

ОРГАНІЗАЦІЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В АСПЕКТІ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЗМЕНШЕННЯ ТЯГАРЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Микола П. Дейкун¹, Валерій О. Зуб², Олександр В. Зуб³

¹Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка, м. Чернігів, Україна

²Національний університет «Чернігівська політехніка», м. Чернігів, Україна

³Комунальне некомерційне підприємство «Чернігівський медичний центр сучасної онкології» Чернігівської обласної ради, м. Чернігів, Україна

Резюме

Вступ. Онкологічні захворювання залишаються однією з провідних причин передчасної смертності та втрати якості життя населення у світі та в Україні. Традиційно боротьба з раком асоціюється передусім із розвитком онкологічної служби, удосконаленням методів діагностики та лікування. Сучасні наукові дані переконливо свідчать, що вирішальний внесок у формування онкологічного тягаря належить не клінічній медицині, а системі детермінант здоров'я, які формуються у соціальному, поведінковому та середовищному контекстах. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), від 30 до 50 % випадків онкологічних захворювань можуть бути попереджені шляхом впливу на модифіковані чинники ризику на популяційному рівні. Це зумовлює необхідність переосмислення ролі національної системи громадського здоров'я як провідного механізму управління онкологічними ризиками та зменшення тягаря раку.

Мета. Обґрунтувати організаційні, інституційні, міжсекторальні та причинно-наслідкові особливості функціонування національної системи громадського здоров'я, здатної забезпечити профілактику та зниження тягаря онкологічних захворювань.

Матеріали та методи. У дослідженні використано методи системного аналізу, порівняльного аналізу, узагальнення та концептуального моделювання. Методологічну основу становлять законодавчі акти України, документи ВООЗ, матеріали Міжнародного агентства з дослідження раку (IARC), концепція «медичного поля» М. Лалонда, теорія соціальних детермінант здоров'я М. Мармота, салютогенний підхід А. Антоновського та підхід життєвого курсу.

Результати. У процесі дослідження обґрунтовано багаторівневу логічну модель національної системи громадського здоров'я, у якій зменшення онкологічного тягаря розглядається як результат узгодженого впливу на фундаментальні, середовищні, поведінкові та психосоціальні детермінанти здоров'я, а не як виключно наслідок розвитку онкологічної служби, та розширено теоретичне розуміння онкологічних захворювань як соціально зумовленого феномена, та поглиблено концепцію громадського здоров'я як міжсекторального механізму управління здоров'ям населення.

Висновки. Під час наукових досліджень обґрунтовано роль національної системи громадського здоров'я як ключового інструменту профілактики та зменшення тягаря онкологічних захворювань. Показано, що переважна частка онкологічної захворюваності формується під впливом соціальних, поведінкових та екологічних детермінант здоров'я, які перебувають поза межами безпосередньої діяльності онкологічної служби. Запропоновано логічну багаторівневу модель системи громадського здоров'я з акцентом на первинну профілактику онкологічних захворювань. Обґрунтовано, що ефективне зменшення онкологічного тягаря можливе лише за умови міжсекторального управління детермінантами здоров'я, тоді як онкологічна служба виконує переважно компенсаторну та клінічну функцію.

Ключові слова: громадське здоров'я, онкологічні захворювання, профілактика раку, детермінанти здоров'я, соціальна нерівність, система охорони здоров'я, IARC, ВООЗ

ВСТУП

Традиційно боротьба з раком асоціюється передусім із розвитком онкологічної служби, удосконаленням методів діагностики та лікування. Сучасні наукові дані переконливо свідчать, що вирішальний внесок у формування онкологічного тягаря належить не клінічній медицині, а системі детермінант здоров'я, які формуються у соціальному, поведінковому та середовищному контекстах. За оцінками ВООЗ, від 30 до 50 % випадків онкологічних захворювань можуть бути попереджені шляхом впливу на модифіковані чинники ризику на популяційному рівні. Це зумовлює необхідність переосмислення ролі онкологічної служби та визначити роль національної системи громадського здоров'я як провідного механізму управління онкологічними ризиками, проаналізувати сучасні міжнародні підходи до профілактики онкологічних захворювань та зменшення тягаря раку, запропонувати логічну модель системи громадського здоров'я з акцентом на зменшення онкологічного тягаря.

