



УДК 614(73):328

DOI <https://doi.org/10.32782/2305-9389/2025.33.47>

ПОЛІТИКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я США У ДИНАМІЦІ ПОЛІТИЧНОЇ КОНКУРЕНЦІЇ

Сокуренько Ольга,*здобувач наукового ступеню кандидата політичних наук**Українського державного університету імені Михайла Драгоманова*

ORCID ID: 0009-0007-8423-6860

У статті проаналізовано особливості функціонування системи охорони здоров'я у США, доведено її роль не лише як механізму надання медичних послуг, а й як ключового чинника політичного розвитку, суспільної довіри та стабільності. Вона розглядається як простір активної політичної боротьби, де перетинаються інтереси держави, бізнесу та громадянського суспільства, а ухвалені рішення безпосередньо впливають на доступність і якість медичних послуг.

Проаналізовано структурні особливості американської моделі, де історично сформувалася домінуюча роль приватного страхування у поєднанні з державними програмами Medicare і Medicaid. Така конструкція зумовила фрагментацію системи та створила глибокі диспропорції у доступі до медичних послуг між регіонами та соціальними групами, що посилюється політичною автономією штатів.

Розглянуто реформу Affordable Care Act як ключовий етап у спробі уніфікації базових стандартів і розширення доступу до медичних послуг. Попри масштабні політичні конфлікти більшість положень реформи збережено, проте скасування фінансових санкцій у 2017 р. та скорочення фінансування інформаційних кампаній призвели до зниження рівня залучення населення до системи страхування.

Досліджено глибоку політичну поляризацію навколо питань охорони здоров'я. Дискусії щодо реформування Medicaid і Medicare, обов'язкової вакцинації, регуляції фармацевтичного ринку та репродуктивних прав підтвердили глибинний ідеологічний розкол між основними політичними силами США.

Доведено, що американська система охорони здоров'я є політично насиченим і структурно фрагментованим простором, де поєднуються ідеї індивідуалізму, ринкової свободи та суспільної солідарності. Подальший розвиток цієї моделі визначатиметься здатністю політичної системи усувати інституційні бар'єри, досягати стійких компромісів і реагувати на ключові виклики у сфері охорони здоров'я.

Ключові слова: *система охорони здоров'я США, політика охорони здоров'я, медична реформа, політична поляризація, передвиборча програма, політична боротьба, політичні партії США, публічна політика.*

Sokurenko Olha. U.S.A. healthcare policy in the dynamics of political competition

The article analyzes the specific features of the U.S. healthcare system and proves its role not only as a mechanism for providing medical services but also as a key factor in political development, public trust, and stability. It is viewed as a space of active political competition where the interests of the state, business, and civil society intersect, and policy decisions directly affect the accessibility and quality of medical services.

The structural characteristics of the American model are examined, highlighting the historical dominance of private insurance combined with state programs such as Medicare and Medicaid. This structure has led to fragmentation of the system and significant disparities in access to medical services across regions and social groups, which are further amplified by the political autonomy of the states.

The Affordable Care Act reform is reviewed as a key stage in attempts to unify basic standards and expand access to healthcare services. Despite intense political conflicts, most of the reform's provisions have been preserved, although the repeal of financial penalties in 2017 and reduced funding for public information campaigns have lowered public engagement in the insurance system.

The article explores the deep political polarization surrounding healthcare issues. Debates on Medicaid and Medicare reforms, mandatory vaccination, pharmaceutical market regulation, and reproductive rights have highlighted a profound ideological divide between the major U.S. political forces.

It is demonstrated that the U.S. healthcare system is a politically saturated and structurally fragmented space that combines ideas of individualism, market freedom, and social solidarity. The future development of this model will depend on the ability of the political system to overcome institutional barriers, reach sustainable compromises, and respond effectively to key healthcare challenges.

