

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ В.Н. КАРАЗІНА**

**Економічний факультет**

Кафедра фінансів, банківської справи та страхування

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**  
**НА ТЕМУ:**

**«Розвиток медичного страхування та його роль у системі  
охорони здоров'я в Україні»**

Галузь знань: 07 «Управління та адміністрування»

Спеціальність 072 «ФІНАНСИ, БАНКІВСЬКА СПРАВА, СТРАХУВАННЯ ТА  
ФОНДОВИЙ РИНОК»

Освітня програма ФІНАНСИ, БАНКІВСЬКА СПРАВА, СТРАХУВАННЯ ТА ФОНДОВИЙ  
РИНОК

Освітньо-кваліфікаційний рівень: магістр

**Виконавець:**

Валерія БОРОВИЦЬКА,  
студентка 2 курсу, гр. ЕФЗ-61

**Науковий керівник:**

Дар'я ЗАГОРСЬКА,  
канд. екон. наук, доцент кафедри фінансів,  
банківської справи та страхування

Кваліфікаційна робота магістра допущена до захисту  
рішенням кафедри фінансів, банківської справи та страхування

Протокол № \_\_\_\_\_ від «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 р.

Зав. кафедри \_\_\_\_\_ проф. Ольга ГЛУЩЕНКО

підпис

Харків 2025

## АНОТАЦІЯ

**Боровицька В.О. Розвиток медичного страхування та його роль у системі охорони здоров'я в Україні.**

Кваліфікаційна робота магістра.

Спеціальність 072 «ФІНАНСИ, БАНКІВСЬКА СПРАВА, СТРАХУВАННЯ  
ТА ФОНДОВИЙ РИНОК»

Освітня програма «Фінанси, банківська справа, страхування та фондовий ринок»

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна. - Харків, 2025.

Кваліфікаційна робота присвячена комплексному аналізу теоретичних, правових, організаційних та економічних основ розвитку медичного страхування в Україні. Актуальність теми пов'язана зі змінами в українській системі охорони здоров'я, зростанням фінансових проблем у домогосподарствах, збільшенням витрат на медичні послуги, наслідками війни та необхідністю створення ефективної системи фінансування галузі. У роботі обґрунтовано вибір теми з позиції потреби у створенні стійкої, справедливої системи медичного страхування, що забезпечить громадянам рівний доступ до якісної медичної допомоги.

У ході дослідження здійснено історичний аналіз етапів становлення медичного страхування в Україні, визначено ключові закономірності та проблеми розвитку страхових механізмів у різні історичні періоди. Узагальнено сучасний стан ринку добровільного медичного страхування, виявлено тенденції його відновлення та структурні особливості. Проаналізовано нормативно-правове забезпечення медичного страхування, роль НСЗУ у впровадженні страхової моделі та перспективи реформування.

Особливу увагу приділено цифровій трансформації медичного страхування, включно з розвитком електронної системи охорони здоров'я, телемедицини, автоматизації процесів врегулювання страхових випадків, використанням Big Data та штучного інтелекту для прогнозування

захворюваності. Визначено значення цифрових інструментів для підвищення прозорості, зменшення корупційних ризиків та оптимізації фінансових потоків.

На основі проведеного аналізу сформовано стратегічні напрями удосконалення системи медичного страхування в Україні до 2030 року. Запропоновано концепцію поетапного впровадження обов'язкового медичного страхування з визначенням необхідних законодавчих змін, ролі держави та приватних страховиків. Доведено, що впровадження ОМС у поєднанні з модернізацією ДМС, посиленням контролю за якістю медичних послуг та цифровізацією сприятиме підвищенню фінансової стійкості системи охорони здоров'я, зниженню прямих витрат громадян, розширенню доступу до медичної допомоги та покращенню її якості.

Практичні результати роботи можуть бути використані органами державної влади при формуванні політики у сфері охорони здоров'я, страховими компаніями у розробці страхових продуктів, а також у наукових дослідженнях, присвячених фінансуванню та реформуванню медичної системи.

**Ключові слова:** медичне страхування, охорона здоров'я, обов'язкове медичне страхування, добровільне медичне страхування, фінансування медицини, НСЗУ, державні гарантії, цифровізація, страхові механізми, якість медичних послуг.

## ABSTRACT

### **Borovytska V.O. Development of health insurance and its role in the healthcare system in Ukraine.**

Master's qualification work.

Specialty 072 "FINANCE, BANKING, INSURANCE AND STOCK MARKET"

Educational program «Finance, banking, insurance and stock marke»

V. N. Karazin Kharkiv National University. - Kharkiv, 2025.

The qualification work is devoted to a comprehensive analysis of the theoretical, legal, organizational and economic foundations of the development of health insurance in Ukraine. The relevance of the topic is associated with changes in the Ukrainian health care system, the growth of financial problems in households, the increase in costs for medical services, the consequences of the war and the need to create an effective system of financing the industry. The work justifies the choice of the topic from the standpoint of the need to create a sustainable, fair system of health insurance, which will provide citizens with equal access to quality medical care.

During the study, a historical analysis of the stages of the formation of health insurance in Ukraine was carried out, key patterns and problems of the development of insurance mechanisms in different historical periods were identified. The current state of the voluntary health insurance market was summarized, trends in its recovery and structural features were identified. The regulatory and legal support for health insurance, the role of the National Health Insurance Fund in the implementation of the insurance model and the prospects for reform were analyzed.

Particular attention is paid to the digital transformation of health insurance, including the development of an electronic health system, telemedicine, automation of insurance claim settlement processes, the use of Big Data and artificial intelligence for predicting morbidity. The importance of digital tools for increasing transparency, reducing corruption risks, and optimizing financial flows is determined.

Based on the analysis, strategic directions for improving the health insurance system in Ukraine until 2030 are formulated. A concept for the phased introduction of mandatory health insurance is proposed, identifying the necessary legislative changes and the role of the state and private insurers. It is proven that the introduction of compulsory health insurance in combination with the modernization of the State Health Insurance, strengthening control over the quality of medical services, and digitalization will contribute to increasing the financial sustainability of the health care system, reducing direct costs for citizens, expanding access to medical care, and improving its quality.

The practical results of the work can be used by government authorities in shaping health care policy, by insurance companies in developing insurance products, as well as in scientific research devoted to financing and reforming the medical system.

**Keywords:** health insurance, healthcare, mandatory health insurance, voluntary health insurance, financing of medicine, National Health Insurance of Ukraine, state guarantees, digitalization, insurance mechanisms, quality of medical services.

## ЗМІСТ

|                                                                                                        |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ВСТУП.....                                                                                             | 3  |
| РОЗДІЛ 1. ЕКОНОМІЧНА СУТНІСТЬ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ .....                                              | 7  |
| 1.1. Сутність, функції і принципи медичного страхування у системі охорони здоров'я .....               | 7  |
| 1.2. Історія становлення системи медичного страхування та види медичного страхування в Україні .....   | 12 |
| 1.3. Нормативно-правове забезпечення сфери медичного страхування .....                                 | 19 |
| РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ТА ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ.....                      | 23 |
| 2.1. Аналіз сучасного стану ринку медичного страхування в Україні..                                    | 23 |
| 2.2. Основні проблеми впровадження ефективної моделі медичного страхування .....                       | 34 |
| 2.3. Міжнародний досвід розвитку медичного страхування та можливості його впровадження в Україні ..... | 42 |
| РОЗДІЛ 3. ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ТА НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ .....          | 53 |
| 3.1. Вплив реформування медичного страхування на систему охорони здоров'я в Україні.....               | 53 |
| 3.2. Застосування сучасних технологій у сфері медичного страхування .....                              | 59 |
| 3.3. Перспективи розвитку та можливі напрями удосконалення системи медичного страхування .....         | 65 |
| ВИСНОВОК .....                                                                                         | 71 |
| СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....                                                                                 | 76 |
| ДОДАТКИ.....                                                                                           | 90 |

## ВСТУП

**Актуальність** обраної теми зумовлена змінами, які спостерігаються в українській системі охорони здоров'я на тлі ускладнення демографічних процесів, підвищення цін на медичні послуги, воєнних дій, нестачі медичного персоналу та недостатності державних фінансових ресурсів. За таких обставин особливо важливим є формування ефективної, фінансово стійкої та соціально орієнтованої моделі фінансування галузі. Одним із ключових механізмів модернізації медичної системи держави виступає медичне страхування, яке забезпечує стабільність фінансових потоків, сприяє більш справедливому розподілу медичних послуг та посилює соціальну захищеність громадян.

У більшості розвинених країн медичне страхування є фундаментом функціонування охорони здоров'я, де поєднання обов'язкових та добровільних механізмів забезпечує фінансову стійкість системи та високу якість медичних послуг. В Україні ж процес становлення страхової моделі триває: попри запуск Національної служби здоров'я України та впровадження Програми медичних гарантій, залишаються проблеми нерівного доступу, недостатньої фінансової захищеності громадян, неврегульованості законодавчих аспектів та обмеженого охоплення добровільним страхуванням.

Через те, що в Україні досі не запроваджено чітко врегульовану модель обов'язкового медичного страхування, основний тягар фінансування системи охорони здоров'я й надалі лягає на державний бюджет, тоді як програми добровільного страхування охоплюють відносно вузьке коло застрахованих, переважно працівників компаній, які оформлюють поліси для свого персоналу. Недостатня інтеграція цифрових технологій та низький рівень страхової культури ускладнюють доступ населення до якісних страхових продуктів і знижують ефективність фінансових потоків. Це формує ризики нестабільності галузі та обмежує можливості модернізації системи охорони здоров'я. Натомість розвиток сучасних форматів медичного страхування, підсилений цифровими рішеннями, здатен істотно підвищити ефективність та

стійкість національної системи охорони здоров'я. Це визначає актуальність комплексного наукового аналізу умов, бар'єрів та перспектив упровадження медичного страхування в Україні.

Огляд наукової літератури вказує на те, що проблематика медичного страхування активно досліджується вітчизняними авторами: Аркатов Я., Сальникова Т., Барзилович А., Кирєєва, І., Новосад Я., Федорович І.; а також зарубіжними дослідниками: J. Habicht, M. Hellowell, J. Kutzin тощо. У працях розглянуто економічні, правові та організаційні аспекти страхових систем, міжнародний досвід та цифровізацію галузі. Проте багато ключових питань досі є предметом дискусій: механізми адаптації європейських моделей, оцінка ризиків впровадження ОМС, цифрові рішення в страховій системі. Це формує необхідність подальшого поглибленого дослідження.

**Об'єкт дослідження** - процес побудови та функціонування системи медичного страхування в Україні як невід'ємної складової національної моделі охорони здоров'я.

**Предмет дослідження** - теоретичні підходи, методичні інструменти та організаційно-економічні механізми розвитку медичного страхування, а також їхній вплив на роботу всієї системи охорони здоров'я.

**Мета дослідження** полягає у визначенні та науковому обґрунтуванні ключових напрямів удосконалення медичного страхування в Україні, а також з'ясуванні його ролі у створенні ефективної, доступної та фінансово стабільної системи охорони здоров'я.

Для досягнення поставленої мети визначено такі **завдання**:

1. Сформулювати сутність, ключові функції та базові принципи медичного страхування як підсистеми охорони здоров'я України.
2. Виявити характерні риси, тенденції розвитку та основні проблеми ринку медичного страхування в Україні на сучасному етапі.
3. Узагальнити досвід країн, де успішно працюють моделі обов'язкового й добровільного медичного страхування, та виокремити елементи, придатні для адаптації в Україні.

4. Визначити бар'єри та ризики впровадження страхової моделі в Україні.
5. Запровадити практичні кроки щодо вдосконалення механізмів медичного страхування в Україні.

**Гіпотеза дослідження** виходить із припущення, що розвиток медичного страхування в Україні за умов послідовного реформування нормативної бази, поглиблення цифровізації та узгодженого співіснування обов'язкових і добровільних програм здатен забезпечити вищий рівень фінансового захисту населення, стійкість фінансування медичної галузі та покращення якості медичної допомоги.

**Методи дослідження.** У даній роботі застосовано поєднання загальнонаукових, спеціальних і прикладних методів, що дало змогу всебічно охарактеризувати сучасний стан і перспективи розвитку медичного страхування в Україні. Застосовано загальнонаукові методи (системний підхід, аналогія, узагальнення) для розкриття сутності медичного страхування; методи логічної абстракції (аналіз, синтез, індукція, дедукція) для структурування теоретичних положень; економіко-статистичні методи (групування, порівняння, табличний і графічний аналіз) для оцінювання стану системи охорони здоров'я та страхового ринку; факторний і системно-структурний аналіз для визначення ключових чинників впливу на розвиток медичного страхування; експертні методи для визначення можливостей і ризиків; а також методи моделювання для прогнозування впливу обов'язкового медичного страхування на фінансову стійкість системи охорони здоров'я.

**Інформаційна база дослідження** сформована на основі чинного законодавства України у сфері охорони здоров'я та страхування, офіційних статистичних даних МОЗ, НСЗУ, Державної служби статистики, матеріалів ВООЗ, Світового банку, ОЕСР, ЄС, а також наукових публікацій українських і зарубіжних авторів, аналітичних звітів страхових компаній і відкритих електронних ресурсів.

**Наукова новизна.** Серед ключових наукових результатів магістерського дослідження, що є новими, можна виділити такі:

1. Удосконалено підхід до класифікації моделей медичного страхування з урахуванням умов української економіки та воєнного стану.
2. Систематизовано фактори, що стримують розвиток медичного страхування і запропоновано методику їх оцінювання.
3. Обґрунтовано концептуальні засади впровадження поетапного ОМС, адаптованого до української системи охорони здоров'я.
4. Розроблено пропозиції щодо оптимізації взаємодії державного та приватного секторів у сфері медичного страхування.
5. Запропоновано підходи до підвищення фінансової стійкості охорони здоров'я на основі цифрових та страхових інструментів.
6. Сформульовано прогноз щодо ефективності впровадження ОМС до 2030 року.

**Практичне значення дослідження** полягає у можливості використання отриманих результатів у діяльності органів державної влади при розробленні політики у сфері медичного страхування, страхових компаній для вдосконалення страхових продуктів, медичних установ для планування фінансових потоків та управління ризиками, а також у подальших наукових дослідженнях, присвячених реформуванню охорони здоров'я.

**Структура і обсяг магістерської роботи.** Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг становить 90 сторінок, містить 5 таблиць, 6 рисунків, список джерел налічує 100 найменувань. Основний зміст дипломної роботи викладено на 73 сторінках.

## РОЗДІЛ 1. ЕКОНОМІЧНА СУТНІСТЬ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

### **1.1. Сутність, функції і принципи медичного страхування у системі охорони здоров'я**

Організація охорони здоров'я, яка дозволяє кожному громадянину отримувати медичну допомогу, може реалізуватися через систему страхової медицини. Страхова медицина покликана вирішити проблему фінансування та розширення доступу до медичних послуг, залучаючи додаткові ресурси в галузь. Фактично йдеться про таку систему охорони здоров'я, де поєднуються державні гарантії лікування при захворюваннях із приватною медичною практикою та діяльністю недержавних медичних закладів [1, с. 60].

Медичне страхування займає фундаментальне місце у структурі страхової медицини. Медичне страхування – це система соціального захисту, яка допомагає людям одержувати необхідне лікування у разі захворювань, травм чи інших медичних ускладнень, а також покривати витрати на проходження реабілітаційних заходів [2]. Це засіб забезпечення функціонування медичної системи та можливість отримувати медичні послуги без ризику значних особистих фінансових втрат [3]. Економічна ефективність цієї моделі різко відрізняється від держфінансування системи охорони здоров'я, сприяючи створенню більш кращих умов для доступу до медичних послуг, покращення їхньої якості та задоволення ширшого спектра потреб населення [1, с. 60].

Основна сутність такої форми страхового захисту зводиться до того, що громадяни, сплачуючи одноразову страхову премію (значно меншу, ніж вартість отримання всієї медичної допомоги), отримують комплексні медичні послуги від компетентних фахівців через клініки з платними послугами безкоштовно протягом періоду, зазначеного в страховому договорі [1, с. 61]. Головною ідеєю є солідарний розподіл відповідальності за грошові ресурси між членами спільноти системи – громадянами, роботодавцями та

державними/приватними страховими системами. Страхувальники регулярно виплачують кошти, які накопичуються в фонді або у страховій компанії, а коли виникає страхова ситуація, особа, яка оформила договір, отримує компенсацію за витрати або отримує медичну допомогу безпосередньо. Такий спосіб дозволяє краще використовувати кошти для медичної допомоги, сприяє більш сталій роботі медичної системи та гарантує однакові можливості отримання медичних послуг усім громадянам, незалежно від статусу або доходу.

Моделі медичного страхування, які зазвичай класифікуються як державні, приватні або змішані (гібридні), слугують ключовими інструментами для зменшення фінансових ризиків, пов'язаних із витратами на медичне обслуговування.

Державні системи страхування, які фінансуються та керуються урядом, прагнуть забезпечити доступ до страхування для всіх і рівність у правах.

Приватні системи, залежні від ринку, зосереджені на виборі окремих осіб та ефективності.

Гібридні системи намагаються поєднати переваги обох способів, щоб покрити більше людей та краще розподілити ресурси [4].

Основними завданнями медичного страхування є такі:

- 1) формування й забезпечення фінансування страхових програм, які дозволяють громадянам отримувати медичні послуги;
- 2) моніторинг якості та повноти виконання страхових медичних програм у лікувально-профілактичних, соціальних установах і приватних медичних лікарнях;
- 3) оплата послуг медичних, соціальних закладів і приватних лікарів відповідно до умов укладених договорів через страховий фонд фінансових внесків від підприємств, установ, організацій та громадян [1, с. 61].

До ключових функцій медичного страхування відносяться [5, с. 117-118]:

- компенсаційна – забезпечення покриття витрат у разі настання страхового випадку;

- превентивна (попереджувальна) – підтримка та реалізація заходів, що спрямовані на недопущення страхових подій;
- ризикова (захисна) – гарантування збереження майнових інтересів застрахованих осіб у випадках, коли вони змушені нести витрати на медичні послуги через перерозподіл коштів спеціально сформованого страхового фонду, який адмініструє страхова організація;
- функція накопичення – підвищення добробуту та фінансової стабільності населення шляхом поступового накопичення коштів у межах довгострокових страхових програм;
- інвестиційна – спрямування тимчасово невикористаних страхових ресурсів у розвиток національної економіки;
- контрольна – реалізується у нагляді за формуванням і витрачанням коштів страхових фондів, а також у перевірці якості медичних послуг, які надаються застрахованим особам.

Об'єкт медичного страхування — це матеріальні інтереси громадян, які є невід'ємно пов'язані з їхнім здоров'ям і життям.

Основна ціль — гарантувати доступ до медичних послуг і компенсацію витрат на лікування у випадку страхового випадку, а також забезпечити фінансування профілактичних заходів.

У медичному страхуванні страховими ризиками вважають настання захворювання або події, що потребує звернення за медичною допомогою та отримання застрахованим необхідних лікувальних послуг [1, с. 62].

До основних суб'єктів медичного страхування належать [1, с. 61]:

- застраховані особи – громадяни, які беруть участь у страхуванні та щодо життя, здоров'я й працездатності яких виникає страховий інтерес;
- страховики – юридичні особи, що володіють відповідною ліцензією на надання медичних страхових послуг. Це можуть бути страхові компанії, медичні страхові організації чи спеціальні фонди;
- страхувальники – юридичні особи та дієздатні громадяни, які оформлюють договори страхування із страховими компаніями. У системі

обов'язкового медичного страхування внески за працююче населення забезпечують підприємства та роботодавці, тоді як за непрацюючих громадян сплату здійснюють державні та місцеві органи влади. В аспекті добровільного страхування страхувальниками можуть бути громадські або добродійні організації, підприємства, інші юридичні особи та окремі громадяни;

- страхові медичні організації – спираючись на сформовані страхові фонди, платять за медичні послуги для застрахованих осіб, а також виконують інші завдання у сфері охорони здоров'я. Основна функція страхової медичної організації – гарантувати за договором отримання медичної допомоги та контролювати якість цієї допомоги і відповідність стандартам;

- медичні установи – є самостійними суб'єктами господарювання. Це організації, які мають відповідні ліцензії на надання медичних послуг в системі страхування (лікувально-профілактичні установи, НДІ, інші заклади). Їхня взаємодія зі страховими компаніями ґрунтується на укладених договорах, відповідно до яких вони зобов'язуються надавати застрахованим особам медичні послуги визначеного обсягу та якості. Важливо, що компенсація для застрахованих реалізується не через грошові виплати, а шляхом забезпечення необхідної медичної допомоги, яку надає медичний заклад;

- фонди обов'язкового медичного страхування – створюються для акумуляції страхових внесків, які надходять як від фізичних осіб (громадян), так і від юридичних осіб (підприємств, організацій, благодійних фондів тощо) [2].