МЕТА

Обґрунтувати організаційні, інституційні, міжсекторальні та причинно-наслідкові особливості функціонування національної системи громадського здоров'я, здатної забезпечити профілактику та зниження тягаря онкологічних захворювань.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідженні використано методи системного аналізу, порівняльного аналізу, узагальнення та концептуального моделювання. Методологічну основу становлять законодавчі акти України, документи ВООЗ, матеріали Міжнародного агентства з дослідження раку (IARC), концепція «медичного поля» М. Лалонда, теорія соціальних детермінант здоров'я М. Мармота, салютогенний підхід А. Антоновського та підхід життєвого курсу.

РЕЗУЛЬТАТИ

В процесі дослідження обґрунтовано багаторівневу логічну модель національної системи громадського здоров'я, у якій зменшення онкологічного тягаря розглядається як результат узгодженого впливу на фундаментальні, середовищні, поведінкові та психосоціальні детермінанти здоров'я, а не як виключно наслідок розвитку онкологічної служби, та розширено теоретичне розуміння онкологічних захворювань як соціально зумовленого феномена, та поглиблено концепцію громадського здоров'я як міжсекторального механізму управління здоров'ям населення [1-12].

Оцінюючи загальну динаміку онкологічних захворювань в Україні в період 2000-2014 рр., дані Національного канцер-реєстру свідчать про поступове збільшення загальних віково-стандартизованих показників захворюваності на рак з 2000 року (кількісні дані ведуться з цього часу) до середини 2010-х років: стандартизований рівень захворюваності виріс приблизно з 325 випадків на 100 000 населення до близько 356 випадків на 100 000 у 2014 році, що відповідає зростанню ~ 10 % за 14 років і становило приблизно 1 % щорічного приросту. В абсолютних числах кількість первинних випадків онкозахворювань в Україні також зростала (штучно та частково через зміну демографічних чинників) у 2000-2010-ті роки, що підтверджує загальний тренд до збільшення тягаря раку на рівні популяції [13].

Щодо порівняння з Європейським Союзом у цей період (2000-2014), загальні тенденції демонструють, що у країнах ЄС віково-стандартизована захворюваність на рак була загалом вищою за середньо-світові рівні й частково вищою, ніж в Україні, у певній мірі через ширше впровадження діагностичних скринінгів та кращу якість реєстрації випадків. Водночас смертність від раку в ЄС мала тенденцію до зниження або стабілізації завдяки ефективним профілактичним програмам та організованому виявленню хвороби, тоді як в Україні високі показники смертності зберігалися без суттєвого зниження цього тренду у 2000-2014 рр. Дані ЄС показують, що рак залишається однією з провідних причин смертності, але з покращенням результатів лікування й систем профілактики цей тягар часто зменшувався або зростає повільніше порівняно з деякими країнами Східної Європи [14-15].

Тягар онкологічних захворювань в Україні оцінюється як високий, а за окремими показниками – вищий, ніж у середньому по ЄС. Це зумовлено поєднанням відносно високої смертності, пізнього виявлення, значної частки запущених стадій, втрати років потенційного життя (YLL) та високих показників DALY. Якщо у країнах ЄС вищу захворюваність компенсує зниження смертності, то в Україні менша захворюваність поєднується з гіршими наслідками, що зрештою зумовлює значний тягар.

Щорічне збільшення фінансування онкологічної служби покращувало виключно окремі клінічні показники: доступність лікування, забезпечення обладнанням, застосування сучасніших методів терапії, а в окремих нозологіях – незначне покращення виживаності. Водночас рівень захворюваності продовжував зростати або залишався стабільно високим, а смертність знижувалася повільно і несистемно. Це пояснюється тим, що інвестиції спрямовувалися головним чином на лікування вже сформованих випадків, тоді як первинні причини

формування раку – основні детермінанти здоров'я (тютюн, алкоголь, умови праці, поведінка, довкілля, соціальна нерівність) залишалися поза сферою ефективного управління.

Таким чином, досвід України підтверджує фундаментальний висновок ВООЗ, IARC, Лалонда і Мармота: фінансування онкологічної служби має компенсаторний ефект і не здатне самостійно зменшити онкологічний тягар. Без паралельного розвитку системи громадського здоров'я, міжсекторальної профілактики та політики впливу на детермінанти здоров'я навіть систематичне збільшення видатків на онкологію не трансформується у покращення популяційних онкологічних показників [15-17].

