності передбачає певну діяльність: поділ організації на відділи, щоб більш ефективно ввести в дію зміни фільтрації інформації, оскільки люди в різних групах розуміють інформацію, яку вони отримують зі свого досвіду, щоб реалізувати ідеї та поставити цілі; відбір, в процесі якого організація додатково вибирає методи для зменшення неоднозначності та уточнення

інформації; збереження – аналізується сумісність витонченої інформації, і якщо ідея є продуктивною для організації, вона адаптується до змін і зберігається.

Концепція теорії організаційної інформації Вайка широко застосовується для розуміння різних аспектів комунікації в організації, оскільки визначає важливість комунікації в організації та того, як комунікація може бути використана для підвищення продуктивності організації [475].

System Theory (теорія систем) була вперше запропонована фон Берталанфі, а в 1950-х роках її вивчав Росс Ешбі. Берталанфі запропонував систему, яка включала в себе взаємозв'язки та особливості елемента. Його концепція зосереджена на повноті, а не на окремих особливостях системи, намагаючись забезпечити узгодженість між різними областями. Вони вірили, що цілісність може принести більше значення системі, ніж зосередження на кожному аспекті. Теорія систем пов'язана з об'єднанням подій, відірваних від їх існування. Система завжди матиме сутність залежно від природи системи. Ця сутність у системі матиме деякі загальні якості, а також матиме зв'язок між ними. До загальних елементів в середині системи відносять:

вхід – будь-який тип введення у формі інформації або навіть ручних зусиль, які обробляються системою для отримання бажаного результату; пропускну здатність – вхід буде оброблено, щоб отримати вихід (процес, який система використовує для отримання бажаного результату);

вихід – це кінцевий продукт обробки системою; зворотній зв'язок – це оцінка виробничого процесу того, наскільки ефективним був процес і наскільки ефективно процес можна було б змінити за допомогою інших пропозицій;

контроль – це процес, який використовується для вимірювання ефективності процесів від входу до виходу;

середовище – ситуація, в якій відбувається весь процес;

ціль – спочатку націлена на досягнення бажаного результату;

робота для досягнення мети може бути колективним аспектом у всіх системах [510].

Всі основні теорії комунікацій лежать в основі комунікативної діяльності

суб'єктів публічного адміністрування та сфери охорони здоров'я. Ці теорії є методологічною основою для комунікативної діяльності публічного адміністрування сферою охорони здоров'я. На основі цих теорій розроблено низку загальних моделей комунікацій, які також є методологічною складовою для формування моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні сферою охорони здоров'я.

2.2. Визначення комунікацій як діяльності в зарубіжних дослідженнях

Важливою відмінністю є використання зарубіжними науковцями та практиками категоріального апарату щодо комунікацій, який відрізняється від вітчизняного. Зустрічаються такі цікаві і змістовні категорії як «комунікація громадського здоров'я» (Дж. Бернхардт, 2004 [302]), «комунікація громадської охорони здоров'я», «комунікація ліквідації медичної неграмотності», «комунікація здорового способу життя» (Bernhardt, 2004 [302]).

Автор дисертації виокремлює *такі напрямки*:

- комунікація адміністративного апарату з громадськістю;
- комунікація лікувальних закладів з громадськістю;
- ліквідація медичної неграмотності;
- комунікація медичних працівників з пацієнтами та медичних працівників між собою.

Всесвітня організація охорони здоров'я наголошує, що комунікації є складним певною мірою не контрольованим та динамічним соціальним процесом. За образним висловом Е. Койера (2006) з Університету Нового Південного Уельсу, Австралія: «якщо інформація є живим джерелом медичного обслуговування тоді комунікаційна система, це серце, що качає це джерело» [320].

Дійсно сьогодні в процес лікування залучена велика кількість людей, які обмінюються інформацією стосовно пацієнта та обговорюють надання йому допомоги.

Як наслідок відзначається велика зацікавленість в дослідженні комунікації та комунікативних технологій в охороні здоров'я.

Є публікації, в яких зазначається, що неефективна комунікація може бути критичною для пацієнта, так близько 80% серйозних медичних помилок було допущені завдяки порушенню комунікації [413]. Так в дослідженні групи CRICO (2018) було виявлено 1,744 смерті пацієнтів пов'язаних з порушенням комунікації [406], в іншому огляді з 14 000 смертей в лікарнях, помилки комунікацій зустрічалися вдвічі частіше, ніж помилки через неадекватну медичну допомогу [320]. Причому порушення комунікації відмічалось як між пацієнтом та усіма ланками медичного персоналу (медичні сестри, лікарі), як висвітлено в публікаціях Дж. Амменторп, С. Сабро (2007) [287], Р. Норузінія, М. Агабарарі, М. Ширі [325], С. Кріпалані, Ф. Лефевр, С.О. Філліпс (2007) [424], Н. Пейман, Ф. Бехзад, А. Тагіпур (2014) [365], так і між медичними працівниками між собою (Л.С. Лінгард, С. Еспін, Г. Уайт (2004) [326], М. Леонард, С. Грем, Д. Бонакум (2004) [433] С.Б. Чайлдресс, 2015 [314], Л. Куркута, І. В. Папатанасіу [423], А. Пратт [480]. Ще гірша ситуація відмічається в лабораторній справі, як стверджують А. Курец, К.Л. Вайче (2006) [426] та Д. Мотабенг, Т. Марута, М. Лебіна та ін. (2012) [509], бо окрім комунікаційних проблем персоналу з пацієнтом, та проміж собою, виникають додаткові порушення комунікації між лабораторією та лікувальним закладом, який доправив пацієнта.

Однак А.Дж. Махмуд та співавтори зазначають, що серед медичних працівників немає консенсусу щодо того, що таке підхід до зміцнення здоров'я, і це в свою чергу спричиняє розбіжність у підходах та практиках комунікації щодо здоров'я [394].

Недостатня кількість специфічної інформації щодо якості комунікативних сервісів в сфері охорони здоров'я та громадського здоров'я створюють необхідність ретельного вивчення зарубіжного досвіду, огляд компонентів комунікації, включаючи основні концепти комунікативних каналів, служб, сервісів, пристроїв та моделей залучення усіх учасників процесу. В світлі реформи охорони здоров'я в Україні, коли старі патерналістичні підходи до

лікування витісняються моделлю в якій пацієнт постає як суб'єкт, а не об'єкт медичного втручання, комунікація та комунікативні технології стають критичними.

Аналіз зарубіжних наукових джерел дає можливість виокремити проблеми відмінності розуміння комунікацій у зарубіжній та вітчизняній науці. В останній акцент робиться на управлінські комунікації суб'єктів державного управління. У зарубіжній літературі йдеться здебільшого про запровадження сучасних інформаційно-комунікаційних технологій (С.М. Акил Берні, Н. Махмуд, 2010 [288]; Мартінес-Лопес Л., 2016 [446]; А.С. Мохаммад Моса, Ю.А. Іллхой, 2012[461]; М. Ганьон, М. Лабрек, М. Демартіс та ін., 2012) [511]) та їх можливостей підвищити ефективність задля активізації всіх сторін комунікативної діяльності в сфері охорони здоров'я (Х. Гойдер, 2015) [361]. Так Дж.Л. Кальдерон, Р.А. Бельтран (2004) визначають комунікації як фундаментальний інгредієнт практично кожного елементу охорони здоров'я та громадського здоров'я. Також необхідно враховувати, що комунікації в сфері охорони здоров'я - це динамічний процес, який в будь-який момент часу може бути прийнятним або неприйнятним для різних груп акторів, які виступають споживачами та користувачами медичної інформації. Проте вимірювання стану комунікацій в сфері охорони здоров'я є складним і погано визначеним процесом [309].

Автор дисертації вважає, що медична комунікація це переплетення:

- державної політики у сфері охорони здоров'я (стратегічні плани, закони, фінансові зобов'язання, судочинство);
- інституційних директив (рівність і нагляд за рівнем охорони здоров'я);
- структури охорони здоров'я (географічний розподіл та доступ до медичних послуг);
- професійної освіти та навчання (пріоритети в галузі досліджень);
- процесу охорони здоров'я (розподіл послуг, інформація та місця її поширення, цільові програми навчання пацієнтів, міжособистісні та міжгрупові відносини);

- етносоціальних реалій (мовознавство, вірування в здоров'я, соціально-економічний стан та грамотність).

А. Берні, Н. Махмуд (2010) зазначають, що національні системи охорони здоров'я мають великі можливості для поліпшення, забезпечуючи кращі, надійні та безпечні послуги пацієнтам, лікарям, персоналу та іншим зацікавленим сторонам в межах лікарні, а також віддаленим пацієнтам, де відсутня фізична інфраструктура охорони здоров'я [288]. Досягти лідируючих позицій в управлінні охороною здоров'я, можливо лише в тому випадку, якщо політики, відповідальні за прийняття рішень та всі зацікавлені сторони об'єднуються разом і визначають кроки та керівні принципи ефективної політики у комунікаціях в сфері охорони здоров'я. Дуже важливо визначити стратегічні цілі та бажану короткострокову та довгострокову перспективу.

В першу чергу слід розділити комунікації на ті що проходять віч-на віч, та на *дистанційні комунікації*, за допомогою сучасних цифрових-інформаційних технологій (Дж. Річардс, М. Торогуд, М. Хіллсдон та ін., 2013) [369]. Так Дж. Річардс, М. Торогуд, М. Хіллсдон та ін. (2013) в огляді статей щодо промоції здорового способу життя зазначають, що обидва підходи досить успішні. Однак виходячи з сучасної літератури важко зазначити який з способів комунікації дає більш вагомий результат, при менших затратах [369].

Втім, багато фахівців акцентують увагу саме на сучасних можливостях підвищити ефективність комунікацій (П.П. Рід, В.Д. Комптон, Дж.Х. Гроссман, 2005) [308]. Вони зазначають, що багато галузей промисловості намагалися використовувати інформаційно-комунікаційні системи замість операцій в ручному режимі. Здебільше це переведення облікових систем в електронну форму.

Однак *інформаційно-комунікаційні системи* можуть використовуватися набагато ширше, ніж для потреб електронного обліку. Сьогодні враховуючи потужність обчислювальної техніки, інформаційні та комунікаційні системи можуть забезпечувати миттєвий доступ до інформації, включаючи інформацію про:

- пацієнта (наприклад, дані про попередні лабораторні показники та поточні діагнози та ліки);
- інституційну інформацію (наприклад, схеми стійкості до різних антибактеріальних препаратів до різних антибіотиків);
- інформація про професію (наприклад, керівні принципи клінічної практики, включаючи короткі відомості про рекомендовані найкращі практики в різних ситуаціях);
- підтримку прийняття рішень у реальному часі (наприклад, попередження про можливі взаємодії ліків або схеми дозування у пацієнта з механізмом обміну речовин з лікарським засобом);
- підтримку спостереження за практикою (наприклад, нагадування про майбутні скринінгові тести, рекомендовані пацієнту);
- дані про здоров'я населення (наприклад, для епідеміологічних досліджень, спостереження за хворобами та біологічними наслідками, повідомлення пост-введення побічних епідемічних подій).

При цьому інформативно-цифрові технології можуть бути використані як для *широких комунікацій* з громадськістю (Г. Рассел, М.Д. Робертсон, Л. Керрі, 2004) [493], пацієнтами (Е. Murray, J. Burns, S. See Tai та ін., 2005) [332] та лікарями (Ч. Гойдер, Х. Атертон, М. Кар та ін., 2015) [361].

Окремим типом комунікацій виступає *телемедичні та телеметричні консультації* (А. Амаді-Обі, П.Н. Гілліган, 2014 [513]; Г. Флодгрєн, А. Рачас, А. Дж. Фармер, 2015 [407]; П. Гілліган, А. Хуліхан, А. Беннет та ін., 2018 [515]; С. Делей, Л. Боннардо, О. Штайхен та ін., 2018 [499]).

В першу чергу широкі комунікації з громадськістю забезпечені завдяки мас-медіа, які досить щільно інтегровані в комунікації громадського здоров'я, та комунікації громадської охорони здоров'я. Так на думку Г. Рассел, М.Д. Робертсон, Л. Керрі та ін. (2004) медіа можуть виступати як частина адвокації політики в сфері охорони здоров'я, так і в якості потужного освітнього інструменту [493].

На думку Рассел Г. Робертсон М. Д. Керрі Л. (2004) [493], Ч. Гойдер, Х.

Атертон, М. Кар (2015) [361] медичні повідомлення можна розділити на декілька потужних груп:

- повідомлення в яких наголошується на важливості вибору здорового та безпечного способу життя (таких як використання паска безпеки, або здорової дієти);
- запобігання хвороб (вакцинація, контроль артеріального тиску), медичні новини (нові препарати, та способи лікування).

Однак за даними М.А. Клементс, В.С. Стеггс та ін. (2013), що наведенні у висновках огляду 22 досліджень щодо залучення мас-медіа [319] результати дуже відрізняються від вираженого позитивного ефекту до повної відсутності такого. Таким чином доказова база щодо залучення мас-медіа до проведення політики охорони здоров'я, громадського здоров'я та громадського охорони здоров'я залишається не достатньою.

Важливою частиною комунікацій в сфері громадського здоров'я є ліквідація неграмотності серед населення. Д. Натбім зазначає, що ліквідація медичної неграмотності є досить новим концептом в промоції публічного здоров'я, і таким чином відношення громадськості до цього напрямку може бути недостатньо серйозним (Д. Натбім, 2000) [469]. Важливо розуміти, що ліквідація медичної неграмотності це не просто медичні освітні програми, це зовсім інший рівень комунікації в сфері охорони здоров'я та в громадському здоров'ї. На думку А. Плизент та Дж. МакКінні (2011) [479] для ліквідації медичної неграмотності мас-медіа мають дуже великий вплив. Але автори зазначають, що будь яка з вивчених систем ліквідації медичної неграмотності є неповними або недостатніми.

О. Фреймут, С. Вікі, С. Круз-Куїнн (2004) [371] вважає, що особливим типом комунікації через мас-медіа є використання соціальних мереж, бо цей особливий тип мас-медіа активності дає можливість кінцевому користувачу інформації активно долучитись до обговорення, що є необхідним елементом будь якої комунікації.

Нажаль в науковій літературі не висвітленні питання громадських обговорень в сфері охорони здоров'я, як важливого елементу комунікацій з

громадськістю, що робить це питання дещо однобоким.

Комунікації медичних співробітників поміж собою можуть бути дуже великою проблемою в рамках адміністрування закладом охорони здоров'я, що на пряму впливає на загальне публічне управління в охороні здоров'я. Так в роботі Л.С. Лінгард, С. Еспін, Г. Уайт (2004) вивчені помилки які приводять до небажаних наслідків у пацієнтів, та зазначено, що 30,4% з цих наслідків були пов'язані з одною або декількома комунікативними помилками між лікарями, або лікарем та медичною сестрою [326].

В зарубіжній літературі наводиться багато прикладів запозичання комунікативних стратегій з інших галузей: так А.Б. Хейнс, Т.Г. Вайзер, В.Р. Беррі та ін. (2009) та співавтори висвітлюють позитивний досвід використання чек-лістів в хірургічній практиці, які в перше продемонстрували свою ефективність в роботі авіації для максимального запобігання людського фактора [277]. Також необхідно зазначити особливі підходи до комунікації між лікарями та медичними сестрами в своїй роботі К. Шмаленберг, М. Крамер (2008) виявили три важливих комунікативних особливості в роботі з медичними сестрами, а саме задоволеність середнього медичного персоналу коли до них відносяться як до «рівних але інших», із зазначенням того, що їхні знання були унікальними та варті спілкування; інституційна культура, яка цінує, очікує та нагороджує колегіальні відносини між медсестрами та лікарями; і очікування, що медсестри підтримують компетентність у своїй спеціальності, що також сприяє впевненому спілкуванню [500].

Ще одним сучасним інструментом спілкування між медичним персоналом є телекомунікаційні технології. С. Кенфілд, С. Галвін (2018) [311] зазначають, що з 2010 року телемедичні та телеметричні комунікаційні технології переживають бурхливий розвиток в сфері охорони здоров'я. Г. Флодгрєн, А. Рачас, А.Дж. Фармер (2015) [407] стверджують, що телемедичні та телеметричні технології дають можливість налагодити зв'язок між пацієнтом та усіма акторами медичного процесу - парамедиком, медичною сестрою та лікарем. Зазначено, що телемедицина це інструмент вертикальної інтеграції усіх рівнів медичної

допомоги: екстреної медичної допомоги, первинки, воринки та високоспеціалізованої допомоги.

В дослідженні А. Амаді-Обі, П. Гілліган, Н. Оуенс та ін. (2018) відзначена важлива роль телемедичних консультацій в відділенні екстреної та невідкладної медичної допомоги (Emergency Department) [513]. Так, за результатами опитування 98.5% пацієнтів, 89% лікарів, 76% медичних сестер та 91% співробітників швидкої допомоги вбачали серйозний потенціал аудіо-візуального зв'язку між до госпітальною ланкою та персоналом Emergency Department.

За даними С. Кенфілд, С. Галвін (2018) [311] дуже позитивно сприймаються впровадження телемедичних та телеметричних комунікативних технологій в практиці інтенсивної терапії. Ще з 2001 р. майже 10% ліжок інтенсивної терапії в США включені до мережі телемедичної програми (В. ДеллаМеа, 2001; К. Ліллі, Е. Томас, 2010; Г. Дж. Вуд, Е.Чайтін, Р. М. Арнольд, 2011 [344; 437; 543]).

Комунікація між лікарем та пацієнтом є мабуть найголовнішим в наданні високоякісної медичної послуги. І в цьому напрямку в першу чергу, як наголошують В. Мойл, Ч. Джонс, Т. Дван (2018), необхідно визначити який тип спілкування (віч-на-віч, або дистанційне спілкування) буде найкраще відповідати поставленим цілям, та дасть можливість досягнути найбільшого успіху [532].

Що стосується комунікації між доктором та пацієнтом, які відбуваються віч-на-віч, це в першу чергу стосується професійних лікарських компетенцій щодо збору інформації для встановлення правильного діагнозу та вибору відповідної тактики лікування (Дж. Ф. Ха, Н. Лонгнекер, 2010) [389].

На думку Ф. Д. Даффі, Г. Х. Гордон, Г. Вілан (2004) та співавторів базові комунікативні навички, отримані в медичному закладі вищої освіти, не є достатніми для підтримання якісної комунікації між лікарем та пацієнтом, та потребують постійного вдосконалення [294]. Виходячи з цього Д.А. Дроссман та співавтори пропонують введення гідлайнів з комунікації, які можуть бути застосовані на рівні лікувального закладу [352].

В. Вельдхейзен, П.М. Рам, Т. ван дер Вейден (2007) та співавтори відмічають, що гідлайни щодо комунікації між лікарем та пацієнтом виступають

дуже ефективним інструментом для самопідготовки та удосконалення лікарів [313]. В доступній літературі щодо запровадження гідлайнів не вивчено питання їх оптимальної структури. Так в дослідженнях Р.Е. Майєр [447], та М. Баннерт (2002) [297], було показано, що текст настанов, який має зрозумілу структуру легше запам'ятати та впровадити в практику, що є основою стандарту Доброї Клінічної Практики (GCP). Стосовно невербальних комунікацій то за даними В. Вельдхейзен, П.М. Рам, Т. ван дер Вейден (2007) [313] існує високий ризик, що пацієнти проігнорують таку інформацію. В роботі А. Джонсон, Дж. Сендфорд, Дж. Тиндалл (2003) [412] порівнювали вплив інформації отриманої за допомогою невербальних засобів та поєднання вербальних з невербальними. В дослідженні виявлено, що пацієнти які отримали інформацію вербально та невербально показали більш високий комплаєнс, ніж ті пацієнти які отримали її тільки за допомогою письмових або цифрових технологій. Однак, виходячи з огляду Е. Мюррей, Дж. Барнс, С.С. Тай та ін. (2005), можна зазначити, що найкращою стратегією в підтримці пацієнтів з хронічною патологією виявилось комунікації за допомогою предналаштованих комп'ютерних програм, що звільняє лікаря від зайвої роботи, та дає можливість значно автоматизувати комунікації з цією групою пацієнтів [332].

На думку ряду авторів [278; 350; 345] *існує необхідність в створенні комунікаційної політики на всіх рівнях:*

- глобальному [489];
- національному [288.];
- регіональному [300];
- окремих медичних установ [283].

2.3. Концептуальні підходи в українській науці щодо комунікативної діяльності в сфері охорони здоров'я

Все більше вітчизняних науковців вдаються до досліджень взаємодії держави з громадськістю. Такі погляди є відмінними від тих, що стосуються суто лікувальної справи, як зазначають окремі автори, наприклад Р.Н. Рималь, М.К.

Лапінський (2009) [489], які відзначають високий вплив комунікації не тільки на результати лікування, а й на якість публічного адміністрування в сфері охорони здоров'я та публічного здоров'я.

Не дивлячись на те, що в науковій літературі ведеться дискусія щодо використання комунікацій в сфері охорони здоров'я, зокрема дослідники: Ю. Гребеник (2015), Г.О. Слабкий, М.А. Знаменська, Т.К. Знаменська (2019) [28], - в практичній діяльності існує недостатнє розуміння необхідності використання комунікації.

Це обумовлено реформуванням системи надання громадянам соціальних послуг та упровадження ефективних механізмів їх надання у відповідності до європейських стандартів [224].

Автором дисертації наукові дослідження класифіковані щодо:

- ролі ефективних процедур участі громадськості під час формування та реалізації державної політики (М. Канавець (2017) [65];
- участі громадськості, принципів та організації процесу прийняття рішень (Е. Афоніна, Л.В. Гонюкова, Р.В. Войтович, 2006) [2];
- запровадження міжнародних стандартів публічних консультацій, які можуть виступати дієвими інструментами в публічному управлінні при налагодженні взаємодії органів публічної влади та інститутів громадянського суспільства (Н. Пеліванової (2019) [141].

Вивченням відносин органів влади з недержавними організаціями займався Л. Усаченко (2008) [253]. С. Панцир (2008) у своїх дослідженнях розглядав питання роботи громадських рад [136]. Зарубіжний досвід консультацій з громадськістю задля підвищення соціальних послуг розглядає К. Дубіч (2012) [50].

Участь громадських рад в Україні визначена Постановою КМУ «Про забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики» в якій зазначено участь громадянського суспільства для утворення громадських рад при центральних і місцевих органах виконавчої влади та забезпечення їх функціонування [166].

Серед багатьох авторів панує думка, що задля узгодження взаємодії усіх елементів комунікації в сфері охорони здоров'я необхідно сформулювати єдину політику та стратегію комунікації в охороні здоров'я, приймаючи єдині стандарти, завдяки яким пацієнт зможе отримати кваліфіковану допомогу у будь-якій країні у будь якому закладі країни, та навіть в будь якій країні [225].

Коли мова йде про комунікації та комунікативні технології необхідно чітко відокремити рівні комунікації та типи комунікативних технологій, а також виявити подібності та відмінності від комунікацій та комунікативних технологій в сфері охорони здоров'я [225].

Однак аналіз існуючих джерел щодо класифікації та структури комунікації та комунікативних технологій в публічному управлінні виявив їх недостатніми для цілей охорони здоров'я [225].

Узагальнення ключових позицій зарубіжних спеціалістів щодо ролі і значення комунікацій в сфері охорони здоров'я дозволило виділити основні складові діяльності в сфері охорони здоров'я, результативність яких залежить від використання сучасних форм комунікацій для лікарів, населення, пацієнтів та суб'єктів публічного управління та адміністрування. Зокрема *для лікарів важливі:*

- побудова системи зворотного зв'язку пацієнтів з лікарями;
- створення системи спілкування між фахівцями
- вербальна та невербальна комунікація як віч-на-віч у кабінеті лікаря та дистанційно;
- створення основи комунікаційних зв'язків через мережу;
- підтримка прийняття рішень у реальному часі;
- постійний моніторинг стану пацієнтів;
- терапевтичне втручання у домашніх умовах;
- проведення епідеміологічних досліджень та спостережень за здоров'ям населення;
- використання ІКТ в багатьох аспектах загального догляду;
- зменшення кількості рецидивів [225].

Стрельченко О. Г. зазначає, що сучасні комунікації в сфері охорони

здоров'я сприяють поліпшенню здоров'я населення шляхом:

- інформування та навчання населення;
- обговорень особистого характеру;
- подолання упередженого відношення населення до будь-якої проблеми чи стану (через вплив мас-медіа);
- поширення інформації щодо здоров'я та різних форм взаємодії з лікарями та медичними закладами;
- впливу та мотивування щодо самостійності в збереженні власного здоров'я [225].

Пацієнтам сучасні комунікаційні технології дають можливість:

- самостійно проводити терапію захворювань;
- отримувати постійну підтримку від лікаря;
- встановлювати та постійно підтримувати відносини з лікарем [225].

Для *публічних управлінців та адміністраторів*, у тому числі адміністраторів медичних закладів – це:

- доступність лікарів скрізь і одночасно;
- скорочення витрат;
- формування системи громадського здоров'я;
- ліквідація медичної неграмотності де населення, яке активно піклується про власне здоров'я та здоровий спосіб життя;
- системне проєктування команди, встановлення та підтримка відносин; покращення ефективності комунікацій;
- залучення штучного інтелекту до лікувальної практики;
- покращення загальної якості послуг охорони здоров'я;
- регулювання непередбачуваних впливів на динаміку робочого процесу та охорону здоров'я;
- формування системи комунікації громадського здоров'я (масові та мовленнєві зв'язки, медична освіта, маркетинг, журналістика, зв'язки з громадськістю, психологія, інформатика, епідеміологія);
- формування громадської охорони здоров'я (охорона здоров'я через зміни

на всіх рівнях впливу шляхом підвищення обізнаності, рівня знань, формування настроїв та зміни поведінки населення);

- формування комунікації участі у здоров'ї (спільне прийняття рішень, орієнтованих на людину щодо догляду, поліпшення досвіду, стану медичної грамотності);

- надання медичних послуг та медичної допомоги з використанням ІКТ;

- обробка, збереження та обмін інформацією (медичні записи EMR, EHR, CPR);

- збільшення кількості пацієнтів за рахунок використання ІКТ [225].

Такий широкий спектр складових сучасної комунікації в сфері охорони здоров'я повністю відповідає складовим діяльності в цій сфері та залежить від загальної політики в сфері охорони здоров'я та публічного здоров'я [225].

Результати аналізу та узагальнення зарубіжних досліджень комунікацій в сфері охорони здоров'я продемонстрував, що комунікації в публічному адмініструванні стосуються більш широких питань і проблем організації системи (або моделі) охорони здоров'я. Від цієї системи залежить весь спектр комунікацій з населенням, пацієнтами, бізнесом, політиками, дослідниками.

Попри те, що сфера охорони здоров'я це поняття більш ширше, ніж публічне адміністрування охороною здоров'я, комунікації є елементом забезпечення діяльності саме останнього. *Комунікації в сфері охорони здоров'я є відображенням того, яка сформована модель комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я* [225].

Аналіз зарубіжних літературних та інформаційних джерел дозволив виокремити наступні сторони комунікативної діяльності в сфері охорони здоров'я:

- політика в сфері охорони здоров'я;

- лікарі;

- медичні сестри та інші працівники;

- медичні заклади;

- громадськість;

- населення;
- органи публічного управління та адміністрування;
- публічні управлінці та адміністратори;
- бізнес;
- політики;
- дослідники.

Можна визначити *такі напрямки*:

- комунікація адміністративного апарату з громадськістю;
- комунікація лікувальних закладів з громадськістю;
- ліквідація медичної неграмотності;
- комунікація медичних працівників з пацієнтами та медичних працівників між собою.

Автором дисертації проаналізовано сайти Національної бібліотеки України імені В.І. Вернадського, Електронної бібліотеки Житомирського державного університету, Електронного архіву Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, Електронного архіву Національного університету «Києво-Могилянська академія», Наукової електронної бібліотеки періодичних видань НАН України, Інституційного репозитарію Державного вищого навчального закладу «Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана», а також наукові статті та встановлено, що серед вітчизняних дослідників відсутні комплексні методологічні дослідження з питань проблематики проведення консультацій із громадськістю у сфері охорони здоров'я в Україні. З цієї позиції доцільно розглянути кращі наукові напрацювання та практичний досвід [224].

На думку Ю.В. Збираник (2018) [59] в умовах сьогодення підвищується необхідність поєднання комунікації та публічного управління, як форми взаємодії суб'єктів і об'єктів управління, оскільки основою демократії є урахування вимог та потреб об'єкта управління. Н.М. Драгомирецька (2015) наголошує, що комунікативну діяльність слід розглядати як динамічну систему, яка включає усі види діяльності суб'єктів державного управління і спрямована на розвиток

суспільного життя та реалізацію національних стратегій розвитку держави [47]. Відповідно до тверджень Г.О. Слабкого, М.А. Знаменської та О.В. Жданової (2019) в більшості робіт присвячених комунікаційній діяльності, розглядається виключно розвиток інформаційно-комунікативних технологій, телемедицини, інтернет- інформування та визначення їх місця і ролі в забезпеченні інформаційних та комунікаційних зв'язків з громадськістю [234]. Однак, такий підхід не розкриває сутність комунікативної діяльності як системного явища.

Наступна група авторів Ю.В. Збираник (2018) [59]; Н.М. Драгомирецька (2015) [47]; Е.А. Афонін, О.М. Балакірева (2015) [2] зазначають необхідність формування ефективних комунікацій між адміністративними органами сфери охорони здоров'я та засобами масової інформації, які сприяють прийняттю змін в адмініструванні сфери охорони здоров'я та підвищують рівень залучення громадськості з метою ліквідації медичної безграмотності.

Однак не в усіх країнах комунікативну діяльність розглядають як систему, що призводить до того, що 85% японських, 63% англійських і 73% американських, керівників головною проблемою в досягненні ефективності організації бачать неналежний рівень комунікацій [373; 444].

Н.М. Драгомирецька (2015) відзначає, що сьогодні багатьма урядами розглядається комунікативна діяльність суб'єктів державного управління, і це дає можливість вирішити важливі завдання побудови взаємовідносин багатьох акторів: держави і суспільства, органів державного управління, державної влади та громадськості, об'єктів адміністрування з державою та між собою [47]. Е.А. Афонін (2015) вважає, що комунікативна діяльність в публічному управлінні в цілому, потребує докорінного переосмислення та суттєвих змін, відповідно до викликів часу [2].

Саме це призводить до вироблення нових методів, практик та підходів на рівні публічних комунікацій.

Однак Г.О. Слабкий, М.А. Знаменська, Т.К. Знаменська (2019) стверджують, що в сучасному світі не існує «ідеальної» схеми взаємодії системи охорони здоров'я, населення та окремих груп комунікаційного впливу, отже

кожна країна шукає власну схему комунікаційної діяльності відповідно до досвіду, соціального та культурного різноманіття [235].

Тим не менш, з огляду на фінансові та якісні імперативи, що стоять перед охороною здоров'я, не дивно, що постачальники знаходяться на передньому краї, розробляючи нові програми та інструменти для посилення комунікаційної діяльності [229].

Останнім часом термін «громадське здоров'я» в українському науковому просторі зустрічається все частіше, що відповідає світовим тенденціям. Термін «Public health» декілька декад використовується зарубіжними дослідниками, та не дивлячись на деякі розбіжності щодо трактування цього терміну, в більшості випадків він відображає якісно новий погляд на охорону здоров'я. В українському науковому просторі сам термін «Public health» має кілька варіантів перекладу з англійської мови.

Не дивлячись на те, що термін «громадське здоров'я» в українському науковому просторі зустрічається все частіше, зустрічається досить широке його трактування. Тим не менш, в більшості випадків, він відображає якісно новий погляд на охорону здоров'я [227]. Серед українських науковців свій погляд на трактування терміну та на роль громадського здоров'я (Public health) з огляду зарубіжної практики наведені в дослідженнях Г.О. Слабкого, О.О. Кюкало [100].

М.М. Білинська (2005) розглядає та наводить оцінку впливу політичних рішень на розвиток громадського здоров'я в Україні, однак розглядаючи саме вплив публічного управління на громадське здоров'я вивчаються питання економіки, добробуту, рівня злочинності, транспорту та не приділяється уваги комунікативної діяльності. Крім того не проводиться оцінки ефективності або порівняння з зарубіжними моделями [9].

Т.А. Занфірова та Я.Ф. Радиш (2008) вивчаючи багатокomпонентність сфери громадського здоров'я не відображають, а ні публічну, а ні комунікативну складову громадського здоров'я, не надають оцінку успішності або ефективності [57].

Слід зазначити, що Ю.Є. Петруня, С.С. Яременко (2013), Г.О. Слабкий

(2016), Дж.М. Абурто (2020) при оцінці комунікаційної діяльності в більшості випадків проводиться оцінка саме комерційного сектора. Отже, така оцінка базується виключно на вузьких показниках, що відображають прибуток або збитки [143; 82; 354]).

Серед поодиноких робіт, направлених на оцінку комунікативної діяльності саме в громадському здоров'ї, заслуговує уваги робота Т.А. Дороніної (2015), в якій наведена оцінка ефективності соціальної реклами, виступає варіантом комунікації в громадському здоров'ї, але оцінюються не комунікаційні моделі, а саме вплив масового розміщення соціальної реклами щодо відмови від наркотичних засобів [45].

Крім того, такі дослідники як К. С. Вострикова (2020) [19], В.М. Князевич, Т.П. Авраменко, В.В. Короленко (2016) [75] провели досить ретельний аналіз існуючих викликів, нормативно-правової бази як в Європі так і в Україні, визначають в своїх роботах концептуальні підходи до адміністрування в сфері громадського здоров'я.

Б.О. Логвиненко (2020) [105], А.І. Кланца (2020) [72] та Н.О. Рингач (2020) незалежно один від одного розглядають громадське здоров'я як важливий чинник національної безпеки [218].

Науковий пошук цих авторів спрямовано на поєднання нових форм та відновлення традиційних антропометричних засад державної політики, в якій громадське здоров'я виступає базисом, навколо якого формується соціогуманітарна політика держави. Що стосується такого важливого аспекту громадського здоров'я, як комунікативна діяльність, то тут можна зустріти тільки поодинокі роботи, які торкаються цього питання лише опосередковано. Так, Л. Клос, Н. Назар (2016) [73] досліджували комунікації соціальних працівників в межах громадського здоров'я. Як і Т.С. Грузєва (2018) зі співавторами в роботах вивчалися тільки питання комунікативних компетенцій у підготовці фахівців громадського здоров'я, що є недостатнім для розуміння комунікативної діяльності в громадському здоров'ї [144].

Деякі окремі аспекти комунікативної діяльності були вивчені в роботах

таких вчених, як С. Кандзюба (2020) [66], О.І. Деміхов (2020) [35], на їх думку інформаційно-комунікаційні технології виступають важливою складовою щодо розвитку громадського здоров'я в Україні, особливо стосовно в аспектах боротьби з туберкулезом та ВІЛ інфекцією.

С.Р. Іващенко (2017) вивчає роль соціальних мереж в комунікативній діяльності держави у впровадженні засад громадського здоров'я, визначаючи, що за рахунок конструктивної співпраці суспільства та влади у соціальних мережах може бути мобілізовані соціальні ресурси для розв'язання суспільно значущих проблем громадського здоров'я у загальнодержавному масштабі [62].

В той же час, загальна проблема комунікації між суспільством та державою в українській науковій літературі державного управління досить детально розглянута багатьма українськими науковцями, зокрема такими, як Н.М. Драгомирецька (2007) [46], С.В. Штурхецький (2011) [265], О.В. Рашковська (2016) [217], О.Є. Бухтатий (2018) [17]. Однак немає робіт, а ні вітчизняних, а ні іноземних дослідників, в яких було б надано детальний аналіз теоретичних моделей комунікаційної діяльності в громадському здоров'я та проведена оцінка успішності такої діяльності.

У листопаді 2016 р. КМУ схвалив Концепцію розвитку системи громадського здоров'я [204], де в розділі з визначення напрямів щодо забезпечення розвитку системи громадського здоров'я зі створення єдиної системи громадського здоров'я йдеться про доцільність навчання фахівців у сфері громадського здоров'я з питань комунікації. В. Ляшко, Н. Півень, М. Брага, А. Рижкова, І. Нагорна, В. Приходько та ін. (2019) зробили представлення реформи системи громадського здоров'я через операційний посібник, де зазначено національний, регіональний та місцевий рівні, в якому була модель системи громадського здоров'я, що включала в себе вплив директорату громадського здоров'я на Центр громадського здоров'я України та взаємовплив на інші міністерства. В свою чергу, Центр громадського здоров'я України впливав на регіональні Центри громадського здоров'я, які повинні були об'єднати Центри Медичної статистики, Центри здоров'я, Центри моніторингу та оцінки виконання

програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу (Центр МіО), Лабораторні центри МОЗ, та опосередковано ЦГЗ впливав на органи місцевого самоврядування, та територіальні підрозділи міністерств та органів виконавчої влади [219].

Однак, ані в Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років, ані в представленні реформи громадського здоров'я не вказано, як саме буде формуватися комунікативна діяльність, та яка структура буде відповідальною за формування комунікативної стратегії.

Все це сприяє *формуванню інформаційного розриву* між підходами держав світу, в тому числі і європейських держав, і, як наслідок, відтерміновує можливості України досягти рівня розвинених держав. Не можна говорити про повне перенесення зарубіжного досвіду, який може зруйнувати систему надання медичної допомоги. Втім, є значний зарубіжний досвід комунікативної діяльності в громадському здоров'ї, а його порівняння та співвіднесення з українською практикою дасть можливість сформулювати теоретико-прикладні засади розвитку громадського здоров'я.

Відповідно це надасть можливість, розробити модель комунікативної діяльності в сфері громадського здоров'я в Україні на основі кращих практик інших країн та сформулювати свою унікальну модель [229].

Сьогодні цифрова революція впливає на всі сфери людського життя. Вплив нових технологій на індивідуальне життя та на суспільство в цілому безпрецедентний. Цифровізація всіх галузей впливає на реформування публічного управління. Крім того, в останні роки спостерігається високий рівень приватнодержавного співробітництва, а від так і обмін значними обсягами цифрових даних між державним сектором і приватними компаніями як вітчизняними так і зарубіжними. Сектор охорони здоров'я не став виключенням. Сьогодні, під час впровадження другого етапу медичної реформи, сфера охорони здоров'я та громадського здоров'я в Україні зіткнулася ще з одним викликом – пандемією гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом

SARS-CoV-2. А від так, усі актори задіяні в наданні медичної допомоги населенню та ліквідації наслідків медико-біологічної надзвичайної ситуації природного характеру державного рівня пов'язаної із поширенням коронавірусної хвороби (COVID-19) повинні діяти оперативно та гнучко. Стандартний обмін даних між медичними установами та органами виконавчої влади не дає такої можливості. Нові можливості створюють відкриті дані, які є достатньо новим, сучасним феноменом та розвиваються досить бурхливо.

Однак, відзначаючи значний успіх щодо відкритих даних, слід зазначити, що існують значні проблеми пов'язані як з суто технічними питаннями, так і з публічним управлінням та адмініструванням відкритих даних. Для вирішення питань, що лежать в полі публічного адміністрування, публічного управління та створення публічної політики відкриті дані уряду необхідно мати чітке розуміння переваг та ризиків пов'язаних з відкритими даними.

Для розуміння напрямків впровадження та розвитку відкритих даних в охороні здоров'я України необхідно вивчити зарубіжний досвід втілення збору, обміну та публікації даних та визначити пріоритетні та перспективні комунікаційні сервіси, дати їх описання (комунікація між ким і ким, засоби комунікації, публічне управління та адміністрування такої комунікації). А також вивчити зарубіжний досвід та шляхи публічного адміністрування та публічного управління відкритими даними [223].

Не дивлячись на бурхливий розвиток відкритих даних в усьому світі, в науковій літературі існує невелика кількість досліджень, що стосується відкритих даних, у тому числі і в охороні здоров'я.

Ряд вчених, таких як Л.В. Олексюк (2016) [127], Л.П. Горбата (2018) [25] розглядають загальні питання пов'язані з відкритими даними, такі як нормативно-правове регулювання доступу, у тому числі електронного, до публічної інформації та відкритих даних, а також сучасну термінологію, що використовується.

Т.В. Джига (2018) [39], І.В. Ткач (2017) [247] розглядають розвиток та становлення концепції відкритого публічного управління, розглядаючи

політичний та технологічний концепт. О.М Ковбаско (2016) [77], О.С. Твердохліб (2017) [245] вивчають питання розвитку сервісів та підвищення ефективності публічного управління на основі відкритих даних, однак не торкається питань охорони здоров'я та публічного здоров'я, втім в своїх роботах визначають загальну можливість автоматизації адміністративних процесів; виведення на новий рівень якості інформаційного забезпечення процесів прийняття рішень, стратегічного планування, координації та контролю, статистичного обліку; створення нових високоякісних каналів комунікації з громадянами і бізнесом.

В той же час, ряд авторів О. Музика-Стефанчук, І. П. Кравчук, О.В. Попадюк, І.А. Лопашук (2019) аналізують вплив відкритих даних на загальні економічні чинники [122 ; 97].

Як зазначають П.С. Клімушин та Д.В. Спасібов (2017) серед основних джерел відкритих даних виступають портали відкритих даних міжнародних організацій, офіційні державні портали, портали громадських організацій. Серед міжнародних організацій, найбільшу кількість відкритих даних надають Консорціум W3C, ВБ, ООН, Європейський центр журналістики. Серед міжнародних організацій, які надають відкриті дані пов'язані з охороною здоров'я слід визначити ВООЗ, ЮНІСЕФ, GIZ. Також існує досить великий обсяг відкритих даних пов'язаних з публічним управлінням та адмініструванням, у багатьох країнах світу відкриваються і продовжують удосконалюватися портали відкритих державних даних, вони можуть бути як державними так і муніципальними [419].

Таким чином, можна зазначити, що в українських наукових джерелах не розглядаються відкриті дані як комунікаційний інструмент публічного управління та публічного адміністрування охороною здоров'я, хоча обсяг медичних даних за самими різними напрямками накопичується кожного дня та використовується для прийняття рішень в охороні здоров'я.

Сьогодні в Україні склались оптимальні передумови для масового впровадження та застосування телемедицини: існує значний запит пацієнтів на наближення медичної консультації, зростання покриття мережі Інтернет та його

швидкості, значне зменшення розміру цифрових пристроїв з відповідним підвищенням обчислювальної потужності, і головне те, що в рамках впровадження реформи, важливим інструментом передачі даних стала електронна системи охорони здоров'я (ЕСОЗ). Відповідно до визначення ВООЗ для наближення медичної допомоги до кінцевого споживача, може стати телемедицина, яку ВООЗ визначає, як надання медичних послуг, у випадку коли відстань є критичним фактором, усіма медичними працівниками, які використовують інформаційно-комунікаційні технології для обміну інформацією необхідною для діагностики, лікування та профілактики захворювань та травм, досліджень та оцінки, а також для продовження освіти постачальників медичних послуг, все в інтересах поліпшення здоров'я окремих людей та громад [275].

Зарубіжний досвід впровадження телемедицини показав позитивні результати, однак в кожній країні залишається велика кількість питань щодо юридичного урегулювання використання телемедицини так і до публічного управління та адміністрування даного типу медичних послуг.

Сучасні наукові тенденції призводять до достатньо широкого вивчення теми використання телемедицини, для покращення доступу пацієнтів до різних медичних сервісів, про це йдеться в наукових дослідженнях В.М. Соколова, Л.В. Анищенко, А.С. Бянова, О.В. Никитина (2020) [237], О.В. Палагіна, Т.В. Семікопної, І.А. Чайковського, О.В. Сивак (2020) [135], Л.А. Чередник (2021) [259]. Однак теми зазвичай висвітлюється однобоко, а дослідники фокусуються на окремих нозологіях, досліджуючи суто медичний аспект.

Л.О. Дубчак (2017) розглядаючи стан телемедицини в Україні, майже не торкається питань публічного управління цією галуззю [51].

Особливий фокус в своїх дослідженнях А.М. Біловол (2021) та співавтори роблять на навчання лікарів за допомогою телемедицини [10].

Певні питання лежать в площині безпеки передачі даних та нормативно-правового врегулювання, що висвітлено в роботах В.І. Крот (2021) [98], О.А. Панченко, В.Г. Антонова (2020) [137], О.О. Гулька (2019) [31].

І. Беззуб достатньо детально в своїй статті розглядає історію розвитку та

впровадження телемедицини в Україні, однак не зупиняючись на питаннях публічного управління та публічного адміністрування, втім не розглядаючи проблеми сьогодення та подальший розвиток в цьому напрямку [7].

В незначній кількості статей, які стосуються публічного управління та адміністрування частіше розглядаються окремі документи, без аналізу системного впливу телемедицини та нормативно-правової бази на загальну імплементацію телемедицини на УПМП. Так, О.М. Берназ-Лукавецька (2020) розглядає тільки «Меморандум щодо впровадження телемедицини», не встановлюючи його зв'язків з іншими нормативно-правовими актами, та не розглядаючи як системний документ щодо досягнення УПМП [8]. При цьому Д. Оносовський достатньо детально аналізує стан правового визначення телемедицини, зазначаючи основні проблемні моменти в законодавстві, однак не аналізує системно вплив телемедицини на надання медичної допомоги в цілому та впровадження реформи охорони здоров'я [129].

Так само і питання що стосуються УПМП зазвичай відносяться до вивчення механізмів фінансування охорони здоров'я, а не до технологій здатних наблизити послугу до пацієнта та публічного управління пов'язаного з цією послугою, що висвітлено у публікаціях О.В. Грехової (2019) [29], О.І. Кисельової, К.О. Надточій (2020) [70], А. Горошко, Н. Шаповал і Т. Лаї (2019) [381]. Є наукові роботи, присвячені ролі телемедицини під час пандемії COVID-19 (О.А. Головка, А.А. Станько, 2020) [24].

УПМП спрямовано на забезпечення кожного медичними послугами, які він потребує, належної якості та без катастрофічних витрат з кишені. Однак, як зазначено в документі МОЗ України «Програма медичних гарантій: впровадження в Україні» жодна країна не здатна забезпечити всіх громадян всіма послугами без обмежень у кількості, тому необхідно розраховувати підходи до стратегічних закупівель та оптимізацію ресурсу [213].

Відповідно до звіту Світового банку, шлях до УПМП передбачає вихід за межі поточного охоплення медичних послуг, і врешті-решт, розширитися на комплексний спектр послуг, які зможуть ефективно надавати втручання

необхідної якості для задоволення потреб охорони здоров'я населення, наскільки це можливо з огляду на наявні ресурси [337].

Всесвітня Асамблея охорони здоров'я (ВАОЗ) ВООЗ та три з шести регіональних комітетів ВООЗ в 2013 році прийняли ряд резолюцій щодо електронної охорони здоров'я та використання інформаційно-комунікаційних технологій в охороні здоров'я. Ці резолюції надали легітимності електронному здоров'ю як галузі роботи ВООЗ та її держав-членів. Виконання цих резолюцій сприятиме досягненню Цілей розвитку тисячоліття (ЦРТ) та УПМП [286].

Відповідно до «Методичних рекомендацій з діагностики та лікування деяких захворювань при наданні телемедицинських послуг» головною метою впровадження телемедицини є поліпшення здоров'я населення шляхом забезпечення рівного доступу до медичних послуг належної якості (Ю.В. Вороненко та ін., 2019) [115]. Таке визначення напряму стосується досягнення УПМП.

Дане визначення не дає вичерпного розуміння чим саме виступає телемедицина, а з іншого боку, формулювання дає досить широке поле для трактування. Так існуюче в формулюванні «для обміну інформацією в електронній формі» не відповідає суті телемедицини, адже в ЕСОЗ також іде обмін певною інформацією в електронній формі під час надання медичної допомоги, але такий обмін не є частиною телемедицини, у той час як телемедицина згодом повинна стати частиною ЕСОЗ. Крім того не зрозуміло ступінь захисту інформації, адже обмін електронною інформацією може проходити через будь які канали (месенджери Viber, Telegram, Whatsapp, електронну пошту тощо. Про це також зазначає Д. Оносовський (2021) [129]), що є недопустимим, з огляду на передачу при телемедичному консультуванні медичної інформації та персональних даних. Отже, таке трактування протирічить Закону України «Про захист інформації в інформаційно-телекомунікаційних системах» [181] та Закону України «Про захист персональних даних» [183].

С.Б. Булеца (2020) визначає «телемедицину» як поєднання телематики та медицини. Головним питанням вбачаючи регулювання передачі інформації через

мережі та захист приватних даних. В науковій роботі виділено два типи регуляцій – «квазіконтракти» (системи французько-римського права) і «звичай доброзичливого втручання у чужі справи» (німецькі правові системи) стосуються пацієнтів у комі [16].

Слід зазначити, що в зарубіжній літературі намагаються провести розгалуження термінів «Tele-Health» та «Telemedicine». В українських нормативно-правових актах та наукових статтях використовується лише термін «телемедицина». Так зазвичай в поняття «Tele-Health» вкладається ширше значення обміну інформації пов'язаною з питаннями здоров'я, хоча певні автори використовують цей термін як синонім терміну «Telemedicine». До «Tele-Health», окрім класичних консультацій щодо діагнозу або лікування конкретного пацієнта, можуть бути включені дистанційні неклінічні послуги: консиліуми, координація між медичними закладами, телеконференції, адміністративні зустрічі та сервіси з безперервного професійного розвитку (Р. Таксон, М. Едмундс, Х. Майкл, 2017) [527; 537]. Тобто термін «Tele-Health» можна прирівняти до терміну «Електронна система охорони здоров'я».

В зарубіжній практиці публічного управління зустрічається досить широке визначення поняття «телемедицина» та правила використання ІКТ в медичній практиці. Крім того, розглядаються питання ліцензування такого виду діяльності, захисту персональних даних, звітування та оплата за телемедичну консультацію [274; 368; 292].

На думку автора дисертації для врахування всіх питань пов'язаних з консультуванням через засоби дистанційного консультування необхідно розширити визначення терміну «телемедицина» та викласти його в такому вигляді: Телемедицина - комплекс дій, технологій та заходів, що застосовуються під час надання медичної послуги або реабілітаційної допомоги пацієнту з використанням інформаційно-комунікаційних технологій для обміну медичною інформацією між медичними працівниками або медичним працівником та пацієнтом в електронній формі через захищені цифрові канали.

На сьогодні важливим питанням є впровадження та використання

телемедицини у відповідь на коронавірус. В світі спостерігається тенденція щодо широкої відповіді, у тому числі і в правовому полі, щодо використання телемедицини. Так, в США 22 штати змінили свої закони або політики на період пандемії для створення більш сприятливих умов щодо впровадження та спрощення отримання страхових виплат за телемедичні консультації [411].

Стосовно практичної ситуації з запровадженням телемедицини та її результативності в умовах пандемії COVID-19 *автором дисертації викладено свій погляд* [495]. До телемедичної мережі підключено 89 закладів охорони здоров'я Одеської області: 29 закладів первинного рівня надання медичної допомоги; 37 заклад вторинного рівня; 19 закладів третинного рівня. До самої мережі функціонально входять: 32 кабінети телемедицини (ТКК) в закладах охорони здоров'я обласного значення, які надають телемедичні консультації іншим закладам охорони здоров'я Одеської області; 29 пункти телемедицини (ТКП) в центрах первинної медичної невідкладної допомоги Одеської області, що проводять телемедичну консультацію; 37 ТКК в міських та центральних лікарнях, де знаходяться лікарі, що запитують телемедичну консультацію та проводять консультування фельдшерів та сімейних лікарів; 236 персональні мобільні телемедичні засоби лікарів, які запрошують телемедичну консультацію та надають консультацію пацієнтам.

Центральним компонентом виступає обласний центр телемедицини (ОЦТ), що виконує функції управління, організаційно - методичної і технічної підтримки та включає в себе: оперативну-диспетчерську службу на 7 робочих місць; відділ технічної підтримки на 5 робочих місць; відділ інформаційної роботи телемедичної системи на 5 робочих місць. Крім того 18 операторів оперативно-диспетчерської служби працюють в кабінетах телемедицини в районних лікарнях області, а саме: Саратська ЦРЛ, Кодимська ЦРЛ, Подільська ЦРЛ, Овідіопольська ЦРЛ, Великомихайлівська ЦРЛ, Захарівська ЦРЛ, Любашівська ЦРЛ, Тарутинська ЦРЛ, Ізмаїльська ЦРЛ, Миколаївська ЦРЛ, Теплодарська МЛ та інші (рис. 2.1).

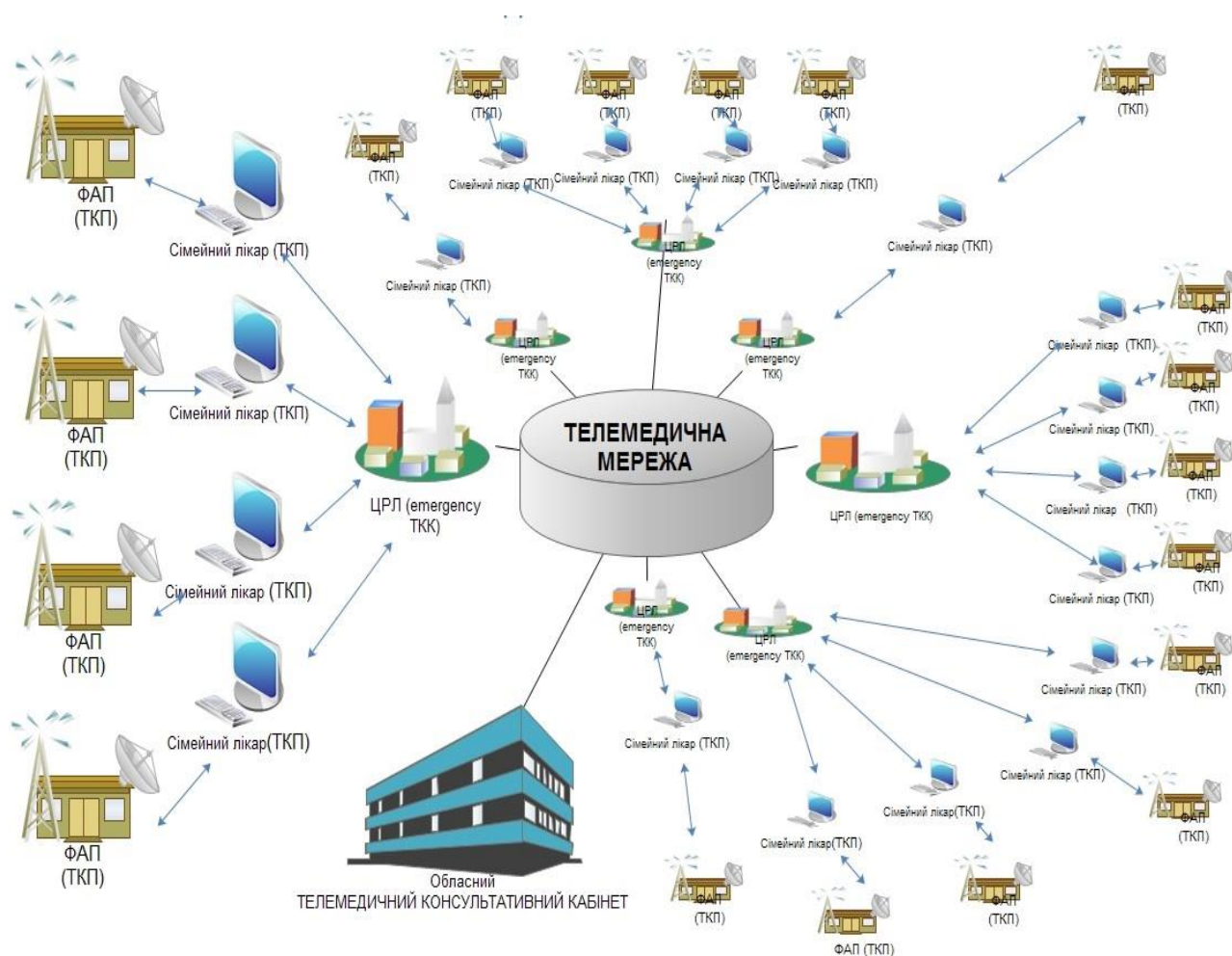


Рис 2.1. Структура телемедичного консультування (рис. авторський - Д.О. Самофалов у співавторстві з А.В. Ляшенко [495])

Це перш за все інформаційно-медична платформа, яка включає в себе наступні сервіси: медичної-інформаційної системи; телемедичного консультування; навчання; технічної підтримки; зберігання діагностичних та лабораторних досліджень; організації мобільних діагностичних комплексів.

ОЦТ було закуплено та впроваджено регіональну інформаційну медичну систему з телемедичним функціоналом, яку розгорнуто на базі хмарного захищеного сервісу. Саме в рамках цієї системи вдалося: об'єднати існуючі інструменти медичного обслуговування в єдиний інтуїтивно зрозумілий програмний інтерфейс; створити програмні та функціональні інструменти обміну медичною документацією; систему архівації медичної документації та відеозаписів телемедичних консультацій; створити сервер зображень медичних

діагностичних досліджень.

Слід зазначити, що впродовж існування телемедичного центру була виконана велика робота щодо впровадження алгоритмів надання допомоги пацієнтам, які раніше потребували виїзду лікаря в межах екстреної консультативної допомоги. Всього проведено 463 екстрених консультацій, з яких у 290 випадках проблему вирішено в межах телемедичної консультації та не потребувало виїзду консультанта екстреної медичної допомоги, у 91 проведена консультація на місці, та в 82 випадках була здійснено транспортування пацієнта в присутності анестезіолога.

Однак на початку епідемії COVID-19 відповідно до наказу Одеського ОДА № 325 «Про затвердження регіонального алгоритму госпіталізації пацієнтів з коронавірусною хворобою (COVID-19)» було змінено структуру та функції телемедичної мережі та Одеського обласного центру телемедицини відповідно до Наказу була проведена реорганізація телемедичної мережі задля оперативної взаємодії між усіма ланками надання медичної допомоги, а також іншими, в т.ч. керівними, організаціями сфери охорони здоров'я для протидії спалаху коронавірусної інфекції.

Серед функцій, які були покладені на мережу визначені реалізація заходів, спрямованих на забезпечення доступності медичної допомоги населенню Одеської області під час карантину з приводу COVID-19. Реалізація принципу єдиного медичного інформаційного простору під час карантину з приводу COVID-19. Забезпечення єдиних підходів та критеріїв при застосуванні та оцінюванні ефективності телемедичних технологій в охороні здоров'я, визначенні можливостей використання та подальшого розвитку телемедицини під час карантину з приводу COVID-19.

Було впроваджено алгоритм консультації пацієнта з підозрою на коронавірус, описаний. У разі підозри на коронавірус пацієнту проводилася екстрена консультація відповідно до прийнятого алгоритму (рис. 2.2).



Рис 2.2. Технологічна схема проведення екстрених телемедичних консультацій пацієнта з підозрою на коронавірус, розрахована на оперативну роботу в обмежений проміжок часу (рис. авторський - Д.О. Самофалов у співавторстві з А.В. Ляшенко [495])

Було впроваджено здійснення телемедичного консультування, дистанційного навчання, телемоніторингу, домашнього телеконсультування, дистанційного маніпулювання з метою розширення можливостей та підвищення ефективності лікувально-діагностичного процесу, особливо час карантину з приводу COVID-19. Важлива робота виконується телемедичною мережею щодо навчання медичних працівників та щодо роботи з пацієнтом з підозрою на коронавірус. За участі експертів департаменту охорони здоров'я лікарі районних та міських лікарень проведені навчання для керівників медичних закладів, їх структурних підрозділів та персоналу щодо алгоритмів дій, передбачених чинними нормативними актами, у разі виявлення випадку інфікування COVID-19, а також подальшого маршруту пацієнта. Під час навчань особливої уваги приділяли правилам використання, одягання, утилізації засобів індивідуального

захисту, роботи у вогнищі коронавірусу, розбору та деталізації протоколу лікування пацієнта з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, взяття мазків на коронавірус, реанімаційних заходів у пацієнта з коронавірусом тощо. Використання телемедичних технологій для навчання керівників медичних закладів та лікарів щодо використання засобів індивідуального захисту було розроблено відповідно до класичної моделі отримання навичок братів Дрейфус. Використання телемедичної мережі давало можливість дуже *пластично* реагувати на *виклики* відповідно до потреби були змінені маршрути пацієнта та запропоновано певний алгоритм (рис. 2.3).



Рис. 2.3. Алгоритм контролю за ситуацією в Подільському районі (рис. авторський - Д.О. Самофалов у співавторстві з А.В. Ляшенко [495])

Крім того, як показано збільшилася загальна кількість консультацій серед пацієнтів з хронічними, паліативними та складними випадками. Це було обумовлено безпекою пацієнта та неможливістю дістатися до спеціаліста вищого рівня за рахунок закриття автобусних та залізничних перевезень під час карантину з усіх районів Одеської області. Кількість консультацій зросла на 150% (рис. 2.4).



Рис. 2.4. Кількість телемедичних консультацій не пов'язаних з COVID-19 в період карантину (березень – травень 2020) (рис. авторський - Д.О. Самофалов у співавторстві з А.В. Ляшенко [495])

Таким чином можна зазначити, що організація телемедичної мережі Одеської області в цілому відповідає загальносвітовим трендам.

Система телемедичної консультації в Одеській області спрямована на скорочення часу надання консультації вузькими спеціалістами. В першу чергу, консультації стосувалися результатів інструментальних досліджень рентгенографії, КТ тощо.

Наявність стандартизованих алгоритмів, які включали в себе надання телемедичної консультації, надали можливість зменшити ризик додаткового інфікування як лікаря так і інших пацієнтів на COVID-19. Особливо важливим було використання телемедицини для надання консультацій та спрямування пацієнтів під час ліквідації спалаху в місті Подільськ. Створено чіткий план дій з визначенням маршруту пацієнтів відповідно до наявних або найвиразніших симптомів. Відповідно до груп симптомів пацієнти були скеровані у відповідний заклад охорони здоров'я відповідно до маршруту пацієнта.

Використання телемедичної мережі для навчання керівників та лікарів також призвело до досить хороших результатів. Відповідно до моделі братів Дрейфус, усі хто проходив навчання були на рівні «Новачок (Novice)» або «Просунутий початківець (Advanced beginner)», отже допускали велику кількість

помилки та потребували виправлення. Досвіду тих хто проходив навчання було недостатньо навіть для того, щоб повністю витримати алгоритм одягання захисних костюмів, масок окулярів тощо. Відповідно під час тренінгів їм було надано набір контекстно незалежних правил та алгоритмів у формі «якщо X, роби Y». При наявності помилки в послідовності дій ті хто проходив навчання потребували виправлення. Такий варіант дистанційного навчання надав змогу експертам легко виправити помилку та провести атестацію тих хто був успішно пройшов навчання.

Важливо те, що за допомогою телемедичної мережі вдалося за короткий час вивчити велику кількість медичного персоналу, без необхідності організовувати відрядження експертів Обласного департаменту охорони здоров'я. Це зменшило ризик розповсюдження захворювання, а також відіграло позитивну економічну роль, адже навчання через телемедичні мережі потребує значно меншого ресурсу, ніж організація навчання усієї медичної мережі Одеської області.

При опитуванні без статистичної систематизації даних було виявлено, що задоволеність пацієнтів телемедичною консультацією залишається високою, як в серед пацієнтів з підозрою на корона вірус, так і серед тих хто потребували консультацій з інших (крім корона вірусу) приводів. Не дивлячись на швидке збільшення кількості телемедичних консультацій, залучення та навчання нових спеціалістів, які раніше не були задіяні в роботі мережі.

Звісно, можна відмітити деякі проблеми в організації роботи телемедичної мережі Одеської області. Серед них дуже низьке охоплення пацієнтів при загальній кількості 2210 підозри та 886 виявлених хворих (станом на 1 червня) телемедично було проконсультовано всього 164 (7,4%). Ці результати не були несподіванкою, адже така ситуація обумовлена, в першу чергу клінічним маршрутом екстреної медичної допомоги пацієнту з підозрою на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2. До пацієнта з високою температурою та ознаками респіраторної інфекції скеровували спеціалізовані бригади екстреної допомоги, які в будь якому випадку доправляли пацієнта до медичних закладів, які відповідно до обласного маршруту пацієнта

були визначені такими, що працюють з особами, інфікованими COVID-19.

На жаль, екстрена медична допомога майже не використовувала систему телемедичного тріажу пацієнтів з COVID-19, що могло би значно зменшити кількість надходження пацієнтів з COVID-19 до відділення екстренної та невідкладної допомоги. Повною мірою не були використанні можливості спостереження за пацієнтом з боку сімейного лікаря. Адже, при навіть незначному погіршенні стану, сімейні лікарі рекомендували викликати мобільні бригади, які не мають телемедичного обладнання. Включення персональних мобільних телемедичних засобів для лікарів мобільних бригад могло би значно розширити можливості надання консультацій особам, які знаходяться на самоізоляції. Важливим моментом в спостереженні за особами, які перебувають в самоізоляції могло би бути розробка сценаріїв телемедичного консультування: спостереження для асимптоматичного перебігу, спеціалізовані медичні консультації для пацієнтів з неускладненим та легким перебігом, медичні сервіси для лікування пацієнтів, які не можуть дістатися до спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги та навіть спостереження за допомогою геолокації за особами, які повинні перебувати в обсервації у зв'язку з поверненням з країн зі спалахами COVID-19. Отже, розбудова телемедичної мережі це завдання, яке потребує часу, ресурсів, спеціалістів та відповідної нормативно-правової бази. Телемедична служба – є одним з важливих елементів комунікативної діяльності при наданні медичної і немедичної допомоги населенню, які не тільки піддаються державному регулюванню, а й потребують певного публічного адміністрування за умов децентралізації.

2.4. Роль комунікативної діяльності в публічному адмініструванні громадським здоров'ям в Україні

Виявлення та узагальнення чітких моделей комунікативної діяльності громадського здоров'я та впливу на неї публічного управління та адміністрування потребує всебічного аналізу кожної моделі з виокремленням сильних та слабких

сторін, а також визначення найкращих результатів для створення моделі та стратегії комунікативної діяльності в громадському здоров'ї України, забезпечення публічного управління та адміністрування громадського здоров'я, переходу комунікативної діяльності громадського здоров'я на рівень окремого виду діяльності [222].

Останні півстоліття дуже відчутні зміни в парадигмі підходів до людського здоров'я. Ще півстоліття назад держава, визначаючи одним з провідних завдань держави - охорону здоров'я громадян, створювала всі умови для агресивної патерналістичної медицини, в якій саме життя пацієнта визначалося найбільшою цінністю, а поняттям інтересів пацієнта та якості життя приділялося досить незначна увага. У більшості випадків медицина обирала інвазивний та агресивний підхід. Однак розвиток гуманістичної філософії призвів до того, що погляди на здоров'я поступово змінювались. І за визначенням ВООЗ, здоров'я це стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутністю хвороби або недуги [333].

Тож підходи до збереження здоров'я змінилися та акцентами здорової людини тепер стали:

- здоровий спосіб життя (спорт, фізична активність, здорове харчування, якісний сон);
- здоровий інформаційний простір (обмеження негативної інформації з оточуючого середовища);
- гарний соціальний стан (забезпечення потребами відповідно до піраміди Маслоу) [222].

Тож, і фокус розбудови системи охорони здоров'я посунувся з активних медичних втручань до сфери громадського здоров'я (public health). Відповідно до визначення «система громадського здоров'я - це комплекс певних інструментів, підходів, процедур та заходів реалізованих державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я громадян, попередження захворювань та збільшення активного довголіття шляхом заохочення до здорового способу життя за рахунок об'єднання зусиль усього суспільства» [222].

Основними напрямками діяльності системи громадського захворювання є захист здоров'я, профілактика інфекційних та неінфекційних хвороб та зміцнення здоров'я. Однак, для сталого функціонування системи громадського здоров'я необхідні надійна інформаційна система даних про здоров'я та фактори ризику, що на нього впливають, стає фінансування, управління, створення та розвиток фахівців, комунікація, адвокація та дослідження [222].

Перший етап розвитку комунікативної діяльності та самої сфери громадського здоров'я в Україні ознаменувався приєднанням України, як члена ООН та підписанта угоди про асоціацію між Україною та ЄС, Європейським співтовариством з атомної енергетики, до реалізації Цілей сталого розвитку через розробку відповідних національних стратегічних завдань, в тому числі у сфері громадського здоров'я. Окремою главою (Глава 22 «Громадське здоров'я») підписаної угоди, прописано зобов'язання України щодо впровадження заходів для захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку й економічного зростання [222].

Відповідно до світового досвіду для реалізації оперативних функцій громадського здоров'я визначених ВООЗ необхідно залучення інституцій не тільки системи охорони здоров'я, а й інших міністерств та відомств, органів місцевого самоврядування, громадських та пацієнтських організацій та широке включення самих громадян. Таким чином, для реалізації концепції було створено відповідний орган, який визначає та координує зусилля в сфері громадського здоров'я – Державна установа «Центр громадського здоров'я МОЗ України» (ЦГЗ). Для функціонування ЦГЗ була прийнята низька нормативно-правових актів:

Розпорядження КМУ №909-р від 02.09.2015 «Питання МОЗ» (дозволило утворити таку державну установу в сфері свого управління) [146];

Наказ МОЗ України від 18.09.2015 «Про утворення державної установи «Центр громадського здоров'я України» [212].

В 2016 році ДУ «ЦГЗ МОЗ» було затверджено національним членом Асоціації International Association of National Public Health Institutes, що означає

офіційне міжнародне визнання інституції.

Відповідно до взятих обов'язків у листопаді 2016 р. КМУ схвалив Концепцію розвитку системи громадського здоров'я [206]. А в 2017 році Розпорядженням КМУ було затверджено план заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я. Таким чином почалася розбудова вертикалі управління системи громадського здоров'я в Україні.

Другий етап формування комунікативної діяльності розпочався з представлення реформи системи громадського здоров'я, Національний, регіональний та місцевий рівні, передбачався вплив директорату громадського здоров'я на ЦГЗ та взаємовплив на інші міністерства, в свою чергу Центр громадського здоров'я впливав на регіональні ЦГЗ, які повинні були об'єднати Центри Медичної статистики, Центри здоров'я, Центри моніторингу та оцінки виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу (Центр МiO), Лабораторні центри МОЗ України, та опосередковано Центр громадського здоров'я впливав на органи місцевого самоврядування, та територіальні підрозділи міністерств та органів виконавчої влади [106].

Визначені відповідні ролі на національному рівні, де основними завдання стали визначення пріоритетів громадського здоров'я, біобезпека, розробка та моніторинг державних програм, (причому основний акцент було зроблено на епіднагляді), реагування на надзвичайні ситуації національного значення, керування створення та розробка політик для впровадження регіональними Центрами громадського здоров'я.

Відповідно до зазначеної стратегії розпочали формування регіональні центри громадського здоров'я, одним з важливих завдань яких стала комунікація (адвокація) в інтересах громадського здоров'я. Таким чином, в плані поставлено створення регіонального ЦГЗ в кожній області, адже ця установа повинна стати регіональним координатором заходів громадського здоров'я та бути готовою гнучко реагувати, як на виклики пов'язані з інфекційними, так і неінфекційними захворюваннями, а також розробка програм направлених на зміцнення, захист та збереження здоров'я населення. На сьогодні вже майже закінчено створення

регіональних ЦГЗ. У 2018 році створено 8 обласних ЦГЗ - у Волинській, Житомирській, Кіровоградській, Львівській, Рівненській, Тернопільській, Хмельницькій областях та м. Київ, 2019 році 9 обласних ЦГЗ - у Херсонській, Черкаській, Сумській, Івано-Франківській, Полтавській, Дніпропетровській, Київській, Луганській і Закарпатській, а в 2020 році ще 5 обласних ЦГЗ - у Чернівецькій, Одеській, Миколаївській, Чернігівській і Харківській областях. Важливою складовою роботи регіонального ЦГЗ є побудова партнерських стосунків на регіональному рівні з втілюючи реалізації мультисекторального підходу до громадського здоров'я, що включає в себе комунікативну діяльність як базовий компонент. Нажаль, і до сьогодні немає чітких критеріїв та індикаторів ефективності діяльності цих місцевих ЦГЗ. Здебільшого, їх комунікативна діяльність спрямована або на ситуативну проблему (вакцинація), або торкаючись значущих питань здоров'я (ВІЛ, вживання алкоголю, профілактика онкологічних захворювань) не враховує державні та місцеві програми інших установ, що існують паралельно.

Також на цьому етапі почалася активізація створення різних як ефективних так і не ефективних програм у сфері громадського здоров'я. Однак слід зазначити, що як успішність так і не успішність жодним чином не залежало від включення цих програм до державної стратегії комунікативної діяльності громадського здоров'я, частина програм відповідали світовим трендам (зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров'я населення, боротьба з зайвою вагою, онкопrevenція), інші програми виступали як відповіді на гострі ситуації (програма імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб, яка показала незадовільні результати).

Початок третього етапу знаменувало розуміння недостатньої кількості фахівців в цій галузі та недостатнім розумінням комунікативних стратегій громадського здоров'я іншими медичними спеціалістами.

Досить довго в Україні були лише поодинокі фахівці із громадського здоров'я адже їх в незначній кількості випускав лише Національний університет «Києво-Могилянська академія», при чому навчання проводилося на магістерській

програмі «Менеджмент організацій і адміністрування (в охороні здоров'я)». Однак, на третьому етапі важливим кроком стало створення бакалаврської програми по «громадському здоров'ю» яка реалізовувалася як на новостворених кафедрах громадського здоров'я (Ужгородський національний університет, НМАПО ім. П.Л. Шупика, тощо), так і на кафедрах соціальної медицини, організації охорони здоров'я та медичного правознавства (Івано-Франківський національний медичний університет), а також розширення магістерських програм для забезпечення потреб у здобутті комунікаційних та загальних компетенцій в громадському здоров'ї керівників закладів охорони здоров'я. Сьогодні продовжується робота щодо створення освітніх програм за спеціальністю «громадське здоров'я». Так, фахівцями ДУ «ЦГЗ МОЗ» розроблено «Стандарт вищої освіти за цим напрямком для магістерського рівня», який був затверджений наказом Міністерства освіти і науки України від 12 грудня 2018 р. Слід визначити, що підготовка фахівців громадського здоров'я висуває підвищені вимоги до рівня їх знань та вмінь, особливо щодо вміння розробки комунікаційної стратегії того або іншого напрямку та суто самих комунікативних навичок.

Іншим напрямком цього етапу стала висока активізація різних тренінгів та шкіл з комунікації пов'язаної з питаннями громадського здоров'я. Однак, за твердженням К.О. Булавінової (2018) на сьогодні в Україні ця робота проводиться або на волонтерських засадах, або за кошти міжнародних організацій [15].

Можна зазначити, що розпочавши рух у напрямку європейського бачення громадського здоров'я, підписання угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії, доєднання як члена ООН до цілей сталого розвитку Україна взяла курс на переорієнтацію від боротьби з інфекційними хворобами і жорсткого, іноді корупційного санітарного нагляду до нового підходу спрямованого на розвиток системи громадського здоров'я [222].

Напрямок розвитку на громадське здоров'я визначає перехід до загальноурядового підходу, який потребує від органів публічної влади діяти за межами своїх безпосередніх функцій, із залученням жорстких та м'яких навичок,

заради досягнення мети покращення здоров'я, гнучкого та негайного реагування уряду на конкретні проблеми. Відповідно розпочалась розбудова та узгодженість політик з метою підвищення ефективності та результативності покращення здоров'я населення України. Публічне управління та адміністрування комунікативною діяльністю в громадському здоров'ї зосереджується не лише на політиці, а й на проєктному підході.

Такий підхід, який об'єднує уряд, визнає, що до уваги необхідно брати потреби здоров'я у всіх політиках, а також розбудова міжсекторальної співпраці в тих галузях:

- *явно впливають на здоров'я*: охорона здоров'я; освіта; спорт; містобудування; довкілля; праця; соціально-економічний розвиток;
- *так і в тих, які впливають опосередковано*: енергетика; сільське господарство; транспорт; зв'язок; зайнятість; промисловість; торгівля; фінанси.

Міжсекторальна політика, в даному випадку, означає «здоров'я у всіх політиках» та визначення збереження здоров'я населення пріоритетним в усіх напрямках діяльності публічного влади та приватного сектора.

Розбудова комунікаційної діяльності громадського здоров'я в Україні знаходиться на початкових стадіях, не зважаючи на наявність центрального органу (ДУ «ЦГЗ МОЗ»), якій опікується питаннями громадського здоров'я та координацією всіх акторів задіяних в цьому процесі, та регіональних закладів Центру громадського здоров'я.

На сьогодні не існує чіткої стратегії комунікативної діяльності громадського здоров'я з визначеним тайм лайном та відповідними критеріями і індикаторами якості. Що стосується місцевого рівня, не дивлячись на наявність регіональних Центрів громадського здоров'я, які підпорядковані обласним радам, в бюджетах навіть за наявності програм з громадського здоров'я розробку стратегії комунікаційної діяльності та саму комунікаційну діяльність громадського здоров'я кошти не передбачені. Однак, реалізація програми громадського здоров'я потребує досить серйозного ресурсного забезпечення.

Другий етап розвитку громадського здоров'я, важливою частиною якого є

створення регіональних Центрів громадського здоров'я повністю відповідає сьогоденному тренду до підсилення місцевого самоврядування, отже враховуючи практичну реалізацію завдань з охорони здоров'я, яке постійно або тимчасово проживає на певній території: села, селища, міста, райони та області.

Таким чином, органи місцевого самоврядування є ключовими стейкхолдерами створення умов для поліпшення здоров'я та благополуччя жителів громад, також враховуючи актуальність загальнодержавних (національних) проблемних питань. Місцева влада повинна якнайкраще розуміти, що умови, створенні для життя, праці і відпочинку, мають основне значення для їх здоров'я та добробуту.

Отже, регіональні Центри громадського здоров'я створюють програми з урахуванням балансу між національними та регіональними інтересами громадського здоров'я, що має важливе значення для створення загальної системи планування стратегії, в тому числі і комунікативної, громадського здоров'я в Україні.

Важливо, що на другому етапі розвитку сфери громадського здоров'я формування компетенцій з комунікації серед медичних фахівців стало одним з обов'язкових складових вищої медичної освіти, та було внесена в програми як з громадського здоров'я так і з медицини. Крім того, важливим питанням є розробка програм післядипломного навчання, особливо при підвищенні кваліфікації керівників закладів охорони здоров'я.

В Україні проводиться велика кількість різних шкіл, воркшопів та семінарів з комунікації громадського здоров'я, однак здебільшого ці заходи проводяться на волонтерських основах та за гроші міжнародних організацій, отже, можуть бути не узгоджені між собою та не відповідати загальному баченню Центру громадського здоров'я. Відповідно до світової практики тільки комплексний підхід до формування та реалізації багаторівневих комунікаційних стратегій і втручань може призвести до вдалих результатів, при наявності чітко визначеної стратегії впровадження комунікативної діяльності громадського здоров'я.

Здавна медичні записи про пацієнтів ретельно досліджувались та давали

можливість іншим лікарям розуміти причини, наслідки та шляхи подолання хвороб. Загально відомо, що ведення медичних записів було започатковано батьком медичної науки – Гіпократом. Однак з годом медичні записи набули певної структуризації та були унормовані різними нормативно-правовими актами. Сьогодення диктує необхідність в стрімкому обміні інформацією, отже все більшого поширення набувають електронні медичні записи (ЕМЗ). Інформація, що була внесена через ЕМЗ в подальшому широко використовується лікарем, іншим медичним персоналом, самим пацієнтом, адміністрацією закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) органами державної та місцевої влади. Використання таких записів є важливим джерелом для планування як медичної допомоги окремому пацієнту, так і системного планування розвитку ЗОЗ, мережі ЗОЗ на відповідній території та в країні, планування фінансування як окремих ЗОЗ так і загального бюджету охорони здоров'я [228].

Стрімка цифровізація медицини в усьому світі та зміни, які відбуваються в охороні здоров'я України в наслідок реформи, призвели до значного підвищення значення використання та впровадження Медичних інформаційних систем, які дають можливості з одного боку передавати дані від ЗОЗів до Центральної бази даних (ЦБД) НСЗУ, а з іншого боку дають змогу автоматизувати діяльність лікувального закладу, зберігати ЕМЗ пацієнта, а також дають ключ до організаційної роботи.

Тим не менш, в усьому світі та в Україні залишається значна кількість питань пов'язаних з публічним управлінням та публічним адмініструванням ЕМЗ та використання МІС, враховуючи складні юридичні аспекти зберігання, передачі та використання персональних даних в електронній формі. Отже, важливу роль відіграє перегляд залученості держави, органів виконавчої влади та суспільства у розвитку та впровадженні МІС в сучасну електронну медицину [228].

При аналізі останніх публікацій, слід відзначити, що більшість з них було зроблено до 2017 року, тобто до прийняття Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», а від так до запуску реформи охорони здоров'я розглядають іншу модель реформування охорони

здоров'я України, яка однак так і не набула чинності, а від так і запропонована модель публічного управління та адміністрування МІС не відповідає сучасним потребам [214], О.П. Мінцер (2012) [120].

В.О. Качмар (2010) розглядає МІС виключно відповідно до їх функцій зберігання інформації про пацієнта та адміністрування роботи ЗОЗ без забезпечення виходу інформації за межі лікувального закладу [68].

А.І. Хвищун, В.О. Качмар (2009) розглядають роботу МІС в межах однієї територіальної одиниці, не позиціонуючи цю ситуацію на усю країну та не розглядаючи передачу персональних даних в різні органи виконавчої влади [257]. Таким чином можна відслідкувати основні тенденції в дослідженні МІС до 2017 року: здебільшого як інструменту для роботи в межах ЗОЗ; у кращому разі масштабуючи на територіальну одиницю; найчастіше в межах одного міста.

Тектонічні зміни, які були започатковані реформою охорони здоров'я повністю змінили роль МІС, а отже призвели до заміни наративу наукових публікацій в цій галузі. Однак і досі ряд дослідників, таких як О.С. Самборський, В.М. Островерхов (2009) [221], М.П. Данильчук (2019) [34], Т.А. Зайцева, Т.О. Пилипенко (2017) [56], К. Копняк (2017) [94] та багато інших дослідників все ще розглядають МІС виключно в межах автоматизації роботи ЗОЗ та зберігання інформації про пацієнта.

Однак слід зазначити, що багато авторів вже розглядають сучасні проблеми впровадження МІС. Так С.В. Тимчик, Н.В. Тітова, В.Е. Кривносос, О.С. Козоріз, Д.М. Барановський, М.В. Бачинський та ін. (2017) розглядають важливість для впровадження МІС їхньої інтераперабельності (можливість взаємодіяти з іншими МІС та базами даних) функціональної повноти та зручності для кінцевого користувача – медичного працівника [114].

Л. Квасній та О. Килівник (2020) розглядаючи стан впровадження МІС в умовах медичної реформи та наголошують на необхідності удосконалення нормативно-правової бази, яка формує стратегію інформаційної політики для всіх медичних закладів, однак не вказуючі на загально державні процеси в цьому напрямку [69].

А.І. Онда (2020) розглядає як структуру самої інформаційної системи, так і механізм її впровадження у практику лікаря. Узагальнюючи та даючи рекомендації щодо можливостей лікаря, пацієнта, лікувального закладу та держави, які можуть вплинути на підвищення якості медичної допомоги в Україні, не враховується публічне управління та адміністрування в цьому питанні [128].

О.І. Лещенко, Г.С. Бондаренко, В.І. Пенязенко (2017) та співавтори підіймають важливе питання щодо захисту інформації в МІС, особливо за умов передачі її до ЦБД, однак не розглядають аспекти публічного управління впровадження захисту такої інформації [103]. Нехтування такими питаннями може призвести до дуже негативного впливу, особливо вважаючи на те, що за твердженням Сєдої Ю.С. упродовж останніх трьох років на інформресурси органів державної влади України було здійснено більше 7 тисяч кібератак [231].

Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» зазначено, що МІС є невід'ємною складовою ЕСОЗ, яка забезпечує автоматичний обмін інформацією, даними та документами через відкритий програмний інтерфейс з ЦБД [161]. Постанова КМУ №410 від 25 квітня 2018 року визначає обов'язковість ведення документообігу, пов'язаного з укладенням, зміною, виконанням та припиненням договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій через електронну систему охорони здоров'я, такі договори укладаються в електронному вигляді з дотриманням вимог законодавства про електронні документи та електронний документообіг. Наказ МОЗ України від 28.02.2020 № 586 «Про затвердження Порядку направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я та фізичних осіб - підприємців, які в установленому законом порядку одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та надають медичну допомогу відповідного виду» визначає обов'язковість для всіх ЗОЗ та ФОП внесення записів про направлення до електронної системи охорони здоров'я. Відповідно до визначення наданого МОЗ України «МІС - це спеціалізований тип програмного забезпечення для інформатизації закладів

охорони здоров'я та автоматизації робочих місць їх працівників (Також іноді можуть використовуватися назви ГІС (госпітальна інформаційна система). Оператор МІС – юридична особа, що є власником авторських прав на МІС або має офіційне право розповсюджувати (продавати) МІС» [268].

Використання МІС для обміну інформації з ЦБД та впровадження відповідних фінансових механізмів є світовим трендом.

В світовій практиці Медичні (госпітальні) інформаційні системи були вперше впроваджені в 1960 роках. О.В. Балусьва (2006) виділяє чотири основні напрямку розвитку моделей самих інформаційних систем: центристські (або централізовані), гібридні, децентралізовані та інтероперабельні [6]. Нормативне врегулювання та нагальна необхідність на рівні публічного управління в таких системах створена лише в 2018 році з прийняттям Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та концепції розвитку охорони здоров'я [161]. В Україні прийнята за основу дворівнева модель: ЦБД повністю забезпечена на державному рівні, в якій накопичуються дані, що доступні для МОЗ, НСЗУ, надавачів медичних послуг та інших державних інституцій. Медичні інформаційні системи, які виступають периферійною частиною медичної ІКТ-екосистеми, та відповідають за передачу даних до ЦБД та зберігання та аналіз цих даних на рівні ЗОЗ.

На рівні ЦБД забезпечується збір та зберігання тієї інформації, яку держава потребує для успішного управління та висвітлення інформації (публічні данні) щодо сфери охорони здоров'я. До цієї інформації відносяться як данні, які необхідні для сплати за програмою медичних гарантій закладам (кількість пацієнтів, які були проліковані у звітному періоді). Так і дані, які НСЗУ та МОЗ потребує для моніторингу виконання умово договорів між ЗОЗ та замовником, яким виступає НСЗУ (кількість медичного персоналу ЗОЗ, методи лікування, інтервенції, лабораторні дослідження тощо). Таким чином ЦБД є тим необхідним інструментом, що дозволяє керувати ресурсами на рівні системи, отримувати та висвітлювати за допомогою публічних даних цільові показники здоров'я населення, що в першу чергу відображається на бюджетних запитах. Однак

використання та публікація таких даних, зібраних за допомогою МІС, значною мірою виплаває на публічне адміністрування та управління ЗОЗ органами місцевої влади, які мають можливості за допомогою відкритих даних визначити, які компоненти медичної допомоги потребують покращення або скорочення.

Розвиток МІС в Україні забезпечують приватні організації, тож, як і будь які приватні організації, вони в першу чергу, спрямовані на конкурентне середовище та отримання прибутку. Для цього МІС повинен бути привабливим для ЗОЗ, забезпечити всі обов'язкові завдання (передача даних до ЦБД), а також завдання, які необхідні для успішного функціонування ЗОЗ (накопичення та аналіз медичної інформації локального рівня тощо). Також в МІС може бути реалізовано будь який додатковий функціонал (карти призначень, анестезіологічна карта, штатний розпис, графік чергувань медичного персоналу тощо).

На рівні МІС може бути реалізовано аналіз, обробка та публікація інформації, яка не є необхідною для керування системи охорони здоров'я на державному рівні, але вкрай необхідна для керівника закладу для підвищення ефективності та для місцевої влади і громадськості задля здійснення контролю та публічного адміністрування, наданням медичної допомоги на відповідній території. Адже органи місцевого самоврядування повинні забезпечити доступність медичної послуги для мешканців своєї території [188].

Світова тенденція вказує на те, що регуляторні акти та законодавчі ініціативи створюють тиск на надавачів медичної допомоги в усьому світі щодо створення уніфікованого варіанту ЕМЗ для розвитку сфери охорони здоров'я. Так, наприклад, в ЄС існує промоція єдиного електронного стандарту ЕМЗ. В *Індії* вже оприлюднено план базових засад цифрової медичної ідентифікації та кроссплатформеного відкритого програмного інтерфейсу. За словами Йєн Куантай (2020) *Китай* також розробляє подібний план [514]. Обов'язковість відкритого програмного інтерфейсу (API) для будь якої МІС в Україні визначено Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [161].