Моделі медичного страхування ґрунтуються на певних теоретичних принципах (табл. 1.1), що визначають їхню структуру та функціонування. Ці принципи мають економічну основу і покликані вирішувати ключові проблеми – управління ризиками, контроль витрат та справедливий розподіл ресурсів [1; 6].

Таблиця 1.1

**Принципи медичного страхування**

| <b>Принцип</b>                | <b>Суть принципу</b>                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Добровільність                | Особа сама визначає, чи має потребу в страховці, і приймає рішення про оформлення договору, добровільно погоджуючись виконувати його умови                                                                                     |
| Доступність                   | Кожен громадянин або організація має можливість укласти договір з компанією, яка надає відповідні страхові послуги                                                                                                             |
| Загальність (універсальність) | Кожен громадянин має гарантовану можливість отримувати медичну допомогу, незалежно від його статі, віку, стану здоров'я, рівня доходів, місця проживання чи соціального становища                                              |
| Державність                   | Держава виступає гарантом системи, визначає правила, контролює дотримання законодавства й захищає права застрахованих. Її функції включають організацію фондів і нагляд за витрачанням коштів                                  |
| Цільове використання коштів   | Усі кошти, накопичені у фондах, спрямовуються виключно на передбачені цілі — оплату лікування, профілактичних заходів, розвиток системи                                                                                        |
| Обов'язковість                | Частина системи (наприклад, ОМС) реалізується як загальнообов'язкова для певних категорій: усі працюючі чи всі громадяни. Це забезпечує акумуляцію достатніх коштів у страховому фонді для надання послуг.                     |
| Солідарність                  | Усі учасники системи роблять внески, утворюючи спільний фонд, з якого фінансується лікування тих, хто потребує допомоги. Цей принцип відображає соціальну справедливість: «здоровий платить за хворого, багатий — за бідного». |

Примітка. Розроблено автором за даними [1; 6].

Табл. 1.1 відображає ключові принципи, на яких базується медичне страхування. Вони забезпечують соціальну справедливість, доступність та ефективність системи, визначають обов'язки держави та учасників страхування.

Отже, система медичного страхування виступає ключовим чинником, що забезпечує стійкість і збалансованість функціонування сфери охорони здоров'я. Вона дозволяє поєднати гарантії держави та ринкові механізми, щоб медичні послуги були доступні та якісні. Принципи медичного страхування встановлюють чіткі правила, які регулюють взаємодію держави, страховиків та громадян, забезпечуючи справедливість та ефективність системи.

## **1.2. Історія становлення системи медичного страхування та види медичного страхування в Україні**

Медичне страхування сьогодні посідає ключове місце в сучасних моделях охорони здоров'я. Воно поступово змінювалося, щоб відповідати новим суспільним потребам, викликам і технологічним змінам у медицині. З часом прості індивідуальні поліси переросли у розгалужені системи колективного й універсального покриття, завдяки чому доступ до медичних послуг отримали значно ширші групи населення.

У XIX столітті в Німеччині була сформована бісмарківська модель для захисту працівників від фінансових втрат через хвороби. У середині XX століття Великобританія створила систему Беверіджа — державну універсальну медичну допомогу, фінансовану за рахунок податків. Обидві моделі заклали основу для розвитку медичного страхування як важливого елемента систем охорони здоров'я у світі [7; 8; 9].

Сучасні системи все частіше поєднують державні та приватні механізми фінансування й управління, зберігаючи рівність доступу й реагуючи на демографічні зміни, прогрес і розвиток ідеї універсального охоплення медичними послугами [10].

Якщо говорити про виникнення і розвиток медичного страхування в Україні, то цей процес розглядається як кілька етапів [11]:

І етап - Передісторія та зародження медичного страхування (кінець XIX – поч. XX ст.):

У радянські часи медичні послуги надавалися громадянам безкоштовно. Однак із переходом країни до ринку порядок фінансування суттєво змінився. Через зростання витрат на якісне лікування сформувався громадський інтерес до страхових програм, що і стало одним із поштовхів для їх розвитку.

Раніше система страхування переважно ґрунтувалася на взаємних угодах, коли всі учасники, які вступали до спільноти, погоджувалися компенсувати втрати будь-якого члена у випадку непередбачених ситуацій, тобто працював принцип колективного розподілу ризиків і збитків.

В Україні страхування почало розвиватися на Півдні у 80–90-х рр. XIX ст., коли одеські підприємці страхували робітників від виробничих травм. Згодом така практика розповсюдилася на всі основні промислові центри тогочасної Херсонської губернії – Миколаїв, Херсон і Єлисаветград.

З часом було з'ясовано, що комерційні моделі страхування у приватних компаніях часто не виправдовують очікувань. Тому в 1912 році в Російській імперії був узаконений механізм обов'язкового страхування через лікарняні каси, що фінансувалися внесками промисловців та самих працівників (60% витрат припадало на робітників). Такий підхід поклав початок формуванню організованої системи медичного страхування на українських землях.

Значного розвитку страхова медицина набула в Україні після революційних подій 1917 року, коли страхування почало активно діяти у промисловості та охопило широкий прошарок населення. Організовувалися великі страхові об'єднання на базі лікарняних кас.

Згодом керівництвом було зроблено висновок, що паралельне існування державної та страхової моделей медицини виявилось нежиттєздатним. На підставі низки рішень того часу, зокрема «Положення про соціальне забезпечення працюючих» 1918 року та Постанови «Про передачу всіх лікувальних закладів колишніх лікарняних кас у підпорядкування Народному комісаріату охорони здоров'я» 1919 року, в Україні фактично завершено формування державної монополії на надання медичної допомоги, а лікарняні каси припинили свою діяльність.

II етап - Радянський період (1921 –1991 рр.):

Період 1921–1927 рр. пов'язаний із впровадженням в березні 1921 року непу та робітничої медицини (робмед), коли медична допомога частково фінансувалася через страхові фонди, охоплювала робітників промислових підприємств і мала цільове призначення: лікування, пологодопомогу, дитячі заклади, санаторії. Страхові каси, фабричні та заводські комітети активно взаємодіяли з робітниками, а кількість поліклінік зростала.

У 1927 році в Україні було ліквідовано робітничу медицину, а згідно з урядовою Постановою «Про запровадження принципу державної охорони здоров'я» система остаточно перейшла на централізовану модель управління, де фінансування галузі здійснювалося «за залишковим принципом».

У 1960–1980 рр. проводилися локальні економічні експерименти: розширювали права керівників закладів, оптимізували ліжковий фонд, частково застосовували економічні методи управління.

Після 1988 р., із запровадженням Закону «Про кооперацію», виникли перші страхові кооперативи, що давали досвід ринкових відносин, формування страхового ринку, страхових продуктів і інституту перестраховування, хоча їх частка залишалася незначною.

III етап - Трансформації після 1991 року (незалежна Україна) (1991-2015):

Після здобуття незалежності Україна почала формувати власну ринкову економіку, що сприяло розвитку страхового ринку.

На початку 1990-х з'явилися перші комерційні страхові компанії, створювалися страхові кооперативи та впроваджувалося медичне страхування. У 1993 р. Кабінет міністрів України прийняв Декрет «Про страхування», створив наглядовий орган для контролю за страховою діяльністю, ввів ліцензування та обов'язкову звітність страховиків.

Однак цей Декрет не забезпечив належних правових умов для стабільного функціонування ринку страхових послуг, особливо щодо платоспроможності страховиків, тому був ухвалений закон «Про страхування»

(1996 рік), який посилив контроль над платоспроможністю компаній, врегулював систему обов'язкового страхування та порядок формування резервів.

Спираючись на напрацьований досвід європейських держав та країн Північної Америки, Україна поступово почала впроваджувати медичне страхування. Довгий час основним фінансовим джерелом для охорони здоров'я залишалися бюджетні кошти, а впровадження платних послуг у медзакладах (з 1997 р.) показало обмежену ефективність та стимулювало розвиток приватної медицини.

Таким чином, поступово сформувалася система добровільного медичного страхування, яка використовує механізми лікарняних кас, діяльність страхових компаній та благодійних фондів і орієнтується на розвиток страхових послуг.

#### IV етап - Період реформування (2015–2025 рр.):

В останнє десятиліття добровільне медичне страхування активно набирає обертів, зокрема серед корпоративного сектору та приватних медичних закладів.

Після 2015 року в Україні спостерігається значний розвиток медичного страхування, який проходить на тлі реформ у галузі охорони здоров'я та активної цифровізації. Головним поштовхом стала медична реформа 2017 року і започаткування Національної служби здоров'я України (НСЗУ), яка фінансує послуги застрахованим громадянам за принципом «гроші йдуть за пацієнтом».

Суттєво розширилася пропозиція страхових продуктів — від пакетів стоматологічних послуг до покриття ризиків у сфері телемедицини та спеціальних програм для захисту від COVID-19. Особливої ваги набули сучасні технології: цифрові сервіси та електронні платформи, які значно спростили адміністрування та моніторинг страхових контрактів і виплат (наприклад, eHealth, електронний поліс) [12].

У 2015–2025 роках в Україні спостерігалася активна трансформація ринку медичного страхування: воно дедалі більше враховує міжнародні

стандарти, інтегрує державні ініціативи, а частка громадян з полісами добровільного страхування постійно зростає. Базові медичні послуги стали доступнішими завдяки використанню електронної системи eHealth, яка стала ключовим інструментом для роботи НСЗУ із медичними установами. Разом із тим, повномасштабне вторгнення 2022 року суттєво загальмувало темпи цифрової трансформації, тимчасово зупинивши низку запланованих цифрових змін у системі охорони здоров'я [13].

Таким чином, Україна вже наблизилася до моделі державного медичного страхування. Програма медичних гарантій, завершена у 2020 році, забезпечує фінансування гарантованого обсягу медичних послуг із державного бюджету через адміністрування Національною службою здоров'я України. Наразі можна сказати, що українська система охорони здоров'я забезпечує право громадян на медичну допомогу у сфері страхової моделі відповідно до міжнародних стандартів, але процес фінансування сфери потребує вдосконалення. Сьогодні одним із найбільш важливих завдань є створення ефективного механізму обов'язкового медичного страхування.

У відповідності до норм чинного законодавства України медичне страхування може здійснюватися як у формі обов'язкових, так і у формі добровільних страхових програм [14]. Однак обов'язкове медичне страхування (ОМС), хоча й належить до основних видів страхування, наразі не функціонує в Україні через відсутність відповідного закону про медичне страхування. Передбачається, що після його впровадження ОМС набуде ознак соціального страхування та буде базуватися на принципі солідарності: «багатий сплачує за бідного, здоровий - за хворого, молодий - за літню людину».

Обов'язкове медичне страхування входить до системи соціального захисту та розглядається як найбільш поширена модель медичного страхування у країнах із розвинутою ринковою економікою. Його запровадження направлене не лише на захист окремих страхувальників, а й на забезпечення суспільних інтересів загалом, що і є ключовою ознакою. Для ефективного функціонування ОМС держава визначає механізм і порядок його

проведення, встановлює затверджені умови укладання договору страхування, правила ліцензування, розміри граничних сум, тарифів та методики фінансових розрахунків [15].

Суб'єктами ОМС виступають страхувальники – це юридичні особи (наприклад, підприємства, установи, організації) та для непрацюючих осіб — держава, а також застраховані громадяни, фонди обов'язкового медичного страхування, страхові компанії та медичні заклади, які забезпечують лікувально-профілактичні послуги [16].

Добровільне медичне страхування (ДМС) — це можливість отримання додаткових медичних послуг понад обов'язковий мінімум для громадян, які бажають розширити рівень захисту здоров'я. Правила й вартість таких послуг визначаються страховими компаніями й закріплюються у договорі з клієнтом.

ДМС працює на основі залучення власних коштів організацій, підприємств і громадян до сфери охорони здоров'я. Його суб'єктами є незалежні страхові компанії, страхувальники (юридичні та фізичні особи), застраховані громадяни, а також заклади охорони здоров'я [2].

Добровільне медичне страхування, як правило, охоплює ширший спектр послуг, їх якість та рівень доступності для населення порівняно з обов'язковим медичним страхуванням [2; 17].

Детальніше про особливості обов'язкового та добровільного медичного страхування зазначено у табл. 1.2.

Таблиця 1.2

**Особливості обов'язкового та добровільного медичного  
страхування**

| <b>Критерій</b> | <b>Обов'язкове медичне страхування</b>         | <b>Добровільне медичне страхування</b> |
|-----------------|------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Тип страхування | Некомерційний різновид соціального страхування | Комерційний вид особистого страхування |

Продовж. до табл. 1.2

| <b>Критерій</b>                   | <b>Обов'язкове медичне страхування</b>                         | <b>Добровільне медичне страхування</b>                             |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Хто здійснює                      | Державні страхові установи або структури під контролем держави | Приватні страхові компанії будь-якої форми власності               |
| Хто встановлює правила            | Правила визначаються державними органами                       | Умови страхування формує страховик і прописує в договорі           |
| Страховальники                    | Держава та працююче населення                                  | Юридичні та фізичні особи                                          |
| Джерела фінансування              | Бюджетні кошти, внески роботодавців і працівників              | Добровільні кошти громадян, підприємств та організацій             |
| Програма медичних послуг          | Гарантований обсяг послуг затверджується державою              | Перелік послуг визначається в індивідуальному договорі             |
| Формування тарифів                | Розміри тарифів встановлює держава за єдиною методикою         | Вартість страхування визначається страховою компанією              |
| Контроль якості медичної допомоги | Забезпечується державними органами                             | Ґрунтується на договірних механізмах між сторонами                 |
| Використання отриманих коштів     | Можуть спрямовуватися лише на основні функції системи          | Можливе використання як у комерційних, так і в некомерційних цілях |

Примітка. Розроблено автором за даними [2]

Таким чином, табл. 1.2. ілюструє ключові відмінності між обов'язковим та добровільним медичним страхуванням, зокрема щодо фінансування, обсягу послуг та механізмів контролю.

Обов'язкове страхування застосовується переважно у країнах, де вагому роль відіграє державна медична система, а добровільне — у тих державах, де населення має високий рівень добробуту, тому популярні приватні страхові програми. Україна наразі не належить до жодної з цих категорій, однак запровадження обов'язкового страхування є необхідним для сучасної системи,

оскільки цей механізм краще пристосовується до діючої української правової бази. На перспективу такий підхід має координуватися з державними органами, а сплата внесків приймати форму податку. Важливо забезпечити суворий державний контроль, відсутність прибутковості, що дозволить гарантувати стабільність фінансування медичної допомоги [1, с. 62].

Отже, розвиток медичного страхування в Україні пройшов від обмежених лікарняних кас до сучасної системи, яка поєднує обов'язкове та добровільне страхування. Обов'язкове страхування гарантує базовий соціальний захист і доступ до основних медичних послуг, тоді як добровільне страхування дозволяє отримувати додаткові послуги вищої якості та стимулює розвиток приватної медицини. Різні види страхування відрізняються механізмами фінансування, рівнем регулювання та соціальним захистом громадян. Сучасна система медичного страхування в Україні є комплексною і гнучкою, поєднуючи державні гарантії соціального захисту з ринковими механізмами підвищення ефективності медичних послуг, що забезпечує стабільність фінансування, доступність допомоги та можливості для подальшого розвитку галузі.

### **1.3. Нормативно-правове забезпечення сфери медичного страхування**

Нормативно-правова база медичного страхування в Україні виступає основою для розвитку галузі та врегулювання взаємодії між державою, страховими компаніями, медичними установами і споживачами послуг. Сучасна система бере до уваги директиви законодавства Європейського Союзу та потреби суспільства, прагнучи поєднати державне та приватне фінансування.

Визначальні аспекти страхової медицини і медичної допомоги, а також процедура запровадження медичного страхування, формування і використання страхових фондів, а також правила надання платних медичних послуг – усе це

має бути закріплене на законодавчому рівні, прописане у відповідних підзаконних актах, міжнародних договорах і не суперечити чинній Конституції України [1, с. 62].

Медичне страхування в Україні можна охарактеризувати як гарантоване Конституцією право кожної особи, закріплене в статті 49, отримувати медичну допомогу [18]. Реалізація цього права здійснюється шляхом укладення страхового договору, що передбачає надання конкретного набору медичних послуг та лікарських засобів у разі настання страхового випадку [5, с. 116].

Наразі в Україні не існує повністю впровадженого закону про обов'язкове медичне страхування, а регулювання цієї системи перебуває на етапі розробки та вдосконалення [19].

Серед ключових нормативно правових актів можна виділити:

- Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (1992 р.) [20], який визначає фундаментальні принципи державного гарантування отримання медичної допомоги та регламентування політики сфери охорони здоров'я.
- Закон «Про страхування» (2021 р.) [21] встановлює чіткі вимоги для страхових компаній щодо захисту прав страхувальників та визначає нові стандарти прозорості, аудиту й управління ризиками на страховому ринку. Він регламентує процедури укладення та виконання страхових договорів, обмежує діяльність нерезидентів, підвищує контроль Національного банку України за фінансовою стабільністю страхових компаній та забезпечує механізм врегулювання страхових вимог [22]. Закон також акцентує соціальну значущість страхування життя та здоров'я для громадян.
- Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (2017 р.) [23], який визначає детальні механізми гарантування доступу до медичних послуг за рахунок держбюджету, проте наразі не є механізмом класичної моделі ОМС за зразком європейських країн [24].
- Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» (1999 р.) [25], що регламентує умови та порядок обов'язкового

соціального страхування, що включає види страхування, пов'язані з медичною допомогою, зокрема тимчасову втрату працездатності.

- Проєкт Закону України «Про фінансування охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні» (2018 р.) [26] передбачає впровадження моделі загальнообов'язкового медичного страхування, обов'язкових внесків для громадян та роботодавців, а також забезпечення гарантованого набору медичних послуг за рахунок держави. Мета цього — забезпечити рівний доступ до якісної медицини, прозоре фінансування та соціальний захист пацієнтів.
- Закон України «Про державний бюджет» та інші фінансові правила, що впливають на фінансування системи медичного страхування та способи надання субсидій та дотацій.
- Накази та постанови Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я та Національної служби здоров'я України визначають порядок і механізми реалізації медичних гарантій, встановлюють тарифи та стандарти надання медичної допомоги.

В Україні система медичного страхування складається з кількох пов'язаних законів та підзаконних нормативно-правових документів, які визначають загальні правила щодо діяльності страхової галузі в цілому та конкретні правила щодо регулювання медичного страхування. Закони підлягають постійному процесу вдосконалення з урахуванням рекомендацій та стандартів провідних міжнародних організацій, таких як Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), Міжнародна організація праці (МОП) та Європейський Союз. Стандарти, запроваджені Solvency II, а також Директива ЄС 2016/97 щодо страхових посередників та концепція формування єдиного страхового ринку сприяють підвищенню прозорості, стабільності та покращенню якості страхових послуг у сфері медичного страхування. [27].

Правова база чітко визначає структуру та можливості отримання медичного страхування в Україні. Вона створює умови для законного функціонування страхових компаній, захищає права пацієнтів, контролює

спосіб, у який фінансування надається через механізми державного та приватного секторів, а також заохочує практику інновацій – цифрових послуг та стандартів ЄС. Удосконалення нормативних актів розширює охоплення населення медичним страхуванням і підвищує якість надання медичних послуг.

Отже, нормативно правове забезпечення сфери медичного страхування в Україні перебуває у стані розвитку: існує правова основа для діяльності страхувальників та для державних фінансових гарантій медичної допомоги, але модель повноцінного ОМС ще не закріплена законодавчо. Подальший розвиток реформ передбачає ухвалення спеціального закону про медичне страхування, чітке визначення термінів, ролей і механізмів, а також узгодження з міжнародними стандартами.

## РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ТА ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

### 2.1. Аналіз сучасного стану ринку медичного страхування в Україні

Закон України «Про страхування» [21] передбачає можливість існування медичного страхування в двох формах: добровільній і обов'язковій, однак повноцінна система ОМС в країні поки що фактично не запрацювала. На етапі реалізації ідеї обов'язкового медичного страхування виникають серйозні бар'єри, насамперед пов'язані з недоопрацьованістю в нормативно-правовій базі, нестачею фінансових ресурсів, а також дефіцитом підготовлених у галузі охорони здоров'я.