Накопичений у 2000-2014 роках досвід функціонування онкологічної служби в Україні, що супроводжувався щорічним зростанням фінансування без відповідного зменшення захворюваності та онкологічного тягара, продемонстрував обмеженість суто клінічного підходу до боротьби з раком. За відсутності системного впливу на соціальні, поведінкові та середовищні детермінанти здоров'я, інвестиції в онкологічну службу мали переважно компенсаторний характер і не трансформувалися у покращення популяційних показників.

У цьому контексті саме онкологічна ситуація може розглядатися як один із чинників, що спонукав Україну з 2015 року ініціювати процес формування національної системи громадського здоров'я. Запуск інституційних реформ у сфері громадського здоров'я був зумовлений усвідомленням того, що зменшення тягара неінфекційних захворювань, зокрема онкологічних, неможливе без міжсекторальної політики, популяційної профілактики та управління детермінантами здоров'я, що повністю відповідає підходам ВООЗ та Європейського Союзу [14].

У Конституції України (1996) в розділі I, ст. 3 записано: «Людина, її життя та здоров'я, ... визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю». Вважаємо, що у цій статті Конституції задекларована Національна ідея нашої країни. Тобто громадське здоров'я визнане в Основному Законі як пріоритетна, соціально-економічна, політична, філософська, гуманітарна та культурно-етична категорія і усі галузі функціонування країни зобов'язані проводити свою управлінську і господарську діяльність і оцінювати її наслідки через призму впливу на життя і здоров'я людини [1].

В Україні створення системи громадського здоров'я триває з 2015 року. Процес започатковано розпорядженням Кабінету Міністрів України від 2.09.2015 р. № 909-р «Питання Міністерства охорони здоров'я» та Наказом МОЗ України від 18.09.2015 р.

№ 604 «Про утворення державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» [2-3].

Розпорядження КМУ № 1432-р від 16 грудня 2015 р. «Про схвалення Концепції розвитку громадського здоров'я в Україні», розпорядження КМУ № 1018-р від 23 листопада 2016 року «Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку громадського здоров'я в Україні», розпорядження КМУ № 1663-р від 16.12.2020 року «Концепція розвитку системи громадського здоров'я в Україні», розпорядження КМУ № 1663-р від 15 грудня 2021 року «Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я в Україні», стратегія Сталого розвитку та стратегія «Здоров'я у всіх політиках» відображають етапи та окреслюють рамки розвитку системи громадського здоров'я в Україні [4-10].

Вважаємо, що визначною, історичною подією для розвитку вітчизняної системи громадського здоров'я стало прийняття Верховною Радою України 06.09.2022 року та введення в дію з 01.10.2023 року Закону України «Про систему громадського здоров'я». Цей документ розроблений з метою врегулювання механізмів створення ефективно діючої системи громадського здоров'я в Україні, що сприятиме покращенню демографічної ситуації, зміцненню здоров'я населення, запобіганню хворобам та збільшенню тривалості прийдешнього життя [10].

Таким чином, ініціатива створення національної системи громадського здоров'я в Україні з 2015 року може розглядатися як відповідь держави на структурні обмеження медико-орієнтованої моделі, зокрема в контексті онкологічних захворювань, тягар яких не зменшувався попри зростання фінансування спеціалізованої допомоги.

Сучасні підходи Міжнародного агентства з дослідження раку (IARC) ґрунтуються на ідентифікації канцерогенних чинників навколишнього середовища та способу життя, зосереджуючи увагу не на лікуванні, а на профілактиці та регуляції ризиків. Основними об'єктами впливу є тютюн, алкоголь, харчування, забруднення довкілля та умови праці. Це свідчить про те, що першопричини онкологічних захворювань лежать поза межами клінічної медицини [15].

Методологічною основою сучасного розуміння ролі громадського здоров'я є концепція «медичного поля» М. Лалонда, відповідно до якої система медичної допомоги має найменший вплив на рівень захворюваності порівняно зі способом життя та довкіллям. Подальший розвиток цих ідей знайшов відображення у теорії соціальних детермінант здоров'я М. Мармота, яка розглядає онкологію як

наслідок соціальної нерівності, хронічного стресу, умов праці, рівня освіти та бідності [16].

