УДК 351.77:614.2:342.7(477)
JEL I18, I14, I31, H11, H51
DOI https://doi.org/10.32782/2786-765X/2026-15-3

Вельган О.О.
доктор наук з державного управління, доцент,
провідний науковий співробітник
Науково-дослідного відділу розроблення та проведення ігор
Науково-дослідного управління дослідження
воєнних ігор та аналітичного забезпечення
Центру воєнно-стратегічних досліджень,
Національний університет оборони України
ORCID: https://orcid.org/0009-0007-5360-777X
Рябошапка О.С.
здобувачка третього рівня вищої освіти,
Міжрегіональна Академія управління персоналом
ORCID: https://orcid.org/0009-0008-4819-4517
Рябошапка Ю.В.
здобувач третього рівня вищої освіти,
Міжрегіональна Академія управління персоналом
ORCID: https://orcid.org/0009-0006-3454-0234

БАЛАНС ОСОБИСТОЇ АВТОНОМІЇ, СУСПІЛЬНОЇ СОЛІДАРНОСТІ ТА ДЕРЖАВНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ У ПОЛІТИЦІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Статтю присвячено визначенню управлінсько-правового балансу між особистою автономією, суспільною солідарністю та державною відповідальністю у політиці громадського здоров'я України. Обґрунтовано, що протиставлення індивідуальної свободи і публічного інтересу є методологічно спрощеним: здоров'я формується одночасно особистими рішеннями, соціальними умовами, доступністю послуг, поведінкою інших осіб і спроможністю державних інституцій. Запропоновано розрізняти три рівні відповідальності: особистий – усвідомлений вибір та співучасть у лікуванні; солідарний – взаємне фінансування і недопущення дискримінації; публічний – створення умов, стандартів, профілактики, кризового реагування і захисту прав. Сформовано семиступеневий тест пропорційності для рішень, що можуть обмежувати автономію: наявність законної мети, доказовість ризику, придатність заходу, необхідність, найменше обмеження, справедливий розподіл тягаря, часові межі та перегляд. Окрему увагу приділено психічному здоров'ю, персональним даним, профілактичним заходам і цифровим технологіям. Показано, що інтегративна політика повинна зберігати людину суб'єктом рішення, але не ототожнювати автономію з приватизацією соціальних ризиків. Запропоновано критерії, за якими оцінюється правомірність і суспільна прийнятність втручання.

Ключові слова: особиста автономія, суспільна солідарність, державна відповідальність, громадське здоров'я, пропорційність, психічне здоров'я, персональні дані, права людини.

Постановка проблеми. Політика громадського здоров'я постійно стикається з рішеннями, у яких користь для населення може супроводжуватися обмеженням індивідуального вибору: протиепідемічні заходи, обов'язкові вимоги до безпеки, обробка медичних даних, психіатрична допомога, профілактичні програми. Воєнні ризики посилюють потребу у швидкому реагуванні, але одночасно збільшують небезпеку непрозорого або надмірного втручання.

Закон про систему громадського здоров'я орієнтує державну політику на профілактику, міжсекторальність і справедливість [1]. Закон про систему охорони психічного здоров'я формує нову рамку допомоги, де особливо важливі гідність, добровільність і захист від стигми [2]. Проблема полягає у визначенні принципів, за яких держава може діяти ефективно, не перетворюючи турботу про здоров'я на патерналістський контроль.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Захист персональних даних установлює межі збору, використання і поширення чутливої інформації [3]. Європейська конвенція з прав людини формує рамку законності, необхідності та пропорційності втручання у приватне життя [4]. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року орієнтує реформу на людиноцентричність, стійкість, якість і цифрову трансформацію [5].

Зазначені джерела демонструють, що автономія, солідарність і державна відповідальність

© Вельган О.О., Рябошапка О.С., Рябошапка Ю.В., 2026
Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу (CC BY 4.0)

не є взаємовиключними цінностями. Вони утворюють три опори політики, а завдання управління полягає у їх процедурному узгодженні.