Добровільне медичне страхування (ДМС) поки що не займає вагомого місця на страховому ринку: його частка становить менше 2%, а кількість осіб, які користуються такими полісами, залишається невисокою [28]. ДМС переважно пропонують приватні страхові компанії, але його розвиток стримує низка чинників, серед яких [28; 29; 30; 31; 32]:

- недосконалість та недостатня деталізація нормативно-правового регулювання;
- політична та економічна нестабільність;
- брак довіри до страхових інструментів і низький рівень обізнаності населення щодо їхніх переваг;
- нерозвиненість вітчизняного страхового ринку та обмежений попит на страхові послуги, особливо в медицині;
- недосконалість податкових механізмів та проблеми з фінансуванням системи охорони здоров'я;
- застаріла матеріально-технічна база медичних закладів;
- недоліки в організації медичного обслуговування застрахованих громадян;
- низькі доходи та обмежені фінансові можливості більшості населення;

- слабкий розвиток профілактичної медицини й недостатній рівень інформування про її важливість;
- нестача кваліфікованих кадрів у секторі охорони здоров'я.

Наразі стан української системи охорони здоров'я залишається складним, зокрема через недостатнє фінансування, яке здебільшого здійснюється за залишковим принципом [33]. Це не дозволяє забезпечити якісну й доступну медичну допомогу в необхідному обсязі, особливо для соціально вразливих груп населення.

У 2024 році частка видатків на медицину становила лише 4,4% ВВП [34; 35], тоді як у більшості країн ЄС цей показник сягає 7–9% [36]. За даними міжнародних організацій та досліджень з ефективності фінансування охорони здоров'я, рівень бюджетних витрат нижчий за орієнтовний поріг у 5% ВВП, як правило, не дозволяє системі медицини забезпечувати належну якість, доступність та стійкість послуг. Значну частину витрат на лікування українці покривають самостійно, часто у формі неофіційних платежів, тоді як частка ДМС залишається мінімальною [33].

В Україні сьогодні попит на медичне страхування є низьким, а його доступність - обмеженою. Попри те, що добровільне медичне страхування може бути дієвим інструментом мотивації працівників, більшість громадян не користуються страховими полісами через фінансові та інституційні бар'єри.

Ринок ДМС в Україні у 2019–2021 роках демонстрував зростання обсягів. Валові страхові премії з ДМС зросли з близько 4,27 млрд грн у 2019 році до більш ніж 6,2 млрд грн у 2021 році (оцінка на основі даних НБУ) [37; 38].

Зокрема, у 2019 році було зібрано 4 268,8 млн грн премій ДМС, що становило приблизно 10–12% від загального обсягу страхового ринку України того року. У 2020 році, попри вплив пандемії COVID-19, обсяг премій ДМС залишився на рівні попереднього року або навіть дещо зріс – за підсумками 9 місяців 2020 р. ринок ДМС зріс приблизно на 3% порівняно з аналогічним періодом 2019 р. [39].

Це свідчить про відносну стійкість сегмента ДМС в умовах пандемії. За експертними оцінками, 2020 рік міг завершитися із валовими преміями ДМС на рівні 4,3–4,5 млрд грн (тобто  $\pm 0\%$  до 2019 р.) – практично стагнація в номінальному вимірі. Вже 2021 року спостерігався різкий підйом: за 9 місяців 2021 року страховики зібрали близько 4,3–4,87 млрд грн платежів з ДМС, а загальний річний обсяг перевищив 5 млрд грн (оцінки різняться в межах 5,2–6,2 млрд грн). Таким чином, номінально ринок ДМС у 2021 р. значно перевищив докризовий рівень 2019 р. (приблизно на +25–30%). Основними факторами такого зростання були відновлення економічної активності після першого року пандемії та підвищений інтерес бізнесу до медичного страхування працівників в умовах COVID-19 [40].

Натомість 2022 рік ознаменувався різким спадом через повномасштабне військове вторгнення. За даними Національного банку України, за 9 місяців 2022 року обсяг премій за договорами ДМС скоротився на 24% порівняно з тим же періодом 2021 р. – до 3,7 млрд грн, а сума страхових виплат зменшилася на 21% – до 1,9 млрд грн. Повний 2022 рік ринок закінчив трохи кращими показниками: за оцінками НАСУ (Національної асоціації страховиків України), валові премії з ДМС за 2022 р. впали приблизно на 16% від рівня 2021 р., а страхові виплати скоротилися на ~14%. Оцінний обсяг премій ДМС у 2022 році становив близько 4,7–5,2 млрд грн (проти 5,5–6,2 млрд грн у 2021). Основними причинами спаду стали масове згортання діяльності частини корпоративних клієнтів, скорочення штатів і витрат на соціальні пакети після 24 лютого 2022 р., а також міграція населення за кордон у воєнний час. Втім, варто підкреслити, що різкого та катастрофічного обвалу не сталося – значна частина роботодавців продовжила програми ДМС, а страхові компанії запровадили спеціальні умови й сервіси (телемедицина, онлайн-урегулювання збитків тощо) для утримання клієнтів навіть у воєнний час [37].

У 2023 році ринок добровільного медичного страхування почав відновлюватися. За перші дев'ять місяців 2023 року страхові компанії зібрали приблизно 4,3 млрд грн премій за ДМС, що на 16% перевищує показники

аналогічного періоду 2022 року, однак залишається на 11% нижчим за рівень премій за аналогічний період довоєнного 2021 року. За попередніми даними самих страховиків, за весь 2023 рік обсяг премій з медичного страхування зріс приблизно на 20% у порівнянні з 2022 р., а обсяг страхових виплат – на 14–16%. Попри помітне пожвавлення, це все одно трохи менше довоєнного рівня 2021 року – приблизно на 9–10% за преміями та 12% за виплатами відповідно. Отже, номінальний ринок ДМС у 2023 р. майже відіграв втрати війни, але ще не повністю досяг піку 2021 року [40].

На рис. 2.1 схематично зображено траєкторію валових страхових премій ДМС у 2019–2023 роках: різке зростання до 2021 р., воєнне падіння 2022 р. та відновлення у 2023 р.

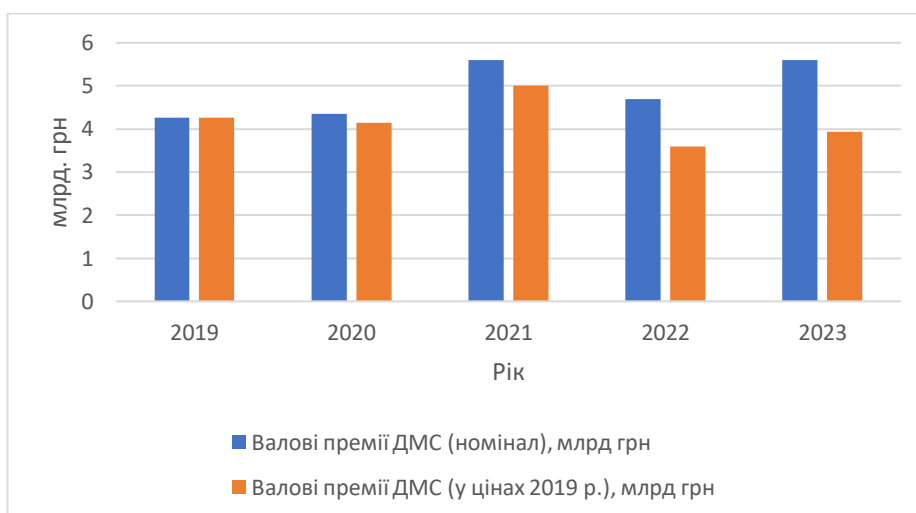


Рис. 2.1 Динаміка валових страхових премій добровільного медичного страхування в Україні у 2019–2023 рр.

Примітка. Розроблено автором

Як видно з рис. 2.1, валові страхові премії у сфері добровільного медичного страхування демонстрували зростання у 2019–2021 рр., досягнувши пікового значення у 2021 р. Після початку повномасштабної війни у 2022 р. спостерігається суттєве зниження обсягів ринку, однак у 2023 р. відбулося часткове відновлення. При цьому премії, скориговані на інфляційний фактор, свідчать про те, що у реальному вимірі ринок ще не повернувся до

довоєнних значень, що зумовлено зростанням вартості медичних послуг та загальним інфляційним тиском.

У табл. 2.1 подано динаміку основних показників розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні протягом 2020–2024 рр., сформованих на основі офіційних статистичних даних НБУ за класом «медичне страхування» [38]. Таблиця охоплює як обсяг зібраних премій та страхових виплат, так і структурні та операційні характеристики ринку: частку юридичних осіб у преміальному портфелі, кількість врегульованих страхових випадків, середню виплату, кількість укладених договорів та середню премію на один договір.

Таблиця 2.1

**Основні фінансові та операційні показники добровільного медичного страхування в Україні у 2020–2024 рр.**

| <b>Рік</b>                                 | <b>2020</b> | <b>2021</b> | <b>2022</b> | <b>2023</b> | <b>2024</b> |
|--------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Премії валові, млн грн                     | 5438,10     | 6619,30     | 5526,20     | 6024,30     | 7159,00     |
| Повернення премій, млн грн                 | 137,6       | 220,1       | 642,9       | 279,4       | 172,6       |
| Премії нетто, млн грн                      | 5300,50     | 6399,10     | 4883,30     | 5744,90     | 6986,40     |
| Виплати, млн грн                           | 2740,60     | 3460,90     | 2595,30     | 3105,10     | 4320,20     |
| Loss Ratio, %                              | 50,4        | 52,3        | 47          | 51,5        | 60,3        |
| Премії від ЮО, млн грн                     | 3113,30     | 3646,40     | 3317,30     | 3728,50     | 4889,50     |
| Премії від ФО, млн грн                     | 1940,20     | 2595,50     | 1954,80     | 1887,40     | 1839,60     |
| Частка ЮО в преміях, %                     | 57,2        | 55,1        | 60          | 61,9        | 68,3        |
| К-ть врегульованих страхових випадків, од. | 2528535     | 3084524     | 2290367     | 2587257     | 3653132     |
| Середня виплата, грн                       | 1083,90     | 1122,00     | 1133,10     | 1200,20     | 1182,60     |
| К-ть укладених договорів, од.              | 2315120     | 2768328     | 1873027     | 1375677     | 931171      |
| Середня премія на договір, грн             | 2348,94     | 2391,08     | 2950,41     | 4379,15     | 7688,17     |

Примітка. Розроблено автором за даними [41]

Згідно з показниками, наведеними в табл. 2.1, упродовж досліджуваного періоду ринок ДМС продемонстрував загальну тенденцію до зростання премій

з перериванням у 2022 р. під впливом повномасштабного вторгнення. Зокрема, валові премії зросли з 5,44 млрд грн у 2020 р. до 7,16 млрд грн у 2024 р., що відповідає приблизно +31% за п'ять років. При цьому у 2022 р. спостерігалось скорочення премій до 5,53 млрд грн, що відображає кризову реакцію бізнесу та населення, однак уже з 2023 р. розпочалося відновлення попиту.

Обсяг страхових виплат також зростає - з 2,74 млрд грн у 2020 р. до 4,32 млрд грн у 2024 р., що свідчить про послідовне підвищення вартості медичних послуг і розширення покриття за договорами. Коефіцієнт виплат (Loss Ratio) за період коливався у межах 47–60%, підвищившись у 2024 р. до 60,3%, що є ознакою збільшення навантаження на страховиків та потреби в оптимізації тарифної політики.

Структура премій чітко вказує на домінування корпоративного сегмента: частка премій, отриманих від юридичних осіб, зросла з 57,2% у 2020 р. до 68,3% у 2024 р. Це вказує на провідну роль роботодавців як основних споживачів ДМС, зокрема у контексті підтримки персоналу під час війни та конкуренції за кадри.

Операційні показники демонструють зміщення акцентів від кількості договорів до їх вартості. Кількість укладених договорів скоротилася з 2,31 млн у 2020 р. до 0,93 млн у 2024 р., натомість середня премія на договір зросла з 2,35 тис. грн до 7,69 тис. грн. Це відображає укрупнення програм страхування та подорожчання медичних послуг, а також збільшення ваги корпоративних полісів із розширеним покриттям.

Таким чином, дані таблиці свідчать про стійкість і адаптивність ринку ДМС: попри зовнішні шоки (COVID-19 та воєнний стан), сегмент продовжує відновлюватися, зберігаючи стратегічну роль у системі соціального забезпечення працівників.

Як видно з рис. 2.2, упродовж 2020–2024 рр. ринок добровільного медичного страхування демонструє загальну тенденцію до зростання обсягів страхових премій при тому, що динаміка страхових виплат характеризується більш помірними та нерівномірними змінами.

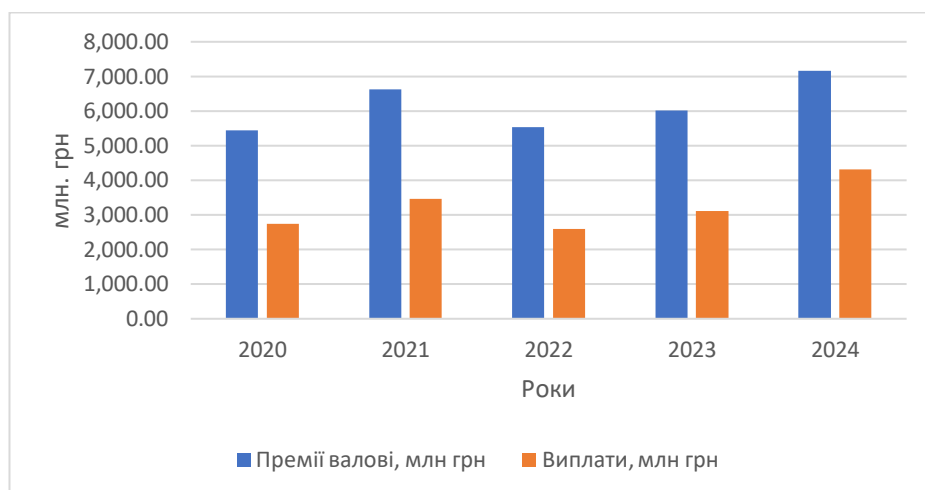


Рис. 2.2 Динаміка валових страхових премій та страхових виплат ДМС у 2020–2024 рр.

Примітка. Розроблено автором

За даними рис. 2.2, 2020–2021 рр. спостерігається помірне зростання премій (з 5,44 до 6,62 млрд грн), що було зумовлено підвищенням попиту на корпоративні програми медичного страхування на тлі пандемії COVID-19. При цьому страхові виплати також збільшилися (з 2,74 до 3,46 млрд грн), що свідчить про підвищене навантаження на страховиків через зростання частоти звернень та подорожчання медичних послуг.

У воєнному 2022 р. обсяг премій знизився до 5,53 млрд грн (–16,4% порівняно з 2021 р.), що пояснюється скороченням ділової активності підприємств та оптимізацією соціальних пакетів. Водночас виплати зменшилися менш суттєво (до 2,60 млрд грн), що призвело до зменшення коефіцієнта виплат і тимчасового покращення збитковості портфеля ДМС.

Протягом 2023–2024 рр. ринок знову демонструє відновлення і зростання. Премії збільшилися з 6,02 до 7,16 млрд грн, що пов'язано з переглядом тарифів, поверненням частини корпоративних клієнтів та активізацією попиту з боку фізичних осіб. Страхові виплати водночас зросли з 3,11 до 4,32 млрд грн, що відображає подальше подорожчання медичних послуг, збільшення частоти страхових звернень та розширення програм покриття.

Загалом, структура динаміки свідчить, що ринок ДМС залишається високовиплатним сегментом, де частка страхових виплат у валових преміях стабільно перевищує 50–60%, що потребує від страховиків ретельної тарифної політики та контролю витрат на медичне обслуговування.

Як видно з рисунка 2.3, коефіцієнт виплат у сфері ДМС у 2020–2024 рр. характеризується хвилеподібною динамікою з тенденцією до зростання у 2023–2024 рр.

Коефіцієнт збитковості (Loss Ratio) розраховується шляхом ділення суми збитків (виплат за страховими випадками) на суму страхової премії (страхових премій), яку сплачують клієнти.

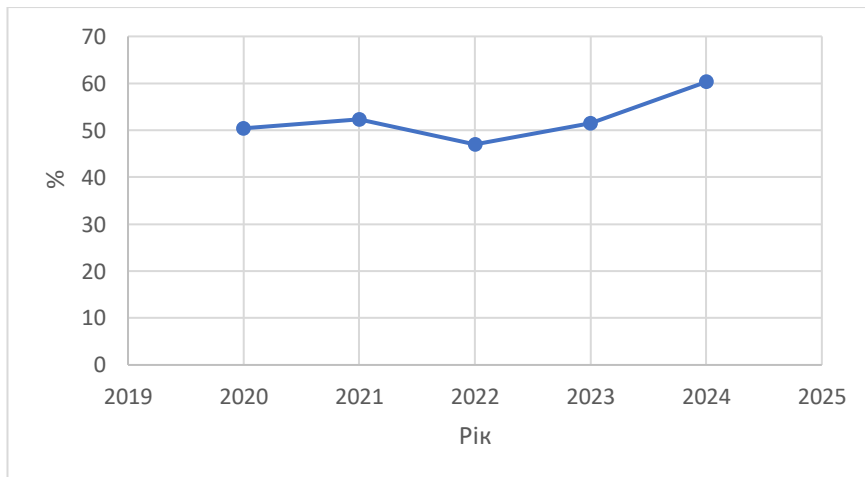


Рис. 2.3. Зміна коефіцієнта виплат (Loss Ratio) у 2020–2024 рр.

Примітка. Розроблено автором

З рис. 2.3 видно, що у 2020–2021 рр. показник знаходився на рівні 50–52%, що відповідає структурі витрат страховиків у період активного використання медичних послуг на тлі пандемії. У 2022 р. коефіцієнт виплат знизився до 47%, що пояснюється одночасним скороченням премій та виплат унаслідок повномасштабної війни, переміщенням застрахованих осіб та тимчасовими обмеженнями доступу до частини медичних сервісів.

У 2023–2024 рр. спостерігається стійке підвищення коефіцієнта виплат – до 51,5% та 60,3% відповідно, що свідчить про подорожчання медичних

послуг, збільшення інтенсивності звернень, а також розширення покриття страхових програм. Зростання Loss Ratio у 2024 р. до рівня понад 60% є індикатором підвищеного навантаження на страховиків, що потребує коригування тарифів та оптимізації витрат на вирішення страхових подій.

Таким чином, динаміка коефіцієнта виплат вказує, що ринок ДМС залишається високоризиковим для страховиків, а забезпечення його фінансової стійкості напрямку залежить від тарифної політики, контролю витрат та управління медичними асистанс-програмами.

Як видно з рис. 2.4, упродовж 2020–2024 рр. основним джерелом формування премій у сегменті ДМС залишаються страхувальники – юридичні особи, на яких припадає понад 55–68% обсягу премій. Це свідчить про збереження домінування корпоративних програм медичного страхування, орієнтованих на забезпечення соціального пакета для працівників.

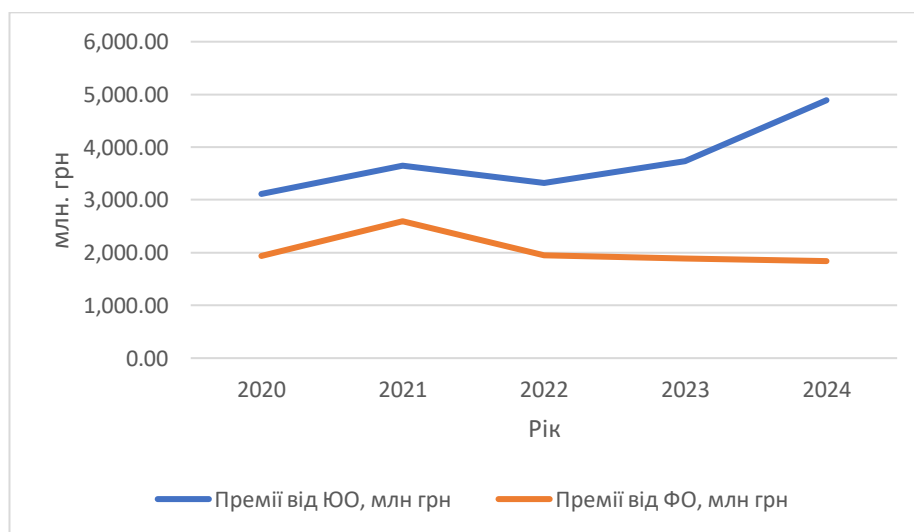


Рис. 2.4 Структура премій ДМС за типом страхувальників у 2020–2024 рр.

Примітка. Розроблено автором

У 2020–2021 рр. обсяги премій від юридичних осіб зростали, що пов'язано з підвищенням уваги бізнесу до здоров'я персоналу в умовах пандемії. Натомість у 2022 р. спостерігалось короткострокове зниження

премій як від юридичних, так і від фізичних осіб через військові дії, релокацію компаній та скорочення фонду заробітної плати.

У 2023–2024 рр. відбулося різке відновлення корпоративного сегмента, що відображає:

- повернення частини бізнесів до стабільної діяльності,
- підвищення цін на медичні послуги та програми ДМС,
- інтеграцію медичного страхування у політику утримання кадрів та мотивації персоналу.

