

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Навчально-науковий інститут «Інститут державного управління»
Кафедра публічного управління та державної служби

Кваліфікаційна робота магістра
на тему
**ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
В УКРАЇНІ**

Виконала студентка 2 курсу,
групи ЗПУА-3-24
Спеціальності 281 «Публічне
управління та адміністрування»
Освітньо-професійної програми
«Публічне управління та
адміністрування»

_____ Злата БОРЦОВА

Науковий керівник роботи:
кандидат історичних наук, доцент

_____ Антон МЕЛЯКОВ

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ.....	7
1.1. Правові основи медичного страхування: від конституційних гарантій до спеціальних законів.....	7
1.2. Інституційна структура: чинні суб'єкти системи медичного страхування.....	12
1.3. Державні гарантії та добровільне страхування як предмет наукових досліджень.....	17
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ.....	24
2.1. Реформи фінансування охорони здоров'я та зародження страхової моделі.....	24
2.2. Добровільне медичне страхування: тенденції, проблеми, довіра населення	26
2.3 Перспективи впровадження корпоративних моделей медичного страхування.....	32
РОЗДІЛ 3. ВИКЛИКИ ВОЄННОГО ЧАСУ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ.....	38
3.1. Вплив повномасштабної війни на систему медичного страхування.....	38
3.2. Міжнародний досвід та європейський контекст реформ.....	42
3.3. Стратегії післявоєнного розвитку та реформ: шлях до страхової медицини.....	48
ВИСНОВКИ.....	60
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ.....	64

ВСТУП

Актуальність теми. Розвиток системи медичного страхування в Україні є одним із ключових напрямів модернізації охорони здоров'я та фінансового захисту населення. Актуальність цього питання посилюється трьома взаємопов'язаними чинниками: тривалими структурними дисбалансами у фінансуванні медицини, наслідками повномасштабної війни та стратегічним курсом на зближення з практиками ЄС у сфері соціальної політики й стандартів доступності медичної допомоги.

По-перше, для України критично важливо сформувати стійкі механізми акумуляції коштів на медичні послуги та зменшити ризики «катастрофічних» витрат домогосподарств у разі тяжкої хвороби. Без розвинених страхових інструментів система залишається вразливою до шоків: зростання вартості лікування, дефіциту кадрів, нерівномірності ресурсів між регіонами, а також до коливань бюджетних можливостей держави та громад.

Саме тому у вітчизняних дослідженнях медичне страхування розглядають як інструмент підвищення фінансової стабільності сфери охорони здоров'я, кращого планування витрат і підсилення соціальної справедливості через прогнозовані правила доступу до послуг.

По-друге, війна створила додаткові довгострокові потреби: зростає попит на реабілітацію, відновне лікування, психологічну допомогу, лікування хронічних станів, а також на медичні послуги для внутрішньо переміщених осіб і мешканців прифронтових територій. Паралельно держава вимушена балансувати між оборонними видатками та соціальними зобов'язаннями.

У таких умовах страхові механізми (за умови прозорого регулювання) можуть стати одним зі способів диверсифікації фінансування: доповнювати бюджетні програми там, де це доцільно, забезпечувати довші «пакети» реабілітації та профілактики, зменшувати фінансові бар'єри для пацієнта, а також створювати стимули для раннього звернення та скринінгу.

По-третє, розвиток медичного страхування – це питання інституційної якості публічного управління. Страхова модель (у будь-якій конфігурації - обов'язковій, добровільній або змішаній) потребує чітких правил: визначення гарантованого пакета, прозорого тарифоутворення, контрахування постачальників послуг, контролю якості, захисту прав застрахованих, цифрових реєстрів та ефективного нагляду.

Результатом має бути не «додатковий платіж» за доступ до базової медицини, а керований механізм солідарності й перерозподілу ризиків, який підвищує доступність і передбачуваність лікування.

Отже, актуальність розвитку системи медичного страхування в Україні зумовлена необхідністю:

- 1) посилити фінансовий захист населення;
- 2) забезпечити довгострокову стійкість медицини в умовах війни та відновлення;
- 3) підвищити керованість і якість публічної політики охорони здоров'я через прозорі страхові інструменти;
- 4) наближати стандарти доступності та інституційної якості до європейських практик.

