

**БЛАЩУК Т. В.,**

orcid.org/0000-0002-0605-1920

кандидат юридичних наук, доцент,  
завідувач кафедри цивільно-правових  
дисциплін*(Інститут права імені Іоаннікія  
Малиновського Національного  
університету «Острозька академія»)*,експерт Центру досконалості  
імені Жана Моне програми Еразмус+  
«Хаб європейських рішень»*(Національний університет «Острозька  
академія»)*

УДК 347.1, 342.7

DOI <https://doi.org/10.32842/2078-3736/2025.6.12>

### ПОНЯТТЯ ТА СУТНІСТЬ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Стаття конкретизує сутність державної політики у сфері охорони здоров'я як системи загальнообов'язкових рішень, спрямованих на збереження здоров'я населення, організацію медичної допомоги та розподіл ресурсів. У статті обґрунтовано, що політика має нормативний вимір у вигляді цілей і принципів універсальності, рівності, доказовості та стійкості, і інституційний вимір у вигляді моделей фінансування, закупівлі послуг та координації.

Значення підходу здоров'я у всіх політиках та міжсекторальної співпраці розкрито в контексті подолання соціально економічних детермінант здоров'я, що безпосередньо впливають на результати реформ. Показано, що більшість країн формують гібридні конфігурації моделей Беверіджа, Бісмарка і ринкових інструментів, а їх ефективність визначається прозорою пріоритизацією гарантованого пакета та зменшенням прямих платежів населення. На цьому тлі виокремлено такі проблемні питання реформи охорони здоров'я як відмінність між проголошеними принципами і керованістю системи, складне співвідношення між універсальним доступом і фінансовою стійкістю, а також фрагментоване врядування як джерело вразливості до стресів.

Ситуація в Україні проаналізована крізь призму реформи та Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168 VIII від 19.10.2017, що запровадив програму медичних гарантій і Національну службу здоров'я України як стратегічного закупівельника. Автором зроблено висновок, що воєнні потрясіння підсилили вимогу до оперативної координації між центральними і місцевими інституціями та зробили стійкість системи базовим критерієм оцінювання політики, зокрема через підтримання первинної допомоги, цифрових механізмів прийняття рішень і зворотного зв'язку.

**Ключові слова:** охорона здоров'я, державна політика, здоров'я у всіх політиках, міжсекторальна координація, фрагментоване врядування, міжсекторальна співпраця, публічна політика, медичні послуги, доступність, нормативне регулювання.



**Blashchuk T. V. Concept and essence of state health policy**

The article clarifies the substance of state health policy as a system of generally binding decisions aimed at preserving population health, organizing medical care and allocating resources. It argues that health policy has a normative dimension, expressed through the goals and principles of universality, equity, evidence based practice and resilience, and an institutional dimension, expressed through models of financing, purchasing of services and coordination.

The importance of the health in all policies approach and intersectoral collaboration is examined in the context of addressing the social and economic determinants of health that directly affect reform outcomes. It is shown that most countries design hybrid configurations that combine Beveridge and Bismarck type models with market based instruments, and that their performance depends on transparent prioritisation of the guaranteed benefit package and the reduction of out of pocket payments by households. Against this background, the article highlights such problematic issues of health system reform as the gap between declared principles and the actual governability of the system, the complex relationship between universal access and financial sustainability, and fragmented governance as a source of vulnerability to shocks.

The situation in Ukraine is analysed through the lens of the reform and the Law of Ukraine “On State Financial Guarantees of Medical Services to the Population” No. 2168 VIII of 19.10.2017, which introduced the programme of medical guarantees and established the National Health Service of Ukraine as a strategic purchaser. The author concludes that the shocks of war have increased the demand for prompt coordination between central and local institutions and have turned system resilience into a core criterion for evaluating policy, in particular through maintaining primary health care and digital mechanisms for decision making and feedback.

*Key words: health care, state policy, health in all policies, intersectoral coordination, fragmented governance, intersectoral cooperation, public policy, medical services, accessibility, regulatory framework.*

**Вступ.** Державна політика у сфері охорони здоров'я є окремим видом публічної політики, що формується в сфері владних відносин, де професійні спільноти, державні інститути і громадянське суспільство узгоджують цілі, засоби і відповідальність. Її зміст зосереджується на виробленні і реалізації обов'язкових для суспільства рішень щодо організації медичної допомоги, збереження здоров'я населення та розподілу ресурсів.

