

УДК 351.77:316.3(477)

JEL I18, H83, I38

DOI <https://doi.org/10.32782/2786-765X/2026-14-4>**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>

ІНТЕГРАТИВНА МОДЕЛЬ ВЗАЄМОДІЇ ДЕРЖАВИ І ГРОМАДЯНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ПРАВА НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Статтю присвячено обґрунтуванню інтегративної моделі взаємодії держави і громадянського суспільства у сфері охорони здоров'я України. Вихідною є теза, що ефективність такої взаємодії визначається не кількістю консультацій або спільних заходів, а здатністю перетворювати суспільні потреби, професійні знання і досвід пацієнтів на обов'язкові для розгляду управлінські сигнали, прозорі рішення та коригування політики. Проаналізовано конституційні гарантії права на охорону здоров'я, законодавство про громадське здоров'я, стратегічні орієнтири розвитку галузі до 2030 року та сучасні підходи до соціальної участі. Запропонована модель охоплює інформаційно-аналітичний, дорадчо-деліберативний, організаційний, сервісний і контрольний контури, між якими встановлюються чіткі права доступу до інформації, процедури представництва, повноваження, строки реагування та механізми підзвітності. Наукова новизна полягає у розмежуванні інтеграції, адміністративного підпорядкування та підміни державних функцій. Громадянське суспільство зберігає автономію, критичну й контрольну роль, тоді як держава несе кінцеву відповідальність за гарантії, стандарти, фінансування та рівний доступ. Результативність моделі запропоновано оцінювати за доступністю допомоги, справедливістю представництва, якістю мотивованої відповіді, усуненням бар'єрів, довірою та фактичним впливом участі на рішення.

Ключові слова: взаємодія держави і суспільства, соціальна держава, громадянське суспільство, право на охорону здоров'я, публічне управління, соціальна участь, підзвітність, громадське здоров'я.

Постановка проблеми. Повномасштабна війна одночасно посилила залежність населення від стійкості державної системи охорони здоров'я та розширила роль благодійних, волонтерських, пацієнтських і професійних мереж. Евакуація пацієнтів, підтримка прифронтових закладів, забезпечення ліками, психосоціальна допомога й реабілітація часто реалізуються через поєднання публічних ресурсів із суспільною самоорганізацією. Однак ситуативна співпраця не завжди трансформується у сталі процедури, а участь громадськості нерідко залишається інформуванням після фактичного прийняття рішення [2–5; 8].

Конституційна гарантія права на охорону здоров'я передбачає не лише наявність мережі закладів, а й спроможність держави виявляти нерівність доступу, пояснювати пріоритети та реагувати на досвід користувачів послуг [1]. Наукові праці українських авторів показують, що громадська участь і контроль мають власну інституційну цінність, але їх результативність залежить від нормативно визначених процедур, репрезентативності та реального зв'язку з управлінськими рішеннями [6–8].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Т. Федоренко розкриває історичну та інституційну логіку становлення механізмів участі громадськості у формуванні політики охорони



здоров'я, підкреслюючи їх зв'язок із розвитком партисипаторної демократії [6]. М. Повалена та І. Гула розкривають співвідношення державного і громадського контролю у сфері охорони здоров'я, визначаючи роль спостережних і громадських рад у забезпеченні підзвітності закладів та органів управління [7]. О. Рокунець-Сорочан визначає партисипативність, інклюзивність, прозорість і підзвітність як методологічні основи державно-громадської взаємодії [8].

Міжнародні документи також зміщують акцент від епізодичної консультації до регулярної й змістовної соціальної участі у рішеннях щодо здоров'я [4]. ОЕСР пов'язує стійкість українського врядування зі здатністю інституцій використовувати громадський зворотний зв'язок і пояснювати, як він вплинув на політику [5]. Проте наявні підходи недостатньо поєднують участь, спільне проектування послуг, громадський контроль і кінцеву публічну відповідальність у межах однієї операційної моделі.

Метою статті є розроблення інтегративної моделі взаємодії держави і громадянського суспільства у забезпеченні права на охорону здоров'я в Україні, визначення її інституційних контурів, запобіжників, розподілу відповідальності та критеріїв результативності.