Водночас премії від фізичних осіб залишаються порівняно стабільними та значно нижчими за корпоративні, що свідчить про обмежений рівень фінансової доступності ДМС для домогосподарств та недостатній розвиток індивідуальних страхових продуктів.

Отже, структура премій підтверджує, що ринок ДМС в Україні залишається переважно корпоративно-орієнтованим, а перспективи його розширення на пряму пов'язані з:

- розвитком гнучких індивідуальних програм,
- підвищенням фінансової грамотності населення,
- стимулюванням попиту через державні та податкові механізми.

Як видно з рисунка 2.5, у 2020–2022 рр. середня премія на договір залишалася відносно помірною та коливалася в межах 2,3–2,9 тис. грн. Це пояснюється високою часткою корпоративних групових договорів, де страхування одного працівника розподіляється на велику кількість застрахованих осіб, що знижує премію в розрахунку на один договір.

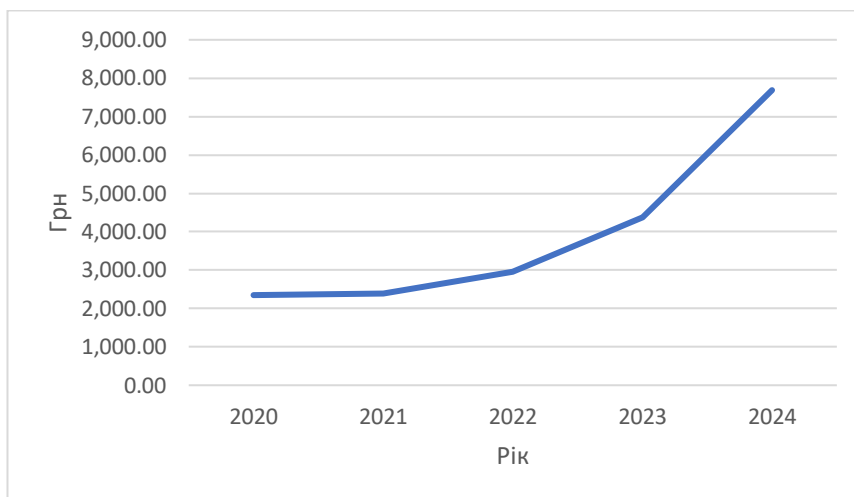


Рис. 2.5 Динаміка середньої премії на договір ДМС у 2020–2024 рр.

Примітка. Розроблено автором

За даними рис. 2.5, починаючи з 2023 р., спостерігається помітне зростання вартості полісів: середня премія збільшується до 4,4 тис. грн, а у 2024 р. – до 7,7 тис. грн, тобто майже у 3,3 рази порівняно з 2020 роком.

Причини цього тренду:

- Зростання медичної інфляції та підвищення вартості медичних послуг.
- Розширення страхових програм: включення психологічної підтримки, телемедицини, лікування воєнних травм тощо.
- Перехід частини клієнтів із корпоративних на індивідуальні контракти, які апріорі дорожчі.
- Активізація попиту з боку роботодавців як інструмента утримання персоналу в умовах нестабільного ринку праці.

У результаті, зростання середньої премії вказує на поступову зміни структури ринку та підвищення економічної ваги ДМС як частини соціального пакету та інструменту фінансового захисту населення.

Аналіз законодавчої бази та динаміки розвитку ринку ДМС в Україні свідчить про те, що система медичного страхування залишається переважно корпоративно орієнтованою та недостатньо поширеною серед населення. Основними перешкодами для розвитку як обов’язкового, так і добровільного

медичного страхування є недосконалість нормативно-правового регулювання, фінансова нестабільність галузі, низький рівень доходів населення та недостатній рівень розвитку страхового ринку.

Протягом 2020–2024 рр. ринок ДМС демонстрував загальну тенденцію до зростання валових премій і страхових виплат, з перериванням у 2022 р. через воєнні дії та економічні шоки. При цьому відновлення у 2023–2024 рр. вказує на адаптивність і стійкість сегмента, зокрема корпоративного, який забезпечує основну частку страхових премій. Водночас спостерігається збільшення середньої премії на договір, що свідчить про укрупнення програм страхування, розширення покриття та підвищення вартості медичних послуг.

Отже, ринок добровільного медичного страхування в Україні демонструє поступове відновлення після кризових впливів, але його подальший розвиток потребує удосконалення нормативно-правової бази, підвищення фінансової доступності послуг та активного залучення населення до страхових програм.

## **2.2. Основні проблеми впровадження ефективної моделі медичного страхування**

Одним із пріоритетних завдань будь-якої держави є побудова дієвої та результативної системи охорони здоров'я, що забезпечує надання якісної та професійної медичної допомоги всім громадянам і підтримує належний рівень громадського здоров'я [42].

Однак впровадження ефективної моделі медичного страхування в Україні проходить через численні бар'єрами, які охоплюють фінансові, економічні, соціальні, інституційні та регуляторні аспекти [28; 29; 30; 31; 32]:

### **1) Фінансові та економічні проблеми:**

- Недостатнє фінансування системи охорони здоров'я з боку держави, що ускладнює формування стійких страхових фондів і гарантій для більшості громадян;

- Велика вартість страхових полісів на тлі низьких доходів громадян, що знижує мотивацію до участі у добровільному страхуванні;

- Значна частка прямих платежів населення (out-of-pocket), яка зменшує довіру до страхової системи.

## 2) Регуляторні та інституційні бар'єри:

- Недосконала нормативна база: відсутність спеціального закону про медичне страхування та неврегульованість обов'язкової моделі;

- Неузгодженість дій між органами влади та відсутність ефективного державного контролю за якістю страхових послуг;

- Низький рівень довіри населення до страхових компаній і державних регуляторів через недостатню прозорість ринку.

## 3) Організаційні та кадрові обмеження:

- Низька страхова культура громадян і обмежений рівень просвітницької роботи щодо переваг медичного страхування;

- Відсутність системної підготовки кадрів у сфері медичного страхування та нестача фахівців у страхуванні й медичному адмініструванні.

## 4) Соціальні та інноваційні виклики:

- Незахищеність вразливих категорій населення, які потребують державної підтримки або субсидій при впровадженні страхування;

- Відставання у впровадженні цифрових технологій: недостатня електронізація обліку, процесів укладання договорів та контролю якості;

- Нестабільність політичної та економічної ситуації, включаючи дію воєнного стану, що ускладнює впровадження реформ і посилює нестачу ресурсів.

## 5) Структурні та ринкові проблеми:

- Недосконала організаційна структура та відсутність єдиної територіальної моделі для системи ОМС;

- Одночасне існування обов'язкового й добровільного страхування без чітко визначених меж між платними та безоплатними медичними послугами;

- Зменшення обсягу державних видатків на охорону здоров'я та нераціональне використання наявних фінансових ресурсів.

#### б) Стан ринку добровільного медичного страхування:

##### 6.1 Структура ринку (корпоративні та індивідуальні договори)

Український ринок добровільного медичного страхування традиційно орієнтований на корпоративного клієнта. Основу клієнтської бази ДМС складають юридичні особи, тобто підприємства, які страхують колективи своїх працівників. За оцінками страховиків, бізнес генерує близько 66% (2/3) премій з медичного страхування, тоді як частка фізичних осіб, котрі купують поліс самотійно, становить приблизно 34%. Інакше кажучи, обсяг корпоративного ДМС майже вдвічі перевищує сегмент індивідуального. Така пропорція зберігається вже багато років і є характерною рисою вітчизняного ринку: левова частка медичних полісів продається через роботодавців [40].

Втім, останні події дещо змінили цей баланс. Під час пандемії COVID-19 окремі громадяни почали частіше замислюватися про особисте медичне страхування, хоча масового напливу фізичних осіб не стало – ДМС залишалося переважно корпоративною пільгою. А от повномасштабна війна активізувала саме індивідуальне ДМС: люди, втративши роботу або виїхавши за кордон, оформлювали поліси самотійно, щоб гарантувати собі доступ до медицини. Також частина компаній у 2022 р. тимчасово відмовилася від колективного ДМС, скорочуючи витрати на персонал або намагаючись пережити невизначеність. Проте після стабілізації бізнес-процесів протягом 2023 року багато роботодавців повернули медичне страхування до соціальних пакетів для співробітників. Попит з боку корпоративного сектора знову зріс у 2023 р., оскільки компанії прагнуть підтримати працівників у воєнний період та втримати кадри (ДМС розглядається як важливий мотиваційний інструмент). Як наслідок, у 2023 р. співвідношення корпоративне: індивідуальне ДМС дещо повернулося до довоєнних пропорцій (приблизно 70%:30%). Загалом експерти прогнозують, що домінування корпоративного сегмента збережеться і надалі, хоча частка індивідуального ДМС повільно зростатиме у міру підвищення

фінансової грамотності населення та появи більш доступних страхових продуктів для приватних осіб [37; 40].

## 6.2 Концентрація ринку та основні гравці

Ринок добровільного медичного страхування в Україні є висококонцентрованим. Велика частина премій зосереджена у кількох провідних страхових компаній. За даними НАСУ, топ-3 страховики у 2022 році зібрали близько 45,5% всіх премій ДМС, топ-5 компаній – понад 61%, а топ-10 – майже 80%. Це означає, що конкуренція хоча й присутня, але зосереджена навколо обмеженого кола лідерів ринку. До переліку цих лідерів стабільно входять такі компанії, як УСГ «Уніка», «Провідна», «ІНГО», ARX та «Альфа-Страхування» – саме вони на кінець 2021 р. утримували найбільші частки ринку ДМС [43].

Кожна з них має розгалужену мережу сервісу і надає широкий спектр медичних програм. Частка окремих лідерів у медстрахуванні вимірюється двозначними відсотками: наприклад, СК «Уніка» у 2021–2022 рр. генерувала близько 15% премій ДМС, «Провідна» – близько 12–13%, СК «ІНГО» та ARX – на рівні 10–11% кожна. Така концентрація відбиває довіру великих клієнтів саме до топ-страховиків, адже медичне страхування потребує значних ресурсів, відпрацьованих алгоритмів обслуговування і партнерської мережі клінік. Менші компанії теж присутні на ринку, але їхні сукупні частки не перевищують 20–25%. Рис. 2.4 ілюструє частки премій п'яти найбільших страховиків ДМС за підсумками 2022 року – видно, що перша п'ятірка охоплює більш як половину ринку, тоді як решта десятки компаній – менше половини [37].

Висока концентрація ринку зумовлює жорстку конкуренцію між провідними страховиками за корпоративних клієнтів. Кожен великий контракт (наприклад, зі страхування співробітників ІТ-компанії або промислового холдингу) – на вагу золота. У 2023 році конкуренція ще більше посилилася: попит від бізнесу відновлюється, але не всі підприємства можуть дозволити

щедрі бюджети на ДМС, тому страхові компанії вимушені конкурувати за кожного споживача, надаючи більш гнучкі умови і сервіс.

З одного боку, це може вести до демпінгу з боку окремих гравців, але через високу збитковість медстрахування масового демпінгу не спостерігається (ризиковані компанії швидко вибувають з ринку). З іншого боку, страховики підвищують тарифи та вдосконалюють продукти, щоби збалансувати портфель. Загалом, український ринок ДМС продемонстрував у 2022–2023 роках значну стійкість: попри безпрецедентні виклики війни, більшість провідних компаній не лише виконали зобов'язання перед клієнтами, а й зуміли налагодити нові послуги (страхування воєнних ризиків майна, дистанційні сервіси). Це формує основу для подальшого розвитку сегмента після завершення війни [44].

Аналізуючи динаміку ринку ДМС у 2019–2024 рр., слід виокремити кілька ключових чинників, що впливали на тенденції:

1) Пандемія COVID-19 (2020–2021 роки):

Перша хвиля пандемії мала подвійний ефект. З одного боку, економічний спад 2020 р. (-4% ВВП) [45, 46] призвів до скорочення доходів і бюджетів на страхування. Деякі МСБ-роботодавці тимчасово відмовилися від ДМС або урізали програми. З іншого боку, сама медична загроза стимулювала попит на страхування здоров'я. Пандемія нагадала суспільству про важливість медичного захисту, що виразилося у збільшенні нових запитів на ДМС у 2020 р. Страхові компанії почали включати покриття COVID-19 (тести, стаціонар, ліки) в умови полісів [47]. У 2021 р., із відновленням ділової активності, багато фірм повернули ДМС для персоналу, аби підвищити лояльність співробітників. Таким чином, COVID-19 хоч і спровокував короточасний спад премій у 2020 р., але загалом посилив увагу до добровільного медстрахування, ставши драйвером зростання у 2021 р.

2) Повномасштабна війна (2022 – дотепер):

Російська агресія завдала потужного удару по страховому ринку. Для ДМС війна означала: фізичне знищення або закриття бізнесів-клієнтів,

міграцію мільйонів потенційних страхувальників, перебої в роботі медзакладів та страхових сервісів. У перші місяці війни багато договорів ДМС було призупинено або розірвано з огляду на форс-мажор. Як наслідок, у I півріччі 2022 р. премії ДМС впали майже на третину [48].

Проте вже в другій половині 2022 р. ринок адаптувався: страховики почали покривати деякі воєнні ризики (наприклад, травми від бойових дій включено до полісу) – станом на початок 2023 р. ~50 компаній пропонували страховки з воєнними винятками. Крім того, інфраструктура ДМС пристосувалася до нових умов: більше онлайн-сервісів, телемедицина, консультації дистанційно тощо. Великим компаніям-страхувальникам держава надала податкові пільги (витрати на ДМС не оподатковуються військовим збором), що стимулювало збереження соцпакетів. В результаті, попри воєнний шок, ринок ДМС зберіг безперервність виплат – за 2022 р. українські страховики виплатили клієнтам близько 1,3 млрд грн за полісами ДМС. Це довело надійність сектора. У 2023 р. бізнес поступово повертався до страхування персоналу, а населення – до покупки полісів, розуміючи важливість захисту на випадок хвороби чи поранення [49].

Отже, війна спочатку спричинила спад ринку, але надалі загартувала страховиків, спонукавши їх розробити унікальний досвід роботи в умовах бойових дій. Цей досвід вже привертає увагу європейських колег, адже український страховий ринок продемонстрував здатність ефективно працювати навіть у надскладних умовах.

### 3) Інфляція та економічна криза:

Висока інфляція, особливо у 2022 році (понад 20%), суттєво здорожчала медичні послуги та ліки [50]. Для ДМС це означало зростання середнього розміру страхового випадку (збитку). Якщо у довоєнні роки інфляція цін на медпослуги була помірною (~10% на рік), то в 2022–2023 рр. вона досягала 20–30% через фактори війни (дефіцит, логістика, курс валют). Страховики вимушені були підвищувати страхові суми і ліміти покриття, щоб поліси не втратили сенсу. Це, своєю чергою, спонукало підняття страхових платежів.

Інфляція також зменшила купівельну спроможність споживачів – для багатьох домогосподарств медична страховка стала розкішшю. Відтак, з одного боку, інфляційні процеси призвели до подорожчання полісів ДМС на 30% у 2022–2023 рр., а з іншого – звузили коло тих, хто може їх собі дозволити. Деякі роботодавці оптимізували програми, урізавши опції, щоб стримати ціну. Тобто інфляція вплинула на ринок неоднозначно: вона підвищила тарифи і витрати страховиків, але одночасно зменшила реальний попит серед населення.

#### 4) Ринок праці та соціальні тенденції:

Упродовж 2019–2021 рр. в Україні поступово формувалася культура соціального пакету: все більше прогресивних компаній додавали ДМС як бонус для співробітників. Низьке безробіття до 2022 р. (близько 8–10%) означало конкуренцію за кваліфіковані кадри, і медстрахування стало перевагою при наймі. Це сприяло розширенню корпоративного ДМС. Пандемія загострила питання здоров'я працівників, багато роботодавців переосмислили цінність страхування персоналу. Під час війни ситуація на ринку праці змінилася: безробіття зросло, частка економічно активного населення знизилася. Деякі підприємства, особливо малі, були змушені скоротити персонал та витрати. В таких умовах ДМС могло розглядатися як витрата, від якої можна відмовитися для виживання бізнесу. Проте великі та середні компанії, навпаки, намагаються утримати ключових працівників і мотивувати їх залишатися в Україні – для цього їм пропонують розширені соціальні пакети, включно з добровільним медстрахуванням та навіть покриттям критичних захворювань.

Отже, на ринок ДМС впливають тенденції ринку праці: дефіцит кадрів і конкуренція за таланти стимулюють розвиток корпоративного ДМС, тоді як економічний спад і безробіття його гальмують. У 2023 р. багато бізнесів усвідомили, що турбота про здоров'я співробітників – це інвестиція у продуктивність та лояльність. Тож, навіть у складних умовах, попит на ДМС з боку соціально відповідального бізнесу лишається високим і має перспективи зростання по мірі відновлення економіки.

Підсумовуючи, сучасний ринок добровільного медичного страхування в Україні зазнав у 2019–2023 роках суттєвих потрясінь, але продемонстрував стійкість і адаптивність. Обсяги премій ДМС після падіння в 2020 р. швидко зросли до історичного максимуму в 2021 р., потім просіли через війну у 2022 р. і частково відновилися у 2023 р. Проте в реальному вираженні ринок ще не досяг повного відновлення до рівня 2019 р., що зумовлено впливом інфляції та воєнної кризи. Страхові виплати стабільно становлять понад половину премій, відображаючи високу вартість медичних послуг і щедрість страхових програм; коефіцієнт виплат залишається в зоні  $60\pm 5\%$ .

Структура ринку характеризується домінуванням корпоративного сегменту (біля двох третин премій) та високою концентрацією – перша десятка страховиків контролює близько 80% ДМС. Основні виклики і драйвери розвитку ДМС пов'язані з макрошоками (COVID-19, війна), економічною ситуацією (інфляція, платоспроможність) та соціальною політикою роботодавців. Надалі очікується, що за умов стабілізації країни ринок медичного страхування отримає новий імпульс для зростання – зокрема, через потенційну реалізацію державних програм підтримки медстрахування та поступове впровадження обов'язкових елементів (як-от планове накопичувальне медичне страхування). Поки ж добровільне медичне страхування має важливе значення для функціонування української медицини, забезпечуючи сотням тисяч українців доступ до якісних медичних послуг поза державним бюджетом, і його розвиток є одним із пріоритетних напрямів страхової галузі України [43].

Отже, головними бар'єрами ефективного розвитку моделі медичного страхування в Україні є: дисбаланс між корпоративним та індивідуальним сегментами, недостатнє фінансування та нестабільність нормативно-правової бази, низький рівень страхового покриття та обізнаності населення, вплив макроекономічних і соціальних криз, високий рівень концентрації ринку і обмежена конкуренція. Для формування стійкої системи необхідне комплексне вирішення цих проблем: розширення індивідуального ДМС, державні стимули

для роботодавців, удосконалення нормативної бази, стандартизація страхових програм та впровадження інноваційних технологій.

### **2.3. Міжнародний досвід розвитку медичного страхування та можливості його впровадження в Україні**

Міжнародний досвід демонструє, що ключовою умовою фінансової стійкості системи охорони здоров'я є домінування публічних та обов'язкових джерел фінансування над прямими витратами домогосподарств. У країнах ЄС і ОЕСР у середньому близько 75–80% видатків на здоров'я покривається за рахунок державних коштів і обов'язкового страхування, тоді як частка прямих платежів населення становить приблизно 15–20% [51].

В Україні, навпаки, історично склалася ситуація, коли домогосподарства виступають основним джерелом ресурсів для системи охорони здоров'я: до початку повномасштабної війни частка прямих витрат («із кишені») перевищувала 46–50% загальних видатків на здоров'я, що вдвічі вище за середні показники для країн ЄС [52]. Це зумовлює високий ризик катастрофічних медичних витрат для домогосподарств і підкреслює необхідність посилення ролі страхових механізмів – як обов'язкових, так і добровільних. Український ринок добровільного медичного страхування поки що залишається відносно невеликим та переважно корпоративним, що не дозволяє істотно зменшити навантаження на громадян.

У сучасних європейських системах охорони здоров'я можна виділити кілька спільних рис, важливих з погляду міжнародного досвіду медичного страхування:

- практично універсальне охоплення населення базовим пакетом медичних послуг за рахунок податків і/або обов'язкових страхових внесків;

- наявність чітко окресленого мінімального гарантованого пакета, профінансованого з публічних джерел, та надбудови у вигляді добровільного страхування;
- використання механізмів фінансового вирівнювання (risk-adjustment), які компенсують різницю в демографічній та епідеміологічній структурі населення між регіонами або страховими фондами;
- регуляторна інтеграція добровільного медичного страхування в загальну архітектуру системи – насамперед як доповнюючого (complementary/supplementary), а не альтернативного інструмента [53].