Таке розуміння державної політики узгоджується із системною теорією політичного процесу Д. Істона [1], яка описує політику як «авторитетний розподіл суспільно значущих цінностей і ресурсів», у межах якого охорона здоров'я постає базовою публічною цінністю, пов'язаною з людським розвитком, економічною продуктивністю та безпекою.

**Аналіз останніх досліджень та публікацій.** Поняття та сутність державної політики у сфері охорони здоров'я у сучасній науковій літературі розкриваються через міжсекторальність, фінансову архітектуру та управлінську спроможність систем. Елізабет Суч та інші у статті «Управління міжсекторальною співпрацею в галузі охорони здоров'я населення та зменшення нерівності в охороні здоров'я в країнах з високим рівнем доходу» (2022) [2] показує, що підходи здоров'я у всіх політиках і міжвідомча співпраця стали ключовим теоретичним і практичним каркасом політики, але їх результативність залежить від легітимності, довіри, ресурсного забезпечення та стабільності політичних циклів, що пояснює частий розрив між проголошеними принципами і фактичними змінами для здоров'я населення.

Фінансова складова системи охорони здоров'я як ядро державної політики повинна розглядатися крізь функції збору доходів, об'єднання ризиків і стратегічної закупівлі послуг. Отман Хаджі, Бухра Ель Аббаді, Ель Хусін Ахніф у статті «Систематичний огляд функцій фінансування загального медичного страхування в країнах з низьким та середнім рівнем



доходу: реформи, виклики та отриманий досвід» (2025) [3] узагальнюють, що досягнення універсального охоплення визначається саме конфігурацією фінансування і механізмами перерозподілу, а дефіцит ресурсів і фрагментація фондів підсилюють прямі платежі населення та звужують реальну доступність послуг.

Компонент стійкості системи до потрясінь став окремим напрямом досліджень після пандемічних і воєнних криз. Джулія Беллоні, Стефані Моно, Каміль Пороес, Нолвенн Булер, Маурісіо Авендано, Дідьє Вернлі у статті «Управління системами охорони здоров'я, потрясіння та стійкість: огляд основних концепцій та теорій» (2025) [4] констатують відсутність єдиного теоретичного визначення резильєнтності, але наголошують на критичній ролі врядування і здатності швидко перенаправляти ресурси для збереження базових функцій системи під час шоків.

**Постановка завдання.** Дослідження має встановити, як визначається сутність державної політики у сфері охорони здоров'я через її мету, інституційні механізми та реальну здатність системи забезпечувати універсальний доступ, фінансову стійкість і стійкість до стресів. Завдання полягає у виокремленні ключових елементів політики, аналізі їх взаємодії та з'ясуванні, як вони проявляються в Україні в умовах реформ і війни. Це включає оцінювання ефективності інституційної координації, фінансової архітектури, принципів універсальності та рівності, а також здатності системи адаптуватися до зовнішніх викликів.

**Виклад основного матеріалу.** У політичній науці політика трактується як процес ухвалення і виконання рішень, що мають загальнообов'язковий характер і визначають правила взаємодії в суспільстві. У сфері охорони здоров'я це означає наявність стратегії і комплексу інструментів, через які держава визначає пріоритети, гарантії, стандарти послуг, правила фінансування, механізми контролю якості і способи реагування на загрози здоров'ю. Державна політика тут поєднує нормативну складову, тобто визначення цілей і принципів, і інституційну складову, тобто створення організацій та процедур, здатних ці цілі реалізувати.

Сутність політики охорони здоров'я проявляється в тому, що вона одночасно виконує соціальну функцію гарантування права на медичну допомогу і управлінську функцію підтримання працездатності та демографічної стійкості населення. У глобальних підходах це формалізовано у концепції універсального охоплення медичними послугами, де ключем є доступність необхідних послуг без руйнівного фінансового тиску на сім'ю. Саме тому політика в цій сфері не зводиться до суто медичного регулювання, а потребує комплексного державного керування соціально економічними детермінантами здоров'я.

Елізабет Суч та інші у статті «Управління міжсекторальною співпрацею в галузі охорони здоров'я населення та зменшення нерівності в охороні здоров'я в країнах з високим рівнем доходу» (2022) [2] зазначає, що здатність системи забезпечувати ефективні міжсекторальні дії визначається структурними механізмами, легітимністю, довірою та стійкими механізмами співпраці між секторами, які формують реальну спроможність політики зменшувати нерівності у здоров'ї. Дослідники наголошують, що слабка координація і короткі політичні цикли істотно знижують результативність таких підходів, навіть якщо вони формально задекларовані на рівні державної політики.