Key words: *U.S. healthcare system, healthcare policy, medical reform, political polarization, electoral agenda, political struggle, U.S. political parties, public policy.*

Виклад основного матеріалу. У західних демократіях сьогодення сфера охорони здоров'я перетворилася на один із фундаментів суспільної угоди між владою та громадянами. Вона розглядається не лише як механізм забезпечення базових соціальних благ, а й як чинник, що формує довіру до державних



інститутів, сприяє консолідації суспільства та підтримує стійкість демократичних режимів. У країнах із розвинутою інституційною системою стан та ефективність охорони здоров'я дедалі частіше сприймаються як мірило якості політичного управління, здатності урядових структур оперативно та справедливо реагувати на ключові потреби населення.

Зростання значущості цієї політики пояснюється низкою глибинних чинників. Серед них особливо слід виділити постійне підвищення вартості медичних послуг, демографічне старіння населення, інтенсивний розвиток медичних технологій, а також підвищення рівня очікувань громадян щодо сучасного та якісного доступу до медичної допомоги. Окрім цього, зростає усвідомлення ролі охорони здоров'я у формуванні людського капіталу як ключового ресурсу національної конкурентоспроможності в умовах глобалізованої економіки. Додаткову вагу цій політиці надала пандемія COVID-19, яка наочно продемонструвала, що ефективна система охорони здоров'я є не лише запорукою збереження життя, а й критичним компонентом функціонування економіки, забезпечення політичної стабільності та гарантування національної безпеки [1].

У західних демократіях питання охорони здоров'я має виразні концептуальні риси. Переважає підхід, за яким здоров'я сприймається як фундаментальне соціальне право, гарантоване державою, а не лише як приватне благо чи складова частинна ринкових відносин. У більшості європейських країн це право закріплене на конституційному рівні або у спеціальних законах, що зобов'язують державу забезпечувати універсальний доступ до медичних послуг усім громадянам незалежно від їхнього соціального становища, рівня доходів чи місця проживання.

Разом із тим у Сполучених Штатах Америки історично сформувався індивідуалістичний підхід, де приватний сектор відіграє провідну роль в організації охорони здоров'я, а публічні дебати зосереджуються навколо питань обов'язковості медичного страхування, ролі держави у фінансуванні системи та меж утручання уряду. Незважаючи на суттєві розбіжності між моделями, спільною рисою для всіх західних демократій є те, що охорона здоров'я перетворилася на одну із центральних тем політичної конкуренції, а здатність політичних партій запропонувати ефективну стратегію реформування, фінансування та модернізації медичної сфери стала критерієм їхньої спроможності до відповідального урядування.

Новітній період розвитку політики охорони здоров'я у західних демократіях підтвердив її роль як арени перевірки життєздатності демократичних інститутів у кризових обставинах. Пандемія COVID-19 одночасно виявила як сильні боки, так і вразливості існуючих систем. У країнах із глибоко інституціоналізованими структурами координації, розвиненим науково-експертним супроводом та ефективною системою публічної комунікації вдалося зберегти відносну стабільність і забезпечити високий рівень мобілізації ресурсів. Натомість у державах із фрагментованим управлінням, обмеженими медичними спроможностями, політизованими рішеннями в галузі охорони здоров'я та низьким рівнем суспільної довіри пандемія спричинила глибокі системні кризи [2].

Саме у період пандемії COVID-19 чітко проявився прямий зв'язок між якістю демократичного урядування та здатністю держави забезпечити ефективне, справедливе й науково обґрунтоване реагування на масштабні загрози здоров'ю населення. Криза змусила переглянути усталені уявлення про межі державного втручання навіть у країнах із ліберальною традицією. Навіть політичні сили, орієнтовані на мінімізацію ролі держави, були змушені визнати необхідність централізованого стратегічного планування, формування резервів, збільшення інвестицій у сферу науки, охорони здоров'я, інфраструктури та кадрового забезпечення медичної системи [3].