У цьому контексті особливий інтерес для України становить досвід країн ЄС із високим рівнем охоплення населення, низькою часткою прямих платежів і різним поєднанням ролі держави, обов'язкового страхування та добровільних полісів. До таких належать, зокрема, Німеччина, Франція, Чехія та Польща – саме вони демонструють різні варіанти побудови сучасних моделей медичного страхування, але мають спільну мету – забезпечення фінансового захисту населення.

У таблиці 2.2 подано узагальнену характеристику організації фінансування медичної допомоги у чотирьох державах ЄС, які є найбільш релевантними для України з огляду на рівень економічного розвитку, історію реформ та інституційну структуру системи охорони здоров'я.

Таблиця 2.2

**Порівняльна характеристика сучасних систем медичного  
страхування в окремих країнах ЄС**

| Країна           | Основна модель фінансування                                                                                                        | Охоплення населення                                                                                                                        | Частка публічних/обов'язкових коштів у витратах на здоров'я                                                                                                                                                  | Роль добровільного медичного страхування                                                                                                                                                                         | Актуальні виклики та тенденції                                                                                                                                                                     |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Німеччина</b> | Соціальне медичне страхування (множинні лікарняні каси, обов'язкові внески працівники в і роботодавців)                            | Практично 100% населення: близько 88–89% застраховано у статутному медичному страхуванні, ~11% – у приватному медичному страхуванні        | Понад 80% загальних витрат на здоров'я фінансується за рахунок державних і обов'язкових страхових схем; частка прямих платежів домогосподарств – близько 12–13%, добровільного страхування – близько 1–2%    | Добровільне страхування виконує переважно доповнюючу і замінюючу функції (для високодохідних груп, держслужбовців): покриття додаткового сервісу, кращих умов перебування, розширених опцій                      | Старіння населення і зростання хронічних захворювань, тиск на внески; потреба у подальшому вдосконаленні механізмів ризик-аджастменту та контролю за витратами на стаціонарну допомогу             |
| <b>Франція</b>   | Комбінована система: обов'язкове соціальне страхування + масове добровільне додаткове страхування (mutuelles, приватні страховики) | Універсальне охоплення базовим пакетом; понад 90% населення мають доповнюючі поліси, що покривають співоплати та «прогалини» базової схеми | Публічні кошти (державні та обов'язкове страхування) забезпечують близько 75–80% загальних витрат; близько 13% – добровільне страхування; 6–9% – прямі витрати домогосподарств, що є одними з найнижчих у ЄС | Добровільне страхування має чітко виражену complementary-роль: покриття співоплат, стоматології, оптики, частини ліків, покращення сервісу. Держава активно регулює умови і субсидує поліси для малозабезпечених | Зростання вартості доповнюючих полісів, ризику нерівності доступу між застрахованими і тими, хто не має додаткового покриття; політика стримування зростання внесків і реформування системи доплат |

Продовж. до табл. 2.2

| Країна | Основна модель фінансування                                                                                                                      | Охоплення населення                                                                                                                                  | Частка публічних/обов'язкових коштів у витратах на здоров'я                                                                                                                                                       | Роль добровільного медичного страхування                                                                                                                                         | Актуальні виклики та тенденції                                                                                                                                                       |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Чехія  | Соціальне медичне страхування з кількома публічними страховими фондами                                                                           | Практично повне охоплення постійних мешканців; можливість вибору фонду медичного страхування                                                         | Основна частка видатків покривається за рахунок уряду та обов'язкового страхування; обсяг добровільного страхування – мінімальний, тоді як прямі витрати домогосподарств наближені до середньоєвропейських (~15%) | Добровільні продукти розвинені насамперед для іноземців, туристів, студентів; для громадян основну роль відіграють обов'язкові внески до фондів                                  | Обмеженість ресурсів фондів, нерівномірність доступу до окремих видів спеціалізованої допомоги, потреба в подальшому розвитку первинної ланки та електронних інструментів управління |
| Польща | Модель «єдиного платника»: Національний фонд здоров'я (NFZ) як центральний закупівельник послуг, фінансований через обов'язкові внески і податки | Універсальне страхове покриття для осіб, застрахованих у системі NFZ; можливість добровільного приєднання для тих, хто не має обов'язкового покриття | Основну частину витрат покривають публічні кошти; частка прямих витрат домогосподарств і добровільного страхування знаходиться поблизу середніх для ЄС значень (сукупно близько 20–25%)                           | Ринок добровільного страхування і корпоративних медичних програм поступово зростає, проте досі має додатковий характер та орієнтований на прискорений доступ і покращений сервіс | Хронічне недофінансування NFZ, черги до спеціалістів, збільшення ролі приватного сектору та потреба у підвищенні ефективності використання ресурсів                                  |

Примітка. Розроблено автором за даними [53; 54; 55; 56; 57; 58; 59; 60; 61; 62; 63]

Як видно з табл. 2.2, незважаючи на відмінності у моделях фінансування, усі розглянуті країни мають спільні риси:

- універсальне страхове покриття (обов'язкове чи квазіобов'язкове) для постійних мешканців;
- висока частка публічних/обов'язкових коштів у структурі видатків на здоров'я (зазвичай понад 70–75%);
- обмежена роль прямих витрат домогосподарств, які рідко перевищують 15–20% загальних видатків;
- інтегрована система добровільного страхування, що доповнює базовий пакет і регулюється державою.

На цьому тлі українська система демонструє «дзеркальну» картину: високі прямі платежі домогосподарств, відносно слабкий розвиток добровільного страхування як масового продукту та ще не до кінця сформовані механізми захисту від фінансових ризиків [64].

Для наочного зіставлення міжнародних практик із українською моделлю на рис. 2.6 подано узагальнену схему співвідношення джерел фінансування медичного страхування. По горизонтальній осі відкладено частку публічних та обов'язкових коштів у загальних видатках на охорону здоров'я (від низьких значень ліворуч до високих праворуч), по вертикальній – частку прямих витрат домогосподарств (out-of-pocket) (від високих значень угорі до низьких унизу).

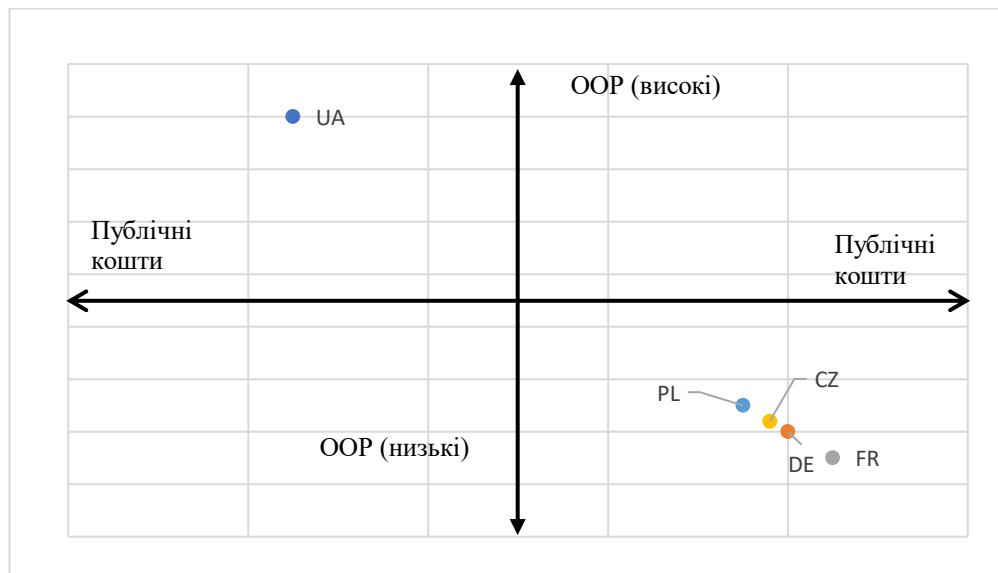


Рис. 2.6. Узагальнена схема співвідношення джерел фінансування медичного страхування в країнах ЄС та Україні

Примітка. Розроблено автором

Як бачимо з рис. 2.6, добровільне медичне страхування розглядається як додатковий компонент між базовим публічним фінансуванням і прямими платежами населення. У Німеччині та Чехії воно переважно виконує доповнюючу функцію для окремих груп застрахованих, у Франції – є масовим інструментом покриття співоплат і «прогалин» базового пакета, у Польщі – поступово розширюється як відповідь на обмеженість ресурсів єдиного національного платника. Для України така схема окреслює стратегічний напрям реформ: поступове зміщення «позиції» системи праворуч й униз, тобто до збільшення частки публічних та обов'язкових джерел фінансування і зниження прямого фінансового навантаження на домогосподарства при одночасному розвитку добровільного медичного страхування як доповнюючого, а не альтернативного до державного пакета механізму.

Подальший аналіз міжнародного досвіду доцільно зосередити на конкретних механізмах організації страхового фінансування в Німеччині, Франції, Чехії та Польщі, а також на тому, які саме інструменти цих систем

можуть бути адаптовані до українських реалій (структура фондів, цільові внески, роль НСЗУ, податкові стимули для ДМС тощо).

Практика країн Європейського Союзу свідчить, що стабільний розвиток систем медичного страхування забезпечується завдяки поєднанню значної частки публічних або обов'язкових джерел фінансування, наявності чітко окресленого гарантованого пакета медичних послуг і прозорих процедур закупівлі цих послуг від імені громадян. Водночас досвід цих країн свідчить, що надмірне покладання на добровільне медичне страхування (ДМС) як основне джерело фінансового захисту населення призводить до поглиблення нерівності доступу до медичної допомоги [65].

Останніми роками в Україні відбувається поетапна реформа фінансування медицини, в основі якої – запровадження Програми медичних гарантій та створення Національної служби здоров'я України як єдиного загальнодержавного покупця медичних послуг. Фінансування надавачів тепер прив'язується до обсягу та якості реально наданої допомоги за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», що поступово відходить від старої моделі утримання закладів лише за фактом їх існування. За висновками спільних оглядів ВООЗ та Світового банку, ПМГ поступово змінює історичну логіку фінансування «ліжка-місць» і встановлює контрактні відносини між НСЗУ та закладами охорони здоров'я, що наближає українську модель до страхових принципів стратегічної закупівлі, застосовуваних у країнах ЄС [64; 66]. Ці ж огляди підкреслюють, що навіть за умов війни, збереження і розширення публічного фінансування ПМГ є критичним для фінансового захисту населення та для довгострокового економічного відновлення країни [67].

Разом з тим частка прямих витрат домогосподарств на медичні послуги й ліки в Україні й надалі залишається близько половини загальних видатків на здоров'я, що істотно перевищує середні показники для країн ЄС та ОЕСР і супроводжується високим ризиком катастрофічних витрат домогосподарств [68]. Це означає, що існуюче поєднання бюджетного фінансування та ПМГ потребує додаткового підсилення страховими механізмами, здатними

зменшити навантаження на населення й забезпечити більш передбачуваний розподіл фінансових ризиків. У цьому контексті міжнародний досвід свідчить про два базові напрями розвитку: запровадження класичного обов'язкового медичного страхування (із цільовими внесками до страхових фондів) або ж подальший розвиток «квазістрахової» моделі єдиного національного платника (як у Великій Британії чи Польщі), доповненої потужним сегментом ДМС у чітко регульованих межах [66].

Порівняльний аналіз Німеччини, Франції, Чехії та Польщі, узагальнений у табл. 2.2, показує, що попри різні інституційні конструкції (множинні лікарняні каси в Німеччині, комбінована обов'язково-добровільна система у Франції, багатофондове соціальне страхування в Чехії, модель єдиного платника в Польщі), всі ці країни забезпечують високий рівень фінансового покриття базових медичних послуг. Основна частина коштів на охорону здоров'я надходить від податків та обов'язкових страхових внесків, тоді як добровільні страхові продукти відіграють переважно додаткову роль, покриваючи співоплати, розширені сервісні опції, стоматологію, оптику, швидший доступ до спеціалістів тощо [69]. Таким чином, у країнах ЄС ДМС не замінює державний гарантований пакет, а доповнює його, що принципово важливо для мінімізації соціальної диференціації в доступі до медичної допомоги.

Статистичні дані міжнародних організацій дають змогу кількісно окреслити масштаби ринку медичного страхування та рівень фінансового захисту населення. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, у 2021 р. обсяг глобальних витрат на медицину склав 9,8 трлн дол. США, що становить 10,3% світового ВВП; зростання забезпечували насамперед державні видатки та прямі платежі домогосподарств [70; 71].

В межах цього потоку ресурсів дедалі більшої ваги набувають страхові механізми. Згідно з Allianz Global Insurance Report 2025, загальний обсяг страхових премій у світі у 2024 р. оцінюється у 7,0 трлн євро; з них близько 1 682 млрд євро припадає на сегмент медичного страхування, тобто приблизно

чверть глобального страхового ринку [72]. Незалежні ринкові оцінки, зокрема база Global Insurance Pools від McKinsey, підтверджують, що у 2023 р. світовий ринок медичного страхування сформував премії орієнтовно на 1,8 трлн дол. США [73].

Структуру фінансування систем охорони здоров'я в країнах ЄС доцільно проілюструвати через показник частки прямих витрат домогосподарств (out-of-pocket) у сукупних витратах на здоров'я. У Німеччині цей показник складав лише 12% у 2021 р., що є одним із найнижчих показників у ЄС [56]. У Франції, де функціонує розвинена система соціального медичного страхування з обов'язковим додатковим покриттям, частка прямих витрат населення у 2021–2022 рр. становила близько 9%, що є найменшим показником серед країн ЄС [58]. У Чехії понад 86% поточних витрат на здоров'я фінансуються за рахунок державних і обов'язкових страхових схем, тоді як частка out-of-pocket сягає лише 12,7 % (2021 р.), а ринок добровільного медичного страхування залишається маргінальним (менше 1 % витрат) [60]. У Польщі завдяки розширенню страхових механізмів та реформі первинної ланки частка прямих витрат населення скоротилася з понад 30% на початку 2000-х до близько 20% у 2021 р [62].

Для України картина істотно відрізняється. За оцінками дослідження VoxUkraine, виконаного на основі даних ВООЗ, у 2021 р. частка прямих витрат домогосподарств на медичну допомогу становила 46,3 % усіх поточних витрат на здоров'я, тобто майже вдвічі більше, ніж у Польщі, і приблизно вчетверо більше, ніж у Франції [74]. Водночас поточні витрати на охорону здоров'я на одного жителя України у 2021 р. становили близько 369,9 дол. США проти середньосвітового рівня 1 368,8 дол. США [75].

Міжнародні макроекономічні дослідження підтверджують, що надмірна частка прямих витрат на медичні послуги безпосередньо пов'язана з ризиками бідності. Так, аналіз 145 країн за період 2000–2017 рр. показав, що лише після перевищення порогу приблизно у 29% загальних витрат на здоров'я out-of-pocket витрати починають істотно підвищувати рівень бідності населення [76].

З огляду на те, що показник України майже вдвічі перевищує цей поріг, а абсолютний рівень витрат на здоров'я на душу населення суттєво нижчий за світовий, адаптація європейської моделі фінансування з домінуванням податкових та обов'язкових страхових джерел і розвитком добровільного медичного страхування як інструмента заміщення прямих платежів є ключовою умовою підвищення фінансової захищеності населення та успішного впровадження міжнародного досвіду медичного страхування в Україні.

Перенесення міжнародних підходів до України пов'язане з низкою передумов і обмежень. З одного боку, наявність НСЗУ та ПМГ уже створює інституційний каркас, сумісний із практиками стратегічної закупівлі, застосовуваними у країнах ЄС, а активна цифровізація (eHealth, електронні направлення, електронні рецепти) формує середовище для об'єктивного обліку послуг і прозорого контролю за використанням коштів [64]. З іншого боку, низький рівень загального фінансування охорони здоров'я відносно ВВП, високий тягар воєнних видатків, обмеженість платоспроможного попиту на комерційні страхові продукти та історично сформована недовіра до фінансових інституцій обмежують можливість швидкого розгортання класичної моделі обов'язкового медичного страхування. У таких умовах більш реалістичним видається сценарій поетапного «страхового насичення» вже існуючої бюджетно-страхової моделі через уточнення обсягів ПМГ, посилення солідарності у фінансуванні, запровадження цільових внесків для окремих категорій застрахованих та податкові стимули для розвитку ДМС у чітко регламентованих межах [66].

Отже, міжнародний досвід розвитку медичного страхування можна розцінювати як джерело конкретних орієнтирів для України. По-перше, стійкість системи неможлива без значного збільшення ролі публічних і обов'язкових джерел фінансування при одночасному системному зниженні частки прямих витрат домогосподарств. По-друге, запровадження або посилення страхових механізмів має базуватися на принципах солідарності,

ризикового вирівнювання, прозорості закупівлі послуг і чіткого розмежування між базовим гарантованим пакетом та добровільними страхуваннями. По-третє, розвиток ДМС повинен бути інтегрований у загальну архітектуру системи охорони здоров'я як доповнюючий, а не альтернативний компонент, із запобіганням поглибленню соціальної нерівності. Врахування цих принципів при подальшому реформуванні фінансування охорони здоров'я дасть змогу адаптувати кращі європейські практики до українського контексту, посилити фінансову стійкість системи та забезпечити реальний, а не декларативний доступ громадян до необхідної медичної допомоги.

## РОЗДІЛ 3. ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ТА НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

### **3.1. Вплив реформування медичного страхування на систему охорони здоров'я в Україні**

Реформа системи медичного страхування є одним із найкращих способів покращити медичну систему в Україні. Мета реформ полягає у покращенні якості медичних послуг, наданні ширшого доступу для людей до медичного обслуговування та досягненні фінансової стабільності у цій сфері. Головна ідея змін полягає у переході від застарілої бюджетно-утримувальної системи до сучасної моделі, з урахуванням потреб пацієнтів, досягненні конкретних результатів та прозорості у фінансуванні [77].

Почата у 2017 році реформа фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні стала ключовим інструментом модернізації галузі та поступового впровадження моделі соціального медичного страхування.

Основними завданнями реформи були [77]:

- впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги;
- утворення єдиного національного замовника медичних послуг;
- забезпечення універсального доступу до базового медичного обслуговування;
- зменшення фінансового навантаження на домогосподарства;
- підвищення ефективності витрат та впровадження прозорих механізмів фінансування.

Система надання медичних послуг почала поступово адаптуватися до міжнародних стандартів, зокрема тих, що застосовуються в країнах Європейського Союзу, де універсальне медичне покриття та прозорі страхові механізми є основою ефективного функціонування медичного сектору. У рамках цих змін на базі обов'язкового медичного страхування (ОМС) були запроваджені кілька ключових етапів, які детально розглянуто у табл. 3.1. [77]

Таблиця. 3.1

**Особливості етапів реформування ОМС**

| <b>Етап реформування ОМС</b> | <b>Роки</b>         | <b>Основні завдання та досягнення</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) Підготовчий етап          | 2017                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Створення Національної служби здоров'я України як центрального державного «страховика»</li> <li>- Формування Програми медичних гарантій</li> <li>- Визначення стандартів фінансування та пакетів медичних послуг</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                        |
| 2) Етап впровадження         | 2018–2019           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Фінансування закладів залежно від обсягу та якості наданих послуг</li> <li>- Розширення пакету медичних послуг</li> <li>- Підвищення ефективності використання бюджетних коштів</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 3) Етап інтеграції           | 2020–теперішній час | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Впровадження eHealth, електронних рецептів, направлень та медичних карток</li> <li>- Створення бази даних для контролю та аналітики</li> <li>- Зменшення корупційних ризиків, підвищення прозорості фінансування</li> <li>- Формування страхових фондів</li> <li>- Забезпечення стабільних джерел фінансування (податки, внески)</li> <li>- Створення наглядового органу для контролю НСЗУ</li> <li>- Чітке розмежування базових та добровільних послуг</li> </ul> |

Примітка. Розроблено автором

Розглянувши табл. 3.1, бачимо що перший етап реформування був спрямований на створення інституцій, без яких подальші зміни не були можливі. Другий етап стосувався зміни способу фінансування, що підвищило

ефективність розподілу коштів та сприяло конкуренції між медичними закладами. Третій етап — цифровізація, яка покращила контроль, прозорість та якість даних, формуються страхові установи, визначаються джерела коштів та механізми контролю.

Трансформація системи фінансування охорони здоров'я в Україні істотно підвищила доступ населення до медичної допомоги та посилила рівень фінансового захисту громадян.

Відповідно до аналітичного звіту Світового банку «Ukraine Health Financing Reform: Progress and Future Directions» (2023), проведене реформування призвело до кількох критично важливих змін [68]:

- Програма медичних гарантій (ПМГ) забезпечила стійке, універсальне покриття населення що є фактичним інструментом реалізації моделі ОМС

Пріоритетні та основні медичні послуги покриваються в рамках ПМГ. Вони є фактичним інструментом реалізації моделі універсального медичного страхування.