Мета державної політики у сфері охорони здоров'я найбільш правильно визначається як досягнення універсального і рівного доступу до якісних послуг на всіх рівнях допомоги з одночасним забезпеченням фінансового захисту населення. Такий підхід є перевіреним і поширеним у міжнародній літературі про універсальне охоплення, де акцент робиться на балансі між правом на допомогу і здатністю системи стабільно фінансувати цей пакет медичних послуг. Організаційна модель збору і просування пакету медичних послуг, а також стратегічна закупівля послуг визначають, чи перетворюється універсальність на реальну доступність, чи залишається декларацією.

Із цієї мети випливають завдання, що охоплюють зниження захворюваності і смертності, розвиток профілактики і раннього виявлення хвороб, удосконалення екстреної і первинної допомоги, модернізацію інфраструктури, підвищення якості послуг і стійкості до криз. Принципи універсальності, рівності, доступності, орієнтації на пацієнта, доказовості



і стійкості слугують нормативним каркасом політики. Вони визначають бажаний стан системи і критерії оцінювання політичних рішень, але самі по собі не гарантують результату.

Формування політики спирається на концептуальні моделі організації системи охорони здоров'я. До таких моделей відносяться модель Беверіджа, модель Бісмарка і ринкова модель, різняться джерелами фінансування, ступенем державної участі і механізмами закупівлі послуг. Інституційно це породжує різні політичні режими врядування сектором, від бюджетної солідарності і централізованого планування до формування страхових фондів і високої ролі приватного постачальника. Втім більшість країн фактично діють у гібридних конфігураціях, комбінуючи інструменти кількох моделей, щоб одночасно підтримувати доступність, якість і фінансову керованість. Це важливо для розуміння сутності державної політики, оскільки поняття політики в такому разі охоплює встановлення правил змішаного фінансування і закупівлі, а не лише проголошення соціальних гарантій.

Перша ключова проблема пов'язана зі складним співвідношенням фінансової стійкості та універсального доступу. Мета політики передбачає доступ до системи охорони здоров'я без надмірного фінансового навантаження, але розширення пакету медичних послуг і охоплення населення підсилює тиск на бюджет або страхові фонди. Ключові питання реформи охорони здоров'я лежать у сфері збору доходів, об'єднання ризиків, визначення гарантованого пакета і стратегічної закупівлі. Недостатність коштів або слабкий перерозподіл ризиків призводять до зростання прямих платежів населення і звуження фактичної доступності.

За умови обмежених ресурсів держава змушена застосовувати інструменти пріоритизації пакета, підвищення ефективності витрат і скорочення частки прямих платежів за допомогою більш справедливих механізмів оплати і компенсації. Ця дилема не є технічною деталлю, а елементом сутності політики, бо визначає, як держава розподіляє дефіцитні ресурси між конкуруючими потребами здоров'я.

Концепція здоров'я у всіх політиках виходить із того, що рівень здоров'я визначається не тільки медичними послугами, а й житловими умовами, зайнятістю, освітою, транспортом, довкіллям і соціальним захистом. Вказана концепція означає, що кожне рішення в інших секторах проходить крізь призму оцінювання можливих наслідків для здоров'я, а уряд застосовує узгоджені міжвідомчі механізми для досягнення спільних цілей. Цей підхід інституційно залежить від спроможності держави забезпечити вертикальну і горизонтальну координацію, спільне планування, обмін даними і розподіл відповідальності.

Отман Хаджі та інші у статті «Систематичний огляд функцій фінансування загального медичного страхування в країнах з низьким та середнім рівнем доходу: реформи, виклики та отриманий досвід» (2025) [3] підкреслюють, що міжсекторальні програми та інші інституційні інтервенції часто демонструють нижчу результативність, ніж передбачається, через крихку довіру між секторами, короткі політичні цикли, нестачу ресурсів і невизначеність ролей.

Отман Хаджі та інші наголошують, що саме фінансова архітектура, зокрема механізми збору доходів, об'єднання ресурсів та стратегічної закупівлі, визначає спроможність системи перетворювати задекларовані принципи універсальності на реальну доступність послуг, тоді як слабка інституційна координація та фрагментація фінансування послаблюють керованість системи і звужують ефективність програм.