Успіх цього напряму залежить не лише від вибору моделі, а від якості регулювання, довіри суспільства та здатності держави забезпечити справедливі, зрозумілі й контрольовані правила для пацієнта, надавача та страховика.

У науковій літературі розвиток медичного страхування прямо пов'язують із посиленням спроможності системи реагувати на масштабні ризики та кризові періоди.

Серед українських дослідників, котрі вивчають тему медичного страхування можна назвати Белову О.О., Білинську М.М., Турчин К.Ю., Березюк В.П., Вороніну О.О., Дяченко Є., Крилова Д.В., Лазарєву М.І., Логінову А.С., Стрілецьку В.М., Крижевського А.В., Миколенко О.І. Михайловську Н.С., Водолазську О., Пазєєву Г.М., Сіроштан Т., Смірнову В.Л.

А також низку європейських науковців, зокрема Маккенбах Й.П., Феррейра П.Л., Тулчинський Т.Х., Дінке М.С., Цалампуні А., Мосіду М., Моссялос Е., Буссе Р., Фігерас Х., МакКі М., Томсон С., Сміт П.К.

Метою магістерської роботи є науково-теоретичне обґрунтування та розробка практичних пропозицій з удосконалення системи медичного страхування на загальнодержавному рівні.

Для досягнення визначеної мети нам необхідно вирішити такі *завдання*:

- дослідити нормативно-правові засади формування та реалізації системи державного регулювання медичного страхування;
- охарактеризувати динаміку змін в цій системі з урахуванням викликів пандемії COVID-19 та повномасштабної війни;
- визначити позитивні та негативні чинники, що впливають на функціонування даної системи;
- визначити перспективи покращення медичного страхування різних категорій громадян, в т.ч. представників соціально вразливих верств населення;
- дослідити приклади ефективної співпраці між органами публічної влади та бізнес-спільнотами у забезпеченні доступності медичного страхування населення.

Об'єктом дослідження є державне регулювання системи медичного страхування в Україні в умовах повномасштабної війни та повоєнного відновлення.

Предметом дослідження є засоби удосконалення медичного страхування населення на загальнодержавному рівні.

Методи дослідження. При підготовці магістерської роботи були використані наступні методи: порівняльного аналізу (при висвітленні різниці в системах медичного страхування в Україні та країнах ЄС); економіко-статистичний (під час аналізу нормативних актів, що регламентують медичне страхування); систематизації (для розробки рекомендацій щодо впровадження змін до діючої системи добровільного страхування); аналізу і синтезу (для підготовки пропозицій з покращення взаємодії органів публічної влади,

лікарського співтовариства та підприємницького середовища в процесі вдосконалення системи медичного страхування).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ РОЗВИТОКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ

1.1. Правові основи медичного страхування: від конституційних гарантій до спеціальних законів

Медичне страхування є ключовим механізмом забезпечення фінансового захисту населення у сфері охорони здоров'я. У розвинених країнах світу страхова модель медицини дозволяє акумулювати кошти на медичне обслуговування і гарантувати громадянам доступ до необхідної допомоги без катастрофічних витрат із власної кишені. В Україні ж система фінансування охорони здоров'я історично ґрунтувалася на бюджетному (податковому) фінансуванні та конституційному декларуванні безоплатної медицини, що на практиці призводило до значної частки неформальних та прямих платежів пацієнтів.

Близько половини всіх витрат на медичні послуги українці покривають власним коштом, що набагато більше, ніж у країнах ЄС, де основний тягар бере на себе система страхування (наприклад, у Польщі більшу частину витрат покриває Національний фонд здоров'я). Така ситуація негативно впливає на доступність медичної допомоги і фінансову стійкість домогосподарств: за оцінками, до 40% українських сімей ризикують опинитися у фінансовій скруті через високі витрати на лікування [7].

Протягом останнього десятиліття (2015-2025 рр.) в Україні відбуваються суттєві трансформації системи охорони здоров'я, включаючи спроби запровадити елементи медичного страхування та реформувати фінансування галузі в цілому. У 2017 році було ухвалено Закон України №2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який започаткував програму медичних гарантій та створив Національну службу здоров'я України (НСЗУ) – центрального розпорядника коштів на медичні

послуги [11]. Ця реформа фактично запровадила модель єдиного національного платника, фінансованого з загальнодержавних доходів, що дозволило забезпечити безперервне покриття медичних послуг для всіх громадян, навіть під час економічних потрясінь, таких як пандемія COVID-19 чи війна. Водночас повноцінного впровадження загальнообов'язкового медичного страхування населення досі не відбулося. Україна залишається однією з небагатьох європейських країн без обов'язкової страхової медицини, а частка населення, охопленого добровільним медичним страхуванням, досі мізерна (порядку 2-3%).