- Реалізовано централізоване акумулювання фінансових ресурсів

Створення Національної служби здоров'я України як централізованого національного замовника медичних послуг дозволило досягти вагомих результатів, серед яких виділяються:

- зменшення неефективних витрат;
- впровадження принципу «рівність коштів за рівні послуги»;
- забезпечення прозорого розподілу коштів між регіонами;
- удосконалення механізмів контролю за якістю та відповідністю медичних послуг установленим стандартам.

- ПМГ фінансується в основному за рахунок загальнодержавних податкових надходжень

Ця модель є незалежною від рівня зайнятості населення, що є надзвичайно важливим під час економічних криз та воєнного стану. Це

забезпечує громадянам однакові можливості отримувати медичну допомогу, незалежно від їх соціально-економічного статусу.

- Зменшення фінансового навантаження на домогосподарства

Одним із основних здобутків реформ стало зменшення частки прямих витрат громадян (out-of-pocket payments). За даними ВООЗ, ще до реформи понад половину витрат на охорону здоров'я в Україні покривалися особистими коштами громадян. Розширення покриття медичних гарантій та стандартизація фінансування дозволили компенсувати значну частину цих витрат, забезпечуючи вищий рівень фінансового захисту для населення.

- Підвищення конкурентоспроможності медичних установ

Медичні заклади, які конкурують за пацієнтів та контракти з НСЗУ, змушені постійно вдосконалювати якість послуг і рівень обслуговування.

- Покращення ефективності фінансування

Застосування моделі фінансування "гроші йдуть за пацієнтом" з 2019 року зробило використання бюджетних ресурсів більш ефективним. Тепер фінансування залежить від обсягу реально наданих послуг і їхньої якості, що значно покращило результативність системи.

- Розвиток електронного надання медичних послуг

Впровадження eHealth, електронного рецепта, електронного направлення та електронної медичної картки значно підвищило прозорість медичної системи та якість управлінських рішень. Це сприяло:

- зменшенню корупційних ризиків;
- чіткому контролю за виплатами НСЗУ;
- створенню бази даних для страхових механізмів.

Щодо добровільного медичного страхування, дослідження показують, що реформа ОМС мала такий позитивний вплив:

- стандартизація медичних послуг спростила страхові продукти ДМС та зробила їх більш передбачуваними;
- зростання попиту на ДМС у корпоративному секторі;
- покращення якості даних та прозорості через цифровізацію;

- підвищення доступу до базових послуг через ОМС зменшило потребу у страхуванні «первинного рівня», однак зросла роль ДМС у покритті додаткових послуг, приватних клінік і спеціалізованих процедур.

Реструктуризація фінансування через ПМГ та НСЗУ уже сьогодні мала непрямий вплив на ринок добровільного медичного страхування, перемістивши його з «альтернативи» державній медицині на інструмент збільшення обсягу та якості послуг поза гарантованим пакетом. В той же час Україна послідовно готує умови для переходу до повноцінного загальнообов'язкового медичного страхування.

Світовий банк підкреслює, що незважаючи на повномасштабне вторгнення, Україна зберегла функціонування НСЗУ та продовжила фінансувати лікарні за контрактами. Це стало можливим завдяки [78]:

- централізованому механізму закупівель;
- міжнародній фінансовій підтримці;
- гнучкості моделі фінансування, запровадженої в межах реформи;
- електронним інструментам контролю.

Водночас війна загострила структурні проблеми сектору, зокрема:

- збільшення дефіциту медичних кадрів (міграція, мобілізація, емоційне вигорання);
- зростання попиту на реабілітаційні та психічні послуги;
- руйнування інфраструктури;
- зростання потреб у додатковому фінансуванні;
- логістичні перешкоди для отримання медичної допомоги в деяких районах.

Ці виклики посилюють актуальність переходу до повноцінної страхової моделі, яка здатна забезпечити стійкість сектору в довгостроковій перспективі.

На думку експертів Світового банку, Україна вже створила ключові інституційні елементи, необхідні для переходу до повноцінної моделі обов'язкового медичного страхування [68]:

- функціональне національне агентство закупівель (НСЗУ);

- електронна система охорони здоров'я;
- гарантований пакет медичних послуг;
- контрактна модель фінансування.

Однак для запуску моделі ОМС необхідні:

- формування страхових фондів;
- стабільні джерела фінансування (внески, податки);
- створити наглядовий орган або комітет, який би контролював діяльність НСЗУ, забезпечуючи «стратегічний нагляд» за програмою медичних гарантій;
- важлива прозорість даних: використання аналітики, прогнозування попиту, вартість послуг та інші рішення повинні базуватися на достовірних даних;
- чітке розмежування пакетів базових і добровільних послуг.

Враховуючи рекомендації Світового банку та ВООЗ, можна стверджувати, що подальше вдосконалення фінансування медичного страхування й усієї системи охорони здоров'я в Україні має спиратися на комплексну реформу фінансових інструментів, системи управління та матеріально-технічної інфраструктури галузі.

Особливу увагу приділяють ефективному використанню бюджетних ресурсів, забезпеченню рівного доступу громадян до медичних послуг, а також прозорості та підзвітності системи. Одним з основних напрямків, які слід реалізувати, є модернізація компонента медичного обслуговування, що включає оптимізацію мережі медичних установ, оновлення їх матеріально-технічної бази та значне підвищення якості обслуговування. Лише частина очікуваного впливу реформ у фінансуванні спостерігається без зміцнення інфраструктури та управлінських процесів.

Таким чином, реформування медичного страхування суттєво вплинуло на систему охорони здоров'я України, підвищивши ефективність, прозорість та фінансову стійкість галузі, водночас створивши передумови для подальшого розвитку як ОМС, так і ДМС. Максимальний ефект від реформ можливий лише за умови продовження модернізації законодавчої, інституційної та

технологічної бази охорони здоров'я. Використання найкращих практик міжнародного досвіду сприятиме створенню більш стійкої та доступної системи медичного страхування.

### **3.2. Застосування сучасних технологій у сфері медичного страхування**

На сучасному етапі медичне страхування в Україні динамічно трансформується завдяки широкому впровадженню цифрових рішень та інноваційних технологій, що сприяють зростанню ефективності системи, підвищенню її прозорості та покращенню доступності медичних послуг для населення [79]. Якщо на початку 2010-х років цифрові рішення в охороні здоров'я були поодинокими, то протягом 2017–2020 рр. в країні відбулися системні трансформації у межах масштабної модернізації сфери охорони здоров'я [80]. Одним із ключових елементів цих трансформацій стала система електронного здоров'я (eHealth), яка створила базову цифрову інфраструктуру не тільки для організації медичної допомоги, а й для впровадження сучасних підходів у сфері медичного страхування [79].

Впровадження електронних медичних записів, електронних рецептів, телемедичних сервісів і цифрової взаємодії між пацієнтом та медичним закладом дозволило покращити систему надання медичних послуг й створило передумови для ефективнішого функціонування страхових програм. За даними МОЗ, навіть в умовах воєнних дій основні цифрові сервіси продовжують працювати безперервно, що є критично важливим для стабільності системи страхових виплат та обліку медичних послуг [80].

Пандемія COVID-19 стала каталізатором цифрових змін, коли більшість країн, включно з Україною, були змушені швидко адаптуватися до дистанційних форматів надання медичної допомоги. Саме в цей період було по-справжньому оцінено важливість телемедицини, електронних рецептів та дистанційного моніторингу стану пацієнтів. Цифрові рішення дозволили

мінімізувати ризики контакту, забезпечити безперервність лікування й підтримати системи страхування, які змушені були обробляти в рази більше звернень у короткі строки [80; 81].

Воєнні події, що тривають з 2022 року, створили для системи eHealth нові виклики. Частина медичних закладів зазнала руйнувань, відбулося масове переміщення населення, що змінило навантаження на регіональні системи, а окремі цифрові проєкти тимчасово призупинили. Проте одночасно війна стала стимулом для появи абсолютно нових інструментів. Наприклад, було створено «Робоче місце медичної сестри» — цифрове рішення, яке значно розвантажує лікарів у веденні документації. Розширено можливості дистанційного оформлення лікарняних (вагітність, догляд за дитиною, протезування, системні хвороби). Вперше дозволено дистанційно вести пацієнтів, які тимчасово перебувають за кордоном, що стало одним із найбільш актуальних рішень воєнного часу [79].

Сьогодні цифрові рішення є невід’ємним елементом медичного страхування, забезпечуючи кращу доступність послуг і сприяючи оптимізації їх фінансової складової [79]. Водночас сучасні цифрові технології по-різному функціонують у межах обов’язкового та добровільного медичного страхування, тому доцільно виокремити цифрові інструменти, які лежать в основі розвитку ОМС, та технологічні рішення, характерні переважно для сегмента ДМС.

Цифрові технології, характерні переважно для системи ОМС [79]:

1. Електронні медичні записи (EMR/EHR) - надають оперативний і точний доступ до інформації про пацієнта, мінімізують ймовірність помилок через людський фактор. EHealth, EM3, електронний рецепт, направлення, медкарта – базова інфраструктура саме для системи державних гарантій та майбутньої моделі ОМС: через неї НСЗУ укладає договори, фіксує обсяги наданих послуг і здійснює оплати за принципом «гроші йдуть за пацієнтом».

2. Електронні лікарняні, дистанційне ведення пацієнтів (у т.ч. за кордоном), робоче місце медсестри – інструменти, які спрощують документообіг і напряду пов'язані з виплатами з боку держави.

3. Цифрова звітність закладів і аналітика НСЗУ – забезпечують прозорий розподіл бюджетних коштів та моніторинг якості послуг.

Нововведення в основному припадають на сферу державного фінансування, тому що застосовуються в рамках бюджетних програм та контрактів НСЗУ, а також створюють основу для майбутнього повноцінного загальнообов'язкового медичного страхування.

У добровільному медичному страхуванні цифрові інструменти орієнтовані на ринок, сервіс і персоналізацію, тому цифрові технології, характерними переважно для ДМС є [79]:

1. Мобільні додатки та онлайн-платформи - дозволяють користувачам дистанційно оформлювати страхові поліси, здійснювати платежі та подавати заявки на відшкодування. Такий підхід зменшує адміністративні перешкоди та надає населенню більш широкий доступ до страхових послуг у різних куточках країни. Завдяки цифровим платформам процес реєстрації та обробки заяв став простішим і швидшим.

2. Аналітичні платформи та інструменти Big Data - дають страховим компаніям змогу обробляти великі масиви даних про здоров'я, поведінкові особливості та соціально-економічний стан клієнтів. Це сприяє створенню більш точних, персоналізованих та фінансово доступних страхових продуктів [82].

3. Штучний інтелект та алгоритми машинного навчання - використовуються для автоматичної оцінки ризиків, прогнозування страхових подій і коригування тарифів. Використання цих технологій дозволяє знизити вартість страхових полісів, підвищити ефективність обслуговування клієнтів та скоротити адміністративні витрати, забезпечуючи оперативний і доступний механізм отримання страхових послуг [83].

4. Блокчейн та смарт-контракти (пілотні проєкти окремих компаній) – забезпечують прозорість, безпеку страхових транзакцій та автоматизацію виплат, зменшуючи ризики шахрайства та адміністративні витрати [84]. Ця технологія створює незмінну базу даних для зберігання інформації про поліси, медичні документи та виплати, підвищуючи довіру до ДМС. В Україні деякі страхові компанії вже тестують блокчейн-рішення для цифрового управління полісами та заявами на виплати.

Ці рішення характерні саме для ринку ДМС, оскільки пов'язані з конкуренцією між страховиками, підвищенням клієнтського сервісу та зниженням адміністративних витрат у приватному секторі.

Однак є й інструменти, які працюють одночасно на державну й приватну компоненти, такі як використання даних eHealth та телемедичні сервіси й дистанційні консультації, які дають змогу пацієнтам отримувати медичну допомогу без необхідності відвідувати медичний заклад, що зменшує додаткові витрати та підвищує привабливість страхових продуктів. Ця технологія особливо проявила свою ефективність під час пандемії COVID-19, інтегруючись зі страхуванням для надання дистанційних консультацій і оформлення страхових виплат [80]. Сучасні страхові програми часто включають необмежений доступ до відеоконсультацій, що важливо для осіб з обмеженою мобільністю, жителів віддалених регіонів та військовослужбовців.

Таким чином, впровадження зазначених цифрових технологій створює міцну основу для сучасного медичного страхування, підвищує операційну ефективність страхових компаній та забезпечує широкий, реальний доступ до страхових послуг для значної кількості громадян.

Розвиток цифрових рішень у системі медичного страхування в Україні зустрічає певні перепони та обмеження, що ускладнює їх повноцінне використання. Основні бар'єри можна умовно поділити на три групи [79]:

1) Регуляторні бар'єри - пов'язані з відсутністю чітких законодавчих норм, що регламентують цифрові страхові продукти, стандарти захисту персональних медичних даних та правила роботи електронних платформ. Ці

умови обмежують масштабне впровадження інноваційних сервісів і стримують розвиток цифрової системи страхування.

2) Організаційні бар'єри - полягають у тому, що існуючі цифрові рішення недостатньо інтегровані в роботу медичних установ та страхової галузі, немає єдиної платформи для обміну інформацією, а деякі установи мало прагнуть впроваджувати електронні процеси. Це призводить до того, що інформація вводитьься двічі, з'являються затримки у наданні послуг і зростають адміністративні витрати.

3) Соціально-психологічні бар'єри - виникають через обмежену довіру громадян до цифрових технологій та небажання користуватися електронними платформами для оформлення страхування чи отримання медичних послуг. Недостатня обізнаність і низький рівень цифрової грамотності значною мірою уповільнюють поширення інновацій.

Незважаючи на ці труднощі, Україна активно рухається у напрямі впровадження цифрових інновацій у медичне страхування. Для досягнення стійкого розвитку в цій сфері необхідний комплексний підхід, що передбачає поєднання законодавчих ініціатив, організаційних змін та просвітницьких програм для населення. Такий підхід сприятиме істотному покращенню доступності страхових продуктів, підвищенню прозорості та ефективності їх надання, а також забезпечить інтеграцію національної системи охорони здоров'я в єдине цифрове середовище [79].

Цифрові технології в медичному страхуванні допомагають повністю покращити роботу страхових компаній. Автоматизація процесів, наприклад, оформлення полісів, оцінки ризиків, ведення електронних медичних карток та обробка заявок на відшкодування, зменшує час на виконання різних операцій і знижує витрати на адміністрацію. Так страховикам вдається обслуговувати більше клієнтів без додаткових ресурсів, що збільшує загальну ефективність роботи в галузі страхування.

Цифрові платформи значно покращують прозорість операцій у страхуванні. Клієнти мають можливість отримувати інформацію про свої

поліси, умови страхування, стан виплат і історію взаємодії зі страховиком в режимі онлайн. Це дозволяє їм краще контролювати процес і зменшити ризик помилок або шахрайства. Використання технологій блокчейн та смарт-контрактів забезпечує надійність транзакцій, автоматизує виплати та підвищує довіру до страхових послуг.

Щодо фінансової доступності, цифрові технології надають додаткові шляхи для розширення кола людей, які можуть користуватися страховими послугами. Використання мобільних додатків, онлайн-платформ та телемедицини дозволяє оформляти страхові поліси та отримувати медичну допомогу без необхідності відвідувати медичні заклади, що особливо важливо для мешканців віддалених районів та осіб з обмеженими можливостями. Застосування аналітичних систем і технологій Big Data дає змогу розробляти персоналізовані тарифи, підвищуючи доступність та привабливість страхових продуктів.

Крім того, цифровізація сприяє більш тісній інтеграції страхового сектору з іншими елементами системи охорони здоров'я та фінансової інфраструктури. Це дозволяє застосовувати комплексний підхід до управління ризиками, точніше прогнозувати потреби населення у медичних послугах та оперативно адаптувати страхові продукти до ринкових умов. У результаті цифровізація не тільки робить операційні процеси більш ефективними, а й формує прозору, гнучку та інклюзивну систему медичного страхування, яка гарантує населенню доступ до якісних і фінансово посильних страхових послуг [79; 85].

Таким чином, цифрові технології мають вирішальне значення для забезпечення фінансової доступності медичного страхування в Україні. Вони дозволяють оптимізувати роботу страхових компаній, скоротити адміністративні витрати та автоматизувати процеси оцінки ризиків і виплат. Частина технологій - електронні медичні записи, електронні рецепти, е-лікарняні та інші сервіси eHealth - є основою цифровізації обов'язкового медичного страхування та формуються державою, інші рішення - мобільні

страхові додатки, телемедичні платформи приватних компаній, Big Data, штучний інтелект і блокчейн - притаманні переважно ринку добровільного медичного страхування. Для сталого розвитку цифрового медичного страхування необхідний комплексний підхід, що охоплює законодавчі ініціативи, організаційні зміни, впровадження сучасних технологій та освітню роботу серед населення. Така стратегія дозволить створити прозору, доступну та орієнтовану на потреби громадян страхову систему, сприятиме інтеграції національної охорони здоров'я в єдиний цифровий простір і підвищить ефективність та доступність страхових послуг для всіх верств населення.

### **3.3. Перспективи розвитку та можливі напрями удосконалення системи медичного страхування**

Сучасний етап соціально-економічного розвитку України супроводжується глибокими трансформаціями у сфері охорони здоров'я. Зниження демографічних показників, зростання вартості медичних послуг, наслідки війни, посилений тиск на соціальну інфраструктуру та брак бюджетних ресурсів формують додаткові ризики й ускладнюють стабільне функціонування системи медицини [86]. Це підкреслює необхідність впровадження ефективних механізмів для забезпечення громадянам доступу до якісної медичної допомоги. Розробка дієвої моделі фінансування медичної системи стає пріоритетним завданням для забезпечення надійнішого соціального захисту громадян, тоді як медичне страхування виступає ключовим інструментом модернізації та підвищення ефективності галузі.

У сучасних системах охорони здоров'я розвинених держав медичне страхування відіграє одну з центральних ролей. Воно сприяє ефективному розподілу фінансових ресурсів, знижує фінансові ризики для домогосподарств, гарантує громадянам доступ до потрібних медичних послуг і заохочує конкуренцію серед медичних закладів [87]. В Україні ж цей інструмент лише починає формуватися: рівень охоплення населення

залишається недостатнім, а добровільне медичне страхування (ДМС) поки що не здатне виконувати функцію повноцінного механізму фінансового захисту [88].

В умовах сьогодення особливої ваги набуває чітке окреслення подальших напрямів розвитку та пошук дієвих інструментів удосконалення системи медичного страхування, яка поступово перетворюється на один із головних пріоритетів державної політики в галузі охорони здоров'я. Система медичного страхування України зазнає активних змін: поряд із модернізацією інфраструктури, впровадженням цифрових технологій та реформуванням мережі надавачів медичних послуг, все ще залишаються ключові проблеми, що перешкоджають повноцінному та ефективному функціонуванню цієї системи.

Посилення ролі державного та добровільного медичного страхування, запровадження інноваційних технологій, підвищення якості обслуговування та відповідність європейським стандартам створюють основу для перспективного розвитку страхових механізмів у сфері охорони здоров'я. Міжнародна практика свідчить, що якісно вибудована система медичного страхування дає змогу урізноманітнити джерела фінансування охорони здоров'я, знизити обсяг прямих витрат домогосподарств на лікування й забезпечити населенню гарантований доступ до якісної медичної допомоги [89]. В Україні цей інститут перебуває на етапі трансформації: попри активний розвиток добровільного страхування та реформу фінансування через НСЗУ, повноцінна модель страхової медицини ще не сформована .

Подальші зміни системи медичного страхування в Україні залежатимуть від здатності держави поєднати бюджетні механізми, страхові інструменти та цифрові технології в єдину ефективну модель. У перспективі впровадження обов'язкового медичного страхування, модернізація ДМС, удосконалення законодавства, формування достатнього фінансування й активне поширення страхової культури дадуть можливість створити стійку, справедливую та доступну систему охорони здоров'я. Реалізація цих напрямів сприятиме

підвищенню якості медичної допомоги та забезпеченню надійного фінансового захисту для всього населення України у майбутньому.

На основі проведеного аналізу стану галузі та міжнародних тенденцій, можна виділити стратегічні напрями удосконалення системи медичного страхування в Україні до 2030 року:

- Поетапний перехід до загальнообов'язкового медичного страхування (ОМС) [90; 91; 92]:

Хоча базові елементи солідарної системи закладені в Конституції, практична реалізація ОМС залишається стратегічним завданням. Впровадження класичної страхової моделі передбачається не як миттєва дія, а як еволюційний процес, що включає [93]:

- Ухвалення спеціального закону про загальнообов'язкове медичне страхування, який чітко визначить джерела фінансування (цільові внески роботодавців, громадян або перерозподіл податків), статус страховика (єдиний державний фонд або регульований ринок приватних страховиків) та гарантований пакет послуг;

- Трансформацію НСЗУ з бюджетного розпорядника у повноцінного страхового оператора, здатного акумулювати та адмініструвати страхові резерви;

- Захист соціально вразливих груп, щоб забезпечити принцип універсального охоплення.