Згідно з ключовою ідеєю Міжнародного агентства з дослідження раку (IARC), його діяльність полягає в ідентифікації канцерогенних чинників середовища і способу життя та спрямована не на лікування, а на профілактику та регуляцію ризиків. Фокус: тютюн, алкоголь, харчування, забруднення, умови праці.

Академічний висновок IARC фактично демонструє, що основні причини онкопатологій перебувають поза межами клінічної медицини [13].

Підходи IARC свідчать, що формування онкологічної захворюваності зумовлене переважно впливом модифікованих чинників ризику навколишнього середовища та способу життя, що перебувають у сфері відповідальності громадського здоров'я.

Методологічна основа – Lalonde Report (1974). Ключова ідея Лалонда – Концепція галузі охорони здоров'я: спосіб життя, довкілля, біологія, система громадського здоров'я. Частка системи медичної допомоги – найменша [16].

Хоча Лалонд не писав про рак напряму, але саме його модель заклала ідею, що лікування \neq здоров'я.

З позицій концепції Лалонда система медичної допомоги має обмежений вплив на рівень захворюваності, тоді як вирішальну роль відіграють поведінкові та середовищні чинники, що повністю узгоджується з сучасним розумінням профілактики онкологічних захворювань [16].

Ключова ідея Мармота (Michael Marmot) – онкологія це не медицина, а політика та соціальні детермінанти: соціальна сфера і середовище, соціальна нерівність, хронічний стрес, умови праці, освіта, бідність [17].

Дослідження М. Мармота переконливо доводять, що соціальні детермінанти здоров'я мають визначальний вплив на рівень захворюваності та смертності від онкологічних хвороб, тоді як медична допомога не здатна компенсувати несприятливі соціальні умови [17].

Таким чином, аналіз підходів BOOЗ, IARC, концепції Лалонда та теорії соціальних детермінант здоров'я М. Мармота свідчить, що зменшення онкологічного тягаря зумовлюється передусім ефективністю системи громадського здоров'я, спрямованої на вплив на поведінкові, соціальні та екологічні чинники ризику. У цьому контексті онкологічна служба відіграє важливу, проте обмежену роль, зосереджену переважно на лікуванні, зниженні смертності та покращенні якості життя пацієнтів, не впливаючи безпосередньо на первинні причини формування онкологічної захворюваності [15-17].

ДИСКУСІЯ

Аналізуючи отримані в процесі дослідження дані, пропонуємо логічну модель системи громадського здоров'я з акцентом на зменшення онкологічного тягаря:

1. Методологічна основа моделі ґрунтується на: концепції соціальних детермінант здоров'я (BOOЗ, Бабак); теорії салтогенезу (Антоновський); Концепція медичного поля (Лалонд); принципах популяційної профілактики та підході життєвого курсу, що розглядає здоров'я як результат сукупного впливу біологічних, соціальних, поведінкових і середовищних чинників протягом усього життя людини – від внутрішньоутробного періоду до похилого віку [15-18].

Модель розглядає онкологічні захворювання не як виключно медичну проблему, а як результат тривалого впливу системи детермінант здоров'я, на які може і повинна впливати система громадського здоров'я.

2. Структурна логіка моделі (рівні впливу).

Рівень I. Фундаментальні детермінанти (макрорівень). Ключові компоненти: соціально-економічна політика; умови життя і праці; екологічна безпека; освітній рівень населення; соціальна справедливість і зменшення нерівностей.

Онкологічне значення: саме на цьому рівні формуються «причини причин» (Marmot), які визначають: експозицію до канцерогенів; рівень хронічного стресу; можливість здорового вибору.

Функція громадського здоров'я: міжсекторальна політика «Здоров'я у всіх політиках».

Рівень II. Середовищні та соціальні умови.

Компоненти: якість повітря, води, ґрунтів; умови праці (професійні канцерогени); міське планування; доступ до здорового харчування; безпечне житлове середовище.

Онкологічне значення: цей рівень визначає сукупну дозу канцерогенного навантаження населення.

Функція громадського здоров'я: регулювання, моніторинг, оцінка ризиків, профілактичне законодавство.

Рівень III. Поведінкові та психосоціальні детермінанти.

Компоненти: тютюнокуріння; вживання алкоголю; харчова поведінка; фізична активність; стрес, копінг, внутрішня когерентність; соціальна підтримка.

Онкологічне значення: за оцінками WHO та IARC, до 40-50 % онкологічних випадків пов'язані з модифікованою поведінкою.