Актуальність дослідження розвитку медичного страхування в Україні зростає особливо в контексті повномасштабної війни 2022 року. Воєнні дії поставили систему охорони здоров'я перед новими викликами – значні руйнування інфраструктури (пошкоджено понад 1200 медзакладів, 173 знищено), відтік кадрів (за перший рік війни кількість медиків скоротилася на 14%), перенаправлення більшості бюджетних ресурсів на оборону [28].

У цих умовах постало питання пошуку додаткових джерел фінансування медицини та підвищення стійкості системи охорони здоров'я. Уряд повернувся до ідеї запровадження страхових механізмів – у серпні 2023 року Міністерство охорони здоров'я затвердило дорожню карту впровадження медичного страхування навіть попри триваючу війну. Одночасно громадська підтримка страхової медицини є доволі високою: за даними опитування Соціологічної групи «Рейтинг», 75% українців схвально ставляться до запровадження системи медичного страхування [32]. Отже, дослідження розвитку медичного страхування населення України є своєчасним і необхідним для формування рекомендацій щодо удосконалення державної політики в цій сфері.

Законодавча база медичного страхування в Україні досить фрагментарна і перебуває у стадії розвитку. В Основному Законі – Конституції України – закріплено право громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування (ст.49), причому держава зобов'язується створювати умови для ефективного і доступного медичного обслуговування, а в державних і

комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно. Така конституційна норма фактично встановила постулат про безкоштовну медицину, успадкований від радянської системи, що довгий час стримувало розвиток страхових механізмів – адже обов'язкові страхові внески могли суперечити ідеї «безоплатності» медичних послуг. Відсутність політичного консенсусу щодо зміни моделі фінансування охорони здоров'я призвела до того, що протягом перших десятиліть незалежності загальнообов'язкове медичне страхування (ЗОМС) так і не було впроваджене, попри численні законодавчі ініціативи.

Перші спроби прийняти закон про обов'язкове медичне страхування сягають ще 1990-х років. Базові принципи соціального медичного страхування були задекларовані в Законі України «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» (1998 р.), де медичне страхування згадане як одна із форм соціального страхування. Однак спеціального закону, що регулював би саме систему обов'язкового медичного страхування, не ухвалено й досі.

Натомість, правові норми щодо страхування здоров'я розпорошені у різних актах: Законі «Про страхування» (1996, у новій редакції – 2021 р.), Цивільному кодексі (глава про страхування), Законі «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» тощо [16]. Закон «Про страхування» відносить медичне страхування до виду добровільного страхування життя і здоров'я, а також передбачає окремі обов'язкові види страхування (наприклад, страхування медичних і фармацевтичних працівників від професійних ризиків), проте цілісної моделі ЗОМС цей закон не створює.

Протягом останнього десятиліття в Україні робилися конкретні кроки для законодавчого запровадження страхової медицини. Зокрема, у 2016 р. у Верховній Раді були зареєстровані кілька альтернативних законопроектів про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування (№4981, №4981-1, №4981-2). Проект №4981 пропонував створити Центральний страховий фонд здоров'я України, куди б надходили цільові страховки (страхові внески)

громадян, а контролюючим органом визначався наглядовий орган при цьому фонді [4]. Альтернативний проєкт №4981-2 передбачав акумулювання коштів шляхом відрахування цільової частки від доходів громадян на окремий рахунок для фінансування медицини.

Таким чином, різниця між проєктами стосувалася моделі страховика: або спеціалізований державний фонд, або залучення приватних страхових компаній як розпорядників коштів. Крім того, у цих законопроєктах пропонувалося визначити базові пакети медичних послуг, що покриватимуться страховкою, та джерела фінансування системи. Проте жоден із запропонованих законопроєктів 2016 року так і не був ухвалений – за повідомленнями Міністерства охорони здоров'я, існували занепокоєння щодо передачі бюджетних коштів приватним страховикам без належних запобіжників, ризику корупції і неготовність інфраструктури.