Важливим є те, що виробники МІС в Україні не обмежені якимись

обраними функціями, що складають базову потребу закладу, а можуть реалізовувати будь які додаткові функціональні можливості, які з одного боку підвищують автоматизацію процесів та роблять МІС більш привабливою для користувачів та підвищують її конкурентноспроможність.

Важливою вимогою до МІС є її високий ступень захищеності, адже на відміну від іншого програмного забезпечення, яке використовується в ЗОЗ (бухгалтерського, господарського, кадрового) на МІС покладено збереження та обробка чутливої – персональної інформації. Отже, кожен МІС, що офіційно використовується медичними установами для співпраці НСЗУ, повинен мати атестат відповідності комплексної системи захисту інформації (КСЗІ) [161].

Публічне адміністрування ЗОЗ в даному випадку повинно бути зосереджено на виборі оптимальної МІС, адже МІС закуповується на публічні кошти. Саме тому важливо широке залучення громадськості, як у вигляді наглядової ради закладу, так і громадських організацій [158]. Головним питанням при виборі МІС є підключення до ЦБД, адже на сьогодні в Україні може існувати велика кількість МІС, які вже розроблені, але по різних причинах не пройшли верифікації з ЕСОЗ. При виборі МІС можна ознайомитись з переліком підключених до ЦБД МІС на сайті ДП «Електронне здоров'я» <https://ehealth.gov.ua/pidklyucheni-do-ehealth-mis/>. Відповідно до інформації від ДП «Електронне здоров'я» для верифікації в ЕСОЗ до МІС ставиться перелік умов:

1. Адміністративний модуль надавача медичних послуг первинної медичної допомоги, спеціалізованої медичної допомоги або аптечного закладу – це основний робочий модуль МІС, який дає можливість реєструвати аптеки, укладати договори з НСЗУ, реєструвати медичний персонал, а головне надавати звітність в ЕСОЗ та отримувати фінансування закладами.

2. Робоче місце лікаря – дає можливість проводити роботу з деклараціями про вибір лікаря, що надає первинну медичну допомогу, вносити електронні медичні записи, виписувати електронний рецепт за програмою реімбурсації «Доступні ліки», роботу з діагностичними звітами, виписувати е-направлення, обробляти та погашати е-направлення.

3. Робота з записами про пацієнтів - включає функціонал по роботі з записами ідентифікованих пацієнтів та неідентифікованих пацієнтів; приєднання записів неідентифікованого пацієнта до ідентифікованого.

Доступ до даних [147].

Від ЕСОЗ для роботи МІС постійно оновлюються вимоги, зокрема затверджені оновлені технічні вимоги для МІС, в яких описано новий функціонал до впровадження, а саме модулі «Медичні висновки» та «Процедури». Однак слід зазначити, що ДП «Електронне здоров'я» не зобов'язує МІС розробляти весь доступний функціонал, дане рішення приймається кожним Оператором МІС самостійно. Однак, на критично важливі функції тестування проводиться постійно, і якщо Оператор МІС вчасно не розробить функції відповідно до оновлених вимог, МІС може бути відключена від ЦБД.

Інформаційні джерела органів влади та громадських організацій містять аналітичні матеріали щодо розуміння системи охорони здоров'я та інших систем в сфері охорони здоров'я. Так, електронна система охорони здоров'я (2018) аналізується з позиції виконання завдань: забезпечення можливості використання пацієнтами електронних сервісів для реалізації їх прав за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення; автоматизація ведення обліку медичних послуг і управління медичною інформацією; запровадження електронного документообігу у сфері медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій. До елементів електронної системи охорони здоров'я відносять: центральну базу даних та електронних медичних інформаційних систем, між якими забезпечено автоматизований обмін інформацією; дані та документи через відкритий програмний інтерфейс (API) [52].

Інформаційні джерела органів влади та громадських організацій містять аналітичні матеріали щодо розуміння системи охорони здоров'я та інших систем в сфері охорони здоров'я. Так, електронна система охорони здоров'я (2018) аналізується з позиції виконання завдань: забезпечення можливості використання пацієнтами електронних сервісів для реалізації їх прав за програмою державних

гарантій медичного обслуговування населення; автоматизація ведення обліку медичних послуг і управління медичною інформацією; запровадження електронного документообігу у сфері медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій. До *елементів електронної системи охорони здоров'я* відносять: центральну базу даних та електронних медичних інформаційних систем, між якими забезпечено автоматизований обмін інформацією; дані та документи через відкритий програмний інтерфейс (API) [52].

П.М. Клименко, С.М. Ханенко, Т.В. Бутківська, Г.В. Гусева, І.Д. Шкробанець та ін. (2018) характеризують *стратегію електронного здоров'я*. Вони зазначають, що вона *не є стратегією інформаційних технологій*, а є *напрямком для клінічних змін і перетворень, підтримуваних технологією*. Ключовим елементом її створення вважається національне бачення *електронної охорони здоров'я*. Метою створення *електронної охорони здоров'я України* є отримання обґрунтованої і достовірної інформації, що повинна бути основою для прийняття рішень по всіх блоках системи охорони здоров'я. *Електронна охорона здоров'я* - комплекс програмно-технічних засобів і технологій пов'язаних між собою засобами передачі даних, об'єднаних спільною ідеологією, підходами класифікаторами та іншими засобами, що забезпечують цілісну структуру управління охороною здоров'я на основі єдиних процедур збору, обробки, агрегації та аналізу даних і інформації [58].

Основними *пріоритетами в розвитку електронної охорони здоров'я в Україні*, на думку авторів публікації, повинні бути:

- створення державного та регіональних дата-центрів, де держава візьме на себе відповідальність за збереження і поширення інформації про пацієнта, захист інформації про нього, створення прозорих «правил гри» на ринку електронних медичних послуг;
- створення стандартів зберігання, передачі інформації в електронній системі охорони здоров'я;
- проведення постійної роботи щодо гармонізації міжнародних стандартів з

медичної інформатики, що дасть можливість здійснення взаємозв'язків між усіма державними та приватними закладами та установами охорони здоров'я в Україні та за кордоном;

- інформація про здоров'я, яка доступна кожному пацієнтові, де б він не знаходився, інформацією, можна обмінюватися належним чином (кожен українець має право мати електронний запис про своє здоров'я; пацієнти та споживачі матимуть доступ до своєї інформації про здоров'я в будь-який час в Інтернеті та через мобільні додатки);

- отримання високоякісних статистичних даних про стан здоров'я населення України та діяльність системи охорони здоров'я, які можна використовувати з упевненістю для здійснення прогнозування та планування роботи галузі;

- краща доступність до рецептів та інформації про ліки (пацієнти та постачальники медичних послуг в Україні повинні мати безпечне та зручне цифрове управління ліками; всі пацієнти та медичні працівники повинні мати доступ до комплексної інформації про їх призначені та наявність ліків через систему електронних рецептів);

- методи спостережень за цифровими параметрами стану здоров'я пацієнтів, які підвищують доступність, якість, безпеку та ефективність;

- підготовка працівників, які впевнено використовують цифрові медичні технології для забезпечення здоров'я та догляду [58].

Інформаційні джерела органів влади та громадських організацій містять аналітичні матеріали щодо розуміння системи охорони здоров'я та інших систем в сфері охорони здоров'я. Так, електронна система охорони здоров'я (2018) аналізується з позиції виконання завдань: забезпечення можливості використання пацієнтами електронних сервісів для реалізації їх прав за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення; автоматизація ведення обліку медичних послуг і управління медичною інформацією; запровадження електронного документообігу у сфері медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій. До елементів електронної системи охорони здоров'я відносять: центральну базу даних та електронних медичних

інформаційних систем, між якими забезпечено автоматизований обмін інформацією; дані та документи через відкритий програмний інтерфейс (API) [52].

Інформаційні джерела органів влади та громадських організацій містять аналітичні матеріали щодо розуміння системи охорони здоров'я та інших систем в сфері охорони здоров'я. Так, електронна система охорони здоров'я (2018) аналізується з позиції виконання завдань: забезпечення можливості використання пацієнтами електронних сервісів для реалізації їх прав за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення; автоматизація ведення обліку медичних послуг і управління медичною інформацією; запровадження електронного документообігу у сфері медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій. До елементів електронної системи охорони здоров'я відносять: центральну базу даних та електронних медичних інформаційних систем, між якими забезпечено автоматизований обмін інформацією; дані та документи через відкритий програмний інтерфейс (API) [52].

П.М. Клименко, С.М. Ханенко, Т.В. Бутківська, Г.В. Гусева, І.Д. Шкробанець та ін. (2018) характеризують *стратегію електронного здоров'я*. Вони зазначають, що вона *не є стратегією інформаційних технологій*, а є *напрямком для клінічних змін і перетворень, підтримуваних технологією*. Ключовим елементом її створення вважається національне бачення *електронної охорони здоров'я*. Метою створення *електронної охорони здоров'я України* є отримання обґрунтованої і достовірної інформації, що повинна бути основою для прийняття рішень по всіх блоках системи охорони здоров'я. *Електронна охорона здоров'я* - комплекс програмно-технічних засобів і технологій пов'язаних між собою засобами передачі даних, об'єднаних спільною ідеологією, підходами класифікаторами та іншими засобами, що забезпечують цілісну структуру управління охороною здоров'я на основі єдиних процедур збору, обробки, агрегації та аналізу даних і інформації [58].

Основними *пріоритетами в розвитку електронної охорони здоров'я* в

Україні, на думку авторів публікації, повинні бути:

- створення державного та регіональних дата-центрів, де держава візьме на себе відповідальність за збереження і поширення інформації про пацієнта, захист інформації про нього, створення прозорих «правил гри» на ринку електронних медичних послуг;
- створення стандартів зберігання, передачі інформації в електронній системі охорони здоров'я;
- проведення постійної роботи щодо гармонізації міжнародних стандартів з медичної інформатики, що дасть можливість здійснення взаємозв'язків між усіма державними та приватними закладами та установами охорони здоров'я в Україні та за кордоном;
- інформація про здоров'я, яка доступна кожному пацієнтові, де б він не знаходився, інформацією, можна обмінюватися належним чином (кожен українець має право мати електронний запис про своє здоров'я; пацієнти та споживачі матимуть доступ до своєї інформації про здоров'я в будь-який час в Інтернеті та через мобільні додатки);
- отримання високоякісних статистичних даних про стан здоров'я населення України та діяльність системи охорони здоров'я, які можна використовувати з упевненістю для здійснення прогнозування та планування роботи галузі;
- краща доступність до рецептів та інформації про ліки (пацієнти та постачальники медичних послуг в Україні повинні мати безпечне та зручне цифрове управління ліками; всі пацієнти та медичні працівники повинні мати доступ до комплексної інформації про їх призначені та наявність ліків через систему електронних рецептів);
- методи спостережень за цифровими параметрами стану здоров'я пацієнтів, які підвищують доступність, якість, безпеку та ефективність;
- підготовка працівників, які впевнено використовують цифрові медичні технології для забезпечення здоров'я та догляду [58].

Станом на початок травня 2021 року до ЦБД підключено 44 МІС. Така ситуація насправді відповідає світовому досвіду розвитку електронної охорони

здоров'я: спочатку з'являється дуже велика кількість МІС, які за декілька років скорочуються та зникають з ринку, і в решті решт скорочується до найбільш стійких, які максимально відповідають потребам ЗОЗ [249].

Таким чином, можна відзначити високу наповненість ринку медичних інформаційних систем, однак на думку В.Г. Теренюка (2018) сучасний стан речей не стимулює керівників ЗОЗ до впровадження тих МІС, які дають широкий функціонал для покращення діяльності закладу, а тільки в мінімальному обсязі функцій, які потребують дані в ЦБД для реалізації основної функції НСЗУ – забезпечення державних фінансових гарантій [246]. Таким чином, при наявності потужного інформаційного інструменту для покращення та розбудови доступності медичної допомоги на території, а ні керівники закладів, а ні органи місцевого самоврядування не використовують його, що обумовлено значною кризою публічного управління. Сучасна зміна регуляторних механізмів роботи ЗОЗ (замість жорсткої регуляції згори, перехід до автономізації) повинен значно стимулювати механізми публічного адміністрування на місцевому рівні. Для подальшого розвитку медичних інформаційних систем в управлінні та адмініструванні слід залучити як органи місцевого самоврядування, так і громадськість (як у вузькому плані – наглядова рада ЗОЗ, так і в широкому пацієнтські організації). Відповідно, і керівники повинні змінити свій світогляд та бути направлені на розвиток свого закладу, як конкурентно спроможного підприємства. А для цього необхідно розуміння та аналіз процесів, які є критичними для закладу, а також співпраця з пацієнтським та громадськими організаціями, благодійниками та міжнародними партнерами. Ці напрямки можуть бути втілені завдяки аналітичним потужностям МІС. Наявність потужних ІКТ та аналітичних засобів не є гарантією їх використання в ЗОЗ [250].

Сьогодення диктує нові умови фінансування закладів в Україні відповідно до реформи, яка швидко розвивається. Відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [161], а також низьку нормативно-правових актів оплати ідуть виключно за пацієнтом. Тобто кожен ЗОЗ для отримання коштів повинен звітувати перед єдиним стратегічним

закупівельником, яким виступає НСЗУ. Відповідно до нормативно-правових актів документообіг щодо укладення, зміни, виконання та припинення договорів між ЗОЗ та НСЗУ про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій здійснюється виключно через електронну систему охорони здоров'я. Укладання та звітування за договорами ведеться в електронному вигляді з дотриманням вимог законодавства про електронні документи та електронний документообіг. Крім того з 1 січня 2021 року для всіх ЗОЗ та ФОП внесення записів про направлення до електронної системи охорони здоров'я є обов'язковим. Отже, кожен заклад має впровадити в свою роботу МІС, що найбільш відповідає його можливостям та потребам.

НСЗУ визначає мінімально-обов'язковий обсяг даних для медичних записів первинної та спеціалізованої медичної допомоги, однак для отримання конкурентних переваг МІСи можуть часто пропонувати більший обсяг можливостей, таким чином краще задовольняючи потреби ЗОЗ. Рутинне використання МІС та ЕМЗ зроблять медичну документацію більш повною, що в решті-решт дозволить відмовитися від ведення паперових медичних форм, визначених МОЗ.

Однак все ще зберігається питання щодо електронного підпису громадянина, так сьогодні не можливо відмовитись від паперових форм первинної облікової документації, таких як «Карта виїзду швидкої медичної допомоги», «Інформована згода на хірургічне втручання», «інформована згода на проходження тесту на ВІЛ», «інформована згода на вакцинацію» та інші, адже вони вимагають особистого підпису пацієнта або його представника.

Висновки до розділу 2

З'ясовано, що всі основні теорії комунікацій є підґрунтям для комунікативної діяльності суб'єктів публічного адміністрування та сфери охорони здоров'я. Ці теорії є методологічною основою для комунікативної діяльності публічного адміністрування сферою охорони здоров'я. На основі цих

теорій розроблено низку загальних моделей комунікацій, які також є методологічною складовою для формування моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні сферою охорони здоров'я. Сучасна парадигма комунікацій має достатньо широкий дискурс.

Основні характеристики публічного управління, в тому числі сферою охорони здоров'я, розглядались як індикатори для виокремлення основних комунікативних теорій, зокрема: прийняття рішень; залучення неурядових партнерів до вирішення проблем в сфері публічного адміністрування; впровадження публічно-управлінських рішень; управління персоналом; надання публічних та адміністративних послуг.

Виокремлено найбільш уживані українськими науковцями зарубіжні теорії, які часто використовуються для характеристики комунікацій та комунікативної діяльності в публічному адмініструванні, до яких віднесено наступні теорії: АСТ Дж.Р. Андерсона; комунікації акомодатії/комунікаційна акомодатія Г. Джайлза; розриву в знаннях Ф.Дж. Тіченора; дифузії теорії інновацій Е. Роджерса; виключених/вимкнених груп; зараження Г. Ле Бона; творчості у групах; групового мислення Дж. Ірвінга; аргументації В. Тулміна; когнітивного дисонансу Л. Фестінгера; міжособистісної комунікації; інтерпретаційна та інтеракційна теорії міжособистісної комунікації; встановлення порядку денного М. МакКомбс і Д.Л. Шоу; авторитарна; катарсисна теорія масової комунікації; лібертаріанська теорія як різновид «нормативних теорій преси»; обмежених ефектів П. Лазарсфельда; сенсу медіа-зображення М. ДеФлера і Т.Плаксна; едіазалежності С. Болл-Рокач і М. ДеФлер; медійності Робінсона; багатства медіаможливостей Дафта і Ленгела; медіа М. Маклюєна теорія медіа); використання та задоволення; непередбачених обставин; організаційної інформації К. Едварда Вейк; систем фон Берталанфі та Р. Ешбі.

Виявлено, що в зарубіжній науці та практиці використовується категоріальний апарат відмінний від української науки та практики, зокрема: «комунікація громадського здоров'я»; «комунікація громадської охорони здоров'я»; «комунікація ліквідації медичної неграмотності»; «комунікація

здорового способу життя» та ін.

Авторська систематизація комунікацій в публічному адмініструванні охороною здоров'я стосується наступних напрямків: комунікація адміністративного апарату з громадськістю; комунікація лікувальних закладів з громадськістю; ліквідація медичної неграмотності; комунікація медичних працівників з пацієнтами та медичних працівників між собою.

Аналіз зарубіжних наукових джерел дає можливість виокремити проблеми відмінності розуміння комунікацій у зарубіжній та вітчизняній науці. В останній акцент робиться на управлінські комунікації суб'єктів державного управління. У зарубіжній літературі йдеться здебільшого про запровадження сучасних інформаційно-комунікаційних технологій і побудові комунікативної діяльності на цій основі, яку називають «медичною комунікацією». Акцент робиться також на дистанційних комунікаціях з використанням сучасних цифрових-інформаційних технологій.

Виходячи з проведеного дослідження автором дисертації надається визначення категорії «комунікативна діяльність в публічному адмініструванні охороною здоров'я» як системи цілеспрямованих впливів суб'єктів публічного адміністрування, яка має декілька складових: цільову (наявність домінуючої мети в державній політиці щодо сфери охорони здоров'я, її системи та громадського здоров'я); виконавчу (реалізацію державної політики в сфері охорони здоров'я з залученням суспільства, створенням нової системи відносин); мотиваційну (зв'язки з суспільством, залучення до спільної розробки документів з проблем охорони здоров'я, побудови внутрішніх взаємозв'язків між суб'єктами публічного адміністрування), - і реалізується шляхом використання методів комунікативних впливів задля побудови взаємовідносин з суспільством з вирішення проблем охорони здоров'я.

Надано авторське визначення медичної комунікації як переплетення:

- державної політики у сфері охорони здоров'я (стратегічні плани, закони, фінансові зобов'язання, судочинство);
- інституційних директив (рівність і нагляд за рівнем охорони здоров'я);

- структури охорони здоров'я (географічний розподіл та доступ до медичних послуг);
- професійної освіти та навчання (підготовка фахівців з комунікацій в публічному управлінні охороною здоров'я);
- процесу охорони здоров'я (розподіл послуг, інформація та місця її поширення, цільові програми навчання пацієнтів, міжособистісні та міжгрупових відносини);
- етносоціальних реалій (соціально-економічний стан та рівень медичної грамотності суспільства).

З'ясовано, що в зарубіжній науці і практиці основна увага приділяється інформативно-цифровим технологіям, які мають універсальність використання для широких комунікацій з громадськістю, пацієнтами, лікарями.

Окремим типом комунікацій виступає телемедичні та телеметричні консультації, які дають можливість налагодити зв'язок між пацієнтом та усіма акторами медичного процесу. На думку автора дисертації для врахування всіх питань пов'язаних з консультуванням через засоби дистанційного консультування необхідно розширити визначення терміну «телемедицина» та викласти його в такому вигляді: Телемедицина - комплекс дій, технологій та заходів, що застосовуються під час надання медичної послуги або реабілітаційної допомоги пацієнту з використанням інформаційно-комунікаційних технологій для обміну медичною інформацією між медичними працівниками або медичним працівником та пацієнтом в електронній формі через захищені цифрові канали. Телемедична служба – є одним з важливих елементів комунікативної діяльності при наданні медичної і немедичної допомоги населенню, які не тільки піддаються державному регулюванню, а й потребують певного публічного адміністрування за умов децентралізації.

Широкі комунікації з громадськістю забезпечуються завдяки мас-медіа, які щільно інтегровані в комунікації громадського здоров'я, та комунікації громадської охорони здоров'я і можуть виступати як частина адвокації політики в сфері охорони здоров'я, так і в якості потужного освітнього інструменту з

розподілення повідомлень на групи: вибору здорового способу життя; запобігання хвороб.

Комунікації з ліквідації медичної неграмотності вважаються досить новим концептом в промоції публічного здоров'я, відповідно відношення громадськості до цього напрямку є недостатньо серйозним. Такі комунікації є новою формою взаємовідносин з мас-медіа.

Особливим типом комунікації через мас-медіа є використання соціальних мереж, що дає можливість кінцевому користувачу інформації активно долучитись до обговорення.

Відносно новою є ідея зміни підходів з формування базових комунікаційних навичок для окремого медичного працівника, що потребує постійного вдосконалення на введення гідлайнів з комунікації, які можуть бути застосовані на рівні лікувального закладу і дадуть можливість підтримувати якісні комунікації між лікарем та пацієнтом.

Виявлено, що найкращою стратегією в підтримці пацієнтів з хронічною патологією є комунікації за допомогою предналаштованих комп'ютерних програм, що звільняє лікаря від зайвої роботи, та дає можливість значно автоматизувати комунікації з цією групою пацієнтів.

В українській науковій думці робляться акценти не тільки на високому впливі комунікації на результати лікування, а й на якість публічного адміністрування в сфері охорони здоров'я та публічного здоров'я. Автором дисертації наукові дослідження класифіковані щодо:

- ролі ефективних процедур участі громадськості під час формування та реалізації державної політики;
- участі громадськості, принципів та організації процесу прийняття рішень;
- запровадження міжнародних стандартів публічних консультацій, які можуть виступати дієвими інструментами в публічному управлінні при налагодженні взаємодії органів публічної влади та інститутів громадянського суспільства.

Встановлено, що серед вітчизняних дослідників відсутні комплексні

методологічні дослідження з питань проблематики проведення консультацій із громадськістю у сфері охорони здоров'я в Україні. Втім, є широкий спектр досліджень щодо: впливу інформаційно-комунікаційних технологій як важливої складової розвитку громадського здоров'я в Україні; ролі соціальних мереж в комунікативній діяльності держави у впровадженні засад громадського здоров'я;

Для української практики притаманна ситуація *інформаційного розриву*, оскільки на адміністративному рівні попри створення адміністративних установ для вирішення проблем інформування, комунікації, інформатизації тощо, не вказується і не визначається як саме буде формуватися комунікативна діяльність, та яка структура буде відповідальною за формування комунікативної стратегії. Попри це велика кількість публікацій, інформаційних, аналітичних джерел присвячена питання інформатизації та запровадження електронної медицини як нової форми взаємодії.

Не можна говорити про повне перенесення зарубіжного досвіду, який може зруйнувати систему надання медичної допомоги. Втім, є значний зарубіжних досвід комунікативної діяльності в громадському здоров'ї, а його порівняння та співвіднесення з українською практикою дасть можливість сформулювати теоретико-прикладні засади розвитку громадського здоров'я.

РОЗДІЛ 3

МОДЕЛІ КОМУНІКАЦІЙ В АСПЕКТІ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Моделі комунікацій як підґрунтя вироблення методології комунікативної діяльності в сфері охорони здоров'я

Становлення моделей комунікацій має свою історію та особливості застосування. Є різні підходи і погляди у науковців, та у фахівців-практиків щодо використання певної моделі для вирішення визначеної проблеми чи групи проблем.

Сучасні підходи до моделей комунікацій різняться. Одні публікації визначають три сучасні моделі комунікації:

Лінійна модель комунікації «передавальна модель зв'язку» - лінійний односторонній процес, в якому відправник цілеспрямовано передає повідомлення одержувачу. Ця модель зосереджена на відправнику та повідомленні під час спілкування. Хоча одержувача включено в модель, ця роль розглядається як мета або кінцева точка, а не як частина поточного процесу [327].

Інтерактивна модель комунікації описує комунікацію як процес, у якому учасники по чергові мають позиції відправника та одержувача і генерують значення, надсилаючи повідомлення та одержуючи зворотний зв'язок у фізичному та психологічному контекстах. Інтерактивна модель включає зворотний зв'язок, що робить спілкування більш інтерактивним, двостороннім процесом. Зворотній зв'язок включає повідомлення, надіслані у відповідь на інші повідомлення. Інтерактивна модель також менш орієнтована на повідомлення і більше орієнтована на взаємодію, і більше стосується самого процесу комунікації. Ця модель визнає, що одночасно надсилається стільки повідомлень, що багато з них можуть навіть не бути отримані. Деякі повідомлення також надсилаються ненавмисно. Тому комунікація не вважається ефективною чи неефективною в цій моделі на основі того, чи було успішно передане та отримане

одне повідомлення. Інтерактивна модель враховує фізичний і психологічний контекст. Фізичний контекст включає фактори навколишнього середовища в комунікаційній зустрічі. Розмір, планування, температура та освітлення простору впливають на наше спілкування. Психологічний контекст включає в себе психічні та емоційні фактори спілкування. Стрес, тривога та емоції – це лише деякі приклади психологічних впливів, які можуть вплинути на наше спілкування [327].

Трансакційна модель комунікації описує комунікацію як процес, у якому комунікатори створюють соціальні реалії в соціальному, реляційному та культурному контекстах. У цій моделі комунікація відбувається не лише для обміну повідомленнями; а для того, щоб створювати стосунки, утворювати міжкультурні альянси, формувати уявлення людини про себе та брати участь у діалозі з іншими для створення спільнот. Ролі відправника та одержувача в транзакційній моделі комунікації суттєво відрізняються від інших моделей. Замість того, щоб позначати учасників як відправників і одержувачів, людей у спілкуванні називають комунікаторами. На відміну від інтерактивної моделі, яка передбачає, що учасники чергують позиції відправника та одержувача, модель транзакції передбачає, що ми одночасно є відправниками та одержувачами [327].

Модель транзакції, як зазначає Кріс Дрю (2020) також включає більш складне розуміння контексту. Модель взаємодії зображує контекст як фізичні та психологічні впливи, які посилюють або перешкоджають комунікації. Хоча ці контексти важливі, вони зосереджені на передачі та отриманні повідомлень. Оскільки трансакційна модель розглядає комунікацію як силу, яка формує нашу реальність до та після того, як відбуваються конкретні взаємодії, вона повинна враховувати контекстні впливи за межами однієї взаємодії. Для цього модель транзакцій розглядає, як соціальні, реляційні та культурні контексти формують і впливають на наші спілкування [351].

Соціальний контекст відноситься до встановлених правил або невикладених норм, які керують спілкуванням. *Норми* - це соціальні умовності, які ми засвоюємо шляхом спостереження, практики та методу проб і помилок. Контекст

відносин включає попередню міжособистісну історію та тип стосунків, які є з людиною. *Культурний контекст* включає різні аспекти ідентичності, такі як раса, стать, національність, етнічна приналежність, сексуальна орієнтація, клас і здібності [351].

В інших джерелах класифікуються моделі за авторством розробників.

Модель комунікації Аристотеля складається з 5 основних елементів: доповідач; промова; випадок; аудиторія; ефект. Спікер відіграє важливу роль у публічних виступах. Доповідач повинен підготувати свою промову та аналізувати потреби аудиторії, перш ніж вийти на сцену. Його слова повинні впливати на свідомість аудиторії та переконувати її думки щодо нього [291].

Модель комунікації SMCR Берло не є специфічною для якогось конкретного спілкування і включає в себе ряд факторів для кожного з елементів: джерело (розташоване там, де походить повідомлення); комунікативні навички (вміння людини спілкуватися); ставлення (включає ставлення до аудиторії, суб'єкта та до себе); знання (спілкування також означає, що особа має бути обізнаною з предмета чи теми); соціальна система (соціальна система включає в себе різні аспекти суспільства, такі як цінності, вірування, культура, релігія та загальне розуміння суспільства; саме там відбувається спілкування); культура (культура певного суспільства також відноситься до соціальної системи) [301].

Згідно з цією моделлю, люди можуть спілкуватися тільки в тому випадку, якщо вищезазначені вимоги виконуються в належній або адекватній пропорції: кодер (відправник повідомлення, звідки воно походить, називається кодером); зміст (тіло повідомлення, від початку до кінця, містить його зміст); елементи (включає різні речі, такі як мова, жести, мова тіла тощо; вони становлять усі елементи певного повідомлення; будь-який контент супроводжується деякими елементами); обробка (стосується способу передачі повідомлення); структура (стосується того, як воно влаштовано; як люди структурують повідомлення на різні частини); код (відноситься до засобів, за допомогою яких воно надсилається і в якій формі); канал (відноситься до п'яти

органів чуття); декодер (отримувач повідомлення, який його декодує); одержувач (повинен продумати весь зміст і елементи джерела, щоб ефективно спілкуватися/відповідати відправнику) [301].

За моделлю Берло для ефективної комунікації джерело і одержувач повинні бути на одному рівні. Тільки тоді спілкування відбудеться або відбудеться належним чином. Отже, джерело і приймач повинні бути подібними. Втім, цю модель критикують, оскільки: не вистачає зворотного зв'язку; ефекти практично невідомі; не згадуються перешкоди для спілкування; немає місця для шуму; досить складна модель; лінійна модель комунікації; для ефективного спілкування потрібно, щоб люди були на одному рівні, що рідко трапляється у повсякденному житті; основним недоліком моделі є те, що вона не використовує мислення, розуміння, аналіз тощо людей [301].

Модель комунікації Де Флера є розширеною версією моделі комунікації Шеннона і Вівера. На основі моделі зв'язку Вестлі і Макліна описує круговий процес спілкування зі зворотним зв'язком від одержувача. Модель Шеннона і Вівера є одностороннім спілкуванням. Вони пояснюють роль шуму в процесі комунікації. Модель Westley & Maclean є двостороннім зв'язком, і вони вперше ввели важливий компонент під назвою «лінійний зворотний зв'язок» у моделі комунікації. De fleur поєднує ці дві моделі і створює нову під назвою «Модель комунікації De Fleur». Де Флер просто розширив модель комунікації Shannon & Weaver, вставляючи пристрій Mass Media, і запропонував, що процес спілкування є круговим, а також додав можливий двосторонній зворотний зв'язок. У всьому цьому процесі спілкування шум може виникати на будь-яких етапах. Де Флер зображує джерело, передавач, приймач і призначення як окремі фази масової комунікації. Також Де Флер вводить – «Пристрій зворотного зв'язку». Цей пристрій зворотного зв'язку допомагає аналізувати цільову аудиторію (як окремо від одержувачів). Одним із важливих аспектів комунікаційної моделі є двосторонній комунікаційний процес. Ця модель є першою, яка впроваджує як двосторонній зворотний зв'язок, так і цільову аудиторію в процесі комунікації [342].

Модель фільтрації відносин Дака передбачає, що люди оцінюють за різними ознаками, щоб судити іншу людину [353].

Модель імовірності розробки (ELM) пояснює, як повідомлення-переконання впливає на зміну ставлення читача або глядача. Переконуванням називають дію, за допомогою якої переконують або змушують когось зробити щось за допомогою міркувань або аргументів. Модель Elaboration Likelihood передбачає, що кожне повідомлення проходить процес переконання двома різними способами: центральним і периферичним маршрутом. Обидва вони є ефективними методами переконання, але кожна з них має свої власні методи, які роблять їх більш оперативними.

Процес переконання через центральний маршрут йде прямо в точку і завершується. Центральний маршрут потребує вдумливого розгляду аргументів, які містяться в повідомленні. Це вимагає більшої участі з боку читача чи глядача. Одержувач повідомлення ретельно аналізує повідомлення і продумує його з усіх можливих кутів. Коли одержувач обробляє повідомлення через центральний маршрут, його активна участь є життєво важливою, а також його мотивацією та здатністю мислити [359].

Модель комунікації Фішера в малих групах одна з лінійних моделей спілкування в малих групах, запропонована Фішером виділяє чотири фази прийняття рішень, кожна з яких описана своєрідним дизайном взаємодії. Для прийняття рішення та виконання діяльності групі необхідно пройти ряд етапів. Прийняття рішень у груповому спілкуванні є дуже важливим фактором, щоб прийти до ідеї одноголосно. У групі прийняття рішень включає рефлексивне мислення та стандартний порядок денний. Його розробив Джон Дьюї. Ретельний системний підхід до проблеми - це рефлексивне мислення, а використання шестиетапного керівництва для прийняття рішення називається стандартним порядком денним:

- ідентифікація проблеми: щоб визначити проблему та знайти причину цієї проблеми;
- аналіз проблеми: аналіз проблеми та визначення сил, які грають у ситуації

групи;

- критерії відбору: визначення цілей остаточного рішення;
- генерація рішень: як група придумайте багато рішень;
- оцінка та вибір рішення: виберіть рішення як критерій;
- реалізація рішення: впровадження рішення

Це модель розвитку, що складається з чотирьох етапів. Проходячи ці етапи, всередині групи виникає згода: орієнтація; конфлікт; виникнення; підкріплення [370].

Теорія поля К. Левіна або «життєвого простору» спрямована на зв'язок між установками та поведінкою в групі чи індивідах. Він використовував назву «охорона воріт», описуючи як блокуються небажані або непотрібні речі за допомогою «воріт». Людина, яка приймає рішення, називається «воротар». «Воротар» вирішує, яку інформацію слід передавати групі чи індивіду, а яку – ні. Тут «воротар» – це ті, хто приймає рішення, які спрямовують на всю соціальну систему. «Воротар» має власний вплив: соціальний, культурний, етичний та політичний. На основі особистого чи соціального впливу вони передають інформацію групі. За допомогою цього процесу захисник видаляє небажану, розумну та суперечливу інформацію, що допомагає контролювати суспільство чи групу та направляти їх на правильний шлях [374].

Загальна модель комунікації Гербнера стосується динамічного характеру спілкування, а також фактору, що впливає на надійність комунікації і має декілька вимірів:

- перцептивний вимір: «Е» – це подія, що відбувається в реальному житті, а зміст події або повідомлення сприймається «М» (людина чи машина). Після сприйняття повідомлення від «Е» від «М» відоме як «Е1». «Е1» не те саме, що «Е». Тому що будь-яка людина чи машина не можуть сприймати всю подію, і вони сприймають лише частину події (Е1). Це відомо як «перцептивний вимір». Ці фактори входять між «Е» і «М»: відбір; контекст; доступність. М (людина чи машина) не може сприймати весь зміст події «Е». Таким чином, «М» вибирає цікавий або потрібний зміст із всієї події та фільтрує

інші. Контексту відбувається в тому випадку і доступність заснована на «М в відношення, настрої, культури і особистості;

- вимір засобів та контролю: E2 – це зміст події, який намальований або сформульований М. Тут М стає джерелом повідомлення про Е, щоб надіслати комусь іншому. М створює заяву або сигналізує про повідомлення, а Гербнер назвав його форму та зміст «SE2». S (сигнал або яорма) він приймає і Е2 (зміст людини). Тут зміст (Е2) структурований або сформований (S) за допомогою «М», і він може спілкуватися різними способами або на основі структурованих способів. «М» повинен використовувати канали (або медіа) для надсилання повідомлення, яке він має більший чи менший ступінь контролю. Питання «контролю» стосується ступеня навичок «М» у використанні каналів зв'язку. Цей процес можна розширити до нескінченності, додавши інших приймачів (М2, М3 тощо), які мають подальше сприйняття (SE3, SE4 тощо) тверджень про сприйняті події [376].

Спиральна модель комунікації Френк Денса (Dance's Helix Model) підкреслювала складність спілкування. Френк Денс використовує форму спіралі для опису процесу спілкування. Він розробив цю теорію на основі простої спіралі, яка стає все більшою і більшою, коли вона рухається або росте. Основною характеристикою спіральної моделі комунікації є її еволюційність. Він пояснює процес спілкування на основі цієї структури Helix і порівнює його з комунікацією. У структурі Helix нижня частина або початок дуже малі, потім вона поступово рухається вгору круговими рухами вперед-назад, що утворює більше коло у верхній частині, і все ще рухається далі. Весь процес займає деякий час. Як і спіраль, процес комунікації починається дуже повільно і визначається лише малим колом.

Процес комунікації схожий на безперервну криву з деякими змінами або гнучкістю. Основа гвинтової кривої (нижній рівень) може вплинути та/або змінити в будь-який момент відповідно до досвіду людини. Френк Денс включив поняття часу в свою теорію: це стосується життєвого досвіду. Ця теорія комунікації була предметом ряду експериментальних досліджень. Незважаючи на

те, що ця модель комунікації все прояснює, існує проблема надмірного спрощення. Відповідно до цієї теорії, процес спілкування є продуктом того, що ми навчилися [399].

Модель відносин Кнаппа стосується невербальної комунікації та розвитку взаємодій. Він розробив теоретичну модель для покращення відносин, яка направляє міжособистісний розвиток між двома людьми. Ця модель пояснює, як відносини ростуть і тривають, а також як вони закінчуються. Ця модель поділяється на десять різних етапів, які підпадають під два взаємопов'язані етапи: модель ескалації відносин Кнаппа і модель припинення відносин Кнаппа. Це допомагає зрозуміти, як розвиваються і погіршуються відносини. Різні рівні швидкості та зміненого часу між кожним кроком можна побачити та відчувати, коли відносини розростаються. Кроки можна навіть пропустити під час прогресування або погіршення відносин [420].

Модель ескалації відносин Кнаппа має декілька етапів: ініціація – цей дуже короткий етап полягає в тому, щоб справити враження; експериментування – на цьому етапі все полягає в тому, щоб добре знати один одного; інтенсифікація – на цьому етапі відносини посилюються і стають менш формальними; інтеграція – на цьому етапі люди почнуть робити свої стосунки набагато ближчими, ніж раніше; зближення – на цьому етапі людина оголосить світові про свої стосунки [420].

Коли відносини розвиваються, виникають непорозуміння та конфлікти і розвиток моделі відбувається у п'ять етапів: диференціація – коли люди прогресують у стосунках; обмежування – обмежують свої розмови та встановлюють межі в спілкуванні; стагнація – стосунки погіршаться ще більше, якщо вони досягнуть стадії стагнації; уникнення – на цьому етапі партнери навмисно уникають будь-яких контактів, і вони будуть фізично відокремлені; припинення – це останній етап розпаду, відносини повністю припиняються [420].

Модель комунікації Лассвелла стосується процесу комунікації та його функції для суспільства, згідно з Лассвеллом, існує три функції комунікації: спостереження за навколишнім середовищем; співвідношення компонентів суспільства; культурна передача між поколіннями. Модель Лассвелла пропонує

потік повідомлень у мультикультурному суспільстві з кількома аудиторіями. Потік повідомлень здійснюється за різними каналами. А також ця модель спілкування подібна до комунікаційної моделі Аристотеля. У цій моделі комунікаційний компонент, який посиляється на область дослідження під назвою «Аналіз контролю» [428].

Ментальна модель – це уявлення про процес мислення людини. Все, що бачить людина, представляється в її свідомості як моделі. Ментальні моделі розглядаються як внутрішня шкала для людини для оцінки та прийняття рішень. Внутрішні масштаби, як зазначають вчені, постійно змінюються і нестабільні, оскільки людський розум сприйнятливий до змін через адаптацію. Ментальна модель дає підстави для міркувань.

Моделі, створені на основі сприйняття та уяви людини, які можуть впливати на міркування, ніж прийти до логічного висновку. З усіх можливих припущень ментальна модель представляє лише найбільш релевантне і вірне. І навпаки, коли є альтернатива реальності.

Ментальні моделі були використані для вивчення взаємодії людини з комп'ютером (HCI), де ментальні моделі використовуються, щоб зрозуміти складності, які існують навколо людей, які використовують комп'ютери. Коли люди використовують комп'ютери, вони будують ментальні моделі відповідно до взаємодії з системою. Ці моделі використовуються для інтерпретації роботи системи. Наприклад, люди створюють ментальні моделі, перш ніж щось створювати. Таким чином, творець створює ментальну модель, на яку посиляється, матеріалізуючи її [455].

Модель комунікації Осгуда-Шрама - це кругова модель, так як спілкування є круговим за своєю природою: кодер – хто виконує кодування або надсилає повідомлення (початок повідомлення); декодер – хто отримує повідомлення; інтерпретатор – людина, яка намагається зрозуміти (аналізує, сприйняти) або інтерпретувати.

Ця модель руйнує модель відправника та одержувача. Це нетрадиційна модель. Семантичний шум – це поняття, введене в цій моделі і він виникає, коли

відправник і одержувач застосовують різне значення до одного повідомлення. Переваги моделі комунікації Осгуда-Шрама: динамічна модель - показує, як ситуація може змінитися; це показує, чому резервування є важливою частиною; немає окремих відправника і одержувача, відправник і одержувач - це одна і та ж людина; припустимо, що спілкування носить круговий характер; зворотній зв'язок – центральна функція [476].

Модель Пула – спілкування в малих групах: процес прийняття рішень різними групами досягається шляхом застосування різних послідовностей. Його модель являє собою описову систему для вивчення множинних випадкових змінних і складається з 36 кластерів для кодування групового спілкування та 4 кластерних наборів, таких як зростання пропозиції, конфлікт, соціально-емоційні інтереси та вирази невизначеності.

Під час групової взаємодії учасники не можуть передбачити етапи, тому Пул висунув три напрямки, такі як завдання, стосунки та тема. Він припустив, щоб ці завдання відбувалися в будь-який момент під час групового спілкування. Ця модель складається з різних напрямків, які використовуються для інтерпретації стилів спілкування, яким дотримується група [479].

Модель пропаганди Герман і Хомський: як працює пропаганда в ЗМІ, як маніпулюють населенням, і як соціальні, економічні, політичні установки формуються у свідомості людей за допомогою пропаганди. Пропагандистська модель зосереджується на нерівності багатства та влади та її багаторівневому впливі на інтереси та вибір засобів масової інформації. Він простежує шляхи, за допомогою яких гроші та влада можуть відфільтрувати новини, придатні для друку, маргіналізувати інакомислення та дозволити уряду та домінуючим приватним інтересам донести свої повідомлення до громадськості.

Відповідно до теорії ЗМІ функціонують як бізнес, який продає свою продукцію (читачів і передплатників) іншим суб'єктам господарювання, які роблять свою рекламу в ЗМІ, а не виконують функцію поширення новин для громадськості. Тут новини деформуються і змінюються з первісного вигляду. Герман і Хомський називають чинники, які деформують новини,

фільтрами. Новини фільтруються за кожним із цих факторів, перш ніж вони досягнуть аудиторії чи широкої громадськості. Виокремлюють фільтри: розмір, власність та орієнтація на прибуток ЗМІ; основні медіа-організації перебувають у руках кількох еліт; основні новинні канали, газети та інші засоби масової інформації входять до складу великих корпорацій і конгломератів; інформація, представлена громадськості, буде змінюватися відповідно до інтересів цих організацій; для максимізації прибутку вони жертвують деякими новинними цілями; великі фінансові інтереси цих організацій можуть поставити під загрозу якість новин; у всьому світі поширено, що ЗМІ в руках уряду є маріонетками. Головну роль у фінансуванні ЗМІ відіграє реклама. Якщо реклама не фінансувала ЗМІ, то ціна газети може включати вартість її виробництва, а також це стосується інших ЗМІ, таких як телебачення, радіо та електронні ЗМІ. Тому зазвичай ЗМІ фільтрують новини на користь своїх постачальників реклами. ЗМІ часто модифікують етику ЗМІ для їх існування [483].

Модель комунікації Райлі і Райлі (Джон В. і Матильда Вайт Райлі) - модель для ілюстрації соціологічних наслідків спілкування. Більша соціальна структура 1 містить комунікатора, первинну групу a_1 і a_2 . Комунікатор (с) представляє більшу соціальну групу 1. Більша соціальна структура 2 містить одержувача, первинну групу b_1 і b_2 . Приймач (R) представляє більшу соціальну групу 2. Більша соціальна група 1 і більша соціальна група 2 підпадають під загальну соціальну систему. Первинні групи розрізняють за ступенем близькості. Існує також вторинна група, інакше відома як референтна група (хоча не згадується на малюнку), яка не має дуже близьких стосунків з С або R, але впливає на процес спілкування. Модель вказує, що комунікатор (С) надсилає повідомлення, узгоджуючи очікування груп та інших людей у більшій соціальній системі. Комунікатор є частиною більшої соціальної структури, і група називається «первинними групами». Простіше кажучи, комунікатор знаходиться під впливом первинної групи. Приймач також працює так само, як комунікатор, на який також впливають інші групи у більшій соціальній системі. Одержувач (R) отримує зворотний зв'язок на основі повідомлення комунікатора від його

первинних соціальних груп. Потім надішліть цей відгук комунікатору (С), щоб виправити будь-які проблеми чи проблеми. Важливим моментом є те, що і комунікатор, і приймач є частиною загальної соціальної системи. Важливість моделі: модель чітко ілюструє, що комунікація є двосторонньою пропозицією; комунікатор і одержувач взаємозалежні та взаємопов'язані механізмами зворотного зв'язку; комунікатор і приймач є частиною більш широкого соціального контексту (будь то сім'я, громада чи робоче місце); і не діють ізольовано. Ця модель спілкування допомагає вирішити суперечку між двома групами у великій соціальній структурі, а також сприяє кращому взаєморозумінню між цими двома групами [488].

Модель комунікації Шеннона і Вівера спеціально розроблена для розвитку ефективної комунікації між відправником і одержувачем. Є фактори, які впливають на процес спілкування, який називається «шумом». Спочатку модель була розроблена для покращення технічної комунікації. Пізніше вона набула широкого застосування в сфері комунікацій. Використовуються поняття: джерело інформації; передавач; шум; канал; повідомлення; одержувач; канал; призначення інформації; кодування та декодування.

Критика фахівців моделі спілкування Шеннона-Вівера: одна з найпростіших моделей та її загальне застосування в різних теоріях комунікації; модель, яка приваблює як науковців людського спілкування, так і теоретиків інформації, керує їхніми подальшими дослідженнями в комунікації; вона ефективніша в спілкуванні між людьми, ніж у групі або масова аудиторія; модель побудована на основі схеми «відправник і одержувач», де відправник відіграє основну роль, а одержувач — другорядну (отримання інформації або пасивну); комунікація не є одностороннім процесом; розуміння шуму допоможе вирішити різні проблеми в спілкуванні [503].

Модель вікна Джохарі є зручним методом, який використовується для розуміння та покращення спілкування між членами групи, покращення сприйняття індивіда іншими. Ця модель заснована на двох ідеях: довіру можна отримати, розкриваючи інформацію про себе іншим і навчаючись на їхніх

відгуках. Кожна людина представлена моделлю Джохарі через чотири квадранти або вікно. Кожні чотири вікна означають особисту інформацію, почуття, мотивацію та те, чи ця інформація відома чи невідома вам чи іншим з чотирьох точок зору. У цій моделі інтерпретується метод передачі та прийняття зворотного зв'язку. Інформація передається з однієї панелі на іншу в результаті взаємної довіри, яка може бути досягнута через спілкування та зворотний зв'язок, отриманий від інших членів групи [517].

Модель комунікації Ньюкомба - комунікації вводяться в соціальні відносини (суспільство) і підтримують соціальну рівновагу всередині соціальної системи. Він зосереджується на соціальній меті спілкування, показуючи все спілкування як засіб підтримки відносин між людьми. Іноді її називають моделлю зв'язку «ABX»: А – відправник; Б – приймач; Х – питання, що викликає занепокоєння. Відносини між А і Б подібні учню і вчителю, уряду і громадськості або газеті і читачам. Відправник і одержувач можуть працювати в одному потоці, але в той же час деякий фактор, як-от «Х», може вплинути на їх потік відносин. «Х» це можуть бути треті особи, проблема, тема чи політика [521].

Модель спілкування Вестлі та Макліна має два контексти: міжособистісний і масовий комунікації. Точка відмінності між міжособистісною та масовою комунікацією – це зворотний зв'язок. У міжособистісному спілкуванні зворотний зв'язок прямий і швидкий. У масі зворотний зв'язок непрямий і повільний. Ця модель розглядає сильний зв'язок між відповідями оточення та процесом спілкування. Спілкування починається лише тоді, коли людина отримує повідомлення від оточення. Кожен одержувач відповідає на отримане повідомлення на основі свого об'єкта орієнтації.

Переваги та недоліки: ця модель враховує зворотний зв'язок; не може враховувати різні способи комунікації, тобто як міжособистісне спілкування, так і масове спілкування; це прогностична модель спілкування, а також дуже описова; враховує небінарні взаємодії; є двовимірною; ця модель не буде застосовуватися для типових комунікаційних подій, які включають ширший контекст і широкий спектр комунікаційних повідомлень [534].

3.2. Моделі комунікацій в системі публічного адміністрування охороною здоров'я

Комунікативна діяльність посідає одне з вирішальних місць в публічному управлінні та публічному адмініструванні. Адже саме завдяки комунікативній діяльності можливо досягти згоди, розбудувати сильні сторони, нейтралізувати ризики тримати зворотній зв'язок та зрозуміти громадську думку. В багатьох випадках успішність публічного управління та адміністрування буде залежати від якості побудови комунікацій з усіма учасниками процесу. І серед усіх сфер саме сфера охорони здоров'я, в першу чергу потребує широкий обмін інформацією між усіма акторами процесу. Адже в сфері охорони здоров'я комунікативна діяльність направлена на обговорення та взаємодію з громадськістю щодо змін та реформ в сфері охорони здоров'я, впровадження здорового способу життя, ліквідацію медичної безграмотності, що безпосередньо впливає на усю соціальну політику. Українській державі доведеться створити чітку та врівноважену політику щодо комунікативної діяльності сфери охорони здоров'я. При створенні комунікативної діяльності необхідно врахувати науковий та практичний досвід інших держав які вже розбудували, або знаходяться на шляху розбудови комунікативної діяльності [496].

На думку Дж. Гордон, Е. Деланд, Р. Келлі (2015) та співавторів інноваційні постачальники запозичили *найкращі практики комунікативної діяльності* в інших галузях промисловості, таких як авіація, що також критично залежать від ефективної комунікації [380].

Важливо відзначити, що не завжди комунікативна діяльність дає очікуванні результати. Наприклад Лекутюр'є Ж. та ін. (2010) зазначають, що в компанії програм освіти щодо заходів зі скринінгу інсульту значним недоліком є її націленість на невелику кількість людей із конкретної групи, тільки тих, хто вже постраждав від інсульту, у той час, як є необізнаність спрямувати програми на більш широкі демографічні групи [512].

Найширше *комунікативна діяльність в сфері охорони здоров'я*

представлена в Сполучених штатах Америки, адже багато урядових та неурядових громадських організацій опікуються комунікацією як в рамках управління та адміністрування сфери охорони здоров'я так і комунікацією з громадськістю щодо питань пов'язаних зі здоров'ям. Серед таких організацій слід відзначити Офіс запобігання хвороб та промоції здорового способу життя (Office of Disease Prevention and Healthpromotion), Центри з контролю та профілактики захворювань в США (Centers for Disease Control and Prevention), Управління продовольства і медикаментів (Food and Drug Administration), Американська асоціація серця (American heart association), Федеральна комісія зі зв'язку США (Federal Communications Commission), Міжнародна асоціація національних інститутів охорони здоров'я (International Association of National Public Health Institutes) та інші [496].

Так урядовою організацією Офіс запобігання хвороб та промоції здорового способу життя (Office of Disease Prevention and Healthpromotion) розроблена стратегія «Healthy People 2020» [530], яка включає і комунікаційну стратегію та підвищення обізнаності в питаннях збереження здоров'я. Ця комунікаційна діяльність розроблена з оглядом на те, що приблизно 11 мільйонів мешканців сполучених штатів мають дуже низьку освіту, а деякі навіть не вміють читати.

Ця *комунікативна стратегія* спрямована на *роз'яснення* для мешканців та робітників найважливіших питань пов'язаних з публічним адмініструванням сфери охорони здоров'я:

- що покриває їх страховий план, які вимоги та механізми розподілу витрат;
- процедури вирішення скарг та оскарження рішень;
- склад мережі постачальників медичних послуг;
- отримання направлення до фахівців;
- використання послуг невідкладної допомоги;
- ціна;
- якість та безпека медичних послуг, що надаються планами, що фінансуються роботодавцем.

Багато розробок (Д.А. Дроссман, 2019) з *комунікативної діяльності*

спрямовані на взаємодію між клінікою та пацієнтом [352], але серед них майже не зустрічаються концепції державного або місцевого рівня, зазвичай це внутрішні стандартні оперативні протоколи відповідного лікувального закладу.

В Європейських країнах хороший результат показала комунікативна діяльність сфері охорони здоров'я з залученням ЗМІ, так були дуже успішними програми з підвищення використання пасків безпеки (Льюїс І. та ін., 2019 [346]; Дж.Д. Кауфман, 2019 [356]), зменшення вживання тютюну (Дж. Де Гручі, Д. Коппел, 2008 [343]; М. А. Г.Койперс, 2019 [425]).

Так в *Швеції*, як наголошують Г. Ерлінгсдоттір, К. Ліндхольм (2013) [363] розробка нових концепцій комунікативної діяльності дала можливість вивчати управлінську роботу в сфері охорони здоров'я, а також її наслідки, втілюючи дебати в більш широкий контекст інституційних реформ. Здебільше комунікативна діяльність направлена на аналіз критичних інцидентів. Вирішення конфліктів: «Зручність - це поганий аргумент у порівнянні з медичною безпекою».

У *Боснії та Герцеговині*, за інформацією З. Томич, Д. Ласіч, Т. Томич (2010) в комунікативній діяльності основний акцент зроблено на широко розвинене використання сучасного PR в закладах охорони здоров'я [526]. Заклади охорони здоров'я повинні мати проактивну позицію в комунікаціях зі своїм споживачем. *Проактивна комунікація* повинна бути симетричною щоб задовольнити інтереси всіх пацієнтів та суспільства. І тому комунікативна діяльність базується на визначенні внутрішніх та зовнішніх споживачів в усіх закладах охорони здоров'я. Створена посада фахівця з PR, спікера та комунікатора які зустрічають пацієнта першими. Лікарнями постійно ведеться пошук та залучення до роботи фахівців з комунікації, та тренування вже наявних у штаті. Постійно проводиться оцінка та визначення ключових цілей, комунікативних каналів, технологій та методи комунікації.

У *Великій Британії* та в *Сполучених Штатах Америки*, за інформацією НСЗ Англії (2016) [464] та С.Б. Дусеціна та ін. (2012) [404] великий пласт комунікативної діяльності в охороні здоров'я направлений на *ризикові*

комунікації. Відповідно до цієї концепції повідомлення про ризики можна визначити як відкритий двосторонній обмін інформацією та думками про шкоду та вигоду з метою покращення розуміння ризиків та вдосконалення рішень щодо використання лікарських засобів. Тому повідомлення про ризики має охоплювати ймовірність виникнення ризику, важливість описаного негативного явища, вплив події на пацієнта (М. Аділь, 2008) [281; 490].

Хороші результати в *Англії* показало залучення ЗМІ в рамках національної стратегії з інсульту. Комунікативна діяльність уряду через ЗМІ була направлена на підвищення поінформованості населення щодо симптомів та необхідності вжиття невідкладних заходів (А. Норданстіг та ін., 2019) [366].

В *Німеччині* подібна комунікативна діяльність була розширена та залучали не тільки ЗМІ, а і також були використанні рекламні щити і плакати, з короткими салоганами, спрощеного довідника про інсульт, який був розповсюджений на масових заходах, та через клініки сімейної медицини серед пацієнтів. Створена добірка цікавих історій про інсульт, гасел і інтерв'ю, що розповсюджуються в місцевих газетах, телебаченні та радіо.

Велику частку комунікативної діяльності в сфері охорони здоров'я в *Європі* займає комунікація в громадському здоров'ї. В Європі для потреб громадського здоров'я в комунікативній діяльності широко використовуються усі комунікативні канали: телебачення, радіо, бюлетені, широко використовують проактивну комунікацію.

Крім того сьогодні найбільший сектор комунікативної діяльності займає Інтернет. Відповідно до твердження С.Е. Турку (2013) Інтернет речей у сфері охорони здоров'я може створити реальну економічну цінність та поліпшити досвід пацієнтів [528]. А. Норданстіг та ін. (2019) зазначають, що отримання максимальних надбань вимагає розуміння як парадигми інтернету речей, так і технологій, що дозволяють використовувати інтернет речей у сфері охорони здоров'я. Існують певні переваги щодо збору та обробки даних пацієнтів, а також моніторингу щоденного стану здоров'я людей [365].

Важливо зауважити про розвиток комунікативної діяльності з приводу

вакцинації, як важливого компоненту сфери охорони здоров'я. Сьогодні одним з потужних трендів, на думку Дж. Каррас та ін. (2019), є відкритість та прозорість «Поганих новин», що покращує охоплення вакцинації завдяки залучення старих та нових медіа [276].

Важливим трендом в Європі є глобалізація, яка так само чіпає і питання комунікативної діяльності в сфері охорони здоров'я як на рівні окремих клінік, так і на рівні країн. Тут необхідно відзначити залучення недержавних громадських організацій в комунікативну діяльність на рівні держав, громад, клінік, лікарів та пацієнтів. Наприклад неурядова організація «Angels Initiative» за допомогою навчальних та комунікативних заходів підвищує обізнаність щодо ознак інсульту, завдяки чому збільшується кількість пацієнтів які отримали лікування в центрах готових до надання допомоги при інсульті. Комунікативна діяльність направлена на лікарів формує міжнародну мережу інсультних центрів та медичних закладів, готових до надання допомоги при інсульті (Р. Ітабаші, 2019) [477].

В *Австралії* розроблена цифрова стратегія охорони здоров'я, яка включає комунікативну діяльність як наріжний камінь високоякісної системи охорони здоров'я. Відповідно до цієї стратегії проводиться підтримка клінік, більш комплексне управління хронічними захворюваннями, розробка нових цифрових послуг для підтримки здоров'я дітей та дітей раннього віку, доступ до телемедичних послуг, особливо в сільській та віддаленій місцевості, кожен професіонал охорони здоров'я має можливість спілкуватися з іншими професіоналами та їхніми пацієнтами через захищені цифрові канали (Дж. Біггс, 2019) [305].

В своєму дослідженні Д.Е. Детмер. (2001) вивчав трансформацію комунікативної діяльності в еру Інтернету. Та вказує, що в *Європі* відкриття біологічних та комунікаційних технологій дають потенціал для поліпшення стану здоров'я людей і популяцій. Поліпшення доступу до інформації про здоров'я та хвороби характерне для сьогодення. Однак з часом догляд у лікарнях буде зміщуватись у бік паліативної допомоги та догляду за кінцем життя, а лікування

та профілактика будуть проводитись здебільшого в амбулаторних умовах, на дому або на робочому місці. Таким чином вже сьогодні необхідно формувати комунікативну діяльність з оглядом на ці зміни [347].

Тим не менш, в Австралії визначається і інша проблема, а саме комунікація з корінними мешканцями [405].

Слід зазначити, що сьогодні країни, що розвиваються також визнають необхідність та важливість комунікативної діяльності. Так, *Афганістан, Зімбабве, Гана, Кенія, Малаві* та інші країни розробили національну комунікативну стратегію, яка визначає комунікативну діяльність цих країн щодо найважливіших питань охорони здоров'я та публічного здоров'я. Слід зазначити, що ці документи розроблені за допомогою недержавних громадських організацій та донорської допомоги таких організацій як Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), Світовий банк (СБ), Дитячий фонд Організації об'єднаних націй (ЮНІСЕФ), Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) [481; 519; 520; 463].

У більшості випадків комунікативна діяльність направлена на взаємоді та консультування з громадськістю щодо вакцинації та лікування ВІЛ/СНІД.

Наприклад в *Кенії* комунікативна діяльність торкається питань туберкульозу, репродуктивного здоров'я, лікування ВІЛ/СНІД, вакцинації та іншого [458]. Комунікативна діяльність направлена на забезпечення чіткої та поінформованої дорожньої карти для планування комунікації, впровадження та моніторингу узгодженого, скоординованого програмування, механізму координації заходів з комунікації для підходу до стратегії охорони здоров'я громад, підвищення обізнаності про стратегічний підхід громади на всіх рівнях, створення зобов'язань з боку уряду та партнерів щодо надання ресурсів для охорони здоров'я громад, забезпечення зміцнення потенціалу для виконавців комунікацій на всіх рівнях планування, впровадження, моніторингу, оцінки та управління програмою, підвищення доступу до медичних послуг усіх груп, чому сприяє передача знань і навичок на рівні домогосподарств і громади [458].

Для досягнення зазначених вище цілей використано *п'ять стратегій комунікативної діяльності*:

- політика, програма та громадські консультації через ЗМІ;
- зміцнення комунікаційних можливостей;
- зміцнення комунікації та соціальної мобілізації на всіх рівнях;
- комунікація зміни поведінки на рівні громади, як критичного рівня надання медичної допомоги;
- мобілізація та координація партнерів та зацікавлених сторін;
- управління знаннями та документація [458].

Сьогодні людство стикнулося з новою пандемією. Вже можна казати, що кількість тих, хто захворів перебільшило психологічну позначку в один мільйон пацієнтів, а кількість летальних випадків значно більше десяти тисяч. В умовах пандемії, життєвою необхідністю стають *досягнення наступних цілей*:

- максимальне попередження розповсюдження хвороби серед населення, за рахунок ізоляції та соціального дистанціювання людей які можуть бути інфіковані та здорових;
- миттєве реагування на спалах;
- досягнення стабільної роботи ключових державних сервісів.

Отже є необхідність в зміні підходів до діагностики, лікування, розробки вакцин та медикаментів, а також зміна комунікативної діяльності спрямованої як на максимальну ізоляцію інфікованих так і на координацію роботи закладів охорони здоров'я, яку впроваджують органи публічного управління та адміністрування. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає, що для ліквідації пандемії необхідно *мультісекторальний підхід та залучення усієї громади*. В Україні сьогодні реєструються значно менша кількість випадків цієї інфекції ніж в країнах Європи або Сполучених Штатах Америки, однак в країні введені безпрецедентні карантинні заходи. Актуальним напрямком наукових досліджень стає дуже швидке вивчення світового досвіду щодо *комунікативної діяльності та дистанційних комунікаційних інструментів консультацій пацієнтів*, взаємодії медичних працівників та координації дій адміністративних органів та закладів охорони здоров'я та впровадження цих інструментів в комунікативну діяльність в публічному управлінні та адмініструванні охорони

здоров'я нашої країни [497].

Остання пандемія грипу відповідно до даних ВООЗ була в 1968 році, і відтоді світ значно змінився [538]. В науковій літературі до 2020 року зустрічається незначна кількість досліджень щодо комунікативної діяльності під час пандемії. Водночас у вітчизняній літературі відсутній аналіз існуючих проблем комунікативної діяльності та комунікацій в сучасних умовах пандемії з урахуванням специфіки публічного управління та публічного адміністрування.

Всесвітня організація охорони здоров'я повідомляє, що нова коронавірусна пневмонія, яку викликає SARS-CoV-2 була кваліфікована 30 січня 2020 року, як всесвітній виклик системі публічного здоров'я і вимагає безпрецедентних заходів для її ліквідації та переривання її розповсюдження світом [508].

ВООЗ закликає до проведення оцінки ситуацій та задіяння найбільш прийнятних механізмів щодо виявлення, захисту населення та лікування вірусу, задіяти усі можливі заходи щодо мінімізації передачі вірусу, та використати інноваційні підходи для захисту уразливих груп як пацієнтів так і лікарів. Можна зазначити, що різні країни по різному забезпечують такі важливі напрямки як публічне управління та адміністрування комунікативною діяльністю, комунікацію в публічному управлінні та адмініструванні в охороні здоров'я, так і суто комунікацію в сфері охорони здоров'я. Багато дослідників відмічають важливість розробки стратегії комунікативної діяльності для забезпечення найкращої відповіді на виклики та як найшвидшого подолання пандемії COVID-19 (Дж. Н. Нкенгасонг, В. Манкула, 2020 [467]; Дж.Е. Л. Вонг, Ю.С. Лео, К.С. Тан, 2020 [542]).

Х. Легідо-Квіглі та ін. (2020) вивчили відповідь систем охорони здоров'я на пандемію COVID-19 в *Сінгапурі*, *Японії* та *Гонг-Конзі*. В усіх трьох локаціях розповсюдження вірусу було незначне, а системи змогли впоратись та адаптуватись до роботи в нових умовах пандемії. В *Гонконзі* та *Сінгапурі* були використанні механізми, у тому числі і комунікаційні що були задіяні під час епідемій Тяжкого гострого респіраторного синдрому (ТГРС) (Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) в 2002–03 в *Гонг-Конзі* та *Сінгапурі*, H5N1

пташиного грипу в 1997 в Гонг-Конзі, та грипу типу H1N1 в 2009 роках [289].

В цих країнах впродовж першого тижня пандемії була налагоджена координація між міністерствами, відомствами та закладами. В той час, як *Японія* почала роботу з комунікацій та координації роботи щодо пандемії тільки в лютому 2020 року, що призвело до деяких погано контрольованих спалахів. В усіх трьох країнах були розроблені плани для підтримання рутинної роботи сервісів охорони здоров'я. Однак зазначено, що усі три країни стикнулися з проблемами в інтеграції та координації сервісів. В *Сінгапурі* майже щоденно проводилися дистанційні зустрічі між менеджерами Регіональних Систем охорони здоров'я, директорами ЗОЗ та представниками МОЗ. В *Японії* та *Гонг-Конзі* комунікації між представниками органів управління та представниками ЗОЗ були не досконалими, та потребували покращення. Суттєвою проблемою, яку зазначають дослідники це публічні комунікації щодо ризиків, адже дуже важливим є питання кому довіряють громадяни: офіційним джерелам або чуткам та дезінформації [289].

В дослідженні найкращі результати були виявлені в *Сінгапурі* де МОЗ щоденно інформувало щодо ситуації з пандемією через сучасні канали - Telegram та WhatsApp групи, до яких були залучені лікарі, мікробіологи, вірусологи які відповідали на запитання та спростовували недостовірну інформацію яка циркулювала в спільноті [289].

На думку Р.М. Мерчант, Н. Лур'є (2020) під час сьогоденної пандемії соціальні медіа отримали дуже важливу роль не тільки в плані інформування та наданні інформації від органів управління, але і стати потужним *комунікативним інструментом* для підтримання соціальних зв'язків та надання першої психологічної допомоги. Вони важають керування соціальною ізоляцією буде особливо складною для вже неблагополучних груп населення, таких як літні люди, особи з низьким соціально-економічним статусом або житловими проблемами, особи, які мають хронічними хвороби чи інвалідність, та особи, без документів. *Соціальні медіа* повинні використовуватися для підвищення обізнаності про потреби цих груп та для розробки нових методів для громади для

мобілізації ресурсів та підтримки за відсутності фізичного контакту [456]. На думку Б. Вівер та співавторів максимізувати переваги електронних інструментів, можна навчаючи себе та своїх співробітників, а також співпрацюючи з іншими в своїх організаціях, особливо з тими, хто має досвід у сфері медичної інформатики, щоб краще зрозуміти потенційні можливості використання, проблеми та переваги соціальних медіа [533].

Крім того В.Дж. Лі, Ч.Дж. Чі, В.Х. Хонг (2020) зазначають, що в комунікації уряду з громадянами значний акцент було зроблено на *соціальній відповідальності та навчанні щодо порядку дій під час пандемії*. Дослідники також відмічають важливий внесок не тільки традиційних медіа (*телебачення та друкована продукція*), але і значну роль спрямованої комунікативної діяльності через соціальні мережі та групи в месенджерах. Крім того зазначено ефективну та своєчасну реакцію на неправдиву інформацію від веб-сайту МОЗ та інших державних органів [432].

В роботі А. Вайлдер-Сміт, Д.О. Фрідмана (2020) були досліджені стандартні заходи громадського здоров'я щодо переривання передачі вірусу від людини до людини в *Китаї*: ізоляція, карантин та соціальне дистанціювання. В дослідженні зазначено, що під час карантину який охоплює усе суспільство особливо важливо розумно використовувати соціальні медіа, оскільки соціальні медіа надають можливість повідомляти про причини карантину, заспокоювати, надавати практичних порад, а також запобігати неправдивим чуткам та паніці [541].

М. Накоті та співавтори (2020), після вивчення медичної допомоги в госпіталях Бергамо, *Італія*, зазначають, що стара модель як медична так і комунікаційна яка була визначена як пацієнт-центрична модель показала свою повну нездатність в умовах катастрофічного спалаху COVID-19 на півдні Італії. Була повністю провалена координація між лікарнями та областями, що призвело до переповнення госпіталів, і як наслідок підвищення смертності не тільки в групах пацієнтів з COVID-19, а і в інших не інфікованих критичних пацієнтів (інсульт, інфаркти, гостра хірургічна патологія тощо). Дослідники приходять до висновку, що комунікативна діяльність в умовах пандемії повинно включати

координацію та комунікацію не тільки з госпіталями, а з усією популяцією країни. Таким чином дослідники визначають, що мобільні лікарські бригади з одного боку та дистанційні медичні комунікації за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій можуть зменшити навантаження на госпіталі, та надати можливість покращити як логістику пацієнтів так і доступність ЗОЗ для пацієнтів [295].

На думку багатьох дослідників доцільно використовувати *телемедичні мережі* для вирішення більшості питань щодо координації роботи закладів та забезпечення рутинної планової допомоги. Аналізуючи підходи, що були задіяні урядами у подоланні пандемії COVID-19 К. Окереафор, О. Адебола, Р. Джехайче (2020) та співавтори виділяють чотири стратегії відповідно до країни або групи країн які розробили той, або інший вектор впровадження методів телемедицини: *стратегія США, стратегія Китаю, Південної Кореї та Європи* [471].

Стратегія США, відповідно до досліджень М. Міліард (2020), в першу чергу, спрямована на юридичне визначення та впорядкування сучасних регуляторних рамок щодо використання телемедицини при подоланні пандемії COVID-19 [457].

Я. Чжай (2020) та співавтори стверджують, що китайська стратегія спрямована на максимальне розширення практичного використання телемедицини для надання медичної допомоги пацієнтам [372].

К. Окереафор, О. Адебола, Р. Джехайче (2020) [471] та Дж.М. Шмідт (2020) [501] відмічає, що *Південна Корея* для боротьби з пандемією COVID-19 широко використовувала данні, зібрані та агреговані з соціальних медіа, які після цього були оброблені штучним інтелектом для пошуку патернів захворювання та розробки координаційної стратегії для ЗОЗ та лікарів які надавали допомогу пацієнтам на самоізоляції.

Європейська модель базується на рекомендаціях запропонованих НСЗ Великої Британії (National Health Service NHS). Т. Грінхолдж та співавтори визначають, що стратегія НСЗ з використанням методу телемедицини в першу чергу направлена на виявлення нових випадків та зменшення відвідування

лікарень для полегшення навантаження на них. Так НСЗ пропонує веб-сервіс на якому можна перевірити наявність симптомів при проходженні опитування на сайті <https://111.nhs.uk/covid-19>. Після проходження опитування пацієнту надається валідована відповідь чи має він ознаки COVID-19 та запропоновані подальші дії. Для тих хто бажає отримати загальні відповіді та рекомендації стосовно COVID-19 працює відповідна телефона лінія (Т. Грінхолдж, Г.С. Х. Кох, Дж. Кар, 2020) [387].

При систематизації сучасних наукових поглядів можна виділити такі основні напрямки роботи телемедицини, які показали свою ефективність у відповідь на пандемію COVID-19:

- сортування пацієнтів та прийняття рішення щодо їх госпіталізації до лікарень визначених для пацієнтів з COVID-19 або до інших лікарень;
- надання допомоги та консультацій пацієнтам з COVID-19 на самоізоляції та лікуванні пацієнта в домашніх умовах;
- координація між лікарнями та забезпечення консультацій спеціалістів вузького профілю;
- навчання медичного персоналу щодо протиепідемічних заходів та роботи з пацієнтом з COVID-19;
- забезпечення рутинних консультацій пацієнтів з неекстреною патологією хронічних та паліативних пацієнтів.

Одним з найскладнішим викликів що постав перед медичними системами стало перенавантаження на госпітальну мережу в країнах зі спалахами COVID-19, багато досліджень пропонують використати досвід медичного сортування – тріажу пацієнтів за допомогою методу телемедицини при масових травмах до їх прибуття до відділення екстреної та невідкладної медичної допомоги (ED).

Так Дж.Е. Холландер, Б.Г. Карр (2020) вивчили систему телемедичного тріажу пацієнтів з COVID-19 в різних ЗОЗ США, та відзначають ефективність та безпечність такого підходу. В Х'юстоні, США запущена система ETHAN (Emergency Telehealth and Navigation), яка направлена на проведення телемедичного сортування парамедиками дома у пацієнта, або в машині швидкої

допомоги, що значно зменшує кількість надходження пацієнтів з COVID-19 до відділення невідкладної допомоги. Лікар з медицини невідкладних станів за допомогою смартфона або веб-камери може оцінити стан пацієнта, та прийняти рішення щодо його госпіталізації або лікування дома. При цьому сімейний лікар може продовжити спостереження за пацієнтом та своєчасно прийняти рішення щодо госпіталізації пацієнта. Автори пропонують розробити та використовувати стандартизовані алгоритми тріаж у пацієнта з COVID-19 через телемедичну консультацію. Дослідники також відмічають, що така тактика захищає лікаря від додаткового ризику інфікування [400].

Крім того за думкою Р.В. Турер (2020) та співавторів, використання телемедицини дасть можливість значно зменшити економічне навантаження на систему охорони здоров'я, адже при кожному візиті до цих пацієнтів необхідно було б використовувати засоби індивідуального захисту (ЗІЗ), такої потреби не має при телемедичних консультаціях [360].

Важливим питанням залишається ведення пацієнтів які залишилися в дома або перебувають на режимі самоізоляції після контакту з пацієнтом хворим на COVID-19. Багато клінік Jefferson Health, Mount Sinai, Kaiser Permanente, Cleveland Clinic, and Providence вже впроваджують телемедичні системи, які дозволяють спостерігати пацієнта вдома. К. Окереафор, О. Адебола, Р. Джехайче (2020) та співавтори визначають, що для персон, які знаходяться в самоізоляції слід запропонувати перелік сценаріїв телемедичного консультування: спостереження для асимптоматичного перебігу, спеціалізовані медичні консультації для пацієнтів з неускладненим та легким перебігом, медичні сервіси для лікування пацієнтів які не можуть дістатися до спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги та навіть спостереження за допомогою геолокації за особами які повинні перебувати в обсервації у зв'язку з поверненням з країн зі спалахами COVID-19 [471].

Крім того Х. Чо, Д. Іпполіто, Ю.В. Йуа (2020) та співавтори відмічають високу важливість можливості відстежувати слід мобільного телефону пацієнта з COVID-19 для виявлення контактів та ризиків зараження. Автори проаналізували

різні мобільні додатки та стратегії, і зазначають, що на сьогодні існує багато питань, адже безперечні надбання з боку протиепідемічних заходів та виявлення нових випадків інфікування, можуть бути нівельовані серйозними порушеннями придатності [315].

Телеконференція є одним з важливих складових телемедицини, і у разі розвиненої телемедичної мережі має потенціал щодо координації роботи клінік на території. На думку Дж.М. Шмідт (2020) [501] повинен бути створений чіткий план дій з визначенням маршрутів пацієнтів відповідно до наявних або найвираженіших симптомів. Відповідно до груп симптомів визначених за допомогою телемедицини пацієнти можуть бути скеровані у закладах охорони здоров'я визначені відповідно до маршруту пацієнтів. Особливо важливо визначити чіткі показання для скерування пацієнтів які потребують високотехнологічного лікування: екстракорпоральної оксигенації, стентування, гемодіалізу тощо [506].

Калтон Б., Абедіні Н., Фраткін М. (2020) [310] відмічають, що спалах COVID-19 змінив загальне уявлення щодо надання медичної допомоги хронічним та паліативним хворим, що призводить до пошуку інших механізмів забезпечення безперервного медичного догляду цих пацієнтів, адже будь який контакт з медичним працівником для цієї групи сам по собі стає загрозою для життя. Автори зазначають, що навіть до спалаху COVID-19 телемедицина вже широко використовувалася для цієї групи хворих, так Каліфорнійський університет, Сан-Франциско рекомендує широко використовувати телемедицину для паліативних пацієнтів в домашніх умовах. Сьогодні перед загрозою COVID-19 впроваджуються зміни та доповнення як в протоколи так і в законодавчі акти. А.Дж. М. Джуніор, Х.Ф. Пауна (2020) [414] відзначають великі можливості дистанційного навчання медичних працівників з метою впровадження однакових стандартизованих алгоритмів для лікування як пацієнтів з COVID-19 так і інших нозологій.

В США клініцисти та адміністратори виступають за термінове внесення змін в національну програму медичного страхування (Medicare), державну

програму медичної допомоги (Medicaid) та програму приватного страхування для забезпечення можливості лікарям проводити телемедичні консультації напряду для пацієнтів та отримувати за це оплату. Відповідно до цих потреб Американська академія педіатрії розробила гайдлайни та пропозиції щодо політики оплати за телемедичні консультації в умовах COVID-19 (К. Гольдшмідт, 2020) [379], в яких описані необхідні зміни, що слід зробити для того щоб подолати бар'єри з надання медичної консультації за допомогою телемедицини. Для підтримки змін багато регуляторних заходів будуть послаблені найближчим часом.

Аналіз сучасних зарубіжних наукових джерел дозволив виокремити певні проблеми в координації роботи закладів охорони здоров'я та комунікаціях між учасниками процесу, а також шляхи їх вирішення в умовах пандемії COVID-19. Слід зазначити, що більшість зарубіжних спеціалістів сходяться на тому, що комунікації учасників процесу були недостатніми для протидії COVID-19. Брак координації роботи мережі закладів охорони здоров'я призвели до перевантаження та смертей не тільки серед пацієнтів з COVID-19, але також і інших груп критичних пацієнтів. Аналіз комунікативної діяльності країн які стикнулися з спалахами COVID-19 дозволив виявити найкращі моделі щодо протидії пандемії [497].

Найкращі результати щодо комунікації між державою та суспільством показав *Сінгапур*, адже там відразу від початку пандемії були вжиті заходи спрямовані як на комунікацію між державними органами та закладами охорони здоров'я, що значно покращило логістику пацієнта та координацію роботи COVID-19 мережі, так і на комунікацію держави з суспільством, при чому були задіяні усі доступні механізми: класичні ЗМІ - телебачення та друковані, так і сучасні соціальні мережі та менеджери. Соціальні медіа задіяні як для розповсюдження інформації щодо COVID-19, надання рекомендацій щодо дій пацієнта при прояві симптомів захворювання, спростування міфів та чуток, а також на подолання психологічних проблем, що виникають під час соціальної ізоляції [497].

Окремою темою виступають питання розвитку та впровадження телемедицини, яка має ряд істотних переваг підчас пандемії COVID-19:

- зменшує навантаження на відділення екстреної та невідкладної допомоги та на ЗОЗ в цілому;
- покращує логістику пацієнта;
- підвищує безпеку медичних працівників;
- зменшує економічне навантаження, за рахунок меншої потреби в використанні заходів індивідуального захисту;
- надає можливості навчання медичного персоналу через телемедичну мережу [497].

Визначено вдалий досвід застосування телемедичних мереж у боротьбі з пандемією COVID-19, адже у багатьох країнах ці мережі вже сформовані та добре скоординовані. Різні країни в основу стратегії використання телемедичних мереж покладають вирішення різних проблем:

- в *Сполучених Штатах Америки* основне питання яке стоїть при розвитку телемедичної мережі - законодавча та нормативна легалізація методу телемедичної консультації, прописування алгоритмів що дають змогу лікарю отримувати оплату за телемедичну консультацію в межах програм медичного страхування, та полегшення вимог щодо особистої інформації;

- *китайська стратегія* використання телемедичних методів спрямована на розширення технічних можливостей надання консультацій пацієнтам;

- *південно корейська модель* охоплює великі потоки даних агрегованих з соціальних мереж та за допомогою обробки алгоритмами штучного інтелекту визначає та прогнозує патерни пандемії;

- *європейська модель* спрямована на виявлення нових випадків та зменшення відвідування лікарень [497].

Серед проблем які вирішують телемедичні консультації можна визначити п'ять великих груп:

- сортування пацієнтів та прийняття рішення щодо їх госпіталізації до лікарень визначених для пацієнтів з COVID-19 або до інших лікарень;

- надання допомоги та консультацій пацієнтам з COVID-19 на самоізоляції та лікуванні пацієнта в домашніх умовах;
- координація між лікарнями та забезпечення консультації спеціалістів вузького профілю;
- навчання медичного персоналу щодо протиепідемічних заходів та роботі з пацієнтом з COVID-19;
- забезпечення рутинних консультацій пацієнтів з неекстреною патологією хронічних та паліативних пацієнтів [497].

Слід зазначити, що усі складові комунікативної діяльності та окремих комунікацій відповідають загальній політиці країн в сфері охорони здоров'я та публічного здоров'я [497].

3.3. Моделі комунікативної діяльності в сфері громадського здоров'я

Сучасні наукові погляди щодо моделей комунікативної діяльності стосуються декількох аспектів, зокрема: правовий, організаційний, адміністративний, впливовий, соціальний, професіональний (Н.М. Драгомирецька, 2007) [46]; П. Присяжнюк, 2019 [156]; Н. Томашевич, М. Текавчич, Д. Педджхан, 2017 [525]). Здебільшого моделі розуміються як система або лінії побудови взаємодії за допомогою спілкування, діалогу, інформування або обміну адміністративною інформацією (Ю.П. Сурмін, 2003) [242].

Втім, з одного боку, ми маємо адміністративну лінійно-функціональну модель побудови комунікації, яка, у даному випадку, спрямована на обмін інформацією в системі адміністративних відносин. Громадськість, у даному випадку, інформується про ситуацію і, як вважається, має все зрозуміти і поводитись визначеним чином. З іншого боку, є вербалізація моделі нового публічного менеджменту та гарного, або належного менеджменту, в основі яких лежить перенесення всієї відповідальності за результати комунікації на громадськість. В основі таких поглядів лежить ідея активної участі населення у вирішенні всіх проблем держави, у тому числі, і відповідальність за власне

здоров'я [229].

У науковій літературі та практиці публічного управління здебільшого йдеться обговорення різних моделей, з різним їх тлумаченням. Загальновідомо, що не існує *узагальненого визначення поняття «модель»*. Це призводить не тільки до протилежних поглядів, а й до інформаційного розриву між науковими дослідженнями і практичною діяльністю. В практиці публічного управління модель здебільшого тлумачиться як система дій публічних управлінців та адміністраторів в аспекті комунікації [229].

Результатом такого інформаційного розриву є відмінності в розумінні наукових категорій і понять та категорій законодавства. Це призводить до відсутності взаємозв'язків в моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні громадського здоров'я [242].

Б.Г. Лопес-Валькарсель (2018) першочерговими завданнями громадського здоров'я є профілактика захворювань, збільшення тривалості життя і зміцнення здоров'я шляхом організованих зусиль суспільства. Основою сфери громадського здоров'я в демократичних країнах виступає комунікації державних органів влади, громадських організацій та безпосередньо громадян, отже включають широкий спектр питань публічного управління так і публічного урядування [441].

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

Основною функцією держави у сфері громадського здоров'я повинна бути розробка політики і стратегії в галузі профілактики хвороб, охорони та промоції здоров'я. В першу чергу така модель діяльності повинна бути забезпеченні через комунікації уряду з усіма стейкхолдерами, що відповідає системному підходу.

Однак вже сьогодні серед стратегічних напрямів реформування вітчизняної сфери громадського здоров'я прослідковується тенденція до переорієнтації системи від тотального контролю (ліквідація СЕС) на підвищення відповідальності за збереження здоров'я та промоцію здорового способу життя,

зміцнення соціальної свідомості та формування готовності протистояти надзвичайним подіям у сфері громадського здоров'я, наприклад, епідеміям.

В зарубіжній літературі досить повно описані функції громадського здоров'я (Public health) так М.-Ж. Шнайдер (2003) [502] визначає три головні функції громадського здоров'я: оцінка здоров'я популяції, розробка політики і забезпечення покращення здоров'я громадян. Джей М. Бернхардт (2004) відзначає, що комунікації є основою громадського здоров'я [302], яка забезпечує усі ці три функції.

Відповідно до моделі комунікативної системи М. Де Флера (1982) для оцінки комунікативної діяльності в громадському здоров'ї необхідно визначити та проаналізувати джерело інформації, відправника, канал, отримувача та цілі інформації. Також важливо враховувати циклічність інформації, наявність інформаційного шуму та наявність двостороннього зв'язку між учасниками комунікативного процесу [341].

Здебільшого методи комунікації громадського здоров'я включають в себе наступні канали інформації: Радіо, газети, флаєри, брошури, інтернет, соціальні медіа (i.e., Twitter, Facebook, and YouTube), рекламні щити, статті в газетах, телевізійні трансляції, радіореклама, повідомлення про публічну службу, інформаційні бюлетені, відеоролики, цифрові інструменти, тематичні дослідження, групові дискусії, ярмарки здоров'я, виїзди робочі зошити, лекції, проведення занять в школах та інститутах тощо. Превалювання того чи іншого каналу залежить в першу чергу від заможності країни, та спроможності громадян отримувати інформацію з відповідного каналу.

Не дивлячись на досить подібні цілі та *стратегії комунікативної діяльності*, включають в себе:

- запобігання та зменшення ризиків для здоров'я людини та загального середовища ;
- пропагування здорового способу життя ;
- інтегрування та оновлення системи охорони здоров'я з довгостроковими планами у сферах профілактики, зміцнення здоров'я та захисту.

Значною мірою в різних моделях комунікаційної діяльності країн відрізнялися джерело інформації, відправник, наявність інформаційного шуму та двостороннього зв'язку, що ґрунтується на класичній схемі сприйняття інформації в процесі спілкування. Такий підхід ґрунтується на психологічних моделях розуміння комунікації, де одна модель є засобом отримання інформації про іншу модель і на цій підставі дає можливість комунікатору редагувати свої власні дії або діяльність.

Більш чітко можна виокремити модель комунікативної діяльності в *США*. Так на думку М.Р. Сабле, Д.Р. Шильд, А.Дж. Хіпп (2012) та співавторів, інститут громадського здоров'я щільно зв'язаний з ключовими засадами соціальної роботи [494].

В *США* головною установою, що опікується питаннями громадського здоров'я виступає The United States Public Health Service (USPHS), який підпорядкований МОЗ і соціальних служб США (Department of Health and Human Services). Відповідно ця інституція виступає основною в формуванні комунікативної політики та формування основних меседжів громадського здоров'я в Сполучених штатах. Яскравим прикладом збалансованої програми громадського здоров'я виступає Національна програма «Здорові люди 2020» (Healthy People 2020). Основними цілями та меседжами програми «Здорові люди 2020» є: забезпечення справедливості щодо здоров'я, ліквідація нерівності, а також поліпшення стану здоров'я всіх груп населення; створення соціального і фізичного середовища, яке сприятиме доброму здоров'ю для всіх; підвищення якості життя, здорового розвитку та здорового способу життя на всіх етапах існування.

Тим не менш, на думку Е. Регідор (2007) [523] та співавторів, комунікація державних службовців цієї інституції занадто бюрократизована, що створює перепони до інтерпретації відповідним чином людьми та суспільством, що в свою чергу призводить до того, що в США спостерігається велика кількість джерел та відправників інформації в охороні здоров'я, адже багато урядових та неурядових громадських організацій опікуються комунікацією як в рамках управління та

адміністрування сфери охорони здоров'я так і комунікацією з громадськістю щодо питань пов'язаних зі здоров'ям.