Сьогодні система охорони здоров'я дедалі більше стає політично активним середовищем, де громадяни виступають не лише споживачами політичних рішень, а й активними учасниками формування публічного порядку денного. Така трансформація підвищує рівень підзвітності влади та зміцнює довіру до інституцій, водночас ускладнюючи ухвалення рішень через необхідність узгодження позицій у контексті зростаючого різноманіття інтересів.

Водночас у низці західних демократій зберігається високий рівень політичної поляризації довкола питань охорони здоров'я. У Сполучених Штатах Америки розбіжності між основними політичними силами щодо запровадження та розширення дії Закону про доступну медичну допомогу (Affordable Care Act), обов'язкової вакцинації, репродуктивних прав і участі держави в регуляції фармацевтичного ринку стали індикатором глибокого ідеологічного розколу. У деяких європейських країнах популістські та радикальні політичні сили використовують тему охорони здоров'я як інструмент електоральної мобілізації, поширення дезінформації та критики політичного мейнстріму. Це створює додаткові ризики для формування раціональної, заснованої на фактах і суспільному консенсусі політики охорони здоров'я [4].



Разом із тим система охорони здоров'я продовжує бути дзеркалом суспільних очікувань, економічних можливостей, політичних протиріч і моральних викликів. Саме тому аналіз цієї сфери є не лише предметом медичних або управлінських наук, а й важливою частиною політичної науки як дисципліни, що досліджує взаємодію між інституціями, владою, громадянами та ідеями в контексті прагнення до спільного блага.

У цьому контексті особливої уваги заслуговує модель охорони здоров'я у Сполучених Штатах Америки, яка є унікальним прикладом гібридної системи. Вона поєднує елементи ринкової конкуренції, приватного медичного страхування, державного субсидіювання та прямого втручання уряду через програми Medicare і Medicaid. На відміну від більшості західних демократій США не мають єдиної універсальної системи охорони здоров'я, яка б гарантувала доступ до медичних послуг усім громадянам на основі публічного забезпечення. Така структура формує складну політичну динаміку, де питання реформування медичної системи стає постійним предметом запеклих політичних дебатів, ілюструючи глибокий ідеологічний розкол між підходами до ролі держави, рівності доступу та ринкової ефективності [5].

Американська модель охорони здоров'я відзначається принциповою фрагментарністю, сегментованістю та високим рівнем залежності від роботодавців, які виступають основними провайдерми медичного страхування для працюючого населення. Така структура зумовлена комплексом історичних, політичних, ідеологічних та економічних чинників, серед них ключову роль відіграють глибоко вкорінена традиція індивідуалізму, недовіра до централізованих форм управління, вплив потужних корпоративних і лобістських груп у сфері охорони здоров'я, а також високий рівень комерціалізації медичних послуг і страхової системи.

Історичні витоки формування цієї моделі сягають середини ХХ ст., коли в більшості європейських країн після Другої світової війни почалося активне розгортання загальнонаціональних систем охорони здоров'я, орієнтованих на принципи солідарності та універсальності. Натомість у США медичне страхування почало поширюватися, насамперед, через роботодавців як частина компенсаційного пакета для найманих працівників. Це стало можливим завдяки державній політиці того часу, яка давала змогу компаніям обходити обмеження на зростання заробітної плати, встановлені в умовах воєнної економіки. У результаті було закладено фундамент для системи, у якій доступ до медичних послуг значною мірою залежить від факту працевлаштування, що спричинило високий рівень нерівності в доступі до медичного страхування серед різних соціальних груп [6].

Водночас у 1965 р. були створені дві ключові федеральні програми: Medicare – для людей похилого віку та Medicaid – для малозабезпечених верств населення. Обидві програми забезпечують значний обсяг послуг, але їх фінансування, адміністрування та обсяг покриття суттєво різняться між штатами та категоріями бенефіціарів. На практиці це означає, що навіть у межах однієї країни рівень доступності та якості медичних послуг може значно варіюватися [6].