У сучасній науковій літературі проблема співвідношення автономії та суспільного блага розробляється в межах етики громадського здоров'я, теорії соціальної справедливості й публічно-правового регулювання. Н. Касс пропонує оцінювати програми громадського здоров'я через цілі, фактичну ефективність, потенційні обтяження, можливість мінімізації таких обтяжень і справедливість процедур ухвалення рішень [6]. Цей підхід важливий для розмежування доказової профілактики та адміністративного примусу, коли саме декларування суспільної користі ще не доводить виправданості обраного інструменту.

Дж. Чілдресс, Р. Фейден та співавтори систематизують етичне поле громадського здоров'я, наголошуючи на необхідності узгодження ефективності колективного захисту із свободою, приватністю та справедливістю [7]. На відміну від клінічної етики, де вихідним є відношення між пацієнтом і медичним працівником, політика громадського здоров'я впливає на населення в цілому, у тому числі на осіб, які не є безпосередніми адресатами медичного втручання. Відтак ключовим стає обґрунтування меж державних повноважень.

Л. Гостін і Л. Вайлі аналізують право громадського здоров'я крізь взаємозв'язок владних повноважень, обов'язку захищати населення та правових стримувань [8]. Їхній підхід дає змогу трактувати державну відповідальність не як необмежений мандат на втручання, а як юридично визначений обов'язок використовувати належні процедури й забезпечувати підзвітність. Н. Деніелс, досліджуючи справедливість у сфері охорони здоров'я, обґрунтовує необхідність не лише формальної рівності, а й справедливого задоволення потреб з урахуванням нерівних стартових можливостей [9].

Важливий соціально-детермінантний вимір визначено Оттавською хартією сприяння здоров'ю, у якій здоров'я розглядається як результат створення сприятливих соціальних умов і розширення можливостей людини впливати на власне благополуччя [10]. Це доповнює правові моделі, показуючи, що право на вибір є обмеженим без реальної доступності послуг, достовірної інформації та належного середовища. Водночас наукові підходи не дають універсальної процедури оцінки конкретних управлінських рішень в українських умовах воєнного стану, цифровізації та реформи психічного здоров'я.

Отже, невирішеною частиною загальної проблеми залишається операціоналізація балансу трьох компонентів – автономії, солідарності та державної відповідальності – у формі прозорого алгоритму, який одночасно перевіряє законність, доказовість, розподіл ризиків, можливості оскарження і реальні ресурси виконання рішення. Саме на усунення цього методичного розриву спрямовано запропоновану нижче модель.

Метою статті є обґрунтування моделі балансу особистої автономії, суспільної солідарності та державної відповідальності у політиці громадського здоров'я України та розроблення тесту пропорційності публічного втручання.

Виклад основного матеріалу дослідження. Особиста автономія означає здатність людини розуміти інформацію, визначати власні цілі, погоджуватися або відмовлятися від втручання та контролювати використання даних. У медицині вона реалізується через інформовану згоду, конфіденційність, право на пояснення, вибір серед доступних альтернатив і можливість оскарження. Автономія не є абсолютною ізоляцією від суспільства: її фактичне здійснення залежить від освіти, доходу, доступності лікаря, перекладу, фізичної безбар'єрності та підтримки у прийнятті рішень.

Суспільна солідарність означає колективне розподілення ризиків, за якого необхідна допомога не залежить виключно від платоспроможності людини. Вона виявляється у бюджетному фінансуванні, програмі медичних гарантій, профілактиці, донорстві, вакцинації, підтримці людей з рідкісними захворюваннями та відновленні постраждалих територій. Солідарність не повинна перетворюватися на моральне засудження хворого або вимогу довести «заслуженість» допомоги.

Державна відповідальність полягає не лише у фінансуванні. Вона охоплює нормативні стандарти, епідеміологічний нагляд, підготовку персоналу, доступність інформації, контроль якості, кризове реагування, охорону даних, захист від дискримінації і забезпечення процедурного голосу людини. Публічна влада не може посилатися на особисту відповідальність як на підставу для усунення від системних проблем.