Найбільш відомими та впливовими серед них є Офіс запобігання хвороб та промоції здорового способу життя (Office of Disease Prevention and Healthpromotion), Центри з контролю та профілактики захворювань в США (Centers for Disease Control and Prevention), Управління продовольства і медикаментів (Food and Drug Administration), Американська асоціація серця (American heart association), Федеральна комісія зі зв'язку США (Federal Communications Commission), Міжнародна асоціація національних інститутів охорони здоров'я (International Association of National Public Health Institutes) та інші [404; 523; 494]. Така ситуація призводить до значної кількості «комунікаційного шуму», що в свою чергу негативно впливає на досягнення результату. Фактично комунікативна діяльність є складовою соціальної моделі, яка стосується моделі суспільства та його складових. Є також проблеми перекладу поняття «communication» та «activity». Їх поєднання має зовсім інший зміст, аніж вкладається в україномовному розумінні. Тому складно виокремити де є комунікація як інформування, а де є комунікація як спонукання до дій, і де є комунікація як діяльність (активність) з розбудови моделі громадського здоров'я. Можна констатувати, що у США макромасштабна модель, яка відображає значне утворення (соціальне в першу чергу).

В *Канаді* агенція громадського здоров'я (Public Health Agency of Canada) входить в так зване Health Portfolio на чолі з міністром охорони здоров'я. В цілому Health Portfolio формує стратегію комунікативної діяльності в Канаді здебільшого з боку органів публічного управління та публічного адміністрування, тобто виступає у ролі джерела та відправника інформації. В той час як незалежна не урядова фундація Canadian Public Health Association, заснована в 1910 році виступає в комунікації з боку громадськості доносячи до всіх рівнів уряду потреби людей та популяції в цілому. Таким чином Асоціація забезпечує наявність двостороннього зв'язку між учасниками комунікативного процесу. Ця фундація досить часто виступає каталізатором змін, які покращують здоров'я та

добробут громадян Канади. За рахунок такого механізму можна визначити мінімальний інформаційний шум в комунікаціях громадського здоров'я Канади. У даному випадку яскраво проявляється поєднання формальної моделі (яка стосується діяльності органів публічного адміністрування) та концептуальної моделі партисипації, де залучення громадськості відбувається через комунікації як спілкування. На відміну від інших прикладів, наведених вище, дана модель є динамічною, оскільки відображає ситуації, які є мінливими.

У *Великій Британії*, за даними НСЗ Англії (2016) [464], основним джерелом комунікації щодо збереження здоров'я є НСЗ *Англії* (National Health Service), яка тісно співпрацює з службою громадського здоров'я, існуючі державні та громадські організації, що беруть участь в комунікативній діяльності щодо збереження здоров'я здебільшого виконують комунікативну рамку задану НСЗ Англії та Служби громадського здоров'я Англії в межах Функціональної угоди щодо громадського здоров'я (NHS public health functions agreement).

Функціональна угода щодо громадського здоров'я (NHS public health functions agreement) це важливий документ який визначає напрямки та зони відповідальності кожної установи та фундації, а також комунікативну рамку щодо кожної програми громадського здоров'я яка розвивається в Англії. За словами С. Сміт (2017) [504] та співавторів така ситуація в Великобританії стала можливою з 2012 року, коли було підписано The Health and Social Care Act, до того функції громадського здоров'я були розподілені між НСЗ Англії та численними громадськими організаціями (ГО). Причому ГО впроваджували комунікативну діяльність, а НСЗ Англії забезпечувала розвиток інфраструктури громадського здоров'я та гарантувала отримання відповідних послуг громадянами: вакцінація, онкопривенція, запобігання інфекційним хворобам тощо.

Після укладання функціональної угоди відбулися значні зміни в забезпеченні, структурі та комунікативній діяльності громадського здоров'я. Функції з забезпечення громадського здоров'я були відповідним чином розподілені між Службою громадського здоров'я Англії, НСЗ Англії та місцевою владою [393].

Відповідно до цього нормативного акту основну кількість комунікації продукує НСЗ Англії. Зворотний зв'язок забезпечують численні пацієнтські організації. Однак відповідно до своїх функцій найбільшу роль в комунікації громадського здоров'я відіграє ГО «Local Healthwatch», функціями якої є вподобань людей щодо надання сервісів з громадського здоров'я та можливі шляхи їх поліпшення. Також ГО «Local Healthwatch» допомагає людям знайти потрібну інформацію щодо послуг громадського здоров'я в місцевості їх проживання. Одним з індикаторів успішності комунікативної діяльності НСЗ Англії можна відмітити стабільно високий рівень довіри громадян до цієї державної служби. Фактично, модель комунікації побудована у відповідності з моделями, які притаманні адміністративному менеджменту і ґрунтуються на теорії комунікації. Отже, простежується функціональна модель управління з внутрішніми та зовнішніми комунікативними зв'язками.

В *Австралії* постачальниками послуг охорони здоров'я виступають уряди шести штатів та двох територій. Однак відповідальність за фінансування цих послуг розподіляється між національним урядом та урядами штатів та територій, однак фінансування в першу чергу скеровано на клініки та надавачів первинної медичної допомоги. Певною мірою місцеве самоврядування (муніципальні та міські ради) відіграє роль у наданні послуг громадського здоров'я, в їх компетенціях лежать сфери охорони навколишнього середовища, містобудування, безпеки харчових продуктів та імунізації (Дж.М. Бернхардт, 2004) [302].

На думку К.Р. Макінтайр (2011) [442] уряд не достатньо уваги приділяє громадському здоров'ю, так в рамковому документі уряду Австралії «*Building a 21st century primary health care system*» наведенні тільки дуже загальні меседжі, на кшталт:

- посилення уваги до профілактики;
- посилені, інтегровані та більш систематичні підходи до профілактичної допомоги з регулярними оцінками ризику підтримуються даними та найкращим використанням робочої сили;
- люди знають, як керувати власним здоров'ям та доглядом за собою.

Діяльність з профілактики добре інтегрована, узгоджена та доступна з регулярними оцінками ризику, підтримкою та подальшою діяльністю» та не наведено жодної комунікативної стратегії. Тому в Австралії основними провайдером комунікативної діяльності в громадському здоров'ї виступають декілька неурядових організацій, таких як Австралійська асоціація Громадського здоров'я (Public Health Association of Australia (PHAA)), the Australian Health Promotion Association (В. Лін, С. Фокс, 2007 [439]; К.Р. Макінтайр, 2011 [442]). Асоціації проводять численні конференції, воркшопи, форуми для численних медичних працівників Австралії. Крім того важливою комунікативною функцією цих організацій є ліквідація медичної неграмотності.

В. Лін, С. Фокс (2007) [439] зазначають, що така активність неурядових організацій обумовлена численними помилками в комунікації громадського здоров'я з боку уряду Австралії. Адже, на їх думку, впродовж багатьох років деякі політики розглядали промоцію в громадському здоров'ї, як додатковий рекламний час для своїх компаній, інші ставилися до промоції зміцнення здоров'я як до соціального маркетингу медичних повідомлень. Така позиція призвела до втрати довіри з боку отримувача інформації – громадян.

Високий вплив неурядових організацій та незбалансована центральна політики уряду Австралії призводить до появи інформаційного шуму в повідомленнях. Отже, простежується, з одного боку, активна реалізація моделі гарного публічного менеджменту з розвиненим громадським контролем та перенесенням функцій органів державної влади на громадськість, а з іншого боку, простежується проєктний підхід, коли модель комунікації створюється під кожне окреме завдання і не впливає на інші завдання.

В країнах *Скандинавського регіону* за твердженням О.А. Приятельчука (2018) [157] система охорони здоров'я має багатоступеневу децентралізовану структуру. Усі компоненти передбачають можливість взаємозаміщення задля сталого функціонування системи. В *Фінляндії* система охорони здоров'я і громадського здоров'я розділена на 21 незалежний округ, у межах яких приймаються управлінські рішення щодо напрямків роботи, спрямування

інвестицій, необхідної інфраструктури, закупівлі медичних послуг, комунікативної політики. Подібна ситуація, відповідно до опису М. Олез (2012) [345] існує і в Данії немає загальнонаціонального плану розвитку сфери охорони здоров'я. В цілому держава з центрального рівня тільки регулює та стримує витрати, а серед комунікативних меседжів та рекомендацій централізовано надаються тільки ті що мають загальний характер (М. Ларсен, Г. Гуліс, К.М. Педерсен, 2012) [427].

На державному рівні є кілька державних установ, які дотичні до громадського здоров'я: Національний інститут радіаційної гігієни при Національному управлінні охорони здоров'я; Данський інститут гігієни праці; Данське агентство з охорони навколишнього середовища; Данське управління з ветеринарії та харчових продуктів. Однак більшість питань, такі як вакцинація, перевірки стану здоров'я дітей і вагітних жінок, профілактика серцево-судинних захворювань, онкопrevenція та інші належать до компетенції областей.

Враховуючи децентралізовану і складну систему існує необхідність ретельно координувати всю діяльність, що проводиться на муніципальному, регіональному та центральному рівнях. Тому в 1994 році на законодавчому рівні було прийнято що округи і муніципалітети кожні чотири роки зобов'язані були розробляти спільні перспективні плани розвитку охорони здоров'я з метою забезпечення координації всіх профілактичних і лікувальних заходів. Отже, певною мірою, на цих зустрічах розробляється і рамкова комунікація.

Структурна реформа 2007 року переклала відповідальність за завдання первинної профілактики захворювань та зміцнення здоров'я з регіонів на муніципалітети. Шістдесят п'ять муніципалітетів та два регіони є членами Датської мережі «Здорові міста» (Healthy Cities Network), яка була створена в 1991 році і є активним членом міжнародної мережі ВООЗ «Здорові міста» (Healthy Cities Network). Мережа «Здорові міста» має на меті бути платформою для комунікації та співпраці між органами охорони здоров'я та надає підтримку членам у їх профілактиці та зміцненні здоров'я. Тож остаточне формування комунікативної стратегії вибудовується на муніципальному рівні з урахуванням

місцевих преференцій (М. Ларсен, Г. Гуліс, К.М. Педерсен, 2012) [427].

Служби громадського здоров'я частково інтегровані у заклади, які надають медичні послуги та частково організовані як окремі заходи, що проводяться спеціальними установами. Починаючи з 1999 року, уряд започаткував низку національних програм та стратегій охорони здоров'я, зосереджених на факторах ризику, таких як дієта, куріння, вживання алкоголю та фізичні навантаження (М.-Ж. Шнайдер, 2003) [502].

В великій мірі зворотній зв'язок у *Данії* відбувається за рахунок численних пацієнтських організацій, яких в країні більше 200. З їх боку ведеться дуже активна робота, через виступи від імені громади і пацієнтів у ЗМІ, виходять на комунікації з політичними діячами та органами влади, що впливає на результати публічних дебатів. А також за допомогою зворотного зв'язку, який реалізується під час національних опитувань. Однак така велика кількість пацієнтських організацій створює додатковий шум при наданні зворотної відповіді.

Слід зазначити, що в *Ісландії* система публічного адміністрування охороною здоров'я та громадським здоров'ям є повністю централізованою. МОЗ приймає рішення щодо стратегічного розвитку всіх медичних закладів, громадського здоров'я, комунікативної політики. Крім того МОЗ несе відповідальність за повноту та якість їх виконання, відповідає за координацію між асоціаціями, закладами охорони здоров'я та сервісами публічної служби. Отже, простежується популярний у світі підхід організації державних і публічних комунікацій, регламентованих політиками та стратегіями комунікацій з населенням. У такому випадку комунікації як активність розширюються до комунікацій як діяльності, оскільки саме комунікативна діяльність як система сприяє побудові взаємовідносин з населенням і делегуванням йому самостійного вирішення більшої кількості загальнодержавних проблем.

В країнах, що розвиваються комунікативна діяльність збереження здоров'я здебільшого спрямована на такі актуальні для цих країн виклики як вакцинація, ВІЛ/СНІД, малярія, інфекційні хвороби тощо. В розробці комунікаційних стратегій громадського здоров'я основну роль відіграють міжнародні громадські

організації: Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), Світовий банк (СБ), Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) та інші (С.Б. Дусеціна та ін., 2012) [404]; Н. Томашевіч, М. Текаичіч, Д. Пелджхан, 2017 [525]), які надають комунікативну рамку до місцевих міністерств, а останні впроваджують ці комунікації в громадському здоров'ї.

Відповідно у цих країнах здебільшого використовується найдешевші канали інформації, а часто це просто живі лекції від волонтерів та місіонерських організацій, що часто призводить до зміщення комунікацій від громадського здоров'я на релігійні аспекти. Часто в цих країнах не враховується зворотній зв'язок, за рахунок того, що міністерства впроваджуючи комунікативну рамку надану міжнародними громадськими організаціями мають фінансову зацікавленість в грантових грошах від цих організацій. У даному випадку вочевидь не існує розуміння важливості комунікацій не тільки як діяльності, а й як інструменту публічного управління та адміністрування [229].

Не дивлячись на те, що комунікативна діяльність виступає досить специфічним матеріалом вивчення, для аналізу її необхідно чітко згрупувати та розподілити різні підходи в різних країнах по категоріях [229].

Багатьма науковцями признано, що комунікація державних органів влади, громадських організацій та безпосередньо громадян виступає основою сфери громадського здоров'я в демократичних країнах. Такі комунікації включають широкий спектр питань публічного управління так і публічного урядування (Б.Г. Лопес-Валькарсель, 2018) [441].

В Сполучених штатах Америки питання комунікації в громадському здоров'ї визнані на державному рівні, адже в Національну програму Healthy People 2010 включена глава щодо цього питання [222].

В той же час система громадського здоров'я значною мірою в комунікативній діяльності спирається на модель нового публічного менеджменту та гарного, або належного менеджменту, в основі яких лежить перенесення всієї відповідальності за результати комунікації на громадськість. Важливою складовою таких комунікацій виступає ідея активної участі населення у вирішенні

всіх проблем держави, у тому числі, і відповідальність за власне здоров'я [397].

Відповідно до окреслених в 2012 році Європейським бюро ВООЗ десяти основних оперативних функцій громадського здоров'я дев'ятою визначено інформаційно роз'яснювальну діяльність та комунікацію з соціальною мобілізацією в інтересах здоров'я [540].

3.4. Оцінка ефективності моделей комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я

Сьогодні, за твердженням ВООЗ, громадське здоров'я (public health) визнано одним з ключових компонентів добре функціонуючої системи охорони здоров'я. Першочерговими завданнями громадського здоров'я є покращення стану здоров'я кожного громадянина та популяції в цілому, профілактика захворювань, збільшення тривалості життя та подовження активного періоду шляхом організованих зусиль суспільства [227].

Особливу роль в громадському здоров'ї демократичних країн грає комунікації державних органів влади, громадських організацій та безпосередньо громадян, які включають широкий спектр питань публічного управління так і публічного урядування (Дж.М. Бернхардт, 2004) [302]. Ефективність впливу комунікативної діяльності в громадському здоров'ї можна оцінити, використовуючи наукові методи та засоби.

При оцінці комунікативну діяльності доцільно розглядати у сукупності виходячи з широкого трактування моделей такої діяльності притаманній тій або іншій країні [271; 143]. При дослідженні моделі розуміються як система або лінії побудови взаємодії за допомогою спілкування, діалогу, інформування або обміну адміністративною інформацією [341]. Таким чином можна виокремити з одного боку адміністративну лінійно-функціональну модель побудови комунікації, яка, спрямована на обмін інформацією в системі адміністративних відносин. В цьому випадку громадськість лише інформується про ситуацію і, відповідно до очікувань, має все зрозуміти і поводитись визначеним чином.

З іншого боку, майже протилежною моделлю виступає вербалізація нового публічного менеджменту та гарного, або належного менеджменту, в основі яких лежить перенесення всієї відповідальності за результати комунікації на цільову групу, якою виступає громадськість. Ця модель ґрунтується на ідеї активної участі населення у вирішенні всіх проблем держави, та очікується, що громадськість, у тому числі, візьме на себе відповідальність за власне здоров'я [227].

В літературі і досі не узагальнено визначення поняття «модель», що призводить як до серйозних відмінностей у поглядах та інформаційного розриву між науковими дослідженнями і практичною діяльністю. Без активної участі громадян неможливо створення культурних традицій громадського здоров'я як серед населення в цілому, так й для кожного окремо [227].

Серед функцій держави у сфері громадського здоров'я основною повинна стати розробка політики і стратегії в галузі профілактики хвороб, протиепідемічних заходів, охорони та промоції здоров'я. Для впровадження такої моделі уряд повинен виходити до комунікації з усіма стейкхолдерами, що відповідає системному підходу [227].

Виокремивши різні моделі комунікативної діяльності притаманні різним країнам, можна провести аналіз її ефективності Т.А. Доронина (2015) [45], А. Занфірова, Я.Ф. Радиш (2008) [57]). При оцінці ефективності комунікативної діяльності громадського здоров'я слід також врахувати направленість на активізацію людини до виконання дій, що приносять користь суспільству в цілому, тому оцінка ефективності такої комунікації повинна базуватися не тільки виключно на об'єктивних показниках (як це використовуються при оцінці комерційної комунікації), а і на змінах індивідуальної та соціальної (колективної) свідомості та зміни цінностей всього суспільства.

За визначенням М.-Ж. Шнайдер (2003) [502] громадське здоров'я втілює три головні функції: оцінка здоров'я популяції, розробка політики і забезпечення покращення здоров'я громадян. І комунікації виступають основою громадського здоров'я (П. Бхатнагар та ін., 2016) [304], яка забезпечує усі ці три функції.

На сьогодні для оцінки ефективності комунікативної діяльності існує комплекс методів та підходів, однак слід зазначити, що проблемою виступає направленість практичних способів на оцінку саме комунікативної діяльності в комерційній сфері. Проводячи оцінку комунікативної діяльності комерційної сфери визначають дві групи параметрів, що дозволяють оцінити ріст продажів та вплив її на особистість. Оцінка ефективності комунікаційної діяльності в громадському здоров'ї повинна базуватися на об'єктивних показниках, які виходять із цілей та напрямків громадського здоров'я в цілому. Тобто необхідно вивчити вплив комунікативної діяльності на зменшення серед населення шкідливих звичок, збільшення відданості до здорового способу життя, зменшення в популяції захворювань, що викликані шкідливим способом життя (інфаркти, інсульти тощо) [227].

Для оцінювання різних підходів щодо публічного адміністрування громадського здоров'я були виокремлені різні моделі, що притаманні різним державам світу [227].

Макромасштабна модель (США) в якій виокремлено де є комунікація як інформування, а де є комунікація як спонування до дій, і де є комунікація як діяльність (активність) з розбудови моделі громадського здоров'я. Така модель відображає значне утворення (соціальне в першу чергу) .

Динамічна модель (Канада), відображає ситуації, які є мінливими. У даному випадку яскраво проявляється поєднання формальної моделі (яка стосується діяльності органів публічного адміністрування) та концептуальної моделі партисипації, де залучення громадськості відбувається через комунікації як спілкування [395].

Функціональна модель (Велика Британія) управління з внутрішніми та зовнішніми комунікативними зв'язками. Цій моделі притаманний стабільно високий рівень довіри громадян до державної служби яка займається комунікацією громадського здоров'я. Фактично, модель комунікації побудована у відповідність з моделями, які притаманні адміністративному менеджменту і ґрунтуються на теорії комунікації [341].

В *Австралії* простежується, з одного боку, активна реалізація моделі гарного публічного менеджменту з розвиненим громадським контролем та перенесенням функцій органів державної влади на громадськість, а з іншого, проєктний підхід, коли модель комунікації створюється під кожне окреме завдання і не впливає на інші завдання.

При аналізі комунікаційної діяльності в публічному адмініструванні громадського здоров'я було визначено подібні риси в усіх країнах, так комунікації громадського здоров'я включають в себе наступні канали інформації: Радіо, газети, флаєри, брошури, інтернет, соціальні медіа (і.е., Twitter, Facebook, and YouTube), рекламні щити, статті в газетах, телевізійні трансляції, радіореклама, повідомлення про публічну службу, інформаційні бюлетені, відеоролики, цифрові інструменти, тематичні дослідження, групові дискусії, ярмарки здоров'я, виїзди робочі зошити, лекції, проведення занять в школах та інститутах тощо. Превалювання того чи іншого каналу залежить в першу чергу від заможності країни, та спроможності громадян отримувати інформацію з відповідного каналу (Р.Г. Майстро, К.В. Васильєва, 2015) [108].

Відповідно незалежно від моделі комунікаційної діяльності всі вони можуть бути систематизовані за наступними рисами: джерело інформації, відправник, наявність інформаційного шуму та двостороннього зв'язку, що ґрунтується на класичній схемі сприйняття інформації в процесі спілкування [341].

Серед основних підходів щодо відправника інформації виокремлюються наступні:

- центристський підхід – єдиний державний відправник інформації (*Велика Британія –НСЗ; Канада*) ;
- декілька відправників інформації, здебільшого не урядові організації які контролюються або співпрацюють з державою (*США; Австралія; Скандинавські країни*);
- відправниками інформації виступають міжнародні неурядові організації які надають правила державі (країни що розвиваються).

Тож порівняльну оцінку слід проводити по країнам, що застосовують різні

моделі, з урахуванням основних цілей громадського здоров'я. Тож враховуючи вплив громадського здоров'я на популяцію слід оцінювати фактичні показники здоров'я (кількість інсультів, інфарктів, відмова від шкідливих звичок) та комунікативні (наскільки комунікативні кампанії запам'ятовуються населенням, рівень довіри до відправника інформації).

Відповідно до статистичного аналізу, слід зазначити, що основними викликами громадському здоров'ю є ожиріння (та хвороби, що спричинені їм – інфаркти, інсульти, сахарний діабет тощо), вживання алкоголю та наркотичних засобів, вагітності серед підлітків, порушення ментального здоров'я. Що стосується цих проблем можна оцінити ефективність та фінансову ефективність політик направлених на вирішення цих питань.

Відповідно до даних ВООЗ серцево-судинні захворювання (ССЗ) сьогодні виступають основною причиною смерті в усьому світі. Однак також за даними ВООЗ можна чітко відстежити наявність факторів ризику та розвитком та смертю від ССЗ (С. Каптоге, 2019) [544]. Відповідно до Цілей сталого розвитку ООН є зниження кількості смертей від цього захворювання до 2030 року на третину, отже громадське здоров'я та комунікації громадського здоров'я направлені на зменшення факторів ризику [258], отже визначивши частоту та розповсюдженість смертей від цих захворювань можна судити щодо ефективності та досягнення цілей громадського здоров'я в цілому та комунікацій громадського здоров'я.

Так Д.Ч. Джаярадж (2018) та співавтори зазначають, що 83% смертей від кардіо-васкулярних захворювань приходить на країни з низьким та середнім доходом [410]. Так серед лідерів відзначаються країни колишнього Союзу радянський соціалістичних республік та африканські країни. Однак слід зазначити, що частота смертей від цих захворювань більшою мірою обумовлена якістю та доступністю спеціалізованої медичної допомоги. Отже не може виступати чітким показником ефективності громадського здоров'я, а скоріше вказує на ефективність, чи не ефективність системи охорони здоров'я в цілому.

Варто зазначити, що подібна тенденція відслідковується і щодо захворюваності на інфаркт міокарда, при чому лідерами серед країн з найвищим

рівнем інфаркту міокарду виступають країни південної Азії, в яких не має чіткої комунікаційної політики громадського здоров'я (*Індія, Пакістан, Шрі ланка, Бангладеш та Непал*). Відповідно до даних Американської асоціації серця (American Heart Association – АНА, 2020) основною групою виступають чоловіки у віці 75-84 роки, при чому превалюють афроамериканці [398]. Д.Д. Макманус (2010) відзначає значущу тенденцію в *Сполучених Штатах Америки* до зниження частоти інфарктів з 121 випадку на 100 тис. населення до 77 на 2011 р. [485], однак, як свідчать інші дані, з 2017 року спостерігається незначне підвищення.

Відповідно до рапорту ААС, відстежується тенденція до збільшення кількості дорослих, що досягли адекватної фізичної активності впродовж тижня (збільшення на 22,5%). Незначна тенденція щодо зменшення курців серед жінок, однак не має відповідної тенденції серед чоловіків, в середньому в *США* кількість курців складає 1 до 6 тих хто не курить. Також відмічається нерівномірна ситуація в різних штатах. Більша кількість курців спостерігається в південних штатах, також в цих штатах частота інсультів в середньому вище, ніж в цілому по країні. Відмічається позитивна тенденція щодо здорової їжі та зменшення кількості людей, що страждають ожирінням. Однак серед частота ожиріння серед американців все ще залишається завеликою, особливо це стосується молодого віку. Так серед дітей від 2 до 5 років ожиріння спостерігається у 13,9%, у віці з 6 до 11 років – 18,4 а серед підлітків сягає 20,6%. Серед дорослих ожиріння зустрічається в 38,3%, що є найвищим показником серед країн з високим доходом. Відповідно 37,6% населення США мають переддіабет (С. Вірані, А. Алонсо, Е. Бенджамін, 2020) [398]. Крім того, відповідно до повідомлення Центру з контролю та профілактики захворювань в США (2020) цей відсоток поступово зростає [465].

Така сама тенденція до зниження частоти серцево-судинних захворювань спостерігається і в *Великій Британії*. Так відповідно до Дослідження Глобального тягаря хвороб (The Global Burden of Disease (GBD)) показало, що смертність від ССЗ в Англії знизилася на 52%, а що стосується ішемічної хвороби серця та інфаркту міокарда більше ніж на 60%, а частота інсульту на 43% [304].

В цілому в країнах *Західної Європи*, таких як *Франція, Португалія, Нідерланди* в частота інсультів вище та продовжує зростати у порівнянні з країнами з низьким економічним рівнем, що однак пояснюється високою кількістю мешканців старше 65 років. Якщо ж брати частоту інсультів в популяції до 65 років, ці країни продемонстрували зворотною тенденцію [377].

Відповідно до досліджень робота 44% центрів громадського здоров'я в *Кенії* була не ефективною [418]. В *Гані* робота громадського здоров'я виявилася не ефективною, крім того 65% центрів використовували надлишкові ресурси [284].

Якщо оцінювати ще одну глобальну проблему, в якій важливим фундаментом виступають комунікації громадського здоров'я – вакцинація. Охоплення вакцинацією проти дифтерії, кашлюку та правця є хорошим маркером успішності програм імунізації в країні. Усі з країни високим доходом мають рівень охоплення щепленнями понад 90%. В той час як в країнах з низьким та середнім рівнем доходу, де охоплення залишається низьким - в деяких країнах нижче 50%. Так за даними опублікованими НСЗ *Великобританії* (2020) вакцинація є нормою, і охопат є високим, понад 90% 12-місячних та 24-місячних повністю вакциновані первинними вакцинами відповідно [484]. Дослідження проведене Б. Найхан та ін. у 2014 р. в США показало, що використані повідомлення були недостатньо переконливими, а в деяких випадках навіть призводили до зниження довіри серед батьків [470]. Виходячи з досліджень, правильно побудовані комунікативні стратегії дають кращий результат ніж законодавчі примуси та заборони. Так відмічається збільшення кількості батьків, які вважають, що обов'язкова вакцинація порушує їх громадянські права, що призводить до явного зниження кількості щеплень в *Італії, Франції та Австралії*, де уряди в останні роки вирішили вимагати вакцинації дітей, які мають відвідувати державні освітні заклади (М. Де Амброгі, 2018) [340].

А серед країн з найвищим рівнем захворювання на кір лідерами виступають: *Демократична республіка Конго, Ліберія, Мадагаскар та Сомалі*, не зважаючи на програми міжнародних організацій направленні на підвищення охоплення охопту

імунізації. Однак, слід підкреслити, що на вакцинацію впливає не тільки фінансове забезпечення країни, а і правильно побудовані комунікаційні кампанії – так *Бурунді, Руанда та Багдадеш* спромоглися досягнути досить високого рівня вакцинації (М.А. Прилутські, 2010) [481].

Також слід зазначити, що у 2019 році тривалість життя в *Іспанії, Швейцарії, Італії та Австралії* становила понад 83 роки, в *Великій Британії* – 81, 3 роки, в *Сполучених Штатах Америки* – 78,5 роки, в той час коли в *країнах Африки* тривалість життя коливається в межах 50-60 років. Населення Центральноафриканської Республіки має найнижчу тривалість життя в 2019 році з 53 років [436].

Комунікативна діяльність публічного адміністрування громадського здоров'я досить складний матеріал для оцінки ефективності, адже не має чітких визначених вимірюваних показників які можна було б порівняти між різними країнами та моделями. Тож можна зробити висновок, що оцінка ефективності яка зустрічається в зарубіжній літературі не є дієвою. Втім, аналіз представлених моделей комунікативної діяльності, оцінки ключових показників ефективності цієї діяльності, співставлення обсягу грошей що витрачається на систему охорони здоров'я різних країн дає можливість зробити висновок, що найбільший рівень ефективності демонструють країни з центристським підходом щодо відправника інформації та функціональною моделлю управління з внутрішніми та зовнішніми комунікативними зв'язками [227].

Так *Велика Британія та Канада* у порівнянні зі *Сполученими Штатами Америки* (декілька відправників інформації з державним контролем) показують кращі результати по таким параметрам громадського здоров'я як вакцинація, відмова від паління та ожиріння, при майже вдвічі меншому залученню коштів (Сполучені штати система охорони здоров'я 17,14% ВВП, Канада – 10, 45% ВВП та Великобританія – 9,12% відповідно) [227].

Країни, які не мають централізованого відправника інформації або політика країни не співпадає з цілями громадського здоров'я (країни Африки) мають найгірші показники, що вказує на низьку результативність комунікативної

діяльності. Це вказує на залежність кількості організацій, які є активними учасниками в процесі комунікативної діяльності громадського здоров'я, зменшення частки участі держави, що в свою чергу збільшує створення «інформаційного шуму», що в кінцевому результаті зменшує рівень довіри громадян до системи громадського здоров'я та призводить до появи численних міфів та опору з боку людей. Також система законодавчого примусу не дає очікуваного результату, а тільки погіршує ситуацію, що в першу чергу стосується вакцинації та шкідливих звичок [227].

Проведення кампаній з першочергових питань громадського здоров'я впливає на загальне здоров'я та формує прихильність до здорового способу життя [227]. В межах кожної комунікативної кампанії громадського здоров'я необхідно проводити відповідні зрізи щодо досягнутих результатів та визначати зміни в свідомості та поведінці об'єктів [227].

Світовий досвід вказує, що в комунікативній діяльності громадського здоров'я основною повинна стати розробка політик і стратегій спрямованих на профілактику хвороб, протиепідемічні заходи, охорону та промоцію здоров'я. Для успішного впровадження такої моделі уряд повинен вести комунікації з широким колом стейкхолдерів. Така позиція цілком відповідає системному підходу [242; 302].

Не дивлячись на те, що оцінка комунікативної діяльності досить важлива для розуміння стану громадського здоров'я визначити ключові компоненти для оцінки дуже складно.

Україна розпочала розбудову громадського здоров'я менше десяти років тому і сьогодні в системі все ще спостерігається «первісний хаос», отже важливо з самого початку зрозуміти рівень та якість наявної комунікаційної діяльності, та зробити необхідні кроки для стратегічної розбудови цього вкрай важливого напрямку, враховуючи ролі усіх зацікавлених сторін.

В першу чергу, розпочинаючи оцінку комунікативної діяльності доцільно розглядати виходячи з чіткого визначення моделі такої діяльності притаманній нашій країні. В сучасній науковій літературі і досі не існує узагальнено

визначення поняття «модель», однак частіше під терміном «модель» розуміють систему або лінії побудови взаємодії за допомогою спілкування, діалогу, інформування або обміну адміністративною інформацією [242]. В різних країнах застосовують адміністративну або лінійно-функціональну модель побудови комунікації, спрямовану на обмін інформацією в системі адміністративних відносин. Така модель передбачає лише інформування громадськості про ситуацію. Відповідно до моделі очікується, що громадяни мають все зрозуміти і поводитись визначеним чином. Майже протилежну модель використовують більшість демократичних країн - *вербалізація нового публічного менеджменту та гарного, або належного менеджменту*, в основі яких лежить перенесення всієї відповідальності за результати комунікації на цільову групу, якою виступає громадськість. Ця модель ґрунтується на ідеї активної участі населення у вирішенні всіх проблем держави. В цій моделі громадськість виступає вже не об'єктом інформування, а повноправним суб'єктом комунікативної діяльності та бере на себе відповідальність за власне здоров'я.

В науковій літературі методи та підходи оцінки комунікативної діяльності спрямовані виключно на комунікативну діяльність в комерційній сфері. У більшості публікацій визначають дві групи параметрів: що дозволяють оцінити ріст продажів та вплив її на особистість. Однак такий підхід не є задовільним для оцінювання ефективності комунікаційної діяльності в громадському здоров'ї. Необхідно використовувати об'єктивні показники, які виходять із цілей та напрямків громадського здоров'я в цілому (С.С. Яременко, 2012 [271], Т.А. Доронина, 2015 [45]).

Отже доцільно вивчати показники, які вказують як на поліпшення здоров'я громади в цілому, так і на результати самих комунікативних кампаній: фактичні показники здоров'я (кількість інсультів, інфарктів, відмова від шкідливих звичок), комунікативні компоненти прийняті населенням (виявлення інсульту не медичними працівниками, вуличні реанімації, використання засобів індивідуального захисту, вакцинація) та комунікативні (комунікативні кампанії запам'ятовуються населенням, рівень довіри до відправника інформації).

Виходячи з аналізу офіційного сайту ДУ «ЦГЗ МОЗ України» (www.phc.org.ua) можна зазначити, що інституція у співпраці з міжнародними партнерами реалізує чисельні проєкти, спрямовані в першу чергу на протидію ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу. Серед проєктів зазначено:

- посилення спроможності лікування ВІЛ/СНІД в Україні в рамках Надзвичайної ініціативи Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД;
- підтримка системи епідеміологічного нагляду за ВІЛ і системи управління/поліпшення якості лабораторій МОЗ України, покращення використання стратегічної інформації та розбудова потенціалу громадської охорони здоров'я в рамках Надзвичайної ініціативи Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД;
- прискорення прогресу України в забезпеченні сталої відповіді сфери охорони здоров'я на туберкульоз і ВІЛ-інфекцію;
- надання підтримки Україні в розвитку сучасної системи громадського здоров'я;
- співпраця з Україною у сфері охорони здоров'я;
- посилення реалізації Рамкової конвенції ВООЗ із боротьби проти тютюну в Україні.

В межах цих проєктів визначено поодинокі комунікативні складові оптимізація та адвокація антиретровірусної терапії (АРТ), удосконалення інформаційних систем з імунізації, підвищення обізнаності регіональних ЗМІ у темі контролю над тютюном. В той же час жоден з проєктів не містить багаторівневої національної стратегії комунікаційної діяльності. Крім того багато питань громадського здоров'я, які в усьому світі виступають індикаторами (ожиріння, інсульт, інфаркт, психічне здоров'я) не знайшли відображення на офіційному сайті ДУ «ЦГЗ МОЗ України».

Що стосується регіональних підрозділів, то серед цілій та місій визначена освітня діяльність і соціальна комунікація, адаптовані до потреб конкретних соціально-економічних груп і покликані сприяти оздоровленню способу життя і

поведінки населення, навколишнього середовища [233]. При цьому самі центри в інтернеті представлені слабо, багато з них не мають навіть відокремленого від Департаменту охорони здоров'я веб-сайту. Що стосується комунікативних інструментів здебільшого використовують соціальні мережі, найчастіше Facebook, матеріали на сторінках розташовані хаотично та фрагментарно, здебільшого власний контент відсутній. Одеський обласний ЦГЗ випускає електронний журнал «Медичний простір», випуски якого розташовані на їх власному сайті (<https://healthcenter.od.ua/online/zhurnal-medychnyj-prostir/>). Сам по собі журнал виступає більше у якості інформаційного бюлетеню.

Найширше в Україні представлена комунікативна діяльність щодо поширеність ВІЛ-інфекції/СНІДу і фактори, які сприяють її розвитку. Слід зазначити, що в Україні досить досконало представлені усі теми пов'язані з поширеністю ВІЛ-інфекції/СНІДу від профілактики до адвокації АРТ та запобіганню стигматизації цих верств населення.

В межах публічного управління прийнято ряд нормативно-правових актів:

- ЗУ «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» [196];

- Розпорядження КМУ «Про схвалення Стратегії забезпечення сталої відповіді на епідемії туберкульозу, в тому числі хіміорезистентного, та ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2020 року та затвердження плану заходів щодо її реалізації» [209];

Внесення до Програми медичних гарантій: лікування пацієнтів з ВІЛ-інфекцією, та визначення, що АРТ препарати в Україні є доступними для кожної людини з ВІЛ-інфекцією та надаються також безоплатно.

Відповідно до зазначених НПА розроблено стратегію, яка включає і комунікативну діяльність громадського здоров'я щодо основних напрямків:

- профілактика ВІЛ/СНІДу серед населення України;
- використання засобів індивідуального захисту, особливо серед підлітків та соціально невідповідальних верств населення;
- тестування на ВІЛ інфекцію;

- адвокацію АРТ терапії;
- запобігання стигматизації людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ).

За останні роки проведені числені комунікативні кампанії спрямовані на профілактику, запобігання, виявлення ВІЛ/СНІДу, адвокації АРТ та запобігання стигматизації ЛЖВ, за участю ДУ «ЦГЗ МОЗ України», регіональних центрів ЦГЗ, Міжнародних організацій (ВООЗ, ЮНІСЕФ, USAID та інших) та ГО («100% життя», «Альянс громадського здоров'я», БО «Позитивні жінки», ХМГО «21 століття» тощо).

За оцінкою ВООЗ, Україна є регіоном з високим рівнем поширення ВІЛ-інфекції. Відповідно до даних ДУ «ЦГЗ МОЗ України» та оцінкою UNAIDS, кількість ЛЖВ в Україні досягає 240 тисяч осіб. Лише кожна друга ВІЛ-позитивна людина знає про свій статус і звертається по медичну допомогу. В той же час, за твердженням М.О. Андрущак (2019) та співавторів 75% ВІЛ-позитивних людей у світі знали про свій ВІЛ статус (70% на початку 2017 року); 79% тих, хто знав про свій ВІЛ-статус, отримували лікування, 81% тих, хто отримував АРТ, досягли невизначеного рівня вірусного навантаження на ВІЛ у крові [1]. Станом на 1 травня 2019 року на обліку в Україні перебуває 143 766 ЛЖВ [239; 252], зберігається негативна тенденція до пізнього виявлення ВІЛ, який діагностується у більше ніж половини осіб в 3- та 4-й клінічних стадіях [18].

Аналізуючи ситуацію щодо тенденції до негативної тенденції в протидії ВІЛ в Україні Є.М. Шапка (2019) відмічає, що держава проводить виключно політику щодо адвокації АРТ не приділяючи уваги іншим аспектам направленим на зменшення кількості інфікування ВІЛ в Україні [262], що на думку Горпинич А. (2020), незважаючи на велику увагу, спрямовану на питання дискримінації та стигми ВІЛ позитивних осіб, ці явища залишаються широко розповсюдженими серед нашого суспільства [27], а В.В. Огоренко, О.М. Гненна (2019) вказують на нетолерантне ставлення до ЛЖВ, навіть у 17,7% (17,7%) студентів VI курсу медичних університетів [126].

Вивчаючи фактичні показники здоров'я доцільно зосередитись на тих, які виступають основними факторами смерті та інвалідизації, та на які найбільше

впливає комунікація громадського здоров'я: ожиріння, стан допомоги при інсультах, захворюваннях системи кровообігу, відмова від шкідливих звичок.

В Україні на ожиріння страждає 22,1% населення, та посідає 14 місце серед європейських країн за кількістю людей з ожирінням. Для порівняння, у *Великобританії* цей показник становить 28,4% для жінок та 26,2% для чоловіків, і є найгіршим у Європі за даними Mean BMI (2020) [449]. Не дивлячись на те, що зараз спостерігається світовий тренд щодо подолання ожиріння, а комунікації з цього приводу проводяться як медичними так і не медичними фахівцями (фітнес-інструкторами, інфлюенсерами, інстаграм моделями), в Україні не існує широких комунікативних кампаній щодо цієї проблеми. Єдиним заходом направленим на громадськість є розроблена МОЗ в співпраці з «Асоціацією дієтологів України» тарілка здорового харчування українця (2017) [121]. Однак і ця ініціатива не знайшла широкого відображення в інформаційному полі.

Що стосується дитячого ожиріння, то в відповідно до даних Державного закладу «Центр медичної статистики МОЗ» показник поширеності ожиріння серед дитячого населення України значно нижчий порівняно з країнами Європи (<http://medstat.gov.ua/ukr/statdan.html>). Однак на думку І. Е. Заболотної та Л. В. Яценко (2019) це пов'язано не з кращим станом громадського здоров'я та профілактичної медицини, а з тим, що вивчення та статистичний аналіз поширеності надмірної маси тіла серед дитячого населення України не проводиться [54]. На думку К. Г. Помогайбо (2019) пацієнти дитячого віку вперше звертаються по медичну допомогу з приводу скарг, пов'язаних з розвитком ускладнень ожиріння [150]. Ще одним важливим показником є те, що за даними ВООЗ в 2001 році в Україні кількість дітей із зайвою вагою була 14,4%. Це вказує, що система профілактики ожиріння у дітей має ряд недоліків в організації, процесі та результатах: недотримання лікарями первинної ланки надання медичної допомоги дитячому населенню, нехтуванням чинних протоколів, відсутністю та фрагментарністю нормативно-правової бази, відсутністю узгодженості між нормативними документами МОЗ та відсутністю документів, які визначають стратегію комунікативної діяльності в цьому питанні.

В більшості країн світу основними викликами громадського здоров'я стали неінфекційні захворювання, що призводять до інвалідізації та смерті: травми, інсульти, інфаркти. За офіційною статистикою, в Україні цереброваскулярні захворювання є другими серед усіх причин смертності (100 000–110 000 смертей, близько 14% усіх померлих). Однак слід зазначити, що частота смертей від цих захворювань більшою мірою обумовлена якістю та доступністю спеціалізованої медичної допомоги. Отже, не може виступати чітким показником ефективності громадського здоров'я, а скоріше вказує на ефективність, чи не ефективність системи охорони здоров'я в цілому.

Досить показовим щодо оцінки результативності комунікаційної діяльності громадського здоров'я виступає інсульт. Адже це захворювання має чіткі фактори ризику: високий артеріальний тиск, малорухливий спосіб життя, наявність шкідливих звичок (куріння і надмірне вживання алкоголю), високий рівень холестерину в крові, ожиріння і діабет, на які можна впливати через комунікаційну діяльність спрямовану на зміну способу життя.

Крім того дуже важливим щодо інвалідізації є раннє виявлення інсульту та відповідне лікування. Щодо раннього виявлення інсульту в Сполучених Штатах Америки та в країнах Європейського союзу проводяться інформаційно-комунікативні програми направлені на раннє виявлення інсульту не медичними працівниками. Лозунгом цих програм виступає «Мозок це час». За рахунок раннього виявлення інсульту та доступності кваліфікованої медичної допомоги в країнах Європи та в США до 80% тих хто переніс інсульт повертається до нормального способу життя.

Щороку стається 100 000–110 000 інсультів (понад третина з них - у людей працездатного віку), а за даними Української асоціації боротьби з інсультом реальна цифра сягає 150 000. 30–40% хворих на інсульт помирають упродовж перших 30 днів і до 50% - протягом року від початку захворювання; 20–40% хворих, що вижили, стають залежними від сторонньої допомоги (12,5% первинної інвалідності) і лише близько 10% повертаються до повноцінного життя (П. Лебединець, Д. Лебединець, В. Лебединець, 2019) [431].

Дослідження проведене в Південному регіоні показало, що до 2015 року 25–30 % серед усіх викликів екстреної медичної допомоги з приводу інсульту хворі відмовлялися від госпіталізації. Причини відмови здебільшого були пов'язані з поганою інформованістю хворого та його родичів щодо сучасних стандартів лікуватися інсульту (13,5 %), та наявністю серед родичів лікарів або середніх медичних працівників (11,7 %), браком коштів (18,9 %), сімейними обставинами (6,3 %), загальним тяжким станом хворого (4,5 %). За останні два роки кількість відмов від госпіталізації за наявності інсульту зменшилася у 2,5 рази, також зросла на 36,3% кількість пацієнтів, яких доставили до лікарні в рамках терапевтичного вікна (Т. Муратова, Д. Храмцов, О. Стоянов, 2020) [43].

Однак позитивні зміни скоріш пов'язані з покращенням доступності допомоги при інсульті, та комунікаціями, які проводить НСЗУ. З 2020 року лікування гострого мозкового інсульту включено як пріоритет до Програми медичних гарантій. Відповідно НСЗУ, як відправник інформації, проводить постійні комунікаційні кампанії щодо доступності та безоплатності такої допомоги [251].

В той же час, комунікації які стосуються суто громадського здоров'я при інсульті (вміння впізнати ознаки інсульту, допомога хворим в реабілітації, створення доступного середовища) в Україні проводяться громадськими організаціями (ГО «Українська асоціація боротьби з інсультом», ГО «Південноукраїнська регіональна асоціація ангіоневрології») та міжнародні організації Європейська організація інсульту (European Stroke Organisation), Європейській проєкт «Ініціатива Angels» (Angels Initiative) (О. В. Гузій, 2019) [30]. Один з небагатьох відеороликів в якому навчають виявляти ознаки інсульту був створений Полтавським інсультним симуляційним центром за підтримки Європейського проєкту «Ініціатива Angels» (Angels Initiative).

Що стосується комунікацій щодо профілактики серцево-судинних захворювань, спостерігається приблизно така сама ситуація. Інфаркт міокарду віднесена ВООЗ до найважливіших неінфекційних захворювань. Тим не менше за даними І.І. Кошеля (2020) в останні роки в Україні спостерігається зниження

показника захворюваності населення на гострий інфаркт міокарду з рівнем в 117,2 на 100 тис. дорослого населення, визначається деяке коливання в розрізі адміністративних територій, яке складає 1,55 разу. Визначаються гендерні особливості інфаркту серед чоловіків показник захворюваності на гострий інфаркт міокарду (153,3) в 1,75 разу вищий ніж у жінок (87,5), що відповідає загальносвітовій тенденції [96].

Крім того, в останні роки спостерігається тенденція до зменшення показника смертності населення України внаслідок інфаркту міокарда, що вочевидь обумовлено не розбудовою комунікативної стратегії спрямованої на попередження розвитку самого захворювання, а на розбудову мережі Реперфузійних центрів, які працюють у режимі 24 години 7 днів на тиждень, 365 днів на рік (24/7/365). З цими центрами НСЗУ уклало договори щодо надання допомоги населенню України за Програмою медичних гарантій. Також НСЗУ проводить відповідні комунікаційні кампанії щодо можливості та прав пацієнта на отримання медичної допомоги по цьому напрямку [270].

За даними К. Сокол, А. Шульгай (2011), ще станом на 2011 р. в Україні від ГІМ, при близько 50 тис. хворих, щорічно помирає 20% пацієнтів, тоді як в країнах Європи – 5% [236], а відповідно до математичної моделі В.В. Рудень, І.М. Ковальської (2019) [220] станом на 2019 р. спостерігається тенденція до зростання, що свідчить про неефективність наявних стратегій комунікативної та превентивної діяльності направленої на це захворювання.

Відповідно до наявних програм ДУ «ЦГЗ МОЗ України» Основні комунікативні кампанії спрямовані на відмову від шкідливих звичок та впровадження безпечного способу життя (профілактика туберкульозу, ВІЛ тощо).

Відповідно до інформації ДУ «ЦГЗ МОЗ України» в Україні 85 000 смертей щороку пов'язані власне із курінням, і понад 14 000 – з впливом вторинного тютюнового диму. В 2019 році стартувала національна інформаційна кампанія «тютюновий дим – невидимий вбивця», у звіті зазначено, що завдяки успішній адвокаційній кампанії, яка тривала у 2017-2019 рр. у січні 2020 року було ухвалено низку законодавчих актів, які з 2021 року втричі підвищать акциз на

тютюнові вироби електричного нагрівання, сигари та впроваджують податок на електронні сигарети. Також зареєстровано законопроект 2813, який збільшує кількість громадських місць, у яких буде повністю заборонено куріння.

Слід зазначити, що це перша національна інформаційно-комунікаційна кампанія спрямована на боротьбу з тютюном. В кампанії залучені 25 національних та понад 60 регіональних телеканалів на яких транслюють соціальний відеоролик про шкоду від пасивного куріння. Крім того в столиці та 10 містах України на вулицях розташована соціальна реклама. Включення регіональних центрів громадського здоров'я дало можливість розповсюдити понад 10 000 постерів, 25 000 наклейок та листівок про загрози пасивного куріння, насамперед для дітей, які не можуть себе захистити самотійно.

Сьогодні рано оцінювати успішність національної антитютюнової кампанії, однак можна зазначити, що загалом у 2008-2019 роках реалізація сигарет в Україні скоротилася з 125 мільярдів до 45 мільярдів сигарет, тобто на 80 мільярдів або 64%. Крім того відмічено, що запуск антитютюнової кампанії призвів до більшої залученості громадян, так частка тих хто захищає право на бездимне середовище. Проведене дослідження визначає, що серед респондентів на 3,2% більше стали робити зауваження курцям в невідповідних місцях (21% до кампанії та 24,2% після початку кампанії), на 1,3% громадян наклеїли знак «Куріння заборонено» (2,2% та 3,5% відповідно) та на 1,2% більше поскаржилися до відповідних органів (2,1% та 3,3% відповідно) за звітом ГО «Життя» (2019) [60].

Важливим індикатором успішних комунікаційних кампаній громадського здоров'я можна вважати зміну способу життя відповідно до комунікативних кампаній (виявлення інсульту не медичними працівниками, вуличні реанімації, використання засобів індивідуального захисту, вакцинація) та комунікативні (комунікативні кампанії запам'ятовуються населенням, рівень довіри до відправника інформації).

Відповідно до світової статистики більшість зупинок серця в наслідок захворювань не пов'язаних з травмою стаються на вулиці, поза досяжністю

медичного персоналу. Таким чином А.Л. Блевер (2020) та співавтори вказують на частоту позалікарняних серцево-легеневих реанімацій, як важливу складову громадського здоров'я. Так, відповідно до даних ААС серцево-легенева реанімація (СЛР) не медичних працівників підвищує шанс людини вижити внаслідок зупинки серця поза лікарнею, однак частота таких СЛР у більшості країн низька (приблизно 40%) [403].

Не дивлячись на високу зацікавленість громадськості в навчанні з домедичної допомоги, що обумовлено подіями з вилкою кількістю людських жертв та інвалідизацій впродовж останніх п'яти років: Революція Гідності, антитерористична операція на Сході країни, нестабільна суспільно-політична ситуація із сутичками та протистояннями, велика кількість надзвичайних ситуацій, ДТП та терористичні акти. Важливо зазначити, що в 2007 році було створено Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», а в 2014 році МОЗ України затвердив порядки надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах (Наказ МОЗ України від 16.06.2014 № 398). Крім того ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України» визначено головною установою, що надає організаційно-методичну допомогу та здійснює науковий супровід заходів щодо створення та функціонування єдиної системи екстреної медичної допомоги, що визначає, що інституція повинна розробляти та впроваджувати комунікативну діяльність щодо домедичної допомоги. В 2013 році заклад пройшов Державну акредитацію та внесений до Державного реєстру наукових установ, яким надається підтримка держави. Однак, слід зазначити, що ані ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», ані ДУ «ЦГЗ МОЗ України» не проводить ніякої комунікативної діяльності щодо підготовки немедичних працівників щодо домедичної допомоги.

Сьогодні в Україні діє велика кількість приватних закладів, які проводять курси та майстер класи щодо домедичної допомоги, однак ані єдиного стандарту навчання, ані якихось заходів щодо акредетації курсів в Україні не існує. Так різні

приватні тренінгові центри навчають по різних програмах. Так ВГО «Всеукраїнська рада реанімації та екстреної медичної допомоги» навчає відповідно до стандартів Європейської ради ресусцитації (European Resuscitation Council, ERC), та виступає представником України в мережі національних рад ресусцитації у Європі. ТОВ «Центр спеціальної підготовки» навчає відповідно до стандартів ААС. Ще одним важливим актором щодо навчання домедичної допомоги виступає Товариство Червоного Хреста України, програми якого сертифіковані в референс-центр із першої допомоги Міжнародної Федерації Товариства Червоного Хреста та Червоного Півмісяця. В той же час більшість організацій, що проводять навчання немедичних працівників в Україні (Учбовий центр SAR®, «Курси першої домедичної допомоги «САВ», 44 Навчальний Центр та інші) проводять навчання за власними програмами, які жодним чином не перевіряються та не узгоджені з існуючими в Україні НПА. Усі ці організації займаються комунікативною діяльністю здебільшого спрямованої на комерційні потреби та створення попиту серед населення щодо знань з домедичної допомоги. Така комунікативна діяльність також не є узгодженою, та навряд чи дає системний результат. Так за даними Українського фонду «Здоров'я» 82% громадян респондентів відповіли, що не зможуть надати першу невідкладну медичну допомогу постраждалому, адже не знають що робити. Ще 62% не стануть рятувати, бо бояться нашкодити та можливої відповідальності яка може наступити в наслідок таких дій. Також відповідно до дослідження тільки 1% вміє користуватися автоматичним зовнішнім дефібрилятором, в той час як в Європі цей показник складає 40%.

Глобальною проблемою комунікацій громадського здоров'я виступає вакцинація. Охоплення вакцинацією проти дифтерії, кашлюку та правця є хорошим маркером успішності програм імунізації в країні. Усі з країни високим доходом мають рівень охоплення щепленнями понад 90%. Виходячи з досліджень, правильно побудовані комунікативні стратегії дають кращий результат ніж законодавчі примуси та заборони. Так, відмічається збільшення кількості батьків, які вважають, що обов'язкова вакцинація порушує їх

громадянські права, що призводить до явного зниження кількості щеплень в Італії, Франції та Австралії, де уряди в останні роки вирішили вимагати вакцинації дітей, які мають відвідувати державні освітні заклади (М. Де Амброгі, 2018) [340].

Однак, як зазначає О. Юдін (2018) за рішенням Європейського суду з прав людини у держави головним пріоритетом є захист та охорона життя та здоров'я своїх громадян, отже в певних випадках ці інтереси мають пріоритет та держава має право в певних випадках зобов'язати громадян пройти медичні процедури з метою усунення загрози завдання шкоди здоров'ю населення [267].

В Україні останнім часом проведено численні компанії щодо підвищення обізнаності з питань вакцинації із залученням міжнародних партнерів, однак за даними МОЗ України майже два роки в Україні триває спалах кору. Найвищий рівень захворювання зафіксований в регіонах з найнижчими показниками вакцинації (Львівській, Івано-Франківській, Закарпатській, Одеській областях) [20]. Слід зазначити досить низькі показники охоплення вакцинацією серед населення України.

Відповідно до даних ДУ «ЦГЗ МОЗ України» від туберкульозу вакциновано лише 33,4% дітей до першого року життя, гепатиту В - 26,7% дітей до 1 року, кір, паротит, краснуха - 28,3% однорічних дітей і 30,1% - дітей віком 6 років, дифтерії, правця вакциновано лише 31,6% дітей до року, 32,4% дітей віком 18 місяців, 15,9% дітей — віком 6 років, 15,5% дітей віком 16 років, гемофільної інфекції до одного року - 76,5% осіб, одного року - 80,0% [55].

Таке відношення до щеплень вже вилилося в потужний спалах кору в 2017 - 2019 роках, у разі якщо підходи до комунікативної діяльності в цій галузі не будуть змінені, Україну очікує погіршення епідеміологічної ситуації щодо вакциноконтрольованих інфекцій.

За твердженням І.І. Черненко, Д.С. Самохіна (2019) попри велику кількість комунікаційних кампаній все ще спостерігається низька культура населення, яка призводить до неправильного відношення людей до своїх захворювань, низької медичної грамотності населення, перебільшення значимості народної медицини,

розвитку гомеопатії, а від так масових відмов від вакцинацій [260].

На сьогодні в Україні тільки створюється система громадського здоров'я вже розбудовано центральний орган ДУ «ЦГЗ МОЗ України» та майже завершено формування регіональних ЦГЗ, що стосується публічного управління, можна зазначити, що здебільшого присутня НПА щодо регуляції та координації роботи органів громадського здоров'я, однак що стосується комунікативної діяльності НПА недостатні, а стратегія комунікативної діяльності не сформована. Так, в затвердженій урядом стратегії, або в подальшому не було визначено чітких критеріїв та індикаторів ефективності як комунікативної діяльності, так і в цілому діяльності регіональних ЦГЗ. Здебільшого комунікативна діяльність спрямована або на ситуативну проблему (вакцинація, спалах інфекційних захворювань), або на міжнародні тренди здоров'я (ВІЛ, вживання алкоголю, профілактика онкологічних захворювань) без наявної комунікативної стратегії регіонального ЦГЗ та без врахування державних та місцеві програми інших установ, що існують паралельно.

Серед проблем, які є визначальними серед питань громадського здоров'я високу увагу приділено розповсюдженню ВІЛ/СНІДу, тютюнопалінню та вакцинації. Однак результати цих інтеракцій важко вважати задовільними (тільки 50% ЛЖВ знають про свій діагноз, високий відсоток тих кого виявлено на пізніх стадіях захворювання, низьке охоплення вакцинацією тощо). Багато комунікативних кампаній проводяться без центральної стратегії та навіть без участі держави (ожиріння, запобігання інсультам, інфарктам тощо). Таким чином можна зазначити, що участь держави в створенні та розвитку стратегії комунікативної діяльності громадського здоров'я мінімальна та не відповідає більшості сучасних викликів.

Дослідження, проведене Київською школою економіки в 2017 році показало, досить низький рівень загальної кількості працівників, які безпосередньо працювали з відкритими даними. Відповідно до дослідження ця кількість коливалась між 3 та 4 тис. осіб [76]. Однак, відповідно до даних «opendataforum», за останні п'ять років відбувся значний прогрес в використанні

відкритих даних як в загальних питаннях публічного адміністрування так і в охороні здоров'я [443].

Насправді це значною мірою обумовлено тим, що Україна тільки встала на шлях впровадження відкритих даних. Не зважаючи на те, що ЗУ «Про доступ до публічної інформації» прийнятий ще в 2011 році, визначає, «право кожного на доступ до інформації, що знаходиться у володінні суб'єктів владних повноважень, інших розпорядників публічної інформації» [162]. Суто відкриті дані в Україні вперше офіційно з'являються в Національній антикорупційній стратегії на 2014-2017 роки та в Плані дій із впровадження Ініціативи «Партнерство «Відкритий Уряд» у 2014-2015 роках. Відповідно до цього ЗУ визначається обов'язок розпорядників інформації надавати та оприлюднювати інформацію, крім випадків, передбачених законом, порядок доступу до публічної інформації визначено тільки в 2015 році ЗУ «Про внесення змін до деяких законів України щодо доступу до публічної інформації у формі відкритих даних» [159]. Також в 2015 році Постановою КМУ було визначено набори даних, які підлягають оприлюдненню у формі відкритих даних [178], та уточнено в 2021 році [160]. Дорожня карта розвитку відкритих даних в Україні метою якої стала імплементація шести принципів міжнародної Хартії та розвитку відкритих даних в Україні затверджена лише в 2018 році Розпорядженням КМУ. Ціль цього документу впровадження та реалізація принципу «Open by Default» («Відкриті за замовчуванням») [174].

Важливим питанням в роботі з відкритими даними є форма їх публікації, так відповідно до методичних рекомендацій підготовлених Державним агентством з питань електронного урядування України зазначено, що відкриті дані мають бути опубліковані в мережі Інтернет у машиночитаному форматі – форматі, придатному для автоматизованого оброблення інформаційними системами, отже різні запити, мапи, графіки, електронні сервіси без доступу до вихідних первинних даних не можуть розглядатися, як відкриті дані. Однак на думку К. Ф. Гейгер та Й. фон Лукке (2012), яку вони висловили ще у 2012 р., недостатньо просто публікувати данні державного сектору для вільного їх

використання, слід вкласти їх у відповідні сервіси зручні для роботи державних органів, місцевого самоврядування та бізнесу [375].

Усі відкриті дані, зібрані різними органами виконавчої влади, комунальними підприємствами та державними установами оприлюднюються у формі відкритих даних на Єдиному державному веб-порталі відкритих даних за адресою: data.gov.ua. За пошуком по ключовим словам «Охорона здоров'я», «Електронна система охорони здоров'я», «медицина», «інфекційні хвороби», «епідеміологія» знайдено 275 набори даних. Слід звернути увагу, що більшість наборів даних наданих органами місцевого самоврядування або безпосередньо ЗОЗ. У той же час, не знайдено наборів даних від лабораторних центрів та ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України», а від ЦГЗ на державному порталі зазначено тільки 1 набір даних щодо ліків для лікування гепатитів. У звіті «Оцінка стану оприлюднення та оновлення відкритих даних» опублікованому в 2019 році Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками названа серед аутсайдерів щодо публікації відкритих даних [133]. Хоча саме ці установи повинні отримувати, обробляти та оприлюднювати найбільшу кількість даних в охорони здоров'я.

Розглядаючи особливі ресурси публікації відкритих даних що безпосередньо стосуються охорони здоров'я в Україні в першу чергу необхідно розглянути публікацію відкритих даних від МОЗ України. При переході на вкладення «Відкриті дані» на офіційному сайті МОЗ України (<https://moz.gov.ua/vidkriti-dani>), можна знайти 35 пунктів за якими можна завантажити різні документи, які не оброблені, частково надані в форматі pdf, при цьому у 3 випадках зовсім відсуне посилання на файл. Деякі посилання направляють на дашборди (Ліцензійний реєстр МОЗ України з медичної практики) без надання суто відкритих даних. Деякі посилання ведуть не на набір даних, а на нормативно правові акти. Таким чином дані опубліковані МОЗ не є повною мірою відкритими даними, та не дають або значно обмежують можливість автоматизації та створення інструментів на їхній основі.

Найбільша кількість на найкраща систематизація відкритих даних наявна на

офіційному сайті НСЗУ де опубліковані знеособлені електронні дані закладів-партнерів в двох видах:

- у вигляді аналітичних панелей, за допомогою яких можна шукати інформацію, використовуючи різні фільтри, копіювати та роздруковувати необхідні дані;
- у вигляді звітів;
- у вигляді відкритих даних, доступних для завантаження та машинної обробки з Єдиного державного веб-порталу відкритих даних.

Таким чином, втілюються усі принципи надання відкритих даних: як публікація необроблених даних для завантаження та машинної обробки так і різних сервісів, мап та аналітичних панелей, які можуть бути зручно використанні іншими органами державної влади, органи місцевого самоврядування та бізнес структурами. У грудні 2020 році за підтримки міжнародних організацій було опубліковано «Вплив відкритих даних НСЗУ та МОЗ України» в якому детально розглянуто вплив ВД на трансформацію охорони здоров'я в Україні. Відповідно до цього звіту існує дуже високий попит на данні та аналітичні дашборди, які оприлюднює НСЗУ, так за перші три квартали 2020 року було зафіксовано більше 2 млн. переглядів дашбордів, а обсяг трафіку користування дашбордів склало 20% від усього трафіку сайту НСЗУ. Важливим питання публічного адміністрування ВД, розпорядником яких є НСЗУ стали рішення стосовно того як данні будуть опубліковані на держпорталі відкритих даних. Для визначення враховується як запити, які НСЗУ отримує від користувачів сайту та стейкхолдерів та внутрішні обговорення та пропозиції відділу аналітиків НСЗУ, які відстежують розвиток реформи охорони здоров'я та намагаються передбачити потреби органів державної влади та ОМС. В звіті визначено також, що НСЗУ є одним із найбільш відповідальних розпорядників даних, який не тільки публікує набори даних відповідно до усіх вимог законодавства щодо відкритих даних, а і розкриваючи набори проактивно, що також є частиною комунікаційної стратегії даного ЦОВВ щодо впровадження політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення [22].

На офіційному сайті ДУ «ЦГЗ МОЗ України» ВД дані не упорядковані, та знаходяться у відповідних під темах, при чому як і на сайті МОЗ розміщенні в різних форматах та наданні здебільшого у вигляді дашбордів. Відповідно до завдань зазначених на офіційному сайті ДУ «ЦГЗ МОЗ України» - заклад охорони здоров'я, що відповідає за збереження і зміцнення здоров'я населення, соціально-гігієнічний моніторинг захворювань, епідеміологічний нагляд і біологічну безпеку, групову та популяційну профілактику захворюваності, боротьбу з епідеміями та стратегічне управління у сфері громадського здоров'я.

Не краща ситуація у регіональних центрів громадського здоров'я, так наприклад КНП «ЦГЗ» Одеської обласної ради» не містить наборів ВД, а на сайті зазначено, що надання публічної інформації закладом здійснюється у відповідь на інформаційний запит. Хоча саме до цього закладу був приєднаний КНП «Одеський обласний інформаційно - аналітичний центр медичної статистики» ООР.

Не містять відкритих даних і регіональні ДУ «Обласний лабораторний центр МОЗ України», хоча відповідно до статуту основними завданнями центрів є діяльність у сфері епідеміологічного (спостереження) профілактики неінфекційних захворювань, захисту від інфекційних хвороб [240]. А звіти про епідемічну ситуацію з інфекційної захворюваності, в тому числі на COVID-19, на території відповідної області є просто статтями які містять окрему інформацію не зрозуміло як саме вибрану для публікації.

Достатньо великий обсяг ВД міститься на сайті ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ» України. Всі вони надаються у вигляді таблиць Excel, та категоризовані за трьома групами: статистичні дані системи МОЗ; лікарські кадри системи МОЗ України; статистичні дані МОЗ всі відомства та приватні установи. Нажаль сайт містить тільки необроблені данні та не має дашбордів, таблиць, графіків або інших спроб надати готовий аналіз інформації. На сайті Державної служби статистики в розділі «Охорона здоров'я» данні застарілі, останні данні опубліковані на сайті датовані 2017 роком. Також необхідно відмітити, що деякі комунальні підприємства також оприлюднюють відкриті дані так КП «Луцький

центр первинної медичної допомоги №2» через єдиний портал відкритих даних оприлюднює 18 наборів.

Вивчення відкритих даних та використання відповідних інструментів дають можливість значного зниження корупційних ризиків у фінансуванні сфери охорони здоров'я та запобіганню роботи з небажаними контрагентами. Слід визначити, що наявні інструменти побудовані на основі відкритих даних можна розділити на загальні, які не несуть специфічної інформації, але все одно допомагають орієнтуватись і в питаннях взаємодії в охорони здоров'я. До таких інструментів буде відноситись «Безкоштовний запит на Міністерства юстиції» (Безкоштовний пошук відомостей у Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань), де можна перевірити юридичний статус закладу, різноманітність кількості та профільність видів економічної діяльності, власника та кінцевого бенефіціара. В реєстрі судових рішень можна ознайомитись з судовими рішеннями по закладу, через реєстр НАЗК подивитись декларації посадових осіб в медицині. Важливим майданчиком для громадського моніторингу та органів місцевого самоврядування виступає DoZorro цей портал дає можливість подивитись закупівлі, які були проведені в ProZorro з порушеннями з 2016 року, і таким чином виявити з одного боку систематичні порушення зі сторони ЗОЗ, а отже поставити питання щодо відповідності Директора займаній посаді, з іншого боку недоброчесних надавачів, які співпрацюють з даною лікарнею. Ці інструменти та ВД дають можливість як органам місцевого самоврядування вести роботу щодо забезпечення медичної допомоги мешканцям на відповідній території, краще зрозуміти потреби та необхідність того чи іншого виду діяльності, економічні чинники тощо. Крім того такі інструменти та набори відкритих даних дають можливість запобігти співпраці з небажаним контрагентом, а таким чином запобігти фінансових втрат.

Що стосується суто медичних аналітичних панелей побудованих на основі відкритих даних, то найбільшим попитом в Україні користуються ті, які створені НСЗУ дашборди щодо підписаних декларацій з лікарями, «Доступні ліки», «Оплати надавачам послуг медичної допомоги за Програмою медичних гарантій»,

«Виплати аптечним закладам за договорами з НСЗУ» тощо. Ці дашборди дають представникам органів місцевого самоврядування та іншим органам виконавчої влади розуміння щодо фінансування та навантаження на ЗОЗ та аптеки на відповідній території адже одним з головних завдань медичної реформи та трансформації системи охорони здоров'я є зміна принципу фінансування, а з іншого боку реформа місцевого самоврядування визначає, що відповідальність забезпечення доступності і безоплатності медичного обслуговування на відповідній території, а також забезпечення розвитку всіх видів медичного обслуговування, розвитку і вдосконалення мережі лікувальних закладів усіх форм власності, визначення потреби та формування замовлень на кадри для цих закладів, укладення договорів на підготовку спеціалістів, організація роботи щодо удосконалення кваліфікації кадрів належить до повноважень місцевої влади. Таким чином, органи влади отримують інструменти для планування та визначення потреб мережі на їх території. При цьому данні також доступні і наглядовим радам та громадським організаціям, які приймають участь у публічному адмініструванні у співпраці з виконавчими органами місцевого самоврядування.

Враховуючи обсяг та відкритість даних, що публікує НСЗУ, цей ЦОВВ став переможцем у номінації «Open data Government Awards» за найвищі стандарти публікації відкритих даних. НСЗУ є одним з лідерів в країні щодо впровадження електронних комунікативних інструментів [61].

Серед інших інформаційно-комунікативних інструментів, побудованих на основі відкритих даних, які мають вплив на публічне адміністрування охороною здоров'я слід зазначити «Ліки контроль» сервіс, який дає доступ до більшості інформації пов'язаною з ліками та доступу до них. За допомогою цього сервісе можна перевірити реєстраційний номер ліків в базі даних. Відсутність такого номеру свідчить про підробність закуплених ліків. Також тут можна побачити «заборонені серії». Це дає можливість вберегти ЗОЗ від закупівлі підробних ліків, а також визначити більш дешеві аналоги тих чи інших препаратів, що дуже корисно для створення місцевих програм щодо закупівлі необхідних лікарських

засобів. За допомогою сервісу «Є ліки» ЗОЗ повинен у відкритому доступі сповіщати про наявність лікарських засобів. Таким чином, громадяни можуть запобігти не потрібних витрат з кишені просто пересвідчившись, що лікарня має той чи інший лікарський засіб, а громадські організації та органи місцевого самоврядування можуть поставити питання щодо відсутності відповідних засобів в лікарні якою вони опікуються. Дашборд про аптеки-учасниці програми «Доступні ліки» допоможе визначити, у яких місцевостях бракує аптек та ухвалити рішення щодо доцільності приєднання до держпрограми «Доступні ліки», розвитку мережі аптек на зазначеній території тощо.

За останні три роки значно зросло використання відкритих даних, як по країні в цілому так і в Охороні здоров'я. Однак публікація даних на відповідних сайтах не робить ці данні відкритими за умовчанням, адже данні повинні бути опубліковані в форматах зручних для машинної обробки. За останні п'ять років прийнято цілий ряд нормативно-правових актів які унормовують та врегульовують, як публікацію так і використання відкритих даних як потужного комунікативного інструменту на різних рівнях органів публічного управління та адміністрування. Серед найважливіших нормативно правових актів слід відзначити ЗУ «Про доступ до публічної інформації», ЗУ «Про внесення змін до деяких законів України щодо доступу до публічної інформації у формі відкритих даних», Національну антикорупційну стратегію на 2014-2017 роки, План дій із впровадження Ініціативи «Партнерство «Відкритий Уряд» у 2014-2015 роках, Дорожню карту розвитку відкритих даних в Україні.

У 2014 році створено єдиний веб-портал (data.gov.ua), в 2021 р. Центр компетенцій в сфері відкритих даних «Дія. Відкриті дані». Відповідно до проведеної оцінки на єдиному вебпорталі виявлено 275 наборів відкритих даних пов'язаних з охороною здоров'я. Відповідно до проведеної оцінки основними розпорядниками відкритих даних виступають МОЗ України та НСЗУ. Найбільша кількість даних оприлюднено НСЗУ. При чому відкриті дані продубльовано на офіційному сайті центрального органу виконавчої влади (nszu.gov.ua), як у вигляді наборів відкритих даних так і у вигляді дашбордів, мап, графіків та

іншого аналітичного матеріалу. В ході оцінки відкритих даних не виявлено наборів даних наданих центрами громадського здоров'я як центральним органом так і регіональними центрами. Хоча центри громадського здоров'я відповідальні за врегулювання епідеміологічної ситуації, стану вакцинації тощо, і логічно очікувати публікації великої кількості відкритих даних саме від ЦГЗ.

Завдяки наявності відкритих даних, що дозволяють контролювати рух коштів в сфері охорони здоров'я, з'являється можливість незалежного контролю зі сторони громадських організацій та громадського нагляду за процесом витрат, що в свою чергу призводить до участі цих організацій в публічному адмініструванні охорони здоров'я як на відповідних територіях так і в цілому по країні. Крім того, відкритими даними та створеними на їх основі дашбордами все більше користуються органи місцевого самоврядування та ті хто створює державну політику в охороні здоров'я з метою досягти УПМП та спроможної мережі медичних закладів [226].

Висновки до розділу 3

Сучасні підходи до моделей комунікацій різняться, втім, більшість з них ґрунтується на існуючих моделях комунікації. Такі моделі використовуються як методологічна основа комунікацій в сфері публічного адміністрування, зокрема це моделі комунікацій: лінійна; інтерактивна; трансакційна; SMCR *Берло*; Де Флера; Дака; Фішера; Гербнера; Ф. Денса; Лассвелла; Осгуда-Шрама; Райлі і Райлі; Шеннона і Вівера; Джохарі; Ньюкомба. А також моделі: відносин Дака, Кнаппа, Пула; пропаганди Герман і Хомський; спілкування Вестлі та Макліна.

Всі ці моделі стосуються різних аспектів комунікації та комунікативної діяльності, зокрема: передачі інформації; взаємодії суб'єктів комунікації; побудови відносин; комунікації в малих групах; створення соціальних реалій в соціальному, реляційному та культурному контексті; налагодження певних стосунків; процесу побудови комунікацій та подання інформації, переконання, роз'яснення тощо; ефективності комунікацій; кругового процесу комунікацій зі

зворотним зв'язком; двостороннього зв'язку; шляхів подання повідомлень; перцепції; невербальної комунікації; процесів розвитку комунікацій і побудови відносин; міжособистісних відносин; ескалації відносин та розв'язання конфліктів; функцій комунікацій для суспільства; впливу комунікацій на процес мислення і прийняття рішень; зміни ситуацій за рахунок використання комунікацій; впливу комунікацій на процес прийняття рішень, у тому числі й управлінських; масових комунікацій; побудови довіри за рахунок використання комунікацій; підтримки соціальної рівноваги всередині соціальної системи.

Перелічені складові є основою для розвитку моделей комунікацій в системі публічного адміністрування охороною здоров'я, які зорієнтовані на: досягнення згоди; розбудову сильних сторін; нейтралізацію ризиків, зворотній зв'язок; досягнення згоди; широкий обмін інформацією між усіма акторами процесу; якість побудови комунікацій з усіма учасниками процесу; обговорення та взаємодію з громадськістю; ліквідацію медичної безграмотності.

Узагальнення досвіду зарубіжних держав демонструє широке застосування моделей комунікацій в різних аспектах охорони здоров'я:

- залучення неурядових громадських організацій до організації комунікацій в межах управління та адміністрування сфери охорони здоров'я, комунікацій з громадськістю щодо питань пов'язаних зі здоров'ям, роз'яснення населенню найважливіших питань пов'язаних з публічним адмініструванням сфери охорони здоров'я (США);

- провадження комунікативної діяльності сфері охорони здоров'я з залученням ЗМІ (США);

- введення комунікативної діяльності в управлінську роботу в сфері охорони здоров'я, дослідження її результатів з використанням дебатів, особливо в контексті інституційних реформ (Швеція);

- аналіз критичних інцидентів; вирішення конфліктів (Швеція);

- використання сучасного PR в закладах охорони здоров'я, які повинні мати проактивну позицію в комунікаціях зі своїм споживачем, щоб задовольнити інтереси всіх пацієнтів та суспільства (Боснія і Герцеговина);

- створення посад фахівця з PR, спікера та комунікатора які зустрічають пацієнта першими (Боснія і Герцеговина);
- побудова відкритого двостороннього обміну інформацією та думками про шкоду та вигоду з метою покращення розуміння ризиків та вдосконалення рішень щодо використання лікарських засобів з акцентами на ризикових комунікаціях (Велика Британія, США);
- залучення ЗМІ в рамках національних стратегій щодо профілактики окремих хвороб (Великобританія);
- проведення профілактичних комунікаційних заходів з залученням ЗМІ та використанням рекламних щитів і плакатів, коротких слоганів, спрощеного довідника про хворобу, розповсюдження їх на масових заходах, через клініки сімейної медицини серед пацієнтів, створеної добірки цікавих історій про хворобу, гасел і інтерв'ю, що розповсюджуються в місцевих газетах, телебаченні та радіо (Німеччина);
- широке використання усіх комунікативних каналів для потреб громадського здоров'я (телебачення, радіо, бюлетені, інтернет, соціальні мережі тощо), проактивної комунікації, залучення недержавних громадських організацій в комунікативну діяльність на рівні держав, громад, клінік, лікарів та пацієнтів (держави ЄС);
- розробка нових цифрових послуг для підтримки здоров'я різних верств населення в межах державної підтримки (Австралія);
- державна підтримка системи доступу до телемедичних послуг, особливо в сільській та віддаленій місцевості (Австралія);
- спілкування професіоналів та їхніх пацієнтів через захищені цифрові канали (Австралія);
- державна підтримка комунікацій з корінними мешканцями (Австралія);
- впровадження національних комунікативних стратегій, які визначають комунікативну діяльність щодо проблем охорони здоров'я та публічного здоров'я (Афганістан, Зімбабве, Гана, Кенія, Малаві та інші країни);
- залучення до розробки національних стратегій недержавних громадських

організацій та донорської допомоги міжнародних організацій (Афганістан, Зімбабве, Гана, Кенія, Малаві та інші країни);

- налагодження координаційної комунікації між міністерствами, відомствами та закладами, інтеграція та координація серверів в період пандемії COVID-19 (Сінгапур, Японія, Гонг-Конг);

- використання сучасних каналів (Telegram, WhatsApp групи тощо), до яких були залучені лікарі, мікробіологи, вірусологи котрі відповідали на запитання та спростовували недостовірну інформацію яка циркулювала в суспільстві в період пандемії COVID-19 (Сінгапур);

- запровадження комунікації уряду з громадянами з акцентом на соціальній відповідальності та навчанні щодо порядку дій під час пандемії (Сінгапур);

- ефективне використання соціальних медіа під час пандемії з метод повідомлення про причини карантину, зниження напруженості у суспільстві, надання практичних порад, запобігання неправдивим чуткам та паніці (Китай);

- проведення модернізації моделей комунікації, оскільки пацієнт-центрична модель показала свою повну нездатність в умовах катастрофічного спалаху COVID-19 (Італія);

- впровадження методів телемедицини: стратегія США (спрямована на юридичне визначення та впорядкування сучасних регуляторних рамок щодо використання телемедицини), стратегія Китаю (спрямована на максимальне розширення практичного використання телемедицини для надання медичної допомоги пацієнтам), Південної Кореї (використання даних, зібраних та агрегованих з соціальних медіа), стратегія держав ЄС (Європейська модель - базується на рекомендаціях Великобританії та направлена на виявлення нових випадків та зменшення відвідування лікарень для полегшення навантаження на них).

Виокремлюється мультісекторальний підхід та залучення усієї громади щодо ліквідації пандемії, який передбачає розвиток дистанційних комунікаційних інструментів консультацій пацієнтів, взаємодії медичних працівників та координації дій адміністративних органів та закладів охорони здоров'я (ВООЗ).

Моделі комунікативної діяльності в сфері громадського здоров'я стосуються декількох аспектів: правового, організаційного, адміністративного, впливового, соціального, професіонального. В основу таких моделей покладена ідея активної участі населення у вирішенні всіх проблем держави, у тому числі, і відповідальність за власне здоров'я. Комунікації будуються на основі загальних моделей комунікації і відображають зміст цих моделей, зокрема це стосується інформування з визначенням каналів інформації, цілей інформації, відправників/отримувачів тощо.

Виявлено, що основна мета такого типу стратегій стосується:

- запобігання та зменшення ризиків для здоров'я людини та загального середовища ;
- пропагування здорового способу життя ;
- інтегрування та оновлення системи охорони здоров'я з довгостроковими планами у сферах профілактики, зміцнення здоров'я та захисту.

В зарубіжних державах моделі комунікативної діяльності в сфері громадського здоров'я спрямовані на:

- соціальну роботу (США);
- зменшення забюрократизованості державних службовців і зниження припон щодо інтерпретації суспільством комунікацій від органів державної влади (США);
- визнання питання комунікації в громадському здоров'ї на державному рівні (США);
- розширення функцій агенції з громадського здоров'я, яка формує комунікативну стратегію в публічному адмініструванні, де органи державної влади виступають і як джерело, і як відправник інформації (Канада);
- забезпечення неурядовими організаціями комунікацій між урядом і громадськістю з питань охорони здоров'я (Канада);
- виконання неурядовими організаціями комунікативної рамки, встановленої органами державної влади та службами (Великобританія);
- визнання неурядових організацій основними провайдерами

комунікативної діяльності в громадському здоров'ї з ліквідації медичної неграмотності (Австралія);

- вироблення комунікативної політики на місцевому рівні (Фінляндія);
- централізоване надання комунікативних меседжів та рекомендацій (Данія);
- залучення до розробки комунікативних стратегій міжнародних громадських організацій (країни, що розвиваються);

Виокремлено дві основні моделі побудови комунікацій в системі адміністративних відносин, що впливає на охорону здоров'я, зокрема: адміністративна лінійно-функціональна, спрямована на обмін інформацією; нового публічного менеджменту та гарного, або належного менеджменту, в основі яких лежить перенесення всієї відповідальності за результати комунікації на цільову групу, якою виступає громадськість. Ця модель ґрунтується на ідеї активної участі населення у вирішенні всіх проблем держави, та очікується, що громадськість, у тому числі, візьме на себе відповідальність за власне здоров'я.

Оцінка ефективності моделей комунікацій базується як на об'єктивних показниках, так і на змінах у взаємовідносинах держави і суспільства.

Виокремлюються основні підходи щодо відправника інформації:

- центристський підхід – єдиний державний відправник інформації (Велика Британія – НСЗ; Канада) ;
- декілька відправників інформації, здебільшого не урядові організації які контролюються або співпрацюють з державою (США; Австралія; Скандинавські країни);
- відправниками інформації виступають міжнародні неурядові організації які надають правила державі (країни що розвиваються).

Для України за умов реформування системи охорони здоров'я, розширення сфери охорони здоров'я важливими постають питання формування власної ефективної моделі публічного адміністрування сферою охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 4

РЕГУЛЮВАННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ СУБ'ЄКТІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ

4.1. Правові засади регулювання комунікативної діяльності суб'єктів публічного управління та адміністрування

Аналіз правових документів продемонстрував відсутність чіткого визначення комунікативної діяльності в публічному адмініструванні і галузевих напрямках, зокрема. Не зважаючи на пропозиції щодо створення комунікативної концепції, стратегії тощо, які в наукових публікаціях декларуються з 2005 року і по теперішній час (що висвітлено у розділі 1), залишається актуальною проблема розробки комунікативних стратегій як на рівні держави, так і на рівні місцевого самоврядування, зокрема щодо сфери охорони здоров'я.

Проведений аналіз правових актів показав, що термін «комунікація» починає активно використовуватись в правових актах в різних сенсах і значеннях. Так, в Концепції забезпечення національної системи стійкості, затвердженій Указом Президента України від 27 вересня 2021 року № 479/2021 основними проблемами, які потребують розв'язання на етапі запровадження національної системи стійкості, визначаються на рівні формування каналів взаємодії заінтересованих сторін:

низький рівень комунікації між органами державної влади, органами місцевого самоврядування та населенням;

недостатній рівень довіри населення до органів державної влади, і як наслідок недостатній рівень залучення широких верств населення, громадських об'єднань до реалізації заходів у сфері забезпечення національної стійкості;

недостатній рівень міжнародного співробітництва у сфері забезпечення національної стійкості [93].

В Указі Президента України Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 14 травня 2021 року «Про Стратегію кібербезпеки України»

йдеться про розроблення *методики комунікації* між державою та суспільством щодо протидії масштабним кібератакам і кіберінцидентам, створення необхідних умов для її практичної реалізації [202].

У Розпорядженні КМУ від 4 серпня 2021 р. № 907-р «Про схвалення Стратегії енергетичної безпеки» йдеться про *електронні комунікації*, зокрема при описі загроз щодо кіберзагрози / кіберінцидентів щодо об'єктів критичної інфраструктури енергетичного сектору визначаються наявні та потенційно можливі явища і чинники, що створюють небезпеку енергетичним об'єктам критичної інфраструктури, справляють негативний вплив на стан безпеки та її кіберзахист; несприятливі події ненавмисного характеру (природного, технічного, технологічного, помилкового, зокрема внаслідок дії людського фактору), які становлять загрозу безпеці системам *електронних комунікацій*, системам управління технологічними процесами, створюють імовірність порушення штатного режиму функціонування таких систем, ставлять під загрозу безпеку (захищеність) електронних носіїв [208].

У Постанові Верховної Ради України «Про звіт Тимчасової слідчої комісії Верховної Ради України з питань розслідування випадків та причин порушення прав дитини під час здійснення децентралізації повноважень з питань охорони дитинства, реформування системи закладів інституційного догляду та виховання, реалізації права дитини на сімейне виховання та усиновлення, розвитку (модернізації) соціальних послуг» (прийняття від 14.07.2021) [185] з посиланням на Розпорядження КМУ від 01.06.2020 р. № 703-р, яким затверджено «План заходів з реалізації II етапу Національної стратегії реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017-2026 роки» із їх розподілом за центральним і місцевим рівнями та за трьома розділами виокремлюється поняття комунікації в контексті взаємодії з суспільством, зокрема щодо підпункту 3): *комунікація в суспільстві*, з громадами, з батьками щодо сутності реформи [148]. Цим розпорядженням виокремлено завдання і для МОЗ України, зокрема щодо:

- п. 1. Визначення потреб територіальних громад у послугах для дітей та

сімей з дітьми, їх надання, моніторинг та оцінка якості в частині: 1) включення до переліку показників і примірної структури плану (програми) соціально-економічного розвитку територіальної громади даних щодо дітей та сімей з дітьми, зокрема тих, які належать до вразливих груп населення, та заходів, спрямованих на забезпечення захисту прав дітей, розвиток послуг, розроблення методичних рекомендацій щодо формування показників анкети спроможності територіальної громади; 3) розроблення та затвердження примірного положення про міждисциплінарну команду фахівців з надання соціальних послуг дітям та сім'ям з дітьми (протягом 2021-2022 рр.);

- п. 2. Розвиток системи навчання працівників органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування, надавачів послуг з питань реформування системи інституційного догляду та виховання дітей, захисту прав дитини, розвитку та надання послуг дітям та сім'ям з дітьми в частині: 4) включення до програм підвищення кваліфікації державних службовців, посадових осіб органів місцевого самоврядування модулів з питань реформування системи інституційного догляду та виховання дітей, захисту прав дітей, охорони материнства та дитинства відповідно до національного законодавства та міжнародних стандартів; 6) проведення серії навчальних заходів з питань упровадження реформи системи інституційного догляду та виховання дітей для голів Київської міської та обласних держадміністрацій, обласних рад, структурних підрозділів з питань соціального захисту, освіти, охорони здоров'я держадміністрацій, служб у справах дітей та їх заступників (протягом 2021-2022 рр.);

- п. 4. Виявлення на ранніх етапах вразливості дітей з порушеннями розвитку, особливими освітніми потребами, а також сімей з такими дітьми в частині: 1) розроблення та затвердження переліку індикаторів/ознак для своєчасного виявлення вразливих дітей та сімей з дітьми, які мають ризик потрапляння у складні життєві обставини (зокрема дітей з особливими освітніми потребами), визначення механізму реагування та залучення відповідних фахівців; удосконалення механізмів взаємодії працівників закладів охорони здоров'я,

надавачів соціальних послуг щодо виявлення вагітних жінок, матерів з новонародженими дітьми, які можуть відмовитися забрати дитину з пологового будинку, іншого закладу охорони здоров'я (зокрема в разі народження дитини з порушеннями розвитку), забезпечення надання допомоги з метою збереження сім'ї для дитини (протягом 2021-2022 рр.); 3) удосконалення процедури проведення скринінгів і раннього виявлення захворювань дітей; 4) розроблення та поширення медичних, профілактичних та методично-навчальних засобів, матеріалів для планування сім'ї; 5) удосконалення критеріїв оцінки фізичного розвитку дитини відповідного віку з урахуванням рекомендацій міжнародних організацій (протягом 2020-2022 рр.);

- п. 5. Розвиток послуги з підтримки дітей та сімей з дітьми на рівні територіальної громади в частині: 2) внесення змін до постанови КМУ від 22 листопада 2004 р. № 1591 «Про затвердження норм харчування у навчальних та дитячих закладах оздоровлення та відпочинку» щодо харчування дітей, які мають показання до обмежень, особливостей харчування (зокрема внаслідок відповідних захворювань); 3) розроблення та затвердження типової програми формування навичок відповідального батьківства (зокрема щодо забезпечення догляду та виховання дітей з порушеннями розвитку та/або інвалідністю) та методичних рекомендацій щодо її впровадження (протягом 2021-2022 рр.);

- п. 6. Доступ дітей з порушеннями розвитку та/або інвалідністю до реабілітаційних послуг та паліативної допомоги в частині: 1) перегляд індивідуальної програми реабілітації дитини з інвалідністю в частині включення до неї компонента надання соціальних послуг та приведення її у відповідність із вимогами Конвенції про права осіб з інвалідністю, Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я дітей та підлітків; 2) удосконалення та автоматизація форми індивідуальної програми реабілітації дитини з інвалідністю з урахуванням Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я дітей та підлітків, складення та контроль за її виконанням (протягом 2020-2021 рр.);

- п. 7. Розвиток послуги інклюзивного навчання в закладах дошкільної та

загальної середньої освіти в частині: 1) розроблення та затвердження стратегії розвитку інклюзивної освіти з визначенням напрямів поступової трансформації закладів спеціалізованої освіти із пансіонами; 3) розроблення рекомендацій з використання Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я дітей та підлітків для потреб інклюзивної та спеціалізованої освіти (протягом 2021-2023 рр.);

- п. 8. Забезпечення розвитку та підтримки сімейних форм виховання дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування в частині: 6) розроблення та затвердження навчального модуля з питань підготовки кандидатів в усиновлювачі, опікуни, піклувальники, прийомні батьки, батьки-вихователі, які беруть на виховання дитину з особливими потребами та/або інвалідністю (протягом 2021 р.).