Прогноз ефективності впровадження обов'язкового медичного страхування (ОМС) до 2030 року показує, що може відбутися значне покращення фінансової стійкості системи охорони здоров'я в Україні. Поетапне впровадження ОМС дозволить більш рівномірно розподілити фінансові зобов'язання між державою, роботодавцями та громадянами, що зменшить залежність від обмеженого державного бюджету [93]. Такий підхід створить стабільне джерело фінансування медичних послуг, покращить доступність якісної медичної допомоги для багатьох людей та змусить розвиватися страхові та медичні послуги. Аналітики також підкреслюють, що

впровадження ОМС знизить ризик корупції, збільшить прозорість фінансових потоків та покращить якість медичної допомоги завдяки кращому контролю за використанням ресурсів.

В цілому, до 2030 року ОМС може стати одним із ключових елементів модернізації системи охорони здоров'я, наближаючи її до європейських стандартів у фінансуванні та захисті здоров'я населення.

- Розвиток ДМС як комплементарної системи [88; 94; 95; 96; 97]:

ДМС не повинно конкурувати з державною програмою медичних гарантій, а має її доповнювати. Перспективними напрямками є:

- Прийняття окремого закону про ДМС, який регулював би умови страхових продуктів, права застрахованих та особливості страхових договорів;
- Розробка страхових програм, що покривають послуги, які не входять або обмежено входять до державного пакету (стоматологія, реабілітація, планова хірургія підвищеного комфорту, інноваційні ліки);
- Запровадження податкових пільг для роботодавців, які страхують працівників, та для громадян, що купують поліси ДМС, що стимулюватиме розвиток ринку та вихід «з тіні» зарплат.

Очікується, що комплементарна модель ОМС та ДМС повинна привести до дворівневої системи охорони здоров'я: базового гарантованого рівня для всіх громадян та преміум-опцій для тих, хто бажає отримати вищий рівень послуг. Така система забезпечить постійне фінансування галузі, стимулюватиме конкуренцію серед страховиків та медичних установ, а також сприятиме підвищенню якості медичних послуг в Україні.

- Діджиталізація та автоматизація процесів [79; 87; 89; 98]:

Подальша діджиталізація є критичною умовою ефективності страхової моделі:

- Створення єдиного цифрового простору, де обмінюються даними електронна система охорони здоров'я (eHealth), страхові компанії та медичні заклади. Це дозволить автоматизувати врегулювання страхових випадків і уникнути дублювання послуг;

- Закріплення телемедичних консультацій як стандартної страхової послуги, що особливо актуально для мешканців віддалених районів та внутрішньо переміщених осіб;

- Використання Big Data та штучного інтелекту для аналізу здоров'я населення, прогнозування захворюваності та розробки індивідуальних профілактичних програм, які можуть фінансуватися страховиками.

- Вдосконалення якості медичних послуг та стандартизація [89; 99; 100]:

- Впровадження єдиних клінічних протоколів та стандартів якості для всіх надавачів послуг незалежно від форми власності;

- Вдосконалення системи підготовки спеціалістів у сферах медицини та страхування, сприяння їхньому професійному розвитку та підвищенню кваліфікації;

- Створення незалежної системи моніторингу якості медичних послуг, результати якої впливатимуть на обсяги фінансування закладу з боку страховиків. Це сприятиме стабільному функціонуванню системи охорони здоров'я та покращенню стандартів медичного обслуговування населення.

- Підвищення фінансової грамотності та страхової культури [89; 98]:

Важливим завданням є зміна ставлення населення до свого здоров'я та фінансів, для цього потрібні:

- Просвітницькі кампанії - інформування громадян про те, як працює страхова медицина, які права вона надає та чому важливо інвестувати у власне здоров'я через страхові інструменти. Такі заходи сприяють підвищенню обізнаності громадян щодо переваг страхування, стимулюють їх до активного використання цих послуг та сприяють формуванню страхової культури;

- Забезпечити доступність інформації про різні види страхування, їх умови, а також залучати громадськість до обговорення питань охорони здоров'я і страхування;

- Стимулювання проходження регулярних медичних оглядів через механізми страхових бонусів.

- Інтеграція з європейськими стандартами [68; 99]:
  - Адаптація до європейських механізмів фінансування;
  - Приєднання до міжнародних мережах охорони здоров'я;
  - Впровадження кращих практик з управління якістю та безпекою пацієнтів.

Це дозволить забезпечити високу якість страхового захисту й пришвидшити впровадження реформ.

Отже, попри певні здобутки, система медичного страхування в Україні ще не досягла повної зрілості, що вимагає комплексного підходу до її розвитку. У перспективі впровадження обов'язкового медичного страхування, модернізація ДМС, удосконалення законодавства, діджиталізація, вдосконалення якості медичних послуг, активне поширення страхової культури й інтеграція з європейськими стандартами дадуть можливість створити сучасну, стійку, справедливу та доступну систему охорони здоров'я. Запровадження та послідовна реалізація окреслених напрямів розвитку медичного страхування дозволить підняти якість медичної допомоги й сформувати дієвий механізм фінансового захисту для всіх верств населення України в довгостроковій перспективі.

## ВИСНОВОК

У межах даної кваліфікаційної роботи було проаналізовано теоретичні, організаційно-економічні, правові та практичні аспекти удосконалення медичного страхування в Україні, а також визначено його роль у формуванні фінансово стійкої та соціально орієнтованої системи охорони здоров'я. Отримані результати дають змогу сформувати комплексний, узагальнюючий висновок про сучасні тенденції, проблеми та перспективи розвитку страхової моделі медицини в умовах трансформацій української економіки, воєнних викликів і європейського вектору реформ.

Проведений аналіз підтвердив, що медичне страхування є важливим елементом світових систем охорони здоров'я, виконуючи функції фінансового перерозподілу ризиків, надання рівного доступу до медичних послуг, підвищення якості послуг та оптимізації потоків фінансування. У розвинених країнах страхові механізми дозволяють збалансувати інтереси держави, медичних установ, страховиків та громадян. Водночас в Україні страхова модель перебуває на стадії становлення й характеризується обмеженим поширенням, нормативною незавершеністю та недостатнім рівнем довіри населення й роботодавців до страхових інструментів.

Аналіз історичного розвитку медичного страхування в Україні виявив, що становлення системи було нерівномірним і залежало від соціально-економічних умов різних історичних періодів. Медичне страхування існувало на українських теренах ще наприкінці XIX століття у форматі лікарняних кас, проте його розвиток був перерваний радянською централізацією, яка усунула страхові механізми, замінивши їх бюджетним фінансуванням. Після 1991 року відбулися спроби відновити страхову медицину на ринкових засадах, проте вони мали фрагментарний характер. Лише медична реформа 2017 року заклала підґрунтя для побудови системи, близької до страхової, через впровадження Національної служби здоров'я України та принципу «гроші йдуть за пацієнтом». Таким чином, Україна поступово перейшла від пострадянської

моделі до сучасного формату фінансування, який потребує доповнення механізмами обов'язкового медичного страхування.

Дослідження правового забезпечення показало, що чинна нормативна база містить окремі елементи, необхідні для функціонування страхової медицини, проте вона не формує комплексної системи медичного страхування, що відповідає міжнародним стандартам. В Україні досі відсутній спеціальний закон про обов'язкове медичне страхування, що перешкоджає впровадженню повноцінної солідарної моделі. Наявні закони щодо охорони здоров'я, страхування та фінансових гарантій визначають базові засади фінансування медичних послуг, однак не регламентують механізми обов'язкових внесків, структуру страхових фондів, порядок відшкодування вартості лікування та систему нагляду. Розвиток медичного страхування стримується також недостатньою гармонізацією українського законодавства з нормами ЄС та відсутністю податкових стимулів для страхувальників.

У другому розділі проведено дослідження сучасного стану ринку добровільного медичного страхування в Україні. На підставі статистичних даних Національного банку України за 2020–2024 роки було встановлено, що ринок ДМС демонструє тенденцію до зростання, хоча на його розвиток суттєво вплинули пандемія COVID-19 та повномасштабне вторгнення у 2022 році. Упродовж досліджуваного періоду валові страхові премії зросли з 5,44 млрд грн у 2020 р. до 7,16 млрд грн у 2024 р., однак структура ринку змінилася: кількість укладених договорів скоротилася більш ніж удвічі, тоді як середня премія на один договір зросла у понад три рази. Це свідчить про укрупнення страхових програм, перегляд тарифів та збільшення вартості медичних послуг.

Аналіз структури страхувальників підтвердив, що ринок ДМС в Україні залишається переважно корпоративним: у 2024 році на юридичних осіб припадало понад 68% страхових премій, що показує низьку доступність індивідуального страхування для населення. Водночас коефіцієнт виплат (Loss Ratio) у 2024 році досяг 60,3%, що є свідченням зростання навантаження на страховиків, подорожчання медичних послуг та посилення інтенсивності

використання страхових програм. Загалом, ринок демонструє адаптивність, однак його подальший розвиток обмежується низьким попитом серед фізичних осіб, недостатнім рівнем інформованості громадян та відсутністю державних стимулів.

Проведений аналіз проблем розвитку медичного страхування дав можливість виділити ключові бар'єри, які уповільнюють формування повноцінної страхової моделі в Україні. Серед них найбільш суттєвими є: низький рівень доходів населення, що зменшує доступність страхових програм; нерівномірність фінансування медичної галузі, яке не досягає рекомендованих ВООЗ 5% ВВП, недовіра до страхових компаній, брак кваліфікованих кадрів та сучасної медичної інфраструктури, відсутність податкових механізмів стимулювання страхування, недостатній розвиток профілактичної медицини, обмежене впровадження телемедицини та цифрових сервісів.

Світовий досвід, підтверджує, що країни з ефективними системами охорони здоров'я поєднують державні та приватні механізми фінансування, спираючись на обов'язкове медичне страхування як основу солідарної моделі. Бісмарківська та Беверіджівська моделі демонструють різні підходи до фінансування, однак спільною для них є наявність чітких правил, прозорих механізмів розподілу коштів, високого рівня відповідальності держави та обов'язковості внесків. Досвід країн ЄС свідчить, що запровадження ОМС сприяє зменшенню частки прямих платежів населення, підвищенню якості медичних послуг, зміцненню фінансової стабільності галузі та зростанню доступності медичної допомоги.

У третьому розділі, на основі зіставлення українських реалій із міжнародними практиками було сформульовано рекомендації щодо впровадження страхової моделі в Україні. Запропонована концепція поетапного впровадження обов'язкового медичного страхування включає: формування спеціального страхового фонду, запровадження прозорої методики нарахування та сплати внесків, розроблення переліку гарантованих

медичних послуг, удосконалення інформаційних систем та цифрових сервісів, формування системи контролю якості, запровадження податкових стимулів для роботодавців та громадян, розвиток ринку добровільного страхування як доповнення до ОМС.

Приділено особливу увагу впровадженню цифрових технологій у сфері медичного страхування. Аналіз свідчить, що зменшення адміністративних витрат, підвищення прозорості фінансових потоків, організація нагляду за якістю медичних послуг і ефективна взаємодія між страховими компаніями, пацієнтами та медичними установами можлива завдяки впровадженню електронних медичних карток, системи eHealth, телемедичних сервісів, онлайн-врегулювання страхових випадків та автоматизованих платформ підтримки. Подальше вдосконалення цифрової інфраструктури є необхідним для становлення страхової медицини в Україні.

Узагальнюючи результати дослідження, можна констатувати, що впровадження повноцінної страхової моделі охорони здоров'я в Україні є стратегічним завданням, яке дозволить: підтримати економічну стабільність системи охорони здоров'я, підвищити рівень соціального захисту населення, оптимізувати механізми фінансування медичної сфери, зменшити частку прямих витрат громадян на лікування, забезпечити сталість і прогнозованість фінансових потоків у системі охорони здоров'я, покращити якість надання медичних послуг і задоволеність пацієнтів.

Результати дослідження свідчать, що створення ефективної системи медичного страхування неможливе без скоординованих дій зі сторін держави, медичних установ, страховиків і суспільства. Вкрай важливо розвивати довіру до страхової медицини, що базується на прозорості фінансових потоків, високій якості медичних послуг та ефективних механізмах контролю. В умовах сучасних викликів, зокрема війни і економічної нестабільності, страхування може відігравати ключову роль як інструмент відновлення та поступової модернізації системи охорони здоров'я.

Таким чином, отримані результати підтвердили припущення, що розвиток медичного страхування, зокрема впровадження моделі обов'язкового страхування, сприяє підвищенню фінансової доступності медичних послуг, зміцнює стійкість системи охорони здоров'я та покращує якість медичної допомоги. Комбінування обов'язкового медичного страхування з вдосконаленням добровільних програм створює умови для комплексної трансформації медичної галузі, що базується на прозорості, ефективності й соціальній спрямованості системи охорони здоров'я.

Підсумовуючи, можна зазначити, що формування сучасної системи медичного страхування в Україні є не лише економічною та соціальною необхідністю, а й важливим кроком на шляху до інтеграції в європейський простір охорони здоров'я. Реалізація запропонованих у дослідженні заходів дозволить підвищити ефективність функціонування галузі, створити умови для доступу до медичних послуг високої якості, створити передумови для зменшення фінансових ризиків населення та сформувати стабільну фінансову основу для подальшого розвитку сфери охорони здоров'я. Успішність цього процесу залежить від політичної ситуації в країні, економічної сталості, розвитку цифрової інфраструктури, посилення нормативно-правової бази та активної участі всіх суб'єктів системи медичного страхування. Завдяки комплексному підходу медичне страхування може стати інструментом зміцнення здоров'я нації, підвищення якості життя громадян та модернізації державної політики у галузі охорони здоров'я.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Новосад Я. Сутність, принципи та правові основи медичного страхування в Україні. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2014. Вип. 7(5). С. 60-63. URL: [http://www.ej.kherson.ua/journal/economic\\_07/234.pdf](http://www.ej.kherson.ua/journal/economic_07/234.pdf) (дата звернення: 30.11.2025).
2. Сутність, завдання і форми медичного страхування. URL: <https://studfile.net/preview/5149397/page:66/> (дата звернення: 30.11.2025).
3. Kasule O.H.K. Health insurance and the ethical issue of equity. *Journal of Taibah University Medical Sciences*. 2012. Vol. 7. P. 61–68. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1658361212000261> (дата звернення: 30.11.2025).
4. D. Addly Daniel, Mr. Lakshmi Narasimhan Srinivasagopalan, K. Paramarthalingam. Investigating healthcare insurance models and their implications for health policy design. *IJISAE*. 2021. URL: <https://ijisae.org/index.php/IJISAE/article/download/7097/6045/12371> (дата звернення: 30.11.2025).
5. Кирєєва І.В., Коробцова Д.В. Функції медичного страхування в контексті медичної реформи в Україні. *Держава та регіони. Серія: Право*. 2020. № 1 (67). С. 115–120. URL: [http://law.stateandregions.zp.ua/archive/1\\_2020/part\\_1/21.pdf](http://law.stateandregions.zp.ua/archive/1_2020/part_1/21.pdf) (дата звернення: 30.11.2025).
6. Петрушка О.В. Особливості функціонування моделей медичного страхування в економічно розвинутих країнах. *Економіка і суспільство*. 2017. № 13. С. 1189-1192. URL: [https://economyandsociety.in.ua/journals/13\\_ukr/199.pdf](https://economyandsociety.in.ua/journals/13_ukr/199.pdf) (дата звернення: 30.11.2025).
7. Бойчук Р.М. Принципи загальнообов'язкового державного медичного страхування в інвестиційній сфері. *Науково-дослідний інститут*

*проблем зайнятості та праці*. 2017. С. 445–476. URL: [https://ndipzir.org.ua/wp-content/uploads/2017/07/Boychuk/2\\_10.pdf](https://ndipzir.org.ua/wp-content/uploads/2017/07/Boychuk/2_10.pdf) (дата звернення: 30.11.2025).

8. Які моделі медичного страхування працюють у світі. Інфографіка. Волинські новини. 2021. URL: <https://www.volynnews.com/news/all/yaki-modeli-medychnoho-strakhuvannia-pratsiuiut-u-sviti-infohrafika/> (дата звернення: 30.11.2025).

9. Барзилович А.Д. Впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 5-6. С. 109–114. URL: [http://www.investplan.com.ua/pdf/5-6\\_2020/19.pdf](http://www.investplan.com.ua/pdf/5-6_2020/19.pdf) (дата звернення: 30.11.2025).

10. Лепетан І.М., Жарлінська Р.Г. Глобальні моделі фінансування охорони здоров'я: порівняння та перспективи розвитку. *Інвестиції: практика та досвід*. 2025. № 3. С. 107-114. URL: <https://www.nayka.com.ua/index.php/investplan/article/view/5631> (дата звернення: 30.11.2025).

11. Ювсечко О. Історичні аспекти становлення і розвитку медичного страхування в Україні. URL: <https://naub.ua.edu.ua/istorychni-aspekty-stanovlennya-i-rozvytku-medychnoho-strahuvannya-v-ukrajini/> (дата звернення: 30.11.2025).

12. The future of Ukrainian healthcare: the digital opportunity. PMC. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12491902/> (дата звернення: 30.11.2025).

13. Левченко І. Вплив цифровізації на сферу охорони здоров'я. URL: <https://ur.knute.edu.ua/server/api/core/bitstreams/0d94128b-9467-4c5b-b924-b85a55fd4cd9/content> (дата звернення: 30.11.2025).

14. Закон України «Про страхування». URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/1909-20?utm\\_source=chatgpt.com#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/1909-20?utm_source=chatgpt.com#Text) (дата звернення: 30.11.2025).

15. У чому різниця між обов'язковим та добровільним страхуванням. Sk-ridna. URL: <https://sk-ridna.com.ua/strahuvalnykam-na-zamitku-u-chomu->

riznyczya-mizh-obovyazkovym-ta-dobrovilnym-strahuvannyam/ (дата звернення: 30.11.2025).

16. Аркатов Я.А. Основні суттєві ознаки загальнообов'язкового державного медичного страхування. *Право та інновації*. № 48. 2014. С. 142–147. URL: <https://ndipzir.org.ua/wp-content/uploads/2015/03/Arkatov8.pdf> (дата звернення: 30.11.2025).

17. UNIQA. Медичне страхування. Здоров'я. URL: <https://uniqua.ua/private/life/zdorove/> (дата звернення: 30.11.2025).

18. Конституція України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 30.11.2025).

19. Горбунова К. Загальнообов'язкове державне медичне страхування — бути чи не бути? *Аптека online*. URL: <https://www.apteka.ua/article/159212> (дата звернення: 30.11.2025).

20. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 30.11.2025).

21. Закон України «Про страхування». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1909-20#Text> (дата звернення: 30.11.2025).

22. Логінова А.С. Сучасний стан страхування медичних витрат в Україні. *Економіка та суспільство*. 2023. № 53. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/2707/2621> (дата звернення: 30.11.2025).

23. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 30.11.2025).

24. Горник В.Г., Євмешкіна О.Л., Сімак С.В. Стратегічні орієнтири медичного страхування в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2025. № 1. URL:

[https://www.pubadm.vernadskyjournals.in.ua/journals/2025/1\\_2025/11.pdf](https://www.pubadm.vernadskyjournals.in.ua/journals/2025/1_2025/11.pdf) (дата звернення: 30.11.2025).

25. Закон України Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від 23.09.1999 № 1105-XIV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1105-14#Text> (дата звернення: 01.12.2025).

26. Проект Закону про фінансування охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні. № 3464. URL: <https://www.kmu.gov.ua/bills/proekt-zakonu-pro-finansove-zabezpechennia-okhorony-zdorovia-ta-zahalnooboviazkove-medychne-strakhuvannia-v-ukrayini> (дата звернення: 30.11.2025).

27. Тимошик Н.С. Впровадження європейських стандартів у страховий менеджмент України. *Міжнародний науковий журнал «Інтернаука»*. 2024. №6. URL: <https://doi.org/10.25313/2520-2294-2024-6-10061> (дата звернення: 30.11.2025).

28. Коваль О.А., Ночвай О.І. Проблеми та перспективи впровадження медичного страхування в Україні. *Електронний журнал «Ефективна економіка»*. 2014. № 4. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=2905> (дата звернення: 30.11.2025).

29. Бєлова О.О. Медичне страхування та проблеми його розвитку в Україні *Молодий вчений*. 2023. №12 (124). С. 157–161. URL: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2023-12-124-7> (дата звернення: 20.04.2025).