Affordable Care Act (ACA), або «Obamacare», ухвалений у 2010 р. під час президентства Барака Обами, став наймасштабнішою реформою американської системи охорони здоров'я з моменту створення Medicare і Medicaid. Метою ACA було розширення доступу до медичного страхування, зниження вартості медичних послуг і поліпшення якості медичної допомоги [7].

Ключовими інструментами впровадження цієї реформи стали впорядкування онлайн-платформ для придбання страхових полісів, надання субсидій для домогосподарств із середнім рівнем доходів, розширення охоплення програмою Medicaid на рівні окремих штатів, а також запровадження індивідуального мандату, що зобов'язував громадян мати медичне страхування або сплачувати штраф. Законодавчі зміни також передбачали заборону для страхових компаній відмовляти у наданні покриття особам із уже діагнованими захворюваннями, закріпили можливість для молоді залишатися у страхових планах батьків до досягнення 26-річного віку та сприяли розвитку системи профілактичної медицини [8].

Однак упровадження ACA супроводжувалося потужними політичними дебатами. Республіканська партія рішуче виступала проти реформи, вважаючи її втручанням держави у вільний ринок і обмеженням індивідуальної свободи. Протягом багатьох років республіканці намагалися скасувати або обмежити дію закону через Конгрес, судові процеси та адміністративні заходи. Верховний суд США кілька разів розглядав справи, пов'язані з ACA, зокрема щодо конституційності індивідуального мандату та обов'язкового розширення Medicaid [9].

Запровадження Закону про доступну медичну допомогу стало предметом гострих політичних дебатів. Представники Республіканської партії рішуче виступали проти цієї реформи, вважаючи її надмірним втручанням держави у функціонування вільного ринку та потенційною загрозою індивідуальним свободам громадян.



Упродовж тривалого періоду республіканці докладали зусиль для скасування або суттєвого обмеження дії Закону шляхом внесення змін у законодавство, ініціювання судових процесів та використання адміністративних важелів. Верховний суд Сполучених Штатів неодноразово розглядав справи, пов'язані із зазначеним законом, зокрема ті, що стосувалися конституційності індивідуального мандату та зобов'язання щодо обов'язкового розширення програми Medicaid.

Попри збереження більшості ключових положень АСА у 2017 р. за президентства Дональда Трампа Конгрес скасував фінансові санкції за відсутність медичного страхування, що помітно зменшило стимул громадян укладати страхові угоди. Паралельно адміністрація Трампа скоротила фінансування інформаційних кампаній та обмежила підтримку консультантів, які працювали в системі страхового ринку.

Політичні дискусії щодо охорони здоров'я у США демонструють виразний ідеологічний поділ між двома провідними політичними силами. Демократична партія загалом відстоює активну роль держави в системі охорони здоров'я, підтримує розширення соціальних програм та послідовно просуває ідею впровадження універсального медичного страхування.

Радикально налаштоване крило Демократичної партії, яке репрезентує сенатор Берні Сандерс разом із прибічниками, виступає за створення системи єдиного державного медичного забезпечення під назвою «Medicare for All». Ця концепція передбачає повну відмову від приватного страхування та перехід до надання медичних послуг виключно за державним планом. Ініціатива користується значною підтримкою серед молоді та представників профспілкового руху, однак викликає опір не лише серед республіканців, а й у поміркованому крилі Демократичної партії, представники якого остерігаються надмірного навантаження на державний бюджет і можливих утрат підтримки серед центристського електорату. У межах своєї виборчої кампанії 2020 р. Джо Байден наголошував на важливості збереження та вдосконалення АСА і запропонував створити державний страховий план, який би функціонував на засадах конкуренції з приватними страховими компаніями [9].

Республіканська партія традиційно дотримується принципів ринкової свободи, мінімального державного втручання та пріоритету особистої відповідальності громадян. У цьому контексті її представники підтримують децентралізацію програми Medicaid, упровадження ваучерної моделі фінансування Medicare, активніше використання індивідуальних медичних ощадних рахунків (Health Savings Accounts), дерегуляцію страхової сфери та посилення конкурентних механізмів у системі охорони здоров'я.