Також виокремлені завдання для МОЗ України в розділі «Створення механізмів забезпечення прав та інтересів дітей у процесі реформування системи інституційного догляду та виховання дітей», зокрема:

- п. 1. Удосконалення процедури прийняття рішень в інтересах дітей в частині: 3) розроблення та затвердження нормативно-правових актів щодо визначення повноважень і відповідальності органів та посадових осіб місцевого самоврядування з питань забезпечення прав дітей, соціальної підтримки сімей з дітьми в межах проведення децентралізації (протягом 2020-2023 рр.); 4) удосконалення законодавства з метою припинення практики влаштування дітей віком до трьох років до закладів інституційного догляду та виховання дітей шляхом влаштування їх у сім'ї або середовище, максимально наближене до сімейного (протягом 2023 р.); 7) розроблення та запровадження інструментів фіксації відмови батьків або осіб, що їх замінюють, від отримання послуг, що становить загрозу для життя та здоров'я дитини (протягом 2021 р.); 8) розроблення корекційних програм для батьків, які не виконують батьківських обов'язків, з метою посилення потенціалу батьків щодо дотримання умов навчання, виховання та розвитку дитини (протягом 2020-2021 рр.).

Поставлені завдання для МОЗ України в розділі «Реформування системи

інституційного догляду та виховання дітей з урахуванням потреб територіальної громади та інтересів кожної дитини», саме в таких пунктах:

- п. 3. Забезпечення поступового виведення та інтеграція до громади дітей-вихованців закладів інституційного догляду та виховання дітей в частині: 1) розроблення методичних рекомендацій щодо проведення комплексної оцінки закладу інституційного догляду та виховання дітей, яка повинна включати оцінку потреб кожної дитини та її сім'ї, кадрового складу та кваліфікаційного рівня працівників закладу, їх потреб у підвищенні кваліфікації, стану приміщень, майна та підготовки плану трансформації закладу за її результатами; 2) удосконалення механізмів оплати вартості утримання дітей у закладах інституційного догляду та виховання дітей, зокрема в частині врегулювання такої оплати за рахунок батьків або осіб, які їх замінюють, або коштів місцевого бюджету (у разі прийняття відповідним органом опіки та піклування рішення про влаштування дитини до такого закладу); 3) опрацювання питання щодо спрямування коштів, вивільнених після закриття закладу інституційного догляду та виховання дітей, на соціальні послуги; 4) підготовка рекомендацій органам місцевого самоврядування щодо прийняття рішень про розпоряджання майном і ресурсами, які вивільняються у процесі трансформації закладів інституційного догляду та виховання дітей (протягом 2020-2022 рр.); 5) утворення міжвідомчої групи експертів для підтримки регіональних комісій з трансформації закладів інституційного догляду та виховання дітей (протягом 2020-2021 рр.);

- п. 4. Впровадження моніторингу реформування системи інституційного догляду та виховання дітей і дотримання прав дітей в частині: 1) розроблення та впровадження моніторингу реформування системи інституційного догляду та виховання дітей; 3) забезпечення впровадження в тестовому режимі інформаційно-аналітичної системи моніторингу дітей, які перебувають у закладах інституційного догляду та виховання дітей, з використанням інформаційно-цифрових технологій і дистанційних методів управління (протягом 2020-2021 рр.);

Також сформульовані завдання для МОЗ України в розділі

«Поінформованість суспільства про важливість зростання дитини в сім'ї або в умовах, наближених до сімейних, і стан реформування системи інституційного догляду та виховання дітей» у пунктах:

- п. 2. Запровадження системного інформування про необхідність виховання дитини в сім'ї та відповідального батьківства, неприпустимість порушення прав дитини в сім'ї та в закладах інституційного догляду та виховання дітей, негативний вплив інституційного догляду та виховання дітей і стан реформування системи інституційного догляду та виховання дітей в частині: 1) розроблення та затвердження стратегії комунікації щодо реформування системи інституційного догляду та виховання дітей (протягом 2020-2021 рр.); 2) запровадження єдиних стандартів візуальної комунікації для розроблення інформаційної продукції (щороку); 3) проведення прес-конференцій та брифінгів з актуальних питань щодо реформування системи інституційного догляду та виховання дітей; 4) забезпечення системного наповнення моніторингової онлайн-платформи щодо реформування системи інституційного догляду та виховання дітей, її підтримки (зокрема шляхом розміщення банера на офіційних веб-сайтах органів виконавчої влади); 5) проведення інформаційно-роз'яснювальних кампаній щодо: мети та змісту реформування системи інституційного догляду та виховання дітей; необхідності виховання дитини в сім'ї, відповідального батьківства; розвитку сімейних форм виховання дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування; підвищення рівня позитивного сприйняття суспільством включення до освітнього процесу дітей з особливими потребами, з інвалідністю, дітей з числа вихованців інтернатних закладів; популяризації розвитку патронату та наставництва; 7) здійснення навчальних та інформаційно-просвітницьких заходів для представників засобів масової інформації щодо висвітлення теми реформування системи інституційного догляду та виховання дітей; 8) виготовлення та розповсюдження інформаційно-просвітницької продукції щодо реформування системи інституційного догляду та виховання дітей; 11) забезпечення координації проєктів міжнародної технічної допомоги, громадських організацій щодо надання методичної, організаційної та іншої допомоги в

реформуванні системи інституційного догляду та виховання дітей (постійно) [148].

При такому широкому рівні відповідальності виникає питання застосування певної системи або моделі комунікативної діяльності в сфері охорони здоров'я для її ефективності.

Акцент на електронні комунікативні послуги робиться в Указі Президента України «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 14 травня 2021 року «Про Стратегію людського розвитку» щодо:

- забезпечення фінансової та технічної можливості надання *електронних комунікаційних послуг* вразливим соціальним групам населення;
- використання високоефективних технологій, зокрема *інформаційно-комунікаційних*, для сприяння розширенню прав та можливостей жінок і чоловіків [203].

В Указі Президента України «Про Національну стратегію у сфері прав людини» наголошується на необхідності запровадити регулярне та системне проведення інформаційно-просвітницької роботи та підтримку громадських об'єднань у здійсненні такої роботи для поширення знань про права і свободи людини, механізми їх захисту, зокрема з *використанням альтернативних засобів комунікації та спрощеної мови* [190].

Указ Президента України Про Національну молодіжну стратегію до 2030 року констатує необхідність формувати рівень довіри до влади у молоді, зокрема зазначається, що поглиблення глобалізації, зростання мобільності, освітні виклики і високий рівень *комунікаційної спроможності* на фоні низького рівня довіри до органів державної влади формують потребу в оновленні підходів щодо підтримки молоді, формування та реалізації молодіжної політики [189].

У Розпорядженні КМУ від 3 лютого 2021 р. № 84-р «Про затвердження плану заходів щодо підтримки сфери культури, охорони культурної спадщини, розвитку креативних індустрій та туризму» йдеться про комунікаційні заходи у декількох пунктах, зокрема:

- п. 13. Здійснення *комунікаційних та навчально-методичних заходів з*

питань повернення культурних цінностей, незаконно вивезених, евакуйованих з території України під час війн та збройних конфліктів, а також тимчасово вивезених і неповернутих (семінари, засідання за круглим столом, фокус-групи).

- п. 58. Здійснення *комунікаційних* заходів щодо можливостей використання інструменту державно-приватного партнерства для залучення позабюджетних коштів у сферу культури [175].

Указ Президента України «Про невідкладні заходи щодо забезпечення екологічної безпеки та підготовку заходів до 35-х роковин Чорнобильської катастрофи» у підпункті 5) констатує важливість забезпечення належної *комунікації* відповідних органів виконавчої влади з громадськими об'єднаннями, статутна діяльність яких пов'язана з питаннями захисту прав та інтересів учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС та громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи [191].

Розпорядження КМУ від 28 жовтня 2020 р. № 1544-р «Про затвердження Національного плану дій з виконання резолюції Ради Безпеки ООН 1325 «Жінки, мир, безпека» на період до 2025 року» констатує доцільність забезпечення *надійних джерел комунікації* з питань постконфліктного відновлення [170].

В Указі Президента України «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 14 вересня 2020 року «Про Стратегію національної безпеки України» йдеться про налагодження та підтримання надійних каналів *комунікації* державних органів із населенням на всій території України [200].

Постанова КМУ від 5 серпня 2020 р. № 695 «Про затвердження Державної стратегії регіонального розвитку на 2021-2027 роки» затверджує пунктом 4 доцільність комунікації в контексті стимулювання малого та середнього підприємництва «на сільських територіях, насамперед віддалених та з низькою щільністю населення, шляхом використання фінансових, методичних та організаційних інструментів, у тому числі із забезпеченням доступного навчання підприємництву в режимі он-лайн, оф-лайн та змішаному форматі навчання, а також розширення мережі центрів підтримки підприємництва

«Дія. Бізнес» і надання, зокрема зазначеними центрами, фахових спеціалізованих консультацій, відвідування освітніх та консультативних подій, доступ до фінансування, партнерських та інвестиційних ресурсів, *поліпшення комунікації* між сільськими підприємцями та місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування» [167].

Рішення КМУ від 31.03.2020 № 9-рд «Про заходи Національного банку України щодо протидії кризовим явищам та ситуацію на валютному ринку України» в пункті 6 щодо *комунікацій з монетарної політики* рекомендується: 6.1. Переглянути характер *публічних комунікацій* щодо прогнозованої траєкторії облікової ставки та її кількісних значень [184].

У Постанові КМУ від 3 березня 2020 р. № 185 «Про затвердження критеріїв діяльності надавачів соціальних послуг» йдеться про: 7) інформування населення про наявні соціальні послуги та електронні сервіси (перелік соціальних послуг, категорії осіб, яким вони надаються, умови та порядок їх надання тощо) через *електронні засоби комунікації* та соціальні мережі, смс-інформування, друковану продукцію (буклети, ліфлети тощо) у формі, доступній для сприйняття особами з будь-якими порушеннями здоров'я [169].

Розпорядженням КМУ від 29 січня 2020 р. № 111-р «Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги» МОЗ України доручається:

- 17) затвердження методичних матеріалів та *комунікаційних стратегій* щодо проведення всеукраїнської інформаційної кампанії з метою зменшення кількості непрофільних викликів бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги (II квартал 2020 р);

- 18) реалізацію *комунікаційних стратегій* у частині проведення всеукраїнської інформаційної кампанії з метою зменшення кількості непрофільних викликів бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги (2020-2023 рр.);

- 19) затвердження методичних матеріалів та *комунікаційних стратегій*

щодо всеукраїнської інформаційної кампанії з метою популяризації домедичної допомоги серед населення держави (III квартал 2020 р.);

- 20) реалізації *комунікаційних стратегій* щодо всеукраїнської інформаційної кампанії з метою популяризації домедичної допомоги серед населення держави (2020-2023 рр.) [177].

Законом України «Про Основні засади (стратегію) державної екологічної політики України на період до 2030 року» (прийняття від 28.02.2019; введення в дію, відбулась 01.01.2020) констатується про необхідність:

- упровадження новітніх засобів і форм *комунікацій* та ефективної інформаційної політики у сфері охорони навколишнього природного середовища.

- інформування та *комунікація* - сприятимуть підвищенню рівня обізнаності громадськості про діяльність органів виконавчої влади у сфері охорони навколишнього природного середовища та ефективність впровадження ними нормативно-правових актів, стан навколишнього природного середовища та рівні його забруднення, принципи та методи сталого споживання і виробництва, захисту довкілля та дбайливого ставлення до живої природи [193].

Розпорядження КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1018-р «Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року», в якому доручається забезпечити *ефективну комунікацію* фахівців та управлінців, залучених до надання послуг з охорони психічного здоров'я, передбачається шляхом створення єдиної електронної системи інформаційного забезпечення та адміністрування послуг у сфері охорони психічного здоров'я, інтегрованої з іншими системами адміністрування потреб населення [205].

ЗУ «Про основні засади забезпечення кібербезпеки України» в редакції від 01.08.2021 у п. 21) визначається: *системи електронних комунікацій* (далі - комунікаційні системи) - системи передавання, комутації або маршрутизації, обладнання та інші ресурси (включаючи пасивні мережеві елементи, які дають змогу передавати сигнали за допомогою провідових, радіо-оптичних або інших електромагнітних засобів, мережі мобільного, супутникового зв'язку, електричні кабельні мережі в частині, в якій вони використовуються для

цілей передачі сигналів), що забезпечують *електронні комунікації* (передачу електронних інформаційних ресурсів), у тому числі засоби і пристрої зв'язку, комп'ютери, інша комп'ютерна техніка, інформаційно-телекомунікаційні системи, які мають доступ до мережі Інтернет та/або інших глобальних мереж передачі даних [194].

У розпорядженні КМУ від 12 липня 2017 р. № 482-р «Про схвалення Стратегії державної міграційної політики України на період до 2025 року» йдеться про *інформаційно-комунікаційну інфраструктуру*, яку буде запроваджено, повинна сприяти полегшенню і спрощенню порядку надання адміністративних послуг населенню [207].

Значення низки термінів в Указі Президента України «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 29 грудня 2016 року «Про Доктрину інформаційної безпеки України» (прийняття від 25.02.2017), зокрема:

- *стратегічні комунікації* - скоординоване і належне використання комунікативних можливостей держави - публічної дипломатії, зв'язків із громадськістю, військових зв'язків, інформаційних та психологічних операцій, заходів, спрямованих на просування цілей держави;

- *урядові комунікації* - комплекс заходів, що передбачають діалог уповноважених представників КМУ з цільовою аудиторією з метою роз'яснення урядової позиції та/або політики з певних проблемних питань;

- *кризові комунікації* - комплекс заходів, що реалізуються державними органами України у кризовій ситуації і передбачають їх діалог із цільовою аудиторією з питань, що стосуються кризової ситуації;

- *стратегічний наратив* - спеціально підготовлений текст, призначений для вербального викладення у процесі стратегічних комунікацій з метою інформаційного впливу на цільову аудиторію [201].

ЗУ «Про інформацію» в редакції від 16.07.2020 не визначає поняття «комунікація». Такий термін не використовується. Втім, цей закон є основним для роботи з інформацією. У нашому дослідженні цей Закон відіграє важливу роль, оскільки інформація є основою комунікацій та комунікативної діяльності органів

публічного адміністрування. У статті 1 цього Закону інформація розуміється як «будь-які відомості та/або дані, які можуть бути збережені на матеріальних носіях або відображені в електронному вигляді» [186]. Стаття 2. Основні принципи інформаційних відносин визначає основні принципи інформаційних відносин (гарантованість права на інформацію; гарантованість права на інформацію; достовірність і повнота інформації; свобода вираження поглядів і переконань; правомірність одержання, використання, поширення, зберігання та захисту інформації; правомірність одержання, використання, поширення, зберігання та захисту інформації [186]. Стаття 3 Закону дає характеристику державній інформаційній політиці, зокрема: п. 1 визначає основні напрями державної інформаційної політики: забезпечення доступу кожного до інформації; забезпечення рівних можливостей щодо створення, збирання, одержання, зберігання, використання, поширення, охорони, захисту інформації; створення умов для формування в Україні інформаційного суспільства; забезпечення відкритості та прозорості діяльності суб'єктів владних повноважень; створення інформаційних систем і мереж інформації, розвиток електронного урядування; постійне оновлення, збагачення та зберігання національних інформаційних ресурсів; забезпечення інформаційної безпеки України; сприяння міжнародній співпраці в інформаційній сфері та входженню України до світового інформаційного простору [186].

Суб'єкти і об'єкт інформаційних відносин визначає стаття 4. У п. 1 зазначається, що суб'єктами інформаційних відносин є: фізичні особи; юридичні особи; об'єднання громадян; суб'єкти владних повноважень. У п. 2 визначається, що об'єктом інформаційних відносин є інформація. [186].

Вид інформації Законом розподіляються за змістом статтею 10, зокрема: інформація про фізичну особу; інформація довідково-енциклопедичного характеру; інформація про стан довкілля (екологічна інформація); інформація про товар (роботу, послугу); науково-технічна інформація; податкова інформація; правова інформація; статистична інформація; соціологічна інформація; інші види інформації [186].

Зауважимо, що окремо інформація про сферу охорони здоров'я, окремо про громадське здоров'я не виділяється статтею 10 Закону. Ймовірно, її відносять до «інших видів інформації», що на наш погляд є неправильним і потребує змін та удосконалення, враховуючи сучасні особливості існування сфери охорони здоров'я, у тому числі і за умов пандемій.

Статтею 6 «Гарантії права на інформацію» визначається п. 1 право *на інформацію* забезпечується: створенням механізму реалізації *права на інформацію*; створенням можливостей для вільного доступу до статистичних даних, архівних, бібліотечних і музейних фондів, інших інформаційних банків, баз даних, інформаційних ресурсів; обов'язком суб'єктів владних повноважень *інформувати громадськість* та засоби масової інформації про свою діяльність і прийнятті рішення; обов'язком суб'єктів владних повноважень визначити спеціальні підрозділи або відповідальних осіб для забезпечення доступу запитувачів до *інформації*; здійсненням державного і громадського контролю за додержанням *законодавства про інформацію*; встановленням відповідальності за порушення *законодавства про інформацію* [186].

У п. 2. йдеться про право на інформацію, яке може бути обмежене законом в інтересах національної безпеки, територіальної цілісності або громадського порядку, з метою запобігання заворушенням чи кримінальним правопорушенням, для охорони здоров'я населення, для захисту репутації або прав інших людей, для запобігання розголошенню інформації, одержаної конфіденційно, або для підтримання авторитету і неупередженості правосуддя [ЗУ «Про інформацію» Редакція від 16.07.2020 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2657-12#Text>].

У статті 11 «Інформація про фізичну особу» у п. 2 йдеться про інформацію щодо стану здоров'я фізичної особи, зокрема: не допускаються збирання, зберігання, *використання та поширення конфіденційної інформації* про особу без її згоди, крім випадків, визначених законом, і лише в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та захисту прав людини. До конфіденційної інформації про фізичну особу належать, зокрема, дані про її національність, освіту, сімейний стан, релігійні переконання, *стан здоров'я*, а також адреса, дата і

місце народження. Кожному забезпечується *вільний доступ до інформації*, яка стосується його особисто, крім випадків, передбачених законом [186].

У деяких статтях є посилання на сферу охорони здоров'я, зокрема:

- у статті 13 «Інформація про стан довкілля (екологічна інформація)», у змісті підпункту 1 «Інформація про стан довкілля (екологічна інформація) - відомості та/або дані про:» одним з підпунктів є *«стан здоров'я та безпеки людей, умови життя людей, стан об'єктів культури і споруд тією мірою, якою на них впливає або може вплинути стан складових довкілля»*;

- у статті 14 «Інформація про товар (роботу, послугу)» у п. 2 йдеться про те, що інформація про вплив товару (роботи, послуги) на життя та *здоров'я* людини не може бути віднесена до інформації з обмеженим доступом;

- у статті 21 «Інформація з обмеженим доступом» у п. 4 щодо інформації, яка не належить до інформації з обмеженим доступом, зазначається, що до інформації з обмеженим доступом не можуть бути віднесені такі відомості: 3) *про стан здоров'я населення, його життєвий рівень, включаючи харчування, одяг, житло, медичне обслуговування та соціальне забезпечення, а також про соціально-демографічні показники, стан правопорядку, освіти і культури населення* [186]. Більше статей, які б охоплювали проблеми сфери охорони здоров'я не має.

Важливою для сфери діяльності суб'єктів публічного адміністрування є стаття 23 «Інформаційна продукція та інформаційна послуга», де дається визначення низці понять: інформаційна продукція - матеріалізований результат інформаційної діяльності, призначений для задоволення потреб суб'єктів інформаційних відносин; інформаційною послугою є діяльність з надання інформаційної продукції споживачам з метою задоволення їхніх потреб; інформаційна продукція та інформаційні послуги є об'єктами цивільно-правових відносин, що регулюються цивільним законодавством України. [186]. Стаття 27 встановлює відповідальність за порушення законодавства про інформацію: «Порушення законодавства України про інформацію тягне за собою дисциплінарну, цивільно-правову, адміністративну або кримінальну

відповідальність згідно із законами України» [186]. Звільнення від відповідальності регулює стаття 30, зокрема:

1. Ніхто не може бути притягнутий до відповідальності за висловлення оціночних суджень.

2. Оціночними судженнями, за винятком наклепу, є висловлювання, які не містять фактичних даних, критика, оцінка дій, а також висловлювання, що не можуть бути витлумачені як такі, що містять фактичні дані, зокрема з огляду на характер використання мовно-стилістичних засобів (вживання гіпербол, алегорій, сатири). Оціночні судження не підлягають спростуванню та доведенню їх правдивості.

Якщо особа вважає, що оціночні судження або думки принижують її гідність, честь чи ділову репутацію, а також інші особисті немайнові права, вона вправі скористатися наданим їй законодавством правом на відповідь, а також на власне тлумачення справи у тому самому засобі масової інформації з метою обґрунтування безпідставності поширених суджень, надавши їм іншу оцінку. Якщо суб'єктивну думку висловлено в брутальній, принизливій чи непристойній формі, що принижує гідність, честь чи ділову репутацію, на особу, яка таким чином та у такий спосіб висловила думку або оцінку, може бути покладено обов'язок відшкодувати завдану моральну шкоду.

3. Суб'єкти інформаційних відносин звільняються від відповідальності за розголошення інформації з обмеженим доступом, якщо суд встановить, що ця інформація є суспільно необхідною.

4. Додаткові підстави звільнення від відповідальності засобів масової інформації та журналістів встановлюються законами України «Про друковані засоби масової інформації (пресу) в Україні», «Про телебачення і радіомовлення», «Про інформаційні агентства» та іншими [186].

Відшкодування матеріальної та моральної шкоди регулює стаття 31, зокрема:

1. У разі якщо порушенням права на свободу інформації особі завдано матеріальної чи моральної шкоди, вона має право на її відшкодування за

рішенням суду.

2. Суб'єкти владних повноважень як позивачі у справах про захист честі, гідності та ділової репутації вправі вимагати в судовому порядку лише спростування недостовірної інформації про себе і не мають права вимагати відшкодування моральної (немайнової) шкоди. Це не позбавляє посадових і службових осіб права на захист честі, гідності та ділової репутації в суді [186].

Неприпустимість зловживання правом на інформацію регулює стаття 28, де зазначається, що інформація не може бути використана для закликів до повалення конституційного ладу, порушення територіальної цілісності України, пропаганди війни, насильства, жорстокості, розпалювання міжетнічної, расової, релігійної ворожнечі, вчинення терористичних актів, посягання на права і свободи людини [186].

Аналіз Закону України «Про друковані засоби масової інформації (пресу) в Україні», в редакції від 03.07.2020 показав важливість для комунікативної діяльності в сфері охорони здоров'я статті 2, яка констатує: «Не допускається вимога попереднього погодження повідомлень і матеріалів, які поширюються друкованими засобами масової інформації, а також заборона поширення повідомлень і матеріалів з боку посадових осіб державних органів, підприємств, установ, організацій або об'єднань громадян, крім випадків, коли посадова особа є автором поширюваної інформації чи дала інтерв'ю» [163]. Це розширює можливості фахівців, експертів, громадськості і суб'єктів публічного адміністрування стосовно висвітлення достовірної інформації про сферу охорони здоров'я, її стан, розвиток і проблеми.

Враховуючи недосконалість Закону України «Про інформацію» в контексті сфери охорони здоров'я та публічного адміністрування охороною здоров'я, *доцільно, на думку автора дисертації:*

1) включити додатковий пункт у статтю 10 «Види інформації» цього Закону, яка розподіляє інформацію за змістом: інформацію про охорону здоров'я, і видати її в такій редакції:

«Стаття 10. Види інформації за змістом

За змістом інформація поділяється на такі види:

інформація про фізичну особу;

інформація про сферу охорони здоров'я;

інформація довідково-енциклопедичного характеру;

інформація про стан довкілля (екологічна інформація);

інформація про товар (роботу, послугу);

науково-технічна інформація;

податкова інформація;

правова інформація;

статистична інформація;

соціологічна інформація;

інші види інформації».

2) Включити окрему статтю щодо роз'яснення поняття «інформація в сфері охорони здоров'я» в такій редакції:

Стаття. Інформація про сферу охорони здоров'я

1. Інформація про сферу охорони здоров'я – це відомості, сукупність відомостей, статистичні та аналітичні дані, систематизована або документована інформація про:

політику держави в сфері охорони здоров'я,
 обов'язки суспільства і держави щодо охорони здоров'я,
 стан здоров'я населення та його безпеку,
 життєвий рівень населення, необхідний для його здоров'я,
 перебіг пандемій та епідемій,
 запобігання інфекційним захворюванням, небезпечним для населення,
 стан громадського здоров'я та фактори, що на нього впливають,
 санітарно-епідемічний стан територій і населених пунктів, умов для праці,
 навчання, побуту, відпочинку та здоров'я,
 стан системи охорони здоров'я,
 рівень розвитку сфери охорони здоров'я в територіальних громадах,
 проблеми сфери охорони здоров'я та шляхи їх вирішення,

медичні та немедичні послуги, у тому числі з телемедицини і телереабілітації,

рівня надання медичної допомоги та послуг,

державні цільові програми,

інші відомості та або дані.

2. Основними джерелами інформації про стан сфери охорони здоров'я є: органи центральної виконавчої влади (в першу чергу профільні); органи представницької демократії; органи державної влади та їх підрозділи; органи місцевого самоврядування та їх підрозділи; науково-дослідні установи; профільні навчальні заклади; експерти; фахівці галузі; профільні лабораторії та інші установи; громадські об'єднання; окремі громадяни.

3. Правовий режим інформації про сферу охорони здоров'я визначається правовими актами України та міжнародними договорами України, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України.

4. Інформація про сферу охорони здоров'я є відкритою за режимом доступу, якщо інше не встановлено правовими актами України.

4.2. Нормативно-правове забезпечення публічного адміністрування охороною здоров'я

Нормативно-правове забезпечення публічного адміністрування охороною здоров'я регулюється низкою правових актів. Основним документом є ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я», в редакції № 1756-IX від 21.09.2021, стаття 1 «Поняття і терміни, що вживаються в законодавстві про охорону здоров'я» дає визначення поняттю «охорона здоров'я», яка розуміється як система заходів, спрямованих на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя. Такі заходи здійснюють органи державної влади та органи місцевого самоврядування, їх посадові особи, заклади охорони здоров'я; фізичні особи -

підприємці, які зареєстровані у встановленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики; медичні та фармацевтичні працівники, фахівці з реабілітації, громадські об'єднання і громадяни [130].

Основні принципи охорони здоров'я регулюються статтею 4, до яких віднесено:

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України; дотримання прав і свобод людини і громадянина в сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;

- гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;

- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної і реабілітаційної допомоги та інших послуг в сфері охорони здоров'я;

- відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;

- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я, медичної та реабілітаційної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в сфері охорони здоров'я;

- попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний, медичний та реабілітаційний підхід до охорони здоров'я;

- багатоукладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;

- децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі [130].

Ця стаття фактично є основою моделі комунікативної діяльності в сфері охорони здоров'я, оскільки виокремлює широкий спектр напрямків діяльності суб'єктів публічного адміністрування, що забезпечується і реалізується за допомогою комунікацій. Важливою є і стаття 5 щодо обов'язку держави та суспільства по охороні здоров'я, оскільки саме цей напрям є нерозробленим і недосконалим в сфері охорони здоров'я в контексті комунікацій та комунікативної діяльності.

Така сама ситуація з комунікативною діяльністю та комунікаціями щодо реалізації в практиці охорони здоров'я гарантій декількох статей, зокрема статті 7 «Гарантії права на охорону здоров'я» регламентує питання реалізації прав громадян у сфері охорони здоров'я, яка забезпечує держава, зокрема:

- а) створення розгалуженої мережі закладів охорони здоров'я;
- б) організації і проведення системи державних і громадських заходів щодо охорони та зміцнення здоров'я;
- в) фінансування надання всім громадянам та іншим визначеним законом особам гарантованого обсягу медичних і реабілітаційних послуг та лікарських засобів у порядку, встановленому законом;
- г) здійснення державного і можливості громадського контролю та нагляду в сфері охорони здоров'я;
- д) організації державної системи збирання, обробки і аналізу соціальної, екологічної, спеціальної медичної та реабілітаційної статистичної інформації;
- е) встановлення відповідальності за порушення прав і законних інтересів громадян у сфері охорони здоров'я охорони здоров'я [130].

Подібна ситуація з реалізацією статті 10 «Обов'язки громадян у сфері охорони здоров'я» щодо формування в держави культури збереження здоров'я громадянами та піклування про нього за допомогою спеціально організованої комунікативної діяльності. Зокрема це стосується обов'язків громадян:

- а) піклуватись про своє здоров'я та здоров'я дітей, не шкодити здоров'ю інших громадян;
- б) у передбачених законодавством випадках проходити профілактичні

медичні огляди і робити щеплення;

в) вживати передбачених Законом України «Про екстрену медичну допомогу», заходів для забезпечення надання екстреної медичної допомоги іншим особам, які знаходяться у невідкладному стані;

г) виконувати інші обов'язки, передбачені законодавством про охорону здоров'я [130].

Інший напрям, який потребує розробки спеціального методологічного підходу до комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я є реалізація статті 12 «Охорона здоров'я - пріоритетний напрям державної діяльності», яка визначається як один з пріоритетних напрямів державної діяльності. Держава формує політику охорони здоров'я в Україні та забезпечує її реалізацію. Державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково обґрунтованим потребам, але не менше десяти відсотків національного доходу» [130]. Втім, *на думку автора дисертації, цю статтю доцільно доповнити з урахуванням можливостей правого забезпечення державно-приватного партнерства та можливостей громадських об'єднань, що регулюється відповідним законодавством. Статтю 12 «Охорона здоров'я - пріоритетний напрям державної діяльності» пропонується надати в такій редакції:*

Стаття 12. Охорона здоров'я - пріоритетний напрям державної діяльності

Охорона здоров'я - один з пріоритетних напрямів державної діяльності. Держава формує політику охорони здоров'я в Україні та забезпечує її реалізацію.

Державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково обґрунтованим потребам, але не менше десяти відсотків національного доходу. *А також може забезпечуватись в межах державно-приватного партнерства та з залученням можливостей громадських об'єднань, окремих громадян.*

Звісно, що ця частина пропозицій буде передбачати також перегляд відповідних правових актів та внесення в них доповнень з питань податкових пільг, розширення можливостей для певних категорій підприємств та громадських

об'єднань.

Втім, запропоновані доповнення є передумовою залучення до реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я широких верств населення.

Стаття 14 Закону регулює реалізацію державної політики охорони здоров'я, в якій констатується, що реалізація державної політики охорони здоров'я покладається на органи виконавчої влади. КМУ організує розробку та здійснення державних цільових програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність в сфері охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, укладає міжурядові угоди і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також в межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи виконавчої влади в сфері охорони здоров'я. Міністерства, інші центральні органи виконавчої влади в межах своєї компетенції розробляють програми і прогнози в сфері охорони здоров'я, визначають єдині науково обґрунтовані державні стандарти, критерії та вимоги, що мають сприяти охороні здоров'я населення, здійснюють державний контроль і нагляд та іншу виконавчо-розпорядчу діяльність в сфері охорони здоров'я. Рада міністрів Автономної Республіки Крим, місцеві державні адміністрації, а також органи місцевого самоврядування реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я в межах своїх повноважень, передбачених законодавством. Виконавчі органи сільських, селищних, міських рад здійснюють управління комунальними закладами охорони здоров'я, організацію їх матеріально-технічного, кадрового та фінансового забезпечення відповідно до закону.

Втім, у даній статті Закону не враховуються можливості сучасної активності громадян та громадські об'єднання, які можуть бути залучені до реалізації державної політики з наданням їм можливості надання немедичної допомоги з урахуванням досвіду розвинених зарубіжних держав та умов децентралізації. *На думку автора дисертації* було б доцільно доповнити статтю 14 Закону «Основи законодавства України про охорону здоров'я» абзацом: «Громадські об'єднання залучаються до реалізації державної політики охорони здоров'я в межах їх

напрямів роботи та відповідно до діючого законодавства України».

Органи охорони здоров'я регулюються статтею 15 Закону, зокрема: центральний орган виконавчої влади, що реалізує *державну політику* у сфері охорони здоров'я; інші центральні органи виконавчої влади, які реалізують державну політику у сферах санітарного та епідемічного благополуччя населення, контролю якості та безпеки лікарських засобів, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань; Рада міністрів Автономної Республіки Крим та місцеві державні адміністрації [130].

В контексті комунікативної діяльності в сфері охорони здоров'я важливою є стаття 3 «Право на екстрену медичну допомогу та загальні засади її надання» Закону України «Про екстрену медичну допомогу» в редакції від 16.10.2020, оскільки передбачає інформування, комунікації з населенням щодо формування знань і умінь задля отримання екстреної допомоги, зокрема щодо прав:

- *здійснити виклик* екстреної медичної допомоги;
- *звернутися* за отриманням екстреної медичної допомоги до найближчого відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги чи іншого закладу охорони здоров'я, який може забезпечити надання такої допомоги;
- *повідомити* лікуючого лікаря або працівників найближчого закладу охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування про свій невідкладний стан або про невідкладний стан іншої людини (що зазначено у п. 2 статті);
- негайно *здійснити виклик* екстреної медичної допомоги або повідомити про виявлену людину у невідкладному стані та про місце події працівників найближчого закладу охорони здоров'я чи будь-яку особу, яка зобов'язана надавати домедичну допомогу та знаходиться поблизу місця події;
- за можливості надати виявленій людині у невідкладному стані необхідну допомогу, у тому числі шляхом перевезення такої людини до найближчого до місця події відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги чи іншого заклад (що зазначено у п. 3 статті);
- *звернутися* до підприємств, установ та організацій з проханням надати

транспортний засіб для перевезення такої людини до найближчого до місця події відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги чи іншого закладу охорони здоров'я, у якому може бути забезпечено надання необхідної медичної допомоги (що зазначено у п. 4 статті) [164].

ЗУ «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» окреслює напрями комунікативної діяльності з громадянами та підприємствами, що викладено у статтях 5 та 6, зокрема стаття 5 «Обов'язки громадян» вимагає організованої комунікативної діяльності, спрямованої на громадськість з дотримання зобов'язань:

- піклуватися про своє здоров'я та здоров'я і гігієнічне *виховання* своїх дітей, не шкодити здоров'ю інших громадян;
- брати участь у проведенні санітарних і протиепідемічних заходів; проходити обов'язкові медичні огляди та робити щеплення у передбачених законодавством випадках;
- виконувати *розпорядження та вказівки* посадових осіб державної санітарно-епідеміологічної служби при здійсненні ними державного санітарно-епідеміологічного нагляду;
- виконувати інші обов'язки, передбачені законодавством про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя.

Те ж стосується і статті 7 «Обов'язки підприємств, установ і організацій», які зобов'язані: за пропозиціями посадових осіб державної санітарно-епідеміологічної служби розробляти і здійснювати санітарні та протиепідемічні заходи; у випадках, передбачених санітарними нормами, забезпечувати лабораторний контроль за виконанням вимог цих норм щодо безпеки використання (зберігання, транспортування тощо) шкідливих для здоров'я речовин та матеріалів, утворюваних внаслідок їх діяльності викидів, скидів, відходів та факторів, а також готової продукції; на вимогу посадових осіб державної санітарно-епідеміологічної служби надавати безоплатно зразки використовуваних сировини і матеріалів, а також продукції, що випускається чи реалізується, для проведення державної санітарно-епідеміологічної експертизи;

виконувати розпорядження і вказівки посадових осіб державної санітарно-епідеміологічної служби при здійсненні ними державного санітарно-епідеміологічного нагляду; усувати за поданням відповідних посадових осіб державної санітарно-епідеміологічної служби від роботи, навчання, відвідування дошкільних закладів осіб, які є носіями збудників інфекційних захворювань, хворих на небезпечні для оточуючих інфекційні хвороби, або осіб, які були в контакті з такими хворими, з виплатою у встановленому порядку допомоги з соціального страхування, а також осіб, які ухиляються від обов'язкового медичного огляду або щеплення проти інфекцій, перелік яких встановлюється центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я; негайно *інформувати органи державної санітарно-епідеміологічної служби* про надзвичайні події і ситуації, що становлять загрозу здоров'ю населення, санітарному та епідемічному благополуччю; відшкодовувати у встановленому порядку працівникам і громадянам шкоду, завдану їх здоров'ю внаслідок порушення санітарного законодавства. Власники підприємств, установ і організацій та уповноважені ними органи зобов'язані забезпечувати їх необхідними для розробки та здійснення санітарних та протиепідемічних (профілактичних) заходів санітарними нормами [165].

Передбачає застосування комунікативної діяльності з широкими верствами населення суб'єктів публічного адміністрування стаття 5 «Реалізація державної політики у сфері реабілітації осіб з інвалідністю» Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» в редакції від 31.12.2020, де зазначено, що реалізація *державної політики* у сфері реабілітації осіб з інвалідністю покладається на органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування, які у співпраці та партнерстві з громадськими об'єднаннями осіб з обмеженнями повсякденного функціонування, осіб з інвалідністю, фахівців з реабілітації, медичних працівників, уповноваженими органами професійного самоврядування забезпечують розроблення і виконання програм для запобігання виникненню інвалідності, для відновлення або компенсації функціональних порушень шляхом

реабілітації у сфері охорони здоров'я, психолого-педагогічної, психологічної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної, соціальної реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю [165].

В цьому ж контексті методологічною основою комунікативної діяльності в публічному адміністрування охороною здоров'я є статті 3 та 4 ЗУ «Про лікарські засоби» в редакції від 08.08.2021, зокрема стаття 3 «Державна політика у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів», де зазначено, що *державна політика* у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів спрямовується на підтримку наукових досліджень, створення та впровадження нових технологій, а також розвиток виробництва високоефективних та безпечних лікарських засобів, забезпечення потреб населення ліками належної якості та в необхідному асортименті шляхом ведення Державного реєстру лікарських засобів України із забезпеченням публічного доступу до нього осіб, здійснення відповідних загальнодержавних програм, пріоритетного фінансування, надання пільгових кредитів, встановлення податкових пільг тощо. З метою реалізації права громадян України на охорону здоров'я держава забезпечує доступність найнеобхідніших лікарських засобів, захист громадян у разі заподіяння шкоди їх здоров'ю внаслідок застосування лікарських засобів за медичним призначенням, а також встановлює пільги і гарантії окремим групам населення та категоріям громадян щодо забезпечення їх лікарськими засобами в разі захворювання [187].

Стаття 4 «*Державне управління у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів*» Закону визначає повноваження, зокрема: Верховна Рада України визначає *державну політику* і здійснює законодавче регулювання відносин у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів; КМУ через систему органів виконавчої влади проводить в життя державну політику у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, організує розробку та здійснення відповідних загальнодержавних та інших програм у межах своїх повноважень, забезпечує контроль за виконанням законодавства про лікарські засоби;

Управління у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів у межах своєї компетенції здійснюють центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері контролю якості та безпеки лікарських засобів [187].

Окремий напрям комунікативної діяльності окреслює ЗУ «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» у редакції від 05.12.2012 у статті 2 «Принципи державної політики у сфері протидії поширенню хвороб, зумовлених ВІЛ», де зазначається наступне: державна політика у сфері протидії поширенню хвороб, зумовлених ВІЛ, реалізується шляхом організації виконання цього Закону, інших нормативно-правових актів України, а також шляхом, у тому числі, *інформаційно-роз'яснювальної роботи* щодо принципів здорового та морального способу життя, духовних цінностей і відповідальної поведінки у сфері сексуальних стосунків, розроблення *навчальних, просвітницьких та виховних програм* з цих питань для середніх, професійно-технічних і вищих навчальних закладів, здійснення спеціальної підготовки медичного персоналу [196].

ЗУ «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» в редакція від 01.01.2021 визначає напрям комунікативної діяльності, який стосується електронної системи охорони. У статті 2 «Визначення основних термінів», п. 2) *електронна система охорони здоров'я* визначається як *інформаційно-телекомунікаційна система*, що забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією шляхом *створення, розміщення, оприлюднення та обміну інформацією*, даними і документами в електронному вигляді, до складу якої входять центральна база даних та електронні *медичні інформаційні системи*, між якими забезпечено *автоматичний обмін інформацією*, даними та документами через відкритий програмний інтерфейс (API) [161].

Стаття 11 «Електронна система охорони здоров'я» Закону характеризує напрями комунікативної діяльності в даному напрямі, зокрема:

1. Порядок *функціонування електронної системи охорони здоров'я* затверджується КМУ з урахуванням вимог законодавства про захист персональних даних;

2. Доступ до даних про пацієнта, що містяться в *електронній системі охорони здоров'я*, можливий лише у разі отримання згоди такого пацієнта (його законного представника) у письмовій формі або у формі, що дає змогу зробити висновок про надання згоди. Без згоди доступ до інформації про пацієнта можливий у випадках: наявності ознак прямої загрози життю пацієнта; за умови неможливості отримання згоди такого пацієнта чи його законних представників (до часу, коли отримання згоди стане можливим); за рішенням суду;

3. Підписуючи декларацію про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, пацієнт (його законний представник) надає згоду на доступ до даних про нього, що містяться в *електронній системі охорони здоров'я*, такому лікарю, а також іншим лікарям за його направленням у межах, необхідних для надання медичних послуг такими лікарями;

4. Уповноважений орган зобов'язаний опубліковувати на офіційному веб-сайті дані, накопичені в електронній системі охорони здоров'я, за умови знеособлення персональних даних відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних», в обсязі та в порядку, встановленому КМУ [161].

Окремим напрямом комунікативної діяльності є робота з громадськими радами та радами громадського контролю. Стаття 7 «Уповноважений орган» Закону регулює особливості діяльності подібної ради в площині державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, зокрема:

- п. 2. З метою забезпечення прозорості та громадського контролю за діяльністю Уповноваженого органу утворюється Рада громадського контролю, що формується на засадах відкритого та прозорого конкурсу, у складі 15 осіб, які переобираються кожні два роки;

- п. 5 5. Рада громадського контролю: 1) заслуховує інформацію про діяльність, виконання завдань Уповноваженого органу; 2) розглядає звіти Уповноваженого органу і затверджує свій висновок щодо них; 3) має інші права,

передбачені Положенням про Раду громадського контролю [161].

Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я, затверджений постановою КМУ від 25 квітня 2018 р. № 411 в редакції від 14.05.2020 у п. 7. визначає завдання *електронної системи охорони здоров'я*, які стосуються забезпечення можливості *використання пацієнтами електронних сервісів* для реалізації їх прав, зокрема за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (далі - програма медичних гарантій), *автоматизація ведення обліку медичних послуг і управління медичною інформацією, запровадження електронного документообігу* у сфері медичного обслуговування населення [154].

Порядок опублікування відомостей з електронної системи охорони здоров'я НСЗУ, затверджений постановою КМУ від 25 квітня 2018 р. № 411 в редакції від 14.05.2020 у п. 3 зазначає зобов'язання НСЗУ щодо *публікації*:

1) *договору про медичне обслуговування населення* за програмою медичних гарантій та *договір про реімбурсацію* за програмою медичних гарантій разом з усіма додатками, які не містять персональних даних, - протягом п'яти робочих днів з дати їх укладення;

2) *знеособлену інформацію* про перелік та обсяг наданих пацієнтам медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій - щокварталу;

3) *іншу знеособлену інформацію* з електронної системи охорони здоров'я.

Пунктом 4 зазначається про обов'язок публікації наведеної вище інформації на офіційному веб-сайті НСЗУ [152].

ЗУ «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» (прийняття від 14.11.2017) виокремлює напрямок комунікативної діяльності щодо розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості, зокрема стаття 3 «Основні принципи розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості» підпункт 1. «Підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості є одним із пріоритетних напрямів державної політики у сферах охорони здоров'я та регіонального розвитку, що

здійснюються на таких принципах» констатує наступні принципи в контексті комунікативної діяльності:

2) *забезпечення участі* органів місцевого самоврядування, громадських об'єднань, наукових установ у формуванні та реалізації державної політики в зазначених сферах;

3) створення рівних можливостей для доступу територіальних громад до підтримки, передбаченої загальнодержавними, регіональними та місцевими програмами розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості;

4) ефективності використання бюджетних коштів, передбачених для виконання зазначених програм; (в контексті «відкритого бюджету»);

5) *відкритості та прозорості* надання державної підтримки [195].

У пункті 3 йдеться про заходи з підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості здійснюються органами державної влади, органами місцевого самоврядування, їх посадовими і службовими особами, закладами охорони здоров'я, іншими суб'єктами із залученням в установленому порядку наукових організацій, громадських об'єднань, міжнародних неурядових організацій [195].

Стаття 4 «Основні напрями розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості» окреслює декілька напрямів комунікативної діяльності:

2) впровадження сучасних технологій з медичного обслуговування у сільській місцевості, зокрема з використанням *телемедицини*, особливо якщо відстань та час є критичними чинниками для надання медичної допомоги, здійснення належного ресурсного забезпечення впровадження медичного обслуговування з використанням телемедицини (*телемедичне консультування, телемедичний консилиум, телеметрія та домашнє телеконсультування*);

6) запровадження дієвих механізмів *залучення* до медичного обслуговування у сільській місцевості кваліфікованих медичних і фармацевтичних працівників, зокрема, окрім іншого, шляхом розроблення та реалізації мотиваційних пакетів;

7) розвиток необхідної *телекомунікаційної інфраструктури*, обслуговування населення сучасними *телекомунікаційними технологіями*

(ширококутним доступом до мережі Інтернет із гарантованою пропускнуою спроможністю, необхідним програмним забезпеченням, комп'ютерним та іншим обладнанням) з метою запровадження функціонування електронної системи охорони здоров'я, електронних рецептів, організації надання первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації із застосуванням телемедицини;

10) сприяння дієвій *просвітницькій роботі* серед населення щодо активної соціальної орієнтації на здоровий спосіб життя шляхом *формування традицій і культури здорового способу життя*, престижності здоров'я, залучення населення до активних занять фізичною культурою і спортом для збереження здоров'я та активного довголіття [195].

В Законі України «Про захист населення від інфекційних хвороб» в редакції від 16.06.2021 певні статті стосуються окремого напрямку комунікативної діяльності, які стосуються інформування населення та забезпечення їх профілактики. Так, стаття 4 «Повноваження Ради міністрів Автономної Республіки Крим і місцевих органів виконавчої влади у сфері захисту населення від інфекційних хвороб», у тому числі регламентує повноваження щодо *інформування* населення через засоби масової інформації про епідемічну ситуацію в регіоні та здійснювані протиепідемічні заходи [182].

Стаття 11 «Організація та проведення профілактичних і протиепідемічних заходів» окрім іншого констатує, що організація та проведення *гігієнічного виховання та навчання громадян*, у межах встановлених законом повноважень покладаються на органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування, органи державної санітарно-епідеміологічної служби, заклади охорони здоров'я, підприємства, установи та організації незалежно від форм власності, а також на громадян [182].

Стаття 17 «Права та обов'язки громадян та їх об'єднань у сфері захисту населення від інфекційних хвороб» відзначає: громадяни та їх об'єднання мають право на *отримання достовірної інформації* щодо епідемічної ситуації в Україні; органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування, органи державної

санітарно-епідеміологічної служби та заклади охорони здоров'я зобов'язані періодично *повідомляти через засоби масової інформації* про епідемічну ситуацію та здійснювані протиепідемічні заходи. У цій статті також визначена відповідальність за ненадання інформації: «За відмову у наданні інформації, умисне перекручення або приховування об'єктивних даних про захворювання населення на інфекційні хвороби посадові особи органів, та закладів, зазначених у частині другій цієї статті, несуть відповідальність згідно із законом». Також визначається, що громадяни та їх об'єднання мають право брати участь в *обговоренні питань* щодо розміщення та будівництва об'єктів, що можуть негативно впливати на епідемічну ситуацію, проєктів державних цільових, регіональних і місцевих програм з питань захисту населення від інфекційних хвороб і *вносити пропозиції* з цих питань до відповідних органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування, установ і організацій [182].

У Постанові КМУ від 3 грудня 2009 р. № 1317 у редакції від 23.04.2021 «Питання медико-соціальної експертизи» у п. 11. «Міські, міжрайонні, районні комісії» зазначається напрями комунікативної діяльності комісій та суб'єктів публічного адміністрування, зокрема:

3) проводять серед населення *роз'яснювальну роботу* з питань медико-соціальної експертизи;

5) беруть участь у здійсненні заходів щодо профілактики інвалідності;

9) *інформують* органи виконавчої влади та місцевого самоврядування, підприємства, установи та організації, профспілки і громадськість про рівень інвалідності, її причини та вжиті реабілітаційні заходи;

10) *поширюють інформацію* про порядок проведення медико-соціальної експертизи, порядок оскарження прийнятих комісіями рішень;

11) сприяють наданню громадськими організаціями осіб з інвалідністю *консультаційної допомоги* особам, яких визнано особами з інвалідністю [145].

Розпорядження КМУ «Про схвалення Стратегії забезпечення сталої відповіді на епідемії туберкульозу, в тому числі хіміорезистентного, та ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2020 року та затвердження плану заходів щодо її

реалізації» від 22 березня 2017 р. № 248-р, одним із основних напрямів і шляхів реалізації Стратегії виділяє підвищення рівня *прозорості обміну інформацією* про результати діяльності партнерських громадських об'єднань та органів влади шляхом удосконалення наявних механізмів *обміну інформацією* про програми і проекти протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу і сприяння *поширенню інформації* щодо результатів їх виконання серед представників органів влади, громадських об'єднань, міжнародних партнерів, донорських структур, які долучаються до виконання та/або фінансування таких програм та проєктів [209].

В аспекті удосконалення процесу організації та надання медичної допомоги і соціальних послуг приділяється увага *збору, узагальнення інформації* та визначення пріоритетів щодо потреб населення адміністративно-територіальних одиниць у соціальних послугах з профілактики туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, догляду і супроводу/патронажу сімей та осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах, спричинених захворюваннями на туберкульоз та ВІЛ-інфекцію/СНІД, належать до груп підвищеного ризику захворювання на туберкульоз та інфікування ВІЛ; підготовки пропозицій і рекомендацій щодо порядку *організації взаємодії* різних суб'єктів у наданні медичної допомоги, соціальних та інших послуг для сімей та осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах, спричинених захворюваннями на туберкульоз та ВІЛ-інфекцію/СНІД, належать до груп підвищеного ризику захворювання на туберкульоз та інфікування ВІЛ, з урахуванням процесу децентралізації [209].

Удосконалення порядку здійснення епідеміологічного нагляду, моніторингу та оцінки заходів протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, окрім іншого, стосується: повного переходу до *електронної системи збору та проведення аналізу даних*; повноцінного *впровадження інформаційної системи* ведення *єдиного електронного обліку* заходів протидії туберкульозу; розроблення і впровадження *інформаційної системи* з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу [209].

Наказ МОЗ України «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування» від 05.02.2016 № 69

стосується внутрішньоорганізаційної комунікативної діяльності, зокрема щодо *інформування* МОЗ України, Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій щодо кваліфікації спеціалістів, які надавали медичну допомогу та медичне обслуговування, для вжиття відповідних заходів реагування у разі виявлення порушень; *інформування* Головної акредитаційної комісії МОЗ про виявлені недоліки для вжиття заходів відповідно до Порядку акредитації закладу охорони здоров'я, затвердженого постановою КМУ від 15 липня 1997 року № 765 (у редакції постанови Кабінету Міністрів України від 17 грудня 2012 року № 1216) [192].

Порядок надання первинної медичної допомоги, затверджений Наказом МОЗ України № 504 від 19.03.2018 визначає декілька вимог до інформування, зокрема у п. 5 йдеться про *розміщення відомостей* за умов припинення діяльності ПМД: у разі припинення діяльності надавача ПМД надавач ПМД зобов'язаний завчасно *повідомити* про це осіб, які належать до відповідної практики ПМД, шляхом забезпечення: *розміщення відповідних відомостей* у місці надання ПМД в доступному для пацієнтів місці; розміщення відповідних відомостей на *веб-сайтах* (веб-сторінках) відповідного надавача ПМД (за наявності); індивідуального повідомлення осіб, які належать до відповідної практики телефоном чи в інший спосіб, визначений пацієнтами [151].

У п. 8 зазначається: у разі припинення трудових відносин із лікарем з надання ПМД, надавач ПМД зобов'язаний завчасно *повідомити* про це осіб, які належать до відповідної практики ПМД, шляхом забезпечення: *розміщення відповідних відомостей* у місці надання ПМД в доступному для пацієнтів місці; розміщення відповідних відомостей на *веб-сайтах* (веб-сторінках) відповідного надавача ПМД (за наявності); індивідуального повідомлення осіб, які належать до відповідної практики телефоном чи в інший спосіб, визначений пацієнтами [151].

Підсумовуючи зазначимо, що правові документи України виокремлюють декілька напрямків діяльності суб'єктів публічного адміністрування та сфери

охорони здоров'я, які передбачають формування комунікативної діяльності.

4.3. Правове поле надання допомоги з використанням телемедичних технологій

Вперше термін «телемедицина» в українському правовому полі з'явився в Законі України «Про Основні засади розвитку інформаційного суспільства в Україні на 2007-2015 роки» (в редакції від 09.01.2007 № 537-V), в якому було визначено вектор щодо створення Інформаційного кодексу України, в якому, зокрема було б врегульовано і питання телемедицини. Слід зазначити, що Кабінетом Міністрів України в плані заходів щодо реалізації Концепції розвитку електронної охорони здоров'я серед завдань для МОЗ України на 2022-2025 роки також визначено розвиток систем підтримки клінічних рішень, серед яких одне з провідних місць займає телемедицина [176]. Крім того в Концепції розвитку електронної охорони здоров'я (2020) однією з цілей досягнення є розвиток систем підтримки клінічних рішень, зокрема телемедицини [204]. Також розвиток телемедицини був передбачений Стратегією розвитку інформаційного суспільства в Україні від 2013 року [210]. А в 2016 р., за результатами парламентських слухань на тему «Про реформу охорони здоров'я в Україні», було доручено МОЗ України за участі Національної академії медичних наук України розробити проєкт Концепції державної політики інформатизації охорони здоров'я України, передбачивши формування відповідної інфраструктури, створення національної інформаційно-комп'ютерної мережі у сфері охорони здоров'я, галузевої системи баз даних, опорних зон інформатизації охорони здоров'я в регіонах; продовжити комплексне запровадження та розвиток на третинному рівні медичної допомоги технологій телемедицини з максимальним наближенням її діагностичних та консультаційних можливостей до медика первинного контакту і пацієнта [199].

При пошуку на сайті <https://zakon.rada.gov.ua/> у базі даних «Законодавство України» по ключовим словам «ЕСОЗ», «телеконсультування», «телемедицина послуга», «телемедицина мережа», «телемедицина» знайдено 131 документ, з них

по ключовому слову «телемедицина» - 101 документ. 4 Закони України, що діють (ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-XII; ЗУ «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 03.12.2020 № 1053-IX; ЗУ «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» від 14.11.2017 № 2206-VIII; ЗУ «Про Основні засади розвитку інформаційного суспільства в Україні на 2007-2015 роки» від 09.01.2007 № 537-V;), 16 Постанов КМУ та 13 Наказів МОЗ України. А також інші документи, що значною мірою не впливають на впровадження телемедицини в Україні, наприклад 16 документів, це Накази Міністерства внутрішніх справ про затвердження або внесення змін до Тарифів на платні послуги Територіальними медичними об'єднаннями Міністерства внутрішніх справ України.

При аналізі діючих документів, виявлена ціла низка проблем пов'язаних з визначеннями та систематизацією надання допомоги з використанням телемедичних технологій.

У 2017 року вступив у дію ЗУ «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості», в якому вперше введено юридичне поняття «телемедицина». Відповідно до Розділу II Прикінцеві положення цього Закону України були внесені зміни в ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [130] та підписано Меморандум щодо впровадження телемедицини. Завданнями Меморандуму було проведення аналізу зарубіжного досвіду щодо обміну даними медичних досліджень з використанням телекомунікаційних засобів; створення та запуску електронної бази медичних даних, включаючи обмін медичною інформацією; організації та використання телемедичних мереж; розроблення вимог до медичного обладнання та програмного забезпечення, у тому числі навчання сімейних лікарів роботі з таким обладнанням [113].

Основним серед перелічених вище нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я є ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я», в якому дано наступне визначення: «телемедицина - комплекс дій, технологій та заходів, що застосовуються при наданні медичної допомоги, з використанням

засобів дистанційного зв'язку у вигляді обміну електронними повідомленнями» [130]. Так само трактується телемедицина в усіх пов'язаних підзаконних актах (наказ МОЗ від 19.10.2015 № 681 «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я») [171].

В Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначено, що до обов'язків держави належить забезпечення кваліфікованою медичною та реабілітаційною допомогою, включаючи вільний вибір лікаря та фахівця з реабілітації, вибір методів лікування та реабілітації відповідно до рекомендацій лікаря та фахівця з реабілітації, вибір закладу охорони здоров'я. При цьому серед відповідно до ст. 8 цього закону медична допомога підрозділяється на екстрену медичну допомогу (ЕМД); первинну медичну допомогу (ПМД); вторинну (спеціалізована) та третинну (високоспеціалізована) медичну допомогу, а також паліативну допомогу.

Серед законів, які унормовують данні види допомоги, можна виділити ЗУ «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [198] та ЗУ «Про екстрену медичну допомогу» [164]. Інші види медичної допомоги, які розглянуті в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та окремими законами, не унормовуються.

Серед спеціальних методів використання телемедицини, необхідно зупинитись на телереабілітації введеної Законом України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я». Так, в Законі прописано, що «надання реабілітаційної допомоги із застосуванням телереабілітації здійснюється шляхом телереабілітаційного консультування разом з обстеженням, телереабілітаційних зборів мультидисциплінарної реабілітаційної команди, телеметрії, контролю, домашнього телеконсультування та освіти пацієнта, дистанційної супервізії та в інших формах, що не суперечать законодавству [198] В законі дається пояснення терміну «телереабілітація», який визначається як здійснення реабілітаційних заходів із використанням засобів дистанційного зв'язку. А також в ст. 19 наведена деталізація щодо надання телереабілітаційної допомоги. Однак, а ні з визначення, а ні з ст. 19 незрозуміло у чому полягає відмінність «телереабілітації» від

«телемедицини»?

Крім того, в Законі зазначено, що «Порядок надання реабілітаційної допомоги із застосуванням телереабілітації визначається центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику в сфері охорони здоров'я». Взагалі до Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» планується 11 підзаконних актів, з яких прийнято тільки Наказ МОЗ України від 20.04.2021 № 771 «Про затвердження Протоколу надання реабілітаційної допомоги пацієнтам з коронавірусною хворобою (COVID-19) та реконвалесцентам». Даний Наказ відзначає, що саме повинна включати телерабілітація при наданні допомоги пацієнтам з коронавірусною хворобою (COVID-19) та реконвалесцентам, зокрема телереабілітація має включати: оцінювання пацієнта (за допомогою засобів телереабілітації) із застосуванням анкетування телефоном або фізичної оцінки за допомогою відео-конференції; призначення програми фізичних вправ для кожного пацієнта, для самостійного виконання та/або під контролем із застосуванням відео-конференції в режимі реального часу; здійснення записів в медичній документації із інформацією про толерантність до фізичних навантажень (обмеження та симптоми під час вправ) для забезпечення безпеки; перевірка простору та безпеки місця, де будуть виконуватися вправи; терапевтичні аеробні вправи для нижніх кінцівок (наприклад, ходьба); терапевтичні вправи для зміцнення верхніх кінцівок (наприклад, із обтяжувачами з невеликою вагою, еластичними стрічками тощо); терапевтичні вправи для зміцнення нижніх кінцівок (наприклад, присідання); частота: принаймні два рази на тиждень замінювати сеанси в амбулаторії, на додаток до домашньої програми вправ без нагляду щонайменше у два дні тижня (телемоніторинг); втручання в сфері ерготерапії, терапію мови та мовлення, психологічне консультування, тощо з використанням засобів телереабілітації; повторне оцінювання за допомогою засобів телереабілітації [180].

В Законі України «Про екстрену медичну допомогу» не прописується використання телемедицини або інших видів консультацій за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій. Телемедицина з'являється тільки в

підзаконних актах. Так, в Положенні про відділення екстреної та невідкладної допомоги, затвердженому Наказом МОЗ України № 2179 від 24.09.2020 р., серед функцій та завдань даного відділення зазначено: «у разі необхідності, надання консультацій медичним працівникам бригади екстреної медичної допомоги, первинної медичної допомоги та інших ЗОЗ із використанням засобів телемедицини» [172]. Постанова КМУ від 28 грудня 2020 р. № 1359 «Про Порядок роботи оперативно-диспетчерських служб (ОДС) центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» серед основних завдань визначає обмін інформацією, включаючи надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини, та забезпечення процесу надання консультативної медичної допомоги із застосуванням телемедицини [153].

В наказі МОЗ України від 19.03.2018 № 504, який регламентує порядок надання первинної медичної допомоги, телемедицина не згадується, але зазначається, що лікар з надання ПМД може прийняти рішення про надання окремих послуг ПМД з використанням засобів телекомунікації відповідно до режиму роботи надавача ПМД [179].

В зарубіжній юридичній практиці важливими питаннями є ліцензія на надання телемедичної послуги та місце надання телемедичної послуги.

Слід зазначити, що телемедична послуга може надаватись на всіх рівнях медичної допомоги і не потребує отримання додаткових або окремих ліцензій в Україні, а ліцензується виключно в межах тих спеціальностей, на які отримує ліцензію ЗОЗ або ФОП.

Що стосується розбудови мережі та наближення послуги для пацієнта, то необхідно зазначити наказ МОЗ, який був затверджений ще до того, як з'явилося юридичне визначення телемедицини в 2017 році. А саме, наказ МОЗ 19.10.2015 № 681 «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я» [53; 171]. В наказі затверджено основні правила організації медичної допомоги на первинному, вторинному (спеціалізованому), третинному (високоспеціалізованому) рівнях із застосуванням телемедицини, Положення про кабінет телемедицини закладу охорони здоров'я та

деякі пов'язані форми медичної документації.

Також у цьому наказі надано визначення «телемедичної мережі» як форми організації надання медичної допомоги населенню із застосуванням телемедицини. У розділі III описані вимоги до телемедичної мережі, яка складається із ЗОЗ незалежно від форми власності, ФОП, які здійснюють господарську діяльність з медичної практики, що об'єднані у єдину систему та використовують для взаємодії спеціалізовану інтернет-платформу для телемедицини. Спеціалізована інтернет-платформа визначена як Портал телемедицини, що може бути створений юридичними особами незалежно від форми власності та ФОП. Однак в наказі не зазначено чи повинні органи публічної влади на місцях приймати участь в створенні та адмініструванні мережі, та чи повинна мережа покривати якусь адміністративну одиницю. Відповідно до наказу «Організація роботи Порталу телемедицини, що повинен відповідати вимогам, наведеним у пункті 5 цього розділу, здійснюється юридичними особами незалежно від форми власності та фізичними особами - підприємцями на підставі договорів з Учасниками телемедичної мережі». Таким чином виходить, що мережа може бути створена як органами публічної влади (місцевими органами виконавчої влади, та їх представництвами – Департаментами охорони здоров'я; органами місцевого самоврядування) так і окремими юридичними особами незалежно від форми власності. А включення в мережу відбувається виключно на рівні договірних відносин. Такий підхід не сприяє системному вирішенню питання щодо УПМП, хоча певною мірою і розширює доступність самої послуги.

З 1 квітня 2020 року, майже всі державні ЗОЗ що надають спеціалізовану допомогу стали отримувати оплату від НСЗУ за надану медичну допомогу пацієнтам. Для розбудови УПМП передбачено, що будь який ЗОЗ, незалежно від форми власності, при відповідності певним умовам, може укласти договір з НСЗУ. Серед пріоритетних пакетів було визначено допомогу при пологах, лікування гострого мозкового інсульту, допомогу у складних неонатальних випадках, лікування гострого інфаркту міокарда та проведення інструментальних обстежень для ранньої діагностики онкозахворювань, що значно наблизило таку

допомогу до пацієнта та сприяло відкриттю відділень надання допомоги при інсульті або інфаркті у районних лікарнях у віддалених місцевостях [249]. Враховуючи те, що такі стани потребують іноді термінової консультації фахівцями дефіцитних спеціальностей до умов закупівлі таких послуг було внесено можливість проведення термінових телемедичних консультацій, відповідно до клінічної ситуації.

В 2007 році наказом МОЗ від 25.07.2005 № 269 «Про утворення Державного клінічного науково-практичного центру телемедицини» [211] створено «Державний клінічний науково-практичний центр телемедицини МОЗ України», який би мав стати основною установою з координації та розвитку телемедичних мереж. До завдань центру зокрема входить організаційно-методична, аналітично-інформаційна, науково-дослідна та дослідно-конструкторська робота з розвитку телемедичних технологій, міжнародне співробітництво в області телемедицини, інформаційно-просвітницька та пропагандистська діяльність, участь у розробці нормативно-правових актів. Однак на сьогодні Центр не приймає участі, а ні в формуванні або втіленні політик стосовно телемедицини, а ні у впровадженні новітніх технологій, а ні в створенні телемедичних мереж. В Інтернеті навіть не існує веб-сайту даного Центру, що було б цілком очікувано від закладу, який виступає головним закладом щодо впровадження інтернет-технологій в медичному консультуванні. Однак, відповідно до даних зазначених в Єдиному державному реєстрі підприємств та організацій України, не перебуває в стані припинення та навіть отримав 1,8 млн. грн. на функціонування в 2020 році.

Що стосується розвитку приватних закладів та приватних мереж, то відповідно до 1138 ТМ послуги можуть надаватись на платній основі [173]. Однак, зрозуміло, що платні послуги не відіграють значущої ролі в досягненні УПМП.

В Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначено, що до обов'язків держави належить забезпечення кваліфікованою медичною та реабілітаційною допомогою, включаючи вільний вибір лікаря та фахівця з реабілітації, вибір методів лікування та реабілітації відповідно до

рекомендацій лікаря та фахівця з реабілітації, вибір закладу охорони здоров'я. При цьому серед відповідно до ст. 8 цього закону медична допомога підрозділяється на екстрену медичну допомогу (ЕМД); первинну медичну допомогу (ПМД); вторинну (спеціалізована) та третинну (високоспеціалізована) медичну допомогу, а також паліативну допомогу.

Серед законів, які унормовують данні види допомоги, можна виділити ЗУ «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [198] та ЗУ «Про екстрену медичну допомогу» [164]. Інші види медичної допомоги, які розглянуті в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та окремими законами, не унормовуються.

Серед спеціальних методів використання телемедицини, необхідно зупинитись на телереабілітації введеної Законом України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я». Так, в Законі прописано, що «надання реабілітаційної допомоги із застосуванням телереабілітації здійснюється шляхом телереабілітаційного консультування разом з обстеженням, телереабілітаційних зборів мультидисциплінарної реабілітаційної команди, телеметрії, контролю, домашнього телеконсультування та освіти пацієнта, дистанційної супервізії та в інших формах, що не суперечать законодавству [198] В законі дається пояснення терміну «телереабілітація», який визначається як здійснення реабілітаційних заходів із використанням засобів дистанційного зв'язку. А також в ст. 19 наведена деталізація щодо надання телереабілітаційної допомоги. Однак, а ні з визначення, а ні з ст. 19 незрозуміло у чому полягає відмінність «телереабілітації» від «телемедицини»?

Крім того, в Законі зазначено, що «Порядок надання реабілітаційної допомоги із застосуванням телереабілітації визначається центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику в сфері охорони здоров'я». Взагалі до Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» планується 11 підзаконних актів, з яких прийнято тільки Наказ МОЗ України від 20.04.2021 № 771 «Про затвердження Протоколу надання реабілітаційної допомоги пацієнтам з коронавірусною хворобою (COVID-19) та

реконвалесцентам». Даний Наказ відзначає, що саме повинна включати телереабілітація при наданні допомоги пацієнтам з коронавірусною хворобою (COVID-19) та реконвалесцентам, зокрема телереабілітація має включати: оцінювання пацієнта (за допомогою засобів телереабілітації) із застосуванням анкетування телефоном або фізичної оцінки за допомогою відео-конференції; призначення програми фізичних вправ для кожного пацієнта, для самостійного виконання та/або під контролем із застосуванням відео-конференції в режимі реального часу; здійснення записів в медичній документації із інформацією про толерантність до фізичних навантажень (обмеження та симптоми під час вправ) для забезпечення безпеки; перевірка простору та безпеки місця, де будуть виконуватися вправи; терапевтичні аеробні вправи для нижніх кінцівок (наприклад, ходьба); терапевтичні вправи для зміцнення верхніх кінцівок (наприклад, із обтяжувачами з невеликою вагою, еластичними стрічками тощо); терапевтичні вправи для зміцнення нижніх кінцівок (наприклад, присідання); частота: принаймні два рази на тиждень замінювати сеанси в амбулаторії, на додаток до домашньої програми вправ без нагляду щонайменше у два дні тижня (телемоніторинг); втручання в сфері ерготерапії, терапію мови та мовлення, психологічне консультування, тощо з використанням засобів телереабілітації; повторне оцінювання за допомогою засобів телереабілітації [180].

В Законі України «Про екстрену медичну допомогу» не прописується використання телемедицини або інших видів консультацій за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій. Телемедицина з'являється тільки в підзаконних актах. Так, в Положенні про відділення екстреної та невідкладної допомоги, затвердженому Наказом МОЗ України № 2179 від 24.09.2020 р., серед функцій та завдань даного відділення зазначено: «у разі необхідності, надання консультацій медичним працівникам бригади екстреної медичної допомоги, первинної медичної допомоги та інших ЗОЗ із використанням засобів телемедицини» [172]. Постанова КМУ від 28 грудня 2020 р. № 1359 «Про Порядок роботи оперативно-диспетчерських служб (ОДС) центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» серед основних завдань визначає

обмін інформацією, включаючи надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини, та забезпечення процесу надання консультативної медичної допомоги із застосуванням телемедицини [153].

В наказі МОЗ України від 19.03.2018 № 504, який регламентує порядок надання первинної медичної допомоги, телемедицина не згадується, але зазначається, що лікар з надання ПМД може прийняти рішення про надання окремих послуг ПМД з використанням засобів телекомунікації відповідно до режиму роботи надавача ПМД [179].

В зарубіжній юридичній практиці важливими питаннями є ліцензія на надання телемедичної послуги та місце надання телемедичної послуги.

Слід зазначити, що телемедична послуга може надаватись на всіх рівнях медичної допомоги і не потребує отримання додаткових або окремих ліцензій в Україні, а ліцензується виключно в межах тих спеціальностей, на які отримує ліцензію ЗОЗ або ФОП.

Що стосується розбудови мережі та наближення послуги для пацієнта, то необхідно зазначити наказ МОЗ, який був затверджений ще до того, як з'явилося юридичне визначення телемедицини в 2017 році. А саме, наказ МОЗ 19.10.2015 № 681 «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я» [53; 171]. В наказі затверджено основні правила організації медичної допомоги на первинному, вторинному (спеціалізованому), третинному (високоспеціалізованому) рівнях із застосуванням телемедицини, Положення про кабінет телемедицини закладу охорони здоров'я та деякі пов'язані форми медичної документації.

Також у цьому наказі надано визначення «телемедичної мережі» як форми організації надання медичної допомоги населенню із застосуванням телемедицини. У розділі III описані вимоги до телемедичної мережі, яка складається із ЗОЗ незалежно від форми власності, ФОП, які здійснюють господарську діяльність з медичної практики, що об'єднані у єдину систему та використовують для взаємодії спеціалізовану інтернет-платформу для телемедицини. Спеціалізована інтернет-платформа визначена як Портал

телемедицини, що може бути створений юридичними особами незалежно від форми власності та ФОП. Однак в наказі не зазначено чи повинні органи публічної влади на місцях приймати участь в створенні та адмініструванні мережі, та чи повинна мережа покривати якусь адміністративну одиницю. Відповідно до наказу «Організація роботи Порталу телемедицини, що повинен відповідати вимогам, наведеним у пункті 5 цього розділу, здійснюється юридичними особами незалежно від форми власності та фізичними особами - підприємцями на підставі договорів з Учасниками телемедичної мережі». Таким чином виходить, що мережа може бути створена як органами публічної влади (місцевими органами виконавчої влади, та їх представництвами – Департаментами охорони здоров'я; органами місцевого самоврядування) так і окремими юридичними особами незалежно від форми власності. А включення в мережу відбувається виключно на рівні договірних відносин. Такий підхід не сприяє системному вирішенню питання щодо УПМП, хоча певною мірою і розширює доступність самої послуги.

Слід зазначити, що в практичній площині певна кількість ЗОЗ переорієнтувались на надання допомоги під час пандемії за допомогою телемедицини. У той же час, єдиною зміною в українському законодавстві це внесення змін до Порядку формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність в Реєстрі медичних висновків в електронній системі охорони здоров'я, затвердженого наказом МОЗ України від 01 червня 2021 року № 1066, що на період проведення заходів, спрямованих на запобігання виникненню та поширенню гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, а також локалізацію та ліквідацію її спалахів та епідемій в Україні, відповідно до вимог, встановлених КМУ, формування медичних висновків в амбулаторних умовах надання медичних послуг може здійснюватися лікарем, який надає первинну медичну допомогу, на підставі звернення та опитування хворого за допомогою засобів телефонного зв'язку або інтернет-телефонії, засобів телемедичного зв'язку з обов'язковим відповідним записом у Реєстрі медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я [168], що само по собі не збільшує УПМП

4.4. Методи регулювання комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я

На думку Н. Блек, Н. Мейс (2018) форма та внесок публічних запитів в охорону здоров'я варіюють дуже широко залежно від первинної мети [306]. Зокрема, згідно з твердженням Р. Розен, усі розвинені постіндустріальні країни стикаються з проблемою розбіжності між потребами та ресурсами. Очікування громадськості та професіоналів в охороні здоров'я зростають відповідно до медико-технічного прогресу. За наведеними П. Розен фактами, у *Швеції* всі політичні сили погодились вдатися до публічних консультацій задля визначення пріоритетних цілей *шведської охорони здоров'я*. Основною стратегією громадських консультацій було вивчити переважні відносини та очікування за допомогою локальних медіа. Цікавим результатом цього діалогу між громадськістю та владою стала зміна пріоритетів та очікувань від системи охорони здоров'я в громаді [491]. Здебільшого уряди неохоче йдуть на діалог із громадськістю. Наприклад, низка авторів описує внесок активістів, які виступали з деяких соціально значущих питань, таких як СНІД (С. Епштейн, 1996 [362]), ліки для орфанних хвороб (Дж.Т. Харрінгтон, Е.Д. Ньюман, 2011 [391]), рак грудей (Ід М., І. Нахон-Серфатій, 2015 [357]) тощо.

Н. Коен та С. Мізрахі (2012) зазначають, що в *Ізраїлі* часто політика, прийнятна для громадян та груп інтересів, є відповіддю на незадоволеність сервісом, що надається державою. Часто така політика ґрунтується на підході «зроби сам», коли громадяни самостійно приймають рішення, що мають сумнівне законне підґрунтя, а часто незаконну і відкрито незаконну стратегію для поліпшення своїх політичних результатів. У багатьох випадках такі стратегії приймаються особами, які хочуть покращити свої результати та вирішити негайні проблеми, такі як отримання якісних послуг, а не організаціями, які прагнуть вирішити ці проблеми. На думку Н. Коен та С. Мізрахі (2012), така позиція може привести до змін і повинна враховуватись як *своєрідні «консультації з*

громадськістю», адже така діяльність не має системності і не може серйозно розглядатись як дієва модель [322].

Д. Контандріопулос, Дж. Л. Деніс, А. Ленглі (2004) зробивши аналіз досвіду громадських консультацій у Канаді, визначив два основних підходи – консультації *bottom-up* (знизу вгору) та *top-down* (згори вниз). Тож він зазначив, що *bottom-up*-комунікації – влади з громадськістю та груп інтересів між собою – набували ознак адміністративних та організаційних бойових дій і не були ефективними. Громадські консультації в стилі зверху вниз мали чітку структуру у вигляді регіональних рад, до яких входили пересічні громадяни, які були представниками всіх соціальних верств населення. Однак дослідження показало, що *«представниць кість» таких регіональних рад була слабкою з точки зору як формального, так і описового представлення*. Однак відповідно до аналізу даних автор не стверджує, що це означає, ніби на практиці таке представництво є поганим. Більше того, за аналогією з судом присяжних, склад ради значною мірою спирається на символічне втілення всього соціуму. Консультації з громадськістю *top-down* – це публічні слухання, під час яких громадськість може висловити свої думки та пропозиції без обов’язкових протокольних рішень [335].

Також до цих слухань віднесено *опитування, стратифіковані за фокус групами*. Такі опитування здебільшого проводилися в США під час проведення реформування охорони здоров’я. Відповідно до цих досліджень, як у США, так і в Канаді такий шлях реалізації громадських консультацій приводить у першу чергу до зміни відносин сил впливу.

Серед усіх соціальних систем світу Великобританія має найбільш розвинену систему. Громадські запити в охороні здоров’я Великобританії та Уельсу мають більш ніж вікову історію. В середині 1980-х рр. у Великобританії було проведено реформи, які привели до серйозних змін у суспільному житті, а також у соціальних комунікаціях.

Сьогодні органи виконавчої влади Об’єднаного королівства Великобританії здійснюють велику кількість консультацій із громадськістю, які умовно можна поділити на такі групи: *отримання зворотного зв’язку (скарги, коментарі,*

пропозиції), інформування через друковані матеріали (листи, бюлетені, оголошення, буклети), громадські слухання, громадські ради, фокус-групи, соціологічні анкетування та опитування, громадські форуми та відкриті дискусії. Система охорони здоров'я Великобританії, як і інші соціальні інститути цієї країни, демонструє успішність. Зі 190 країн у рейтингу систем охорони здоров'я система *Англії* посідає 18-те місце. Однак в охороні здоров'я Великобританії неможливо повною мірою імплементувати усі ці види консультацій із громадськістю. Адже, як зазначають Дж. Т. Харрінгтон та Е. Д. Ньюман (2011) очікування людей щодо системи охорони здоров'я завжди вищі ніж матеріальна спроможність будь якої країни [391].

Об'єднане Королівство Великобританії не має єдиної системи охорони здоров'я. Є НСЗ *Англії* (National Health Service), а є служба здоров'я *Уельсу*, *Шотландії* й *Північної Ірландії*. Упродовж 40 років НСЗ *Англії* мало величезний кредит довіри, однак в 1990-ті рр. серія скандалів призвела до зміни Foreign Policy and National Security Theory and Practice of Public Administration регуляції менеджменту сервісу, з відповідною залученістю громадськості. На думку А. Річардсон (1979), участь громадськості у прийнятті політичних та адміністративних рішень цілком відповідає філософії New public management [487].

Для врегулювання питань реформування НСЗ *Англії* було випущено низку документів, які, крім іншого, врегульовували також і залученість громадськості до прийняття рішень з охорони здоров'я. Відповідно до цих документів було створено Форуми пацієнтів та Служби адвокатури та зв'язку з пацієнтами для кожної лікарні та центру первинної медичної допомоги.

Відповідно до тверджень Р. Роу та М. Шеперд (2002), унаслідок широких консультацій із громадськістю очікували досягти трьох цілей: покращання якості сервісу що надаються, легітимувати рішення та розвивати відповідальність місцевої влади. Однак попри ентузіазм локальних та національних органів, що приймають рішення, і сьогодні проблема щодо побудови ефективної комунікації між громадськістю та НСЗ *Англії* залишається невирішеним. Крім того, зростає

апатія серед представників громадськості, і все менше осіб згодні бути залученими до комунікативного процесу [492]. Висновки з цього дослідження і перспективи подальших розвідок у цьому напрямі. Попри те, що в світі широко проводяться консультації з громадськістю органами виконавчої влади та місцевого самоврядування щодо надання послуг у соціальній сфері, такі дослідження в охороні здоров'я залишаються поодинокими, їхні висновки досить суперечливі. Виявлено, що навіть у *Великобританії*, у якій історично спостерігається спрямованість на розвиток уряду, орієнтованого на громадян, малоімовірно, що участь громадськості виправдає очікування тих, хто виступає за демократичне оновлення шляхом прямої участі. Відмічається потенціал розвитку громадської участі, розвиток потенціалу людей, підвищення їхньої самовпевненості та підвищення їхньої ефективності як шлях до посилення контролю громадян, але кожного року апатія зростає, кількість громадян, які згодні брати участь у широких громадських консультаціях, зменшується [224].

Для України важливо вироблення механізмів широких консультацій із громадськістю, громадського контролю проведення реформи охорони здоров'я в Україні та якості медичних послуг. Задля надання якісної та доступної медичної допомоги необхідно вивчити потреби громадян у сфері охорони здоров'я, а для цього розробити методику оцінювання цієї потреби. Для залучення громадськості до широких консультацій в охороні здоров'я необхідно розробити правову базу, яка чітко регламентує проведення громадських консультацій щодо надання медичних послуг населенню України [224].

Проведений аналіз зарубіжних джерел показав, що сучасна зарубіжна практика охороною здоров'я демонструє використання широкого спектру методів комунікативної діяльності, зокрема:

- зв'язки з громадськістю, (public relations - PR);
- інформування;
- відкритість та прозорість для «поганих новин»;
- використання соціальних медіа;
- електронні комунікації та використання ІКТ;

- переговори;
- спілкування (у тому числі ділове, віч-на-віч, соціальне тощо);
- створення мереж та обробки даних;
- введення чек-листу;
- створення транзакції та повідомлення;
- управління ризик-комунікаціями [496].

Виокремлюються нові для нашої вітчизняної практики види комунікацій, такі як «проактивна комунікація» та «справедлива культура комунікацій». Йдеться також про *створення окремих тимчасових структур*, які сприяють побудові комунікацій зі спільнотою, що також відсутнє у вітчизняній культурі організації комунікацій в сфері охорони здоров'я [496].

Аналіз публікацій дав можливість виокремити посади професійних комунікаторів в сфері охорони здоров'я, наприклад:

- спеціаліст зв'язків з громадськістю лікувального закладу;
- менеджери охорони здоров'я;
- менеджер з кадрових ресурсів (HR);
- працівники громадського здоров'я з громадськістю;
- медичний працівник-комунікатор з родичами пацієнтів [496].

Можна говорити про відмінність культур комунікацій зарубіжних держав світу та вітчизняної системи охорони здоров'я [496].

Необхідно також зазначити, що сьогодні в суспільстві існує великий попит на комунікацію та інформацію, і якщо він не буде задоволений державою, мешканці будуть отримувати інформацію з альтернативних каналів, які не завжди коректні. Зрештою, щоб сприяти комунікативної діяльності сфери охорони здоров'я, необхідно одночасно усвідомити основні заходи, які необхідно розглянути та реалізувати спочатку на державному рівні, а потім покращити комунікацію між державними установами, науковою спільнотою, медичним персоналом та громадськістю. Крім того, необхідно підвищити соціальну довіру, щоб громадяни плавно виконували рекомендації органів державної влади та медичного персоналу направлені на як лікування хвороб так і їх запобігання [496].

У сфері охорони здоров'я відсутня ідеальна схема взаємодії держави, медичного закладу, населення в цілому та окремих груп комунікативного впливу, отже кожна країна вибудовує власні шляхи з огляду на соціокультурні традиції [496].

При вивченні *комунікативної діяльності громадського здоров'я різних країн* з позиції комунікативної моделі Мелвіна Де Флера (2020) можна виявити, що більшість країн використовують майже одні і ті самі канали інформації:

- радіо;
- газети;
- флаєри;
- брошури;
- інтернет;
- соціальні медіа (i.e., Twitter, Facebook, and YouTube);
- рекламні щити;
- статті в газетах;
- телевізійні трансляції;
- радіореклама;
- повідомлення про публічну службу;
- інформаційні бюлетені;
- відеоролики;
- цифрові інструменти;
- тематичні дослідження;
- групові дискусії;
- ярмарки здоров'я;
- виїзди робочі зустрічі;
- лекції;
- проведення занять в школах та інститутах тощо [229].

Слід зазначити, що чим більше організацій приймають участь в комунікативній діяльності громадського здоров'я, та чим менше в цій участі частка держави, тим більше створюється «інформаційного шуму» та тим менше

довіра громадян до системи громадського здоров'я, що призводить до появи численних міфів та опору з боку людей. З іншого боку це демонструє недоліки в формальній (реальній) моделі комунікативної діяльності і показує спрощеність теоретичних (концептуальних) моделей, які намагаються запровадити в практику. Також в цьому вбачається певний недолік нового публічного менеджменту та гарного менеджменту, коли в сфері громадського здоров'я домінує бізнес-підхід.

Окрім того, співвіднесення моделей комунікативної діяльності різних держав з характеристиками моделі показало відмінності моделей в різних державах і відмінний погляд на її можливості [229].

В багатьох країнах публікація відкритих даних дає можливість розробляти та вдосконалювати різні сервіси, що допомагають контролювати та оптимізувати роботу державних органів, покращувати створювати нові державні послуги та інструменти для кінцевих споживачів – пацієнтів та медичних працівників. В своїй праці Е. Калампокіс, Е. Евангелос (2017) та співавтори підкреслюють, що в більшості відкриті дані складаються з фінансових та соціальних статистичних індикаторів, геоданих, карт, планів, екологічних даних. А також можуть включати матеріали та статистичні данні парламентів, міністерств та органів влади. Точна та надійна статистика виступає підвалинами для проведення аналізів, які підтримують як бізнес процеси так і публічне управління [415].

В звіті Open data white paper [474] зазначено, що цифрові данні це необроблений та неочищений матеріал ХХІ сторіччя. На думку Г. Діалло, П. Косткова, Г. Джавахір (2008) відкриття медичних даних, обмін та зв'язування великих наборів даних про охорону здоров'я дозволяє збагачувати наше розуміння про симптоми, захворювання, діагностику та лікування, а також дасть можливість приймати управлінські рішення на доказовій та прозорій основі. Що дає значний потенціал для покращення медичної допомоги та профілактичної медицини для громадян [482].

М. Чуй (2014) та співавтори вважають, що саме уряд повинен стати провайдером, каталізатором, користувачем та розробником політики для створення цінності та зменшення ризиків використання відкритих даних [316].