30. Крилов Д.В. Медичне страхування в Україні: сучасний стан та основні проблеми. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: економіка та управління*, 2023. URL: <https://reicst.com.ua/pmt/article/download/2023-10-03-01/2023-10-03-01/864> (дата звернення: 30.11.2025).

31. Сова О.Ю. Сучасний стан та перспективи розвитку медичного страхування в Україні. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2018. Вип. 49. С. 80-92. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vzuk\\_2018\\_49\\_13](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vzuk_2018_49_13) (дата звернення: 30.11.2025).

32. Самошкіна І.Д. Становлення та розвиток медичного страхування в Україні. *Причорноморські економічні студії*. 2020. № 54. С. 218-223. URL: [https://bses.in.ua/journals/2020/54\\_2020/35.pdf](https://bses.in.ua/journals/2020/54_2020/35.pdf) (дата звернення: 30.11.2025).
33. Пономарьова О.Б., Гребенюк О.С., Сидорчук Р.О. Медичне страхування в Україні, сучасний стан та перспективи розвитку. *Регіональна економіка та управління*. 2017. Вип. 5 (18). С. 33–38. URL: <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/595891> (дата звернення: 30.11.2025).
34. Видатки держбюджету України: 2024. *Мінфін*. URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/finance/budget/gov/expense/2024/> (дата звернення: 30.11.2025).
35. Мінфін: У 2024 році видатки на охорону здоров'я становили 238,7 млрд гривень. *Міністерство фінансів України*. URL: [https://mof.gov.ua/uk/news/minfin\\_u\\_2024\\_rotsi\\_vidatki\\_na\\_okhoronu\\_zdorovia\\_stanovili\\_2387\\_mlrd\\_griven-4999](https://mof.gov.ua/uk/news/minfin_u_2024_rotsi_vidatki_na_okhoronu_zdorovia_stanovili_2387_mlrd_griven-4999) (дата звернення: 30.11.2025).
36. Філіпова Н.В. Досвід європейських країн у фінансуванні охорони здоров'я. *Вісник Хмельницького національного університету*. 2020. № 6. С. 315-320. URL: <https://journals.khnu.km.ua/vestnik/wp-content/uploads/2021/11/56.pdf> (дата звернення: 30.11.2025).
37. Пшеничний П. Медичне страхування під час війни: чим страховики компенсують подорожчання послуг. *DELO.UA*. URL: <https://delo.ua/insurance/zdorovya-pid-nadiinim-zaxistom-yak-straxoviki-povertatimut-balans-na-rinku-medstrahuvannya-411167/> (дата звернення: 30.11.2025).
38. Національний банк України. *Офіційний веб-сайт*. URL: <https://bank.gov.ua/> (дата звернення: 30.11.2025).
39. Медичне страхування. Як це працює в Україні та світі. *Мінфін*. URL: <https://new.minfin.com.ua/ua/providna/medstrahovanie-kak-rabotaet-v-ukraine-i-mire> (дата звернення: 30.11.2025).

40. Здоров'я знову в тренді: як український бізнес допомагає відновленню ринку ДМС. *INGO. Новини*. 2024. URL: <https://ingo.ua/news/zdorov-ya-znovu-v-trendi-yak-ukrayinskij-biznes-dopomagaye-vidnovlennnyu-rinku-dms> (дата звернення: 30.11.2025).

41. Показники діяльності страховиків. Наглядова статистика. Національний банк України. URL: <https://bank.gov.ua/ua/statistic/supervision-statist> (дата звернення: 30.11.2025).

42. Кабінет Міністрів України. Реформа системи охорони здоров'я. *Урядовий портал*. URL: <https://www.kmu.gov.ua/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya> (дата звернення: 30.11.2025).

43. Журавка О.С., Босак І.Л. Аналіз та прогнозування розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні. *Вісник Сумського державного університету. Серія Економіка*. 2022. № 2. С. 50–58. URL: [https://visnyk.fem.sumdu.edu.ua/issues/2\\_2022/5.pdf](https://visnyk.fem.sumdu.edu.ua/issues/2_2022/5.pdf) (дата звернення: 30.11.2025).

44. Страховий ринок України: маємо унікальний досвід, яким готові ділитися з Європою. *Ліга страхових організацій України*. 2025. URL: <https://uainsur.com/strakhovyy-rynok-ukrainy-maємо-unikalnyy-dosvid-iakym-hotovi-dilytysia-z-yevropoiu/> (дата звернення: 30.11.2025).

45. Державна служба статистики України. *Офіційний веб-сайт*. URL: <https://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення: 30.11.2025).

46. Кабінет Міністрів України. Уточнені дані ВВП за 2020 рік від Держстату виявились кращими ніж прогноз. *Урядовий портал*. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/utochneni-dani-vvp-za-2020-rik-vid-derzhstatu-viyavilis-krashchimi-nizh-prognoz> (дата звернення: 30.11.2025).

47. Страхівка від COVID: скільки можуть отримати хворі на коронавірус. *Економічна правда*. 2020. URL: <https://epravda.com.ua/publications/2020/11/25/668376/> (дата звернення: 30.11.2025).

48. Національний банк України. Огляд стану страхового ринку України за I півріччя 2022 року. URL: [https://bank.gov.ua/admin\\_uploads/article/%D0%9E%D0%B3%D0%BB%D1%8F%D0%B4\\_%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD\\_%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%85%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B3%D0%BE\\_%D1%80%D0%B8%D0%BD%D0%BA%D1%83-%D0%BD%D0%B0%D0%B3%D0%BB%D1%8F%D0%B4\\_pr\\_2022-09-23.pdf](https://bank.gov.ua/admin_uploads/article/%D0%9E%D0%B3%D0%BB%D1%8F%D0%B4_%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD_%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%85%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B3%D0%BE_%D1%80%D0%B8%D0%BD%D0%BA%D1%83-%D0%BD%D0%B0%D0%B3%D0%BB%D1%8F%D0%B4_pr_2022-09-23.pdf) (дата звернення: 30.11.2025).

49. Результати страхового ринку у I півріччі 2023 року. *Національна асоціація страховиків України*. 2023. URL: <https://nasu.com.ua/the-results-of-the-insurance-market-in-the-first-half-of-2023-2/> (дата звернення: 30.11.2025).

50. Inflation trends in Ukraine. *World Data Info*. URL: <https://www.worlddata.info/europe/ukraine/inflation-rates.php> (дата звернення: 30.11.2025).

51. OECD. Public funding of health spending. In: Health at a Glance 2025. 2025. URL: [https://www.oecd.org/en/publications/2025/11/health-at-a-glance-2025\\_a894f72e/full-report/public-funding-of-health-spending\\_ff3ad2d2.html](https://www.oecd.org/en/publications/2025/11/health-at-a-glance-2025_a894f72e/full-report/public-funding-of-health-spending_ff3ad2d2.html) (дата звернення: 30.11.2025).

52. P4H. Ukraine. URL: <https://p4h.world/en/countries/ukraine/> (дата звернення: 30.11.2025).

53. France. European Observatory on Health Systems and Policies. URL: <https://eurohealthobservatory.who.int/countries/france> (дата звернення: 30.11.2025).

54. Health Insurance Statistics in Germany. URL: <https://www.germany-visa.org/insurances-germany/health-insurance/statistics/> (дата звернення: 30.11.2025).

55. OECD. *Germany: Country Health Profile 2019*. URL: [https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2019/11/germany-country-health-profile-2019\\_2f2cfa4f/36e21650-en.pdf](https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2019/11/germany-country-health-profile-2019_2f2cfa4f/36e21650-en.pdf) (дата звернення: 30.11.2025).

56. OECD. *Germany: Country Health Profile 2023*. URL: [https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/12/germany-country-health-profile-2023\\_2e55ab0e/21dd4679-en.pdf](https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/12/germany-country-health-profile-2023_2e55ab0e/21dd4679-en.pdf) (дата звернення: 30.11.2025).

57. European Commission. *Germany: Country Health Profile 2021*. URL: [https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021\\_chp\\_de\\_english.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_de_english.pdf) (дата звернення: 30.11.2025).

58. France health system summary 2024 (updated). *European Observatory on Health Systems and Policies*. 2024. URL: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/france-health-system-summary-2024-%28updated%29> (дата звернення: 30.11.2025).

59. European Commission. *Czechia: Country Health Profile 2021*. URL: [https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021\\_chp\\_cs\\_english.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_cs_english.pdf) (дата звернення: 30.11.2025).

60. OECD. *Czechia: Country Health Profile 2023*. URL: [https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/12/czechia-country-health-profile-2023\\_dde66b1d/24a9401e-en.pdf](https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/12/czechia-country-health-profile-2023_dde66b1d/24a9401e-en.pdf) (дата звернення: 30.11.2025).

61. ResearchGate. Poland: health system review. 2011. URL: [https://www.researchgate.net/publication/224887350\\_Poland\\_health\\_system\\_review](https://www.researchgate.net/publication/224887350_Poland_health_system_review) (дата звернення: 30.11.2025).

62. P4H. Poland. URL: <https://p4h.world/en/countries/poland/> (дата звернення: 30.11.2025).

63. Poland. Right Healthcare. URL: <https://righthealthcare.eu/poland/> (дата звернення: 30.11.2025).

64. World Bank, WHO. Health financing in Ukraine: reform, resilience and recovery. 2024. URL: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099062725083010231/pdf/P177367-168сес7е-а40b-4а30-9def-39с8f52а3926.pdf> (дата звернення: 30.11.2025).

65. OECD. Health at a Glance 2023. 2023. URL: [https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023\\_7a7afb35-en/full-report/population-coverage-for-healthcare\\_e999bea9.html](https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en/full-report/population-coverage-for-healthcare_e999bea9.html) (дата звернення: 30.11.2025).

66. Harkusha L., Prokip A. & Horban O. Health System Reform in Ukraine and Foreign Experience of Financing Models. *Eastern Ukrainian Medical Journal*. 2020. №. 8. P. 100-107 URL: [https://www.researchgate.net/publication/340891602\\_HEALTH\\_SYSTEM\\_REFORM\\_IN\\_UKRAINE\\_AND\\_FOREIGN\\_EXPERIENCE\\_OF\\_FINANCING\\_MODELS](https://www.researchgate.net/publication/340891602_HEALTH_SYSTEM_REFORM_IN_UKRAINE_AND_FOREIGN_EXPERIENCE_OF_FINANCING_MODELS) (дата звернення: 30.11.2025).

67. WHO and World Bank launch new report assessing progress on health financing reforms. *United Nations in Ukraine*. 2024. URL: <https://ukraine.un.org/en/284053-who-and-world-bank-launch-new-report-assessing-progress-health-financing-reforms> (дата звернення: 30.11.2025).

68. World Bank. Ukraine Health Financing Reform: Progress and Future Directions Overview. 2018. URL: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/704581639720587025/pdf/Ukraine-Health-Financing-Reform-Progress-and-Future-Directions-Overview.pdf> (дата звернення: 30.11.2025).

69. World Health Organization. Voluntary health insurance in Europe. URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/aa0116d1-9f49-4392-bbdb-34efa028d985/content> (дата звернення: 30.11.2025).

70. World Health Organization. Global spending on health: Coping with the pandemic. 2024. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240086746> (дата звернення: 30.11.2025).

71. P4H. Global health expenditure report 2023. URL: <https://p4h.world/en/documents/global-health-expenditure-report-2023> (дата звернення: 30.11.2025).

72. Allianz. Global Insurance Report 2025. May 2025. URL: [https://www.allianz.com/content/dam/onemarketing/azcom/Allianz\\_com/economic-research/publications/specials/en/2025/may/2025-05-27-global-insurance-report.pdf](https://www.allianz.com/content/dam/onemarketing/azcom/Allianz_com/economic-research/publications/specials/en/2025/may/2025-05-27-global-insurance-report.pdf) (дата звернення: 30.11.2025).
73. McKinsey & Company. Global Insurance Report 2025: The pursuit of growth. URL: <https://www.mckinsey.com/industries/financial-services/our-insights/global-insurance-report> (дата звернення: 30.11.2025).
74. Determinants of catastrophic health expenditures in Ukraine before the full-scale war. *VoxUkraine*. URL: <https://voxukraine.org/en/determinants-of-catastrophic-health-expenditures-in-ukraine-before-the-full-scale-war> (дата звернення: 30.11.2025).
75. The Global Economy. Ukraine: Health spending per capita. URL: [https://www.theglobaleconomy.com/Ukraine/health\\_spending\\_per\\_capita/](https://www.theglobaleconomy.com/Ukraine/health_spending_per_capita/) (дата звернення: 30.11.2025).
76. Sirag A., Mohamed Nor N. Out-of-Pocket Health Expenditure and Poverty: Evidence from a Dynamic Panel Threshold Analysis. *Healthcare*. 2021. № 9 (536). URL: <https://www.mdpi.com/2227-9032/9/5/536> (дата звернення: 30.11.2025).
77. Кабінет Міністрів України. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я від 30.11.2016 № 1013-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/249626689> (дата звернення: 30.11.2025).
78. Habicht J., Hellowell M., Kutzin J. Sustaining progress towards universal health coverage amidst a full-scale war: learning from Ukraine. *Health Policy and Planning*. 2024. № 39. URL: <https://academic.oup.com/heapol/article/39/7/799/7690000> (дата звернення: 30.11.2025).
79. Кришталь Г.О., Скиба Г.І., Кривоберець М. М. Цифрові технології як фактор підвищення фінансової доступності медичного страхування в Україні. *Сталий розвиток економіки*. 2025. № 5 (56) С. 159-163 URL:

<https://economdevelopment.in.ua/index.php/journal/article/view/1497/1446> (дата звернення: 30.11.2025).

80. Myronova G. Digitalization of healthcare in Ukraine: legal support of public and private interests. *Entrepreneurship, Economy and Law*. 2022. № 3. P. 40–47. URL: <http://pgp-journal.kiev.ua/archive/2022/3/5.pdf> (дата звернення: 30.11.2025).

81. Shevchuk O., Kondrat I. and Stanienda J. Pandemic as an accelerator of digital transformation in the insurance industry: evidence from Ukraine. *Insurance Markets and Companies*. 2020. Vol. 11, P. 30–41. URL: <https://www.businessperspectives.org/index.php/journals/insurance-markets-and-companies/issue-347/pandemic-as-an-accelerator-of-digital-transformation-in-the-insurance-industry-evidence-from-ukraine> (дата звернення: 30.11.2025).

82. Борисюк О., Дацюк-Томчук М. Використання великих даних (Big data) у страхуванні: оцінка ризиків, оптимізація страхових продуктів та забезпечення безпеки. *Економіка та суспільство*. 2025. № 79. URL: [https://www.researchgate.net/publication/397856210\\_VIKORISTANNA\\_VELIKI\\_H\\_DANIH\\_BIG\\_DATA\\_U\\_STRAHUVANNI\\_OCINKA\\_RIZIKIV\\_OPTIMIZACIA\\_STRAHOVIH\\_PRODUKTIV\\_TA\\_ZABEZPECENNA\\_BEZPEKI](https://www.researchgate.net/publication/397856210_VIKORISTANNA_VELIKI_H_DANIH_BIG_DATA_U_STRAHUVANNI_OCINKA_RIZIKIV_OPTIMIZACIA_STRAHOVIH_PRODUKTIV_TA_ZABEZPECENNA_BEZPEKI) (дата звернення: 30.11.2025).

83. Uniqa Ukraine. Як штучний інтелект полегшує користування медичним страхуванням. URL: <https://special.ain.ua/uniqa-medychne-strakhuvannia/> (дата звернення: 30.11.2025).

84. Chen Y., Zhao C., & Gao Y. Blockchain applications in health insurance: a review of applications, challenges, and prospects. *Frontiers in Blockchain*. 2025. Vol. 8. URL: <https://www.frontiersin.org/journals/blockchain/articles/10.3389/fbloc.2025.1699290/full> (дата звернення: 30.11.2025).

85. Базилевич В.Д., Приказюк Н.В., Лобова О.М. Цифровізація у забезпеченні конкурентних переваг страхових компаній. *Економічна наука*.

2020. №. 2. P. 15–20. URL: <http://www.economy.in.ua/?op=1&z=4504&i=2> (дата звернення: 30.11.2025).

86. Aljuaid T.H., Alhrbi K.A., Alahmadi F.S., Alsharif R.M., Alanazi F.T.H. & Aljohani M.D.S. The pivotal role and transformative impact of health insurance in enhancing healthcare accessibility, quality, and financial protection. *International journal of health sciences*. 2022. № 6, P. 2242–2263. URL: <https://sciencescholar.us/journal/index.php/ijhs/article/view/15434> (date of access: 30.11.2025).

87. Федорович І.М. Медичне страхування: досвід зарубіжних країн та можливості для України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. № 6. С. 72-76. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/handle/316497/47880> (дата звернення: 30.11.2025).

88. Михайлюк М., Роман Т., Танчак Я. Сучасний стан добровільного медичного страхування в Україні. *Галицький економічний вісник*. 2021. № 3 (70). С. 79-88. URL: [https://elartu.tntu.edu.ua/bitstream/lib/35820/2/ГЕВ\\_2021v70n3\\_Myhailyuk\\_M-Current\\_state\\_of\\_voluntary\\_79-88.pdf](https://elartu.tntu.edu.ua/bitstream/lib/35820/2/ГЕВ_2021v70n3_Myhailyuk_M-Current_state_of_voluntary_79-88.pdf) (дата звернення: 30.11.2025).

89. Шурапу О.С. Шляхи удосконалення медичного страхування в Україні з урахуванням іноземного досвіду. *Науковий вісник Одеського національного університету імені І. І. Мечникова*. 2024. С. 455-459. URL: <https://dspace.onu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/cec76f88-1926-4bcf-adb8-344fc90bb4a5/content> (дата звернення: 30.11.2025).

90. Загорська Д.М., Боровицька В.О. Перспективи розвитку та можливі напрями удосконалення системи медичного страхування в Україні. *«Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна»*. 2025. № 109. С.

91. Громова А.Е., Щур А.В., Пархонюк Ю.М. Перспективи запровадження загальнообов'язкового медичного страхування в Україні. *Економіка та суспільство*. 2016. № 6. С. 312-316. URL:

[https://economyandsociety.in.ua/journals/6\\_ukr/53.pdf](https://economyandsociety.in.ua/journals/6_ukr/53.pdf) (дата звернення: 30.11.2025).

92. Перспективи розвитку обов'язкового медичного страхування в Україні. URL: <https://studfile.net/preview/5149397/page:68/> (дата звернення: 30.11.2025).

93. WHO Country Office in Ukraine annual report 2024. *World Health Organization*. 2025. URL: <https://www.who.int/ukraine/publications/i/item/WHO-EURO-2025-11954-51726-79169> (date of access: 30.11.2025).

94. Іжевський П.Г., Крушинська А.В. Добровільне медичне страхування як інструмент соціальної стабільності в умовах війни. *Економічний розвиток і управління*. 2022. № 3. С. 115–122. URL: <https://economdevelopment.in.ua/index.php/journal/article/download/1369/1319> (дата звернення: 30.11.2025).

95. The Ministry of Health approved the “roadmap” for the introduction of health insurance. Association of Private Clinics of Ukraine. URL: <https://www.apmi.com.ua/en/news/moz-zatverdilo-dorozhnyu-kartu-vprovadzhennya-medichnogo-strahuvannya> (дата звернення: 30.11.2025).

96. Mysak Z.S. Voluntary medical insurance in Ukraine: state and development. *Acta Medica Leopoliensia*. 2021. № 27(1-2). Р. 70-75. URL: <https://amljournal.com/index.php/journal/article/view/191> (дата звернення: 30.11.2025).

97. Януль І.Є. Перспективи розвитку медичного страхування в Україні. *Актуальні проблеми міжнародних відносин*. 2021. Вип. 4(150). С. 136–141. URL: [http://www.economy.in.ua/pdf/4\\_2021/17.pdf](http://www.economy.in.ua/pdf/4_2021/17.pdf) (дата звернення: 30.11.2025).

98. Healthcare in Ukraine 2025: Current State and Prospects. UAdestination. 2025. URL: <https://www.uadestination.com/2025/01/19/healthcare-in-ukraine-2025-current-state-and-prospects/> (дата звернення: 30.11.2025).

99. Гринчишин Я.М., Прокопюк А.В. Стан та перспективи розвитку страхового ринку України. *Молодий вчений*. 2017. № 3. С. 622-626. URL:

<https://financial.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2015/10/144.pdf> (дата звернення: 30.11.2025).

100. Данильченко Л.І. Дослідження особливостей та перспективи становлення страхової медицини в Україні в сучасних умовах. [https://journals.uran.ua/sr\\_med/article/view/96222/92819](https://journals.uran.ua/sr_med/article/view/96222/92819) (дата звернення: 30.11.2025).

ДОДАТКИ