Водночас брак узгодженого бачення повноцінної альтернативи реформі АСА призвів до того, що після численних невдалих спроб її скасування Республіканська партія втратила провідні позиції у політичному дискурсі щодо охорони здоров'я, а суспільна підтримка ключових положень реформи Обами стала поступово зростати. Зміцнення підтримки Medicaid у низці традиційно консервативних штатів також указує на трансформацію суспільних уявлень про роль держави у забезпеченні доступу до медичних послуг і переоцінку значущості державних програм у сфері охорони здоров'я [9].

Кандидати на президентських виборах у Сполучених Штатах Америки продовжують формувати свої передвиборчі платформи відповідно до ідеологічного розлому в підходах до охорони здоров'я. Під час виборів 2020 р. Джо Байден запропонував помірковану реформістську стратегію, що включала зменшення вартості лікарських засобів, збільшення фінансування мережі громадських клінік, розширення доступу до профілактичних медичних послуг і впровадження державного страхового плану public option як альтернативи приватному страхуванню. Дональд Трамп, зі свого боку, акцентував на необхідності зниження цін на рецептурні препарати, розширення використання телемедичних технологій і гарантування свободи вибору для пацієнтів, водночас не представивши цілісного системного плану, який би слугував повноцінною заміною реформі АСА [10].

Напередодні виборів 2024 р. ці дискусії знову набули актуальності, а медична політика й надалі залишається однією із центральних тем передвиборчої риторики, зокрема в контексті зростання витрат, проблем психічного здоров'я, наслідків пандемії та демографічних викликів.

Камала Гарріс висловлювала намір зміцнити та розширити чинний Закон про доступне медичне страхування (АСА), знизити витрати на лікарські засоби, включаючи введення граничної ціни у \$35 на інсулін для людей похилого віку та можливого розширення цього обмеження на ширший спектр населення. Вона також акцентувала увагу на рівному доступі до медичних послуг включно з реформою Medicaid, поліпшенням умов для осіб з уразливих груп, а також захистом репродуктивних прав [11].

Своєю чергою, Дональд Трамп під час кампанії 2024 р. обіцяв розробити альтернативний план, спрямований на ринок лікарень і фармацевти, зокрема через боротьбу з хронічними хворобами, зниження витрат та інноваційні підходи до страхування. Він також зв'язував свої наміри з рухом «Make America



Healthy Again», який передбачає реформи FDA та NIH, розвиток телемедицини, акцент на попередні заходи щодо здоров'я і строгий контроль фармацевтичного сектору [12].

Отже, система охорони здоров'я США постає не лише як складне поєднання інституцій, ринкових механізмів і державних програм підтримки, а й як ключовий майданчик політичного протистояння. Вона відображає глибинні суперечності американської політичної культури, що виникають на стику ідеології індивідуалізму та колективної відповідальності, принципів ринкової економіки й ролі держави, права на свободу вибору та права на медичну допомогу.

Окрім державних програм Medicaid і Medicare, істотну роль у забезпеченні доступу до медичних послуг у США відіграє приватний сектор, який охоплює більш як половину населення через роботодавців або індивідуальні поліси. Водночас американська модель приватного медичного страхування характеризується високою вартістю страхових премій, обмеженим обсягом покриття, складною процедурою компенсації витрат і значними адміністративними витратами, які, за оцінками фахівців, можуть становити до чверті загальних витрат системи [13].

У сучасному політичному дискурсі все частіше лунає критика чинної моделі охорони здоров'я США як соціально несправедливої та економічно неефективної. Головним аргументом є порівняння з іншими західними демократіями, яке виявляє значний розрив між масштабами фінансування та фактичними результатами у сфері медичного обслуговування.