Різні уряди застосовують різні підходи для досягнення своїх цілей. Наприклад, у лютому 2014 року уряд *США* запустив портал з відкритими даними, що містить майже 89 000 наборів даних; *Сполучене Королівство* також має портал, що містить близько 13 000 наборів даних; а уряд *Бразилії* має портал відкритих даних, що містить близько 200 наборів даних (Л. Ферріс, 2014) [369].

К.Ф. Гейгер та Й. фон Лукке (2012) зауважують, що сьогодні не достатньо просто публікації даних державного сектору та вільне їх розповсюдження. Підготовка до вільного доступу до даних може бути виконана в різних варіантах: проста публікація даних, графіки, дашборди, карти з показниками або відстанями, тощо. Рух за ВД, який сформувався в західному суспільстві намагається зробити опубліковані данні більш дружніми до кінцевого користувача [375].

О.А. Ола та К. Седіг (2018) вказують, що раніше за рахунок відсутності публікації даних в легкодоступній формі, яка постійно оновлюється, відповідні дії, які стосуються використання даних в охороні здоров'я (епідемії, стихійні лиха) були занадто повільними та не могли забезпечити нормальну реакцію урядових органів [472].

Всесвітня організація охорони здоров'я (*WHO*) в документі «*WHO guideline recommendations on digital interventions for health system strengthening*» (2019) визначають принципи цифрового розвитку охорони здоров'я. Дев'ять основних концепцій, направлених на допомогу виконавцям інтегрувати передовий досвід у цифрові програми, сприяти уникненню загальних підводних каменів та заохочувати прийняття підходів, які з часом продемонстрували цінність. Сюди входять принципи залучення користувачів до проєктування, розуміння екосистеми, повторного використання та вдосконалення існуючих цифрових рішень, а також вирішення проблем конфіденційності та безпеки. Важливу роль серед цих принципів посідає відкриті дані, як комунікативний інструмент досягнення УПМП (*Universal Health coverage*) [539].

Відповідно до цих принципів, на саміті G20 (2019), який був проведений в *Японії* визначили, що публікація відкритих даних може повипливати на покращення та досягнення УПМП [468]. Ш. Абе під час своєї промови на

економічному форумі в Давосі (2019) зазначив, що багато країн сьогодні все більше використовуює данні (у тому числі і ВД), щоб розбудувати УПМП. Крім того розробка та підсилення медичних інформаційних систем та накопичення даних високої якості необхідні для моніторингу прогресу розбудови УПМП та завчасного виявлення пасток та прогалин в цьому процесі [507].

На думку Г. Блум, Ю. Кацума, К.Д. Рао та ін. (2019) відкриті дані в охороні здоров'я виступають важливим комунікативним інструментом не тільки на рівні країни, але і для вистежування та прийняття рішень щодо публічного управління на інтернаціональному рівні. Однак серед значущих перепон слід відзначити варіабельність технік накопичення даних та відсутності стандартизації їх публікації [307].

Іншим важливим масивом даних, що може дати значну вигоду виступає публікація епідеміологічних даних на рівні держави та населення, зібрані за допомогою різних систем нагляду та опублікованих у відкритій манері. Великий обсяг епідеміологічних даних у відкритій манері публікує Центри з контролю та профілактики захворювань у США (Centers for Disease Control and Prevention) (<https://wonder.cdc.gov/wonder/help/WONDER-API.html>), а інтернаціональні дані можна знайти на сайті World health organization The global health observatory (<https://www.who.int/data/gho>). Однак на думку С.Дж. Муні, Д.Дж. Вестрейх, А.М. Ель-Сайєд (2015) відкриті данні та їх швидке накопичення в системі звісно обіцяють значні переваги в розробці проти епідеміологічних заходів, однак великий обсяг та швидкість надходження даних можуть виступити загрозою самі по собі, адже країни можуть стикнутись з недостатніми ресурсами щодо вибірки та аналітики даних, що надходять [460].

І. Беррі, Дж. Р. Соусі, А. Туйт, Д. Фісман (2020) зазначають важливість обміну та аналізу даних після першого спалаху коронавірусу [303], однак за даними, що оприлюднив The Economist великі лікарні в Мадриді фактично не обмінювались електронними медичними записами в регіонах Іспанії, під час першої хвилі COVID-19, не кажучи вже про публікацію відкритих даних щодо цієї епідемії [514].

Критично важливо, що регуляторні органи у всьому світі наполягають на постачальниках медичних послуг, щоб вони відкрили свої закриті системи - це передумова процвітання цифрового здоров'я. Це дасть можливість Охороні здоров'я еволюціонувати від «клінічної науки, що підтверджується даними, до науки даних, яку підтримують клініцисти» [514].

Важливо використовувати відкриті дані не тільки для прогнозування та моделювання епідеміологічного процесу, ці дані також можуть бути використані і в моделях щодо інших важливих питань громадського здоров'я. Так Дж. Репс, М. Шумі, М. Сушард та ін. (2018) показали механізм розробки моделі прогнозування для 21 різних результатів у цільовій сукупності людей, які страждають на депресію, на основі 4 баз відкритих даних. Та запропонували можливість використання такого моделювання при розробці публічного управління в цьому напрямку охорони здоров'я [486].

Серед лідерів використання даних в тому числі відкриті дані у публічному управлінні та адмініструванні виступає *Японія*. Однак сьогодні, досягнувши УПМП, держава стикнулася з проблемами старіння нації та збільшення кількості хронічних захворювань, і як наслідок, збільшення витрат на охорону здоров'я. Отже уряд Японії запропонував кроки щодо реформування охорони здоров'я. В документі «Health care 2035» висвітлено основні зміни, які очікують охорону здоров'я Японії для покращення надання медичної допомоги, та відповіді на існуючі виклики. Одним з важливіших пунктів в документі виступає більш ефективне використання інформації, що може суттєво покращити показники охорони здоров'я, якість, вартість та безпеку. Вбачається необхідність розробки та використання бази даних охорони здоров'я для підтримки програм телемедицини, таких як дистанційна діагностика, дистанційне лікування та телехірургія.

До 2020 року в Японії тривав процес створення мережі, яка пов'язує відкриті дані за допомогою унікальних ідентифікаторів та проводить їх аналіз. На основі аналізу приймаються рішення щодо зміни мережі та підсилення необхідних на території сервісів. До 2035 року очікується використання мережі

відкритих даних для розробки процесу оцінки політики щодо запобігання, діагностика, лікування хронічних захворювань, та впровадження сервісів з догляду за хронічними та паліативними хворими [516].

На основі відкритих даних також створюються потужні локальні сервіси, так в *Бразилії* діють Rio Inteligente (Smart Rio) та Cidadão Recifense (Recife Citizen), створені як веб-сайти. Обидва додатки базуються на незалежних урядових відкритих даних з міст Ріо-де-Жанейро та Ресіфі та зосереджені на основних послугах охорони здоров'я: допомогти громадянам та туристам у пошуку найближчих медичних закладів відповідно до їх потреб, створення онлайн-карти вакцинації, нагадувати людям, коли настав час робити щеплення. Розробка цих сервісів була зроблена за заявками мерій Ріо-де-Жанейро та Ресіфі за підтримки громадськості (К.дос Сантос Бріто, М. да Сілва Коста, В. Гарсія, С. де Лемос Мейра, 2014) [349].

Звісно в групі найменш розвинутих країн публікація, аналіз та використанні відкритих даних на сьогодні є значною проблемою, однак у 2011 в *Кенії* було запущено перший портал з ВД [524], а невдовзі і інші країни *Африки* (2018) доєднались до публікації ВД [473]. Слід зазначити, що портал www.opendata.go.ke на якому розміщені відкриті дані в *Кенії* (2016) не є виключно медичним, а включає в себе широкий спектр даних. На порталі розміщені данні щодо державних витрат на національному та місцевому рівнях, розподілу бюджету Фонду розвитку округу (CDF), національного перепису населення, розташування ключової інфраструктури, яка включає заклади охорони здоров'я, школи, водопостачання та електроенергію, наявність послуг охорони здоров'я, освіти та водопостачання на місцевому рівні. Крім того будь яка державна та не урядова організація може запропонувати данні для публікації на порталі [518].

Публікація відкритих даних дала змогу громадянам *Кенії* приймати участь у публічному управлінні та публічному адмініструванні життєво важливих сфер, у тому числі охорони здоров'я, через лобювання представників округу щодо покращення закладів охорони здоров'я та медичних послуг спираючись на відкриті статистичні дані. Завдяки відкритим даним громадяни *Кенії* отримали

змогу брати участь у національних дебатах щодо розвитку та допоможе їм забезпечити більш прозорий уряд Кенії, підзвітним своїм громадянам.

Нажаль не завжди обсяг даних призводить до якісного їх використання. Ф. Хак, Д. Олівейра, Н. Абреу та ін. (2020) та співавтори визначають, що обсяг нових даних що виробляються щодня у різних форматах та структурах даних з різних систем, стає основною перешкодою для якісного медичного обслуговування пацієнтів. Ці дані можуть бути вилучені та використані для отримання інформації та клінічних знань, однак більшість із цих записів є загальнодоступними або навіть структурованими, що породжує розпорошення, нерозуміння та інколи втрату даних. На їх думку відсутність стандартизації даних призводить до неефективності методів аналізу та клінічної підтримки прийняття рішень публічного адміністрування та публічного управління охорони здоров'я [390]. І це підтверджується на прикладі *Великої Британії* яка посідає перше місце посідає перше місце за обсягом медичних даних. НСЗ однією з перших почала публікувати ВД. На 2016 р. в НСЗ працювало близько 10000 спеціалістів з аналізу даних (М. Бардслі, 2016) [298]).

Однак на думку Б. Голдакр, М. Бардслі, Т. Бенсон та ін. (2020) [278], що використання даних для підтримки прийняття рішень у НСЗ нерівномірне та досить слабка. Використання цих даних здебільшого зосереджено на академічних та наукових потребах та сфокусовані навколо етіології та патогенезу різних захворювань. В той час як практичний аналіз даних необхідних для прийняття рішень публічної політики часто ігнорується. Цей аналіз дуже важливий для покращення пацієнтських сервісів, зміни та оптимізації маршрутів пацієнтів та госпітальної мережі. Для місцевого самоврядування НСЗ Англії також не дає достатньої інформації, так на сайті можна знайти найближчу аптеку, лікарню або сімейного лікаря, але ці данні надані не у вигляді графічно-статистичних дашбордів, а у вигляді пошукової системи. Пацієнт вводить своє місце проживання і сайт пропонує йому лікаря або аптеку поблизу.

Е. Харвіч, Р. Ласко-Скіннер та ін. (2016) у висновках до свого дослідження наполягають, що НСЗ Англії та Трасти НСЗ повинні мати національну стратегію

на основі цих даних. Вони зазначають, що МОЗ, НСЗ, бізнес та промисловість повинні вибудувати діалог із громадськістю для обговорення різних комерційних моделей, таких як угоди про обмін даними, грантове співробітництво, відшкодування витрат на ліцензування та комерційні домовленості [392].

Дещо інша ситуація НСЗ *Шотландії*, вони пропонують графічне зображення статистичних даних на дашбордах Scottish Health and Social Care Open Data. На сайті опубліковано близько 80 наборів даних, які стосуються розповсюдженню коронавірусу, наявності та карти аптек та закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), наявність в них відділень екстреної та невідкладної допомоги.

Слід зазначити, що і бізнес структури також вже залучені в публікацію відкритих даних, так Yidu Cloud, платформа великих даних для лікарень, маючи найбільший у світі набір даних про охорону здоров'я, активно співпрацює в колаборації з лікарнями та урядом. Компанія налагодила стратегічну співпрацю з понад 700 медичними установами та понад 100 відомими лікарнями по всій країні для створення інтелектуальної платформи з використанням великих даних. Yidu Cloud в співпраці з лікарнями розробляє інтелектуальні платформи для великих даних, платформи та сервіси надання третім особам сторонам даних (відкритих даних) та обчислювальних можливостей за умови забезпечення безпеки даних. Керівництво Yidu Cloud вбачають розвиток в співпраці для побудови екосистеми медичних додатків великих даних для сприяння розвитку інтелектуальної медицини та впровадження рішень що базуються на доказах завдяки відкриттю великих масивів даних (Лі Ліньфен, 2019) [440].

Важливою проблемою використання відкритих даних, пов'язаних з сферою охорони здоров'я, П. Косткова, Х. Брюер, С. де Лузінья (2016) та співавторів залишається питання балансу між правом особи на приватне життя та прагненням до вагомих статистично-довказових та відкриті дані, що сприятимуть розвитку охорони здоров'я. На думку дослідників ці два питання можуть бути у суперечці. Отже використання ВД в охороні здоров'я повинно стати важливим питанням публічного управління та адміністрування. [422].

Відкриті дані виступають потужним комунікативним інструментом, який дає

можливість залучити громадськість до дебатів та прямого впливу на публічне управління та публічне адміністрування життєво важливими сферами розбудови суспільства у тому числі і охорони здоров'я. Цінність даних дуже залежить від того, хто їх використовує. Сьогодні сирі не оброблені данні не мають цінності як такої та не використовуються а ні публічними службами, а ні бізнесом. Найкраще для використання відкритих даних – створення дашбордів та графіків, які чітко висвітлюють проблему (наприклад складності доступності до аптеки мешканців віддаленої місцевості). У такому випадку публічні служби та бізнес можуть побачити проблему та розробити відповідну стратегію.

В усьому світі Уряди виступають найбільшими ресурсами відкритих даних, однак цінність такої інформації залежить від її використання. В першу чергу урядами для досягнення УПМП та вироблення гнучких відповідей на загрози (епідемії, природні катастрофи). З іншого боку це дає можливість громадськості відстежувати дії Уряду, та бути залученими до публічного управління та адміністрування охорони здоров'я. Крім того бізнес має можливість аналізувати потреби суспільства та гнучко створювати найцінніші сервіси які не може запропонувати держава. Враховуючи досвід країн з Єдиним закупівельником медичних послуг (*Англія, Хорватія, Іспанія*) створенні бізнесом медичні сервіси, можуть бути оплачені як за державними програмами медичних гарантій так і у приватній манері.

Навіть при наявності великого обсягу даних та аналітичних потужностей, далеко не всі країни використовують відкриті дані для врегулювання публічної політики в охороні здоров'я, часто такі аналіз цих даних лежить виключно в площині академічного інтересу (НСЗ *Англії*). Отже, можна визначити, що і сьогодні найчастіше відкриті дані використовуються виключно для академічних цілей без прив'язки до практичних викликів охорони здоров'я.

Важливими перевагами використання відкритих даних виступає можливість розбудови не тільки публічної політики охорони здоров'я та громадського здоров'я у відповідній країні, а також залучення даних від інших держав для розбудови УПМП з моніторингом потреб, ризику та пастки враховуючи широку

міграцію населення [223].

Як зазначають зарубіжні фахівці *комунікаційні кампанії* в сфері охорони здоров'я сприяють самоуправлінню здоров'ям та *допомагають громадянам у наступному*:

- розпізнати серйозні ризики для здоров'я ;
- приймати стратегії для уникнення ризиків;
- отримати доступ до методів профілактики та лікування;
- застосовувати відповідні стратегії для мінімізації ризиків для здоров'я.

Повідомлення повинні:

- привернути увагу аудиторії;
- привести до розуміння конкретної проблеми здоров'я;
- переконати аудиторію прийняти нову, здорову поведінку.

Успішні кампанії охорони здоров'я базуються на стратегічному плануванні щодо розробки програм, впровадження та оцінки. Крім того, знання мети, культурний, освітній та мовний досвід аудиторії необхідний і має бути врахований обліковий запис, коли створюються повідомлення для кампаній з підтримки здоров'я.

У цифровому середовищі інформація про аудиторію має враховувати:

1. Канали. Вибір каналів і засобів масової інформації для кампаній з підтримки здоров'я матиме вплив на охоплення повідомлень та їх вплив на конкретну цільову аудиторію. Усна, письмова та опосередкована канали комунікації використовуються для досягнення цілей зміцнення здоров'я. *Канали включають* наступне:

- особисті інтерв'ю;
- друковані брошури;
- буклети;
- плакати;
- листівки;
- публічні презентації;
- роуд-шоу;

- телефонні гарячі лінії (безкоштовні номери);
- радіо;
- телебачення;
- фільми;
- журнали;
- газети;
- онлайн-інформаційні послуги;
- CD-ROM;
- інтерактивні комп'ютерні програми;
- гарячі лінії електронної пошти.

Офіційне зміцнення здоров'я може здійснюватися шляхом публічних презентацій з питань охорони здоров'я, взаємодії медичних працівників/клієнтів під час консультацій, а також через програми ЗМІ, призначені для конкретної мети розповсюдження відповідної інформації про стан здоров'я.

Неформальна санітарна освіта здійснюється через популярні ЗМІ, щоденні розмови, популярні журнали, телевізійні шоу та фільми, які демонструють поведінку щодо здоров'я.

Через популярність розважальних ЗМІ вони мають значний вплив на формування переконання та очікування населення щодо здоров'я.

У США відео, фільми, звукові та слайд-програми та касети є поширеними в лікарнях. Використовуються *аудіовізуальні засоби масової інформації*. Засоби масової інформації розміщуються в бібліотеках лікарень і часто випускаються самими лікарнями. Вони використовуються для навчання персоналу та пацієнтів, звітування між змінами, документування процедур охорони здоров'я (часто для юридичних цілей), кампаній з підтримки здоров'я та лікарняні проєкти зі зв'язків з громадськістю.

Друковані ЗМІ використовуються як для внутрішнього спілкування, так і для спілкування з більш широкою аудиторією. *Книги, газети, журнали* та рекламні щити інформують громадськість. *Брошури та буклети* вважаються корисними для розпізнавання та розуміння симптомів проблем зі здоров'ям.

Одним з останніх і найперспективніших медіа в охороні здоров'я є *інтерактивні медіа*, в яких клієнт є активним учасником доступу, надсилання та обробки медичної інформації. Інтерактивні ЗМІ: телефони, закрите телебачення та електронна пошта, комп'ютери тощо.

Телефонні гарячі лінії та реферальні служби є важливими каналами надання підтримки, інформації, направлення та консультування для клієнтів, які страждають, наприклад, на СНІД, отруєння, домашнє насильство, алкоголізм, наркоманія та психічні розлади.

Телемедицина використовується для дистанційної діагностики (наприклад, телерадіологія та телепатологія), консультації, консультування, психотерапія та навчання. Її найбільша перевага для зміцнення здоров'я полягає в тому, що вона може пропонувати медичні послуги, які раніше були недоступні людям у сільській місцевості.

Термін «*медична інформатика*» зараз використовується для опису використання комп'ютерів для підвищення ефективності надання медичної допомоги на рівні медичних працівників.

2. *Цілі.* Жодна кампанія з підтримки здоров'я не може бути ефективною без чіткого визначення проблеми, спрямованої та реалістичні цілі, засновані на визначенні проблеми. Цілі повинні бути чіткими, конкретними, реалістичними та вимірюваними.

3. *Аудиторія.* Будь-яка кампанія з охорони здоров'я повинна бути зосереджена на тій аудиторії, до якої найбільше звертаються задля комунікації щодо проблеми та цілей кампанії. Це може бути аудиторія найбільше схильна до ризику захворіти або проявляти нездорову поведінку. Може бути великий рорив інформації та знань між медичним дослідницьким співтовариством, спеціалізованим співтовариством лікарів, громадою та пацієнтом. Важливо скоротити цей розрив і гарантувати ефективні зусилля зі зміцнення здоров'я.

4. *Поведінка одержувачів.* Поведінка реципієнтів відіграє важливу роль у тому, як вони переживають і діють в процесі комунікації. Для розробки *ефективних кампаній зі зміцнення здоров'я* необхідно враховувати поведінку

людей, щоб зрозуміти, чому люди діють певним чином і не виконують інші дії чи рекомендації, щоб забезпечити ефективну розробку повідомлень і вибір каналу, що досягне цільової аудиторії. *Ефективні кампанії* з підтримки здоров'я ґрунтуються на основі глибокого розуміння як проблеми здоров'я, так і цільової аудиторії. Потреби, мотивації та ресурси аудиторії повинні бути відправною точкою в проблемі визначення, постановка цілей, дизайну повідомлень та медіапланування.

5. *Маркетинг охорони здоров'я.* Як зазначалося вище, традиційне зміцнення здоров'я зосереджено головним чином на окремих особах (медичних працівниках та пацієнтах) і невеликих групах. Проте сьогодні зусилля зі зміцнення здоров'я спрямовані на цілі громади, цілі групи населення або сегменти суспільства. В ідеалі *програми здоров'я мають бути:*

- розроблені відповідно до потреб аудиторії;
- впроваджені для задоволення цих потреб;
- ефективні у задоволенні потреб;
- контролюються, щоб гарантувати, що вони продовжують задовольняти потреби;
- призначені для попередження джерела про нові або зміни потреб цільової групи.

Канали маркетингу соціального здоров'я мають мати певні критерії:

- здатність передавати досить складні повідомлення;
- вид носія - візуальний, слуховий, друкований, електронний;
- вартість;
- охоплення, частота та безперервність;
- кількість потрібних їм посередників;
- можливість надмірного використання та перенасичення;
- здатність до мультиплікативних ефектів (тобто здатність розвивати один одного);
- ступінь усвідомленого авторитету та довіри (швидкість впливу);
- доступність цільовій аудиторії.

Успіх комунікації про здоров'я залежить від того, чи приймає аудиторія, чи слухає, розуміє, запам'ятовує та відповідає на агітаційні матеріали. Це залежить від *п'яти аспектів презентації повідомлень*, а саме: привабливість змісту; стиль; частота; час і доступність.

Повідомлення мають подаватись часто, особливо в засобах масової інформації, які, ймовірно, будуть представлені цільовій аудиторії.

Ефективна комунікація може сприяти високоякісному медичному обслуговуванню, неефективна - може негативно вплинути на прийняття рішень, якість надання медичної допомоги і відповідність лікуванню і може призвести до:

- незадоволеності послугами охорони здоров'я;
- відчуження між медичними працівниками та клієнтами;
- надмірної конкуренції між медичними працівникам.

Слід приділяти увагу наступним аспектам взаємодії зі ЗМІ:

- спільне прийняття рішень шляхом збору та надання інформації та навчання;
- індивідуальна, групова, організаційна та масова комунікація;
- проблеми емпатії, контролю, самоефективності, довіри, саморозкриття та підтвердження;
- вербальне та невербальне спілкування;
- відмінності у переконаннях, установках, сприйнятті та поглядах, які впливають на спілкування;
- демографічні та соціально-психологічні змінні, які впливатимуть на спілкування;
- комунікаційні сигнали, які спонукають до дій охорони здоров'я;
- зворотний зв'язок;
- спілкування як процес;
- дизайн повідомлення на основі цілей та цільової аудиторії;
- вибір каналу;
- маркетинг здоров'я;
- контроль та оцінка;

- бар'єри у спілкуванні зі здоров'ям.

6. *Мультимедіа* сприяє динамічній передачі інформації та знань, а також розуміння, оскільки в розшифровці повідомлень беруть участь різні органи чуття. Анімація та відео особливо корисні там, де потрібно пояснити процеси.

7. *Інтерактивність* покращує навчання та утримання повідомлень за допомогою навчання за участі. У охороні здоров'я ролеве моделювання є одним із багатьох надзвичайно відповідних методів зміни поведінки.

8. *Гіпертекст*. У різних суспільствах гіпертекст має особливу перевагу головним чином тому, що користувач може отримати конкретні розділи або рівні інформації.

9. *Безпосередність*. Оперативність інформації про здоров'я може мати критичне значення. Безпосередність цифрових медіа є основною перевагою для цілей зворотного зв'язку. Зворотній зв'язок є необхідний для контролю та управління комунікацією.

10. *Підкріплення*. Завдяки відносно дешевим методам виробництва цифрові медіа надають широкі можливості посилити повідомлення. Це можна зробити шляхом гіпертекстових посилань на інші цифрові документи, повторення повідомлень, редизайну повідомлень та представлення повідомлень у різних форматах та додатках. Коли традиційні медіа використовуються для зміцнення здоров'я, цифрові медіа можуть зробити значний внесок до економічно ефективного підкріплення.

11. *Міжособистісне спілкування* є аспектом здоров'я. Цифрові медіа можуть мати найменший вплив, медіа можуть відігравати значну роль у покращенні відносин між медичним працівником і клієнтом. У сучасній охороні здоров'я мета – допомогти клієнту взяти відповідальність за своє здоров'я. Це означає, що пацієнт повинен брати участь і брати участь у прийнятті рішень.

12. *Групове спілкування*. Команди охорони здоров'я розвивалися в основному з потреби зробити медичне обслуговування доступнішим. Групова діяльність висуває конкретні вимоги до успіху. Участь між залученими різними фахівцями, інтеграція лікування, доступність пацієнтів медичні записи,

використання ресурсів групи тощо вимагають точного планування та виконання. Цифрові системи контролю та зв'язку могли б забезпечити успішність взаємодії між партнерами. Групи самодопомоги вже займають чільне місце в Інтернеті. Багато медичних компаній і установ визнали переваги, які мають електронні ЗМІ для успіху групи самодопомоги з самого початку. Через електронні групи самодопомоги формуються зв'язки між учасниками, які можуть бути настільки ж міцними, як реальні стосунки. Ці відносини призводять до психологічної та емоційної підтримки. Цифровий зв'язок дозволив надати послугу віддаленого ведення справ, навіть якщо менеджер і пацієнт знаходяться в різних географічних районах.

13. *Масова комунікація.* Однією з можливостей, яку надають електронні ЗМІ, є відносно легка сегментація цільової аудиторії та поширення повідомлень про здоров'я серед конкретних онлайн-спільнот. Ці повідомлення можна навіть персоналізувати.

14. *Емпатія* – це здатність розуміти емоції, умови та почуття іншої людини та відповідати відповідним чином. Важливо проявляти емпатію в умовах охорони здоров'я, навички спостереження, необхідні комунікативні навички, навички сприйняття, емоційна чутливість і турботу. Електронні засоби масової інформації можна використовувати для підтримки та доповнення емпатії, що виникла під час міжособистісного спілкування, особливо коли медичний працівник не має комунікативних навичок.

15. *Вербальне та невербальне спілкування.* Цифрові медіа забезпечують як вербальне, так і невербальне спілкування. Цифрові медіа застосовують вербальне спілкування приблизно так само, як і паперові медіа, але з додатковими цінностями, такими як зворотний зв'язок, різні мовні можливості та інтерактивність.

Висновки до розділу 4

Аналіз правових документів продемонстрував відсутність чіткого визначення комунікативної діяльності в публічному адмініструванні і галузевих напрямках, зокрема. Незважаючи на пропозиції щодо створення комунікативної концепції, стратегії тощо, які в наукових публікаціях декларуються з 2005 року і по теперішній час, залишається актуальною проблема розробки комунікативних стратегій як на рівні держави, так і на рівні місцевого самоврядування, зокрема щодо сфери охорони здоров'я.

Проведений аналіз правових актів показав, що термін «комунікація» починає активно використовуватись в правових актах в різних сенсах і значеннях. В правових актах здебільшого йдеться про:

- низький рівень комунікації між органами державної влади, органами місцевого самоврядування та населенням при формуванні каналів взаємодії заінтересованих сторін;
- розроблення методики комунікації між державою та суспільством щодо протидії масштабним кібератакам і кіберінцидентам;
- електронні комунікації;
- комунікації в суспільстві, з громадами, з батьками щодо сутності реформи;
- надання електронних комунікаційних послуг вразливим соціальним групам населення;
- використання високоефективних технологій, зокрема інформаційно-комунікаційних використання високоефективних технологій, зокрема інформаційно-комунікаційних;
- проведення інформаційно-просвітницької роботи та підтримку громадських об'єднань з використанням альтернативних каналів комунікації;
- рівень комунікаційної спроможності;
- здійснення комунікаційних та навчально-методичних заходів;
- забезпечення належної комунікації відповідних органів виконавчої влади з громадськими об'єднаннями;

- забезпечення надійних джерел комунікації з питань постконфліктного відновлення;
- підтримання надійних каналів комунікації державних органів із населенням на всій території України;
- поліпшення комунікації між сільськими підприємцями та місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування;
- комунікаційних стратегій щодо проведення всеукраїнської інформаційної кампанії;
- упровадження новітніх засобів і форм комунікацій та ефективної інформаційної політики;
- інформаційно-комунікаційну інфраструктуру, яку буде запроваджено, повинна сприяти полегшенню і спрощенню порядку надання адміністративних послуг населенню;
- стратегічні, кризові, урядові комунікації.

Втім, про комунікації, комунікативну діяльність в сфері охорони здоров'я не йдеться. Аналіз правових актів показав, що інформація про охорону здоров'я не виокремлюється як окремий вид інформації в державі. Це відображено в Законі України «Про інформацію». Враховуючи недосконалість Закону України «Про інформацію» в контексті сфери охорони здоров'я та публічного адміністрування охороною здоров'я, *доцільно, на думку автора дисертації:*

1) включити додатковий пункт у статтю 10 «Види інформації» цього Закону, яка розподіляє інформацію за змістом: інформацію про охорону здоров'я, і видати її в такій редакції:

Стаття 10. Види інформації за змістом.

За змістом інформація поділяється на такі види:

інформація про фізичну особу;

інформація про сферу охорони здоров'я;

інформація довідково-енциклопедичного характеру;

інформація про стан довкілля (екологічна інформація);

інформація про товар (роботу, послугу);

науково-технічна інформація;
 податкова інформація;
 правова інформація;
 статистична інформація;
 соціологічна інформація;
 інші види інформації».

2) Включити окрему статтю щодо роз'яснення поняття «інформація в сфері охорони здоров'я» в такій редакції:

Стаття. Інформація про сферу охорони здоров'я

1. Інформація про сферу охорони здоров'я – це відомості, сукупність відомостей, статистичні та аналітичні дані, систематизована або документована інформація про:

політику держави в сфері охорони здоров'я,
 обов'язки суспільства і держави щодо охорони здоров'я,
 стан здоров'я населення та його безпеку,
 життєвий рівень населення, необхідний для його здоров'я,
 перебіг пандемій та епідемій,
 запобігання інфекційним захворюванням, небезпечним для населення,
 стан громадського здоров'я та фактори, що на нього впливають,
 санітарно-епідемічний стан територій і населених пунктів, умов для праці,
 навчання, побуту, відпочинку та здоров'я,
 стан системи охорони здоров'я,
 рівень розвитку сфери охорони здоров'я в територіальних громадах,
 проблеми сфери охорони здоров'я та шляхи їх вирішення,
 медичні та немедичні послуги, у тому числі з телемедицини і телереабілітації,
 рівня надання медичної допомоги та послуг,
 державні цільові програми,
 інші відомості та або дані.

2. Основними джерелами інформації про стан сфери охорони здоров'я є:

органи центральної виконавчої влади (в першу чергу профільні); органи представницької демократії; органи державної влади та їх підрозділи; органи місцевого самоврядування та їх підрозділи; науково-дослідні установи; профільні навчальні заклади; експерти; фахівці галузі; профільні лабораторії та інші установи; громадські об'єднання; окремі громадяни.

3. Правовий режим інформації про сферу охорони здоров'я визначається правовими актами України та міжнародними договорами України, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України.

4. Інформація про сферу охорони здоров'я є відкритою за режимом доступу, якщо інше не встановлено правовими актами України.

Цю статтю доцільно доповнити з урахуванням можливостей правого забезпечення державно-приватного партнерства та можливостей громадських об'єднань, що регулюється відповідним законодавством.

3) Статтю 12 «Охорона здоров'я - пріоритетний напрям державної діяльності» пропонується надати в такій редакції:

Стаття 12. Охорона здоров'я - пріоритетний напрям державної діяльності

Охорона здоров'я - один з пріоритетних напрямів державної діяльності. Держава формує політику охорони здоров'я в Україні та забезпечує її реалізацію.

Державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково обґрунтованим потребам, але не менше десяти відсотків національного доходу. *А також може забезпечуватись в межах державно-приватного партнерства та з залученням можливостей громадських об'єднань, окремих громадян.*

Ця частина пропозицій буде передбачати також перегляд відповідних правових актів та внесення в них доповнень з питань податкових пільг, розширення можливостей для певних категорій підприємств та громадських об'єднань. Втім, запропоновані доповнення є передумовою залучення до реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я широких верств населення.

У даній статті Закону не враховуються можливості сучасної активності

громадян та громадських об'єднань, які можуть бути залучені до реалізації державної політики з наданням їм можливості надання немедичної допомоги з урахуванням досвіду розвинених зарубіжних держав та умов децентралізації

4) Доцільно доповнити статтю 14 Закону «Основи законодавства України про охорону здоров'я» абзацом: Громадські об'єднання залучаються до реалізації державної політики охорони здоров'я в межах їх напрямів роботи та відповідно до діючого законодавства України.

5) Для врахування всіх питань пов'язаних з консультуванням через засоби дистанційного консультування необхідно *розширити визначення терміну «телемедицина» та викласти його в такому формулюванні: Телемедицина - комплекс дій, технологій та заходів, що застосовуються під час надання медичної послуги або реабілітаційної допомоги пацієнту з використанням інформаційно-комунікаційних технологій для обміну медичною інформацією між медичними працівниками або медичним працівником та пацієнтом в електронній формі через захищені цифрові канали.*

Також не виявлено в правових актах переліку методів комунікативної діяльності при публічному адмініструванні охороною здоров'я. Зарубіжна практика демонструє загальнодержавних підхід до даних питань, зокрема: громадські запити; консультації щодо політики в сфері охорони здоров'я; отримання зворотного зв'язку; громадські слухання, громадські ради, фокус-групи, соціологічні анкетування та опитування, громадські форуми та відкриті дискусії.

Проведений аналіз зарубіжних джерел показав, що сучасна зарубіжна практика охороною здоров'я демонструє використання широкого спектру методів комунікативної діяльності, зокрема: зв'язки з громадськістю, (public relations - PR); інформування; відкритість та прозорість для «поганих новин»; використання соціальних медіа; електронні комунікації та використання ІКТ; переговори; спілкування (у тому числі ділове, віч-на-віч, соціальне тощо); створення мереж та обробки даних; введення чек-листу; створення транзакції та повідомлення; управління ризик-комунікаціями; публікація відкритих даних; комунікаційні

компанії; неформальна санітарна освіта (ЗМІ, щоденні розмови, популярні журнали, телевізійні шоу та фільми, які демонструють поведінку щодо здоров'я);

Виокремлюються нові для нашої вітчизняної практики види комунікацій, такі як «проактивна комунікація» та «справедлива культура комунікацій». Йдеться також про *створення окремих тимчасових структур*, які сприяють побудові комунікацій зі спільнотою, що також відсутнє у вітчизняній культурі організації комунікацій в сфері охорони здоров'я.

Аналіз публікацій дав можливість виокремити посади професійних комунікаторів в сфері охорони здоров'я, наприклад:

- спеціаліст зв'язків з громадськістю лікувального закладу;
- менеджери охорони здоров'я;
- менеджер з кадрових ресурсів (HR);
- працівники громадського здоров'я з громадськістю;
- медичний працівник-комунікатор з родичами пацієнтів.

Можна говорити про відмінність культур комунікацій зарубіжних держав світу та вітчизняної системи охорони здоров'я і про доцільність формування української моделі комунікативної діяльності публічного адміністрування охороною здоров'я.

РОЗДІЛ 5

ШЛЯХИ ФОРМУВАННЯ МОДЕЛІ КОМУНІКАТИВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ПУБЛІЧНОМУ АДМІНІСТРУВАННІ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

5.1. Застосування методології побудови комунікативної стратегії зарубіжних держав

У зарубіжній практиці розробки комунікативних стратегій існують певні загальні вимоги і традиції щодо розуміння комунікативної стратегії та її методології. Так, *комунікативні стратегії* – це плани комунікації щодо розміщення інформації, пов'язаної з певною проблемою, подією, ситуацією або аудиторією. Вони служать кресленнями для спілкування з громадськістю, зацікавленими сторонами або колегами. *Комунікативні стратегії повинні:*

- окреслити мету/цілі комунікації;
- визначити зацікавлені сторони;
- визначити ключові повідомлення;
- визначити потенційні методи комунікації та шляхи для передачі інформації та для конкретного призначення і вказати механізми, які будуть використані;
- отримати відгук про стратегію [328].

Комунікативні стратегії відрізняються від Планів залучення громад (CIP). Перший крок до розвитку комунікативної стратегії полягає у визначенні причини, чому комунікація необхідна і визначає бажані цілі. *Цілі можуть включати:*

- надання інформації;
- підвищення обізнаності;
- спонукальні дії;
- формування консенсусу;
- зміна поведінки;
- сприяння участі громади;
- вирішення конфлікту;

- запит на введення [328].

Визначивши ключові повідомлення, необхідно визначити засоби для «доставки» повідомлення. Є різні варіанти:

- сесія доступності/день відкритих дверей;
- урочистості/спеціальні заходи;
- електронні засоби масової інформації, включаючи електронну пошту або веб-сайт;
- зустріч віч-на-віч з ключовими зацікавленими сторонами;
- фокус-групи;
- ЗМІ, включаючи кабельне телебачення, медійну рекламу, новини прес-релізи та прес-конференції;
- діяльність на місці події;
- громадські слухання;
- громадські збори;
- державні або приватні школи;
- інструменти соціальних мереж, наприклад, YouTube, Facebook, Twitter;
- майстерні [328].

В інших джерелах щодо розробки комунікативних стратегій в сфері охорони здоров'я зазначається, що *комунікативна стратегія* є найважливішою частиною аналізу ситуації та *реалізації програми комунікації щодо соціальних змін та поведінки (SBCC)*. Це письмовий план, який детально описує, як програма SBCC досягне свого бачення, враховуючи поточну ситуацію. *Ефективні комунікативні стратегії* використовують *системний підхід і поведінкову теорію* для розробки та *реалізації комунікативної діяльності*, яка заохочує стійкі соціальні зміни та зміни поведінки [401].

Більшість *комунікативних стратегій* включають такі елементи:

- короткий підсумок аналізу ситуації;
- сегментація аудиторії;
- теорія програм для розробки стратегії;
- комунікативні цілі;

- підходи до досягнення цілей;
- позиціонування для бажаної зміни;
- переваги та повідомлення для заохочення бажаних змін;
- канали зв'язку для поширення повідомлень;
- план реалізації;
- план моніторингу та оцінки;
- бюджети [401].

Наголошується, що *комунікативна стратегія керує всією програмою або втручанням*. Вона задає тон і напрямок, щоб усі комунікативні заходи, продукти та матеріали працювали в гармонії для досягнення бажаних змін. Стратегічні заходи та матеріали сприятимуть змінам. Комунікативна стратегія також дає змогу зацікавленим сторонам і партнерам надати внесок і домовитися про найкращий шлях вперед, щоб дії були уніфікованими. Завдяки узгодженій комунікативній стратегії персонал і партнери мають карту, до якої вони можуть звертатися на різних етапах розробки програми [401].

Команда програми, включаючи керівників програм і спеціалістів із комунікацій, повинна тісно співпрацювати з відповідними зацікавленими сторонами та партнерами для розробки комунікативної стратегії. Вирішальною є участь окремих осіб і груп, яких безпосередньо стосується проблема. Їхня активна участь із самого початку може допомогти збільшити вплив програми та привести до довгострокової стійкості. Кількість людей, залучених до розробки комунікативної стратегії, буде залежати від *мети* стратегії і *формату*, який використовується для її розробки [401].

Комунікативна стратегія повинна бути розроблена після того, як були проведені аналіз ситуації, аудиторії та програми. Стратегія має бути остаточною перед створенням матеріалів чи заходів та впровадженням програми [401].

Методи підготовки комунікативної стратегії:

- визначити як програма сприяє залученню зацікавлених сторін і партнерів до розробки стратегії;
- застосовувати найкращі принципи комунікативної стратегії;

- визначити ролі та відповідальність за реалізацію комунікативної стратегії кожного з команди комунікаторів [401].

Розробка комунікативної стратегії *може зайняти* від кількох тижнів до кількох місяців, залежно від обсягу стратегії та від того, чи вже було завершено формувальне дослідження. Кількість залучених зацікавлених сторін, методи, які використовуються для залучення зацікавлених сторін [401].

Передумови формування комунікативної стратегії:

- аналіз ситуації;
- аналіз аудиторії;
- аналіз програми.

Етапи формування комунікативної стратегії:

Перший етап: Визначити метод залучення зацікавлених сторін і партнерів. Існує кілька способів залучення зацікавлених сторін і партнерів до розробки комунікативної стратегії. Цей крок важливий не тільки для того, щоб зацікавлені сторони та партнери відчували, що консультуються та мають право власності на стратегію. Одним із найпоширеніших методів є проведення семінару для зацікавлених сторін, де співробітники програми та зацікавлені сторони спільно розробляють кожну частину стратегії. Інші методи включають проведення інтерв'ю із зацікавленими сторонами, створення основних робочих груп, які консультуються із зацікавленими сторонами після розроблення ключових частин, або залучення зацікавлених сторін для перегляду та схвалення стратегії після її розробки.

Другий етап: Написати короткий підсумок результатів аналізу ситуації, аудиторії, програми. Щоб комунікативна стратегія була ефективною, команда повинна мати чітке розуміння всіх факторів, які можуть вплинути на комунікативні зусилля і має включити інформацію про:

- характер і масштаб проблеми (обсяг і серйозність, бажана поведінка);
- потенційні аудиторії (характеристики, бар'єри та посередники змін);
- доступні ресурси (фінансові, людський капітал);
- комунікаційне середовище (наявність і використання каналів зв'язку, що

роблять інші організації);

- області програмного покращення (якщо програма вже існує) або фокус (якщо програма тільки починається).

Це резюме ляже в основу стратегії та керуватиме всіма комунікаційними зусиллями. Копії резюме мають отримати всі зацікавлені сторони, які беруть участь у розробці стратегії.

Третій етап: Вибрати теорію, на підставі якої буде формуватись комунікативна стратегія. Програми SBCC є більш ефективними, якщо вони засновані на теоріях соціальних і поведінкових наук. Теорія програми надає карту для розгляду проблеми, розробки втручань та оцінки успіху програми. Можна використовувати одну або кілька теорій, які відповідають потребам програми, на основі розуміння проблеми, середовища та аудиторії.

Четвертий етап. Вибір аудиторії. Саме під час розробки комунікативної стратегії приймаються остаточні рішення щодо пріоритету та впливу на аудиторію. Потрібно переглянути ситуацію та аналіз аудиторії, приділяючи особливу увагу характеристикам аудиторії та перешкодам до змін, що описані на другому етапі. Потім потрібно розділити потенційну аудиторію на групи зі схожими потребами, уподобаннями та характеристиками. За цими сегментами варто визначити пріоритетну аудиторію. Далі потрібно визначити аудиторію, яка впливає на пріоритетну аудиторію прямо чи опосередковано. Після цього, потрібно розробити профілі аудиторії для кожної з них. Потрібно врахувати і включити в розробку стратегії інформацію про поведінку аудиторії, мотивацію, емоції, цінності, ставлення, рід занять, вік, релігію, стать та місце проживання.

П'ятий етап. Розробка цілей комунікації. Комунікативні цілі чітко і коротко виражають передбачуваний вплив комунікативних зусиль. Вони відповідають на запитання, що може зробити комунікація для досягнення результату. Комунікативні цілі повинні бути зосереджені на вирішенні ключових обмежень або найбільших комунікативних проблем. Для цього потрібно:

- переглянути бачення або загальну мету, поставлену для стратегії, щоб переконатися, що комунікативні цілі сприяють цьому баченню;

- на основі ключових обмежень для кожного сегмента аудиторії потрібно визначити, що потрібно змінити (поведінку, навички, знання, політику, норми чи ставлення).

Шостий етап. Вибрати стратегічні підходи. Потрібно вирішити, як програма досягне своїх комунікативних цілей, вибравши стратегічні підходи. Як правило, використовується кілька підходів або поетапно, або одночасно. Потім варто переглянути підсумок, щоб отримати інформацію про потреби/уподобання аудиторії та середовище спілкування. Треба скласти список підходів, які б охопили аудиторію та досягли цілей комунікації. При виборі підходів доцільно враховувати наступне:

- складність, чутливість та масштабність проблеми, що вирішується;
- ефективність запропонованого підходу для вирішення проблеми;
- рівень грамотності серед аудиторії;
- бажане охоплення;
- вартість підходу;
- вік, медіа та цифровий доступ, а також інші відповідні характеристики аудиторії;
- вибрані теорії.

Потрібно перерахувати потенційні підходи, їх переваги та недоліки, доступні ресурси та будь-які інші коментарі. Потім проранжувати підходи на основі цієї інформації. Вибрати найкращі підходи, враховуючи, яка комбінація підходів ефективно та ефективно охопить велику частину аудиторії.

Сьомий етап. Прийняти рішення щодо позиціонування. Варто вирішити, як програма позиціонує бажані зміни (як зазначено в цілях), щоб вони виділялися. Позиціонування визначає як аудиторія сприймає зміни, які вони хоче отримати. Це представлення переваг та привабливого образу змін.

Восьмий етап. Визначити основні переваги та точки підтримки. Потрібно визначити кілька переваг, які аудиторія отримає від змін, які просуває програма. Користь має відповідати тому, що хвилює аудиторію, і перевищувати особисту вартість змін. Потрібно створити опис переваг. Найкраще розробити

принаймні три альтернативні переваги та попередньо протестувати їх з аудиторією, щоб побачити, яка перевага найбільше резонує з ними. Після попереднього тестування доцільно вибрати найкращу перевагу – це обіцянка, яку програма дає аудиторії. Далі – розробити «пункти підтримки», або причини, чому аудиторія повинна вірити в обіцянку, яку дає програма. Це можуть бути факти, відгуки, схвалення знаменитостей або лідерів думок, порівняння чи гарантії. Використовуваний тип «підтримки» буде залежати від того, що буде привабливим і заслуговує довіри аудиторії.

Дев'ятий етап. Чернетка ключових повідомлень. Для кожної аудиторії потрібно окреслити основну інформацію – ключові моменти повідомлення, які мають передаватися в усіх повідомленнях та заходах усіма партнерами, які реалізують стратегію. Залежно від підходу, ці ключові моменти повідомлення будуть передаватися різними способами. Ключові моменти повідомлення є основними ідеями, які мають бути включені в кінцеві творчі повідомлення.

Десятий етап. Виберіть канали. Потрібно вирішити, які канали комунікації найкраще охоплюють аудиторію. Ефективно використовувати різноманітні канали, пам'ятаючи, що не існує єдиного ідеального каналу. Існує чотири широкі категорії каналів:

- інтерперсональні;
- на основі громади;
- ЗМІ;
- цифрові та соціальні медіа.

Багато комунікативних стратегій визначають провідний канал і допоміжні канали. Тому доцільно вибрати поєднання каналів, яке має сенс для стратегії, беручи до уваги:

- сильні сторони та обмеження кожного каналу;
- планові підходи;
- звички аудиторії та переваги каналу;
- комунікаційне середовище;
- програма та комунікативні цілі;

- розміщення між повідомленнями та каналами;
- доступні ресурси.

Як правило, комунікативна стратегія визначає поєднання каналів, які будуть використовуватися, але не вдаються до великих подробиць про те, як і коли буде використовуватися кожен канал. План міксу каналів із більш детальною інформацією можна розробити пізніше.

Одинадцятий етап. Окреслити дії. З вибраними підходами та каналами команда може окреслити дії, які призведуть до досягнення цілей. Діяльність має бути специфічною та пов'язаною з кожним каналом. Деякі приклади можуть включати:

- розробку посібника з консультуванням;
- створення радіосерійної інформації;
- розробку додатка;
- створення веб-сайту;
- проведення громадських дискусійних груп.

Дванадцятий етап. Розробка плану впровадження. У плані реалізації комунікативної стратегії детально описано, хто, що, коли і скільки робить. Він охоплює ролі та обов'язки партнерів, діяльність, графік і бюджет. Щоб визначити ролі та відповідальність, спочатку потрібно визначити, які компетенції та навички необхідні для досягнення цілей і підходів, викладених у стратегії (наприклад, мобілізація громади, розробка матеріалів або навчання). Потім визначити, які партнери та співробітники мають такі компетенції, і визначте, хто відповідатиме за кожну область.

Тринадцятий етап. Складання бюджету. Потрібно зробити огляд широких категорій та компетенцій для стратегії. Варто продумати можливі витрати для кожної категорії (оплата праці за розробку комунікативних інструментів, витрати на друк анкет, навчання для збору даних, надбавку на відрядження або зарплату за аналіз даних тощо). Далі необхідно оцінити обсяг фінансування, необхідного для кожної основної категорії, і створити проєкт бюджету. Бюджет, створений для стратегії, має бути гнучким у міру зміни потреб та діяльності. Обов'язково

визначте, які ресурси внесуть партнери.

Чотирнадцятий етап. Розробка плану моніторингу та оцінки. Перед початком програми важливо розробити план моніторингу та оцінки. Під час розробки стратегії потрібно розробити проєкт плану, який містить комунікативні показники, методи моніторингу і оцінки та інструменти, які будуть використовуватися для відстеження прогресу та оцінки ефектів. Менша робоча група може деталізувати та доопрацювати план після того, як усі партнери узгодять проєкт.

Стосовно повідомлень, надаються наступні рекомендації:

- дизайн повідомлень має охоплювати всі стратегічні підходи;
- повідомлення повинні підсилювати одне одного в цих підходах;
- коли всі підходи передають однакові ключові моменти, ефективність зростає;
- усі повідомлення, незалежно від того, як і ким вони доставлені, повинні містити однакову основну інформацію;
- переваги мають бути тим для аудиторії, що її більш за все хвилює;
- потрібно залучати ключові зацікавлені сторони із самого початку та забезпечити їхню значиму участь.

Узагальнені рекомендації для розробки комунікативних стратегій передбачають врахування наступного:

- ефективні комунікативні цілі зосереджуються на ключових перешкодах для досягнення спільного бачення;
- стратегії, зосереджені на віхах, повинні працювати інтенсивніше, оскільки вони не позбавляються від перешкод на шляху досягнення бачення;
- позиціонування допомагає програмі відрізнити їхню цільову поведінку від конкурентів, а це показує, наскільки ця поведінка є унікальною та кращою;
- щоб розробити переваги, які резонують у аудиторії, потрібне глибоке розуміння аудиторії;
- інвестування в ретельне дослідження аудиторії окупиться у вигляді більш цілеспрямованих, релевантних повідомлень і матеріалів;

- стратегії, керовані впливовими особами, використовують адвокацію, щоб змусити впливових людей просувати поведінку, норми, послуги чи продукт;

- добре продумана та сформульована стратегія, яка залучає ключові зацікавлені сторони, значно підвищить шанси на успішну реалізацію.

При цьому всі поняття використовуються у наступному значенні:

- *зацікавлені сторони* – це ті, хто страждає від проблеми зі здоров'ям, має прямий інтерес або якимось чином пов'язаний з нею;

- *партнерами* – інші організації, які працюють над вирішенням тієї ж проблеми охорони здоров'я або соціальної сфери: урядові міністерства; місцеві неурядові, громадські організації; міжнародні неурядові організації; фундаменти; і компанії приватного сектора;

- *пріоритетна аудиторія* – група людей, поведінка яких повинна змінитися, щоб покращити стан здоров'я;

- *аудиторія впливу* – ті, хто безпосередньо чи опосередковано впливає на основну аудиторію (члени сім'ї; члени громади, постачальники послуг, лідери громад, вчителі, а також ті, хто формують соціальні норми, впливають на політику або впливають на те, як люди думають про виклик та інші)

- *стратегічні підходи* – це спосіб, яким комунікаційне втручання об'єднується в одну програму, кампанію чи платформу; об'єднує різні заходи, канали та матеріали та об'єднує їх в одну програму; описують, як програма досягне своїх комунікативних цілей;

- *позиціонування* – це спосіб зробити так, щоб проблема, займала певний простір у свідомості аудиторії; це спосіб виділити проблему так, щоб люди бачили і відчували цю проблему;

- *міжособистісні комунікативні інтервенції* – це заходи, які передбачають взаємодію та обмін між людьми або малими групами (консультування, навчання «рівний рівному», «гарячі лінії», групи підтримки тощо);

- *цифрові або соціальні медіа* – це оцифрований вміст, такий як відео, текст, зображення та аудіо, який можна передавати через Інтернет, комп'ютер або мобільні мережі (веб-сайти, відеоблоги, блоги, сайти соціальних мереж, онлайн-

ігри, електронне навчання, програмне забезпечення та програми тощо);

- *втручання в громаді* – це ті, які розроблені для громад і проводяться в громадах (громадське радіо чи телебачення, громадські заходи, діалог з громадою, мобілізацію громади або пропаганду, аутрич чи спорт тощо) [401].

Окрім наведених вище поглядів є публікації, в яких *комунікативні стратегії* – це методи, які використовуються для обміну інформацією, яка може бути візуальною, вербальною або невербальною. Комунікація - це обмін інформацією між відправником і одержувачем. Комунікативні стратегії є планами того, як буде обмінюватися цією інформацією [535].

Виокремлюються ключові побудови комунікативної стратегії. Традиційно комунікації та аутрич (охоплення), як зазначають фахівці – це стратегії, які використовуються для навчання та залучення конкретної групи зацікавлених сторін навколо порядку денного чи місії. *Комунікації* - це розробка і доставка переконливого повідомлення для критичної аудиторії; *аутрич* – це засіб, за допомогою якого повідомлення досягає та додає своєї критичній аудиторії. Наголошується на тому, що держава має розбудовувати не тільки зовнішні комунікації, але й внутрішні *комунікативні стратегії*. Попри важливість наявності плану зв'язку з ключовими зацікавленими сторонами задля підтримки своїх освітніх реформ, держава також повинна мати план спілкування в середині структур задля забезпечення злагодженого інформування. Розробка стратегії комунікації та охоплення потребує роботи та планування. Багато важливих політичних реформ зазнають невдач, тому що не враховують роль комунікації, яка, поки політика впроваджується починає активно проявлятися через роз'яснювальну роботу [416]. Важливим питанням таких стратегій, особливо в питаннях взаємодії з вразливими групами, виступає комунікаційний принцип «нічого про мене без мене» [396].

Дж.Дж. Сара, С.Г.Моулік, М.К. Гол (2020) описують 10 кроків дорозробки комунікативної стратегії для боротьби з COVID-19 зазначають, що незалежно від того, яка проблематика потребує комунікативної стратегії (гігієна рук, фізичне дистанціювання, дезінфекція поверхонь, носіння масок або допомога для захисту

найбільш уразливих), зміна поведінки відіграє ключову роль у боротьбі з пандемією COVID-19 (коронавірусу). Важливими є керівні принципи і принципи допомоги урядам в розробці національних стратегій в області комунікації для зміни поведінки [498].

Пропонується 10 основних компонентів для швидкої розробки комунікативної стратегії по боротьбі з COVID-19:

Крок 1. Створення робочої групи з комунікацій. Для реалізації стратегії необхідна оперативна та орієнтована на дії цільова група, очолювана національним координаційним центром, яка має включати представників МОЗ, приватного сектору, ЗМІ, науковців з питань поведінки, а також спеціалістів з креативу та комунікацій.

Крок 2. Мобілізація ресурсів, у тому числі з приватного сектору. Необхідно швидко мобілізувати основне державне фінансування комунікацій щодо COVID, яке можна доповнити за допомогою донорів і приватного сектора, які мають багато відповідних навичок.

Крок 3. Визначити, які поведінки потрібно змінити і ким. Кампанії мають бути конкретними та чіткими щодо того, яку поведінку вони хочуть, щоб люди дотримувались. Гігієна рук і фізична дистанція є ключовими для припинення передачі COVID-19 у суспільстві.

Крок 4. Переглянути, що робиться на міжнародному та місцевому рівні. Програми країн повинні знати про глобальні події, отримані з авторитетних джерел, включаючи ВООЗ, Compass, Світовий банк та Hygiene Hub. Цільова група також повинна відобразити всі існуючі національні зусилля, а також швидко протидіяти дезінформації.

Крок 5. Переглянути те, що відомо про чинники ризикованої поведінки, і швидко заповнити прогалини в знаннях. Ефективний національний план повинен залучати населення новими та несподіваними повідомленнями, щоб привернути увагу людей. Комунікації повинні спонукати до дії, роблячи поведінку такою, що люди захочуть робити. Перш за все, рекомендувана поведінка має бути можливою. Поглиблене дослідження того, що люди роблять і чому, особливо у

вразливих або маргіналізованих групах, є життєво важливим.

Крок 6. Підготовка творчого запису і теорії змін. Творчий запис – це керівний документ, який визначає проблему, мету, цілі, цільову поведінку, характеристику аудиторії, канали комунікації, переконливі аргументи, тон, особистість, показники впливу та матеріали, необхідні від творчої команди.

Крок 7. Розробка об'єднуючого національного бренду. Уряди повинні закріплювати свої національні кампанії, щоб допомогти встановити довіру та забезпечити узгодженість. Логотип має бути заснований на існуючих державних брендах, але мати нові, привабливі елементи, тоді як слоган має включати в себе основне розуміння кампанії.

Крок 8. Використання найбільш релевантних каналів для цільової аудиторії. Контент може мати різні форми, включаючи теле- та радіорекламу, меми для соціальних мереж або вміст для існуючих теле- та радіошоу. Мета полягає в тому, щоб викликати обговорення та ділитися ними в соціальних мережах – щоб обмін повідомленнями став вірусним, його варто ділитися.

Крок 9. Швидке попереднє тестування та постійний перегляд матеріалів. У надзвичайних ситуаціях можливе деяке попереднє тестування, наприклад, через телефонні дзвінки з невеликими вибірками цільової аудиторії, що дозволяє виправити курс до випуску матеріалів. Вміст потрібно буде часто переглядати та оновлювати, оскільки вплив зменшується, коли несподіванка зникає та змінюються обставини.

Крок 10. Контроль, оцінка. Постійний моніторинг впливу комунікацій на поведінку та поведінкові показники є важливим, навіть якщо обставини пандемії роблять це складним [498].

Пандемія зосередила увагу багатьох на важливості зміни поведінки. Однак зміна поведінки – це не лише питання надання інформації. Для цього потрібні стратегії, які гарантують, що люди звертають увагу, і що вони хочуть і можуть змінити свою поведінку. Для досягнення цього, повідомлення про зміну поведінки мають бути несподіваними і викликати переоцінку поведінки, щоб люди були мотивовані діяти. Виконання поведінки має бути включено [498].

Стратегічне планування складне під час пандемії. Воно може бути швидким і окупиться з точки зору ефективності програми. Дотримання наведених вище вказівок може допомогти урядам заохочувати громадян вибирати кращу поведінку зараз і підтримувати їх у майбутньому [498].

Стратегія комунікації на рівні ЄС стосується декількох складових:

- бути включеною в загальний план роботи;
- бути узгодженою з партнерами;
- включати заходи для відзначення ключових результатів [364].

Дана методологія передбачає наступне:

1. Початок роботи: мислите стратегічно. Почніть мозковий штурм і домовитися про наступне:

- сформулюйте цілі свого проєкту;
- визначте своїх доповідачів/представників проєкту;
- визначте свою цільову аудиторію;
- подумайте про ключове повідомлення, яке ви передаєте;
- виберіть відповідні інструменти та канали комунікації;

Процес комунікації включає п'ять елементів, які ви повинні розглянути, перш ніж планувати свої дії:

Елемент 1. Сформулювати мету комунікативної діяльності. Формулювання цілей, які мають бути загальними і зосередженими на меті (наприклад, інформування певної групи людей).

Елемент 2. Визначити відправника повідомлення: хто буде комунікатором для забезпечення зв'язків зі ЗМІ та керування комунікативною діяльністю.

Елемент 3. Визначити одержувачів повідомлень: цільова аудиторія. Повідомлення мають бути орієнтовані на конкретних людей.

Елемент 4. Сформулювати ключові повідомлення. Повідомлення повинні служити гачком для залучення аудиторії. Повідомлення має бути зрозумілим, коротким і простим.

Елемент 5. Вибрати інструменти та канали комунікації в залежності від цілей, аудиторії та ресурсів.

Використання інструментів комунікаційної стратегії має враховувати їх особливості, зокрема:

- друкована продукція (плакати, календарі) – візуально приваблива, довговічна. Втім, спрямована на географічно обмежену аудиторію, підходить для дуже короткого спілкування. Вимагає прості повідомлення;

- друкована продукція (листівки та брошури) візуально може містити специфічні повідомлення та аргументи. Втім, має дорогий дизайн і друк, актуальна короткий час;

- розміщення інформації (в газети, журнали). Проблема може бути представлена в деталях і з аргументами. Залучає більш широкую аудиторію. Вимагає зусиль для встановлення контактів з журналістом і редактором. Інформація може бути спотворена (редакційна політика чи помилка журналіста);

- рекламна продукція (футболки, сумки, шапки) має кінестетичну основу і використовується тривалий час, що робить можливим інформувати та залучати людей. Втім, має дорогий дизайн і друк. Впливає на географічно обмежену аудиторію;

- соціальні мережі (Інтернет-інструменти) дають безкоштовний, легкий доступ, глобальні, інтерактивне спілкування, широка аудиторія. Втім, потрібні навички роботи в соціальних мережах;

- візуальні інструменти (фільми, фото, відео кліпи) емоційні, інтерактивні, можуть бути показані на спеціальних заходах або поширені в Інтернеті. При цьому, потрібні значні фінансові ресурси [364].

Інша методологія стосується комунікативної стратегії щодо збереження безпеки, протидії міфам та дезінформації, особливо в сфері охорони здоров'я, коли є епідемії та пандемії. В деяких публікаціях (2020) наголошується, що *ефективна комунікація* допомагає людям навчитися захисним заходам, щоб обмежити контакт із захворюваннями, розвінчує міфи і дозволяє адміністраціям інформувати медичних працівників про їхні права, ролі та обов'язки [272].

Однак громадське здоров'я не покладається на ефективну комунікацію лише під час надзвичайних ситуацій. Спілкування про здоров'я також може

сприяти поведінці та вибору, які можуть позитивно вплинути на загальне самопочуття та повсякденне життя людей [272].

Незалежно від того, наскільки важливо це повідомлення, без експертів-комунікаторів у сфері охорони здоров'я воно може не досягти окремих людей і громад, які його потребують. Розвиток чіткого розуміння того, що таке комунікація щодо здоров'я, може допомогти спеціалістам із охорони здоров'я, які прагнуть сприяти здоровій поведінці в локальному чи глобальному масштабі [272].

Комунікація про здоров'я – це область дослідження, яка вивчає, як використання різних комунікативних стратегій може інформувати людей про своє здоров'я та впливати на їхню поведінку, щоб вони могли жити більш здоровим життям. Це ґрунтується на багатьох теоріях та дисциплінах, включаючи соціальні когнітивні та комунікативні теорії, маркетинг та зв'язки з громадськістю [272].

Експерти з охорони здоров'я визнають *комунікацію з питань охорони здоров'я* життєво важливою для програм громадського здоров'я, які стосуються профілактики захворювань, зміцнення здоров'я та якості життя. Це може зробити важливий внесок у зміцнення та покращення здоров'я окремих людей, громад і суспільства [272].

Комунікація про здоров'я може описати здорові навички, такі як виконання щомісячних самостійних оглядів, а також продемонструвати переваги прийняття нових, більш здорових способів поведінки [272].

Комунікативні кампанії щодо здоров'я допомагають інформувати людей про конкретні проблеми зі здоров'ям, а також впливають на аудиторію, щоб вона прийняла більш здорову поведінку. Зазвичай вони спрямовані на вплив на широку аудиторію і вимагають значних ресурсів та організаційного партнерства. Однак зусилля, необхідні для їх запуску, можуть окупитися. Дотримуючись правильних стратегій і дотримуючись певних порад, фахівці з охорони здоров'я, які запускають комунікативні кампанії щодо здоров'я, можуть досягти успіху. Пропонується наступна методологія:

1. *Знати проблему.* Перш ніж придумувати цілі чи плани, важливо

розвинути пошарове розуміння проблеми. Почніть з оцінки проблеми зі здоров'ям, розбираючи її, на кого вона впливає і як. Потім визначте всі компоненти розчину. Цей збір та аналіз інформації дозволяє вдумливо та реалістично ставити цілі.

2. *Уточніть мету кампанії.* Успішні кампанії починаються з чіткості та цілеспрямованості. Це означає спочатку визначення більшої мети, а потім звуження конкретних цілей для їх досягнення. Мета простого підвищення обізнаності надто розпливчата.

3. *Ознайомтеся з передбачуваною аудиторією.* Перш ніж створювати будь-які матеріали чи плани, визначте аудиторію та підгрупи в ній. Звідти дізнайтеся якомога більше про аудиторію, включаючи інформацію про погляди, переконання, поведінку, соціальне та фізичне середовище. Дослідження ринку можуть виявитися корисними для отримання цих уявлень, а також можуть допомогти спрогнозувати, які бар'єри можуть завадити людям змінити поведінку. Націлюючись на більше ніж одну аудиторію, аналізуйте кожну окремо.

4. *Використовуйте теорії та моделі.* Теорії та моделі сприяють кожному етапу процесу кампанії, відповідаючи на ключові питання про те, чому існує проблема, на кого орієнтуватися, яка інформація потрібна та які стратегії можуть мати найбільший вплив. Теорії та моделі також можуть допомогти групам кампанії визначити цілі та підхід, розробити матеріали та інструменти оцінки дизайну.

5. *Стратегічно створюйте повідомлення.* Використовуйте стратегії на основі досліджень для формування повідомлень та матеріалів кампанії. Потім дослідіть канали, які будуть найбільш впливовими на основі дослідження ринку. Окрім телебачення, радіо та журналів, кампанії мають використовувати соціальні та цифрові медіа, зокрема подкасти та блоги. Коли це доречно, розповсюдження безкоштовних або дешевих продуктів, пов'язаних зі здоров'ям, має вплив.

6. *Розгляньте плюси та мінуси партнерства.* Багато комунікативних кампаній щодо здоров'я створюють партнерські відносини з іншими

організаціями для досягнення своїх цілей. Перш ніж прийняти це рішення, зважте як на переваги (наприклад, додаткові ресурси, додатковий досвід та більше довіри), так і на недоліки (наприклад, небажані компроміси та менший контроль). Прийнявши рішення про створення партнерства, встановіть чіткі вказівки щодо ролей тощо.

7. Перевірка матеріалів. Перед запуском протестуйте комунікативні матеріали з людьми, що представляють цільову аудиторію. Це дасть вам цінне уявлення про те, наскільки ефективною може бути кампанія. Внесіть зміни на основі відгуків аудиторії, щоб покращити матеріали кампанії.

8. Реклама. Увага та реклама допомагають забезпечити успішні кампанії. Подумайте про способи зацікавити запуск кампанії, наприклад, проведення громадських заходів, просування кампанії в соціальних мережах або поширення кампанії в місцевих ЗМІ.

9. Контролюйте успіх. Після реалізації кампанії почніть її оцінювати. Це включає відстеження аудиторії, оцінку реакцій та коригування, якщо необхідно. Оцінки процесу дають уявлення про те, наскільки кампанія дотримується планів, а оцінка результатів допомагає показати, наскільки ефективно повідомлення кампанії досягають цільової аудиторії. Ця інформація повинна спрямовувати спеціалістів охорони здоров'я у внесенні необхідних змін.

10. Подолання бюджетних обмежень. Навіть незважаючи на обмежені кошти, кампанії все одно повинні встановлювати цілі, оцінювати аудиторію та попередньо тестувати. Нехтування будь-яким із цих кроків може запобігти успіху кампанії до її початку. Щоб подолати бюджетні обмеження, співпрацюйте з партнерами, щоб об'єднати ресурси, працювати в менших масштабах, залучайте допомоги волонтерів та зменшуйте витрати на розвиток, наслідуючи приклади успішних кампаній [272].

Найефективніші комунікації щодо здоров'я:

- не тільки релевантні та точні, але й неупереджені та неосудні;
- культурно-компетентні (з урахуванням відмінностей в освітніх рівнях аудиторії та релігійних і культурних переконаннях);

- легкодоступні з точки зору розташування, мови та формату;
- дійсні (надання ресурсів та інструкцій, які дозволяють людям діяти за наданою порадою);
- доступні якомога більшій кількості людей, які потребують інформації;
- збалансовані, усвідомлюючи як ризики, так і вигоди [272].

Комунікації в сфері охорони здоров'я *можуть стосуватися*:

- постачальників медичних послуг, які обговорюють інформацію з пацієнтами;
- чиновників охорони здоров'я, які проводять публічні зустрічі;
- некомерційних організацій, які проводять форуми;
- державних установ, що проводять прес-конференції [272].

Вони представлені у формі різних засобів масової інформації (наприклад, статей, відео, брошур та освітніх заходів) і розповсюджується на різних платформах (наприклад, у соціальних мережах, радіо, веб-сайтах і телебаченні) [272].

Наступні типи комунікації про здоров'я виконують важливі та чіткі ролі: просвіта; пропаганда здоров'я; повідомлення про ризики; комунікація про кризи та спалах [272].

Експерти радять дотримуватись таких найкращих практик під час роботи з повідомленнями про кризи та спалахи:

- зміцнюйте довіру з громадою;
- робіть оголошення заздалегідь;
- передайте прозорість;
- виявляйте повагу до громадських турбот;
- плануйте заздалегідь;
- теорії здоров'я комунікації [272].

Кілька теорій і моделей комунікації щодо здоров'я можуть підтримати зусилля з профілактики захворювань і зміцнення здоров'я. Вони направляють спеціалістів охорони здоров'я у виборі найбільш відповідних заходів, їх розробці та реалізації, зокрема: соціальна когнітивна теорія; модель віри в здоров'я; модель

переконань у здоров'ї, адаптована з соціальної когнітивної теорії; теорія обґрунтованої дії; модель етапів змін [272].

Європейський центр профілактики та контролю захворювань Агентства ЄС відзначає, що традиційні заходи вже не вважаються достатніми для ефективного запобігання та контролю основних загроз здоров'ю. Виділяються принципи, широко прийняті як атрибути ефективної комунікації щодо здоров'я та розробки повідомлень:

- точність: зміст є дійсним і без помилок фактів, інтерпретацій або суджень;
- наявність: зміст (чи то цільове повідомлення чи інша інформація) доставляють або розміщують там, де аудиторія може отримати до нього доступ;
- баланс: якщо це доречно, зміст представляє переваги та ризики потенційних дій або визнає різні та дійсні точки зору на проблему;
- консистенція: зміст залишається внутрішньо послідовним з часом, а також узгоджується з інформацією з інших джерел;
- культурна компетентність: процес розробки, впровадження та оцінки, який враховує особливі питання для окремих груп населення, а також рівень освіти та інвалідність;
- доказова база: відповідні наукові дані, які пройшли всебічний огляд і ретельний аналіз для формулювання практичних рекомендацій, показників ефективності, критеріїв огляду та оцінки технологій;
- охоплення: контент потрапляє або доступний для найбільшої можливої кількості людей у цільовій популяції;
- надійність: джерело вмісту є надійним, а сам зміст постійно оновлюється;
- повторення: надання/доступ до вмісту продовжується або повторюється з часом, як для посилення впливу на певну аудиторію, так і для охоплення нових поколінь;
- своєчасність: зміст надається або доступний тоді, коли аудиторія найбільш сприйнятлива або потребує такої інформації;
- зрозумілість: рівень читання чи мови та формат (включаючи мультимедіа) підходять для конкретної аудиторії [536].

Виділяють шість основних областей моделювання комунікативних стратегій:

- комунікація про ризики – це тривалий процес спілкування з різноманітною аудиторією щодо ймовірних наслідків здоров'я та поведінкових установок;
- кризові комунікації - це реактивне комунікаційне зусилля перед обличчям непередбаченої події;
- комунікація про спалах: ефективна комунікація про спалах може допомогти якнайшвидше взяти під контроль спалах із мінімальними соціальними порушеннями;
- оздоровча грамотність: грамотність щодо здоров'я визначається як здатність людини отримувати доступ до інформації, пов'язаної зі здоров'ям, і ефективно використовувати її з метою зміцнення та підтримки здоров'я;
- освіта про здоров'я має на меті позитивно вплинути на знання, ставлення та поведінку людини, пов'язані зі здоров'ям;
- пропаганда здоров'я - підвищення обізнаності та зміцнення здоров'я та доступу до якісної медичної допомоги на рівні особистості та громади;
- соціальний маркетинг: використання інструментів соціального маркетингу для проведення програм покращення охорони здоров'я може допомогти прояснити цілі та покращити успіх [536]

В зарубіжних публікаціях акцентується увага на оцінці комунікативних стратегій, у тому числі в уряді. Втім, відзначається наявність надто заплутаних, складних моделей і методів, які можуть призвести до невизначеності щодо того, що вимірювати та як визначити вплив [338].

Д. К. Девід Кім, Гарі Л. Крепс (2020) на підставі проведеного аналізу в *США* засвідчують, що порушення методлогії комунікацій та комунікативної стратегії призводять до їх неефективності з громадськістю під час глобальної пандемії коронавірусної хвороби (COVID-19). Неефективна комунікація з урядом призвела до великої плутанини та непорозуміння громадськості, а також до серйозних помилок у реагуванні на цю зростаючу загрозу здоров'ю, що призвело до катастрофічних наслідків для здоров'я та соціальних наслідків для населення

та подовження пандемії, особливо в Сполучених Штатах [417].

Проблема системної трансформації, яка виникла в США, пов'язана з подібним порушенням системних принципів *відкритості*, що пояснює, що системи повинні бути підключені до відповідних зовнішніх систем і обмінюватися ними, особливо під час небезпеки. *Системний принцип* відкритості досліджує необхідність комунікації, щоб збалансувати обмін інформацією та ресурсами як всередині, так і ззовні. *Внутрішня система* повинна забезпечувати напрям і сприяти координації між ключовими підсистемами. Наприклад, під час пандемії дуже важливо, щоб уряд надав необхідні ресурси та рекомендації щодо політики для різних юрисдикцій всередині країни для боротьби з вірусом. Також необхідно обмінюватися інформацією та ресурсами між країнами, які протистоять пандемії [417].

Взаємозалежність, як системний принцип, є важливим системним атрибутом, що описує координацію важливих заходів як всередині системи, так і ззовні для досягнення організаційних цілей. Потреба в координації співпраці між країнами та секторами суспільства є вирішальною під час пандемії для сприяння обміну відповідними ресурсами та досвідом для зменшення серйозних загроз здоров'ю [417].

Принцип *еквіфінальності* теорії систем рекомендує розробляти адаптивні стратегії, що реагують на унікальні ситуаційні вимоги різних проблем для досягнення системних цілей, пояснюючи, що існує багато потенційних творчих рішень, які можна використовувати для вирішення унікальних проблем, з якими стикаються системи. Спираючись на теорію систем, теорія непередбачених обставин стверджує важливість адаптивності організації до змін середовища і підкреслює гнучкість в системі організаційного управління [417].

Організації повинні гнучко змінювати системи управління залежно від змін у зовнішньому середовищі. Один кінець континууму - це *механістична система*, а інший кінець - *органічна система*. Механістична система є оптимальною, коли середовище є стабільним і, отже, передбачуваним. У стабільному середовищі організації краще функціонують в системі управління, яка має вертикальну

(ієрархічну) структуру комунікацій, централізацію прийняття рішень і чітко визначені ролі для роботи та підрозділу кожного члена в організації. У мінливих ситуаціях більш органічна система акцентує увагу на творчих реакціях, використовуючи як горизонтальну, так і вертикальну комунікацію, заохочуючи бічні консультації замість вертикальних команд. Організації з менш формальними структурами перевершують більш офіційно структуровані організації при реагуванні на турбулентні надзвичайні ситуації, такі як пандемії. Відповідно, комунікація уряду під час пандемії COVID-19 потребувала більшої адаптації для просування необхідних інновацій та співпраці [417].

Системний принцип *необхідної різноманітності* описує складність як ключовий фактор у визначенні ефективних системних відповідей на складні проблеми, припускаючи, що чим складніші та непередбачуваніші проблеми, тим більше необхідні комплексні стратегії для ефективного реагування на ці проблеми. Коли державні системи стикаються з дуже неоднозначними проблемами, які є новими, непередбачуваними та складними для контролю (наприклад, пандемія COVID-19), їм потрібно розробити складні відповідні відповіді на ці виклики, які враховують всю складність проблеми. Для ефективного вирішення проблеми складність відповіді повинна відповідати складності проблеми та протидіяти їй [417].

Виокремлюється методологічний підхід до комунікативної стратегії, заснований на семи основних складових:

1. *Комунікація та залучення зацікавлених сторін.* Група комунікацій та взаємодії із зацікавленими сторонами відповідає за внутрішні та зовнішні комунікації в рамках EPSRC. Команду очолює начальник відділу комунікацій та висвітлює зв'язки зі ЗМІ, парламентські справи, події та публікації. Начальник відділу комунікацій підпорядковується безпосередньо директору з комунікацій, який входить до складу команди виконавчого керівництва.

2. *Стратегія.* Для кожного плану виконання розробляється Комунікативна стратегія, в якій визначаються комунікативні цілі та пріоритети на цей період. Комунікативна стратегія погоджується як командою виконавчого

керівництва, так і радою.

3. *Парламентські справи.* Команда з парламентських справ відповідає за відповіді на депутатські запитання та за надання брифінгу та можливостей для Уряду щодо ключових заходів, пов'язаних з інженерними та фізичними науками. Команда тісно співпрацює з керівниками тем, командою виконавчого керівництва та стратегічним підрозділом.

4. *Зв'язки зі ЗМІ.* Команда зі зв'язків зі ЗМІ відповідає за всі контакти з пресою, включаючи обробку запитів ЗМІ, організацію інтерв'ю для генерального директора та директорів та розсилку релізів.

5. *Публікації.* Команда публікацій тісно співпрацює з командою зі зв'язків зі ЗМІ, щоб досліджувати нові історії та тематичні дослідження, а також відповідає за всі корпоративні публікації, такі як інформаційний бюлетень Connect та журнал Pioneer. Ці публікації є ключовими каналами для охоплення як нашої академічної спільноти, так і нашої ділової та урядової аудиторії.

6. *Події.* Команда заходів відповідає за управління всіма подіями в організації, і тісно співпрацює з темою для їх проведення.

7. *Внутрішні комунікації.* Внутрішні комунікації є відповідальністю всіх співробітників організації, і існує ряд регулярних каналів і форумів, включаючи внутрішню мережу організації, час запитань команди виконавчого керівництва, драматичні сесії та шаблони внутрішніх брифінгів [330].

Окремо виділяється методологія розробки комунікативної стратегії для окремої громади/міста (2021). В цьому контексті зазначається, що кожна місцева влада потребує надійної комунікативної стратегії для залучення громади. Громадськість очікує прозорості від усіх рівнів влади. Більшість жителів також очікують доступу до інформації про свою громаду, особливо від органів місцевого самоврядування. Ці очікування означають, що керівники міста мають бути активними у поширенні інформації [273].

Деякі з найбільших органів місцевого самоврядування мають спеціалістів з комунікації. Деякі менші не мають спеціалістів чи навіть комплексної комунікативної стратегії [273].

Для ефективної комунікації зі своєю громадою органи місцевого самоврядування повинні використовувати сучасні засоби комунікації. Комунікативна стратегія громади має ґрунтуватися на залученні, яке досягається лише за умови використання правильної сучасної платформи. Ключем до залучення та ефективної комунікації є розробка ефективної стратегії [273].

Надається 10 порад щодо розробки ефективної комунікативної стратегії, які можуть допомогти *будь-якому* державному комунікатору:

1. *Перевірити поточну комунікаційну стратегію.* Перший крок - це перевірити свою поточну стратегію. Ретельний аудит вашої стратегії дозволить знати сильні та слабкі сторони. Знання ситуації на місцях також необхідно для довгострокового розуміння та підтримки.

2. *Визначити комунікативні цілі.* Практично неможливо розробити ефективну стратегію без чітких цілей. Комунікативні цілі суттєво впливатимуть на інші елементи стратегії. Перш ніж шукати шляхи досягнення цього, потрібно чітко зрозуміти, що потрібно. Переконайтеся, що ваші цілі чіткі, конкретні та вимірні. Вони також мають бути конкретними, хоча ви можете і повинні коригувати стратегії на основі ситуацій і результатів. Звичайно, цілі комунікації мають відповідати загальним цілям місцевого самоврядування.

3. *Визначити бачення і цінності.* Кожна місцева влада має бачення та цінності. Вони повинні суттєво вплинути на стиль спілкування, тому повинні врахувати їх у своїй стратегії. Робота з чітким баченням і цінностями також дозволить задати правильний тон для комунікації. Однією з головних цілей взаємодії зі спільнотою є сприяння прозорості. Тож ваш охоплення має відповідати тому, що представляє місцева влада.

4. *Визначити свою ключову аудиторію.* Цифрова комунікація повинна сегментувати різні демографічні та регіональні групи на кілька аудиторій. Це дозволяє отримувати правильні повідомлення потрібним людям (які будуть піклуватися), у потрібний час і в правильних каналах. Потім скористайтеся цими результатами опитування, щоб розділити їх на різні аудиторії, щоб повідомлення

ідеально резонували з кожною групою та досягли їх там, де вони є. Розуміння аудиторії допоможе сегментувати найважливішу групу для проєкту, можливості, виклику чи навіть кризи. Це підвищить ефективність комунікації.

5. *Використання критичних моментів.* Варто розробити комунікаційну стратегію, щоб скористатися перевагами критичних моментів. Люди можуть не шукати повідомлень від місцевих органів влади, коли все йде гладко. Однак у критичний час більшість людей захочуть, чекатимуть і сподіватимуться почути від уряду. Один із способів скористатися критичними моментами – попросити свою аудиторію підписатися на отримання повідомлень з міста.

6. *Інтеграція зв'язку та надання послуг* – поєднання надання послуг з ефективним спілкуванням. Деякі з найбільш інноваційних міст не сприймають комунікацію як будь-яку іншу державну послугу, яку вони пропонують. Інтеграція спілкування з наданням послуг може бути такою ж простою, як розміщення своїх послуг у соціальних мережах.

7. *Визначити різні медіаканали для комунікації.* Інтеграція соціальних медіа є критичною для комунікації місцевих органів влади. Потрібна гнучкість щодо цього, і потрібно вибрати кілька каналів. Також враховується сегмент аудиторії, призначений для повідомлення або конкретної кампанії. Потім транслуйте своє повідомлення на платформах, які, швидше за все, досягнуть цієї аудиторії.

8. *Покращити навички аудіювання.* Онлайн-опитування полегшує двостороннє спілкування. Місцева влада має показати, що думка мешканців має значення. Тільки це спонукатиме більшість людей висловлюватися та брати участь у покращенні спільноти.

9. *Ефективна комунікація* – це не лише поширення важливої інформації. Залученість також є показником ефективності, тому ви повинні прагнути її покращити. Ваше спілкування має бути спрямоване на надихаючу дію. Варто використовувати трійцю конверсії, яка має включати релевантність, цінність і заклик до дії.

10. *Вимірювання і корегування.* Комунікативна стратегія повинна включати

цілі та завдання, які можна виміряти. Варто вимірювати результати своїх стратегій і тактик на основі цих цілей, щоб побачити, чи досягнете ви прогресу. Залежно від результатів тестування стратегій та вимірювання результатів, можна вносити зміни, які можуть принести кращі результати. це дасть можливість визначити ефективну тактику та тактику, яка не настільки чудова, і внести необхідні зміни [273].

Узагальнюючи зазначимо, що існує багато методологічних підходів до формування комунікативної стратегії. Врахування цих підходів дасть можливість побудувати методологію для розробки комунікативної стратегії як одного з шляхів формування моделі комунікації публічного адміністрування охороною здоров'я.

5.2. Використання зарубіжного досвіду розроблення державної комунікативної стратегії на загальнодержавному рівні

Зарубіжна практика розроблення державної комунікативної стратегії має загальні та відмінні риси. Традиція розроблення подібних стратегій давня. Найбільш широке застосування такі стратегії отримали у 2005-2007 роках і стосувались розбудови комунікацій з населенням та його залученням до публічноуправлінської діяльності.

Комунікативна стратегія Південної Австралії 2021-2024 рр. ґрунтується на діяльності Ради Південної Австралії, які надають широкий спектр послуг, що підтримують та покращують їхні громади. Є деякі послуги, які всі ради зобов'язані надавати відповідно до законодавства, а деякі – де самі ради вибирають шлях надання послуг, щоб задовольнити потреби та очікування їхньої спільноти. Не всі ради надають однакові послуги, оскільки громади різні і потреби різні. Найбільший внесок в комунікативну стратегію робить асоціація місцевого самоврядування, яка об'єднує ради різних громад [434].

Бренд і репутація сектору місцевого самоврядування формуються індивідуальним досвідом, який члени громади отримують при спілкуванні з радами, а також при отриманні побутової інформації («історії»), які вони чують від

своїєї родини та друзів і через ЗМІ) [434].

Роль асоціації місцевого самоврядування полягає в тому, щоб бути «голосом місцевого самоврядування» та передавати інформацію, яка стосується розуміння ролі та цінності рад, а також того, як цей сектор працює та приймає рішення. Місцеве самоврядування діє відповідно до законодавства штату. Будь-які зміни до законів штату та правила можуть мати великий вплив на послуги, які надають ради, на те, як вони їх надають та як ради приймають рішення. Часто зміни до законодавства призводять до скорочення місцевих ініціатив щодо прийняття рішень та додаткових витрат для рад та їх платників. Місцева влада збирає менше 4% податків на національному рівні, тому фінансує партнерські відносини з державою та регіонами і є життєво важливою для реалізації значних проєктів [434].

Основними *комунікативними цілями* асоціації місцевого самоврядування є:

- підвищити обізнаність про послуги, які надає місцева влада;
- сприяння можливостям громади брати участь у прийнятті рішень місцевою владою;
- ефективно виступати від імені членів громади щодо політики та фінансових результатів, а також справ для своїх громад;
- спілкуйтеся з членами громади, створити низку можливостей почути їх думки та розуміти їхні різноманітні потреби та пріоритети і відповідати, надаючи високоякісну інформацію та ресурси, які допомагають сектору ефективно виконувати свої численні функції [434].

Для досягнення прогресу в реалізації своїх цілей у сфері комунікації, асоціація місцевого самоврядування має регулярно спілкуватися з представниками різноманітних груп, включаючи ради членів, членів штату та федерального парламенту штату, державні установи, ЗМІ, провідні органи та широку спільноту [434].

Мета комунікацій: підвищити обізнаність спільноти. Визначення цільової аудиторії відбувається через щорічне опитування. Це дає можливість виокремити пріоритетні підсегменти, які беруть за основу для розробки комунікативної

стратегії уряд, ЗМІ, депутати, вищі державні службовці [434].

Ключові повідомлення асоціації місцевого самоврядування – це суть того, що асоціація хоче повідомити, а її учасники будуть сприйнятими її цільовими аудиторіями. Ключові повідомлення є похідними з комунікативних цілей асоціації місцевого самоврядування [434].

Ключовою функцією асоціації місцевого самоврядування є підвищення рівня обізнаності громади та її участі в місцевому управлінні. Асоціація місцевого самоврядування проводить щорічне опитування громади, яке відстежує сприйняття уряду місцевою громадою. Також ключовою функцією асоціації місцевого самоврядування є захист від імені своїх членів громад щодо їх фінансування та результатів політики [434].

Порядок денний асоціації місцевого самоврядування встановлюється радами-членами через пропозиції, ухвалені на загальних зборах, а також плани та політику, прийняту Радою асоціації місцевого самоврядування. Проводиться *регулярне спілкування з ключовими особами*, які приймають рішення, у тому числі шляхом регулярних зустрічей віч-на-віч, що є основою програми асоціації місцевого самоврядування. Також асоціація місцевого самоврядування надає *обґрунтовані фактичні матеріали* для широкого кола консультацій та огляду процесів, які є загальнодоступними через веб-сайт асоціації місцевого самоврядування. За потреби асоціація місцевого самоврядування проводить цільові кампанії з конкретних питань, важливих для державного сектору місцевого населення. LGA шукає можливості для партнерства з іншими провідними органами, щоб відстоювати спільні пріоритети [434].

Будучи «голосом місцевого самоврядування» в *Південній Австралії*, асоціація місцевого самоврядування надають багато можливостей для обміну інформацією та відповідей на нагальні питання. Співпраця між асоціацією місцевого самоврядування та його членами є важливою для забезпечення того, щоб діяльність асоціації місцевого самоврядування і послуги відповідали потребам його членів. *Забезпечення інформування* обраних членів та персоналу ради про ключові питання, можливості та розробки створюють потенціал у

секторі місцевого самоврядування та підвищують ефективність роботи рад [434].