Конфлікт між цими опорами часто виникає через неправильне визначення рівня проблеми. Якщо ризик створює переважно індивідуальні наслідки і не впливає на права інших, пріоритет має автономія. Якщо поведінка створює доведений значний ризик для інших або для безперервності критичних послуг, допустиме публічне втручання. Якщо причина ризику структурна – бідність,

відсутність транспорту, небезпечні умови праці – перекладання відповідальності на людину є несправедливим.

Для оцінювання втручання запропоновано семиступеневий тест. Перший крок – законна й конкретна мета: захист життя, запобігання поширенню небезпеки, забезпечення якості чи прав інших осіб. Другий – доказовість: рішення має спиратися на перевірені дані та оцінку невизначеності. Третій – придатність: захід повинен реально сприяти меті. Четвертий – необхідність: слід порівняти альтернативи. П'ятий – найменше обмеження прав. Шостий – справедливий розподіл тягаря і компенсаційні заходи. Сьомий – часові межі, перегляд і можливість оскарження.

У сфері психічного здоров'я баланс має особливе значення. Ризик надмірного патерналізму виникає тоді, коли діагноз автоматично зменшує правосуб'єктність людини. Нова система повинна забезпечувати підтримане прийняття рішень, зрозумілу інформацію, незалежний контроль, мінімізацію примусу та пріоритет допомоги у громаді. Водночас держава зобов'язана реагувати на реальний і безпосередній ризик, використовуючи чіткі критерії та судовий або інший незалежний контроль.

Цифровізація створює іншу форму напруги. Електронні дані дають змогу координувати лікування, аналізувати потреби і швидше реагувати на загрози, але збільшують ризик вторинного використання, витоку та автоматизованого профілювання. Принцип солідарності не виправдовує необмежений доступ до даних. Необхідними є визначена мета, мінімізація даних, диференційований доступ, журналювання, повідомлення про порушення і право людини знати, як використовується інформація.

Профілактична політика повинна переходити від наказового інформування до формування можливостей. Заклик до здорового способу життя є недостатнім, якщо у громаді немає безпечного простору, доступної первинної допомоги, чистої води або можливості придбати необхідні ліки. У такому випадку акцент на індивідуальній відповідальності приховує структурні причини нерівності.

Справедливість втручання визначається не лише його середньою ефективністю. Захід може покращити загальний показник, але непропорційно обтяжити людей з інвалідністю, літніх осіб, малозабезпечені домогосподарства або жителів прифронтових територій. Тому оцінка впливу має містити аналіз розподілу вигод і витрат, доступність альтернатив, компенсації та спеціальні способи комунікації.

Довіра є самостійним ресурсом громадського здоров'я. Коли держава приховує підстави рішення, змінює правила без пояснення або використовує дані не за первісною метою, короткострокова керованість може зростати, але довгострокова готовність населення співпрацювати знижується. Відкритість щодо невизначеності і помилок є ознакою відповідального управління, а не слабкості.

Запропонована модель передбачає, що кожне рішення у сфері громадського здоров'я повинно містити блок автономії, блок солідарності та блок публічної відповідальності. У першому зазначаються права, згода, альтернативи і захист даних. У другому – хто несе витрати, які групи отримують підтримку та як запобігається дискримінація. У третьому – компетенція, доказова база, ресурси, контроль, строки і порядок перегляду.

Практичне застосування моделі можливе до карантинних заходів, скринінгових програм, обов'язкових медичних оглядів, телемедицини, систем психічного здоров'я, реєстрів і програм профілактики. Вона дає змогу уникнути двох крайнощів: адміністративного патерналізму та ринкової індивідуалізації ризиків.

Методичну основу дослідження становлять порівняльний аналіз нормативних і наукових джерел, системний підхід до розподілу відповідальності, нормативно-етичне зіставлення альтернатив та елементи сценарного аналізу. Одиницею оцінювання визначено окреме управлінське рішення, а не загальну декларацію державної політики. Для кожного рішення необхідно встановити адресатів, причинно-наслідковий механізм впливу, тип потенційної шкоди, строк дії, джерела доказів та суб'єкта контролю. Такий підхід узгоджується з етичним аналізом ефективності й обтяжень, запропонованим Н. Касс [6].