Виклад основного матеріалу дослідження. Взаємодію держави і громадянського суспільства доцільно розглядати як багаторівневу систему спільного вироблення публічної цінності, а не як контакт двох замкнених суб'єктів. Органи влади, місцеве самоврядування, заклади охорони здоров'я, професійні асоціації, пацієнтські організації та волонтерські мережі мають різні повноваження і ресурси, але їх діяльність набуває суспільного сенсу лише через здатність забезпечити право людини на доступну, безпечну й якісну допомогу [1–3; 8].

Суперечності у сфері охорони здоров'я найчастіше виникають через дефіцит ресурсів, асиметрію інформації, різні оцінки клінічного й суспільного ризику, нерівність територіального доступу та відмінності між професійними і життєвими пріоритетами. Інтегративна модель не повинна штучно усувати ці конфлікти; її завданням є раннє виявлення розбіжностей, переведення їх у доказове обговорення та забезпечення мотивованого рішення, яке може бути перевірене й оскаржене [5–8].

Ядро моделі становлять взаємопов'язані принципи людиноцентричності, збереження публічної відповідальності, автономії громадських учасників, доказовості, пропорційності

та підзвітності. Їх не можна застосовувати вибірково: наприклад, відкритість без репрезентативності відтворює голос лише найбільш організованих груп, а партнерство без чіткого розподілу відповідальності створює ризик перекидання гарантованих державою функцій на короткострокові благодійні проекти [1; 6–8].

Інформаційно-аналітичний контур повинен поєднувати національну статистику з територіальними профілями доступу, даними про час доїзду, незавершені маршрути пацієнта, відмови від допомоги через вартість чи відстань, потреби людей з інвалідністю, внутрішньо переміщених осіб і жителів прифронтових громад. Громадські організації у цьому контурі виконують функцію раннього виявлення бар'єрів, але їх повідомлення мають проходити верифікацію і включатися до спільної доказової бази [2; 3; 8].

Дорадчо-деліберативний контур має діяти до затвердження програми, бюджету або зміни мережі. Орган влади повинен оприлюднювати проблему, можливі альтернативи, фінансові й кадрові обмеження, прогнозовані наслідки та критерії вибору. Для забезпечення справедливого представництва необхідно комбінувати відкриті консультації, цільове залучення вразливих груп, експертні панелі та підтримані формати участі для осіб із низькою цифровою грамотністю [4–6; 8].

Організаційний контур перетворює участь із разової події на інституційну практику. Дорадчі ради пацієнтів, наглядові й опікунські ради, робочі групи при госпітальних округах та громадські компоненти програм громадського здоров'я повинні мати визначений мандат, правила членства, порядок запобігання конфлікту інтересів, секретаріат, доступ до необхідної інформації та календар перегляду рішень [2; 6–8].

Сервісний і контрольний контури мають бути розмежовані. Громадські організації можуть надавати окремі послуги на основі прозорого контракування, але участь у виконанні програми не повинна позбавляти їх або інших незалежних суб'єктів можливості контролювати доступність і справедливість. Моніторинг має охоплювати не лише кількість профінансованих випадків, а й перерви в маршруті, повторні звернення, транспортні бар'єри, скарги, зрозумілість інформації та відмінності між територіями [3; 7; 8].

Контур оцінювання і зворотного зв'язку повинен завершуватися не звітом, а управлінською реакцією. Для кожної суттєвої пропозиції доцільно надавати мотивовану відповідь із поясненням, чи врахована вона, відхилена

або потребує додаткових даних. Якщо очікуваний ефект не досягнуто, мають змінюватися інструменти, обсяги фінансування або організація послуги, а не лише формулювання показників [4; 5; 8].

Розподіл ролей має відповідати принципу кінцевої публічної відповідальності. Верховна Рада та Кабінет Міністрів визначають правові й фінансові гарантії; Міністерство охорони здоров'я і НСЗУ – політику, стандарти та правила закупівлі; регіональні й місцеві органи – мережу, інфраструктуру і територіальну координацію; заклади – клінічні та сервісні рішення. Громадянське суспільство представляє невраховані потреби, бере участь у співпроектванні, надає спеціалізовану підтримку й здійснює незалежний контроль [1–3; 6–8].