Комунікативна стратегія буде переглядатися кожні дванадцять місяців, щоб переконатися, що вона продовжує відповідати вимогам, потребам та пріоритетам асоціації місцевого самоврядування та рад-членів. *Прогрес у досягненні цілей* комунікації асоціації місцевого самоврядування буде відстежуватися на основі наступних заходів, і стосуватись підвищення обізнаності щодо:

- зростання охоплення спільноти асоціації місцевого самоврядування з року в рік інформаційними кампаніями;

- підтримки або розширення розуміння громадою ролі місцевої влади, що вимірюється за допомогою щорічного звіту асоціації місцевого самоврядування на підставі опитування громади;

- збільшення як кількості загальних номінацій, так і кандидатур від жінок на виборах до ради 2022 року;

- щорічного зростання кількості підписників і залученості через акаунти асоціації місцевого самоврядування в соціальних мережах [434].

Комунікативна стратегія (2020) острову Джерсі (королівське володіння Великобританії) відіграє важливу роль у підтримці державних пріоритетів, ініціатив та ефективного надання державних послуг. Вона заснована на основній меті комунікацій: інформувати, навчати та переконувати, зокрема щодо:

- підвищення обізнаності про державну політику, проєкти, послуги та переваги, щоб громадськість була належним чином поінформована про те, що уряд робить від його імені та як отримати доступ до послуг та отримати вигоду від них;

- впливу на ставлення та поведінку, щоб принести користь окремим особам та широкій громадськості;

- ефективної роботи комунальних служб;

- підтримки та переконання громадськості у період кризи;

- репутації уряду в країні і за кордоном;

- статутних або юридичних вимог для надання публічної інформації;

- інформування персоналу про все, що впливає на них і підтримує організацію [331].

Державний комунікативний план острову Джерсі (2020) покликаний допомогти громадськості острову, ЗМІ, зацікавленим сторонам та державним службовцям зрозуміти структуру та обов'язки, а також заходи *Директорату комунікацій*, щоб зберегти аудиторію поінформовано, і як дирекція комунікацій буде розвиватися як професія. Мова йде про формування професійних комунікаторів [384].

План змін забезпечує професійний стандарт уряду щодо комунікації задля ефективності комунікацій і добору та утримання кваліфікованого персоналу. План містить *огляд комунікативної діяльності кожного відділу*, що відповідає стратегічним пріоритетам, визначеним Радою Міністрів в плані Уряду на 2020-2023 роки. Він охоплює те, як надається інформація про підтримку повсякденної роботи уряду, проведення кампаній, які націлені на залучення широкої аудиторії з широкого спектру питань. План окреслює пріоритети, які підвищують ефективність та результативність [384].

Важливим аспектом є використання правильних каналів комунікації, щоб вони була ефективною. Комунікація має бути зрозумілою, доступною та цікавою, зокрема щодо послуг, які розробляє та впроваджує уряд [384].

Директорат комунікацій здійснює підтримку досягнення окремих цілей урядового плану, забезпечує інформацією про критичні послуги, своєчасно нагадує про дотримання вимог законодавства, надає новини про зміни в послугах, які становлять більшість урядової роботи, продовжує доводити до громадськості та працівників важливість виконання урядового плану 2020-2023 рр. [384].

Комунікації відіграватимуть вирішальну роль у інформуванні жителів островів про те, як уряд пропонує реалізувати пріоритети Плану. Шляхом стратегічних комунікативних кампаній Директорат буде залучати жителів островів до питань, які впливають на них, інформувати колег, підтримувати внутрішні та зовнішні комунікації, пропагувати нові послуги та ініціативи, і чітко пояснювати, як уряд витрачає гроші платників податків [384].

Окремим пунктом в Плані виділено проблему сфери охорони здоров'я щодо надання медичних послуг та підтримки моделі догляду на Джерсі. Урядовим пріоритетом є поліпшення добробуту, а також психічного та фізичного здоров'я жителів острова. Рада міністрів затвердила нову модель догляду на Джерсі, яка поставить островитян у самий центр догляду. Це розпочнеться з самообслуговування та профілактичного догляду, підтриманого низкою комунальних служб охорони здоров'я. Також ведеться робота по розвитку проєкту «Наша лікарня». Директорат забезпечує процес отримання пропозицій щодо нової лікарні, залучення жителів острова до процесу через сайти, подання пропозицій щодо фінансування та затвердження планування [384].

Забезпечення участі жителів островів у розробці нової моделі догляду та процесу визначення розміру, форми і розташування лікарні є критичним завданням для комунікацій Директорату, особливо з огляду на чутливість громади щодо цього питання [384].

Окремим важливим аспектом є встановлення ідентичності Джерсі після Brexit. В результаті чого Уряду буде необхідно ретельно розглянути ризики та можливості, які надаються острову в результаті Brexit та як брати участь у майбутніх торгових угодах разом із Великобританією, розвиваючи власну міжнародну ідентичність. Завдяки активній комунікації Директорат має забезпечити інформування задля розуміння жителями островів та працівників державних структур розвиток конституційних відносин між Джерсі і Великобританією в результаті Brexit, і як Острів буде домагатися цього, враховуючи дипломатичні зв'язки з ЄС та цільовими глобальними партнерами [384].

За показниками сталого управління 2020 р. (SGI 2020) аналітиками проведено аналіз комунікативної політики ряду держав. Так, у *Канаді* комунікативна політика ліберального уряду є більш відкритою, ніж політика його консервативних попередників. Тепер міністри відповідають за координацію комунікації між їхніми відомствами, офісом прем'єр-міністра та Офісом Таємної ради. Однак у канцелярії прем'єр-міністра не в повній мірі відмовився від

контролю над міністрами та відомствами. Мета комунікації залишається - доносити до громадськості цілісні повідомлення. Комунікативні стратегії як нинішнього, так і попереднього уряду дійшла висновку демонструють докладання зусиль щодо формулювання та поширення урядової інформації. Прем'єр-міністр проводить серію зустрічей у ратуші, які відкриті для канадців з усіх регіонів країни. Це є ознакою отримання зворотного зв'язку [323].

Покращені комунікації у *Швеції* пов'язані з підвищенням координації між державними відомствами. Протягом останніх кількох років уряд розробив та впровадив більш узгоджену комунікативну стратегію. Інформаційний потік ретельно контролюється таким чином, що лише дуже обмежена кількість посадових осіб має право задіяти ЗМІ або інші суб'єкти, які не є органами влади. Ця стратегія дуже схожа на комунікативні стратегії, які сьогодні використовуються в таких країнах як Канада та Великобританія. Це означає, що кабінет міністрів обережно оцінює запрошення з радіо та телебачення і, часто відхиляє ці запрошення, якщо вони не можуть контролювати формат або якщо вони мають обговорювати проблемні питання з представниками опозиції. Ця стратегія була досить успішною. Науковці та ЗМІ все частіше критикують обмеження у доступ до міністрів та інших представників правлячих партій. Є також зростання розчарування тенденцією державних організацій повільно надавати ЗМІ інформацію про публічні документи. Навіть серед кількох агентств є розчарування з приводу зменшення доступу до державних відомств та державної інформації [323].

Австралійські уряди традиційно докладають значних зусиль, щоб узгодити їх пріоритети політики з повідомленнями, які вони передають громадськості. У цих зусиллях допомогли фактори: традиція дуже сильної дисципліни в усіх штатах; традиція придушення інакомислення всередині партій (часто під загрозою скасування виборів на наступних виборах); тверде дотримання Вестмінстерської доктрини колективної відповідальності кабінету; активність ЗМІ та політична опозиція, яка прагне використовувати будь-які очевидні політичні розбіжності в уряді. Втім, уряди були відносно нестабільними з 2007 року, забезпечуючи

узгодженість комунікації щодо політики. У ряді сфер політики (наприклад, економічній політики, зовнішньої політики, політики щодо зміни клімату) уряд не зміг публічно повідомити узгоджений політичний порядок денний. На сучасному етапі - повернулись до попередньої моделі більш узгодженої комунікативної політики [323].

Ефективна комунікація в *Данії* стає все більш важливою для політиків, і комунікативні стратегії та увага ЗМІ стали важливими аспектами політики, а політичне виживання залежить від ефективної комунікації. Багато міністерств модернізували та використовують радників ЗМІ. Є лише кілька прикладів, коли міністри виступали з питань, які не відповідали політиці уряду. У таких випадках прем'єр-міністр діятиме швидко, і відповідний міністр отримає коригувальну заяву – або він змінить позицію, або його швидше за все замінять. Характер коаліційних урядів, характерний для Данії, іноді може створюють проблеми у політичній комунікації. Це може виникнути як через різні точки зору всередині коаліції та потреби різних урядових партій повідомити свої погляди та бачення, особливо з наближенням наступних виборів [323].

У *Фінляндії*, оскільки посада прем'єр-міністра є однією з найвагоміших (*primus inter pares* - перший серед рівних), а не абсолютно лідерською, то політика уряду і його позиції висувуються шляхом обговорення та консультацій, а не шляхом директиви та команди. Крім того, якщо директиви та команди кидають виклик принципу свободи слова, така комунікація, ймовірно, буде розглядатись як нелегітимна та буде стимулювати опозицію. На практиці суперечливі висловлювання рідкісні. Фінляндія має традиції широкого заснування «парасолькові коаліції», які враховують різноманітні інтереси та ідеологічні відтінки ті служить для урізноманітнення комунікації [323].

Уряд *Латвії* організовує щомісячні координаційні зустрічі міністрів підрозділів зв'язку, які загально відомі як урядовий зв'язок. Діє Координаційна рада. У 2017 році було проведено дев'ять офіційних зустрічей. Комунікації та заяви генеруються міністерствами і загалом є послідовними. Координаційна рада з питань комунікацій визначає щорічні пріоритети, основні меседжі, які необхідно

донести до громадськості. Комунікативні повідомлення є узгоджуються перед щотижневими засіданнями Кабінету Міністрів. Однак ця система демонструє дуже помітні міжпартійні міністерські розбіжності [323].

Існує традиція для коаліційних урядів *Норвегії*. Вони ефективно працювали, але будуть неминуче виникати розбіжності всередині будь-якої коаліції. Це є наслідком динаміка партійної політики, де розбіжності з важливих питань знаходять своє вираження, що призводять до випадкової відсутності чіткості в урядових комунікаціях. Для міністерств характерно висловлювати свою думку з питань (іноді публічно), що дозволяє демонструвати розбіжності у думках між міністерствами щодо проблем та їх вирішення. Повідомлення про державну політику часто розглядається за допомогою галузевого міністерства, відповідального за дане питання [323].

Уряд *Швейцарії* діє як колегіальний орган. Усі члени уряду мають захищати рішення уряду, незалежно від власної думки. Однак у період з 2003 по 2007 рр., коли Швейцарська народна партія (SVP) брала участь в управлінні, спілкування було менш послідовним ніж раніше і пізніше, і політика країни змінилася, стала більш популістською, агресивною з конфронтаційною тактикою. До складу уряду входять два члени SVP, які не мають стимулу підвищувати узгодженість спілкування. Наступні чинники сприяли такому зниженню узгодженості державної політики комунікації: сама структура колегіального органу, що ускладнює спілкування з ним в епоху ЗМІ; політична поляризація навіть серед членів уряду широкої коаліції; систематичне спотворення витоків комунікацій Федеральної ради з боку деяких агресивних ЗМІ; відсутність у Федеральній ради повноважень чи можливостей карати та стримувати витoki комунікацій та його нездатність ефективно керувати своєю комунікативною політикою. Загалом, у міру цифрової трансформації державні комунікації все більше піддаються впливу та проводяться через різні форми ЗМІ, у тому числі і соціальні засоби комунікації [323].

Комунікація щодо урядової політики *Франції* зазвичай підлягає централізованому контролю з боку виконавчої влади. Однією з турбот виконавчої

влади є уникання розбіжності або протиріччя всередині міністерської команди, навіть коли коаліція уряду при владі. Були ситуації, в яких міністри висловлювали різні погляди в ЗМІ і були змушені піти у відставку. Крім того, загальна недовіра громадськості до політичних еліт робить офіційні комунікації надзвичайно важкими. Проблема ще більше посилюється через поширення підробок новин в соціальних мережах [323].

Відповідно до конституції *Ірландії* уряд зобов'язаний діяти колективно, а усі міністри несуть колективну відповідальність за рішення уряду. Позиції про колективну відповідальність кабінету зазвичай дотримуються і це створює чіткий стимул дотримуватися чітко скоординованої комунікативної стратегії. У деяких суперечливих сферах політики комунікація між міністерствами, а також між міністерствами та урядом потребує узгодженості. У заявах щодо охорони здоров'я, як і раніше, не вистачає чіткості та послідовності, з недостатньою координацією між міністерством та урядом про те, що в певному напрямку планується. Прикладом є створення «*Irish Water*», яке характеризувалося серйозною непрозорістю. Ця проблема зберігалася протягом 2016 р. Намагання уряду вилучити «*Irish Water*» із сектору державного управління та розглядати його як комерційний державний орган не принесло успіху, оскільки за рішенням Євростату у 2015 році ця структура вважається державною [323].

В іншому джерелі робиться опис комунікативної стратегії *Ірландії* більш деталізовано, зокрема зазначається, що комунікації є важливою частиною ефективності будь-якої сучасної організації. Особливо це стосується урядових відомств та органів державної служби в усіх країнах, враховуючи вплив їх діяльності на життя громадян. Кабінет міністрів створив центральний підрозділ стратегічних комунікацій. На основі найкращого міжнародного досвіду взаємодії з громадянами як центрального елементу комунікативної діяльності, цей підрозділ зосереджується на спрощенні урядових комунікацій та підвищенні ефективності в державному секторі при спілкуванні з громадськістю *Ірландії* [386].

Відділ стратегічних комунікацій має на меті досягти цього шляхом:

- упорядкування комунікацій для громадян;
- розробка та проведення великих міжурядових комунікативних кампаній;
- поліпшення комунікативної спроможності уряду.

Усі три основні напрямки роботи підрозділу мають загальноурядовий підхід, зокрема:

1. *Оптимізація комунікацій.* Робота Уряду величезна – понад 200 різних державних органів постійно розробляють та оновлюють політику та послуги, ініціюючи проведення різноманітних окремих інформаційні кампанії щорічно. Незважаючи на великі інвестиції в комунікації, громадськості іноді може бути важко отримати доступ до відповідної, актуальної урядової інформації, яка їм потрібна. Потрібна більша координація та спрощення державних комунікацій, щоб людям було легше зрозуміти, що відбувається, що робить Уряд, і повний спектр державних послуг – як поточних, так і нових – які доступні.

2. *Національні кампанії.* Останнім часом були помітні моменти, коли уряд успішно проводив широкомасштабні комунікативні кампанії, такі як Програма Сторіччя у 2016 році; і головування Ірландією в ЄС у 2013 році. Є низка майбутніх національних ініціатив, де громадськість має бути повністю обізнаною про плани та про те, як вони вплинуть на їхнє життя. У партнерстві з відповідними департаментами відділ стратегічних комунікацій буде активно визначати, розробляти, координувати та проводити міжурядові комунікативні кампанії, орієнтовані на громадян, такі як 10-річний план капіталу, Brexit та Національна дитяча лікарня.

3. *Нарощування потенціалу.* Задля підвищення ефективності та міжурядового співробітництва, відділ стратегічних комунікацій також працюватиме над підвищенням кваліфікаційного потенціалу тих, хто працює в цій сфері, у всьому уряді. У рамках цієї роботи буде створено мережу службовців з питань комунікацій у всьому уряді, щоб обмінюватися передовим досвідом та розробляти програму постійного професійного розвитку для урядових комунікацій. Ця мережа фахівців у сфері комунікацій складатиметься з комунікаційного персоналу на державній та державній службі [386].

Нинішня модель державних комунікацій, здебільшого, зосереджена на традиційній моделі «прес-служби», яка була створена в конкретному медійному середовищі, в той час, коли способи доступу та споживання інформації громадянами були обмежені традиційними медіа, та особисте спілкування в робочий час. Сьогодні спосіб доступу громадськості до інформації про державні послуги, а також сам доступ до цих послуг і очікування отримати до них – значно змінився. Хоча система певним чином адаптувалася до мінливого середовища зв'язку, вона зробила це локалізовано, реактивно, а не скоординовано, систематично [386].

Низка департаментів, таких як Департамент бізнесу, підприємництва та інновацій та Департамент житлового планування та місцевого самоврядування, створили функцію корпоративних комунікацій для координації стратегічних комунікацій Департаменту, в той час як традиційна прес-служба продовжує керувати щоденною роботою. Однак це не було зроблено систематичним, скоординованим шляхом у всьому уряді [386].

У міжнародному масштабі найкраща практика спонукала до впорядкування та спрощення урядових комунікацій у відповідь на визнання того, що урядові комунікації стали фрагментованими і їх важко зрозуміти громадянам. Ряд країн намагалися зрозуміти, як громадськість бачить, як уряд та уряд надають інформацію, і розробити центральні стратегічні системи для узгодженого та доступного надання цієї інформації [386].

4. *Міжнародна найкраща практика.* Упорядкування та раціоналізація урядових комунікацій, з точки зору громадян, були ключовим напрямком для інших урядів, як у Європі, так і в усьому світі. Початковий огляд дослідження, проведеного в цих країнах, виявляє загальні фактори: коли уряди спілкуються зі своїми громадянами фрагментарно, некоординовано, це може заплутати громадян і важче отримати доступ до інформації та послуг, які їм потрібні [386].

Уряд *Нідерландів* (проект «200 до 1») провів дослідження, яке показало, що серед нідерландської громадськості виникла плутанина щодо їх розуміння того, що таке центральний уряд і як він спілкується з ними – два замовлені звіти

продемонстрували розрив між комунікаціями уряду та розумінням уряду громадянами [386].

Команда нідерландської державної служби, яка ґрунтується на передовій міжнародній практиці у Великобританії та Канаді, взяла участь у масштабному проєкті з оптимізації – з кампанією 200-1, що призвело до злиття 200 веб-сайтів та ідентифікаційних даних, щоб створити єдиний. Стратегічними комунікаціями керували централізовано за допомогою єдиної «спільної служби» – як і у випадку з комунікаціями у Великобританії, дослідження лежать в основі вжитих дій [386].

Урядовий відділ стратегічних комунікацій, як і центральна комунікативна служба, засновують свою роботу на найкращій практиці, встановленій у цих країнах, і консультуються з командами у Великобританії та Нідерландах, щоб зрозуміти процес, проведення роботи, потенційні проблеми та виклики у впровадженні цієї зміни та методів, які необхідно вжити для забезпечення оптимальних результатів. Приклади комунікацій, які практикуються в Естонії, Новій Зеландії та Данії, також інформують роботу цієї служби, оскільки SCU прагне впорядкувати урядові комунікації в Ірландії, щоб громадяни могли чітко розуміти, коли уряд спілкується з ними [386].

Методологія була наступною: проведення аналізу комунікативних стратегій в державах світу, використовуючи переваги міжнародних досліджень, які вже були проведені; встановлення базової лінії нинішньої системи; проведення аудиту поточної ситуації в Уряді; перевірка та уточнення інформації від урядових відомств [386].

Близько 707 осіб працюють у сфері комунікацій, переважна більшість у державних установах, причому трохи менше 50% працюють у сферах транспорту, туризму та спорту чи зв'язку, кліматичних заходів та енергетики, житла, планування та місцевого самоврядування чи охорони здоров'я. Агентства мають набагато більшу чисельність персоналу, ніж департаменти. Найбільша кількість в Бюро Охорони праці та екологічної безпеки (44 співробітники), а найнижчим – Генеральна прокуратура (0), які користуються послугами Урядової інформаційної служби. Існує щонайменше 388 зовнішніх контрактів, які обробляють широкий

спектр знань, зокрема PR, рекламу, медіа-купівлю, моніторинг ЗМІ та брендинг. 68% департаментів і відомств мають зовнішніх підрядників. Існує значний аутсорсинг PR-функції, особливо в менших державних установах – 24% (94) зовнішніх контрактів припадає на зв'язки з громадськістю [386].

Очевидно, що комунікативні можливості є нерівномірними між урядовими відомствами та агенціями, причому в деяких випадках (зокрема в агенціях) очевидний значний досвід, тоді як в інших випадках вся комунікативна робота належить до компетенції прес-служби [386].

Згідно із законом Ізраїлю *Project Management Office* (PMO – це офіс управління портфелем проєктів) контролює та координує діяльність між урядовими міністерствами через визначений підрозділ. У 2013 році представники кількох міністерств видали Посібник з урядового співробітництва, в якому вони представили рекомендації щодо забезпечення співробітництва між міністерствами. Однак щорічні звіти Державного контролю виявляють основні недоліки міністерської координації, підкреслюючи взаємну напруженість і звинувачення між міністерства. Протилежні заяви від різних міністерств не є рідкістю, а є наслідком політичної боротьби за владу всередині коаліції, а також є непорозуміння з казначейством щодо міністерських бюджетів і практики. Останніми роками відбувся зсув у бік створення більш «відкритого» уряду та покращення комунікацій уряду з третім сектором та громадськістю, а також всередині самого уряду. Новий акцент зроблено на обміні та прозорості, що дещо покращило технічний аспект розмежування, але його вплив на комунікативну політику все ще невизначений. Ця тенденція «відкритих» урядів продовжувала діяти протягом 2016–2019 років, приділяючи більше уваги підключенню державних установ і служб через онлайн-сервіси та комп'ютерні сервіси. Це робота дозволила покращити комунікацію та більшу злагодженість в роботі уряду. Прикладом такої тенденції є План дій відкритого уряду на 2018–2019 рр. щодо підвищення прозорості уряду та забезпечення більшої доступності до інформації для громадськості та державних установ. Ізраїль впровадив та розвиває різні технології, які сприятимуть доступу до інформації та покращення

державних послуг [323].

Люксембург має традицію інформування населення. Після засідань Ради міністрів по п'ятницям прем'єр-міністр проводить публічну прес-конференцію, яка має на меті ефективно розповісти про роботу органу та узгодженість. Цей щотижневий брифінг для преси був головним методом комунікацій уряду. Окрім прем'єр-міністра, жоден член уряду не має прес-офіцера. Звітність відбувається безпосередньо прем'єр-міністру, з яким працює державна служба преси та інформації (SIP), яка має координувати послідовну та широку державну комунікативну політику. Членам уряду рекомендується не висловлювати незгоду публічно, щоб справляти враження однастайності прийняття рішень [323].

На *Мальті* Лейбористська партія має високу оцінку комунікативні стратегії, особливо під час виборчої кампанії. Впроваджують комунікативну стратегію Департамент інформації, який є основним каналом зв'язку держави, а також індивідуальні міністерські комунікативні канали. Підготовка до Головування в ЄС у 2017 р. допомогла партії уточнити свою комунікативну стратегію та інструменти, і сьогодні є широка стратегія, яка включає службу електронного уряду. Міністри проводять щоденні брифінги під час запуску політики та проєктів, що зазвичай пов'язані з кампаніями, які включають соціальні мережі. Загалом ця стратегія працює добре, а уряд має безпрецедентний рівень довіри порівняно із середнім показником ЄС, хоча рейтинги довіри дещо знизилися у 2019 році – до 58% порівняно з 63% у 2018 році. Проте були заклики до реформування послуг суспільного мовлення з метою забезпечення прозорості та об'єктивності [323].

У *Мексичі* комунікативна ефективність нинішньої адміністрації базується на комунікативних навички президента. Щоденні прес-конференції о 7 ранку не адресовані пресі, а є скоріше засобом безпосереднього спілкування з громадськістю. Поки що жоден інший політик або міністерство не займається стратегічними комунікаціями, і суперечностей в урядових комунікаціях не виникло [323].

Служба Informatie Rijksoverheid *Нідерландів* відповідає на поширені

запитання громадян через Інтернет, телефон та електронну пошту. В епоху «медіакратії» уряд намагався зробити політичне спілкування більш узгодженим, спираючись на Національну інформаційну службу (Rijksvoorlichtingsdienst, RVD), яка формально входить до складу Департаменту загальних справ прем'єр-міністра, директор якого присутній на засіданнях Ради Міністрів і відповідає за донесення до ЗМІ політики та справ прем'єр-міністра. Уряд впорядкував і координував свої зовнішні комунікації на лінійному рівні міністерств. Ще одна спроба залучити централізовану, узгоджену комунікацію – заміна відомчих телевізійних інформаційних кампаній на єдину, тематичний підхід (наприклад, безпека). Постійні технологічні інновації в області інформації та комунікаційних технології привели політичну комунікацію до адаптації до нових можливостей. Нові розробки зосереджені на більш прямій відповіді на запитання громадян, вивчення нових способів зміни поведінки та залучення громадян через Інтернет до участі у виробленні політики. Загалом, державна комунікація стає все більш складним медіасередовищем, в якому конкуренція, поляризація, тролінг та «фейкові новини» представляють основні проблеми. Межа між урядовими комунікаціями і інформацією та захистом урядової політики стає все більш розмитою [323].

У *Новій Зеландії* є традиції дуже злагоджених і згуртованих взаємодій. Поточний уряд (2017–2020) є дещо незвичайним тим, що він є меншим і є коаліцією двох партій з досить різними політичними цілями за підтримки третьої сторони, яка не має досвіду роботи з урядом. Політичні коментатори описували перші місяці існування коаліції уряду як «хаотичного». З часом спілкування між партнерами по коаліції стало значно більш узгодженим – відповідно до попередніх урядів. Уряд інвестував значні кошти у зв'язки з громадськістю: у період з 2017 по 2018 рр. кількість державних комунікацій зросла вдвічі [323].

В *Іспанії* прес-служба в прем'єр-міністра (Secretaría de Estado de Comunicación) та представники уряду намагаються вести узгоджене комунікаційне планування. Міністерства схильні узгоджувати свої заяви та прес-

релізи з урядовою стратегією. Консервативний уряд не мав чітко розробленої комунікативної стратегії. Наступний уряд розпочав більш продуману національну та міжнародну політичну комунікативну стратегію, і створив спеціальний офіс для просування Цілі сталого розвитку ООН у країні, серед іншого. У 2018 році уряд створив Державний секретаріат España Global, вищий орган, відповідальний за прийняття заходів щодо покращення іміджу Іспанії за кордоном. Однак незначні скандали пов'язані з минулою поведінкою призначених міністрів, деякі зміни політики та міжміністерські розбіжності (наприклад, між Міністерством оборони та Міністерством закордонних справ щодо продажу зброї Саудівській Аравії) показали межі узгодженості комунікативної стратегії [323].

В *Австрії* попередні кабінети використовували час від часу неформальні зустрічі з координації політики для визначення загального напрямку державної політики. Після таких зустрічей в уряді проводились прес-конференції для надання інформації громадськості про рішення. У минулому в комунікації уряду домінували окремі міністерства. Це спілкування зазвичай також розглядалось як інструмент просування одного з пунктів денних партій коаліції (і конкретного міністра, що належить до цієї партії), а не порядку денного уряду як такого. Наприкінці 2017 року коаліція ÖVP-FPÖ встановила новий стиль централізації комунікації («контроль повідомлень»). Це був значний відхід від стилю попередніх коаліцій, в яких окремі члени кабінету безпосередньо спілкувалися з громадськістю. До 2019 року спілкування було більш-менш централізовано. Нова коаліція має бажання і спроможність централізувати комунікацію [323].

Уряд *Угорщини* намагався підтримувати послідовну комунікацію, взявши за основу жорсткі дисциплінарні заходи на всіх рівнях. Більшість політиків уникає журналістів. На публічних заходах вони не дають інтерв'ю, а обмежуються читанням текстів, написаних кабінетом міністрів. Уряд також прагне контролювати порядок денний, відкриваючи нові теми, щоб відвернути увагу громадськості від проблем, порушених у ЗМІ, які можуть погано відображатися на репутації уряду. Урядова комунікація не призначена для передачі інформації,

натомість інструмент владної політики спрямований на узгодження публічного дискурсу з волі прем'єр-міністра та правлячої партії [323].

Уряд *Ісландії*, як правило, виступає в узгоджено в межах моделі, так званої, західно-нордичної адміністративною традицією. Кожен міністр має повноваження щодо рішень без консультацій з іншими міністрами. Проте міністри рідко суперечать один одному і зазвичай намагаються приймати рішення на основі консенсусу. У 2013 – 2016 рр. Правоцентристський кабінет у складі Прогресивної партії та Партії незалежності змінив ситуацію до традиційної скандинавської практики. Лідери двох коаліційних партій іноді надавали суперечливі заяви, але це не призвело до відкритого конфлікту. Багато інформації не оприлюднюється, доки не відбуваються конфліктні події [323].

Комунікація в *Японії* щодо політики завжди була пріоритетом для японських урядів. Міністерства та інші державні установи публікують регулярні звіти про свою роботу, включаючи технічні документи та інші матеріали. Однак потрійна катастрофа березня 2011 року серйозно підірвала довіру населення до державної інформації через недостатню прозорість та відсутності своєчасної публічної інформації. Ступінь довіри громадськості Японії до уряду з тих пір відносилась. Втім, за опитуваннями Barometer 2019 р. лише 39% громадян довіряють владі, що значно нижча частка, ніж у багатьох інших країнах. Лідери час від часу роблять політичні заяви, які не повністю відповідають партійній позиції, які викликані особистим невдоволенням конкретною урядовою політикою. Наприкінці 2018 року з'ясувалося, що при опитуванні департаменти праці використовували неналежну методологію збору даних з 2004 року, що призвело до завищення заробітної плати і її зростання. Після цього розкриття слабкі місця в деяких інших державних статистичних даних і заходи, на їх основі, також стали очевидними [323].

У *Південній Кореї* президент поставив високий пріоритет комунікації з громадянами. Він бере участь у прес-брифінгах і проводить публічні брифінги та слухання, де він має більше можливостей для прямих розмов з громадянами. Іноді міністерства дають взаємно суперечливі заяви, але рідко відкрито суперечать

заявам Офісу президента, які в президентській системі Кореї домінують в урядовій стратегії [323].

В *Естонії* урядові міністерства мають неабияку владу та автономію. Міністри від різні коаліційних партій іноді роблять заяви, які не відповідають офіційній позиції уряду або не були належним чином обговорені всією коаліцією. У 2019 році Міністри з різних партій коаліції виступили з суперечливими заявами щодо питання, починаючи від пенсійної та аптечної реформи до політики в сфері оборони [323].

У *Німеччині*, в формальному сенсі центром є Бюро преси та інформації федерального уряду, яке служить каналом для інформації, що походить з окремих міністерств, кожне з яких організовує власні комунікативні процеси і стратегії. Однак це не гарантує узгодженої комунікативної політики, що є важкою метою для будь-якого коаліційного уряду. Спостерігається стійка тенденція партнерів по коаліції щодо підвищення власного авторитету [323].

Політична роздробленість, пов'язана з правлячою коаліцією *Литви*, досягла вирішення складного питання щодо формування та реалізації ефективної урядової комунікативної політики. Відповідальність за комунікацію з громадськістю несуть профільні міністерства та інші державні установи в межах їх окремих сфер компетенції; однак, Департамент комунікацій Урядового апарату намагається координувати цю діяльність та надає громадськості інформацію про продуктивність уряду. Наприклад, єдиний урядовий портал, запущений у 2015 році має на меті надати актуальну інформацію для громадян про роботу всього уряду [232].

У *Польщі* комунікацію міністрів координує Урядовий інформаційний центр і відділ канцелярії прем'єр-міністра. Вони регулярно повідомляють про діяльність уряду та зв'язуються з прес-службами інших міністерств. Однак, інформація, надана міністерствами, як правило, була вибірковою та високо пропагандистською. Урядовий Центр стратегічного аналізу, створений у 2018 р. до певної міри допомогло подолати цю проблему [232].

За останні роки у *Сполученому Королівстві* уряд став набагато

відкритішим. Це відбувається завдяки комбінації Закону про свободу інформації, ухваленого лейбористським урядом під керівництвом і готовністю використовувати Інтернет для підвищення прозорості та відкритості уряду. Веб-сайт уряду (gov.uk) надає велику інформацію про державні послуги та діяльність, і був перероблений, щоб бути більш зручним для користувачів. Це також веб-сайт з єдиним шлюзом, який має на меті сприяти більшій узгодженості з урядовим планом комунікацій. Як і в багатьох інших аспектах управління, очікується, що врегулювання Brexit буде поштовхом для повернення до більш узгодженої комунікації [232].

Урядова комунікація в *Болгарії* демонструє відносно низький ступінь узгодженості. Комунікативна діяльність різних міністерств не є централізованою і скоординованою, тому ЗМІ легко виявляють невідповідності та протиріччя в інформації, яку вони оприлюднюють, і займаних позиціях. Публічні оголошення та комунікації часто мають на меті приховати, а не підкреслити та пояснити справжні наміри, запропоновані положення та політику [232].

Кожен новий уряд *Чилі* розробляє власну комунікативну політику. Як наслідок, комунікації бувають часто досить випадковими, але покращуються в міру набуття адміністрацією досвіду [232].

Італійські уряди загалом координують комунікацію досить слабо. Міністри і навіть заступники міністрів часто охоче висловлюють свою особисту позицію без узгодження своїх коментарів з Офісом Прем'єр-міністра [232].

У *Румунії* контроль за комунікативною стратегією покладено на канцелярію канцелярії прем'єр-міністра, якій також доручено взяти на себе обов'язки щодо зв'язків з громадськістю та комунікацію із засобами масової інформації [232].

У *Словаччині* формування коаліційного уряду порушується узгодженість комунікативної стратегії. У ряді випадків, зокрема щодо реформи охорони здоров'я, партії урядової коаліції не змогли впорядкувати свої комунікації. Це спонукало уряд шукати більш «незалежні» комунікативні стратегії [232].

Широка реструктуризація виконавчої влади *Туреччини* дозволила продовжити централізацію у виробленні політики через президента. Координація

політики між інституціями центрального уряду залишалися сильними, але планування, моніторинг і звітність про результати діяльності всього уряду залишаються недостатніми. Відсутні процедури в процесах прийняття адміністративних рішень, які підриває парламентський законотворчий процес. Розвиток законодавства і розробка політики не дотримується інклюзивності та засновані на фактах. Відповідальність за підготовку проєктів законодавчих пропозицій покладається на членів парламенту, а не уряду. Втім, в контексті комунікативної стратегії не зрозуміла робота окремих державних відомств. Стосовно охорони здоров'я, то тут застосовується модель, як заявив діючий Президент Туреччини, «будувати-експлуатувати-передати», яка не передбачає державного фінансування міських лікарень. Однак, міністр охорони здоров'я заявив, що будівництво цих лікарень можуть фінансуватися державними коштами і не обов'язково залежать від державно-приватних партнерські відносини [232].

У *Сполучених Штатах Америки* органи виконавчої влади та департаменти зазвичай координують свою роботу. Повідомлення надаються відповідальними за комунікативну стратегію Білого дому. Прес-релізи та заяви агентства з політично значущих питань часто узгоджуються з Білим домом і плануються відповідно до президентських пріоритетів та політичної стратегії. Різні агентства рідко дають суперечливі заяви [232].

У *Хорватії* Канцелярія прем'єр-міністра офіційно відповідає за координацію політики та доведення політики до широкої громадськості через Службу зв'язків з громадськістю. Втім, Міністерства часто слідували за власним повідомленнями, щоб змінити свою позицію після критики з боку прем'єр-міністра, Управління чи інших профільних міністерств [232].

Урядові комунікації *Kinpu* через офіційні канали були доповнені дедалі інтенсивнішою взаємодією між урядовцями та ЗМІ [232].

У *Греції* з липня 2019 р. розпочато комунікативну стратегію, зосереджену на ідеї, що «експерименти» з економікою та політичною системою, здійснені попередніми уряду протягом 2015-2019 років закінчилися. Нова комунікативна

стратегія охопила центральну тему «нормальності», і новий уряд натякав, що це настав час для Греції стати типовою, нормальною ринковою економікою, схожою на ЄС з парламентською демократією [232].

Комунікативна стратегія (2019-2020 рр.) *Північної Македонії* виокремлює наступну місію: точне, чітке та своєчасне інформування всіх громадян з використанням різноманітних каналів комунікації про послуги та політику уряду, включаючи створення механізмів двостороннього зв'язку між громадянами та установами. Бачення комунікативної стратегії в тому, що: Північна Македонія є суспільством, в якому комунікації і інституції повністю присвячені суспільним інтересам і в яких існує високий рівень довіри між громадянами та інституціями. Це перший прийнятий План комунікацій уряду Республіки Північна Македонія. Він був розроблений, щоб допомогти урядовим комунікаторам краще зрозуміти уряд, пріоритети на період 2019-2020 рр. та ефективніше донести бачення та плани уряду громадянам [385].

Документ встановлює професійні та етичні стандарти для уряду: комунікації та навички, якими повинні володіти державні службовці, які працюють у цій сфері комунікації [385].

Комунікаційний план базується на п'яти основних темах, на яких розвивається державна політика. Ця Стратегія є лише відправною точкою. Її реалізація залежатиме не тільки від урядових комунікаторів, а також усіх виконавців урядової політики та всіх посадових осіб, які перебувають у контакті з громадянами. Розробляючи цей документ, Сектор зв'язків з громадськістю Уряду Республіки Північна Македонія тісно співпрацював із комунікаторами кожного з Міністерств, а пріоритети, цілі та завдання, визначені в документі, є спільною міжвідомчою роботою. У Секторі є менші підрозділи, які виконують вищезазначені функції, в тому числі: громадські інтереси та організація та модерування прес-заходів; прес-служба, яка пише оголошення, пропозиції, проекти оголошень і виступів; блок цифрового зв'язку, що забезпечує активність і прозорість Уряду через онлайн-комунікації та управління Урядом веб-сайтами і профілі в соціальних мережах; команда з виробництва, що забезпечує технічну

підтримку в організації діяльності та виготовлення фото та відео; Блок моніторингу традиційного та нового ЗМІ, команда досліджень та аналізу, особи, відповідальні за організацію заходів та процесів, у тому числі осіб для адміністративного та матеріально-технічного забезпечення. У цих команд є координатори, які складають Координаційний орган стратегічного планування проактивних та реактивних комунікацій уряду [385].

Урядові комунікатори відіграють важливу роль в інформуванні громадськості про роботу та пріоритети уряду Північної Македонії. У ході своєї роботи державні комунікатори мають доступ до конфіденційної та конфіденційної інформації, яку необхідно обробляти належним чином. Спілкуючись із громадськістю, державні комунікатори повинні дотримуватися цінностей і правил, які забезпечують професійне, об'єктивне, ефективне та відкрите спілкування з громадськістю. Тому був розроблений *Кодекс поведінки для урядових комунікаторів*, який включає стандарти, які очікуються від державних службовців, які працюють із зв'язком. Цей Кодекс поведінки державних комунікаторів встановлює принципи, стандарти, правила та практики належного спілкування з громадськістю через офіційні канали комунікації, в тому числі через офіційні та приватні канали в соціальних мережах [385].

Комунікативна стратегія Об'єднаних Арабських Еміратів на 2017-2021 рр. ухвалена Кабінетом міністрів ОАЕ. Стратегія включає комплекс стратегічних цілей і національних пріоритетів для досягнення оптимальної системи комунікації для федеральних утворень. П'ятирічна комунікативна стратегія включає ідеї та ініціативи для просування двостороннього каналу зв'язку між урядом та суспільством, що, у свою чергу, покращить загальну роботу уряду та прийняття рішень. Успіх стратегії залежатиме від державних установ, приватного сектору, ЗМІ, широкої громадськості та користувачів соціальних мереж. Стратегія спрямована на:

- підтримку цілей Національного порядку денного та Бачення 2021;
- покращення комунікації між урядом і всіма секторами;
- введення ефективного управління іміджем влади на різних комунікативних

платформах;

- виховання патріотичних цінностей;
- посилення зв'язків із ЗМІ [382].

Підсумовуючи зазначимо, що сучасні підходи в державах щодо комунікативних стратегій мають спільні риси та відмінності в залежності від особливостей публічноадміністративної структури та діяльності суб'єктів публічної адміністрації. Втім, досвід є корисним в плані вибору найбільш придатних для української практики структурних елементів та методології побудови комунікативної стратегії на державному рівні за врахуванням сучасних потреб сфери охорони здоров'я.

5.3. Врахування сучасних тенденцій в розробці державних комунікативних стратегій щодо охорони здоров'я

На теперішній час комунікативні стратегії трансформуються відповідно до виявлених проблем з появою пандемії COVID-19. Якщо у попередніх стратегіях йшлося про методи впливу на громадськість та вирішення проблем соціально-економічного розвитку, то на теперішній час акцент зроблено на сфері охорони здоров'я, а також на діяльності суб'єктів публічного адміністрування охороною здоров'я.

У комунікативній стратегії *Південної Африканської Республіки* (2020) акцент зроблено на *координаційних структурах* за умов розробки та запровадження державної комунікативної стратегії в період COVID-19. *Обов'язки цих структур* наступні:

- моніторинг ЗМІ, аналіз, дослідження;
- комунікативна стратегія;
- складання доповідей та інформаційних продуктів;
- залучення ЗМІ;
- трансляція через громадське радіо;
- відеозйомка та фотозйомка;

- мобілізація громади та роз'яснювальна робота;
- поширення інформації;
- публікація повідомлень на веб-сайтах, у соціальних мережах;
- написання статей та публікації;
- управління та координація проєктів;
- державні комунікатори;
- громадські та комерційні ЗМІ.

До комунікативних ресурсів віднесено:

- провідний відділ Урядової комунікаційно-інформаційної системи;
- усі керівники комунікацій національних департаментів;
- «критичні відділи»: охорони здоров'я; оборони; внутрішніх справ; юстиції; соціального розвитку; туризму; виправних послуг; транспорту; бренду Південної Африканської республіки; торгівлі; промисловості і конкуренції; розвитку малого бізнесу; жінки, діти та люди з інвалідністю; міжнародних відносин та співробітництва [383].

Координаційною структурою є Центр управління зв'язку, засідання якого скликаються щодня [383].

Фокус комунікативної стратегії: медіааналіз, впровадження комунікативної стратегії та відомчі звіти [383].

Одним з інструментів є скликання форуму урядових комунікаторів.

Інтегрована комунікативна стратегія передбачає:

- медіа-план;
- брифінги Міжміністерського комітету;
- заяви ЗМІ;
- взаємодія з Південно-африканський національний форум редакторів;
- роз'яснювальну роботу;
- залучення спільноти [383].

Інформація розповсюджується декількома через:

- повідомлення, роз'яснення з використанням громадського радіо;
- шоу;

- активації в торгових центрах і на стоянках таксі, перехрестях вулиць і «від дверей до дверей» громади;
- через соціальні мережі;
- навчання державних комунікаторів;
- залучення зацікавлених сторін для інформування своїх виборців/членів та клієнтів через власні платформи та канали з використанням розробленого інструментарію;
- аеропорти країни;
- брифінг для зацікавлених сторін транспортного сектору;
- великі ділові, роздрібні та комерційні підприємства;
- набір медіа-каналів і платформ тощо [383].

Для цього ведеться *розробка відеопродуктів* для поширення та використання їх у соцмережах та мовниками, зокрема:

- анімації, що охоплюють повідомлення про блокування;
- різні голосові спливаючі повідомлення з необхідних працівників і громадян;
- звернення Президента до народу;
- міністерські брифінги з оновленням інформації;
- запис навчальних повідомлень;
- критичні відео, перекладені на офіційну мову ;
- субтитри для людей із вадами слуху [383].

Комунікативна стратегія (2021) у Південно Африканській республіці також ґрунтується на проведенні вакцинації. Пори те, що вакцинація відбувається не такими темпами як планував Уряд, все одно провідною методологією є просуванні комунікативних ініціатив, щоб просвітити та заохочувати всіх людей у Південній Африці до вакцинації та пояснити, що вакцинація залишається найкращим засобом боротьби з вірусом [505].

Національна програма розгортання вакцин у Південній Африці, яка нещодавно була відкрита для всіх дорослих, є найбільшою, коли-небудь здійсненою в країні. Її метою є швидка вакцинація більшості населення, особливо

дорослих та осіб із супутніми захворюваннями, які мають більш високий ризик розвитку важкої хвороби та смерті, якщо вони підхопили вірус без вакцини. *Усі південноафриканці залучені до участі в цій масштабній кампанії вакцинації, через надання їм необхідної інформації, яка дозволить їм взяти під контроль своє здоров'я та боротися з поширенням вірусу [505].*

Урядові комунікації були активовані через національні, провінційні та місцеві комунікативні системи, щоб якомога ширше донести повідомлення про профілактику та вакцинацію. Ця комунікативна кампанія керується прогресивною стратегією комунікації щодо вакцин, яка розпочалася на початку минулого року після того, як було зареєстровано перший випадок Covid-19 в країні. Ця багатогранна стратегія охоплює всі аспекти розгортання вакцини в країні та на найвищому рівні керується:

- Національною радою з управління коронавірусом під головуванням президента;
- підтримується Міжміністерським комітетом з вакцин під головуванням заступника президента [505].

Унікальна стратегія заснована на наукових даних, які продиктували підхід для боротьби з вірусом з моменту його появи у 2020 році [505].

В основі комунікативна стратегії держави щодо Covid-19 лежить партнерство, яке залучає різні сектори для просування пропаганди нефармацевтичних заходів профілактики здоров'я та впровадження вакцинації. Спільне партнерство, яке об'єднало бізнес, працю та громадянське суспільство під егідою Національного комунікаційного партнерства, збирається щотижня для планування та реалізації комунікацій щодо вакцинації. Використовуваний підхід до спільної комунікації виявився ефективним і продовжує бути актуальним для зміцнення наших зусиль щодо досягнення колективного імунітету шляхом вакцинації більшості південноафриканців. Партнерство включає молодіжні, трудові та бізнес-формації, релігійні формування та традиційне лідерство. Радники приходів і політичні лідери в різних провінціях є основними комунікаторами, особливо на місцевому рівні

[505].

ЗМІ відіграють важливу роль у поширенні відповідної інформації та внесли величезний внесок у допомогу країні у подоланні віхи в 10 мільйонів вакцин. Комунікативний персонал партнерства з усіх секторів використовує актуальну інформацію, яка *санкціонована Департаментом охорони здоров'я та ГЦІС. Дослідження* продовжують залишатися одним із важливих стовпів у наданні повідомлень [505].

Молодь по всій країні також була волонтерами в різних спільнотах, щоб допомогти людям похилого віку пройти вакцинацію у *пунктах виплати соціальної допомоги* [505].

Хоча програма розгортання вакцинації від Covid-19 є найбільшим проєктом охорони здоров'я, який коли-небудь проводив Південна Африка, програма імунізації в країні для захисту дітей також завжди була важливою частиною програми охорони здоров'я дітей від народження. Дорослі також завжди вживали профілактичних заходів, таких як вакцинація проти грипу та жовтої лихоманки [505].

Керуючись *унікальною урядовою моделлю сегментації уряду* (GSM – урядова інформаційно-комунікативна агенція), комунікативна продовжує безпосередньо взаємодіяти зі специфічними потребами кожного сектора населення. Інформація подається мовою, яка переважає в кожному районі. GSM, який продовжує допомагати у безпосередньому залученні громад на районному рівні, використовує такі ініціативи, як кампанії «від дверей до дверей», активації для заохочення вакцинації, комунікативну підтримку для місцевих рад, розробку контенту та інфографіки, особливо для соціальних мереж, таких як WhatsApp-групи [505].

Р. Нікаретта (2020) сформульовано практичні рекомендації для органів місцевого самоврядування у умовах пандемії коронавірусу, яка поставила перед урядами завдання щодо впровадження заходів охорони здоров'я для стримування поширення епідемії шляхом заохочення соціального дистанціювання, примушування людей працювати з дому, закриття шкіл, підприємств і заходів, а

також застосування карантинних заходів [466].

Зазначається, що заходи стримування, незважаючи на те, що в короткостроковій перспективі є руйнівними та дорогими, на даний момент є найкращим варіантом політики охорони здоров'я для урядів у боротьбі з новою хворобою, в той час як наукова та медична спільнота все ще намагається розробити вакцину та ефективні протоколи лікування для захворювання [466].

Враховуючи нинішній сценарій, хороша *комунікативна стратегія* в кризових ситуаціях стала ключовою опорою у забезпеченні належного виконання заходів стримування. *Заходи стримування* для боротьби з хворобою ставлять перед урядами три проблеми комунікації:

а) Змінити соціальні норми: соціальне дистанціювання змушує людей обмежувати свою фізичну взаємодію з іншими.

б) Управляти конфліктами інтересів: примушування людей залишатися вдома зашкодить бізнесу, і працівники неформального сектору можуть відчувати, що у них немає іншого вибору, окрім як порушити заходи стримування, щоб мати можливість забезпечити свою життєдіяльність. Тиск з боку цих виборців може послабити підтримку певних урядових і політичних дійових осіб щодо заходів стримування.

в) Забезпечити відповідність. Заходи стримування можуть тривати кілька тижнів, і дотримання протягом цього періоду буде ключовим для успіху цих заходів [466].

Місцеві органи влади можуть відігравати ключову роль у вирішенні таких проблем, враховуючи їх близькість до громадян і глибоке знання місцевих умов і певної аудиторії. Хороша комунікативна стратегія та її впровадження на місцевому рівні можуть значно стримати епідемію. Визначаються 10 рекомендацій щодо повідомлень про кризові ситуації:

1. Визначити мету. Для цієї епідемії метою має бути уповільнення поширення хвороби. Тому важливо, щоб уряди уважно стежили за цим показником. Однак, враховуючи той факт, що для того, щоб побачити вплив заходів, потрібен час, уряди повинні забезпечити, щоб у своєму плані вони

відстежували певні показники ефективності, які можуть дозволити їм оцінити, чи є комунікація ефективною: кількість скасованих заходів, моніторинг кількості людей на вулицях і зібраннях

2. Визначити ключові аудиторії та канали. Уряди повинні визначити ключових дійових осіб і як найкраще з ними комунікувати. Важливо, щоб уряди розуміли свої потреби та створювали конкретні повідомлення для вирішення своїх проблем або потенційних блокувальників, які завадять їм вжити бажаних заходів стримування. Уряди повинні розглянути повідомлення для певних вікових груп і верств суспільства, таких як працівники неформального сектору, малий бізнес, наймані працівники, студенти тощо.

3. Централізувати та встановити чіткий ланцюг управління для комунікацій. Це допоможе уникнути суперечливих повідомлень для громадськості. Тим не менш, потрібно переконатися, що команда працює гнучко, оскільки вдалий час має важливе значення для ефективного спілкування в ситуаціях, що швидко розвиваються. Розбіжності слід вирішувати, щоб усі державні посадовці були в курсі того, що таке повідомлення та що від них очікують. Органи влади повинні забезпечити координацію комунікативної діяльності на місцевому, державному та федеральному рівнях і між різними агенціями.

4. Визначити своїх ключових представників та координуйте повідомлення. Уряди повинні обирати речників, які є хорошими комунікаторами і є авторитетними для аудиторії, яка їм довіряє. Важливо, щоб ці люди працювали злагоджено, а їхні повідомлення доповнювали та підсилювали одне одного.

5. Створити та рекламувати контент на основі авторитетних джерел. Важливо, щоб команда з комунікацій встановила конкретні критерії для вибору джерел, які будуть використовуватися для створення та курування вмісту, щоб уникнути поширення дезінформації. Оригінальний створений вміст повинен бути перевірений експертами для забезпечення точності. Також важливо, щоб творці контенту мали доступ до експертів, якщо потрібно створити конкретний контент, і існує доцільний процес перегляду та схвалення вмісту всередині

команди.

6. Використовувати відповідний формат, мову та тон: створюючи повідомлення, уряди повинні переконатися, що громадяни розуміють, чому це робиться, і, перш за все, *чому для них важливо дотримуватися*. Крім того, оскільки заходи стримування вимагатимуть змін у поведінці, уряди повинні надати інструкції та надати пояснення щодо того, як громадяни можуть практикувати соціальне дистанціювання, мити руки, коли і як проводити самокарантин, де шукати надійну інформацію, як працювати з дому, чи варто їм відвідувати певний парк тощо. Уряди не повинні вважати, що громадяни знають, як це робити самостійно. Зміст має бути зрозумілим, простий і написаний у дружній формі, адаптований до певної аудиторії. Ці плакати повинні містити ілюстрації, щоб аудиторія зрозуміла, що їм потрібно робити.

7. Вибирати відповідний тон спілкування: спокійний, заспокійливий, чіткий. Тон повідомлення настільки ж важливий, як і саме повідомлення. Під час обговорення заходів стримування тон розмови має бути спокійним і заспокійливим, щоб уникнути паніки. Вже зараз існує багато невизначеності, спричиненої кризою, і уряди мають бути заспокійливим і наполегливим голосом, щоб працювати з громадянами у наданні рішення. Частота повідомлення також є ключовою. Змінювати поведінку та підтримувати ці зміни з часом є дуже складним завданням. Громадянам потрібно постійно нагадувати про те, що їм потрібно робити: частота і повторення є ключовими.

8. Керувати очікуваннями та тривогою громадськості. У своїх частих повідомленнях уряди також повинні повідомляти про прогрес карантинних заходів та контролювати занепокоєння громадськості. У ситуаціях невизначеності громадяни можуть поводитися нераціонально. Це може погіршити складну ситуацію.

9. Визначте можливі блокатори та дійте. Уряди повинні визнати, що існують структурні та економічні проблеми, які можуть підірвати заходи стримування в нашому регіоні. Дуже важливо, щоб уряди визнали ці блокувальники та створили рішення, які дозволять громадянам залишатися

вдома. Окрім заходів щодо прямих грошових переказів, які розглядаються на федеральному рівні, місцеві органи влади повинні розглянути можливість партнерства з місцевими організаціями громадянського суспільства для розповсюдження їжі або харчування через свої державні установи, а також покращити розподіл води у вразливих громадах. Ці заходи мають бути частиною комунікативної стратегії та змісту, який буде створено та розповсюджено. Слід запобігти накопиченню продуктів харчування та засобів для прибирання, а місцеві органи влади повинні тісно співпрацювати з місцевими роздрібними продавцями, щоб вжити заходів щодо запобігання накопиченню, наприклад, обмеження кількості товарів, які люди можуть купити за одне відвідування. Громадські місця, такі як парки, повинні бути закриті, щоб запобігти громадським зборам.

10. Партнерство з ключовими ЗМІ та організаціями громадянського суспільства. Урядам також слід розглянути можливість створення розширеної комунікативної групи, до складу якої входять місцеві медіа-організації, організації громадянського суспільства та місцеві впливові особи, щоб допомогти створити контент, а також просувати й посилювати повідомлення, пов'язані з заходами стримування. Ці партнери могли б усунути важливі прогалини у вмісті та послабити тиск на місцеві органи влади щодо виробництва та поширення інформації серед громадян.

Комунікативна стратегія Сполученого Королівства та урядовий комунікативний план 2021-2022 рр. сформовані, виходячи з пандемії. Наголошується на тому, що громадськість справедливо вимагатиме, щоб гроші, повноваження та довіра, наділені урядом, використовувалися все ефективніше для покращення свого життя та перспектив. Пріоритети на наступний рік чіткі, зокрема:

- подолати COVID-19 та модернізувати НСЗ: заохочувати людей краще піклуватися про своє здоров'я; змінити спосіб доступу до послуг НСЗ; зміцнити довіру до системи охорони здоров'я;
- підтримувати відновлення економіки, збільшити можливості

працевлаштування та підвищити рівень життя по всій Великобританії;

- вирівняти можливості по всій країні, а також підтримати знедолених та захистити найвразливіших;

- зробити райони безпечнішими, покращимо національну безпеку та створимо більш безпечні кордони;

- зміцнити Союз після Brexit, формування Глобальної Британії;

- побудувати екологічніше середовище: створити більш екологічну, чисту Великобританію, досягнувши Net Zero до 2050 року;

- інформувати громадян про критичне законодавство та допомагати їм отримувати доступ до життєво важливих державних послуг [529].

Досягнення у 2020/2021 роках:

- за оцінками, кампанії щодо COVID-19 врятували від 22 629 до 27 658 життів та запобігли між 1,5 та 1,8 мільйонами інфекцій у період з квітня по грудень 2020 року;

- кампанії щодо COVID-19 допомогли доставити понад 21 мільйон завантажень програми HC3 Covid;

- на піку майже всі роботодавці були обізнані зі схемою збереження вакансій у зв'язку з коронавірусом (99%);

- понад 80 000 компаній зареєструвалися для участі в програмі Eat Out to Help Out;

- чотири з п'яти (81%) МСП Великобританії, а також 71% широкої громадськості визнали кампанію Check Change Go. З липня 2020 року до січня 2021 року на GOV.UK було відвідано 55 мільйонів вмісту Transition, а інструмент перевірки Brexit був завершений 5 мільйонів разів;

- кампанія з найму поліції перевищила свою першу мету - набрати 6000 нових поліцейських за місяць до кінцевого терміну у березні 2021 року;

- сайт передвиборчої кампанії «Джобхельп» відвідало понад 1,4 мільйона осіб: приблизно половина з них негайно вжили заходів для пошуку вакансій;

- кампанія з набору медичних сестер служби охорони здоров'я привела до участі майже 25 000 абітурієнтів у відповідних предметах Служба прийому до

університетів та коледжів;

- з моменту відновлення кампанії Cyber Aware було складено 4,5 млн звітів і в результаті було знищено понад 30 000 шахрайств;

- кампанія #YouAreNotAlone збільшила кількість відвідувань сторінки підтримки GOV.UK щодо домашнього насильства більш ніж на 1000% протягом перших двох тижнів;

- за кожні 1 фунт стерлінгів, витрачених на кампанію «Поговоримо про самотність», було залучено понад 1000 людей за допомогою реклами pro-bono. Відвідування веб-сайту «Поговоримо про самотність» під час Тижня обізнаності про самотність зросли на 922%;

- схема «Усі в системі», ймовірно, дозволила уникнути понад 21 000 інфекцій та 260 смертей серед бездомних.

- юридичні послуги – це велика кампанія, зафіксувала близько 650 000 фунтів стерлінгів в експортних перемогах, з прогнозом ще 4 мільйони фунтів стерлінгів протягом наступних чотирьох років.

- понад 32 000 компаній зареєструвались у службі підтримки трейдерів у Північній Ірландії, що вдвічі перевищує цільове число [529].

Д. Батай та Е. Крузел (2020) роблять опис найкращих методів комунікації щодо COVID-19 для США. Вони зазначають, що у міру того, як штати реагують на кризу громадського здоров'я COVID-19, вони вживають заходів, щоб забезпечити доступ до медичних послуг. Завдяки впровадженню нової політики, що розвивається, державні установи пропагують варіанти покриття (страхового) через спеціальні періоди реєстрації COVID-19, а також підкреслюють, як Medicaid полегшує людям реєстрацію та збереження медичної страховки. Це критичний час для агенцій, щоб проводити роз'яснювальну роботу та освіту, використовуючи чітку інформацію, залучаючи зацікавлені сторони та створюючи комунікаційні засоби та ресурси, щоб інформувати споживачів, постачальників та перевізників про кроки, які вони можуть зробити для доступу та надання медичної допомоги та допомоги. Це демонструє зростаючу й нагальну потребу в узгоджених комунікаційних стратегіях та ресурсах, які встановлюють пріоритет

найефективніших каналів, месенджерів, форматів і мов, щоб охопити всіх, незалежно від того, хто ви і де живете [299].

Д. Батай та Е. Крузел (2020) наводять рекомендації щодо комунікативних стратегій і приклади, як штати можуть підвищити варіанти страхового покриття та доступу до медичного страхування більшій кількості жителів [299].

1. Створіть централізований центр для останньої інформації про COVID-19. Більшість штатів створили сторінку COVID-19, яку зазвичай розміщують департаменти охорони здоров'я або офіси губернаторів. Сайти є єдиним джерелом інформації, де детально викладено розпорядження про охорону здоров'я та оголошення про надзвичайну ситуацію, поради щодо запобігання поширенню, інформаційні панелі випадків та інші дані, посилання на ресурси CDC, державні ресурси, доступні для мешканців тощо. Багато агентств обмінюються інформацією через канали соціальних мереж, електронні інформаційні бюлетені та текстові сповіщення [299].

2. Координуйте роботу між агентствами, щоб надавати інформацію про медичне страхування та COVID-19, яку легко знайти. Хоча штати мають сторінки про COVID-19, лише деякі з них містять інформацію про медичне страхування. Незалежно від того, як отримати страхове покриття, якщо воно потрібно, які нові вимоги для тестування та лікування COVID-19 чи нагадування про те, які плани охорони здоров'я охоплюють весь час тощо. Мешканці повинні мати можливість дізнатися про медичне страхування, незалежно від того, перебувають вони на головній сторінці штату про COVID-19 або відвідують сайти Marketplace, Medicaid або Департамент страхування свого штату. Також варто розвивати співпрацю з Департаментом праці, щоб забезпечити доступність інформації про стан здоров'я, оскільки люди шукають підтримки після втрати роботи та страхового покриття на основі роботи [299].

3. Діліться оновленнями, інформацією та ресурсами із зацікавленими сторонами та партнерами, використовуючи віртуальні мережі та джерела інформації, де ключові аудиторії будуть шукати інформацію. Надсилання оновлень партнерам, які допомагають у роз'яснювальних роботах, особливо тим,

кому довіряють у непропорційно постраждалих спільнотах, може гарантувати, що ефективні месенджери будуть озброєні інформацією, що розвивається. Соціальний вміст, інформаційні бюлетені та онлайн-контент також можна легко використовувати на своїх каналах. Інформаційні бюлетені електронною поштою, аудіо- та відеоконференційні дзвінки, відеокімнати Google, набори інструментів і вебінари можуть допомогти забезпечити цю координацію [299].

3. Налаштуйте інформацію для певної аудиторії, включаючи споживачів, постачальників і операторів. Під час цієї кризи в галузі охорони здоров'я постраждали численні зацікавлені сторони та аудиторії – і це невід'ємна частина заходів реагування. Важливо переконатися, що мешканці, постачальники медичних послуг та страхові компанії чітко знають нові варіанти покриття, нові вимоги та пільги, а також як правильно виставляти рахунки в цей час. Забезпечте низку комунікаційних інструментів – односторінкові програми, поширені запитання, вебінари, навчальні сесії для зацікавлених сторін, відеоконтент, щоб інформувати аудиторію та допомагати розповсюджувати інформацію. Штати надають доступний вміст, яким можна поділитися, щоб підвищити обізнаність споживачів і постачальників. Надання ресурсів у різних форматах і мовах допомагає гарантувати, що кожен має найновішу інформацію щодо медичних послуг та способів отримання допомоги [299].

4. Включіть інформацію про медичне страхування під час реклами можливостей працевлаштування та допомоги по безробіттю. Штати створюють портали працевлаштування та надсилають пряме повідомлення для підтримки мешканців, які втратили роботу, зв'язуючи їх із наймовими компаніями та пропагуючи допомогу по безробіттю. Це ключові моменти, щоб повідомити людям про недороге та безкоштовне медичне страхування, доступне через Medicaid, а також про фінансову допомогу, яку вони можуть отримати, щоб придбати покриття Marketplace. Включіть інформацію про те, як допомога по безробіттю може або не може вплинути на право на участь у програмах і планах [299].

5. Використовуйте пряму допомогу споживачам. Максимізуйте віртуальну допомогу споживачам і допомогу при реєстрації. Підготувати кол-центри для збільшення обсягу та оновленої інформації для реагування на мінливі обставини; дозволити телефонні та віртуальні зустрічі з брокерами та навігаторами та пропонувати ці варіанти спільнотам, які традиційно покладаються на особисту допомогу; і надсилайте прямі електронні листи, текстові повідомлення та інформаційні бюлетені, щоб надати підтримку при реєстрації [299].

6. Публікуйте відповідний соціальний контент, щоб рекламувати варіанти покриття, пільги та поради щодо охорони здоров'я. Вивчіть заплановані дописи, щоб забезпечити відповідні оригінальні дописи, графіку, відеоконтент, GIF-файли та ретвіти/репости, щоб інформувати мешканців [299].

7. Використовуйте платні медіа, пам'ятаючи про моделі споживання аудиторії та правила платформи, що розвиваються, що стосуються COVID-19. Якщо це дозволяє бюджет, платні медіа можуть бути ефективним способом розширити можливості висвітлення у штаті. На онлайн- і телевізійних каналах спостерігається величезний сплеск трафіку завдяки наказу залишатися вдома, що робить ці канали ще більш життєздатними для охоплення цільової аудиторії. Пошук є найефективнішим варіантом платних медіа, щоб охопити споживачів, які активно шукають інформацію про висвітлення. Соціальні платформи визначають і вдосконалюють політику щодо вмісту, пов'язаного з COVID-19, і того, що організації можуть рекламувати, тому перевірка з окремими платформами під час розробки креативу та завершення покупки медіа – це дуже важливо [299].

8. Включіть інформацію про медичне страхування в зароблені засоби масової інформації. Використовуйте щоденні брифінги для преси, конференц-дзвінки та цільову роботу з журналістами, щоб рекламувати доступні варіанти висвітлення. Пам'ятайте про спеціальні видання, які є надійними ресурсами в етнічних спільнотах та бізнесі, та інші спеціальні видання, які обслуговують аудиторію, яка може особливо відчувати економічний вплив цієї надзвичайної

ситуації у сфері охорони здоров'я. Заохочуйте журналістів включати онлайн-посилання на найкращі ресурси, щоб споживачі могли дізнатися більше [299].

Підсумовуючи зазначимо, комунікаційні стратегії в умовах пандемії за своєю структурою та методологією повторюють загальну методологію стратегій, яка використовується в різних державах. Варіативною складовою є використання різних методів комунікації та зміст методів.

5.4. Розробка комунікативної стратегії на місцевому рівні

Розробка комунікативної стратегії громади використовується в зарубіжних державах тривалий час. Є приклади використання методології побудови комунікативної стратегії, яка відрізняється умовами проживання населення, проблемними питаннями, пріоритетами, місією, цілями. Виділяють успішний досвід.

Місто Гарден-Гроув (Каліфорнія, США) зробило комунікацію стратегічним пріоритетом щодо підвищення обізнаності про політику та програми міста та генерувати посилення залучення виборців до процесу управління. Мета комунікативної стратегії полягає у визначенні можливостей поділитися повідомленням міста та спрощувати методи, за допомогою яких ці повідомлення передаються у відкритий та інклюзивний спосіб. На підставі стратегії розробляється план щодо покращення комунікації з мешканцями та бізнесом. Комунікація розглядається як важлива роль уряду і важлива складова демократичного процесу. Це допомагає розвивати гордість, довіру та обізнаність в громаді, збільшує участь і сприяє підвищенню якості життя в громаді. Це фундаментальний компонент [329].

Комунікативна стратегія побудована на основі чотирьох концепцій, якими керуються в City of Garden Grove у своєму комунікаційному підході.

1. Чіткі та прямі: Місто завжди буде прагнути використовувати найбільш зрозумілу мову, щоб повідомити свою політику та програми пояснення технічних термінів, уникнення жаргону та надання довідкової інформації, щоб

переконатися, що всі комунікації зрозумілі та доступні якнайширшій аудиторії.

2. Проактивні: У міру можливості, місто надаватиме інформацію про нові проблем, щоб забезпечити найбільш точну та повну інформацію, яка буде доступна громадськості в найкоротші терміни.

3. Прозорість: Місто буде відкритим у спілкуванні про свої справи і вчинки, інформацію про політику, фінанси та діяльність міста для всіх громадян. Один із способів досягнення цієї мети – залучення громадян до участі в процесі прийняття рішень, починаючи від отримання внеску до заохочення служби в радах та комісіях, які активно консультують керівництво та міськраду з питань політичних рішень.

4. Слухання та навчання: Місто визнає, що комунікація протікає як двостороння, як надання інформації, так і отримання зворотного зв'язку. Слухаючи жителі зміцнюють рівень довіри, тому політика та програми створені містом також відображають потреби та побажання громади [329].

Місто визначило п'ять широких завдань, спрямованих на виконання намірів міської ради у створенні комунікативної стратегії. Кожен випуск чи програмна кампанія буде розроблена з урахуванням таких бажаних результатів:

1. Підвищити обізнаність: потрібна інформація про політику та програми міста, щоб бути доступними для всієї аудиторії, а пріоритетні проєкти були спільними знаннями серед ключової аудиторії.

2. Збільшення залучення: заохочувати та давати можливість мешканцям і власникам бізнесу брати участь у формуванні державної політики. Крім того, варто згенерувати програми та заходи щодо високого рівень участі громади.

3. Забезпечити доступ: зменшити бар'єри для спілкування, щоб досягти максимально широкої аудиторії.

4. Підвищення прозорості: є намір провадити «народний бізнес», відкритий, що робить доступною інформацію про політику та діяльність міста для всіх.

5. Зміцнити довіру: забезпечимо чесну комунікацію, що допоможе зміцнити довіру серед аудиторії [329].

City of Garden Grove встановив такі комунікативні цілі:

- встановити єдиний чіткий голос по всіх каналах зв'язку;
- максимальна поінформованість та підтримка дій, цілей та програм;
- досягнення скоординованої та послідовної комунікації як внутрішньо, так і зовнішньо;

- встановлювати та підтримувати активні програми зв'язків зі ЗМІ;
- захищати та розвивати позитивні стосунки з усіма зацікавленими сторонами;

- відкрити Бюро зі зв'язків з громадою як центр для вхідної та вихідної службової інформації; забезпечення комунікації для обслуговування членів міської ради, виконавчого керівництва, відділів, співробітників та цільових аудиторій;

- підтримка комунікації є головним пріоритетом для міста [329].

Місто використовує різноманітні інструменти для поширення інформації серед працівників:

- Інтранет міста;
- електронні листи «Всім»;
- засідання;
- флаєри та плакати;
- зустрічі міського керівника в ратуші та брифінги середніх керівників [329].

Місто також створило профілі в кількох соціальних мережах, в тому числі Facebook, YouTube, Twitter та Instagram і тестує можливі варіанти використання цих новітніх технологій.

1 червня 2014 року City of Garden Grove запустив свій безкоштовний мобільний додаток для завантаження через App Store (iPhone/iPad) або Google Play (Android). Додаток включає міські новини, календар подій, оновлення соціальних мереж, доступ до відділів і послуги, вакансії, інформація про парки та місця відпочинку, магазини та ресторани, також місцеві знижки від компаній у програмі Garden Grove [329].

Комунікативна стратегія міста Ошава (Канада, Онтаріо) виокремлює сильні сторони:

- інноваційне, доступне та свідоме залучення громади;
- значне зростання та успіх (як спільнота);
- сильна і переважно позитивна присутність у соціальних мережах, ЗМІ та веб-сайтах;
- надійні, вичерпні та практичні політичні документи [318].

При проведенні аналізу до підготовки комунікативної стратегії виокремлено проблеми, зокрема:

- визначення ролі та стратегічної важливості комунікацій;
- підтримка розуміння та інтересу зовнішньої аудиторії;
- розвитку комунікацій з ефективними ресурсами та позиціонуванням [318].

Окреслено можливості комунікативної стратегії:

- пряма участь у Connect Oshawa;
- консолідована стратегічна комунікативна власність;
- розширена співпраця із зовнішніми партнерами;
- можливості навчання з питань внутрішньої комунікації (тобто навчання медіа-інтерв'ю);
- електронні комунікації (веб-сайт, інформаційні листи, відео та цифрова анімація);
- чіткі, стислі та стратегічно пошарові комунікації [318].

До загроз віднесено:

- витрати на комунікації (надання персоналу, друковані матеріали, реклама тощо);
- питання зв'язків з громадськістю (відомі та невідомі);
- технологічні потреби/витрати/доступність;
- відсутність поглинання (зовнішнє) та розуміння цілей комунікації/повідомлень/бренду (внутрішньо) закладає основу для стратегічного підходу до комунікацій [318].

Проведений аналіз включає складові для розробки комунікативної стратегії, як сформовані в межах Стратегічного плану Ошави на 2015-2019 роки. Крім того, було проведено великий консультаційний процес із залученням членів ради,

працівників міста, громадськості та зацікавлених сторін, що допомогло сформуванню комунікаційної стратегії [318].

Комунікативна стратегія відображає бачення та місію Ради і буде живим документом, оновленим, щоб відображати стратегічні зміни, що розвиваються і відображати пріоритети та поточну трансформацію громади [318].

Щодо залучення громади, то виділяються декілька цілей комунікативної стратегії, зокрема:

- керувати можливостями залучення громади щодо міських послуг, програм та ініціатив;
- підтримати працівників міста в їхніх зусиллях щодо інформування членів громади та забезпечення можливості для всіх брати участь у залученнях;
- налагоджувати партнерство з лідерами громад для інформування та залучення громадськості;
- будувати та розвивати партнерські стосунки із зацікавленими сторонами громади та обслуговуючих організацій;
- управління веб-сайтами www.oshawa.ca (корпоративний) та www.connectoshawa.ca (залучення спільноти);
- управління корпоративними соціальними медіа-каналами міста, зокрема вмістом та креативом у Twitter, Facebook, Instagram, LinkedIn і YouTube;
- забезпечення стратегічного спрямування та управління обліковими записами міської аудиторії в соціальних мережах;
- управління зв'язками зі ЗМІ, включаючи медіа-події, матеріали ЗМІ та моніторинг ЗМІ;
- керування рекламою, включаючи сторінку міської газети, тарифами на корпоративну рекламу;
- управління та розвиток цифрової реклами, яка націлена на визначених ключових зацікавлених сторін [318].

Комунікативні цілі замість специфічних цілей корпоративних комунікацій стосуються всієї організації і повинні служити основою для всього персоналу, який співпрацює з громадськістю або інформує її:

1. Зміцнення громадянської гордості та впевненості в ідентичності міста: зміцнення бренду міста; покращення його репутації; створення спорідненості з мешканцями та лояльності до громади.

2. Збільшується обізнаність і розуміння державних служб та їх ролі в громаді. Персонал та зовнішня аудиторія мають чітке розуміння того, що таке регіональні чи муніципальні послуги та місце доступу до інформації, і велику роль місцевого самоврядування в житті громадян.

3. Збільшення частоти спілкування аудиторії з містом для вироблення ефективного рішення. Аудиторія інформована та обізнана про події та можливості в місті може більше підтримати та сприяти їхньому успіху та заохочувати інших робити те ж саме.

4. Підвищується сприйнятливість аудиторії до комунікацій. Правильна інформація надсилається правильній аудиторії найбільш вірогідним способом, щоб викликати сприятливу відповідь. Цільова комунікація включає всіх представників громадськості.

5. Вища оцінка та позитивні враження від служб та керівництва міста. Позитивне і часте спілкування веде до підвищення довіри, більш позитивного отримання інформації та підвищення бажання аудиторії займатися, керувати чи розглядати політичну службу.

6. Партнерські відносини будуються як взаємовигідні та стратегічні комунікативні канали. Розвиваються потужні комунікативні канали та партнерські відносини, які приносять користь як місту, так і його партнерам, а також громаді в цілому [318].

Переваги комунікативної стратегії:

- підтримуються стратегічні цілі та їх реалізація;
- дезінформація усувається;
- зростає розуміння уряду та довіра до нього;
- місто приваблює відвідувачів, мешканців, підприємців та муніципальних працівників;
- зміцнюються гордість та стійкість громади;

- зміцнюються партнерські відносини громад та визначаються додаткові можливості;
- підвищується ефективність та готовність під час кризи;
- надається незабутній, об'єднаний і повноцінний досвід бренду;
- підтримуються основні корпоративні цінності: автентичність, сміливість і довіра [318].

Комунікативна стратегія дасть можливість управляти проблемами. Частина ролі комунікації полягає в тому, щоб виявляти, передбачати та активно вирішувати проблемні питання, важливі для членів громади, у співпраці з конкретним містом. Комунікації централізують вирішення криз/питань, використовуючи свої встановлені внутрішні та зовнішні канали (наприклад, веб-сайт, інформаційний бюлетень, соціальні мережі тощо) [318].

Хоча традиційні ЗМІ відіграватимуть певну роль у інформуванні громадськості, проблемами можна краще керувати, а також надавати ефективні та своєчасні відповіді за рахунок використання ресурсів міста [318].

План управління комунікаціями міської ради Campbelltown на 2017-2022 рр. (м. Кемпбелтаун, штат Новий Південний Уельс в Австралії) розробило комунікаційний план, щоб забезпечити ясність і покращити послідовність у своєму підході до внутрішніх і зовнішніх комунікаційних процесів і практик. Як частина свого стратегічного підходу, план відображає короткострокові, середньострокові та довгострокові цілі разом із конкретними показниками для вимірювання ефективності. Він також має матричну систему, яка дозволяє відстежувати прогрес із чіткою інформацією про: об'єктивність; конкретні дії; рівень пріоритету; відповідальний комунікатор; вимоги до бюджету; період часу. План був розроблений, щоб використовувати синергію з ширшою структурою стратегічного планування місцевості, оскільки він об'єднує переглянутий стратегічний план «Назустріч 2020» та стратегію цифрових медіа [522].

Практика розробки та запровадження комунікаційних стратегій в Україні відрізняється від існуючої, але ґрунтується на подібній методології. Так, за підтримки Проєкту ПРОМІС для чотирьох українських міст було розроблено

комунікаційні стратегії, покликані сформувати ефективну інформаційну взаємодію органів місцевого самоврядування з населенням, представниками громадських організацій і підприємцями. Мета цих стратегій доволі проста — сформувати зрозумілий образ і стійкий інтерес мешканців до діяльності місцевої влади та водночас налагодити зрозумілу й послідовну комунікацію з містянами [92]. При цьому стратегії мають назву «комунікаційні», а не «комунікативні».

Аналіз деяких стратегій продемонстрував, що вони широко не розповсюджені по всій Україні, а виконуються в деяких територіальних громадах в межах різних проєктів. Так, *Комунікаційна стратегія виконавчого комітету Коломийської міської ради*, м. Коломия, 2017 р. розроблена за підтримки проєкту міжнародної технічної допомоги «Партнерство для розвитку міст» (Проєкт ПРОМІС), який впроваджує Федерація канадських муніципалітетів за фінансової підтримки Уряду Канади. Проєкт ПРОМІС спрямовано на зміцнення муніципального сектору в Україні.

«Комунікаційна стратегія виконавчого комітету Коломийської міської ради покликана сформувати його ефективну інформаційну взаємодію з населенням міста. Комунікаційна стратегія сприятиме створенню системної, стійкої і послідовної взаємодії з цільовими групами, що відповідає пріоритетним напрямам діяльності міськвиконкому і його стратегічним завданням щодо розвитку міста, вирішенню нагальних економічних та соціальних проблем міської громади [84].

Комунікаційна стратегія має на меті:

- підвищити поінформованість цільових груп та інших зацікавлених учасників про діяльність виконавчих органів влади міста;
- налагодити ефективну інформаційну взаємодію між міськвиконкомом та цільовими групами, зацікавленими у практичному впровадженні проєктів, спрямованих на підвищення економічного та соціального добробуту міста та його мешканців;
- посилити впізнаваність та зміцнити репутацію органу місцевої влади як інституції, що має стратегічне бачення розвитку міста, реалізує конкретні проєкти в інтересах міста та дослухається в цьому до думки мешканців міста [84].

Завданням комунікаційної стратегії є формування стійкого і стабільного інтересу цільових груп до діяльності міськвиконкому щодо вирішення нагальних економічних та соціальних проблем міста;

- реалізувати цільові комунікаційні кампанії щодо підвищення обізнаності цільових груп;

- налагодити ефективну систему внутрішніх і зовнішніх комунікацій міськвиконкому з цільовими групами» [84].

Отже, порівняння змістів комунікаційних стратегій демонструє використання відповідної методології, яка використовується в зарубіжних державах. Втім, за змістом стратегії не виокремлюється сфера охорони здоров'я. Про здоров'я йдеться тільки в частині проведення комунікативних кампаній, одна з яких «Підготовка та друк інформаційних листівок щодо шкідливості спалювання сміття та негативний вплив на здоров'я людей та довкілля» [88].

В межах подібного проєкту підготовлена *Комунікаційна стратегія міста Івано-Франківськ* і включає план її імплементації, 2017 р. Цілі і завдання подібні попередній концепції, як і вказані методи, які також відповідають методології зарубіжних держав, зокрема йдеться: «Використовуючи сучасні методи планування та впровадження комунікаційних кампаній, необхідно забезпечити ефективну комунікацію з усіма пріоритетними цільовими аудиторіями, і завдяки цьому отримати їхню підтримку дій міського виконавчого комітету. Важливо також використати для ефективної комунікації весь наявний потенціал органів міської влади та комунальних підприємств і закладів. В ході проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи серед населення необхідно якомога ширше використовувати методи двосторонньої комунікації, тобто відстежувати реакцію представників цільових аудиторій на ті чи інші рішення уряду, міськвиконкому, інших центральних та місцевих органів влади, задля того, щоб враховувати думку населення у розробці подальших рішень». Модель аналізу ситуації подібна традиціям Канади і подібна прикладу стратегії міста, який наведено вище [88].

Втім, в даній комунікативній стратегії зовсім відсутнє нагадування про охорону здоров'я і про здоров'я як таке [88].

У такому ж форматі побудована *Комунікаційна стратегія Бердянської міської ради та її виконавчих органів*, 2019. Як і в попередніх стратегіях акцент робиться на методах інформаційно-комунікаційної роботи та каналів її розповсюдження. Головним є вплив на населення та залучення до вирішення проблем громадськості. Про проблеми охорони здоров'я або про окремі комунікації щодо громадського здоров'я мови не ведеться [83].

Є також розроблені Комунікаційні стратегії в селищних громадах (об'єднаних на момент розробки стратегій). В цих стратегіях окремо виділено охорону здоров'я. Зокрема, в *Комунікаційній стратегії Компаніївської селищної ОТГ Кіровоградської області* на 2019 – 2024 роки. Це є напрямом 4 «Комунікації для покращення якості послуг: Публічні послуги та інфраструктура», де зазначається, що «Сфери освіти, культури, соціального захисту та охорони здоров'я – на сьогоднішній день являють собою сукупність як широко відомих публічних послуг, так і таких, які не відомі або ж не користуються попитом у суспільстві. Інвентаризація даних послуг, їх систематичний перегляд та вдосконалення – на це націлені комунікативні технології сьогодення» [86]. Втім, тільки в цьому контексті згадується охорона здоров'я. Йдеться про реформування сфери освіти, соціальної сфери, а про реформи охорони здоров'я не згадується.

У *Комунікаційній стратегії Станіславської сільської ради на 2020–2021 рр.* (Станіславська сільська ОТГ) вже більше йдеться про охорону здоров'я, зокрема:

1. В контексті пріоритетів сталого розвитку в частині розвитку людського та соціального капіталу зазначається: «Наша громада високого рівня культури, освіти, охорони здоров'я та безпеки» [91].

2. В аспекті піклування громади про здоров'я населення йдеться: «Охорона здоров'я: передача в оренду приміщення для відкриття приватного стоматкабінету; фінансування програми підтримки Станіславської амбулаторії ЗПСМ» [91].

Це все, що стосується сфери охорони здоров'я. Далі в стратегії йдеться про методи комунікації та канали її поширення задля інформування населення і формування позитивного відношення до органів влади.

Комунікаційна стратегія Нижньовербізької ОТГ на 2020-2026 рр. також розроблена в межах програми DOBRE. Зазначається, що «Комунікаційна стратегія - це дороговказ для всіх, хто долучається до комунікацій ОТГ - від Голови ОТГ до адміністратора веб-сайту, директора школи, членів молодіжної ради, тощо» [89].

Користувачів комунікативної стратегії поділяють на 3 групи осіб:

«Стратегічний рівень: Голова та заступник - керівництво ОТГ, яке відповідає за реалізацію Стратегії розвитку ОТГ. Для них Комунікаційна стратегія - перш за все, один із інструментів для досягнення стратегічних цілей ОТГ, зокрема, залучення інвестицій, створення нових робочих місць, активізація громадської ініціативи, тощо.

Виконавчий рівень: Усі співробітники апарату виконкому сільської ради ОТГ, які долучені до комунікацій. За наявності спеціально виділених співробітників - це, наприклад, прес-секретар, редактор сайту чи вісника ОТГ. Також йдеться про керівників структурних підрозділів (культура, освіта, тощо), які організують комунікацію з громадою через спеціальні заходи. Для виконавців Комунікаційна стратегія потрібна, щоб підвищити ефективність процесів, систематизувати роботу та налагодити взаємодію з колегами задля виконання спільних цілей.

Громадський рівень: Члени молодіжної ради та інші громадські активісти, які є рушієм позитивних змін у житті громади. Це небайдужі активні громадяни, які ініціюють спільні з владою проєкти та жваво відгукуються на ініціативи влади з розвитку ОТГ. Для них Комунікаційна стратегія - це орієнтир щодо напрямів спільних проєктів, помічник у діалозі з владою та у залученні інших громадян» [89]. Фактично Комунікаційна стратегія стосується побудови взаємовідносин між різними суб'єктами публічного управління. Проблемам охорони здоров'я, громадського здоров'я, боротьбі з пандемією, а також про заходи безпеки, вакцинацію тощо мови не йде, хоча стратегія розроблялась вже в період пандемії і запланована до 2026 р. Комунікаційна стратегія Миколаївської ОТГ на 2019-2022 рр. в межах стратегії сталого розвитку розглядає охорону здоров'я як один з

пунктів стратегічної цілі 2, зокрема: «Розвиток медичного обслуговування та турбота про здоров'я мешканців і мешканок». В стратегії мова також йде про підвищення довіри до керівництва громади, до Стратегічного плану сталого розвитку тощо. Втім, окремо, про комунікативну діяльність або комунікації в сфері охорони здоров'я не йдеться [87].

У *Комунікаційній стратегії Софіївської ОТГ*, 2019 р., про охорону здоров'я йдеться при визначенні спільних цінностей, зокрема: «Софіївська ОТГ – це громада, в якій об'єднана місцева спільнота має гарні умови життя, які виникають з оптимального динамічного *зростання якості інфраструктури* та громадських послуг, *охорони здоров'я*, доступності робочих місць, пов'язаних з спеціалізованим виробництвом та переробкою аграрної продукції. Громада, яка в повній мірі використовує: можливості розташування біля великого міста, що генерує інвестиційну активність; можливості туристичного потенціалу з урахуванням турботи про навколишнє середовище; можливості територіального планування та місцевого культурного спадку» [90]. Мова йде про охорону здоров'я в контексті зростання якості інфраструктури. Про особливості комунікацій в сфері охорони здоров'я, громадського здоров'я та інших актуальних проблем, про які йдеться в методології комунікативних стратегій зарубіжних держав щодо охорони здоров'я не йдеться. Попри ці недоліки, в цій Комунікаційній стратегії використовується категорія «комунікативна діяльність», зокрема йдеться, що: «Комунікація – це ефективний управлінський засіб розвитку та реалізації заходів необхідних для досягнення поставлених цілей. Тому *комунікативна діяльність* має застосовуватися стратегічно, бути продуманою та належно контролюватися. В Софіївській ОТГ *комунікації мають сприйматися*, як звичайна складова планування різних видів діяльності та прийняття рішень. Усі відомства та підприємства повинні відслідковувати та оцінювати свій комунікативний внесок по відношенню до власних комунікативних цілей» [90].

Комунікаційна стратегія Дмитрівської ОТГ, 2019 р., не висвітлює проблеми охорони здоров'я і особливостей комунікативної діяльності в цій сфері. Наголос робиться на здоров'ї тільки в описі передумов для комунікації в аспекті

характеристики Дмитрівської територіальної громади, а саме: «Дмитрівська сільська рада Знам'янського району Кіровоградської області як повноважний представник Дмитрівської ОТГ, до якої входять населені пункти Дмитрівка, Долина, Веселий Кут, Калинівка, Плоске, Макариха, Новопокровка, Цибулеве Знам'янського району Кіровоградської області, констатує, що, людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність та безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю, а права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави, усвідомлюючи свою відповідальність переджителами Дмитрівської ОТГ, ураховуючи історичні, національно-культурні та соціально-економічні традиції місцевого самоврядування в Дмитрівській ОТГ, керуючись Конституцією України, Європейською хартією місцевого самоврядування, Законом України «Про місцеве самоврядування в Україні» та іншими законодавчими актами України» [85].

Комунікаційна Стратегія має сприяти результативній роботі жителів громади в напрямку створення комфортних умов та досягненню ними цілей і завдань, що впроваджуються в рамках Стратегії розвитку територіальної громади, - зазначається в тексті Передумови до Стратегії [85]. При цьому використовується поняття «комунікативний процес», яке визначається як процес загальної підтримки місцевої влади в усіх видах діяльності, наша задача, щоб цей процес сприяв співучасті всіх членів громади. У Стратегії констатується: «Через комунікації ми творимо імідж громади» [85]. Отже, йдеться тільки про імідж та про один з напрямів – паблік рилейшнз, а не про сутність комунікативних стратегій, які застосовуються в зарубіжних державах.