Суттєво розрізняти формальну та спроможну автономію. Формальна автономія означає відсутність незаконного примусу та наявність юридично гарантованого права згоди або відмови. Спроможна автономія потребує зрозумілих відомостей про ризики, альтернатив, фінансової та територіальної доступності послуг, часу для запитань і способів підтриманого ухвалення рішень. Наприклад, добровільна профілактична програма фактично не забезпечує рівного вибору, якщо жителі віддалених громад не можуть до неї дістатися. Така ситуація демонструє необхідність враховувати соціальні умови, на які звертає увагу Оттавська хартія [10].

Оцінювання солідарності доцільно здійснювати за трьома напрямами: фінансове

об'єднання ризиків, рівний доступ до базових гарантій і взаємна відповідальність учасників системи. Перший напрям пов'язаний зі способом розподілу видатків між державним бюджетом, місцевими громадами та домогосподарствами. Другий передбачає оцінку географічної, фізичної та інформаційної доступності допомоги. Третій стосується довіри до спільних правил і запобігання дискримінації за станом здоров'я. Оскільки однакове правило може мати різний вплив на різні групи, критерієм справедливості є не лише універсальність норми, а й реальний розподіл її наслідків [9].

Державну відповідальність слід поділити на регуляторну, організаційно-ресурсну та процедурно-контрольну. Регуляторна передбачає належну правову підставу рішення, відповідність компетенції органу й чіткі стандарти. Організаційно-ресурсна охоплює кадри, фінансування, інформаційні системи та безперервність надання послуг. Процедурно-контрольна означає мотивованість рішень, незалежну перевірку, доступ до адміністративного або судового захисту. Цей поділ конкретизує підхід до співвідношення повноважень, обов'язків та обмежень держави у сфері громадського здоров'я [8].

Пропонований семиступеневий тест може бути реалізований як стандартизована карта рішення. На першому етапі формулюється конкретна законна мета та визначаються захищувані інтереси. На другому фіксується якість доказів: джерело даних, дата, можливі упередження та рівень невизначеності. На третьому перевіряється причинна придатність запропонованого заходу. Четвертий етап передбачає порівняння щонайменше двох практично здійсненних альтернатив, включно з менш примусовою. П'ятий установлює мінімально необхідний обсяг втручання. Шостий аналізує, на кого припадають витрати й чи передбачено підтримку вразливих груп. Сьомий визначає строк дії, індикатори перегляду і механізм оскарження [6; 7].

Для підвищення прикладної цінності запропоновано оцінювати рішення за матрицею з трьох блоків. Блок А – автономія: законність згоди, зрозумілість інформації, наявність альтернатив, можливість відмови без непропорційного покарання. Блок С – солідарність: доступність для вразливих груп, компенсація обтяжень, недискримінаційний розподіл ресурсів, вплив на довіру. Блок Д – держава: доказовість, повноваження, бюджетна забезпеченість, захист даних, моніторинг і перегляд. Кожен критерій може отримувати якісну оцінку «виконано», «частково виконано» або «не виконано», але формальне підсумовування балів не повинно замінювати перевірку основоположних прав.

Застосування матриці можна проілюструвати сценарієм запровадження цільової програми скринінгу в громаді. З позиції автономії потрібні зрозуміле запрошення, пояснення меж точності тесту та конфіденційність результатів. З позиції солідарності слід забезпечити доступ особам з інвалідністю, людям похилого віку й жителям віддалених населених пунктів. З позиції державної відповідальності необхідно визначити наступні маршрути пацієнта після позитивного результату, джерела фінансування, персонал та порядок реагування на помилки. Якщо після скринінгу не забезпечено подальшу допомогу, програма може не досягати заявленої суспільної мети, навіть за значного охоплення населення.

Інший сценарій стосується обробки цифрових даних про психічне здоров'я. З одного боку, обмін інформацією між уповноваженими фахівцями може покращити безперервність допомоги. З іншого – невизначена мета обробки, надмірна деталізація відомостей або широкий доступ працівників створюють ризики стигматизації. Необхідною умовою є відокремлення клінічного доступу від аналітичного використання, установлення строків зберігання, журналювання дій і доступні процедури виправлення помилкових записів. Українське законодавство про захист персональних даних та європейські гарантії приватності становлять обов'язкове правове підґрунтя таких процедур [3; 4].