Функція громадського здоров'я: формування середовищ, що підтримують здоровий вибір (supportive environments), а не лише інформування.

Рівень IV. Індивідуальні ресурси здоров'я (салютогенний рівень).

Компоненти: внутрішня когерентність; саморегуляція; резиліентність; екзистенційна наповненість; відповідальність за власне здоров'я.

Онкологічне значення: цей рівень визначає здатність протистояти стресу; ефективність імунної відповіді; довготривалу адаптацію до ризиків.

Функція громадського здоров'я: посилення ресурсів здоров'я, а не лише зменшення ризиків.

Рівень V. Система охорони здоров'я (медичний рівень).

Компоненти: скринінг; раннє виявлення; лікування; паліативна допомога.

Онкологічне значення: цей рівень не зменшує захворюваність, але: знижує смертність пацієнтів; покращує якість життя пацієнтів.

Роль у моделі: підтримувальна, а не визначальна.

3. Ключовий принцип моделі. Зменшення онкологічного тягаря є наслідком узгодженої дії всієї системи громадського здоров'я, тоді як розвиток онкологічної служби визначає переважно результати лікування, а не рівень захворюваності.

4. Логічний ланцюг моделі (коротко). Політика → Середовище → Поведінка → Психосоціальні ресурси → Біологічні механізми → Онкологічний ризик

5. Практичне значення моделі:

– дозволяє структурувати національну систему громадського здоров'я;

– обґрунтовує пріоритет первинної профілактики;

– пояснює, чому інвестиції лише в онкологічну службу не зменшують тягар раку;

– узгоджується з сучасними підходами WHO, IARC та ЄС.

ВИСНОВКИ

1. Ефективна система громадського здоров'я є ключовим інструментом профілактики та зменшення тягаря онкологічних захворювань.

2. Зменшення онкологічного тягаря можливе лише за умови комплексного та міжсекторального впливу на соціальні, середовищні, поведінкові та психосоціальні детермінанти здоров'я.

3. Розвиток онкологічної служби, хоча й залишається необхідним, має обмежений вплив на первинні причини формування онкологічної захворюваності.

Перспективи подальших досліджень.

Перспективними напрямками подальших досліджень є адаптація запропонованої моделі до національних умов, розроблення індикаторів ефективності міжсекторальної політики громадського здоров'я, оцінка впливу детермінант здоров'я на онкологічну захворюваність та зменшення онкологічного тягаря.

ФІНАНСУВАННЯ ТА КОНФЛІКТ ІНТЕРЕСІВ

Дослідження, підготовка та публікація статті здійснювалися за власні кошти авторів. Автори статті повідомляють про відсутність конфлікту інтересів під час підготовки представленого матеріалу.

ДОТРИМАННЯ ЕТИЧНИХ НОРМ

Дослідження виконано з дотриманням міжнародних та національних етичних норм, включаючи принципи Гельсінської декларації і схвалено комісією з питань біоетики та етики наукових досліджень.

ВНЕСОК АВТОРІВ

Дейкун М. П.^{A, D, E, F}

Зуб В. О.^{B, C, E, F}

Зуб О. В.^{B, E}

REFERENCES

1. Constitution of Ukraine: Law of Ukraine of June 28, 1996 No. 254k/96-VR. (1996). Bulletin of the Verkhovna Rada of Ukraine, 30, 141. Electronic resource. Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254k/96-вр#Text>
2. Ministry of Health of Ukraine; Cabinet of Ministers of Ukraine. (2015, September 2). Issues of the Ministry of Health of Ukraine (Order No. 909-r).
3. Ministry of Health of Ukraine. (2015, September 18). On the establishment of the State Institution 'Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine' (Order No. 604). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0977-15#Text>
4. Cabinet of Ministers of Ukraine. (2015, December 16). On approval of the concept for the development of public health in Ukraine (Order No. 1432-r). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1432-2015-p#Text>
5. Cabinet of Ministers of Ukraine. (2016, November 23). On approval of the action plan for the implementation of the concept for the development of public health in