Інтеграцію необхідно відмежовувати від підміни державних функцій і адміністративного поглинання партнерів. Якщо базова послуга залежить лише від пожертв, система залишається нестійкою; якщо фінансування громадської організації залежить від її відмови від критики, втрачається незалежність контролю. Тому контрагування має передбачати відкритий відбір, чіткий предмет послуги, захист права на публічну позицію, розкриття конфліктів інтересів та недопущення монополізації представництва однією організацією [5–8].

Результативність інтегративної моделі доцільно оцінювати збалансованою системою показників: часом до отримання допомоги, часткою незавершених маршрутів, відмовами через вартість або відстань, територіальною нерівністю, представництвом уразливих груп, часткою пропозицій із мотивованою відповіддю, строком реагування на скарги, виконанням коригувальних заходів і рівнем довіри. Кількість проведених засідань не може вважатися самостійним

доказом участі без встановлення її впливу на рішення [4; 5; 7; 8].

Запропонована модель може застосовуватися під час формування програм психічного здоров'я, реабілітації, профілактики неінфекційних захворювань, розвитку первинної допомоги та відновлення медичної інфраструктури. В умовах війни вона потребує додаткових запобіжників щодо захисту персональних даних, безпеки учасників і безперервності критичних послуг, однак саме поєднання сильної публічної відповідальності з автономною суспільною участю підвищує адаптивність і легітимність системи [2–5; 8].

Висновки.

1. Взаємодія держави і громадянського суспільства у сфері охорони здоров'я має оцінюватися за її впливом на права, доступність і якість допомоги, а не за кількістю консультацій або спільних заходів.

2. Інтегративна модель поєднує інформаційно-аналітичний, дорадчо-деліберативний, організаційний, сервісний, контрольний та оцінювальний контури із визначеними процедурами переходу від сигналу до рішення.

3. Громадянське суспільство доповнює державну спроможність через представництво потреб, співпроектвання послуг, надання спеціалізованої підтримки й незалежний контроль, але не замінює публічні гарантії.

4. Необхідними запобіжниками є репрезентативність, мотивована відповідь, розкриття конфліктів інтересів, прозоре контрагування, захист автономії партнерів і недопущення монополізації громадського представництва.

5. Результативність слід вимірювати за реальним доступом, територіальною та соціальною справедливістю, швидкістю реагування, виконанням коригувальних рішень, довірою і фактичним впливом участі на політику.

Бібліографічний список

1. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>
2. Про систему громадського здоров'я: Закон України від 06.09.2022 № 2573-ІХ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2573-20>
3. 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: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 17.01.2025 № 34-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/34-2025-%D1%80>
4. Всесвітня організація охорони здоров'я. Всесвітня асамблея охорони здоров'я схвалила резолюцію щодо соціальної участі. 2024. URL: <https://www.who.int/news/item/29-05-2024-world-health-assembly-endorses-resolution-on-social-participation>
5. OECD. Citizen participation for a more resilient democracy and more effective policies in Ukraine. 2026. URL: https://www.oecd.org/en/publications/public-governance-review-of-ukraine_7810f059-en/full-report/citizen-participation-for-a-more-resilient-democracy-and-more-effective-policies-in-ukraine_62a234f8.html

6. Федоренко Т. А. Генезис механізму участі громадськості в формуванні та реалізації державної політики з охорони здоров'я із найдавніших часів – до Конституції Пилипа Орлика 1710 р. *Експерт: парадигми юридичних наук і державного управління*. 2019. № 4 (6). С. 101–119. DOI: [https://doi.org/10.32689/2617-9660-2019-4\(6\)-101-119](https://doi.org/10.32689/2617-9660-2019-4(6)-101-119)
7. Повалена М., Гула І. Співвідношення державного та громадського контролю у сфері охорони здоров'я. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка»*. Серія: Юридичні науки. 2024. Т. 11, № 1 (41). С. 277–284. DOI: <https://doi.org/10.23939/law2024.41.277>
8. Рокунець-Сорочан О. Методологічні підходи формування державно-громадської взаємодії в процесі реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я. *Теоретичні та прикладні питання державотворення*. 2023. № 28. С. 137–145. DOI: <https://doi.org/10.35432/tisb282022332891>