У кризових і воєнних умовах особливе значення має співвідношення швидкості реагування та правових гарантій. Відкладення дії може посилити загрозу життю, проте терміновість не повинна автоматично означати безстроковість або непрозорість управлінського рішення. Доцільно передбачати короткий первинний строк дії, регулярну переоцінку доказової основи та оприлюднення мотивів продовження. Підзвітність у цьому випадку підвищує не лише законність, а й передбачуваність рішень для населення та виконавців [7; 8].

Результативність запропонованого підходу можна відстежувати через поєднання процесних і результативних індикаторів: частку рішень із письмовою оцінкою альтернатив; наявність механізму оскарження; частку звернень, розглянутих у встановлений строк; доступність інформації в адаптованих форматах; різницю в охопленні послугами між територіальними та соціальними групами; кількість обґрунтованих скарг на порушення конфіденційності. Такі показники

пропонуються як предмет подальшої емпіричної апробації; у цій статті їх не подано як уже виміряні статистичні результати.

Практичне впровадження доцільно здійснювати поетапно: розроблення типового паспорта рішення; експертна перевірка з представниками медицини, права, публічного управління й громадськості; пілотування у вибраних програмах профілактики; перегляд критеріїв за результатами скарг і незалежної оцінки. Таким чином, поєднання етичної аргументації та операційної процедури дає змогу перейти від загального проголошення людиноцентричності до перевірюваного стандарту державного управління [5; 6; 9].

Висновки.

1. Автономія, солідарність і державна відповідальність є взаємопов'язаними опорами політики громадського здоров'я, а не альтернативними моделями.
2. Особиста відповідальність не може замінювати усунення структурних бар'єрів, а солідарність не повинна виправдовувати необмежене втручання у приватне життя.
3. Публічне обмеження автономії допустиме лише за законної мети, доказового ризику, необхідності, найменшого обмеження, справедливого розподілу тягаря та контролю.
4. Психічне здоров'я і цифрові медичні дані потребують посилених гарантій гідності, підтриманого прийняття рішень, цільового використання інформації та незалежного нагляду.
5. Запропонований трикомпонентний формат рішення дозволяє одночасно оцінювати права людини, солідарний ефект і спроможність держави виконати взяті зобов'язання.

Бібліографічний список

1. Закон України «Про систему громадського здоров'я» від 06.09.2022 № 2573-IX. Верховна Рада України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text
2. Закон України «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні» від 15.01.2025 № 4223-IX. Верховна Рада України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4223-20#Text
3. Закон України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 № 2297-VI. Верховна Рада України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2297-17#Text
4. Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод (з протоколами) (Європейська конвенція з прав людини), Міжнародний документ, Протокол від 04.11.1950. Верховна Рада України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_004#Text
5. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025–2027 роках» від 17.01.2025 № 34-р. Верховна Рада України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80#Text
6. Kass N. E. An Ethics Framework for Public Health. *American Journal of Public Health.* 2001. Vol. 91, No. 11. P. 1776–1782. DOI: https://doi.org/10.2105/AJPH.91.11.1776
7. Childress J. F., Faden R. R., Gaare R. D. et al. Public Health Ethics: Mapping the Terrain. *The Journal of Law, Medicine & Ethics.* 2002. Vol. 30, No. 2. P. 170–178. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2002.tb00384.x
8. Gostin L. O., Wiley L. F. Public Health Law: Power, Duty, Restraint. 3rd ed. Oakland: University of California Press, 2016. 768 p. URL: https://www.ucpress.edu/books/public-health-law/paper
9. Daniels N. Just Health: Meeting Health Needs Fairly. Cambridge: Cambridge University Press, 2008. 408 p. URL: https://www.cambridge.org/core/books/just-health/
10. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa, 1986. URL: https://canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion.html