Підсумовуючи зазначимо, що комунікативні стратегії, які розробляються та застосовуються в публічному управлінні та адмініструванні не завжди містять напрям комунікативної діяльності в сфері охорони здоров'я. Ця сфера не визнається пріоритетною та специфічною, яка потребує спеціальних комунікацій, особливо на рівні громадського здоров'я, надання медичних та немедичних послуг, ролі в цьому процесі органів публічного адміністрування тощо. Фактично, зарубіжний досвід запроваджується на рівні використання шаблону методології

розробки комунікативної стратегії та деяких методів проведення комунікативних заходів. Не йдеться про окремі стратегії, застосовні для кожного напрямку публічного управління та адміністрування. Всі стратегії спрямовані на формування іміджу керівництва громади, побудови взаємодії між суб'єктами публічного управління та адміністрування, використання окремих методів інформування та роботи зі ЗМІ. Така ситуація вимагає зміни поглядів на комунікативну діяльність суб'єктів публічного адміністрування особливо в сфері охорони здоров'я та розробки державної комунікативної стратегії публічного адміністрування охороною здоров'я, яка буде підґрунтям формування моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я. Іншими словами має змінитись парадигма комунікативної діяльності в цій сфері, концептуальні засади її організації та вироблена методологія розробки комунікативної стратегії та її реалізації.

5.5. Складові формування теоретико-методологічної моделі публічного адміністрування охороною здоров'я

На підставі проведених досліджень автором дисертаційного дослідження запропонована авторська модель публічного адміністрування охороною здоров'я в Україні. Запропонована модель має певні *характеристики*:

- за природою об'єкту моделювання – управлінська, соціальна, політична, суспільна;
- за масштабами – макромасштабна;
- за часовими характеристиками – прогностична;
- за динамікою об'єкту – динамічна, продуктивна;
- за ступенем складності – середньої складності;
- за характером функцій моделі - теоретико-прикладна;
- за кількістю функцій, які виконує модель – багатофункціональна;
- за роллю у пізнанні – концептуальна.

Модель має *два блоки*: теоретико-методологічний та практичний. *Основою*

теоретико-методологічного блоку є:

1) теоретичні концептуальні підходи щодо:

- розуміння поняття «публічне адміністрування» як діяльності органів державної, виконавчої влади та місцевого самоврядування з реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я шляхом запровадження комунікативної діяльності, спрямованої на реалізацію адміністративних процедур щодо побудову взаємовідносин між суб'єктами публічного адміністрування задля надання якісних послуг в сфері охорони здоров'я та громадського здоров'я;

- сенсу дефініції «система охорони здоров'я», яка включає в себе наступні елементи:

центральні, регіональні та місцеві органи виконавчої влади та суб'єктів місцевого самоврядування;

суб'єкти сфери охорони здоров'я, які надають медичну і немедичну допомогу;

громадську охорону здоров'я та громадське здоров'я;

види та рівні медичної та немедичної допомоги;

визначення рівнів системи охорони здоров'я та суб'єктів публічного адміністрування, які відносяться до кожного рівня;

процедуру взаємодії державної, приватної, страхової систем охорони здоров'я;

трансформаційні процеси в системі охорони здоров'я (реформування, модернізація, децентралізація);

створення відповідної інфраструктури;

- визначення комунікацій та комунікативної діяльності в державному управлінні:

функціонування комунікації;

партнери в комунікації;

комунікативної політики;

суспільної комунікації;

особливості комунікативної системи;

види, типи комунікацій;
 взаємодії в процесі комунікацій;
 налагодження багатосторонніх зв'язків з усіма суб'єктами публічного адміністрування;

- виокремлення основних теорій комунікацій для публічного адміністрування та охорони здоров'я;
- концептуальні підходи до моделей комунікацій, у тому числі в сфері публічного управління та адміністрування;

2) методологічні основи формування моделі комунікативної діяльності публічного адміністрування сферою охорони здоров'я стосуються деталізації змісту:

- організації управління системами охорони здоров'я;
- державно-управлінських відносин у галузі охорони здоров'я;
- галузевих та міжгалузевих державно-управлінські відносини;
- системи власності в охороні здоров'я, фінансування охорони здоров'я, медичного страхування;
- інформаційних/комунікативних систем охорони здоров'я з урахуванням розвитку інформаційно-комунікаційних технологій;
- організаційних структур органів влади, відповідальних за комунікативну діяльність та її результат;
- роботи комунікативних підрозділів органів державної влади і органів місцевого самоврядування;
- процедури та процеси комунікативної діяльності;
- індикаторів оцінки комунікативної діяльності в публічному управлінні сферою охорони здоров'я.

Практичний блок моделі комунікативної діяльності публічного адміністрування сферою охорони здоров'я включає:

- розробку і прийняття концепції загальнодержавної програми комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я, яка включає основні розділи:

визначення понять;

опис проблеми, що потребує розв'язання;

мета і строки реалізації;

основні завдання з реалізації концепції з підрозділами, які відповідають елементам моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я;

методи комунікативної діяльності та діапазон їх застосування;

очікувані результати застосування концепції з індикаторами її результативності;

оцінка ресурсів для реалізації концепції (в першу чергу – людських);

- розробку комунікативної стратегії публічного адміністрування охорони здоров'я на національному, регіональному та місцевому рівнях;

- удосконалення нормативно-правових основ комунікативної діяльності в публічному адмініструванні сферою охорони здоров'я;

- вибір методів, технік, технологій, інструментів комунікативної діяльності (з врахуванням змісту моделей комунікацій);

- розробку процедур комунікативної діяльності адміністративного апарату з громадськістю, лікувальних закладів з громадськістю, медичних працівників з пацієнтами та медичних працівників між собою;

- формування та розбудову інформаційно-комунікаційних систем для публічноуправлінських, управлінських, організаційних, суспільних, професійних, медичних комунікацій;

- залучення громадськості до прийняття державно-управлінських рішень з питань охорони здоров'я;

- вироблення методів подолання інформаційного розриву в сфері охорони здоров'я та публічного управління сферою охорони здоров'я;

- виокремлення інструментів розвитку телемедицини як виду комунікативної діяльності, комунікації (адвокація) в інтересах громадського здоров'я, ліквідація медичної неграмотності;

- розробку освітніх програм з підготовки фахівців з комунікацій та

організації комунікативної діяльності в сфері охорони здоров'я та публічного управління сферою охорони здоров'я (рис. 5.1).

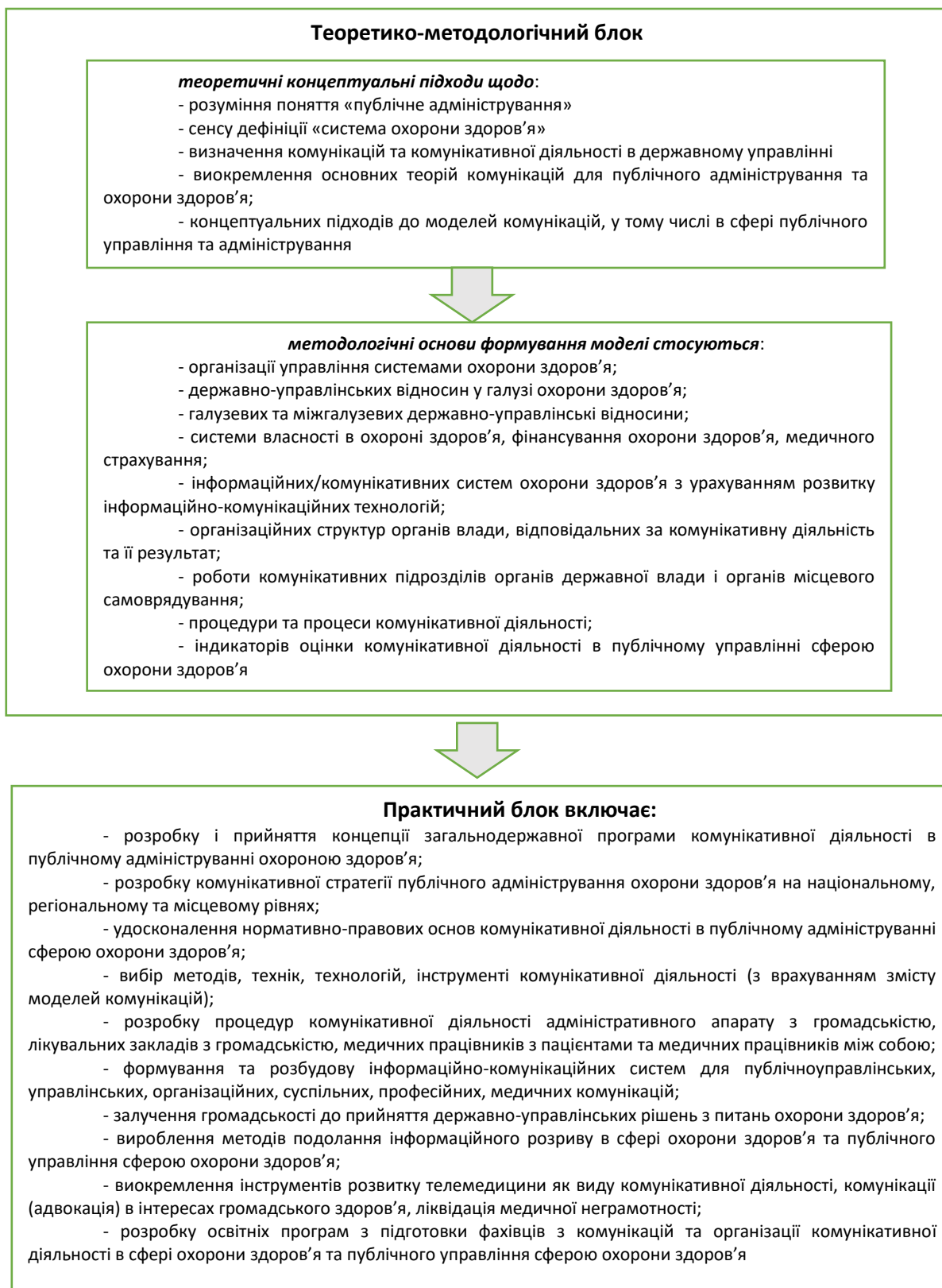


Рис. 5.1. Складові формування теоретико-методологічної моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні сферою охороною здоров'я (авторська розробка)

Функції запропонованої моделі наступні:

- *побудова взаємовідносин:*

між рівнями публічного адміністрування;

в системі охорони здоров'я;

з суб'єктами публічного адміністрування та громадськістю;

з суб'єктами сфери охорони здоров'я; з соціальним середовищем;

- *управління:*

на центральному, регіональному та місцевому рівні публічного адміністрування;

зкладами охорони здоров'я;

суб'єктами надання медичної та немедичної допомоги;

- *поліпшення надання медичних і немедичних послуг*, а також розвиток громадського здоров'я:

підвищення якості послуг;

запровадженні інновацій в охорону здоров'я;

модернізація спеціальної інформаційно-комунікаційної інфраструктури;

інформатизація сфери охорони здоров'я;

інвестування;

створення умов для доступу до медичних послуг широким верствам населення, враховуючи умови доступу до медичної допомоги;

зменшення бюрократизації при прийнятті рішень з питань охорони здоров'я;

формування нової культури охорони здоров'я і комунікацій в сфері охорони здоров'я;

- *нормативно-правове регулювання комунікативної діяльності публічного адміністрування сферою охорони здоров'я:* удосконалення існуючих правових актів.

Доречними формами комунікативної діяльності в сфері публічного адміністрування охорони здоров'я, у тому числі з використанням інформаційно-комунікативних технологій є:

- інформування, у тому числі он-лайн;
- повідомлення та діалог в соціальних мережах;
- використання друкованих матеріалів, інформаційних вісників, бюлетенів;
- реклама;
- комунікації з отримувачами та надавачами медичних послуг;
- громадські консультації в форматі спільного планування та проектування в сфері охорони здоров'я;
- обговорення питань, пов'язаних з медичною реформою та ін.;
- PR;
- налагодження взаємодії і залучення фінансових ресурсів для утримання фахівців з охорони здоров'я;
- побудова міжсекторальної взаємодії;
- створення міжвідомчих рад задля координації комунікативної та комунікаційної діяльності.

Висновки до розділу 5

З'ясовано, що в українській науці і практиці не виокремлюються моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я. Автором дисертації визначено шляхи формування такої моделі, до який віднесено: вибір методології побудови комунікативної стратегії та її застосування; використання зарубіжного досвіду розроблення державної комунікативної стратегії на загальнодержавному рівні та сучасних тенденцій в розробці державних комунікативних стратегій щодо охорони здоров'я; розробка комунікативної стратегії на місцевому рівні.

Комунікативні стратегії в кожній державі відрізняються за своїм змістом та застосуванням, зокрема це: плани комунікації щодо розміщення інформації, пов'язаної з певною проблемою, подією, ситуацією або аудиторією; найважливіша частина аналізу ситуації та реалізації програми комунікації щодо соціальних змін та поведінки; визначення поєднання каналів, які будуть

використовуватися; план спілкування в середині структур задля забезпечення злагодженого інформування; збереження безпеки, протидії міфам та дезінформації, особливо в сфері охорони здоров'я, коли є епідемії та пандемії тощо.

В цьому контексті в зарубіжній практиці виокремлюються такі поняття як: «Комунікація про здоров'я»; «комунікацію з питань охорони здоров'я»

Автором дисертації виокремлено декілька методологічних підходів до розробки комунікативних стратегій в зарубіжній практиці, зокрема задля:

- реалізації різних програм змін;
- створення і реалізації плану обміну інформацією;
- швидкої розробки комунікативної стратегії по боротьбі з COVID-19;
- стратегії комунікацій на рівні ЄС;
- комунікативних кампаній щодо охорони здоров'я та проблем зі здоров'ям населення;
- ефективного вирішення проблем взаємовідносин;
- для окремої громади/міста.

Врахування цих підходів дасть можливість сформувати методологічний підхід для розробки комунікативної стратегії як одного з шляхів формування моделі комунікації публічного адміністрування охороною здоров'я.

Зарубіжна практика розроблення державної комунікативної стратегії має загальні та відмінні риси. Найбільш широке застосування такі стратегії отримали у 2005-2007 роках і стосувались розбудови комунікацій з населенням та його залученням до публічноуправлінської діяльності. Сучасні комунікативні стратегії зарубіжних держав зорієнтовані на взаємовідносини з суспільством, зокрема, комунікативні стратегії спрямовані на:

- діяльність дорадчих та громадських організацій (Південна Австралія, 2021-2024 рр.);
- важливу роль у підтримці державних пріоритетів, ініціатив та ефективного надання державних послуг і засновані на основній меті комунікацій: інформувати, навчати та переконувати (острів Джерсі, 2020 (королівське володіння

Великобританії);

- покращення комунікацій, пов'язаних з підвищенням координації між державними відомствами (Швеція);
- обмеження посадових осіб, які мають право задіяти ЗМІ або інші суб'єкти, які не є органами влади (Швеція, Великобританія, Канада);
- узгодження комунікацій і взаємодії між органами влади та визначення пріоритетів щодо політики надання повідомлень громадськості (Австралія);
- політичні відносини в державі і стають важливими аспектами політики (Данія);
- діалог і консенсус для врахування різноманітних інтересів (Фінляндія, Австрія);
- побудову системи урядового зв'язку та діяльності координаційної ради з питань комунікацій (Латвія);
- подолання розбіжностей в коаліційній діяльності органів державної влади (Норвегія, Австрія);
- узгодженість державної політики комунікації (Швейцарія);
- централізований контроль з боку виконавчої влади задля уникання розбіжностей або протиріч всередині органів виконавчої влади (Франція);
- колективну відповідальність органів виконавчої влади за прийняті рішення та створенні центральних підрозділів стратегічних комунікацій (Ірландія);
- створення департаментів інформації як основних каналів зв'язку держави з населенням, а також внутрішніх комунікацій в органах виконавчої влади (Мальта);
- комунікативні навички керівників держави, зокрема проведення щоденних прес-конференцій тощо (Мексика, Люксембург)
- традиції злагоджених і згуртованих взаємодій та спілкування (Нова Зеландія);
- проведенні узгодженого комунікативного планування (Іспанія, Північна Македонія);
- відповіді на поширені запитання громадян через Інтернет, телефон,

електронну пошту та донесення до ЗМІ стан справ у виконавчих органах влади (Нідерланди);

- вивчення нових способів зміни поведінки та залучення громадян через Інтернет до участі у виробленні політики (Нідерланди);

- приймати рішення на основі консенсусу (Ісландія);

- оприлюднення звітів про роботу уряду та органів виконавчої влади, включаючи технічні документи та інші матеріали (Японія);

- високий пріоритет комунікації з громадянами: прес-брифінги, публічні брифінги та слухання, прямі розмови з громадянами (Південна Корея);

- автономію органів виконавчої влади в комунікаціях з населенням (Естонія, Болгарія, Італія, Словаччина, Чилі);

- поєднання в комунікативній діяльності централізованого підходу до подання інформації через відповідні Бюро і самостійного інформування населення органами виконавчої влади (Німеччина);

- формування та реалізації ефективної урядової комунікативної політики з відповідальністю органів виконавчої влади за окремі сфери компетентності з контролем та координацією відповідних управлінських структур (Литва, США, Греція);

- координацію урядовими інформаційними центрами і відділами канцелярії прем'єр-міністра (Польща, Румунія, Туреччина, Угорщина, Хорватія, Кіпр);

- використання можливостей Інтернет для відкритості та прозорості уряду (Великобританія, Литва);

- комплекс стратегічних цілей і національних пріоритетів для досягнення оптимальної системи комунікації для федеральних утворень Об'єднані Арабські Емірати;

Сучасні підходи в державах щодо комунікативних стратегій мають спільні риси та відмінності в залежності від особливостей публічноадміністративної структури та діяльності суб'єктів публічної адміністрації. Втім, досвід є корисним в плані вибору найбільш придатних для української практики структурних елементів та методології побудови комунікативної стратегії на державному рівні

за врахуванням сучасних потреб сфери охорони здоров'я. Також, комунікативні стратегії трансформуються відповідно до виявлених проблем з появою пандемії COVID-19, зокрема:

- створення координаційних структур задля побудови взаємодії з суспільством, цілеспрямованих впливів для мобілізації громадян та проведення роз'яснювальної роботи з використанням різних методів і способів комунікацій;
- впровадження заходів охорони здоров'я для стримування поширення епідемії;
- зміни соціальних норм, управління конфліктами, відповідальність суб'єктів публічного адміністрування та суспільства з ключовою роллю місцевих органів влади;
- використання найкращих методів комунікації з громадськістю.

З'ясовано, що комунікаційні стратегії в умовах пандемії за своєю структурою та методологією повторюють загальну методологію стратегій, яка використовується в різних державах. Варіативною складовою є використання різних методів комунікації та зміст методів.

Аналіз комунікативних стратегій, розроблених та запроваджених в публічному управлінні та адмініструванні України на місцевому рівні показав, що вони не завжди містять напрям комунікативної діяльності в сфері охорони здоров'я. Ця сфера не визнається пріоритетною та специфічною, яка потребує спеціальних комунікацій, особливо на рівні громадського здоров'я, надання медичних та немедичних послуг, ролі в цьому процесі органів публічного адміністрування тощо. Фактично, зарубіжний досвід запроваджується на рівні використання шаблону методології розробки комунікативної стратегії та деяких методів проведення комунікативних заходів. Не йдеться про окремі стратегії, застосовні для кожного напрямку публічного управління та адміністрування. Всі стратегії спрямовані на формування іміджу керівництва громади, побудови взаємодії між суб'єктами публічного управління та адміністрування, використання окремих методів інформування та роботи зі ЗМІ. Така ситуація вимагає зміни поглядів на комунікативну діяльність суб'єктів публічного

адміністрування особливо в сфері охорони здоров'я та розробки державної комунікативної стратегії публічного адміністрування охороною здоров'я, яка буде підґрунтям формування моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я. Іншими словами має змінитись парадигма комунікативної діяльності в цій сфері, концептуальні засади її організації та вироблена методологія розробки комунікативної стратегії та її реалізації.

Автором дисертаційного дослідження виокремлено складові формування теоретико-методологічної моделі публічного адміністрування охороною здоров'я в Україні, яка включає два блоки: теоретико-методологічний та практичний.

Теоретико-методологічний блок стосується наукового підґрунтя моделі і є основою для методологічної складової. Теоретичні концептуальні підходи стосуються розуміння поняття «публічне адміністрування», сенсу дефініції «система охорони здоров'я», визначення комунікацій та комунікативної діяльності в державному управлінні, виокремлення основних теорій комунікацій для публічного адміністрування та охорони здоров'я, концептуальних підходів до моделей комунікацій, у тому числі в сфері публічного управління та адміністрування. Методологічні основи вимагають деталізації змісту організації управління системами охорони здоров'я, державно-управлінських відносин у галузі охорони здоров'я, галузевих та міжгалузевих державно-управлінських відносин, системи власності в охороні здоров'я, фінансування охорони здоров'я, медичного страхування, інформаційних/комунікативних систем охорони здоров'я з урахуванням розвитку інформаційно-комунікаційних технологій, організаційних структур органів влади, відповідальних за комунікативну діяльність та її результат, роботи комунікативних підрозділів органів державної влади і органів місцевого самоврядування, процедури та процеси комунікативної діяльності, індикаторів оцінки комунікативної діяльності в публічному управлінні сферою охорони здоров'я.

Практичний блок моделі комунікативної діяльності публічного адміністрування сферою охорони здоров'я включає: розробку і прийняття концепції загальнодержавної програми комунікативної діяльності в публічному

адмініструванні охороною здоров'я; розробку комунікативної стратегії публічного адміністрування охорони здоров'я на національному, регіональному та місцевому рівнях; удосконалення нормативно-правових основ комунікативної діяльності в публічному адмініструванні сферою охорони здоров'я; вибір методів, технік, технологій, інструментів комунікативної діяльності (з врахуванням змісту моделей комунікацій); розробку процедур комунікативної діяльності; формування та розбудову інформаційно-комунікаційних систем для публічноуправлінських, управлінських, організаційних, суспільних, професійних, медичних комунікацій; залучення громадськості до прийняття державно-управлінських рішень з питань охорони здоров'я; вироблення методів подолання інформаційного розриву в сфері охорони здоров'я та публічного управління сферою охорони здоров'я; виокремлення інструментів розвитку телемедицини як виду комунікативної діяльності, комунікації (адвокація) в інтересах громадського здоров'я, ліквідація медичної неграмотності; розробку освітніх програм з підготовки фахівців з комунікацій та організації комунікативної діяльності в сфері охорони здоров'я та публічного управління сферою охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

У дисертаційному дослідженні розв'язано актуальну наукову проблему стосовно теоретико-методологічного обґрунтування складових формування моделі комунікативної діяльності охороною здоров'я в Україні. Одержані в процесі дослідження результати дають підстави сформулювати основні висновки та розробити відповідні пропозиції.

1. Проведене дослідження наукових джерел різних галузей наук продемонструвало відсутність домінуючої концепції стосовно дефініцій «публічне адміністрування», «система охорони здоров'я». В наукових джерелах відсутнє поняття «публічне адміністрування сферою охорони здоров'я», яке автор дисертаційного дослідження визначає як діяльність суб'єктів представницької демократії, органів державної влади та місцевого самоврядування, громадськості та окремих громадян з вироблення та реалізації політики в сфері охорони здоров'я. Сфера охорони здоров'я включає: суб'єктів публічного управління та адміністрування; систему охорони здоров'я; суб'єктів системи охорони здоров'я; а також окремих професіоналів – надавачів медичної допомоги та послуги; надавачів немедичної послуги, у тому числі в межах державно-приватного партнерства; громадські об'єднання; громадян. Введено категорію «комунікативна діяльність в публічному адмініструванні охороною здоров'я» – це система цілеспрямованих впливів суб'єктів публічного адміністрування, яка має декілька складових: цільову (наявність домінуючої мети в державній політиці щодо сфери охорони здоров'я, її системи та громадського здоров'я); виконавчу (реалізацію державної політики в сфері охорони здоров'я з залученням суспільства, створенням нової системи відносин); мотиваційну (зв'язки з суспільством, залучення до спільної розробки документів з проблем охорони здоров'я, побудови внутрішніх взаємозв'язків між суб'єктами публічного адміністрування), - і реалізується шляхом використання методів комунікативних впливів задля побудови взаємовідносин з суспільством з вирішення проблем охорони здоров'я.

Надано авторське визначення поняттю «медична комунікація» як переплетення державної політики у сфері охорони здоров'я (стратегічні плани, закони, фінансові зобов'язання, судочинство); інституційних директив (рівність і нагляд за рівнем охорони здоров'я); структури охорони здоров'я (географічний розподіл та доступ до медичних послуг); професійної освіти та навчання (підготовка фахівців з комунікацій в публічному управлінні охороною здоров'я); процесу охорони здоров'я (розподіл послуг, інформація та місця її поширення, цільові програми навчання пацієнтів, міжособистісні та міжгрупові відносини); етносоціальних реалій (соціально-економічний стан та рівень медичної грамотності суспільства).

2. Аналіз концептуальних підходів українських науковців в різних галузях наук дозволив систематизувати та узагальнити дослідження за напрямками застосування комунікацій в сфері охорони здоров'я. Виділено сім основних напрямів: інформаційне забезпечення охорони здоров'я; реформування державного управління охороною здоров'я; застосування інформаційних технологій в охороні здоров'я; формування інформаційних моделей супроводу процесів управління в системі охорони здоров'я; розвиток інформаційної системи галузі охорони здоров'я та державного управління цим розвитком; визначення державних механізмів забезпечення інформатизації системи охорони здоров'я; медична інформатика; моделі електронної медицини.

Доведено, що в українській науці комунікативна діяльність в публічному адмініструванні охороною здоров'я системно не досліджується. За основу беруться традиційні концептуальні моделі комунікацій, які мають широке застосування в практиці організаційних, політичних та масових комунікацій. На відміну від зарубіжних концептуальних поглядів, де за основу комунікативної діяльності в охороні здоров'я та управління нею береться системний підхід. Комунікативна діяльність розглядається як: інтегрована система, яка є основою при комплексному вирішенні майбутніх загроз; комунікаційна система, яка включає в себе формальні та неформальні структури, організації, громадян, працівників сфери охорони здоров'я, медіаторні технології; управління

інформацією, доступ до медичних послуг, якість та безпеку догляду, безперервність послуг та обмеження витрат, де основою є система моніторингу; система зворотного зв'язку; процес розвитку спільного розуміння, встановлення, тестування та підтримки відносин; мистецтво та техніка інформування, впливу та мотивації індивідуальної, інституційної та громадської аудиторії про важливі проблеми зі здоров'я; динамічний процес.

З'ясовано, що комунікативна діяльність в охороні здоров'я носить соціальний контекст і застосовується для побудови взаємовідносин між адміністративними органами охорони здоров'я, суб'єктами та об'єктами управління, громадськими асоціаціями, засобами масової інформації тощо.

Наявна відмінність категоріального апарату в українській та зарубіжній науці, зокрема в останній використовуються терміни: «комунікація громадського здоров'я», «комунікація громадської охорони здоров'я», «комунікація ліквідації медичної неграмотності», «комунікація здорового способу життя».

3. Охарактеризовано концептуальні підходи до розуміння комунікативної діяльності, які значною мірою відрізняються в розвинених країнах з високим достатком від країн які мають низькі економічні показники. В сфері охорони здоров'я відсутня ідеальна схема взаємодії всіх акторів комунікативного процесу. Кожна країна вибудовує власні шляхи з огляду на соціокультурні традиції.

Вирізняються напрями комунікативної діяльності: комунікації адміністративного апарату з громадськістю; комунікації лікувальних закладів з громадськістю; ліквідація медичної неграмотності; комунікація медичних працівників з пацієнтами та медичних працівників між собою.

Домінує концепція створення комунікаційної політики на всіх рівнях: глобальному, національному, регіональному та рівні окремих медичних установ.

4. Продемонстровано, що в наукових дослідженнях моделі розуміються як система або лінії побудови взаємодії за допомогою спілкування, діалогу, інформування або обміну адміністративною інформацією і стосуються декількох аспектів: правового, організаційного, адміністративного, впливового, соціального, професійного.

Виокремлено моделі комунікативної діяльності, притаманні різним державам світу: макромасштабна; динамічна, функціональна; змішана; центристська; публічного адміністрування комунікативної діяльності громадського здоров'я; відсутності центрального регулювання.

З'ясовані основні індикатори успішності комунікативної діяльності: фактичні показники здоров'я; комунікативні показники, засновані на рівні довіри суспільства системі охорони здоров'я та розвитку відповідальності населення за збереження здоров'я в межах проєктів громадського здоров'я.

Акцентовано увагу на недоліках в реальній моделі комунікативної діяльності, що пов'язано зі спрощеністю використання теоретичних (концептуальних) моделей, які пропонується запровадити в практику.

Показано, що найбільшу ефективність показують країни з центристським підходом стосовно відправника інформації та функціональною моделлю управління з внутрішніми та зовнішніми комунікативними зв'язками. В країнах, які не мають централізованого відправника інформації, та іноді політика країни не співпадає з цілями громадського здоров'я результати були значно гіршими та варіювалися в залежності від кількості відправників інформації та джерел через які вона була надана.

5. Вирізнено рівні комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я:

- формування політики, програм, проєктів охорони здоров'я на рівня держави та громади, де передбачається комунікативна діяльність на державному та регіональному рівнях з врахуванням соціального контексту;
- вироблення принципів політики і управління охороною здоров'я на рівні громад з забезпеченням вирішення проблем охорони здоров'я за умов відсутності державного фінансування та прийняття інноваційних рішень за умов низького рівня забезпеченості населення;
- запровадження принципів управління до організації охорони здоров'я за умов запровадження моделей «нового публічного менеджменту», «доброго врядування», «сталого розвитку» з окресленням комунікативної діяльності на

рівні різних інституцій та громадянського суспільства, а також між інституціями та органами публічного адміністрування щодо планування, організації, керівництва, управління, збереження людських ресурсів, оцінки й аналізу політики в системі охорони здоров'я, статистичних даних тощо;

- формування лідерів-управлінців підсистемою охорони здоров'я на рівні громад, коли керівники закладів охорони здоров'я стають основними консультантами, лідерами, новаторами для органів публічного адміністрування та адміністрування з проблем охорони здоров'я та громадського здоров'я, що передбачає комунікативну діяльність з органами публічного адміністрування, місцевого самоуправління, окремими політичними та громадськими лідерами громад, населенням;

- управління інформацією про охорону здоров'я, її фінансування, розвиток тощо, де комунікативна діяльність стосується узгодженості між різними рівнями органів публічного адміністрування та впливу інформації на управлінські рішення;

- взаємодія працівників сфери охорони здоров'я з органами публічного адміністрування, пацієнтами, населенням (в контексті громадського здоров'я), де реалізуються стратегії охорони здоров'я, формується діалог в соціальному контексті з усіма можливими обмеженнями та впливом на нього соціального контексту.

6. Визначено, що задля підвищення відкритості й прозорості діяльності органів влади та досягнення універсального покриття медичними послугами, а також з метою розбудови діалогу з органами місцевого самоврядування та громадського контролю необхідно розширення надання доступу громадськості до інформації в контексті поетапної модернізації та забезпечення максимальної ефективності відкритих даних. Відкриті дані, як інформаційно-комунікативний інструмент є новітньою концепцією державногромадської взаємодії, що цілком продиктовано сучасними трендами до глобалізації та підвищення обміну інформацією, а також необхідності в миттєвому отриманні відповіді для прийняття гнучких рішень, особливо підчас пандемії. В умовах сучасного світу

для побудови комунікативної діяльності важливою є аналітична інформація у вигляді дашбордів, мап, графіків тощо. Використання сучасних каналів комунікації (соціальні мережі, телеграм, вайбер тощо), та миттєве реагування на дисінформацію призводить до кращої адаптації суспільства до заходів громадського здоров'я, а також спрощує подолання психологічних проблем, що виникають під час соціальної ізоляції.

7. Порівняння методів побудови взаємовідносин з громадськістю стосовно охорони здоров'я в українській та зарубіжній практиках показало відмінність підходів, що є підставою для вітчизняної практики переглянути методологію побудови взаємовідносин з громадськістю з наголосом на потенціал розвитку громадської участі, потенціалу громад, зниження апатії громадян щодо участі у прийнятті рішень з питань охорони здоров'я, особливо за умов децентралізації та низької фінансової забезпеченості громад.

Спостерігається інформаційний розрив та розрив знань між методами комунікативної діяльності органів публічної влади і закладів сфери охорони здоров'я: для перших важливим постає виконання державної політики щодо формування довіри до реформи охорони здоров'я, розуміння і підтримка населення; для других це виконання завдання щодо відповідального ставлення до свого здоров'я, здорового способу життя, сучасних умов отримання медичної допомоги та послуги. Аналіз методів комунікативної діяльності показав, що вони однакові для органів публічної влади та сфери громадського здоров'я і стосуються традиційних методів інформаційних повідомлень, кампаній та консультацій.

8. Встановлено, що функції органів державної влади і місцевого самоврядування щодо комунікативної діяльності та інформаційно-комунікаційного забезпечення в сфері охорони здоров'я є відмінними. Відповідно це є дві підсистеми моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я. При цьому інформаційно-комунікаційне забезпечення (інформаційні технології, професійні комунікації, он-лайн комунікації, використання порталів тощо, розподілення функцій між органами

виконавчої влади й органами місцевого самоврядування та організаційно-функціонального забезпечення ефективної комунікативної діяльності в сфері охорони здоров'я) розглядається як елемент загальної комунікативної діяльності. Окремими елементами є інформування та консультування громадськості; розробка програм і проєктів у відповідності з потребами громад; розвиток маркетингової інформації; наявність співробітників, навчених ефективно взаємодіяти з громадськістю та ефективно працювати із засобами масової інформації; введення в професійні вимоги до управлінців органів публічного адміністрування та закладів охорони здоров'я: знання щодо комунікативної діяльності; визнання знань, умінь і навичок з комунікативної діяльності професійною компетентністю для певних посад служби здоров'я та медичних працівників; використання державними установами охорони здоров'я на всіх рівнях існуючих та нових інструментів (включаючи інформаційні технології) ефективного управління інформацією про охорону здоров'я; володіння кризовими комунікаціями, особливо важливими в умовах сучасної пандемії. Це вимагає перерозподілу обов'язків в органах публічного адміністрування.

9. Практична модель комунікативної діяльності публічного адміністрування охороною здоров'я має ґрунтуватись на певних положеннях нормативно-правових документів. Автор дисертаційного дослідження вважає, що шляхами практичної реалізації моделі є зміни в Законі України «Про інформацію» в контексті сфери охорони здоров'я та публічного адміністрування охороною здоров'я, зокрема щодо: ст. 10 про визнання інформації про сферу охорони здоров'я як вид державної інформації; включити окрему статтю щодо роз'яснення поняття «інформація в сфері охорони здоров'я»; ст. 12 змінити і доповнити можливостями державно-приватного партнерства та громадськими об'єднаннями і окремими громадянами, що передбачає перегляд відповідних правових актів та внесення в них доповнень з питань податкових пільг, розширення можливостей для певних категорій підприємств та громадських об'єднань; ст. 14 доповнити змістом в аспекті залучення громадських об'єднань до реалізації державної політики охорони здоров'я; розширити визначення терміну «телемедицина» та викласти

його в такому формулюванні: телемедицина - комплекс дій, технологій та заходів, що застосовуються під час надання медичної послуги або реабілітаційної допомоги пацієнту з використанням інформаційно-комунікаційних технологій для обміну медичною інформацією між медичними працівниками або медичним працівником та пацієнтом в електронній формі через захищені цифрові канали.

Автором дисертаційного дослідження виокремлено складові формування теоретико-методологічної моделі публічного адміністрування охороною здоров'я в Україні, яка включає два блоки: теоретико-методологічний та практичний. Функції запропонованої моделі стосуються побудови взаємовідносин, поліпшення надання медичної та немедичної допомоги, активізації суспільної підтримки процесів щодо збереження та зміцнення здоров'я населення. Модель є концептуальною, прогностичною та багатофункціональною.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрущак М.О., Москалюк В.Д., Баланюк І.В., Андрущак А.В. Клініко–епідеміологічна характеристика хворих на ВІЛ– інфекцію. *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії*. 2019. Том. 19. № 3.
2. Афонін Е. А., Балакірева О. М. Функціональна і компетентнісна готовність державних службовців України до здійснення публічного адміністрування в умовах демократії. *Український соціум*. 2015. №. 1. С. 7-22.
3. Бакуменко В. Д. Процес управління. Енциклопедичний словник з державного управління / уклад. : Ю. П. Сурмін, В. Д. Бакуменко, А. М. Михненко та ін. ; за ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, Ю. П. Сурміна. Київ : НАДУ, 2010. с. 603-604.
4. Бакуменко В. Д., Сурмін Ю. П. Загальні функції управління. Енциклопедичний словник з державного управління / уклад. : Ю. П. Сурмін, В. Д. Бакуменко, А. М. Михненко та ін. ; за ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, Ю. П. Сурміна. Київ, : НАДУ, 2010. с. 241-242.
5. Бакуменко В. Д., Штика Л. Г. Закономірність комунікативності. Енциклопедичний словник з державного управління / уклад. : Ю. П. Сурмін, В. Д. Бакуменко, А. М. Михненко та ін. ; за ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, Ю. П. Сурміна. Київ. : НАДУ, 2010. с. 249.
6. Балусьва О. В. Удосконалення системи охорони здоров'я за рахунок впровадження медичних інформаційних систем. Зб. наук. праць Донецького державного університету управління «Управління соціальним та економічним розвитком території та її підприємств», серія «Державне управління». 2006. т. VII, вип. 64 С. 25-29.
7. Беззуб І. Телемедицина в Україні: реалії та перспективи URL: http://nbuviap.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=2467:tel-emeditsina-v-ukrajini-2&catid=71&Itemid=382 (дата звернення: 15.01.2021).

8. Берназ-Лукавецька, О. М. Дистанційні медичні послуги та телемедицина. Епідемії в Європі і право: від Риму до COVID-19 : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (Одеса, 12 черв. 2020 р.) Одеса. С. 34-36.
9. Білинська М. М. Прогнозування потенційних впливів політичних рішень на громадське здоров'я. *Державне управління: теорія і практика: Електронне наук. фахове вид.* 2005. № 2. С. 155-166.
10. Біловол А. М., Берегова А. А., Ткаченко С. Г. Телемедицина – як актуальний прорив у підготовці майбутніх лікарів. матеріали. Всеукраїнської наук.-практ. конференції з міжнародною участю Актуальні проблеми вищої медичної освіти і науки Всеукраїнська науково-практична конф. з міжнародною участю. (Харків, 8 квітня 2021 р.) Харків, 2021. С 28.
11. Бінько І. Публічне управління і публічне адміністрування: співвідношення понять. *Вісник АПСВТ*, 2020. № 3-4. с. 41-47. URL: https://www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/Visnyk_3-4_2020-41-47.pdf (дата звернення 22.11.2020).
12. Бліхар М.М. Публічне адміністрування як форма реалізації публічної влади. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2020. № 7. с. 247-250. URL: http://www.lsej.org.ua/7_2020/65.pdf (дата звернення 22.11.2020).
13. Борисевич С. О. Масова комунікація. Енциклопедичний словник з державного управління / уклад. : Ю. П. Сурмін, В. Д. Бакуменко, А. М. Михненко та ін. ; за ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, Ю. П. Сурміна. Київ : НАДУ, 2010. с. 381
14. Борщ В. В. Система охорони здоров'я як структурний елемент національної безпеки України. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*, 2019. вип. 23 (1) с. 19-23. URL: http://www.visnyk-esopom.uzhnu.uz.ua/archive/23_1_2019ua/6.pdf (дата звернення 08.09.2020).
15. Булавінова К. О., Децик О. З., Ціхонь З. О. Роль комунікаційних стратегій у системі громадського здоров'я України. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 3. С. 6-10.

- 16.Булеца С. Б. Телемедицина: переваги та недоліки в правовому полі. *Право України*. 2020. №3. С. 49-60.
- 17.Бухтатий О. Є. Становлення та розвиток системи публічних комунікацій як чинник демо- кратичного державотворення України : автореф. дис. ... д-ра держ. упр. Київ, 2018. 39 с
- 18.ВІЛ інфекція в Україні: інформ. Бюллетень. / Кузін І., Марциновська В., Грабовий С. та інші Київ : Державна установа «Центр громадського здоров'я МОЗ України», 2018. № 49. 121с. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_49_2018.pdf (дата звернення 24.12.2019).
- 19.Вострикова К. С. Публічне адміністрування в сфері охорони громадського здоров'я в Україні умовах реалізації медичної реформи. дип.... Магістр Права. Запоріжжя, 2020. 126 с.
- 20.ВООЗ: Відмова від вакцинації є глобальною загрозою людству. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/vooz-vidmova-vid-vakcinacii-e-globalnoju-zagrozoju-ljudstvu> (дата звернення 10.01.2020).
- 21.Вороніна Ю. Є. Теорія та практика публічного управління та адміністрування: навчальний посібник. Мелітополь : ТОВ «Колор Принт», 2020. 204 с.
- 22.Вплив відкритих даних Національної служби здоров'я України та Міністерства охорони здоров'я України. Аналітичний звіт. URL: <https://tapas.org.ua/wp-content/uploads/2020/12/Healthcare-OD-impact-study.pdf> (дата звернення 11.06.2021)
- 23.Ганущин С. Адаптація до предметності державного управління наукових підходів, теорій і моделей комунікацій. *Ефективність державного управління*. 2016. вип. 3 (48). С. 76-86 URL: http://www.lvivacademy.com/vidavnitstvo_1/edu_48/fail/9.pdf (дата звернення 08.07.2021).

- 24.Головко, О. Станько А. А. Телемедицина в епоху COVID-19. Інформаційні моделі, системи та технології. Матеріали VIII наук.-технічної конференції Тернопіль (9-10 грудня 2020 р.) Тернопіль. 2020. С. 92-93.
- 25.Горбата, Л. П. Відкриті дані як інструмент інформаційної відкритості у діяльності органів публічної влади. *Молодий вчений*. 2018. № 5(1). С. 220-224.
- 26.Горбатова Д. І. Форми державного управління у сфері охорони здоров'я. *Право і суспільство*. 2019. № 4. С. 166-173. doi: <https://doi.org/10.32842/2078-3736-2019-4-24> (дата звернення 12.01.2020).
- 27.Горпинич А. Ставлення українського суспільства до проблеми ВІЛ/СНІДу. Соціальна робота: становлення, перспективи, розвиток Матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції (Львів, 5-6 червня 2020 року) Львів : ЛДУ БЖД, 2020 С. 62-67.
- 28.Гребеник Ю. Зміст формування комунікативної культури майбутніх медичних працівників у медичних коледжах Великої Британії. *Педагогічні науки*, 2015 № 63 С. 89-95.
- 29.Грехова О. В. Проблеми та перспективи медичного страхування в Україні. Стратегічні напрями соціально-економічного розвитку держави в умовах глобалізації. матеріали Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. (Хмельницький 20 вересн 2019р.) Хмельницький 2019, С. 79 URL: <http://socrates.vsau.org/repository/getfile.php/23755.pdf> (дата звернення: 15.07.2021).
- 30.Гузій О. В. Академія інсульту: сучасні методи боротьби з інсультом в Україні та світі. *Український медичний часопис*. 2019. URL: <https://www.umj.com.ua/article/164192/akademiya-insultu-suchasni-metodi-borotbi-z-insultom-v-ukrayini-ta-sviti> (дата звернення 18.01.2020).
- 31.Гулька О. О. Алгоритми захисту персональних даних пацієнта в телемедицині : тези.... Магістр комп'ютерні науки. Тернопіль : ТНТУ, 2019. 73 с.

32. Гушук І. В. Наукове обґрунтування концептуальних засад розвитку системи охорони громадського здоров'я України автореф. Дис. ... д-ра мед. Наук. Київ, 2020. 42 с. URL: http://www.health.gov.ua/docs/guschuk/aref_Guschuk.pdf (дата звернення 08.12.2020).
33. Даниленко А. О. Доктринальні підходи до визначення поняття публічного адміністрування. *Проблеми становлення правової демократичної держави*. 2019. № 4 (1). с. 25-27. doi: <https://doi.org/10.32850/sulj.2019.4.1.6> (дата звернення 12.01.2020).
34. Данильчук М. П. Медична інформаційна система для відбору та зберігання біомедичних даних. тези.... Магістр біомедична інженерія, Тернопіль: ТНТУ, 2019. — 96 с.
35. Деміхов О. І. Електронне урядування як пріоритетний напрям забезпечення публічної політики в сфері громадського здоров'я в Україні. *Розвиток публічного управління в Україні*, : наук.-практ. конф. за міжнар. уч. (м. Львів, 23-24 квітня 2020 р.,) Львів. 2020. С. 79-83
36. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / упоряд. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. М. М. Білинської, Я. Ф. Радиша. Київ. : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
37. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку : кол. моногр. / упоряд. Я. Ф. Радиш, передм. Т. Д. Бахтеєвої ; за заг. ред. М. М. Білинської, Я. Ф. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. 424 с.
38. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навч.-наук. вид. / М. М. Білинська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова та ін. ; за заг. ред. проф. М. М. Білинської. Львів : НАДУ, 2012. 240 с.
39. Джиґа Т. В. Еволюція ідеї відкритого урядування. Європейські культурно-історичні цінності: ретроспектива і перспектива: зб. наук. пр. за заг. ред. ОВ Зернецької. Київ : ДУ «Інститут всесвітньої історії НАН України», 2018. С. 159-164.

- 40.Дзяна Г.О. Ділова комунікація публічних службовців у системі публічного управління. Публічне управління : термінол. слов. / уклад. : В. С. Куйбіда, М. М. Білинська, О. М. Петроє та ін. ; за заг. ред. В. С. Куйбіди, М. М. Білинської, О. М. Петроє. Київ : НАДУ, 2018. с. 41.
- 41.Дітковська М.Ю. Формування та розвиток інформаційних систем в державному управлінні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*, 2009. № 3. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=49> (дата звернення 18.02.2020).
- 42.Дніпренко Н.К. Зміна парадигми в державному управлінні інформаційною сферою: комунікативний аспект: автореф. дис... канд. наук з держ. упр. Дніпропетровськ, 2005. 20 с.
- 43.Догоспітальна медична допомога при гострих порушеннях мозкового кровообігу. перші результати реформи на прикладі Одеської області / Т. Muratova, D. Khramtsov, O. Stoyanov та ін. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020. doi: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2020.1.11211> (дата звернення 01.03.2021).
- 44.Долгіх М.В.. Теоретичні засади реформування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я: дис. ... докт. філос. «Публічне управління та адміністрування» Київ, 2021. 255 с.
- 45.Доронина Т. А. Оценка эффективности рекламно-коммуникационной деятельности. *Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки*. 2015. №. 10-1.
- 46.Драгомирецька Н. М. Комунікативна діяльність в державному управлінні: теоретико- методологічний аспект : дис. ... д-ра держ. упр. Київ, 2007. 516 с.
- 47.Драгомирецька Н. М. Сучасні тенденції комунікацій у державному управлінні. *Публічне урядування*. 2015. №. 1 (1). С. 85-96.
- 48.Дрешпак В.М. Комунікативна діяльність державних службовців у світлі етичних принципів. *Публічне адміністрування: теорія та практика: електрон. збірн. наук. праць* 2009, № 1(1). URL:

<http://w.dbuapa.dp.ua/zbirnik/2009-01/DreshpakStat.pdf> (дата звернення 18.01.2020).

49. Друк В. В. Сучасні наукові підходи щодо дослідження поняття комунікація в державному управлінні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2017. № 4. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1062> (дата звернення 08.11.2020).
50. Дубич К. Консультації з громадськістю як механізм підвищення якості соціальних послуг: досвід Великобританії. *Державне управління та місцеве самоврядування: зб. наук. пр. Дніпропетровського регіон. ін.-ту держ. упр. Нац. акад. держ. упр. при Президенті України*. 2012. № 3. С. 14
51. Дубчак Л. О. Телемедицина: сучасний стан та перспективи розвитку. *Системи обробки інформації*. 2017. №1. С. 144-146
52. Електронна система охорони здоров'я. 2018. URL: <https://healthreform.in.ua/ehealth/> (дата звернення 08.11.2020).
53. Жуковська А.Ю. Інноваційні технології інклюзивної медицини. *Економіка та інноваційний розвиток національного господарства*. 2020. №3-4. С. 19-30.
54. Заболотна І. Е., Яценко Л. В. Obesity and overweight among children, diagnostic criteria and statistics of prevalence. *Клінічна та профілактична медицина*. 2019. Т. 2. №. 8. С. 36– 46.
55. Загальні дані щодо охоплення щепленнями по Україні. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/imunizaciya/okhoplennya-scheplenniyami> (13.12.2020).
56. Зайцева Т. А., Пилипенко Т. О. Організація інформаційної системи «Медична картка пацієнта» Дніпропетровської обласної лікарні. *Актуальні проблеми автоматизації та інформаційних технологій*. 2017. Т. 21. С. 87-94.
57. Занфірова Т. А., Радиш Я. Ф. Етико правові засади регулювання медичної діяльності в Україні (за матеріалами літературних джерел) : Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче

- забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення). матеріали II Всеукраїнської наук. практ. конф. (17—18.04. 2008 р.) Львів: 2008. С.124-128. URL: http://medicallaw.org.ua/uploads/media/02_124_01.pdf (дата звернення 12.03.2020).
58. Засади національної стратегії охорони здоров'я України. / Клименко П.М. та інші. ; Київ, 2018 16 с. URL: <https://kmu.edu.ua/wp-content/uploads/2018/11/Zasady-Nacionaljnoji-strateghiji-okhorony-zdorovja-Ukrajiny.pdf> (дата звернення 14.12.2020).
59. Збираник Ю.В. Перспективи розвитку комунікаційної політики у публічному управлінні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/3_2018/102.pdf (дата звернення 14.12.2020).
60. Звіт ГО «ЖИТТЯ» 2019. URL: <https://center-life.org/wp-content/uploads/2020/06/Publichnyy-zvit-2019-r..pdf> (дата звернення 14.12.2020).
61. Звіт Національної служби здоров'я України за 2020 рік. URL: <https://nszu.gov.ua/storage/files/nhsu-annual-report-2020-ua-web.pdf?1626249451> (дата звернення 24.06.2021).
62. Іващенко С. Р. Роль соціальних мереж (Facebook) у комунікаційному процесі сфери громадського здоров'я. Україна. Здоров'я нації. 2017. № 3. С. 323-324.
63. Ігнатюк О. Б., Горачук В. В. Основні засади публічного адміністрування в правовому полі українського законодавства. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 8 с. 98 – 104 doi: <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2021.8.98> (дата звернення 12.06.2021).
64. Інформаційна складова державної політики та управління : монографія / Соловійов С. Г., та ін. ; заг. ред. Грицяк Н. В. ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України, Каф. інформ. політики та електрон. урядування. Київ: К.І.С., 2015. 320 с. URL:

- http://academy.gov.ua/NMKD/library_nadu/Monogr/e008ca03-7c8b-49fa-9a91-1769523a94c7.pdf (дата звернення 14.12.2020).
- 65.Канавець М. В. Роль громадськості у просуванні реформи державного управління. *Гілея: науковий вісник*. 2017. №. 119. С. 405
 - 66.Кандзюба С. Регіональна хмара публічного управління як складова електронного уряду України. *Аспекти публічного управління*. 2020 №7(12). С. 28—37. doi: <https://doi.org/10.15421/151962> (дата звернення 12.12.2020).
 - 67.Карпенко О. В., Соловйов С. Г. Комунікативна діяльність в публічному управлінні. *Публічне управління : термінол. слов. / уклад. : В. С. Куйбіда, М. М. Білинська, О. М. Петроє та ін. ; за заг. ред. В. С. Куйбіди, М. М. Білинської, О. М. Петроє. – Київ : НАДУ, 2018. – с. 71.*
 - 68.Качмар, В. О. Медичні інформаційні системи–стан розвитку в Україні. *Український журнал телемедицини та медичної телематики*. 2010. № 1 С. 12-17
 - 69.Квасній Л., Килівник, О. Особливості впровадження медичних інформаційних систем територіального і державного рівня в умовах медичної реформи. *Соціально-компетентне управління корпораціями в умовах поведінкової економіки: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (Луцьк, 18 лютого 2020 р.)* Луцьк, 2020. С. 542-545.
 - 70.Кисельова О. І. Надточій К. О. Система охорони здоров'я: загальний огляд. *Правові горизонти*. 2020 № 25 (38). С 25-33.
 - 71.Кіслов Д. В. Термінологія комунікацій: теоретичний дискурс та його практичне використання. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2013. № 3. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=551> (дата звернення 11.09.2020).
 - 72.Кланца І. А. Громадське здоров'я як умова національної безпеки держави. *Вісник НАДУ при Президентіві України (Серія “Державне управління”)* 2018 №1. С.107-113

73. Клос Л., Назар Н. Соціальна робота у сфері громадського здоров'я (американський досвід). *Педагогіка і психологія професійної освіти*. 2016. № 4. С. 200-209
74. Книш С.В. Адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я в Україні. 12.00.07 – адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. Тернопіль, 2019. 39 с.
75. Князевич В. М., Авраменко Т.П., Короленко В. В. Перспективи розвитку публічного управління у сфері громадського здоров'я України в умовах системних змін. *Вісник Національної академії державного управління при Президентіві України. Серія: Державне управління*. 2016. № 1. С. 56-65.
76. Ковальчук А., Ханжин В., Кудлатський Я. Економічний потенціал відкритих даних для України. Київська школа економіки. 2018. URL: https://tapas.org.ua/wp-content/uploads/2019/03/TAPAS_OD_2018.pdf (дата звернення 18.06.2021)
77. Ковбаско О. М. Сервіси на основі відкритих даних як інструмент підвищення ефективності публічного управління. Економічний розвиток: теорія, методологія, управління. Матеріали V міжнародної конференції. (Прага, 26-28 листопада 2018) Прага : Nemoros s.r.o, 2016. С. 208 - 211.
78. Ковбасюк Ю. В., Приходько О.Л. Адміністрування. Енциклопедія державного управління: у 8 т. / наук.ред. кол. : Ю. В. Ковбасюк; Київ : НАДУ, 2011. Т. 1 : с. 25.
79. Колосовська І. Комунікативна складова в контексті модернізації управлінських підходів і механізмів. *Ефективність державного управління*. 2016. Вип. 4 (49). Ч. 1. С. 129-135 URL: <http://edu.lvivacademy.com/article/view/175041/176215> (дата звернення 14.12.2020).
80. Колтунов О. Ю., Оганісян М. С., Свірін М. Г. Воля політична. Енциклопедія державного управління: у 8 т. / наук.ред. кол. : Ю. В. Ковбасюк; Київ : НАДУ, 2011. Т. 2 : с. 103.

81. Комуникативна діяльність. Технічна енциклопедія. URL: <http://techtrend.com.ua/index.php?newsid=3471> (дата звернення 22.02.2020).
82. Комунікації та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я. Методичні рекомендації / Г. О. Слабкий, В. В. Шафранський, І. С. Миронюк, В. В. Кручаниця. Київ, 2016. 20 с.
83. Комунікаційна стратегія Бердянської міської ради та її виконавчих органів, 2019. URL: <http://pleddg.org.ua/wp-content/uploads/2019/11/Berdiansk-Communication-Strategy.pdf> (дата звернення 14.12.2020).
84. Комунікаційна стратегія виконавчого комітету Коломийської міської ради м. Коломия, 2017 р. URL: <http://pleddg.org.ua/wp-content/uploads/2019/11/Kolomyia-Communication-Strategy.pdf> (дата звернення 14.07.2019).
85. Комунікаційна стратегія Дмитрівської територіальної об'єднаної громади, 2019 р. URL: <https://dmitrovka-otg.gov.ua/storage/documents/attachments/aec83269d33bd9b1ce4c0377ded98939.pdf> (дата звернення 14.12.2020).
86. Комунікаційна стратегія Компаніївської селищної об'єднаної територіальної громади Кіровоградської області на 2019 – 2024 роки, 2019 р. URL: <http://www.kompanievska-selrada.gov.ua/images/news/2019/11/komynst.pdf> (дата звернення 20.03.2020).
87. Комунікаційна стратегія Миколаївської ОТГ на 2019-2022 рр. URL: <https://mykolaivka.otg.dp.gov.ua/storage/app/uploads/public/5ec/39e/35e/5ec39e35e1148812218584.pdf> (дата звернення 21.03.2020).
88. Комунікаційна стратегія міста Івано-Франківськ, 2017 р. URL: <http://pleddg.org.ua/wp-content/uploads/2019/11/IF-Communication-Strategy-1.pdf> (дата звернення 22.03.2020).
89. Комунікаційна стратегія Нижньовербізької ОТГ на 2020-2026 рр. URL: <https://nvotg.gov.ua/storage/documents/attachments/02da0b3126185832ae758350b0621492.pdf> (дата звернення 05.02.2021).

90. Комунікативна стратегія Софіївської об'єднаної територіальної громади 2019 URL: <https://sofotg.gov.ua/storage/documents/attachments/a67ce7d816ebb78b711845cfc9d6990b.pdf> (дата звернення 20.03.2020).
91. Комунікативна стратегія Станіславської сільської ради на 2020–2021 рр. (Станіславська сільська об'єднана територіальної громади) URL: <https://stanislavskaotg.dosvit.org.ua/storage/documents/attachments/d5ac076c9271c19f16acc0a4d559443f.pdf> (дата звернення 05.02.2021).
92. Комунікативні стратегії URL: <http://pleddg.org.ua/ua/komunikaciyini-strategii/> (дата звернення 05.02.2021).
93. Концепція забезпечення національної системи стійкості: затв. Указом Президента України від 20.08.2021 р. № 479/2021 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/479/2021#Text> (дата звернення 22.08.2021).
94. Копняк К. Оцінювання ефективності впровадження медичних інформаційних систем. *Економіка і організація управління*. 2017. №2 С.109-119.
95. Кошелева Л. Основні теоретичні підходи до визначення публічного адміністрування. *Public Administration and Local Government*, 2018, № 2(37). с. 13-19. URL: [http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2018/2018_02\(37\)/4.pdf](http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2018/2018_02(37)/4.pdf) (дата звернення 17.09.2020)
96. Кошеля І. І. Епідеміологія інфаркту міокарда в Україні. Україна. *Здоров'я нації*. 2020. Т. 2. №. 3. С. 63-69.
97. Кравчук, І. П. Попадюк О. В., Лопашук І. А. Європейський досвід побудови мережевої економіки та пріоритетні напрямки її розвитку в Україні. *Український журнал прикладної економіки*. 2019. Том 4. № 3. С. 149–160.
98. Крот В. І. Аналіз та розробка програмного забезпечення з відкритим кодом для опрацювання та передачі телемедичних даних по каналу WiFi : дис.... Магістр комп'ютерні науки. Тернопіль : ТНТУ, 2021. 141 с.

99. Кукарін О.Б. Комунікації організаційні. Енциклопедичний словник з державного управління / уклад. : Ю. П. Сурмін, В. Д. Бакуменко, А. М. Михненко та ін. ; за ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, Ю. П. Сурміна. Київ, НАДУ, 2010. С. 330.
100. Кюкало О. О. Реформування системи охорони здоров'я України у контексті досвіду зарубіжних країн. автореф. дип. ... магістр Публічне управління та адміністрування. Миколаїв, 2020. 10 с.
101. Лакшина М.Г. Концептуальні засади взаємодії органів державної влади та засобів масової інформації в умовах демократизації державного управління в Україні. автореф. дис. ... д- ра наук з державного управління. Київ. 2008. 18 с.
102. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Заярський М.І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. Україна. *Здоров'я нації*. 2018. № 4 (52), с. 5-11. URL: <https://repo.dma.dp.ua/4969/1/%D0%9B%D0%B5%D1%85%D0%B0%D0%BD.pdf> (дата звернення 14.08.2020).
103. Лещенко О. І., Бондаренко Г. С., Пенязенко В. І. Аналіз проблем побудови та захисту інформації розподіленої інформаційної системи медичних установ. Кібербезпека в Україні: правові та організаційні питання: матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф. (м. Одеса, 17 листопада 2017 р.).—Одеса, 2017. С. 171-173.
104. Литвинова Л. В., Збираник Ю. В. Теоретичні аспекти розвитку комунікації в органах публічної влади в Україні. *Державне управління: теорія та практика. електрон. наук. фах. вид.* 2015. URL: http://www.e-ratr.academy.gov.ua/2015_2/3.pdf (дата звернення 27.05.2020).
105. Логвиненко, Б. О. Громадське здоров'я як пріоритет державної політики України у сфері національної безпеки. *Міжнародна та національна безпека: теоретичні і прикладні аспекти Матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Дніпро, 13.березня. 2020). Дніпро 2020, С. 208-209.

106. Ляшко В. Представлення реформи системи громадського здоров'я. Національний, регіональний та місцевий рівні. URL: http://healthreform.in.ua/wp-content/uploads/2018/03/5_Liashko_Public_health.pdf (дата звернення 09 жовтня 2020).
107. Мажник Н. А. Комунікація у державному управлінні. Енциклопедичний словник з державного управління / уклад. : Ю. П. Сурмін, В. Д. Бакуменко, А. М. Михненко та ін. ; за ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, Ю. П. Сурміна. Київ : НАДУ, 2010. –с. 330-331.
108. Майстро Р. Г., Васильєва К. В. Проблеми оцінки комунікаційної діяльності в роздрібній торгівлі. *Вісник Нац. техн. ун-ту "ХПІ"* : зб. наук. пр. Темат. вип. : Технічний прогрес та ефективність виробництва. 2015. № 60 (1169). С. 8-11.
109. Максименцева Н. Правова детермінація поняття публічного адміністрування у галузі використання та охорони надр. *Адміністративне право і процес*. 2018. № 5. с. 128-133. URL: <http://pgp-journal.kiev.ua/archive/2018/5/26.pdf> (дата звернення 17.09.2020).
110. Медична реформа. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya> (дата звернення 08.09.2020).
111. Мельник А. Ф. Комунікація управлінська. Енциклопедичний словник з державного управління / уклад. : Ю. П. Сурмін, В. Д. Бакуменко, А. М. Михненко та ін. ; за ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, Ю. П. Сурміна. Київ : НАДУ, 2010. с. 331.
112. Мельник А. Ф., Васіна А. Ю. Комунікація управлінська. Енциклопедія державного управління: у 8 т. / наук.ред. кол. : Ю. В. Ковбасюк; Київ : НАДУ, 2011. Т. 2 : с. 247-250.
113. Меморандум щодо впровадження телемедицини. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/minregion-moz-svitovij-bank-ta-ministerstvo->

zakordonnih-sprav-torgivli-ta-rozvitku-kanadi-pidpisali-memorandum-shodo-vprovadzhennya-telemedicini (дата звернення: 05.07.2021).

114. Методики розрахунку ефективності медичних інформаційних систем і технологій. / Тимчик, С. В., Тітова, Н. В., Кривносів, В. Е. та ін. Вісник Херсонського національного технічного університету. 2017. № 1. С.176-188.
115. Методичні рекомендації з діагностики та лікування деяких захворювань при наданні телемедичних послуг (для лікарів загальної практики – сімейної медицини) / Ю. В. Вороненко та ін. НМАПО імені П. Л. Шупика, 2019. 104 с.
116. Миронов А. Г. Адміністративно-правове забезпечення державного контролю в сфері охорони здоров'я: дис. ... д-ра. Філософії. Запоріжжя, 2020. 188 с.
117. Михненко А. М. Комунікації. Енциклопедичний словник з державного управління / уклад. : Ю. П. Сурмін, В. Д. Бакуменко, А. М. Михненко та ін. ; за ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, Ю. П. Сурміна. Київ, : НАДУ, 2010. с. 330.
118. Михненко А. М., Месюк М. П. Становленн неурядових організацій періоду незалежності України. Енциклопедія державного управління: у 8 т. / наук.ред. кол. : Ю. В. Ковбасюк; Київ : НАДУ, 2011. Т. 3 : с. 657.
119. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу). URL: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf> (дата звернення 14.12.2020).
120. Мінцер О. П., Вороненко Ю. В. Концепція інформатизації охорони здоров'я України. *Медична інформатика та інженерія*. 2012. № 3. С. 5-29.
121. МОЗ України представило рекомендації зі здорового харчування. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/moz-ukraini-predstavilo-rekomendacii-zi-zdorovogo-harchuvannja> (дата звернення 14.12.2020).

122. Музика-Стефанчук О. Цифрова економіка та нові фінансові технології. *Теорія і практика інтелектуальної власності*. 2019. №2. doi: <https://doi.org/10.33731/22019.167302> (дата звернення 12.01.2020).
123. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. *Вісник АПСВТ*. 2020, № 1-2, С. 43-52. doi: <https://doi.org/10.33287/11206> (дата звернення 12.12.2020).
124. Науменко Р. А. Публічне адміністрування // Публічне управління : термінол. слов. / уклад. : В. С. Куйбіда, М. М. Білинська, О. М. Петроє та ін. ; за заг. ред. В. С. Куйбіди, М. М. Білинської, О. М. Петроє. – Київ : НАДУ, 2018. – с. 142-143.
125. Неугодніков А. Публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я. *Юридичний вісник*. 2019. №3. с. 63-69 doi: <https://doi.org/10.32837/yuv.v0i3.940> (дата звернення 12.01.2020).
126. Огоренко В. В., Гненна О. М. Особливості ставлення студентів–медиків до людей, які живуть з ВІЛ–інфекцією. *Вісник проблем біології і медицини – Bulletin of problems biology and medicine*. 2019. Т. 2. С. 168– 171.
127. Олексюк Л. В. Розвиток понятійно-категоріального апарату електронного доступу до публічної інформації та відкритих даних. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. Серія : Державне управління. 2016. № 2. С. 36-43 URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vnaddy_2016_2_7 (дата звернення 14.12.2020).
128. Онда А. І. Підходи до оцінювання якості роботи сімейного лікаря (на прикладі впровадження регіональної інформаційної медичної системи" MEDSTAR". Тези магістр публічне управління та адміністрування. Суми, 2020. 45 с.
129. Оносовський Д. Телемедицина: сьогодення, майбутнє або тупік? URL: <https://de-jure.ua/telemedicina-nastoyashhee-budushhee-ili-t/> (дата звернення: 14.08.2021).

130. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України від 19.11.1992 р. № 1756-IX. *Відомості Верховної Ради України*. 1993. № 4. ст.19. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення 08.06.2021).
131. Основи публічного адміністрування : навч. посіб. / Ю. П. Битяк, Н. П. Матюхіна, М. С. Ковтун та ін. ; за заг. ред. Н. П. Матюхіної. – Харків : Право, 2018. – 172 с.
132. Охорона здоров'я в ОТГ. URL: <https://politosvita.ba.org.ua/decentralization/modul-8-ohorona-zdorov-ya-v-otg/> (дата звернення 08.09.2020).
133. Оцінка стану оприлюднення та оновлення відкритих даних: звіт URL: https://tapas.org.ua/wp-content/uploads/2019/09/Otsinka-stanu-opryliudnennia-VD_zvit.pdf (дата звернення 11.06.2021)
134. Павленко Є. М. Підходи до модернізації сучасної моделі комунікативної політики органів публічної влади України. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2021 № 2 (29). С. 29-36. URL: <http://customs-admin.umsf.in.ua/archive/2021/2/7.pdf> (дата звернення 08.07.2021).
135. Палагін О. В, Семікопна Т. В, Чайковський І. А, Сивак О. В. Телереабілітація: інформаційно-технологічна підтримка та досвід використання. *Клінічна інформатика і Телемедицина*. 2020. т.15, вип.16. С. 35-44. URL: http://kit-journal.com.ua/doc/2020_16/015.pdf (дата звернення 10.01.2021).
136. Панцир С., Крупник А. Взаємодія влади і громадськості через механізм громадських рад: стан і перспективи: монографія. Київ: Fond "Європа XXI", 2008. 91 с.
137. Панченко О. А, Антонов В. Г. Фактори інформаційної безпеки суспільного розвитку в державному управлінні. *Клінічна інформатика і Телемедицина*. 2020. т.15, вип.16. С. 121-128.

138. Панчук А. М. Інфодинаміка. Енциклопедичний словник з державного управління / уклад. : Ю. П. Сурмін, В. Д. Бакуменко, А. М. Михненко та ін. ; за ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, Ю. П. Сурміна. Київ. : НАДУ, 2010. с. 293.
139. Панчук А. М. Комуникативна система. Енциклопедичний словник з державного управління / уклад. : Ю. П. Сурмін, В. Д. Бакуменко, А. М. Михненко та ін. ; за ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, Ю. П. Сурміна. – К. : НАДУ, 2010. – с. 330.
140. Пахомова Т. І. Комунікації в системі публічної служби. Публічне управління : термінол. слов. / уклад. : В. С. Куйбіда, М. М. Білинська, О. М. Петроє та ін. ; за заг. ред. В. С. Куйбіди, М. М. Білинської, О. М. Петроє. Київ : НАДУ, 2018. с. 71.
141. Пеліванова Н. І. Правове регулювання публічних консультацій: міжнародні стандарти та завдання для України. *Головний редактор*. 2019. С. 73
142. Петровський П. М. Раціональність комуникативна. Публічне управління : термінол. слов. / уклад. : В. С. Куйбіда, М. М. Білинська, О. М. Петроє та ін. ; за заг. ред. В. С. Куйбіди, М. М. Білинської, О. М. Петроє. Київ : НАДУ, 2018. с. 150.
143. Петруня Ю. Є., Яременко С. С. Маркетингова комунікаційна діяльність машинобудівного підприємства. *Європейський вектор економічного розвитку*. 2013. №. 2. С. 196-204.
144. Питання комуникативних компетенцій у підготовці фахівців громадського здоров'я. / Т. С. Грузєва, Л. О. Литвинова, Н. В. Гречишкіна, О. М. Донік, Г. В. Іншакова. *Медична освіта*. 2018. № 2. С. 112-117.
145. Питання медико-соціальної експертизи Постанова Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 р. № 1317 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1317-2009-%D0%BF#Text> (дата звернення 07.01.2019).

146. Питання міністерства охорони здоров'я. Розпорядження Кабінету міністрів України від 02.09.2015 р. №909-р URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/909-2015-%D1%80#Text> (дата звернення 08.07.2020).
147. Підключені до eHealth MIC. eZdorovya. URL: <https://ehealth.gov.ua/pidklyucheni-do-ehealth-mis> (дата звернення 08.07.2021).
148. План заходів з реалізації II етапу Національної стратегії реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017-2026: затв. Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 01.06.2020 р. № 703-р URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/703-2020-%D1%80#n16> (дата звернення 22.08.2021).
149. Польська Т. Д. Відносини з громадськістю: соціально відповідальна комунікація в публічному управлінні. *Вісник Національного університету цивільного захисту України : зб. наук. пр.* 2018. вип. 1 (8). С249 - 257. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.1240892> (дата звернення 12.11.2019).
150. Помогайбо К. Г. Медико– соціальне обґрунтування моделі управління якістю життя дітей з ожирінням : дис. ... канд. мед. наук : Харків, 2019. 258 с..
151. Порядок надання первинної медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 р. № 504 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text> (дата звернення 08.02.2020).
152. Порядок опублікування відомостей з електронної системи охорони здоров'я Національною службою здоров'я, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 р. № 411 від 14.05.2020 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#n19> (дата звернення 24.05.2020).
153. Порядок роботи оперативно-диспетчерських служб центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Постанова Кабінету Міністрів України від 28 грудня 2020 р. № 1359 URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1359-2020-%D0%BF#Text> (дата звернення: 10.03.2021).

154. Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я, Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 р № 411 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#n19> (дата звернення 08.07.2020).
155. Прасол В.П. Механізми публічного управління розвитком недержавного сектора охорони суспільного здоров'я в Україні: дис. ...канд. наук. з держ. упр. Харків, 2021, с. 194.
156. Присяжнюк, П. Комунікативні моделі: генеза та сучасний стан. *Актуальні Проблеми Державного Управління*. 2019. № 2 (56) С. 52-58.
157. Приятельчук О.А., Система охорони здоров'я як механізм реалізації моделі загального добробуту в Скандинавському регіоні. *Економіка та суспільство*. 2018. № 19. С. 910-918.
158. Про відкритість використання публічних коштів. Закон України від 11.02.2015 № 183-VIII. Відомості Верховної Ради. 2015. № 16. ст.10. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/183-19#Text> (дата звернення 08.07.2021).
159. Про внесення змін до деяких законів України щодо доступу до публічної інформації у формі відкритих даних. Закон України від 09 квітня 2015 № 319-VIII. Відомості Верховної Ради (ВВР), 2015, № 25, ст.192 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/319-19#Text> (дата звернення 08.07.2021).
160. Про внесення змін до постанов Кабінету Міністрів України від 21.10.2015 р. № 835 і від 30.11.2016 р. № 867. Постанова Кабінету міністрів від 03.03.2021 р. № 407 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/407-2021-%D0%BF#Text> (дата звернення 08.07.2021).
161. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. Відомості Верховної Ради. 2018, № 5, ст.31 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення 08.07.2021).

162. Про доступ до публічної інформації. Закон України від 13.01.2011 № 2939-VI. *Відомості Верховної Ради України*. 2011. № 32. ст. 314. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2939-17#Text> (дата звернення 08.07.2021).
163. Про друковані засоби масової інформації (пресу) в Україні. Закон України від 03.07.2020 р. № 2782-XII. *Відомості Верховної Ради України*. 1993. № 1. ст. 1 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2782-12#Text> (дата звернення 05.05.2021).
164. Про екстрену медичну допомогу. Закон України від 16.10.2020 р. № 5081-VI. *Відомості Верховної Ради*. 2013. № 30. ст.340. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text> (дата звернення 08.07.2021).
165. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення. Закон України від 14.01.2021 р. № 4004-XII. *Відомості Верховної Ради України*. 1994. № 27. ст.218. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12#Text> (дата звернення 13.03.2021).
166. Про забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики Постанова Кабінету Міністрів України від 03.11.2010 р. № 996 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/996-2010-%D0%BF#Text> (дата звернення 08.07.2021).
167. Про затвердження Державної стратегії регіонального розвитку на 2021-2027 роки. Постанова Кабінету Міністрів України від 05.08.2020 р. № 695 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/695-2020-%D0%BF#Text> (дата звернення 21.09.2020).
168. Про затвердження Змін до деяких нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України Наказ МОЗ від 14.06.2021 № 1195 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0835-21#Text> (дата звернення: 08.07.2021).
169. Про затвердження критеріїв діяльності надавачів соціальних послуг Постанова Кабінету Міністрів України від 03.03.2020 р. № 185 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/185-2020-%D0%BF?find=1&text#Text> (дата звернення 11.07.2020).

170. Про затвердження Національного плану дій з виконання резолюції Ради Безпеки ООН 1325 “Жінки, мир, безпека” на період до 2025 року: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 28.10.2020 р. № 1544-р URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1544-2020-%D1%80#Text> (дата звернення 21.12.2020).
171. Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я. Наказ Міністерства охорони здоров'я від 19.11.1992. № 2801-XII. від 19.10.2015 № 681. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1400-15#Text> (дата звернення: 11.08.2021).
172. Про затвердження нормативно-правових актів з питань надання екстреної медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 24.09.2020 № 2179. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1192-20#Text> (дата звернення: 08.07.2021).
173. Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах. Постанова Кабінета міністрів України від 17.09.1996 р. № 1138. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-%D0%BF#Text> (дата звернення: 16.08.2021).
174. Про затвердження плану дій з реалізації принципів Міжнародної хартії відкритих даних. Постанова Кабінету міністрів від 21.11.2018 р. № 900-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/900-2018-%D1%80#Text> (дата звернення 08.07.2021).
175. Про затвердження плану заходів щодо підтримки сфери культури, охорони культурної спадщини, розвитку креативних індустрій та туризму: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 03.02.2021 р. № 84-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/84-2021-%D1%80#Text> (дата звернення 18.03.2021).
176. Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку електронної охорони здоров'я. Розпорядження КМУ № 1175-р. URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1175-2021-%D1%80#Text> (дата звернення: 05.08.2021).

177. Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги Розпорядження Кабінету Міністрів України від 29.01.2020 р. № 111-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/111-2020-%D1%80?find=1&text#Text> (дата звернення 11.07.2020).
178. Про затвердження Положення про набори даних, які підлягають оприлюдненню у формі відкритих даних. Постанова Кабінету міністрів від 21.10.2015 р. № 835. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/835-2015-%D0%BF#Text> (дата звернення 08.09.2020).
179. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 504. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-19032018--504-pro-zatverdzhennja-porjadku-nadannja-pervinnoi-medichnoi-dopomogi> (дата звернення: 12.05.2021).
180. Про затвердження Протоколу надання реабілітаційної допомоги пацієнтам з коронавірусною хворобою (COVID-19) та реконвалесцентам Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20.04.2021 № 771 URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-20042021--771-pro-zatverdzhennja-protokolu-nadannja-reabilitacijnoi-dopomogi-pacientam-z-koronavirusnoju-hvorobuju--covid-19-ta-rekonvalescentam> (дата звернення: 08.05.2021).
181. Про захист інформації в інформаційно-телекомунікаційних системах. Закон України від 05.07.1994. № 80/94-ВР *Відомості Верховної Ради України*. 1994. № 31. ст.286 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/80/94-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 12.05.2021).
182. Про захист населення від інфекційних хвороб Закон України від 16.06.2021 р. *Відомості Верховної Ради України*. 2000. № 29. ст. 228. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text> (дата звернення 09.04.2021).

183. Про захист персональних даних. Закон України Від 01.06.2010 р. № 2297-VI. *Відомості Верховної Ради України*. 2010. № 34. ст. 481. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2297-17#Text> (дата звернення: 02.03.2021).
184. Про заходи Національного банку України щодо протидії кризовим явищам та ситуацію на валютному ринку України. Рішення Кабінету Міністрів України від 31.03.2020 № 9-рд. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/vr009500-20?find=1&text#Text> (дата звернення 21.09.2020).
185. Про звіт Тимчасової слідчої комісії Верховної Ради України з питань розслідування випадків та причин порушення прав дитини під час здійснення децентралізації повноважень з питань охорони дитинства, реформування системи закладів інституційного догляду та виховання, реалізації права дитини на сімейне виховання та усиновлення, розвитку (модернізації) соціальних послуг: Постанова Верховної Ради України від 14.07.2021 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1642-20#Text> (дата звернення 22.08.2021).
186. Про інформацію. Закон України від 16.07.2020 р. № 2657-XII. *Відомості Верховної Ради України*. 1992. № 48. ст. 650. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2657-12#Text> (дата звернення 05.10.2020).
187. Про лікарські засоби Закон України від 08.08.2021 р. № 123/96-ВР. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 22. ст. 86. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення 08.11.2020).
188. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 21.05.1997 № 280/97-ВР. *Відомості Верховної Ради України* 1997. № 24. ст.170. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення 08.08.2021).
189. Про Національну молодіжну стратегію до 2030 року: затв. указом Президента України від 12.03.2021 р. 94/2021, URL:

- <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/94/2021?#Text> (дата звернення 18.05.2021).
190. Про Національну стратегію у сфері прав людини: затв. указом Президента України від 24.03.2021 р. 119/2021, URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/119/2021?#Text> (дата звернення 18.05.2021).
191. Про невідкладні заходи щодо забезпечення екологічної безпеки та підготовку заходів до 35-х роковин Чорнобильської катастрофи: затв. Указом Президента України, від 09.12.2020 р. 556/2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/556/2020?#Text> (дата звернення 18.03.2021).
192. Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.02.2016 р. № 69. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0285-16#Text> (дата звернення 06.05.2020).
193. Про Основні засади (стратегію) державної екологічної політики України на період до 2030 року Закон України від 28.02.2019 р. 2697-VII. Відомості Верховної Ради. 2019. № 16. ст.7. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2697-19?find=1&text#Text> (дата звернення 11.07.2020).
194. Про основні засади забезпечення кібербезпеки України. Закон України від 01.08.2021 р. 2163-VIII. Відомості Верховної Ради. 2017. № 45. ст. 403. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2163-19?find=1&text#Text> (дата звернення 12.12.2020).
195. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості. Закон України від 14.11.2017 р. № 2206-VIII. Відомості Верховної Ради. 2018. № 5. ст. 32. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text> (дата звернення 11.11.2020).

196. Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ. Закон України від 05.12.2012 р. № 1972-XII. *Відомості Верховної Ради України*. 1992. № 11. ст. 152. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12#Text> (дата звернення 08.09.2019).
197. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні Закон України від 31.12.2020 р. № 2961-IV. *Відомості Верховної Ради України*. 2006. № 2-3. ст. 36. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text> (дата звернення 18.01.2021).
198. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я. Закон України від 03.12.2020 р. № 1053-IX. *Відомості Верховної Ради*. 2021. № 8. ст. 59. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> (дата звернення: 05.08.2021).
199. Про Рекомендації парламентських слухань на тему: "Про реформу охорони здоров'я в Україні". Постанова Верховної ради. Опубліковано *Відомості Верховної Ради*. 2016, № 21, ст. 450. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-19#Text> (дата звернення: 05.08.2021).
200. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 14 вересня 2020 року: затв. Указом Президента України "Про Стратегію національної безпеки України" від 14.09.2020 р. 392/2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/392/2020?#Text> (дата звернення 21.09.2020).
201. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 29.12.2016 р. «Про Доктрину інформаційної безпеки України» затв. Указом Президента України від 25.02.2017. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/47/2017#Text> (дата звернення 06.04.2020).
202. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України: затв. Указом Президента України від 14.05.2021 р. «Про Стратегію кібербезпеки

- України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/447/2021#Text> (дата звернення 01.07.2020).
203. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України: затв. Указом Президента України від 14.05.2021 року "Про Стратегію людського розвитку". URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/225/2021#Text> (дата звернення 22.08.2021).
204. Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я. Розпорядження КМУ від 28.12.2020 р. № 1671-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-%D1%80#Text> (дата звернення: 05.06.2021).
205. Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1018-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80?find=1&text#Text> (дата звернення 22.11.2018).
206. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1002-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80#Text> (дата звернення 12.09.2020).
207. Про схвалення Стратегії державної міграційної політики України на період до 2025 року. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 12 липня 2017 р. № 482-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/482-2017-%D1%80#Text> (дата звернення 11.07.2020).
208. Про схвалення Стратегії енергетичної безпеки: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 4.08.2021 р. № 907-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/907-2021-%D1%80#Text> (дата звернення 22.08.2021).
209. Про схвалення Стратегії забезпечення сталої відповіді на епідемії туберкульозу, в тому числі хіміорезистентного, та ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2020 року та затвердження плану заходів щодо її реалізації.

- Розпорядження Кабінету Міністрів України від 22.03.2017 р. № 248-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/248-2017-%D1%80#Text> (дата звернення 01.07.2020).
210. Про схвалення Стратегії розвитку інформаційного суспільства в Україні. Розпорядження КМУ від 15.05.2013 р. № 386-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/386-2013-%D1%80#Text> (дата звернення: 05.08.2021).
211. Про утворення Державного клінічного науково-практичного центру телемедицини Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25.05.2007 № 269. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0269282-07#Text> (дата звернення: 16.08.2021).
212. Про утворення державної установи «Центр громадського здоров'я України Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 18.09.2015 р. № 604 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0604282-15#Text> (дата звернення 18. 11.2020).
213. Програма медичних гарантій: впровадження в Україні. URL: https://moz.gov.ua/uploads/0/3798-programa_medicnih_garantij_vprovadzenna_v_ukraini.pdf (дата звернення: 05.08.2021).
214. Радиш Я. Інформаційне забезпечення державного управління охороною здоров'я. *Управління сучасним містом*. 2001. № 10-12 (4). С. 51-55.
215. Рачинська О. А. Оптимізація механізмів комунікативної взаємодії у сфері публічного управління. *Інвестиції: практика та досвід* 2019. № 4. С. 158-164. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/4_2019/27.pdf (дата звернення 18.01.2020).
216. Рачинська О. А. Механізми реалізації комунікативної взаємодії у сфері публічного управління. автореф. дис. ... канд наук з держ. упр. Київ. 2019, 23 с.

217. Рашковська О. В. Громадянська комунікація як стратегічний ресурс демократизації державного управління в Україні : дис. ... канд. держ. упр. : Київ, 2016. 255 с.
218. Рингач, Н. О. (2009). Громадське здоров'я як чинник національної безпеки: монографія. Київ: НАДУ, 296
219. Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я: Операційний посібник / В. Ляшко, Н. Півень, М. Брага, та ін. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Manual_Development%20and%20funding%20of%20regional%20and%20local%20public%20health%20programs_print_210x297%2B3mm.pdf (дата звернення 24.05.2021).
220. Рудень В. В., Ковальська І. М. Аналіз і прогноз показників смертності з причини гострого інфаркту міокарда серед населення в Україні. *Україна. Здоров'я нації*. 2019. № 1. С. 131– 139.
221. Самборський О. С., Островерхов В. М. Перспективи розвитку медичних інформаційних систем. Актуальні проблеми економічного розвитку у глобалізованому світі : зб. тез доп. наук.-практ. конф. (м. Івано-Франківськ, 31 трав. 2018 р.) Івано-Франківськ: ІФННІМ ТНЕУ. 2009. С. 16-18.
222. Самофалов Д. О. Етапи становлення публічного управління та публічного адміністрування комунікативної діяльності громадського здоров'я в Україні. *Наукові перспективи: журнал*. 2020. № 5. С. 244 – 256.
223. Самофалов Д. О. Зарубіжний досвід використання відкритих даних як комунікаційного інструменту для покращення публічного управління та публічного адміністрування охороною здоров'я. *Наукові перспективи: журнал*. 2021. № 7. С. 271 – 286.
224. Самофалов Д. О. Зарубіжний досвід громадських консультацій як форми комунікації громадськості що впливає на прийняття рішень у сфері охорони здоров'я. *Theory and Practice of Public Administration : Collection of Scientific Works*. 2020. № 2 (69). С. 233-239.

225. Самофалов Д. О. Зарубіжні концептуальні підходи до комунікацій у системі охорони здоров'я. *Держава та регіони. Серія: Державне управління* 2019. № 2 (66). С. 11 – 18.
226. Самофалов Д. О. Оцінка використання відкритих даних як комунікативного інструменту публічного адміністрування охороною здоров'я в Україні. *Вчені записки ТНУ імені Вернадського Серія державне управління*. 2021. Том 32 (71) № 4. С. 60 – 66.
227. Самофалов Д. О. Оцінка ефективності комунікативної діяльності в публічному адмініструванні громадського здоров'я різних країн. *Наукові перспективи: журнал*. 2020. № 4. С. 90 – 103.
228. Самофалов Д. О. Публічне управління й адміністрування медичних інформаційних систем як основного інструменту інформаційно-комунікативних технологій в охороні здоров'я України. *Вчені записки ТНУ імені Вернадського Серія державне управління* 2021. Том 32 (71). №3. С. 48 -54.
229. Самофалов Д. О. Моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні громадського здоров'я: зарубіжний та український підходи. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. № 9. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1728> (дата звернення 05.02.2021).
230. Серант А. Й. Комунікація масова. Енциклопедія державного управління: у 8 т. / наук.ред. кол. : Ю. В. Ковбасюк; Київ : НАДУ, 2011. Т. 8 : с. 274-276.
231. Седая Ю. С. Кібервійна: основні теоретичні положення. *Українське суспільство в умовах війни: виклики сьогодення та перспективи миротворення* Всеукраїнська наук.-практ. Конаф. (Маріуполь. 9 червня 2017 року) 2017. С. 249 – 252 URL: <http://rp.dsum.edu.ua/bitstream/123456789/1083/1/%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D1%84%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BD%D1%86%D1%96%D1%8F.%2009.06.2017-249-252.pdf> (дата звернення 11.12.2019).