- Ukraine (Order No. 1018-r). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2016-p#Text>
6. Cabinet of Ministers of Ukraine. (2020, December 16). On approval of the concept for the development of the public health system in Ukraine (Order No. 1663-r). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1663-2020-p#Text>
 7. Cabinet of Ministers of Ukraine. (2021, December 15). On approval of the action plan for the implementation of the concept for the development of the public health system in Ukraine (Order No. 1663-r). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1663-2021-p#Text>
 8. Sustainable development strategy of Ukraine. (n.d.). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/722/2019#Text>
 9. «Health in All Policies» Strategy in Ukraine. (n.d.). Official publication. (If available online, provide URL to Government/public health strategy portal.)
 10. On the public health system: Law of Ukraine No. 2573-IX. (2022, September 6). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>
 11. Deikun, M. (2024). Legislative support for the organization and functioning of the public health system. Bulletin of the T. H. Shevchenko National University 'Chernihiv Collegium', 25(181), 210-218.
 12. Deikun, M. (2025). Approaches to the formation of the national public health system through the 'Health in All Policies' strategy. Bulletin of the T. H. Shevchenko National University 'Chernihiv Collegium', 31(187), 356-363.
 13. Cancer in Ukraine. (2015). Bulletin of the National Cancer Registry of Ukraine (No. 16-17). National Cancer Institute of the Ministry of Health of Ukraine.
 14. International Agency for Research on Cancer. (2014). World cancer report 2014. <https://publications.iarc.who.int/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2014>
 15. World Health Organization. (n.d.). Cancer prevention and control. <https://www.who.int/health-topics/cancer>
 16. Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. Government of Canada.
 17. Marmot, M. (2015). The health gap: The challenge of an unequal world. Bloomsbury Publishing.
 18. Antonovsky, A. (1979). Health, stress and coping. Jossey-Bass.

Abstract

ORGANIZATION OF THE NATIONAL PUBLIC HEALTH SYSTEM IN THE CONTEXT OF CANCER PREVENTION AND BURDEN REDUCTION

Mykola P. Deikun¹, Valerii O. Zub², Olexandr V. Zub³

¹National University "Chernihiv Collegium" named after T. H. Shevchenko, Chernihiv, Ukraine

²National University "Chernihiv Polytechnic", Chernihiv, Ukraine

³Communal Non-Profit Enterprise "Chernihiv Medical Center of Modern Oncology of Chernihiv Region Council", Chernihiv, Ukraine

Introduction. Cancer remains one of the leading causes of premature mortality and loss of quality of life worldwide and in Ukraine. Traditionally, the fight against cancer has been primarily associated with the development of oncology services, as well as the improvement of diagnostic and treatment methods. Contemporary scientific evidence convincingly indicates that the decisive contribution to the cancer burden is determined not by clinical medicine, but by the system of health determinants formed within social, behavioral, and environmental contexts. According to the World Health Organization (WHO), 30-50% of cancer cases can be prevented by addressing modifiable risk factors at the population level. This necessitates a rethinking of the role of the national public health system as the main mechanism for managing oncological risks and reducing the cancer burden.

Aim. To substantiate the organizational, institutional, intersectoral, and cause-and-effect characteristics of the national public health system capable of ensuring cancer prevention and reducing the cancer burden.

Materials and methods. The study employed methods of system analysis, comparative analysis, generalization, and conceptual modeling. The methodological basis includes Ukrainian legislation, WHO documents, IARC materials, M. Lalonde's «health field» concept, M. Marmot's theory of social determinants of health, A. Antonovsky's salutogenic approach, and the life-course approach.

Results. The study substantiated a multi-level logical model of the national public health system, in which cancer burden reduction is viewed as the result of coordinated influence on fundamental, environmental, behavioral, and psychosocial health determinants, rather than solely the outcome of the development of oncology services. The theoretical understanding of cancer as a socially determined phenomenon has been expanded, deepening the concept of public health as an intersectoral mechanism for managing population health.

Conclusions. Scientific research substantiates the role of the national public health system as a key instrument for cancer prevention and burden reduction. It has been demonstrated that the majority of cancer incidence is shaped by social, behavioral, and environmental health determinants, which lie beyond the direct activity of oncology services. A multi-level logical model of the public health system has been proposed, emphasizing primary cancer prevention. It is argued that effective reduction of the cancer burden is possible only through intersectoral management of health determinants, whereas oncology services primarily perform compensatory and clinical functions.

Keywords: public health, cancer, cancer prevention, health determinants, social inequality, health system, IARC, WHO

Received: 28.11.2025

Accepted: 4.02.2026