References

1. Zakon Ukrainy «Pro systemu hromadskoho zdorovia» vid 06.09.2022 № 2573-IX. Verkhovna Rada Ukrainy. Available at: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text
2. Zakon Ukrainy «Pro systemu okhorony psykhichnoho zdorovia v Ukraini» vid 15.01.2025 № 4223-IX. Verkhovna Rada Ukrainy. Available at: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4223-20#Text
3. Zakon Ukrainy «Pro zakhyst personalnykh danykh» vid 01.06.2010 № 2297-VI. Verkhovna Rada Ukrainy. Available at: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2297-17#Text
4. Konventsiia pro zakhyst prav liudyny i osnovopolozhnykh svobod (z protokolamy) (Yevropeiska konventsiia z prav liudyny), Mizhnarodnyi dokument, Protokol vid 04.11.1950. Verkhovna Rada Ukrainy. Available at: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_004#Text
5. Rozporiadzhennia Kabinetu Ministriv Ukrainy «Pro skhvalennia Stratehii rozvytku systemy okhorony zdorovia na period do 2030 roku ta zatverdzhennia operatsiinoho planu zakhodiv z yii realizatsii u 2025–2027 rokakh» vid 17.01.2025 № 34-r. Verkhovna Rada Ukrainy. Available at: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80#Text

6. Kass N. E. An Ethics Framework for Public Health. *American Journal of Public Health.* 2001. Vol. 91, No. 11. P. 1776–1782. DOI: https://doi.org/10.2105/AJPH.91.11.1776
7. Childress J. F., Faden R. R., Gaare R. D. et al. Public Health Ethics: Mapping the Terrain. *The Journal of Law, Medicine & Ethics.* 2002. Vol. 30, No. 2. P. 170–178. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2002.tb00384.x
8. Gostin L. O., Wiley L. F. Public Health Law: Power, Duty, Restraint. 3rd ed. Oakland: University of California Press, 2016. 768 p. Available at: https://www.ucpress.edu/books/public-health-law/paper
9. Daniels N. Just Health: Meeting Health Needs Fairly. Cambridge: Cambridge University Press, 2008. 408 p. Available at: https://www.cambridge.org/core/books/just-health/
10. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa, 1986. Available at: https://canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion.html

Oleksandr Velhan
Doctor of Public Administration, Associate Professor,
Leading Researcher of the Research Department
for the Development and Conducting of Games
of the Research Department
for the Study of War Games and Analytical Support
of the Center for Military and Strategic Studies,
National Defense University of Ukraine
ORCID: https://orcid.org/0009-0007-5360-777X

Olena Riaboshapka
Postgraduate Student,
Interregional Academy of Personnel Management
ORCID: https://orcid.org/0009-0008-4819-4517

Yurii Riaboshapka
Postgraduate Student,
Interregional Academy of Personnel Management
ORCID: https://orcid.org/0009-0006-3454-0234

BALANCING PERSONAL AUTONOMY, SOCIAL SOLIDARITY AND STATE RESPONSIBILITY IN PUBLIC HEALTH POLICY

The article examines the governance and legal balance between personal autonomy, social solidarity and state responsibility in Ukraine's public-health policy. It argues that opposing individual freedom to the public interest is methodologically simplistic because health outcomes are shaped simultaneously by personal decisions, social conditions, access to services, the behaviour of others and the capacity of public institutions. Three levels of responsibility are distinguished: personal responsibility, involving informed choice and participation in treatment; solidarity-based responsibility, involving pooled financing and non-discrimination; and public responsibility, involving conditions, standards, prevention, crisis response and rights protection. A proportionality test is proposed for decisions that may restrict autonomy: lawful aim, evidence of risk, suitability, necessity, the least restrictive option, fair distribution of burdens, time limits and review. Particular attention is paid to mental health, personal data, preventive measures and digital technologies. An integrative policy must preserve the individual as a subject of decision-making while avoiding the privatisation of social risks. Criteria are proposed for assessing both legality and social acceptability of public intervention.

Keywords: personal autonomy, social solidarity, state responsibility, public health, proportionality, mental health, personal data, human rights.

Дата надходження статті: 09.09.2026
Дата прийняття статті до публікації: 15.10.2026
Дата публікації статті: 18.11.2026