Сполучені Штати витрачають на медичну сферу понад 17% валового внутрішнього продукту, що є найвищим показником серед усіх країн Організації економічного співробітництва та розвитку. Однак попри такі масштабні витрати країна демонструє гірші за середні показники очікуваної тривалості життя, рівня материнської та дитячої смертності, а також поширеності хронічних захворювань [14].

Сучасна конфігурація американської системи охорони здоров'я генерує запит на її глибоку трансформацію, у межах якої відбувається напружене протистояння між поступовим реформізмом, що передбачає модернізацію Закону про доступну медичну допомогу та впровадження публічного страхового варіанту, і радикальними концепціями, такими як модель єдиного платника або ініціатива Medicare for All. Ці підходи спрямовані на повне перезавантаження механізмів фінансування та управління системою медичних послуг. Дебати навколо цих моделей відображають не лише ідеологічні розбіжності між провідними політичними силами, а й дедалі частіше стають чинником формування політичної ідентичності громадян, адже ставлення до медичної реформи слугує предиктором електорального вибору під час президентських і парламентських кампаній.

Особливо помітним є протистояння між федералізмом і централізмом у сфері охорони здоров'я. Хоча реформа АСА прагнула уніфікувати базові стандарти доступу до медичних послуг, політична автономія окремих штатів дала змогу деяким із них відмовитися від розширення програми Medicaid або обмежити реалізацію її положень. Така децентралізована модель політики охорони здоров'я сформувала новий тип структурної нерівності, коли рівень доступу громадян до медичних послуг визначається політичною спрямованістю місцевої влади.

Зокрема, у штатах, які не приєдналися до розширення Medicaid, значна частина дорослого працездатного населення залишилася поза межами як державного, так і приватного страхування. Це не лише ускладнює досягнення загальнонаціональних цілей у сфері громадського здоров'я, а й знижує ефективність реагування на епідеміологічні загрози, підриває довіру до державної політики та посилює соціальну поляризацію.

Аналіз системи охорони здоров'я у США свідчить, що вона є не просто технічним механізмом надання медичних послуг, а складною, політично навантаженою та структурно фрагментованою системою, яка постійно перебуває у стані напруги між очікуваннями громадян, корпоративними інтересами, ідеологічними установками політичних сил та уявленнями про соціальну справедливість.

Подальший розвиток американської моделі охорони здоров'я залежатиме від спроможності політичної системи долати інституційні бар'єри, досягати стабільних форм міжінституційного компромісу та реагувати на нові виклики, пов'язані зі старінням населення, кризами у сфері психічного здоров'я, біоетичними дилемами й проблемами біологічної безпеки. У такому контексті політика охорони здоров'я постає не лише засобом задоволення базових потреб, а й показником функціональної та моральної зрілості американської демократичної моделі.

Висновки. Система охорони здоров'я США функціонує як складний соціально-політичний механізм, який поєднує медичні, економічні та політичні чинники. Її фрагментована структура, орієнтована на приватне страхування та обмежене державне втручання, створює значні диспропорції у доступі до медичних послуг між різними регіонами та соціальними групами. Аналіз реформ, зокрема АСА,



підтверджує, що будь-які спроби уніфікації стандартів і розширення доступу супроводжуються глибокими ідеологічними конфліктами між ключовими політичними силами.

Виявлено, що охорона здоров'я у США є не лише сферою соціальної політики, а й важливим індикатором політичної конкуренції та суспільної довіри. Поляризація позицій щодо державного втручання, фінансування програм Medicare і Medicaid, а також реформування фармацевтичного ринку формують унікальний політичний порядок денний, де медична політика безпосередньо впливає на електоральну поведінку громадян.

Подальші наукові розвідки доцільно зосередити на порівняльному аналізі моделей охорони здоров'я США та інших провідних країн, щоб виявити оптимальні механізми поєднання ринкових і соціальних підходів. Окрему увагу варто приділити дослідженню ролі медичної політики у формуванні політичної ідентичності громадян та впливу передвиборчих кампаній на динаміку реформ.