References

1. Konstytutsiia Ukrainy: Zakon Ukrainy vid 28.06.1996 № 254k/96-VR [Constitution of Ukraine: Law of Ukraine dated 28.06.1996 No. 254k/96-BP]. Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>
2. Pro systemu hromadskoho zdorovia: Zakon Ukrainy vid 06.09.2022 № 2573-IX [On the public health system: Law of Ukraine dated September 6, 2022 No. 2573-IX]. Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2573-20>
3. Pro skhvalennia Stratehii rozvytku systemy okhorony zdorovia na period do 2030 roku ta zatverdzhennia operatsiinoho planu zakhodiv z yii realizatsii u 2025-2027 rokakh [On the approval of the Health Care System Development Strategy for the period up to 2030 and the approval of the operational plan of measures for its implementation in 2025-2027]: Rozporiadzhennia Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 17.01.2025 № 34-r. Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/go/34-2025-%D1%80>
4. Vsesvitnia orhanizatsiia okhorony zdorovia (2024) Vsesvitnia asambleia okhorony zdorovia skhvalyla rezoliutsiiu shchodo sotsialnoi uchasti [The World Health Assembly adopted a resolution on social participation]. Available at: <https://www.who.int/news/item/29-05-2024-world-health-assembly-endorses-resolution-on-social-participation>
5. OECD (2026) Citizen participation for a more resilient democracy and more effective policies in Ukraine. Available at: https://www.oecd.org/en/publications/public-governance-review-of-ukraine_7810f059-en/full-report/citizen-participation-for-a-more-resilient-democracy-and-more-effective-policies-in-ukraine_62a234f8.html
6. Fedorenko T. A. (2019). Henezys mekhanizmu uchasti hromadskosti v formuvanni ta realizatsii derzhavnoi polityky z okhorony zdorovia iz naidavnishykh chasiv – do Konstytutsii Pylypa Orlyka 1710 r [The genesis of the mechanism of public participation in the formation and implementation of state policy on health care from the earliest times – to the Constitution of Pylyp Orlyk in 171]. *Ekspert: paradyhmy yurydychnykh nauk i derzhavnoho upravlinnia*, no. 4 (6), pp. 101–119. DOI: [https://doi.org/10.32689/2617-9660-2019-4\(6\)-101-119](https://doi.org/10.32689/2617-9660-2019-4(6)-101-119)
7. Povalena M., Hula I. (2024). Spivvidnoshennia derzhavnoho ta hromadskoho kontroliu u sferi okhorony zdorovia [The ratio of state and public control in the sphere of health care]. *Visnyk Natsionalnoho universytetu "Lvivska politekhnika"*. Serii: Yurydychni nauky, vol. 11, no. 1 (41), pp. 277–284. DOI: <https://doi.org/10.23939/law2024.41.277>
8. Rokunets-Sorochan O. (2023). Metodolohichni pidkhody formuvannia derzhavno-hromadskoi vzaiemodii v protsesi realizatsii derzhavnoi polityky u sferi okhorony zdorovia [Methodological approaches to the formation of state-public interaction in the process of implementation of state policy in the field of health care]. *Teoretychni ta prykladni pytannia derzhavotvorennia*, no. 28, pp. 137–145. DOI: <https://doi.org/10.35432/tisb282022332891>

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>

AN INTEGRATIVE MODEL OF STATE-CIVIL SOCIETY INTERACTION IN ENSURING THE RIGHT TO HEALTH CARE IN UKRAINE

The article substantiates an integrative model of interaction between the state and civil society in Ukraine's health-care sector. Its effectiveness is defined not by the number of consultations or joint activities but by the capacity to transform social needs, professional knowledge and patient experience into governance signals that must be considered, translated into transparent decisions and followed by policy adjustment. The study examines constitutional health guarantees, public-health legislation, the strategic priorities of health-system development until 2030 and contemporary approaches to social participation. The proposed model includes information and analytical, deliberative, organisational, service-delivery and oversight components linked by clear access to information, representation procedures, decision rights, response deadlines and accountability mechanisms. The scientific novelty lies in distinguishing integration from administrative subordination and the substitution of state functions. Civil society retains its autonomy and critical oversight role, while the state remains ultimately responsible for guarantees, standards, financing and equal access. Effectiveness is assessed through access to care, fairness of representation, the quality of reasoned responses, removal of barriers, trust and the actual influence of participation on decisions.

Keywords: state-society interaction, social state, civil society, right to health care, public governance, social participation, accountability, public health.

Дата надходження статті: 11.07.2026

Дата прийняття статті до публікації: 09.08.2026

Дата публікації статті: 02.09.2026