Це підводить до другої проблеми, не відповідності між проголошеними принципами і реальною керованістю системи. Принципи універсальності і рівності є цільовою нормою, але їх реалізація вимагає інституційної сили, політичної волі і стабільних процедур міжвідомчої координації. Коли ці елементи слабкі, політика деградує до формальних документів без відчутного ефекту.

Третя проблема полягає у фрагментованості врядування і пов'язаній із цим вразливістю систем охорони здоров'я до стресів. Джорджо Беллоні та інші у статті «Управління системами охорони здоров'я, потрясіння та стійкість: огляд основних концепцій та теорій» (2025) підкреслює [4], що вразливість систем охорони здоров'я до пандемічних, воєнних чи



кліматичних потрясінь безпосередньо визначається якістю врядування, структурою координаційних механізмів і спроможністю системи швидко перенаправляти ресурси у відповідь на зовнішні подразники. Автори аналізують широкий спектр теорій і наголошують, що саме інституційна узгодженість, прозорі правила взаємодії та здатність до оперативного адаптаційного управління формують базову стійкість системи, тоді як фрагментованість управління значно ускладнює реагування на кризові події.

Стійкість тут є функцією управлінської моделі. Без узгоджених інституцій, зрозумілих повноважень і достовірних даних механізми готовності до надзвичайних ситуацій і міжсекторальний підхід працюють не повноцінно. Це не суперечить принципам, але демонструє, що їх потрібно політично інструменталізувати через конкретні управлінські рішення.

Починаючи з 2015 року в Україні розпочалася фінансова і організаційна реформа охорони здоров'я, кульмінацією якої стало ухвалення Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168-VIII від 19.10.2017 [5]. Цей закон закріпив єдиний пакет гарантованих послуг, програму медичних гарантій, і створив Національну службу здоров'я України як єдиного стратегічного закупівельника, що оплачуватиме послуги постачальникам за прозорими правилами.

Реформа означала перехід від фрагментованого бюджетного утримання закладів до моделі закупівлі послуг за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», із капітаційною оплатою (per capita) на первинній ланці та оплатою за активність в спеціалізованій допомозі, спираючись на національну електронну інформаційну систему. У термінах концептуальних моделей це є гібридним наближенням до солідарного бюджетного фінансування з сильними елементами страхового покупця.

Як зазначають Тетяна Грузієва та Володимир Короленко у статті «Розвиток системи охорони здоров'я як складової людського капіталу в стратегічних нормативно-правових актах України» (2025) [6], що ухвалена «Стратегія розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року» [7] визначає впровадження принципу здоров'я у всіх політиках як ключовий напрям державної політики, що відображає інституційне закріплення міжсекторального підходу та необхідність узгодження рішень різних секторів з урахуванням наслідків для здоров'я населення.

Перша проблема, не відповідність між універсальними принципами і реальною керованістю, для України проявляється тому, що формально закріплені принципи рівності і фінансового захисту потребують надійних процедур пріоритизації і узгодження між Міністерством охорони здоров'я, Міністерством фінансів, Національною службою здоров'я та місцевими органами влади. Спільний огляд Всесвітньої організації охорони здоров'я і Світового банку демонструє [8], що методології визначення пріоритетів програми медичних гарантій ще недостатньо прозорі, а ролі ключових інституцій на практиці розмиті, що послаблює керованість системи. Це узгоджується з міжнародною літературою про здоров'я у всіх політиках, яка вказує на ризики слабкої координації і коротких політичних циклів.

Друга проблема, не відповідність між фінансовою стійкістю і універсальним доступом, в Україні є структурною, оскільки програма медичних гарантій розширює перелік послуг, але функціонує в умовах воєнної економіки і зростання потреб у медичній допомозі. Реформа прямо орієнтувалась на зменшення надмірних прямих платежів населення і посилення фінансового захисту. Проте забезпечення універсальності при дефіциті ресурсів вимагає постійної пріоритизації пакета послуг і підвищення ефективності витрат, інакше частина витрат повертається у вигляді прямих платежів або черг.

Третя проблема, фрагментоване врядування і вразливість до шоків, для України набула екзистенційного масштабу після початку повномасштабної війни. Наукові дослідження українських стратегічних актів вказують на масштабні втрати інфраструктури і ресурсів у секторі охорони здоров'я та необхідність відновлення в умовах переміщення населення і кадрового дефіциту [6].