Література:

1. Economic implications of health care burden for elderly population / B. Tang та ін. *INQUIRY: the journal of health care organization, provision, and financing*. 2022. Т. 59. Р. 004695802211215. URL: <https://doi.org/10.1177/00469580221121511>
2. Gherghina S., Volintiru C., Sigurjonsson T.O. Making a difference: the effects of institutional resilience in society during COVID-19. *European political science*. 2022. URL: <https://doi.org/10.1057/s41304-022-00380-y>
3. Mao Y. Why do democracies respond differently to COVID-19? A comparison of the United States and South Korea. *Frontiers in public health*. 2024. Т. 11. URL: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1285552>
4. DellaVigna S., Kim W. Policy diffusion and polarization across U.S. states. Cambridge, MA : National Bureau of Economic Research, 2022. URL: <https://doi.org/10.3386/w30142>
5. Engels C. Medicare & Medicaid vs. TRICARE: a benefits and cost comparison : thesis. 2014. URL: <http://hdl.handle.net/10945/43907>
6. Blumenthal D. Employer-Sponsored health insurance in the united states – origins and implications. *New england journal of medicine*. 2006. Т. 355. № 1. Р. 82–88. URL: <https://doi.org/10.1056/nejmhpr060703>
7. About the ACA. *HHS.gov*. URL: <https://www.hhs.gov/healthcare/about-the-aca/index.html>
8. A look at ACA coverage through the marketplaces and medicaid expansion ahead of potential policy changes | KFF. *KFF*. URL: <https://www.kff.org/affordable-care-act/issue-brief/a-look-at-aca-coverage-through-the-marketplaces-and-medicaid-expansion-ahead-of-potential-policy-changes>
9. Spadafore S. Path dependency and the politics of U.S. health reform. *CUNY Academic Works*. URL: https://academicworks.cuny.edu/gc_etds/6301
10. Trump's and Biden's plans for health care. *NPR*. URL: <https://www.npr.org/2020/10/16/921237845/trumps-and-biden-s-plans-for-health-care>
11. 2024 pre-election analysis: health care issues. *ML Strategies | Government Relations | Consulting Group*. URL: https://www.mlstrategies.com/insights-center/viewpoints/54001/2024-08-23-_2024-pre-election-analysis-health-care-issues
12. Charter D. Trump policies: what will he do as president?. *The Times & The Sunday Times*. URL: <https://www.thetimes.com/us/american-politics/article/what-happens-trump-wins-election-2024-xvc2qc0bv>
13. Woolhandler S., Himmelstein D.U. Life or debt: underinsurance in America. *Journal of general internal medicine*. 2013. Т. 28. № 9. Р. 1122–1124. URL: <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2460-y>
14. Understanding differences in health expenditure between the United States and OECD countries. *Organisation for Economic Co-operation and Development*. URL: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2022/09/understanding-differences-in-health-expenditure-between-the-united-states-and-oecd-countries_cafc404c/6f24c128-en.pdf
15. Ярош Я. Політичні партії як суб'єкти громадянського суспільства. *Міжнародні відносини, суспільні комунікації та регіональні студії*. 2018. № 2(4). С. 146–155. URL: <https://relint.vnu.edu.ua/index.php/relint/article/view/81/75>. DOI: <https://doi.org/10.29038/2524-2679-2018-02-146-156>
16. Примуш М.В., Ярош Я.Б., Дубель М.В. Тенденції міжнародних політичних конфліктів сучасності. *Acta securitatae volyniensis*. 2023. № 2. С. 43–50. URL: <https://doi.org/10.32782/2786-9385/2023-2-6>
17. Семигіна Т. Етичний вимір політики охорони здоров'я. URL: <https://ekmair.ukma.edu.ua/server/api/core/bitstreams/2c029b96-d778-4cb9-b3b6-28e272b0c238/content>

Дата першого надходження рукопису до видання: 18.08.2025

Дата прийнятого до друку рукопису після рецензування: 16.09.2025

Дата публікації: 28.11.2025