232. Сіделковський О. Суб'єкти формування та реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я. *Публічне право* 2020. № 1 (37) с. 116-123
URL: <https://www.publichne-pravo.com.ua/files/37/pdf/pp-2020-37-10.pdf> (дата звернення 14.12.2020).
233. Система громадського здоров'я. Інформаційний бюлетень Міністерство охорони здоров'я України Одеський обласний центр громадського здоров'я. 2020. вип.1. URL: <https://healthcenter.od.ua/wp-content/uploads/2020/09/info-bulleten.pdf> (дата звернення 14.12.2020).
234. Слабкий Г. О., Знаменська М. А., Жданова О. В. Роль комунікацій в розвитку та діяльності охорони здоров'я: аналітичний огляд міжнародних документів та публікацій. *Україна. Здоров'я нації*. 2019. № 1 (54). С. 59-66.
235. Слабкий Г. О., Знаменська М. А., Знаменська Т. К. Комунікації в охороні здоров'я: монографія. Київ, 2019. - 194 с.
236. Сокол К., Шульгай А. Гіпертонічна хвороба, інфаркт міокарда. Соціально– медичне дослідження : монографія. Тернопіль:Лілея, 2011. 160 с.
237. Соколов В. Н, Анищенко Л. В, Бянов А. С, Никитина О. В. Внебольничная пневмония. Дифференциальная диагностика. COVID-19. *Клінічна інформатика і Телемедицина*. 2020. т.15, вип.16. С. 15 – 27.
238. Соловійов С. Г. Комунікації в публічному управлінні (державна комунікація). Енциклопедія державного управління: у 8 т. / наук.ред. кол. : Ю. В. Ковбасюк; Київ : НАДУ, 2011. Т. 8 : с. 273-274.
239. Статистика з ВІЛ/СНІДу. Епідемічна ситуація з ВІЛ– інфекції в Україні станом на 01.04.2019. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid/statistika-z-vilsnidu> (дата звернення 14.12.2020).
240. Статут Державної Установи «Одеський обласний лабораторний центр Міністерства охорони здоров'я України». URL: <http://oolc.od.ua/wp-content/uploads/2020/10/%D0%98%D1%82%D0%BE%D0%B31.pdf> (дата звернення 11.06.2021)

241. Стрельченко О. Г. Публічне адміністрування у сфері обігу лікарських засобів автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. Дніпро, 2019. 38 с.
242. Сурмін Ю. П. Теория систем и системный анализ. К.: МАУП. 2003. 364 с.
243. Сурмін Ю. П., Трощинський В. П. Енциклопедичний словник з державного управління / уклад. : Ю. П. Сурмін, В. Д. Бакуменко, А. М. Михненко та ін. ; за ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, Ю. П. Сурміна. – К. : НАДУ, 2010. – с. 605.
244. Таран Є. І. Співвідношення понять «державне управління», «публічне адміністрування» та «публічне управління» у трансформаційних процесах України. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Державне управління*. 2020. Том 31 (70) № 2 с. 33-37. URL: http://www.pubadm.vernadskyjournals.in.ua/journals/2020/2_2020/7.pdf (дата звернення 21.12.2020).
245. Твердохліб О.С. Методологія та практика реалізації концепту відкритих даних в органах публічного управління України. *Публічне адміністрування: теорія та практика*. 2017. Вип. 2 (17). URL: [http://www.dridu.dp.ua/zbirnik/2017-02\(18\)/7.pdf](http://www.dridu.dp.ua/zbirnik/2017-02(18)/7.pdf) (дата звернення 21.12.2020).
246. Терентюк В. Г. Роль і місце медичних інформаційних систем та програмних сервісів для пацієнтів у побудові e-health в Україні. Тези доповідей IV Міжнародної науково-практичної конференції. «Інформаційні технології в освіті, науці і техніці». (Черкаси, 17-18 травня 2018р.) 2018. С. 174. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/158553823.pdf#page=175> (дата звернення 14.09.2019).
247. Ткач І. В. Зарубіжний досвід дотримання принципів прозорості та відкритості в діяльності органів публічної влади. *Наукові праці Чорноморського державного університету імені Петра Могили комплексу Києво-Могилянська академія. Серія: Державне управління*. 2017. Т. 305. Вип. 293. - С. 44-50.

248. Тодосійчук В. Л. Публічне адміністрування в Україні. Економіка та управління підприємствами. 2018. вип. 34. с. 84-91. URL: http://bses.in.ua/journals/2018/34_2018/19.pdf (дата звернення 17.09.2020)
249. Трансформація охорони здоров'я у 2020 році: основні підсумки та досягнення. URL: <https://nszu.gov.ua/novini/transformaciya-ohoroni-zdorovya-u-2020-roci-osnovni-pidsumki-438> (дата звернення: 08.08.2021).
250. Триус Ю.В., Сокол О.Л., Настенко Г.М., Білокобилий М.П. Дорожня карта впровадження медичних інформаційних систем у закладах охорони здоров'я. Тези доповідей IV Міжнародної науково-практичної конференції. «Інформаційні технології в освіті, науці і техніці». (Черкаси, 17-18 травня 2018р.) 2018. С. 123. URL: <http://elibrary.kdpu.edu.ua/bitstream/123456789/2871/1/itont-2018.pdf#page=177> (дата звернення 14.12.2020).
251. У 2020 році НСЗУ оплатить лікування гострого мозкового інсульту за підвищеним тарифом. URL: <https://nszu.gov.ua/novini/u-2020-roci-nszu-oplatit-likuvannya-gostrogo-mozkovogo-insul-103> (дата звернення 18.05.2021).
252. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дітям «ВІЛ-інфекція», Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 24.02.2015 р. № 92. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/view/MOZ24344?an=1> (дата звернення 29.05.2020).
253. Усаченко Л. М. Теоретико-методологічні засади розвитку взаємовідносин органів державної влади з неурядовими організаціями: монографія. Харків: ХУУП, 2008. 343 с.
254. Устимчук О. В. Комунікація у сучасних моделях державного управління охороною здоров'я: організаційно-правові аспекти. автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. Дніпро, 2020. 23 с.
255. Філіпова Н. В. Зміна співвідношення понять «державне управління», «публічне адміністрування», «публічне управління» в системі суспільно-

- політичної трансформації. Державне управління: удосконалення та розвиток. електрон. наук. фахове. вид. 2015. № 6. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=865> (дата звернення 12.03.2020).
256. Фірсова О.Д. Публічне управління : термінол. слов. / уклад. : В. С. Куйбіда, М. М. Білинська, О. М. Петроє та ін. ; за заг. ред. В. С. Куйбіди, М. М. Білинської, О. М. Петроє. – Київ : НАДУ, 2018. – с. 143.
257. Хвищун, А. І., Качмар, В. О. Принципи формування єдиної медичної інформаційної системи великого міста. *Медична інформатика та інженерія*. 2009 №3. С. 39-47
258. Цілі сталого розвитку 2015-2030. Програма розвитку Організації Об'єднаних Націй. 2015. URL: <https://www.ua.undp.org/content/ukraine/uk/home/sustainable-development-goals.html>. (дата звернення 13.06.2020).
259. Чередник Л. А. Використання електронних інформаційних ресурсів у сфері охорони здоров'я України. *Бібліотекознавство. Документознавство. Інформологія*. 2021. № 2. С. 57–62
260. Черненко І. І., Самохін Д. С. Проблеми соціальної роботи в Україні. Надбання сучасної епідеміології та біостатистики як запорука покращання громадського здоров'я в Україні. наук.-практ. конф. (з нагоди 120-річчя від дня народження З.А. Гуревича, видатного соціал-гігієніста, завідувача кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я ХМІ) (Харків. 18 квітня 2019 року) Харків, 2019. С. 58-60.
261. Чернецький Є.Є. Публічне адміністрування заохочень. автореф. дис. ... канд. юр. наук. Київ, 2011. 21 с.
262. Шапка Є. М. ВІЛ– інфекція як одне з найважливіших питань українського суспільства. III Всеукраїнська наукова конференція молодих учених «Соціологічні дискурси», (Дніпро, 11 грудня 2019 р.) Дніпро : Видавничо-поліграфічний дім «Формат А+», 2019. С. 181 - 184.
263. Шаров Ю. П. Антикризисний моніторинг в адміністративно-територіальному утворенні (АТУ). Публічне управління : термінол. слов. /

- уклад. : В. С. Куйбіда, М. М. Білинська, О. М. Петроє та ін. ; за заг. ред. В. С. Куйбіди, М. М. Білинської, О. М. Петроє. Київ : НАДУ, 2018. с. 15-16.
264. Штика Л. Г. Професіоналізація державного управління. Енциклопедичний словник з державного управління / уклад. : Ю. П. Сурмін, В. Д. Бакуменко, А. М. Михненко та ін. ; за ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, Ю. П. Сурміна. Київ : НАДУ, 2010. 600 с.
265. Штурхецький С. В. Комунікативний потенціал місцевого самоврядування в Україні. Рівне : ТВ “Овід”, 2011. 148 с
266. Шура Н.О. Принципи публічного адміністрування як регулятори соціально-економічних процесів у національній економіці. *Глобальні та національні проблеми економіки* 2016. вип. 14. с. 260-263. URL: <http://global-national.in.ua/archive/14-2016/54.pdf> (дата звернення 27.11.2020).
267. Юдін О. Вакцинація: до та після рішення Верховного Суду. *Український медичний часопис*. 2019. №. 3 (1). С. 37– 38.
268. Як медичному закладу підійти до вибору медичної інформаційної системи(міс)? URL: https://moz.gov.ua/uploads/3/18559-ak_obrati_mis.pdf (дата звернення 14.12.2020).
269. Як трансформується система охорони здоров'я. 2019. URL: <https://moz.gov.ua/article/reform-plan/jak-transformuetsja-sistema-ohoroni-zdorovja> (дата звернення 11.09.2020).
270. Які послуги, обстеження та аналізи для профілактики та лікування серцево–судинних захворювань можна отримати безоплатно? URL: https://nszu.gov.ua/novini/yaki_poslugi_obstezhennya_ta_analizi_dlya_profilaktiki_ta_li_77 (дата звернення 21.11.2020).
271. Яременко С. С. Маркетингова комунікаційна активність промислового підприємства. Бюлетень Міжнародного Нобелівського економічного форуму. 2012. №. 1 (2). С. 441–448.
272. 272 (Last accessed: 12.06.2021).

273. 10 Tips to Level-Up Your City's Communication Strategy. July 7, 2021. URL: <https://blog.polco.us/10-tips-to-level-up-your-citys-communication-strategy> (Last accessed: 17.07.2021).
274. 50-state survey: Establishment of a patient-physician relationship via telemedicine. URL: <https://www.ama-assn.org/system/files/2018-10/ama-chart-telemedicine-patient-physician-relationship.pdf> (дата звернення: 08.07.2021).
275. A health telematics policy in support of WHO's Health-For-All strategy for global health development: report of the WHO group consultation on health telematics, 11–16 dec, Geneva, 1997. World Health Organisation. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63857> (Last accessed: 09.06.2021).
276. A scoping review examining the availability of dialogue-based resources to support healthcare providers engagement with vaccine hesitant individuals / Karras J. et al. Vaccine. 2019. URL: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0264-410X\(19\)31248-4](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0264-410X(19)31248-4) (Last accessed 20.10.2020)
277. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. /A. B. Haynes, T. G. Weiser, W. R. Berry et al. *The New England Journal of Medicine*. 2009. №360. P. 491–499.
278. Achieving polioeradication: a review of health communication evidence and lessons learned in India and Pakistan. /R. Obregón, K. Chitnis, C. Morry et al. *Bull World Health Organ*. 2009. №87. P. 624–630.
279. ACT Theory of Communication URL:<https://www.communicationtheory.org/act-theory-of-communication/>(Last accessed 20.10.2018)
280. Adelman K. Promoting Employee Voice and Upward Communication in Healthcare: The CEO's Influence. *Journal of Healthcare Management*: 2012. Vol. 57 No 2. P.133–148. URL: https://journals.lww.com/jhmonline/Abstract/2012/03000/Promoting_Employee_Voice_and_Upward_Communication.9.aspx (Last accessed: 09.06.2021).

281. Adil M. Risk communication in healthcare: An overview. *Journal of Communication in Healthcare*. 2008. Vol. 1, No. 4. P. 363-372.
282. Agenda Setting Theory URL:
<https://www.communicationtheory.org/agenda-setting-theory/> (Last accessed 20.10.2018).
283. Aguerrebere P. M. Management of the internal communication in hospitals: conceptual framework and implementation model. *The international journal of communication and health*, 2015. No 5. P. 54 – 65. URL:
<http://communicationandhealth.ro/upload/number5/PABLO-MEDINA.pdf> (Дата
звернення 06.11.2018)
284. Akazili J., Adjuik M., Jehu-Appiah C., Zere E. Using data envelopment analysis to measure the extent of technical efficiency of public health centres in Ghana. *BMC international health and human rights*. 2008. Vol. 8, No. 1. URL:
<https://bmcinthealthhumrights.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-698X-8-11.pdf> (Last accessed 20.10.2020).
285. Alon-Barkat S. Can Government Public Communications Elicit Undue Trust? Exploring the Interaction between Symbols and Substantive Information in Communications. *Journal of Public Administration Research and Theory*. 2020. Vol. 30, No.1. P. 77–95. URL:
<https://academic.oup.com/jpart/article/30/1/77/5528239> (Last accessed 20.10.2018).
286. Al-Shorbaji N. The World Health Assembly resolutions on eHealth: eHealth in support of universal health coverage. *Methods Inf Med*. 2013. № 52(6). C. 463-466.
287. Ammentorp J., Sabroe S. The effect of training in communication skills on medical doctors and nurses self-efficacy: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*. 2007. №66(3). p.270–277.
288. Aqil Burney S.M., Mahmood N. Information and Communication Technologyin Healthcare Management Systems: Prospects for Developing

- Countries. *International Journal of Computer Applications*. 2010. Vol. 4. No.2. P. 321–329
289. Are highperforming health systems resilient against the COVID-19 epidemic? *The Lancet*./ Legido-Quigley H. et al. 2020. Vol. 395, No.10227. P. 848–850.
290. Argumentation Theory. URL: <https://www.communicationtheory.org/argumentation-theory/>(Last accessed 20.10.2018).
291. Aristotle's Communication Model URL: <https://www.communicationtheory.org/aristotle%e2%80%99s-communication-model/> (Last accessed 20.10.2020).
292. Arizona Revised Statutes Title 36. Public Health and Safety § 36-3601. Definitions URL: <https://codes.findlaw.com/az/title-36-public-health-and-safety/az-rev-st-sect-36-3601.html> (дата звернення: 11.08.2021).
293. Arman R., Wikström E., Dellve L. Managerial communication practices. Health care managers' everyday structuration. *Scandinavian Journal of Public Administration*. 2012. Vol16. No2: P. 143-163. URL: <https://ojs.ub.gu.se/ojs/index.php/sjpa/article/view/1683> (Last accessed 25.10.2018).
294. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. /F. D. Duffy, G. H. Gordon, G. Whelan et al. *Academic Medicine*. 2004. №6. P. 495–507
295. At the epicenter of the Covid-19 pandemic and humanitarian crises in Italy: changing perspectives on preparation and mitigation./ Nacoti M. et al. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*. 2020. Vol. 1. No. 2. URL: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0080> (Last accessed 20.10.2020).
296. Authoritarian Theory URL: <https://www.communicationtheory.org/authoritarian-theory/>(Last accessed 20.10.2018).

297. Bannert M. Managing cognitive load recent trends in cognitive load theory. *Learn Instr.* 2002. №12. P. 139–146
298. Bardsley M. Understanding Analytical Capability in Health Care: Do We Have More Data Than Insight? UK: Health Foundation. 2016. URL: <https://www.health.org.uk/publications/understanding-analytical-capability-in-health-care> (Last accessed 22.12.2020).
299. Bataille J. Kruzel A. COVID-19 Communication Best Practices for States. 2020. URL: <https://www.shvs.org/covid-19-communication-best-practices-for-states/> (Last accessed: 17.07.2021).
300. Bergstresser S. Health Communication, Public Mistrust, and the Politics of “Rationality”. *The American Journal of Bioethics*. 2015. №15. P. 57–59
301. Berlo’s SMCR model of communication URL: <https://www.communicationtheory.org/berlos-smcr-model-of-communication/> (Last accessed 20.10.2020).
302. Bernhardt J. M. December Communication at the Core of Effective Public Health. *Am Journal of Public Health*. 2011 No 94(12): P. 2051–2053. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448586/> (Last accessed 20.10.2020).
303. Berry I., Soucy J. R., Tuite A., Fisman D. Open access epidemiologic data and an interactive dashboard to monitor the COVID-19 outbreak in Canada. *Canadian Medical Association Journal*. 2020. 192 (15) E420; doi: <https://doi.org/10.1503/cmaj.75262> (Last accessed 14.12.2020).
304. Bhatnagar P., Wickramasinghe K., Wilkins E., Townsend N. Trends in the epidemiology of cardiovascular disease in the UK. *Heart*. 2016. Vol. 102. No. 24. P. 1945-1952.
305. Biggs J. S., Willcocks A., Burger M., Makeham M. A.B. Digital health benefits evaluation frameworks: building the evidence to support Australia's National Digital Health Strategy. *The Medical journal of Australia*. 2019. Vol. 210. P.9-11.

306. Black N., Mays N. Public inquiries into health care in the UK: a sound basis for policymaking? *Health Services Research & Policy*. 2013. Vol. 18, № 3. P. 129–131.
307. Bloom G., Katsuma Y., Rao K. D. et al. Next steps towards universal health coverage call for global leadership. *British medical journal*. 2019. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.l2107> (Last accessed 24.12.2020).
308. Building a Better Delivery System: A New Engineering and Health Care Partnership. / P. P. Reid, W. D. Compton, J. H. Grossman. National Academies Press. 2005. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK22862> (Дата звернення 28.10.2018)
309. Calderón J. L., Beltrán R. A. Pitfalls in Health Communication: Healthcare Policy, Institution, Structure, & Process. *Med Gen Med*. 2004. Vol.6(1) URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1140704/> (Last accessed 05.11.2018).
310. Calton B., Abedini N., Fratkin M. Telemedicine in the Time of Coronavirus. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2020. No. 60(1). P12-14.
311. Canfield C. Galvin S. Bedside Nurse Acceptance of Intensive Care Unit Telemedicine Presence. *Crit Care Nurse*. 2018. №6. P. 1–4
312. Catharsis Theory of Mass Communication URL: <https://www.communicationtheory.org/catharsis-theory-of-mass-communication/> (Last accessed 20.10.2018).
313. Characteristics of communication guidelines that facilitate or impede guideline use: a focus group study / W. Veldhuijzen, P. M. Ram, T. van der Weijden et al. *Fam Pract*. 2007. URL: <https://doi.org/10.1186/1471-2296-8-31> (Last accessed 12.12.2018)
314. Childress S. B. Team Communication: It's About Patient Safety. *Journal of Oncology Practice*. 2015. №11. P. 23–25.
315. Cho H., Ippolito D., Yu Y. W. Contact tracing mobile apps for COVID-19: Privacy considerations and related trade-offs. *arXiv*. 2020. No27(6). P. 967-971.

316. Chui M., Farrell D., Jackson K. How government can promote open data. *McKinsey Global Institute*. 2014. URL: <https://www.mckinsey.com/industries/public-and-social-sector/our-insights/how-government-can-promote-open-data> (Last accessed 09.12.2020).
317. Chukwuka E. Communication as a veritable tool for effective human resource management in organisation. *Review of Public Administration and Management* 2015. Vol. 4, No. 8. URL: https://www.arabianjbmr.com/pdfs/RPAM_VOL_4_8/7.pdf (Last accessed 20.10.2020).
318. City of Oshawa Communications Strategy 2018-2021. URL: https://www.oshawa.ca/city-hall/resources/OSH_CommunicationsStrategy_FINAL-ACC.pdf (Last accessed: 17.07.2021).
319. Clements M. A. Staggs V. S. A Mobile App for Synchronizing Glucometer Data: Impact on Adherence and Glycemic Control Among Youths With Type 1 Diabetes in Routine Care. *Journal of Diabetes Science and Technology*. 2017. №11. p. 461–467
320. Coiera E. Communication Systems in Healthcare. *The Clinical Biochemist Reviews*. 2006. № 27(2). P. 89–98.
321. Cognitive Dissonance Theory. URL: <https://www.communicationtheory.org/cognitive-dissonance-theory/>(Last accessed 20.10.2018).
322. Cohen N., Mizrahi S. Comparative implications: public policy and alternative politics in the case of the Israeli healthcare system. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*. 2012. Vol. 14, № 1. P. 26–44
323. Coherent Communication Question. To what extent does the government achieve coherent communication? sustainable development indicators 2020. URL: <https://www.sgi->

- network.org/docs/2020/thematic/SGI2020_Policy_Communication.pdf (Last accessed: 17.07.2021).
324. Communication Accommodation Theory. URL: <https://www.communicationtheory.org/communication-accommodation-theory/> (Last accessed 20.10.2018).
325. Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients / R. Norouzinia, M. Aghabarari, M. Shiri et al. Global journal of health science. 2016. №8(6): P. 65–74 URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4954910/> (Дата звернення 05.11.2018)
326. Communication failures in the operating room: An observational classification of recurrent types and effects / L. S. Lingard, S. Espin, G. Whyte et al. *Quality & Safety in Health Care*. 2004. №13. P. 330–334.
327. Communication models. URL: <https://pressbooks.bccampus.ca/professionalcomms/chapter/3-2-the-communication-process-communication-in-the-real-world-an-introduction-to-communication-studies/> (Last accessed 20.10.2020).
328. Communication Strategies. URL: <https://semspub.epa.gov/work/HQ/174743.pdf> (Last accessed: 09.06.2021).
329. Communication Strategy of the City of Garden Grove. URL: https://ggcity.org/city-files/communication-strategy_0.pdf (Last accessed: 12.11.2020).
330. Communication Strategy. URL: <https://epsrc.ukri.org/about/governance/governancemanual/operational/comms/> (Last accessed: 14.07.2021).
331. Communications Directorate Communications strategy and plans Information and public services for the Island of Jersey. URL: <https://www.gov.je/Government/Departments/OfficeChiefExecutive/OfficeChiefExecutivesSections/pages/communicationsunit.aspx> (Last accessed: 17.07.2021).

332. Computer-based programmes ('Interactive Health Communication Applications') for people with chronic disease / E. Murray, J. Burns, S. See Tai et al. 2005. doi: 10.1002/14651858.CD004274.pub4 (Last accessed 06.11.2018)
333. Constitution of the world health organization. 2014. URL: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1> (Last accessed: 09.10.2020).
334. Contagion Theory. URL: <https://www.communicationtheory.org/contagion-theory/> (Last accessed 20.10.2018) .
335. Contandriopoulos D., Denis, J. L., Langley A. Defining the 'public' in a public healthcare system. *Human Relations*. 2004. Vol. 57, № 12. P. 1573–1596
336. Contingency Theory. URL: <https://www.communicationtheory.org/contingency-theory/> (Last accessed 20.10.2018).
337. Cotlear D., Nagpal S., Smith O., Tandon A., Cortez R. Going Universal: How 24 Developing Countries are Implementing Universal Health Coverage Reforms from the Bottom Up. Washington, DC: World Bank. 2015. 265 p. doi:10.1596/978-1-4648-0610-0. (Last accessed: 15.08.2021).
338. Creating a Communication Strategy for Pandemic Influenza Produced by the Pan American Health Organization Pan American Health Organization. World Health Organization Senior Advisor, Risk and Outbreak Communication Updated 30 April 2009. URL: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/PAHO_CommStrategy_Eng.pdf (Last accessed: 17.07.2021).
339. Creativity in Groups. URL: <https://www.communicationtheory.org/creativity-in-groups/> (Last accessed 20.10.2018)
340. De Ambrogi M. Why do parents not want to vaccinate their children? *The Lancet Infectious Diseases*. 2018. Vol. 18, No. 8. P. 844.
341. De Fleur M. L. et al. Teorías de la comunicación de masas. Paidós, 1982.

342. De Fleur Model of Communication. URL: <https://www.communicationtheory.org/de-fleur-model-of-communication/> (Last accessed 20.10.2020).
343. De Gruchy J., Coppel D. Listening to reason: A social marketing stop-smoking campaign in Nottingham. *Social Marketing Quarterly*. 2008. Vol. 14, No.1. P. 5-17.
344. DellaMea V. What is e-health: the death of telemedicine? *Journal of medical Internet research*. 2001. №3. P.33-38
345. Denmark: Health system review. / Olejaz M., Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, et al. *Health Systems in Transition*, 2012. № 14(2): P. 1–192. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf (Last accessed 20.10.2020).
346. Designing and Evaluating Road Safety Advertising Campaigns. Traffic Safety Culture: Definition, Foundation, and Application./ Lewis I. et al. Emerald Publishing Limited, 2019. P. 297-319.
347. Detmer D. E. Transforming healthcare in the Internet Era. *World hospitals and health services: the official journal of the International Hospital Federation*. 2001. – Tol. 37. No. 2. P. 7-11.
348. Diffusion of Innovation Theory URL: <https://www.communicationtheory.org/diffusion-of-innovation-theory> (Last accessed 20.10.2018).
349. Dos Santos Brito K., da Silva Costa M., Garcia V., de Lemos S. Meira Brazilian Government Open Data: Implementation, Challenges, and Potential Opportunities. Proceedings of the 15th annual international conference on digital government research. 2014. P. 11–16.
350. Draper M. Hill S. The role of patient satisfaction surveys in a national approach to hospital quality management. Canberra: Australian Government Publishing Service. 1996. URL: www.healthissuescentre.org.au/documents/detail.chtml?filename_num=226730 (Last accessed: 09.11.2019).

351. Drew C. All 8 Models Of Communication, Explained! 2020. URL: <https://helpfulprofessor.com/communication-models/> (Last accessed 20.10.2020).
352. Drossman, D. A. Guidelines for Improving Communication Skills and the Patient-Doctor Relationship. URL: <https://theromefoundation.org/wp-content/uploads/Communication-Guide-booklet-website.pdf> (Last accessed 20.10.2020).
353. Duck's Relationship Filtering Model. URL: <https://www.communicationtheory.org/ducks-relationship-filtering-model/> (Last accessed 20.10.2020).
354. Dynamics of life expectancy and life span equality. / J. Aburto, F. Villavicencio, U. Basellini et al. Proceedings of the National Academy of Sciences. 2020. Vol. 117. №. 10. P. 5250-5259 URL: <https://www.pnas.org/content/117/10/5250> (Last accessed: 09.06.2021).
355. Edes B. W. The Role of Public Administration in Providing Information Information Offices & Citizens Information Services Presentation at the EIPA Seminar on "An Efficient, Transparent Government and the Rights of Citizens to Information" 29-30 May 2000 Maastricht, The Netherlands. URL: <http://aei.pitt.edu/574/1/BartEdes.pdf> (Last accessed 20.10.2020).
356. Effectiveness of a collaborative, student-run campaign to increase safety belt use among adolescents / Kauffman J. D. et al. Injury prevention. 2019. URL: <https://ip.bmj.com/lookup/pmidlookup?view=long&pmid=31182649> (Last accessed 20.10.2020).
357. Eid M., Nahon-Serfaty I. Risk, Activism, and Empowerment: Women's Breast Cancer in Venezuela. *International Journal of Civic Engagement and Social Change (IJCESC)*. 2015. Vol. 2, № 1. P. 43–64
358. Eisenstein L. The Importance of Strong Communication in Local Government. 2019. URL: <https://insights.diligent.com/board-communication-local-government/importance-strong-communication-local-government/> (Last accessed 20.10.2020).

359. Elaboration Likelihood Model. URL:
<https://www.communicationtheory.org/elaboration-likelihood-model/> (Last
accessed 20.10.2020)
360. Electronic personal protective equipment: a strategy to protect emergency
department providers in the age of COVID-19 / Turer R. W. et al. *Journal of the
American Medical Informatics Association*. 2020. № 27(6): P. 967–971. URL:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7184500/> (Last accessed
12.08.2020).
361. Email for clinical communication between healthcare professionals / C.
Goyder, H. Atherton, M. Car et al. Cochrane Database of Systematic Reviews.
2015. URL:
[https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007979.pub3/fu
ll](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007979.pub3/full) (Last accessed: 19.10.2018).
362. Epstein S. Impure science: AIDS, activism, and the politics of knowledge.
Berkeley : Univ of California Press. 1996. 474 p
363. Erlingsdottir G., Lindholm C. Because we can-eHealth encounters New
Public Management in Swedish Healthcare. 22nd Nordic Academy of
Management Conference. 2013. URL:
<https://lucris.lub.lu.se/ws/portalfiles/portal/5540184/4275891.pdf> (Last accessed
20.10.2020).
364. EU Communication strategy. URL:
<https://europa.eu/capacity4dev/file/22979/download?token=HUvAT1gG> (Last
accessed: 14.06.2021).
365. Evaluation of communication between healthcare workers and patients
with chronic diseases according to their levels of health literacy. / Peyman N. et
al. *Journal of Research and Health*. 2014 No. 4(1). P. 599-607
366. Evaluation of the Swedish National Stroke Campaign: A population-based
time-series study /Nordanstig A. et al. *International Journal of Stroke*. 2019.
URL:
https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1747493019840939?url_ver=Z39.88-

- 2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed (Last accessed 20.10.2020).
367. Face-to-face versus remote and web 2.0 interventions for promoting physical activity. / J. Richards, M. Thorogood, M. Hillsdon et. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013. URL: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010393.pub2/full> (Last accessed: 06.11.2018).
368. Federation of State Medical Boards (FSMB). Model policy for the appropriate use of telemedicine technologies in the practice of medicine. *Eules*, TX; 2014. URL: https://www.fsmb.org/Media/Default/PDF/FSMB/Advocacy/FSMB_Telemedicine_Policy.pdf (Last accessed: 08.08.2020).
369. Ferris L. Has the U.S. taken the lead in open data practices globally? The Sunlight Foundation. 2015. URL: <https://sunlightfoundation.com/2015/02/10/has-the-u-s-taken-the-lead-in-open-data-practices-globally/> (Last accessed 02.01.2021).
370. Fisher's Model – Small Group Communication URL: <https://www.communicationtheory.org/fishers-model-small-group-communication/> (Last accessed 22.11.2020).
371. Freimuth V.S., Quinn S.C. The Contributions of Health Communication to Eliminating Health Disparities. *American Journal of Public Health*. 2004. №12. P. 2053–2055
372. From Isolation to Coordination: How Can Telemedicine Help Combat the COVID-19 Outbreak?/ Zhai Y. et al. *medRxiv*. 2020. URL: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.02.20.20025957v1> (Last accessed 20.10.2020).
373. Fundamentals of Management 3rd edn. / Mescón M. X. et al. Williams Ltd., 672 p

374. Gate Keeping Theory URL:
<https://www.communicationtheory.org/gatekeeping-theory/> (Last accessed 20.10.2020).
375. Geiger C. P., von Lucke J. Open Government and (Linked) (Open) (Government) (Data). *The eJournal of eDemocracy and Open Government (JeDEM)*. 2012. Vol. 4, No.2. doi: <https://doi.org/10.29379/jedem.v4i2.143> (Last accessed 11.11.2020).
376. Gerbner's General Model. URL:
<https://www.communicationtheory.org/gerbners-general-model/> (Last accessed 20.10.2020).
377. Global stroke statistics / Thrift A. G. et al. *International Journal of Stroke*. 2017. Vol. 12, No. 1. P. 13-32
378. Goldacre B., Bardsley M., Benson T. et al. Bringing NHS data analysis into the 21st century. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2020. doi: <https://doi.org/10.1177/0141076820930666> (Last accessed 21.12.2020).
379. Goldschmidt K. The COVID-19 pandemic: Technology use to support the wellbeing of children. *Journal of Pediatric Nursing*. 2020. No.53, P.88-90
380. Gordon J. E., Deland E., Kelly R. E. Let's talk about improving communication in healthcare. *Columbia medical review*. 2015. URL: <https://academiccommons.columbia.edu/doi/10.7916/D8959GTH> (Last accessed 22.10.2018).
381. Goroshko A. Shapoval N. Lai T. Can people afford to pay for health care? URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/381590/ukraine-fp-eng.pdf (дата звернення: 15.08.2021).
382. Government Communication Strategy 2017-2021. URL:
<https://u.ae/en/about-the-uae/strategies-initiatives-and-awards/federal-governments-strategies-and-plans/government-communication-strategy-2017-2021> (Last accessed: 17.07.2021).

383. Government Communication Strategy on COVID-19 28 April 2020. URL: https://static.pmg.org.za/200508GCIS_Final_Presentation.pdf (Last accessed: 19.07.2021).
384. Government Communications Plan Information and public services for the Island of Jersey 2020. URL: <https://www.gov.je/SiteCollectionDocuments/Government%20and%20administration/20200122%20Communications%20Plan%202020.pdf> (Last accessed: 08.06.2021).
385. Government of the Republic of North Macedonia communication strategy 2019/2020 URL: https://vlada.mk/sites/default/files/komsstrat/pdf/en_komunikaciska_strategija.pdf (Last accessed: 09.06.2021).
386. Government Strategic Communications Unit Baseline research Phase I: Audit of government communications & international best practice. URL: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:HUB2ZA8L6OgJ:https://assets.gov.ie/2240/241018114601-d7b7fbedac3e4b60a09296e58a693fb4.docx+&cd=49&hl=uk&ct=clnk&gl=ua> (Last accessed: 12.05.2021).
387. Greenhalgh T., Koh G. C. H., Car J. Covid-19: a remote assessment in primary care. *British Medical Journal*. 2020. Vol. 368. URL: <https://www.bmj.com/content/bmj/368/bmj.m1182.full.pdf> (Last accessed 20.10.2020).
388. Groupthink URL: <https://www.communicationtheory.org/groupthink/> (Last accessed 20.10.2018).
389. Ha J. F., Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner Journal*. 2010. №1. P. 38–43
390. Hak F., Oliveiraa D., Abreu N. Et al. An Open EHR Adoption in a Portuguese Healthcare Facility. *Procedia Computer Science*. 2020. No. 170. P. 1047–1052.

391. Harrington J. T., Newman E. D. Great Health Care. Boston : Springer, 2011. 258 p
392. Harwich E., Lasko-Skinner R. Making NHS data work for everyone. Reform Research Trust. 2016. URL: https://reform.uk/sites/default/files/2018-12/Making%20NHS%20data%20work%20for%20everyone%20WEB_1.pdf (дата звернення 20.12.2020)
393. Health and Social Care Act 2012. 2012. URL: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents/enacted> (Last accessed: 09.06.2021).
394. Health communication in primary health care -A case study of ICT development for health promotion / Mahmud A.J. et al. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2013. URL: <https://bmcmmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6947-13-17> (Last accessed 7.11.2018).
395. Health impacts of social and economic conditions. Canadian Public Health Association. *CPHA: Ottawa.* URL: https://www.cpha.ca/sites/default/files/assets/policy/health_e.pdf (Last accessed 20.10.2020).
396. Healthcare in a land called PeoplePower: nothing about me without me. / Delbanco T. et al. *Health expectations.* 2001. No. 4.3. P.144-150..
397. Healthy people U.S. Department of Health and Human Services (2020). Healthy people 2020 objectives. US Department of Health and Human Services. URL: <https://www.health.gov/healthypeople> (Last accessed 24.10.2020).
398. Heart Disease and Stroke Statistics—2020 Update: A Report From the American Heart Association / S. Virani, et al. *Circulation.* 2020. URL: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000757> (Last accessed 20.10.2020).
399. Helical Model of Communication URL: <https://www.communicationtheory.org/helical-model-of-communication/> (Last accessed 20.10.2020).

400. Hollander J. E., Carr B. G. Virtually perfect? Telemedicine for COVID19. *New England Journal of Medicine*. 2020. No. 382. P. 1679 - 1681.
401. How to Develop a Communication Strategy URL: <https://www.thecompassforsbc.org/how-to-guides/how-develop-communication-strategy> (Last accessed 20.10.2020).
402. Hyland-Wood B., Gardner J., Leask J. Toward effective government communication strategies in the era of COVID-19. *Humanities and Social Sciences Communications*. 2021. Vol. 8, No. 30. URL: <https://www.nature.com/articles/s41599-020-00701-w> (Last accessed 20.10.2020).
403. Impact of bystander - focused public health interventions on cardiopulmonary resuscitation and survival: a cohort study / Blewer A. L. et al. *The Lancet Public Health*. 2020. Vol. 5, No. 8. P.428 – 436.
404. Impact of FDA drug risk communications on health care utilization and health behaviors: a systematic review /Dusetzina S. B. et al. *Medical care*. 2012. Vol. 50. No.6.P. 466.
405. Improving communication between Aboriginal patients and healthcare workers / Cass A. et al. *Medical Journal of Australia*. 2002. Vol 176 (10). P. 466-470 URL: <https://www.mja.com.au/journal/2002/176/10/sharing-true-stories-improving-communication-between-aboriginal-patients-and> (Last accessed 05.11.2018).
406. Institute for Safe Medication Practices: Medication safety alert. Intimidation: Practitioners speak up about this unresolved problem. URL: www.ismp.org/MSAarticles/IntimidationPrint.htm (Last accessed: 06.11.2018).
407. Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. / G. Flodgren, A. Rachas, A. J. Farmer et al. Cochrane Database of Systematic Reviews. URL: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002098.pub2/full> (Last accessed: 09.06.2018).

408. Interpersonal Communication. URL:
<https://www.communicationtheory.org/interpersonal-communication/> (Last
accessed 20.10.2018)
409. Interpretative and Interaction Theory of Interpersonal Communication.
URL: [https://www.communicationtheory.org/interpretative-and-interaction-
theory-of-interpersonal-communication/](https://www.communicationtheory.org/interpretative-and-interaction-theory-of-interpersonal-communication/) (Last accessed 20.10.2018).
410. Jayaraj J. C., Davatyan K., Subramanian S.S., Priya J. Epidemiology of
myocardial infarction. Myocardial Infarction. IntechOpen, 2018. URL:
<https://www.intechopen.com/chapters/59778> (Last accessed 20.10.2020).
411. Jercich K. 22 states changed telemedicine laws during the pandemic URL:
[https://www.healthcareitnews.com/news/22-states-changed-telemedicine-laws-
during-pandemic](https://www.healthcareitnews.com/news/22-states-changed-telemedicine-laws-during-pandemic) (Last accessed: 12.07.2021).
412. Johnson A, Sandford J, Tyndall J. Written and verbal information, compared
to verbal information only, for people being discharged from hospital 20 October
2003 URL: [https://www.cochrane.org/CD003716/COMMUN_written-and-
verbal-information-compared-to-verbal-information-only-for-people-being-
discharged-from-hospital](https://www.cochrane.org/CD003716/COMMUN_written-and-verbal-information-compared-to-verbal-information-only-for-people-being-discharged-from-hospital) (Last accessed 17.11.2018)
413. Joint Commission Center for Transforming Healthcare Releases Targeted
Solutions Tool for Hand-Off Communications URL:
https://www.jointcommission.org/assets/1/6/tst_hoc_persp_08_12.pdf (Last
accessed 22.09.2018)
414. Júnior A. J. M., Pauna H. F. Distance learning and telemedicine in the area
of Otorhinolaryngology: lessons in times of pandemic. *Brazilian Journal of
Otorhinolaryngology*. 2020. Vol. 86, No.3. P. 271-272.
415. Kalampokis E., Evangelos E., Tambouris K. ICT Tools for Creating,
Expanding and Exploiting Statistical Linked Open Data. *Statistical Journal of the
IAOS*. 2017. P. 503 – 514.
416. Key Steps to Building a Communications Strategy URL:
<http://www.bscpcenter.org/resources/tools/KeySteps.pdf> (Last accessed:
09.06.2021).

417. Kim D. K. D., Kreps Gary L. An Analysis of Government Communication in the United States During the COVID-19 Pandemic: Recommendations for Effective Government Health Risk Communication. *World Med Health Policy*. 2020 doi: <https://doi.org/10.1002/wmh3.363> (Last accessed: 17.07.2021).
418. Kirigia J. M., Emrouznejad A., Sambo L. G., Munguti N. Using Data Envelopment Analysis to Measure the Technical Efficiency of Public Health Centers in Kenya. *Journal of Medical Systems*. 2004. No.28, P. 155–166.
419. Klimushyn P., Spasibov D. Innovative open data services for effective functioning of e-Government. *Pressing problems of public administration*. 2017. No. 1. P. 51.
420. Knapp's Relationship Model. URL: <https://www.communicationtheory.org/knapps-relationship-model/> (Last accessed 20.10.2020)
421. Knowledge Gap Theory. URL: <https://www.communicationtheory.org/knowledge-gap-theory/> (Last accessed 20.10.2018).
422. Kostkova P, Brewer H., de Lusignan S. et al. Who Owns the Data? Open Data for Healthcare. *Front. Public Health*. 2016. doi.: <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2016.00007> (Last accessed 12.12.2020).
423. Kourkouta L., Papathanasiou I. V. Communication in Nursing Practice. *Mater Sociomed*. 2014. No 26(1): P. 65–67. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3990376> (Last accessed 05.11.2018).
424. Kripalani S., LeFevre F., Phillips C.O. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: Implications for patient safety and continuity of care. *Journal of the American Medical Association*. 2007. №7. P. 831–841.
425. Kuipers M. A. G., West R., Beard E. V., Brown J. Impact of the 'Stoptober' smoking cessation campaign in England from 2012 to 2017: A quasi-experimental repeat cross-sectional study. *Nicotine & Tobacco Research*. 2019.

- URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7443602/> (Last accessed 20.10.2020).
426. Kurec A., Wyche K. L. Institute for quality in laboratory medicine series- controversies in laboratory medicine: nursing and the laboratory: relationship issues that affect quality care. *Med Gen Med*. 2006. №8. P. 52–59.
 427. Larsen, M., Gulis, G., Pedersen, K. M. Use of evidence in local public health work in Denmark. *International journal of public health*. 2012. No. 57(3). P. 477-483.
 428. Lasswell's model URL: <https://www.communicationtheory.org/lasswells-model/> (Last accessed 20.10.2020).
 429. Laudon, K. C., Laudon, J. P. Management information systems. Essex. England: Upper Saddle River: Pearson. 2007. p. 143
 430. Leach H. The Keys to Effective Communication in Public Organizations. 2016. URL: <https://patimes.org/keys-effective-communication-public-organizations/> (Last accessed 20.10.2018).
 431. Lebedynets P., Lebedynets D., Lebedynets V. Atrial fibrillation, cardioembolism and heart– brain interactions. *Journal of the Neurological Sciences*. 2019. Vol. 405. P. 111.
 432. Lee V. J., Chiew C. J., Khong W. X. Interrupting transmission of COVID-19: lessons from containment efforts in Singapore. *Journal of Travel Medicine*. 2020. Vol. 27. doi: <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa039> (Last accessed 20.10.2020).
 433. Leonard M., Graham S., Bonacum D. The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safecare. *Quality & Safety in Health Care*. 2004. №13. P. 85–90.
 434. LGA Communications Strategy 2021-2024. URL: https://www.lga.sa.gov.au/__data/assets/pdf_file/0029/910694/ECM_733310_v12_LGA-Communications-Strategy-2021-2024.pdf (Last accessed: 05.07.2021).

435. Libertarian Theory. URL:
<https://www.communicationtheory.org/libertarian-theory/>(Last accessed 20.10.2018).
436. Life expectancy and Healthy life expectancy Data by country. Global Health Observatory data repository. WHO. URL:
<https://apps.who.int/gho/data/node.main.688> (Last accessed 20.10.2020).
437. Lilly C. Thomas E. Tele-ICU: experience to date. *Journal Intensive Care Med.* 2010. №1. P. 16–22
438. Limited Effects Theory. URL:
<https://www.communicationtheory.org/limited-effects-theory/> (Last accessed 20.10.2018).
439. Lin V., Fawkes S. Health promotion in Australia: twenty years on from the Ottawa Charter. *Promotion & education.* 2007. No. 14(4), P. 203-208
440. Linfeng L. The foundation of data builds smart medical towers, artificial intelligence helps clinical decision-making. 2019. URL:
<https://www.yiduccloud.com.cn/details.html?id=5ca3305ddc070936142a71b8&updateTime=2019-04-02T09:50:21.450Z> (Last accessed 17.12.2020).
441. Lopez-Valcarcel B. G. Prioritisation in Public Health: Aims, Methods, Problems and Practical Experiences. *Prioritising Health Services or Muddling Through.* / Edited by Vicente Ortún. Springer Healthcare Ibérica S.L. 2018 Chapter 2, P. 23-35.
442. MacIntyre, C. R. Public health and health reform in Australia. *Medical Journal of Australia.* 2011. No. 194(1). P. 38-40
443. Making Impact With Open Data URL: <https://odf.data.gov.ua/> (Last accessed 01.07.2021).
444. Management: Individual and Organizational Effectiveness./ Mescón M. X. et al. Addison-Wesley Educational Publishers, Incorporated, New-York. 1984. 756 p

445. Mandl K. D., Kohane I. S., Brandt A. M. Electronic Patient Physician Communication: Problems and Promises. *Annals of Internal Medicine*. 1998. №129. P. 495–500
446. Martinez-Lopez L. Technology Opportunities: Implementation of Deployment Health Policy in Operational Theaters. Symposium on “NATO Medical Surveillance and Response, Research and Technology Opportunities and Options”, (Budapest, Hungary, 19-21 April 2004) Budapest. 2004. URL: <http://www.dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/a433644.pdf> (Last accessed 18.09.2018)
447. Mayer R. E. Learning and instruction 2003. New York: Taylor & Francis, 2011. 38 p
448. McGuire C. J. A Framework for Analyzing Information Flows in Public Policy Decision-making: A Move Towards Building Sustainable Policy Instruments. *The Journal of law & politics*. 2011. No4(2). P.25-35. URL: https://www.researchgate.net/publication/258227399_A_Framework_for_Analyzing_Information_Flows_in_Public_Policy_Decision-making_A_Move_Towards_Building_Sustainable_Policy_Instruments (Last accessed 20.10.2018).
449. Mean BMI. WHO. The global health observatory. 2020. URL: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/mean-bmi-\(kg-m\)-\(crude-estimate\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/mean-bmi-(kg-m)-(crude-estimate)) (Last accessed 24.10.2020).
450. Meaning Theory of Media Portrayal URL: <https://www.communicationtheory.org/meaning-theory-of-media-portrayal/> (Last accessed 20.10.2018).
451. Media Dependency Theory URL: <https://www.communicationtheory.org/media-dependency-theory/> (Last accessed 20.10.2018).
452. Media Malaise Theory URL: <https://www.communicationtheory.org/media-malaise-theory/> (Last accessed 20.10.2018).

453. Media Richness Theory URL: <https://www.communicationtheory.org/media-richness-theory/> (Last accessed 20.10.2018).
454. Medium Theory URL: <https://www.communicationtheory.org/medium-theory/> (Last accessed 20.10.2018).
455. Mental Model. URL: <https://www.communicationtheory.org/mental-model/> (Last accessed 23.11.2020).
456. Merchant R. M., Lurie N. Social media and emergency preparedness in response to novel coronavirus. *Journal of the American Medical Association*. 2020. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763596> (Last accessed 20.10.2020).
457. Miliard M. Congress waives Telehealth restrictions for coronavirus screening. *Healthcare IT News*. 2020. URL: <https://www.healthcareitnews.com/news/congress-waives-telehealthrestrictionscoronavirus-screening> (Last accessed 20.10.2020).
458. Ministry of Public Health and Sanitation, Republic of Kenya. National Communication Strategy for Community Health Services. Nairobi, Kenya: Government of Kenya. 2012. URL: [Режим доступа https://en.calameo.com/books/003341754a491423a5040](https://en.calameo.com/books/003341754a491423a5040) (Last accessed 20.10.2020).
459. Mituś A. Information and Communication in Public Administration in the Context of Management Control Functioning in the Public Finance Sector in Poland The International Conference on Learning Representations. 2016. Vol. 16, No. 2. URL: <https://sciendo.com/pdf/10.1515/iclr-2016-0023> (Last accessed 20.10.2018).
460. Mooney S. J., Westreich D. J., El-Sayed A. M. Epidemiology in the Era of Big Data. *Epidemiology*. 2015. May;26(3):390-4. doi: 10.1097/EDE.0000000000000274 (Last accessed 24.12.2020).
461. Mosa A.S.M, Yoo I. A Systematic Review of Health care Applications for Smartphones. *Medical Informatics and Decision Making*, 2012. №12. p. 67–76

462. Muted Group Theory. URL: <https://www.communicationtheory.org/muted-group-theory/> (Last accessed 20.10.2018).
463. National Health Communication Strategy (NHCS) 2016-2020 URL: https://www.thecompassforsbc.org/sites/default/files/project_examples/nhcs_final_2.pdf (Last accessed 20.10.2020).
464. National Health System England Accessible information and communication policy. 2016. URL: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/11/nhse-access-info-comms-policy.pdf> (Last accessed 20.10.2020).
465. New CDC data finds adult obesity is increasing. CDC Newsroom Releases. 2020. URL: <https://www.cdc.gov/media/releases/2020/s0917-adult-obesity-increasing.html> (Last accessed 20.10.2020).
466. Nicaretta R. Coronavirus Crisis Communications: 10 Practical Recommendations for Local Governments. 2020 URL: <https://blogs.iadb.org/gestion-fiscal/en/coronavirus-crisis-communications-recommendations-for-local-governments/> (Last accessed: 17.07.2021).
467. Nkengasong J. N., Mankoula W. Looming threat of COVID-19 infection in Africa: act collectively, and fast. *The Lancet*. 2020. Vol. 395, No.10227. P. 841–842
468. Nomura S., Sakamoto H., Ishizuka A. et al. Ongoing debate on data governance principles for achieving Universal Health Coverage: a proposal to post-G20 Osaka Summit meetings. *Global Health Action*. 2019. doi: <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1859822> (Last accessed 09.12.2020).
469. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 2000. Vol. 15, No 3 (1). P. 259–267, URL: <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259> (Last accessed 05.11.2018).
470. Nyhan B., Reifler J., Richey S., Freed G. L. Effective messages in vaccine promotion: a randomized trial. *Pediatrics*. 2014. Vol. 133, No. 4. P. 835-842.

471. Okereafor K., Adebola O., Djehaiche R. Exploring the potentials of telemedicine and other noncontact electronic health technologies in controlling the spread of the novel coronavirus disease (COVID-19). *International journal in IT & Engineering*. 2020. Vol. 8. No. 4. P.1-13.
472. Ola O., Sedig K. Discourse with Visual Health Data: Design of Human-Data. *Multimodal Technologies and Interaction*. 2018. doi: 10.3390/mti2010010 (Last accessed 24.12.2020).
473. Open Data Barometer. World Wide Web Foundation. 2018. URL: <https://opendatabarometer.org/leadersedition/report/> (Last accessed 12.12.2020)
474. Open data. White Paper. Unleashing the potential. URL: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/78946/CM8353_acc.pdf (Last accessed 12.12.2020).
475. Organisational Information Theory URL: <https://www.communicationtheory.org/organisational-information-theory/> (Last accessed 20.10.2018).
476. Osgood-Schramm model of communication URL: <https://www.communicationtheory.org/osgood-schramm-model-of-communication/> (Last accessed 20.10.2020).
477. Phased changes in strategies can reduce delay of intravenous thrombolysis administration to 15 min / Itabashi R. et al. *Journal of the neurological sciences*. 2019. URL: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022-510X\(19\)30275-8](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022-510X(19)30275-8) (Last accessed 20.10.2020).
478. Pleasant A. McKinney J. Coming to consensus on health literacy measurement: An online discussion and consensus-gauging process. *Nursing Outlook*. 2011. №2. P. 95–106
479. Poole's Model – Small Group Communication. URL: <https://www.communicationtheory.org/pooles-model-small-group-communication/> (Last accessed 20.10.2020).
480. Pratt A. Interactions of Emergency Medical Services: Effective Communication for Quality Care. *The international journal of communication*

- and health* 2015. No. 7. URL: <http://communicationandhealth.ro/upload/number7/ALEXA-PRATT.pdf> (Last accessed 05.11.2018).
481. Prilutski M. A. A brief look at effective health communication strategies in Ghana. *Elon Journal of Undergraduate Research in Communications*. 2010. Vol. 1. P. 51-58.
482. Process of building a vocabulary for the infection domain / Diallo G, Kostkova P, Jawaheer G та ін. 21st IEEE International Symposium on Computer-Based Medical Systems. 2008. P. 308 – 313.
483. Propaganda Model URL: <https://www.communicationtheory.org/propaganda-model/> (Last accessed 20.10.2020).
484. Quarterly vaccination coverage statistics for children aged up to five years in the UK (COVER programme): October to December 2019. Crown copyright. URL: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/875855/hpr0720_AA_COVER.pdf (Last accessed 20.10.2020).
485. Recent trends in the incidence, treatment, and outcomes of patients with STEMI and NSTEMI. / McManus D.D. et al. *The American Journal of Medicine*. 2011 URL: [https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(10\)00736-9/fulltext](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(10)00736-9/fulltext) (Last accessed 20.10.2020).
486. Reps J., Schuemie M., Suchard M. et al. Design and implementation of a standardized framework to generate and evaluate patient-level prediction models using observational healthcare data. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2018. No. 25(8). P. 969–975.
487. Richardson A. Thinking about participation. *Policy & Politics*. 1979. Vol. 7, № 3. P. 227–244
488. Riley & Riley Model of Communication URL: <https://www.communicationtheory.org/riley-riley-model-of-communication/> (Last accessed 20.10.2020).

489. Rimal R. N., Lapinski M. K. Why health communication is important in public health Bulletin of the World Health Organization 2009. Vol. 87. P. 247-247. URL: <https://www.who.int/bulletin/Vol.s/87/4/08-056713/en/> (Last accessed 20.10.2020).
490. Risk communication in medicines. EUPATI. 2015. URL: <https://www.eupati.eu/safety-of-medicines/risk-communication-medicines/#> (Last accessed 03.11.18).
491. Rosén P. Public dialogue on healthcare prioritisation. *Health policy*. 2006. Vol. 79, № 1. P. 107–116
492. Rowe R., Shepherd M. Public participation in the new NHS: no closer to citizen control? *Social Policy & Administration*. 2002. Vol. 36, № 3. P. 275–290.
493. Russell G. Robertson M. D. Currey L. How to Make the Media Your Public Health Partner. Your local media can help you promote good health care to your entire community. *Family Practice Management*. 2004. №5. P. 40–42
494. Sable M. R. Schild D. R., Hipp A. J. Public health and social work. Handbook of Health Social Work. / Edited by S. Gehlert, T. Browne. Hoboken, New York : John Wiley & Sons, Inc., 2012. Part I, Ch. 4. P. 64-94.
495. Samofalov D. A., Izhytska N. V., Dragomyretska N. M., Lyashenko A. V. Information and communication technologies in public management of healthcare institutions network during covid-19 pandemics. *Wiadomości Lekarskie: journal*. 2020 Vol. LXXIII, No. 11. P. 2535 – 2542. doi: <https://doi.org/10.36740/WLek202011136> (Last accessed 21.06.2020).
496. Samofalov D. Contemporary foreign practice of communicative activities in healthcare. *Публічне урядування: збірник*. 2020. № 2 (22). P. 202 – 214.
497. Samofalov D. Foreign experience of communicative activity in public management of healthcare as an important component to overcome covid-19 pandemic. *Публічне урядування: збірник*. 2020. № 3 (23). P. 245 – 257.
498. Sara J. J., Moulik S. G., Hall M. C. 10 steps to developing a communications strategy to help combat COVID-19 (Coronavirus). 2020. URL:

<https://blogs.worldbank.org/water/10-steps-developing-communications-strategy-help-combat-covid-19-coronavirus> (Last accessed: 11.06.2021).

499. Seven years of telemedicine in Médecins Sans Frontières demonstrate that offering direct specialist expertise in the frontline brings clinical and educational value. / Delaigue S, Bonnardot L, Steichen O. et al. *Journal of Global Health*. 2018. №8 (2). P.2-4
500. Schmalenberg C. Kramer M. Essentials of a productive nurse work environment. *Nursing Research*. 2008. №1. P. 2–13
501. Schmidt J. M. Seeking Evidence-Based Covid-19 Preparedness: A FEMA Framework for Clinic Management. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*. 2020. Vol. 1, No. 2. P.1-15.
502. Schneider M.-J. Introduction to public health. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2003. No.13(1). P. 58-59.
503. Shannon and Weaver Model of Communication. URL: <https://www.communicationtheory.org/shannon-and-weaver-model-of-communication/> (Last accessed 20.10.2020).
504. Smith S., Sibal B., Linnane J., Mittal A. NHS and public health reorganization in England: health protection and emergency planning, preparedness and response perspective. *Journal of Public Health*. 2017. No.39. 2. P. 403-406. doi: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdw042> (Last accessed 20.10.2020).
505. South African Government Behind the state's communications strategy to encourage Covid-19 vaccinations. 2021. URL: <https://www.gov.za/blog/behind-states-communications-strategy-encourage-covid-19-vaccinations> (Last accessed: 27.08.2021).
506. South Korea winning the fight against coronavirus using big-data and AI 14 March 2020. URL: <https://www.thedailystar.net/online/news/south-koreawinning-the-fight-against-coronavirususing-big-data-and-ai> (Last accessed 20.10.2020)

507. Speech by Prime Minister Abe at the World Economic Forum Annual Meeting. Ministry of Foreign Affairs of Japan. 2019. URL: https://www.mofa.go.jp/ecm/ec/page4e_000973.html (Last accessed 22.12.2020).
508. Statement – Every country needs to take boldest actions to stop COVID-19. Copenhagen, Denmark, 17 March 2020. URL: <https://www.euro.who.int/en/about-us/regional-director/statements-and-speeches/2020/statement-every-country-needs-to-take-boldest-actions-to-stop-covid-19> (Дата звернення 10.06.2021).
509. Strengthening Laboratory Management Towards Accreditation: The Lesotho experience / D. Mothabeng, T. Maruta, M. Lebina et al. *African journal of laboratory medicine*. 2012. №1. P. 9–12
510. System Theory. URL: <https://www.communicationtheory.org/system-theory/> (Last accessed 20.10.2018).
511. Systematic Review of Factors Influencing the Adoption of Information and Communication Technologies by Healthcare Professionals / M. Gagnon, M. Labrecque, M. Desmartis et al. *Journal Medical System*. 2012. №36. P. 241–277
512. Systematic review of mass media interventions designed to improve public recognition of stroke symptoms, emergency response and early treatment / Lecouturier J. et al. *BMC public health*. 2010. Vol. 10. No.1. P. 784.
513. Telemedicine in pre-hospital care: a review of telemedicine applications in the pre-hospital environment. / A. Amadi-Obi, P. Gilligan, N. Owens et al. *International Journal of Emergency Medicine*. 2014. №7. p. 29–37
514. The dawn of digital medicine. *The Economist*. 2020. URL: <https://www.economist.com/business/2020/12/02/the-dawn-of-digital-medicine> (Last accessed 12.12.2020).
515. The Doctor Can See You Now: A Key Stakeholder Study Into The Acceptability Of Ambulance Based Telemedicine / P. Gilligan, A. Houlihan, A. Bennett et al. *Irish medical journal*. 2018. №111. P34-38
516. The Japan Vision: Health Care 2035 Executive Summary. Ministry of Health, Labor and Welfare of Japan. 2015. URL:

https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/hokeniryou2035/assets/file/healthcare2035_proposal_150703_summary_en.pdf (Last accessed 17.12.2020).

517. The Johari Window Model. URL: <https://www.communicationtheory.org/the-johari-window-model/> (Last accessed 20.10.2020).
518. The Kenya Open Data Initiative. The Centre for Public Impact. 2016. URL: <https://www.centreforpublicimpact.org/case-study/open-data-kenya> (Last accessed 26.12.2020).
519. The National Health Strategy (2016-2020) Islamic Republic of Afghanistan Ministry of Public Health. URL: http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/afghanistan/afghanistan_mophstrategy2016-2020_final09september2016111201614508950553325325.pdf. (Last accessed 20.10.2020).
520. The national health strategy equity and quality in health: leaving no one behind for Zimbabwe 2016-2020. URL: <https://malariaelimination8.org/wp-content/uploads/2017/02/National%20Health%20Strategy%20for%20Zimbabwe%202016-2020.pdf>. (Last accessed 20.10.2020).
521. The Newcomb's model. Model URL: <https://www.communicationtheory.org/the-newcomb%e2%80%99s-model/> (Last accessed 20.10.2020).
522. The role of public communication in supporting the needs assessment process at the subnational level in Jordan. OECD iLibrary. 2020. URL: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/743986de-en/index.html?itemId=/content/component/743986de-en> (Last accessed 20.10.2020).
523. The role of the public health official in communicating public health information. / Regidor E., de la Fuente L., Gutiérrez-Fisac J. L. et al. *American journal of public health*. 2007. No. 97. P. S93-S97

524. The World Bank. Government of Kenya releases data to public on easy to use web portal. Washington, DC: The World Bank; 2011. URL: <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2011/07/08/government-kenya-releases-data-public-easy-use-web-portal> (Last accessed 16.12.2020).
525. Tomaževič N., Tekavčič M., Peljhan D. Towards excellence in public administration: organisation theory-based performance management model. *Total Quality Management & Business Excellence*, 2017. Vol. 28(5-6). P. 578-599.
526. Tomic Z., Lasic D., Tomic T. Public Relations in Health Care. *Materia Socio-Medica*. 2010. Vol. 22, No.1. P. 25. URL: <https://www.ejmanager.com/mnstemps/16/16-1293481017.pdf> (Last accessed 20.10.2020).
527. Tuckson R. V., Edmunds M., Hodgkins M. L. *Telehealth. New England Journal of Medicine*. 2017. №10. C.1585-1592.
528. Turcu C. E. Turcu C. O. Internet of things as key enabler for sustainable healthcare delivery. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2013. No73. P. 251-256.
529. UK Government Communication Plan 2021/22. URL: <https://communication-plan.gcs.civilservice.gov.uk/> (Last accessed: 11.07.2021).
530. US Department of Health and Human Services, & Office of Disease Prevention and Health Promotion. Healthy People. 2020. URL: <https://www.healthypeople.gov>. (Last accessed 20.10.2020)
531. Uses and gratification theory. URL: <https://www.communicationtheory.org/uses-and-gratification-theory/>(Last accessed 20.10.2018)
532. Using telepresence for social connection: views of older people with dementia, families, and health professionals from a mixed methods pilot study. / W. Moyle, C. Jones, T. Dwan et al. *Aging Ment Health*. 2018. №17. P. 1–8.
533. Weaver B., Lindsay, B., Gitelman B.. Communication Technology and Social Media: Opportunities and Implications for Healthcare Systems" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. 2012. Vol. 17, No. 3. URL:

- <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-17-2012/No3-Sept-2012/Communication-Technology-Social-Media.html> (Last accessed 22.10.2018).
534. Westley and MacLean's Model of Communication. URL: <https://www.communicationtheory.org/westley-and-macleans-model-of-communication/> (Last accessed 20.10.2020).
535. What Are Communication Strategies? URL: <https://study.com/academy/lesson/what-are-communication-strategies-definition-types-examples.html> (Last accessed: 09.06.2021).
536. What is health communication? European Centre for Disease Prevention and Control An agency of the European Union. URL: <https://www.ecdc.europa.eu/en/health-communication/facts> (Last accessed: 09.06.2021).
537. What is telehealth? How is telehealth different from telemedicine? URL: <https://www.healthit.gov/faq/what-telehealth-how-telehealth-different-telemedicine> (Last accessed: 17.08.2021).
538. WHO checklist for influenza pandemic preparedness planning. World Health Organization. 2005. URL: <https://www.who.int/influenza/resources/documents/FluCheck6web.pdf> (Last accessed 20.10.2020).
539. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. World Health Organization. 2019. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311941/9789241550505-eng.pdf?ua=1> (Last accessed 17.12.2020).
540. WHO Regional office for Europe. The 10 Essential Public Health Operations. URL: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations> (Last accessed 17.12.2020).
541. Wilder-Smith A., Freedman D. O. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in

- the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Journal of travel medicine*. 2020. Vol. 27, No. 2. P.1-4.
542. Wong J. E. L., Leo Y. S., Tan C. C. COVID-19 in Singapore—current experience: critical global issues that require attention and action. *Journal of the American Medical Association*. 2020. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2761890> (Last accessed 20.10.2020).
543. Wood G. J, Chaitin E., Arnold R. M. Communication in the ICU: Holding a family meeting 2011. URL: https://www.uptodate.com/contents/communication-in-the-icu-holding-a-family-meeting?search=communication%20healthcare&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3 (Last accessed 22.10.2018).
544. World Health Organization cardiovascular disease risk charts: revised models to estimate risk in 21 global regions /Kaptoge S. et al. *The Lancet Global Health*. 2019. Vol. 7. No. 10. P. 1332-1345.
545. Ziemba E. Obłąk I. The Survey of Information Systems in Public Administration in Poland. *Interdisciplinary Journal of Information, Knowledge, and Management*. 2014. Vol. 9. URL: <http://www.ijikm.org/Vol.9/IJIKMv9p031-058Ziemba468.pdf> (Last accessed 20.10.2018)

ДОДАТКИ

Список публікацій здобувача за темою дисертації

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

Монографія:

1. Самофалов Д.О. Формування моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я в Україні: теоретико-методологічний аспект : монографія – Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2021. – 326 с.

Статті:

2. Самофалов Д.О. Зарубіжні концептуальні підходи до комунікацій у системі охорони здоров'я // Держава та регіони. Серія: Державне управління — № 2 (66) — 2019 — Запоріжжя: Класичний приватний університет 2019. – С. 11 – 18.

3. Самофалов Д.О. Зарубіжний досвід громадських консультацій як форми комунікації громадськості що впливає на прийняття рішень у сфері охорони здоров'я // Theory and Practice of Public Administration : Collection of Scientific Works. – № 2 (69). Квітень 2020 – Kharkiv : Publisher of KRI NAPA “Magistr”, 2020. –С. 233-239.

4. Samofalov D. Foreign experience of communicative activity in public management of healthcare as an important component to overcome covid-19 pandemic // Публічне урядування: збірник. — № 3 (23). — Серпень 2020. — Київ : ПрАТ “ВНЗ “Міжрегіональна Академія управління персоналом”, 2020. – С. 245 – 257.

5. Samofalov D. Contemporary foreign practice of communicative activities in healthcare // Публічне урядування: збірник. — № 2 (22). — Березень 2020. — Київ : ПрАТ “ВНЗ “Міжрегіональна Академія управління персоналом”, 2020. – С. 202 – 214.

6. Самофалов Д. Упровадження електронної системи охорони здоров'я як складник публічного управління охороною здоров'я: світовий досвід// Державне управління та місцеве самоврядування — №1(44) — 2020. С.92-99.

<https://doi.org/10.33287/102012>

7. Самофалов.Д.О. Моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні громадського здоров'я: зарубіжний та український підходи // Електронний журнал «Державне управління: удосконалення та розвиток» URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1728> — № 9 — вересень 2020 — Київ.: ТОВ "ДКС ЦЕНТР", 2020.

8. Самофалов Д.О. Оцінка ефективності комунікативної діяльності в публічному адмініструванні громадського здоров'я різних країн // Наукові перспективи: журнал. — №4— квітень 2020 — Київ.: ФОП КАНДИБА Т.П., 2020. — С. 90 – 103.

9. Самофалов Д.О. Етапи становлення публічного управління та публічного адміністрування комунікативної діяльності громадського здоров'я в Україні // Наукові перспективи: журнал. — №5— травень 2020 — Київ.: ФОП КАНДИБА Т.П., 2020. — С. 244 – 256.

10. Самофалов Д.О. Сучасний стан електронної системи охорони здоров'я як базового комунікативного компоненту публічного управління та адміністрування умовах трансформації системи охорони здоров'я України // Наукові перспективи: журнал. — №6— червень 2020 — Київ.: ФОП КАНДИБА Т.П., 2020. — С. 246 – 262.

11. Самофалов Д.О. Оцінка стану та ефективності публічного управління та адміністрування комунікативної діяльності громадського здоров'я в Україні //Public management : journal. — №5 (25) грудень 2020 — Київ : ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом», 2020. С 202 – 222.

12. Dmytro A. Samofalov, Nataliya V. Izhytska, Natalia M. Dragomyretska, Artem V. Lyashenko Information and communication technologies in public management of healthcare institutions network during covid-19 pandemics // Wiadomości Lekarskie: journal — VOL. LXXIII, ISSUE 11, — листопад 2020 Konstancin-Jeziorna Poland: ALUNA Publishing House, 2020. — С. 2535 – 2542. (Scopus).

13. Самофалов Д.О. Зарубіжний досвід використання відкритих даних як

комунікаційного інструменту для покращення публічного управління та публічного адміністрування охороною здоров'я // Наукові перспективи: журнал. — №7— липень 2021 — Київ.: ФОП КАНДИБА Т.П., 2020. — С. 271 – 286.

14. Innovative approach to communication services development in electronic healthcare system. international experience analysis // // Theory and Practice of Public Administration : Collection of Scientific Works. – № 2 (69). Квітень 2020 – Kharkiv : Publisher of KRI NAPA “Magistr”, 2020. –С.72-79.

14. Самофалов Д.О. Публічне управління й адміністрування медичних інформаційних систем як основного інструменту інформаційно-комунікативних технологій в охороні здоров'я України // Вчені записки ТНУ імені Вернадського Серія державне управління - Том 32 (71) № 3 2021 - Видавничий дім «Гельветика», 2021. – С. 48 -54.

15. Самофалов Д.О. Оцінка використання відкритих даних як комунікативного інструменту публічного адміністрування охороною здоров'я в Україні // Вчені записки ТНУ імені Вернадського Серія державне управління - Вересень 2021 Видавничий дім «Гельветика», 2021. – С. 60 – 66.

16. Самофалов Д.О. Публічне управління та адміністрування інформаційно-комунікаційних технологій в досягненні універсального покриття медичними послугами // Публічне управління і адміністрування в Україні, 2021, вип 26, –С. 13-19 <https://doi.org/10.32843/pma2663-5240-2021.26.2>

17. Самофалов Д.О. Проблемні питання публічного управління імплементації медичних телекомунікаційних технологій для досягнення універсального покриття медичною послугою в охороні здоров'я України // Електронний журнал «Державне управління: удосконалення та розвиток» URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=2375>

18. Самофалов Д.О., Дефініції «публічне адміністрування» та «публічне адміністрування в сфері охорони здоров'я» // Публічне управління і адміністрування в Україні, 2021. Вип 25, – С. 7 – 12, <https://doi.org/10.32843/pma2663-5240-2021.25.1>

19. Systematic and educational influences of civil society on public

administration communications organization in quarantine restriction COVID-19 condition / *Natalia Dragomyretska, Iryna Matvieienko, Dmytro Samofalov* // *International Journal of Health Science*. VOL. 6 NO. 1 (2022): ONLINE FIRST , PP. 214-233. <https://doi.org/10.53730/ijhs.v6n1.3828>
<https://sciencescholar.us/journal/index.php/ijhs/article/view/3828> (Scopus).

20. Humanization concept of the educational process in the field of public administration as a basis for the implementation of public administration reforms /*Dragomyretska, N., та Klymenko, I., та Prokopenko, L., та Matveenکو, I., та Samofalov, D., та Bahrim, O.* // *Ad Alta: Journal of interdisciplinary research*. Vol.12. Is. 1. Special Issues XXV. 2022. PP. 73-78. (Web of Science Core Collection: <https://mjl.clarivate.com/search-results>) <http://ep3.nuwm.edu.ua/23036/>

Опубліковані праці апробаційного характеру:

21. Самофалов Д.О. Міжнародний досвід комунікацій в публічному управлінні та адмініструванні сфери охорони здоров'я // *Європейський вимір реформування публічного управління в Україні: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції м. Київ 22 листопада 2019 р.*[за заг. ред. О. І. Пархоменко-Куцевіл.] — К.: МАУП, 2019. – С. 73 – 76.

22. Самофалов Д.О. Державна стратегія комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я як важлива складова подолання пандемії COVID-19 // *Модернізація та наукові дослідження інтеграція науки та практики. Матеріал II науково-практичної конференції м. Вінниця 24-25 липня 2020 р.* – С. 35 – 38.

23. Самофалов Д.О. Визначення ефективності публічного управління та публічного адміністрування комунікативної діяльності громадського здоров'я: зарубіжний та український підхід // *Інтеграція науки та практики як механізм ефективного розвитку суспільства : матеріали наук.-практ конференції з міжнародною участю м. Львів, 26-27 лютого 2021.* – С. 99 – 102.

24. Самофалов Д.О. Відкриті дані як комунікаційний інструмент публічного управління та адміністрування охороною здоров'я // *Побудуємо більш*

справедливий більш здоровий світ : матеріали наук. – практ. Конференції з міжнародною участю до Всесвітнього дня здоров'я м. Київ, 2 Квітня, 2021р. – С. 139 – 141

25. Самофалов Д.О. Роль інформційно-комунікативних технологій в публічному управлінні та адмініструванні системи охорони здоров'я України // Модернізація та наукові дослідження парадигма інноваційного розвитку суспільства і технологій : матеріали IV Міжнародної наук. – практичної конференції м. Київ 29-30 січня 2021 р. – С. 139 – 141.

26. Самофалов Д.О. Розвиток комунікативної діяльності публічного управління та публічного адміністрування громадського здоров'я в Україні //Сучасні аспекти модернізації науки в Україні : Стан, проблеми, тенденції розвитку : Матеріали VI-ої Міжнародної науково-практичної конференції м. Варшава 07 лютого 2021 р. . / [ред. кол.: Є.О. Романенко та ін.] Варшава, 2021. – С. 115 – 119.

27. Самофалов Д.О. Ефективність комунікацій з громадянами в процесі прийняття рішень в публічному управлінні сфери охорони здоров'я //Сучасні аспекти модернізації науки в Україні : Стан, проблеми, тенденції розвитку : Матеріали I-ої Міжнародної науково-практичної конференції м. Братислава 07 вересня 2020 р. . / [ред. кол.: Є.О. Романенко та ін.] Братислава , 2021. – С. 52 – 54.

28. Самофалов Д.О. Зарубіжний досвід формування стратегій комунікативної діяльності публічного управління охорони здоров'я з метою створення здоров'язбережувального простору // Трансформація системи публічного управління створенням здоров'язбережувального та безпечного простору України (модернізація, інновації, розвиток) м. Київ 11 червня 2021 р – С. 60 – 63.

ДОДАТКИ

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ АВТОРОМ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

Монографія:

1. Самофалов Д.О. Формування моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я в Україні: теоретико-методологічний аспект : монографія – Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2021. – 326 с.

Статті:

2. Самофалов Д.О. Зарубіжні концептуальні підходи до комунікацій у системі охорони здоров'я // Держава та регіони. Серія: Державне управління — № 2 (66) — 2019 — Запоріжжя: Класичний приватний університет 2019. – С. 11 – 18.

3. Самофалов Д.О. Зарубіжний досвід громадських консультацій як форми комунікації громадськості що впливає на прийняття рішень у сфері охорони здоров'я // Theory and Practice of Public Administration : Collection of Scientific Works. – № 2 (69). Квітень 2020 – Kharkiv : Publisher of KRI NAPA “Magistr”, 2020. – С. 233-239.

4. Samofalov D. Foreign experience of communicative activity in public management of healthcare as an important component to overcome covid-19 pandemic // Публічне урядування: збірник. — № 3 (23). — Серпень 2020. — Київ : ПрАТ “ВНЗ “Міжрегіональна Академія управління персоналом”, 2020. – С. 245 – 257.

5. Samofalov D. Contemporary foreign practice of communicative activities in healthcare // Публічне урядування: збірник. — № 2 (22). — Березень 2020. — Київ : ПрАТ “ВНЗ “Міжрегіональна Академія управління персоналом”, 2020. – С. 202 – 214.

6. Самофалов Д. Упровадження електронної системи охорони здоров'я як складник публічного управління охороною здоров'я: світовий досвід// Державне управління та місцеве самоврядування — №1(44) — 2020. С.92-99. <https://doi.org/10.33287/102012>

7. Самофалов.Д.О. Моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні громадського здоров'я: зарубіжний та український підходи // Електронний журнал «Державне управління: удосконалення та розвиток» URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1728> — № 9 — вересень 2020 — Київ.: ТОВ "ДКС ЦЕНТР", 2020.

8. Самофалов Д.О. Оцінка ефективності комунікативної діяльності в публічному адмініструванні громадського здоров'я різних країн // Наукові перспективи: журнал. — №4— квітень 2020 — Київ.: ФОП КАНДИБА Т.П., 2020. – С. 90 – 103.

9. Самофалов Д.О. Етапи становлення публічного управління та публічного адміністрування комунікативної діяльності громадського здоров'я в Україні // Наукові перспективи: журнал. — №5— травень 2020 — Київ.: ФОП КАНДИБА Т.П., 2020. – С. 244 – 256.

10. Самофалов Д.О. Сучасний стан електронної системи охорони здоров'я як базового комунікативного компоненту публічного управління та адміністрування умовах трансформації системи охорони здоров'я України // Наукові перспективи: журнал. — №6— червень 2020 — Київ.: ФОП КАНДИБА Т.П., 2020. — С. 246 – 262.

11. Самофалов Д.О. Оцінка стану та ефективності публічного управління та адміністрування комунікативної діяльності громадського здоров'я в Україні // Public management : journal. — №5 (25) грудень 2020 — Київ : ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом», 2020. С 202 – 222.

12. Dmytro A. Samofalov, Nataliya V. Izhytska, Natalia M. Dragomyretska, Artem V. Lyashenko Information and communication technologies in public management of healthcare institutions network during covid-19 pandemics // Wiadomości Lekarskie: journal — VOL. LXXIII, ISSUE 11, — листопад 2020 Konstancin-Jeziorna Poland: ALUNA Publishing House, 2020. — С. 2535 – 2542. (Scopus).

13. Самофалов Д.О. Зарубіжний досвід використання відкритих даних як комунікаційного інструменту для покращення публічного управління та публічного адміністрування охороною здоров'я // Наукові перспективи: журнал. — №7— липень 2021 — Київ.: ФОП КАНДИБА Т.П., 2020. — С. 271 – 286.

14. Innovative approach to communication services development in electronic healthcare system. international experience analysis // // Theory and Practice of Public Administration : Collection of Scientific Works. — № 2 (69). Квітень 2020 – Kharkiv : Publisher of KRI NAPA "Magistr", 2020. –С.72-79.

15. Самофалов Д.О. Публічне управління й адміністрування медичних інформаційних систем як основного інструменту інформаційно-комунікативних технологій в охороні здоров'я України // Вчені записки ТНУ імені Вернадського Серія державне управління - Том 32 (71) № 3 2021 - Видавничий дім «Гельветика», 2021. — С. 48 -54.

16. Самофалов Д.О. Оцінка використання відкритих даних як комунікативного інструменту публічного адміністрування охороною здоров'я в Україні // Вчені записки ТНУ імені Вернадського Серія державне управління - Вересень 2021 Видавничий дім «Гельветика», 2021. — С. 60 – 66.

17. Самофалов Д.О. Публічне управління та адміністрування інформаційно-комунікаційних технологій в досягненні універсального покриття медичними послугами // Публічне управління і адміністрування в Україні, 2021, вип 26, –С. 13-19 <https://doi.org/10.32843/rma2663-5240-2021.26.2>

18. Самофалов Д.О. Проблемні питання публічного управління імплементації медичних телекомунікаційних технологій для досягнення універсального покриття медичною послугою в охороні здоров'я України // Електронний журнал «Державне управління: удосконалення та розвиток» URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=2375>

19. Самофалов Д.О., Дефініції «публічне адміністрування» та «публічне адміністрування в сфері охорони здоров'я» // Публічне управління і адміністрування в Україні, 2021. Вип 25, – С. 7 – 12, <https://doi.org/10.32843/rma2663-5240-2021.25.1>

20. Systematic and educational influences of civil society on public administration communications organization in quarantine restriction COVID-19 condition / *Natalia Dragomyretska, Iryna Matvieienko, Dmytro Samofalov* // *International Journal of Health Science*. VOL. 6 NO. 1 (2022): ONLINE FIRST , PP. 214-233. <https://doi.org/10.53730/ijhs.v6n1.3828>
<https://sciencescholar.us/journal/index.php/ijhs/article/view/3828> (Scopus).

21. Humanization concept of the educational process in the field of public administration as a basis for the implementation of public administration reforms / *Dragomyretska, N., та Klymenko, I., та Prokopenko, L., та Matveencko, I., та Samofalov, D., та Bahrim, O.* // *Ad Alta: Journal of interdisciplinary research*. Vol.12. Is. 1. Special Issues XXV. 2022. PP. 73-78. (Web of Science Core Collection: <https://mjl.clarivate.com/search-results>) <http://ep3.nuwm.edu.ua/23036/>

Опубліковані праці апробаційного характеру:

22. Самофалов Д.О. Міжнародний досвід комунікацій в публічному управлінні та адмініструванні сфери охорони здоров'я // *Європейський вимір реформування публічного управління в Україні: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції м. Київ 22 листопада 2019 р.*[за заг. ред. О. І. Пархоменко-Куцевіл.] — К.: МАУП, 2019. — С. 73 – 76.

23. Самофалов Д.О. Державна стратегія комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я як важлива складова подолання пандемії COVID-19 // *Модернізація та наукові дослідження інтеграція науки та практики. Матеріал II науково-практичної конференції м. Вінниця 24-25 липня 2020 р.* — С. 35 – 38.

24. Самофалов Д.О. Визначення ефективності публічного управління та публічного адміністрування комунікативної діяльності громадського здоров'я: зарубіжний та український підхід // *Інтеграція науки та практики як механізм ефективного розвитку суспільства : матеріали наук.-практ конференції з міжнародною участю м. Львів, 26-27 лютого 2021.* — С. 99 – 102.

25. Самофалов Д.О. Відкриті дані як комунікаційний інструмент публічного управління та адміністрування охороною здоров'я // *Побудуємо більш справедливий більш здоровий світ : матеріали наук. – практ. Конференції з міжнародною участю до Всесвітнього дня здоров'я м. Київ, 2 Квітня, 2021р.* — С. 139 – 141

26. Самофалов Д.О. Роль інформційно-комунікативних технологій в публічному управлінні та адмініструванні системи охорони здоров'я України // *Модернізація та наукові дослідження парадигма інноваційного розвитку суспільства і технологій : матеріали IV Міжнародної наук. – практичної конференції м. Київ 29-30 січня 2021 р.* — С. 139 – 141.

27. Самофалов Д.О. Розвиток комунікативної діяльності публічного управління та публічного адміністрування громадського здоров'я в Україні // *Сучасні аспекти модернізації науки в Україні : Стан, проблеми, тенденції розвитку : Матеріали VI-ої Міжнародної науково-практичної конференції м. Варшава 07 лютого 2021 р. . / [ред. кол.: Є.О. Романенко та ін.] Варшава, 2021.* — С. 115 – 119.

28. Самофалов Д.О. Ефективність комунікацій з громадянами в процесі

прийняття рішень в публічному управлінні сфери охорони здоров'я //Сучасні аспекти модернізації науки в Україні : Стан, проблеми, тенденції розвитку : Матеріали I-ої Міжнародної науково-практичної конференції м. Братислава 07 вересня 2020 р. . / [ред. кол.: Є.О. Романенко та ін.] Братислава , 2021. – С. 52 – 54.

29. Самофалов Д.О. Зарубіжний досвід формування стратегій комунікативної діяльності публічного управління охорони здоров'я з метою створення здоров'язбережувального простору // Трансформація системи публічного управління створенням здоров'язбережувального та безпечного простору України (модернізація, інновації, розвиток) м. Київ 11 червня 2021 р – С. 60 – 63.

ДОВІДКА

про участь у науково-дослідних роботах

Видана Самофалову Дмитру Олександровичу
(прізвище, ім'я по батькові)

з підтвердженням про те, що він дійсно брав участь у виконанні науково-дослідної роботи за комплексним науковим проектом

«Державне управління та місцеве самоврядування»
(назва проекту)ОРІДУ Національної академії державного управління при Президентові України, а саме: у виконанні науково-дослідної роботи у 2021 році «Реінжиніринг управлінських процесів та управлінські інновації в органах публічної влади на регіональному рівні в умовах децентралізації», як виконавець підрозділу 1.4. номер державної реєстрації 0120U101245.

Перший заступник директора



М.П. Попов

Керівник науково-дослідної роботи

Л.Л. Приходченко



ДЕРЖАВНЕ ПІДПРИЄМСТВО «ЕЛЕКТРОННЕ ЗДОРОВ'Я»

майдан Незалежності, буд. 2, м. Київ, 01012; адреса для листування м. Київ 01001 а/с В-7
e-mail: office@ehealth.gov.ua; web: <http://www.ehealth.gov.ua>; код ЄДРПОУ 41848148

29.10.2021 № 259/01

на № _____ від _____

Довідка

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Самофалова Д.О., к.мед.н., докторанта кафедри гуманітарних та соціально-політичних наук Одеського регіонального інституту державного управління
Національної академії державного управління при Президентові України

Результати дисертаційного дослідження «Формування моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я в Україні: теоретико-методологічний аспект» було запроваджено в діяльність Державне підприємство "Електронне здоров'я" стосовно доцільності запровадження зарубіжного досвіду формування моделей комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я в контексті розгляду її як інтегрованої системи, яка є основою при комплексному вирішенні майбутніх загроз, включає в себе формальні та неформальні структури, організації, громадян, працівників сфери охорони здоров'я, медіаторні технології управління інформацією щодо доступу до медичних послуг, якості та безпеки догляду, безперервності послуг та обмеження витрат, де основою є: система моніторингу; система зворотного зв'язку; процес розвитку спільного розуміння, встановлення, тестування та підтримки відносин; мистецтво та техніка інформування, впливу та мотивації індивідуальної, інституційної та громадської аудиторії про важливі проблеми зі здоров'я; динамічний процес.

В.о. генерального директора

Олександр СМЕЦЬ



ЖИТОМИРСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
вул. Мала Бердичівська, 25, м. Житомир, 10014, тел. 42-11-21, тел-факс 42-14-05,
eskulapzt@gmail.com; uozoda@oz.zt.gov.ua код ЄДРПОУ 02012846

Від 29.09.2021 № 3802/01-1

Довідка

про впровадження результатів дисертаційного дослідження Самофалова Д.О., к.мед.н., докторанта кафедри гуманітарних та соціально-політичних наук Одеського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України.

Результати дисертаційного дослідження «Формування моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я в Україні: теоретико-методологічний аспект» було запроваджено в діяльність Департаменту охорони здоров'я Житомирської облдержадміністрації, зокрема, що стосується комунікації адміністративного апарату з громадськістю, комунікації лікувальних закладів з громадськістю, ліквідації медичної неграмотності населення, комунікації медичних працівників з пацієнтами та медичних працівників між собою, що тісно пов'язано з моделями комунікативної діяльності, які будуються в державі: макромасштабна; динамічна, функціональна; змішана; центристська; публічного адміністрування комунікативної діяльності громадського здоров'я; відсутності центрального регулювання. Результати дослідження враховані в процесі визначення показників результативності комунікативної діяльності в сфері охорони здоров'я та їх кореляції з загальними статистичними даними, які використовуються в системі охорони здоров'я. Розглянуто пропозиції для подальшого обговорення введення запропонованих в дисертаційному дослідженні індикаторів ефективності комунікативної діяльності в контексті цілей сталого розвитку в сфері охорони здоров'я.

Т.в.о директора Департаменту



Світлана МОШКІВСЬКА



ОДЕСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ

ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

вул. Канатна, 83, м. Одеса, 65107, тел. (048) 725-48-10, факс (048) 725-47-30

e-mail: zdravdelo@gmail.com Код ЄДРПОУ 41145448

29.09.2021 № 01-15/4927
на № _____ від _____

Міністерство аграрної політики та
продовольства України

Довідка

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Самофалова Д.О., к.мед.н., докторанта кафедри гуманітарних та соціально-
політичних наук Одеського регіонального інституту державного управління
Національної академії державного управління при Президентові України

Результати дисертаційного дослідження «Формування моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охороною здоров'я в Україні: теоретико-методологічний аспект» було запроваджено в діяльність Департаменту охорони здоров'я Одеської обласної державної адміністрації, зокрема щодо вироблення принципів політики і управління охороною здоров'я на рівні громад з забезпеченням вирішення проблем охорони здоров'я за умов відсутності державного фінансування та прийняття інноваційних рішень в ситуаціях низького рівня забезпеченості населення територіальних громад. Закцентовано увагу на використанні інформаційно-комунікаційних технологій в публічному адмініструванні мережі закладів охорони здоров'я в умовах пандемії COVID-19, стосовно: організації надання медичної допомоги з використанням телемедичних технологій, де об'єднані програмні та функціональні інструменти обміну медичною документацією; система архівації медичної документації та відеозаписів телемедичних консультацій; сервер зображень медичних діагностичних досліджень; консультування щодо екстрених випадків; використання методів переконання, роз'яснення, подолання розриву знань.

Директор Департаменту



Наталія ОДАРІЙ-ЗАХАР'ЄВА