Стійкість системи залежить від здатності швидко перерозподіляти ресурси, підтримувати первинну допомогу, зберігати цифрові контури управління і забезпечувати міжсекторальні рішення для потреб військових, внутрішньо переміщених осіб і цивільного населення. Це означає, що політика повинна бути не тільки стратегічною декларацією, а режимом кризового врядування, здатним тримати систему функціонально цілісною під тиском подразників.

Синтез теоретичних підходів і практики дає змогу уточнити сутність державної політики у сфері охорони здоров'я. Державна політика у сфері охорони здоров'я постає як специфічний різновид процесу ухвалення і виконання рішень, що мають загальнообов'язковий характер і визначають правила взаємодії в суспільстві, у межах якого держава формує суспільно значущу мету універсального та рівного доступу до медичних послуг і фінансового захисту, закріплює її в принципах універсальності, рівності, доказовості та стійкості, обирає інституційну модель організації системи, вибудовує механізми фінансування, об'єднання ризиків і стратегічної закупівлі послуг, інтегрує підхід здоров'я у всіх політиках у ширший контекст публічного врядування та забезпечує стійкість системи до пандемічних, воєнних і соціально економічних стресів.

Принципи універсальності, рівності, доказовості і стійкості є необхідними, але працюють лише тоді, коли підкріплені інституційною спроможністю і міжвідомчою координацією. Український контекст показує, що реформа може наближати систему до міжнародних стандартів, але водночас оголювати структурні дилеми фінансової стійкості, прозорості побудови пріоритетів і здатності до управління в кризі. Саме ці дилеми і є центром політичної природи сфери охорони здоров'я.

**Висновки.** Державна політика у сфері охорони здоров'я за своєю природою є формою управління ключовою суспільною цінністю – здоров'ям. Вона охоплює розподіл ресурсів, визначення гарантій і правил доступу, а також підтримання стійкості системи в умовах невизначеності. Міжнародні моделі та принципи задають загальну нормативну основу, проте реальна результативність залежить від інституційної спроможності, фінансової структури і рівня врядування.

Україна демонструє приклад гібридної трансформації до універсального охоплення населення гарантованими медичними послугами та фінансовим захистом через програму медичних гарантій і діяльність національного закупівельника, одночасно закріплюючи здоров'я у всіх політиках як стратегічний принцип. Умови війни роблять питання стійкості і міжсекторальності центральними, а не допоміжними. Це підкреслює, що сутність державної політики охорони здоров'я полягає в здатності держави поєднати соціальні гарантії з реалістичними механізмами їх досягнення, зберігаючи керованість системи і її відповідь на стреси.

#### **Список використаних джерел:**

1. Easton D. A systems analysis of political life. New York : Wiley, 1965. 507 p.
2. Such E. et al. Governance of intersectoral collaborations for population health and to reduce health inequalities in high-income countries: a complexity-informed systematic review. *International journal of health policy and management*. 2022. DOI: <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2022.6550>.
3. Hajji O., El Abbadi B., Akhnif E. H. Systematic review of financing functions for universal health coverage in low- and middle-income countries: reforms, challenges, and lessons learned. *Public health reviews*. 2025. Vol. 46. DOI: <https://doi.org/10.3389/phrs.2025.1607745>.
4. Belloni G. et al. Health systems governance, shocks and resilience: a scoping review of key concepts and theories. *BMJ global health*. 2025. Vol. 10, no. 6. P. e017358. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-017358>.



5. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII : станом на 31 жовт. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 23.11.2025).

6. Gruzieva T. S., Korolenko V. V. Development of the healthcare system as a component of human capital in strategic regulatory acts of Ukraine. *Wiadomości lekarskie*. 2025. № 5. С. 1189–1193. DOI: <https://doi.org/10.36740/wlek/205395>.

7. 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 : Розпорядж. Каб. Міністрів України від 17.01.2025 № 34-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-р#Text> (дата звернення: 23.11.2025).

8. Who, World Bank. Health financing in Ukraine: reform, resilience and recovery. *Health financing in Ukraine: reform, resilience and recovery*. 2024. URL: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099062725083010231/pdf/P177367-168cec7e-a40b-4a30-9def-39c8f52a3926.pdf> (дата звернення: 23.11.2025).

Дата першого надходження рукопису до видання: 27.11.2025

Дата прийнятого до друку рукопису після рецензування: 15.12.2025

Дата публікації: 31.12.2025