Чергову спробу запровадити обов'язкове медичне страхування було здійснено у 2020 р., коли у Раді з'явився законопроєкт №3464 «Про фінансове забезпечення охорони здоров'я та обов'язкове медичне страхування» [31]. Цей документ пропонував комплексну модель, що поєднувала продовження державної програми гарантій медичної допомоги (програма медичних гарантій) із впровадженням власне обов'язкового страхування як окремого компонента фінансування.

Зокрема, пропонувалось, що програма медичних гарантій (державний гарантований пакет) фінансуватиметься з бюджету, а додатково впроваджується програма обов'язкового медичного страхування для покриття інших медичних послуг; визначалися три підпрограми – базова допомога, програма боротьби з важкими та рідкісними захворюваннями та власне програма страхування. Втім, і цей законопроєкт не був прийнятий через розбіжності щодо джерел фінансування і моделі управління коштами. Станом на 2025 рік в Україні все ще відсутній спеціальний закон про загальнообов'язкове медичне страхування, хоча сама ідея залишається на порядку денному державної політики.

Важливою законодавчою віхою стала згадана реформа 2017 року – ухвалення Закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Цей закон хоча і не запровадив класичного страхового внеску громадян, проте змінив модель фінансування охорони здоров'я на принцип «гроші ходять за пацієнтом» і утворив НСЗУ, яка укладає договори з постачальниками медпослуг та оплачує їм за надані послуги з державного бюджету.

По суті, держава взяла на себе роль страховика для базового рівня медичних послуг – гарантованого пакету, тим самим наблизившись до моделі загального покриття (universal coverage) на основі податків. Закон закріпив, що обсяг фінансування програми медичних гарантій щороку визначається у законі про Держбюджет і має становити не менше 5% ВВП (щоправда, фактично цього рівня видатків ще не досягнуто повністю).

Завдяки цій реформі, навіть під час економічного спаду чи війни, держава продовжує гарантувати певний перелік безоплатних послуг для населення, фінансуючи їх з загальних доходів – на відміну від моделей, де охорона здоров'я залежить від страхових внесків працюючих (що у кризові часи може призводити до втрати покриття). Цей аспект особливо відзначається міжнародними експертами: перехід України на модель фінансування з загальних доходів, а не внесків, забезпечив стійкість покриття під час війни та масового переміщення населення.

Таким чином, правові основи медичного страхування в Україні наразі складаються з норм загального страхового законодавства, спеціального закону про фінансові гарантії у сфері охорони здоров'я та ряду відомчих нормативних актів. Повноцінний закон про обов'язкове медичне страхування поки що не прийнято, хоча напрацювання у вигляді кількох законопроектів існують.

Законодавче забезпечення потребує подальшого вдосконалення – зокрема, визначення моделі страхової системи (державний фонд чи конкуренція страхових організацій), джерел наповнення (внески працівників, роботодавців, бюджетні трансферти), переліку послуг, що покриватимуться страховкою, та

гарантій захисту застрахованих осіб. Відсутність цілісної законодавчої бази наразі зумовлює фрагментарність страхових механізмів у медицині та покладає основний тягар фінансування на державний бюджет і громадян.

1.2. Інституційна структура: суб'єкти системи медичного страхування

Інституційне забезпечення медичного страхування охоплює органи державної влади, спеціалізовані установи та недержавні структури, залучені до фінансування медичних послуг. В Україні ключовими суб'єктами у цій сфері є:

Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) – формує політику та нормативну базу охорони здоров'я, відповідає за впровадження реформ, координує міжнародну допомогу;

Національна служба здоров'я України (НСЗУ) – центральний закупівельник медичних послуг, який фактично виконує функцію єдиного національного страховика, укладаючи контракти з лікарнями та лікарями і оплачуючи їм послуги за принципом «гроші за пацієнтом»;

Страхові компанії – суб'єкти приватного страхового ринку, що пропонують поліси добровільного медичного страхування (ДМС) для фізичних осіб та корпоративних клієнтів;

Підприємства і роботодавці – багато з яких виступають замовниками полісів ДМС для своїх працівників як елемент соціального пакету;

Громадяни – як застраховані особи (в системі добровільного страхування) або як бенефіціари державної системи гарантій, а також заклади охорони здоров'я – державні, комунальні і приватні, які є надавачами послуг та отримують оплату або від НСЗУ за договором, або від страхових компаній за полісами, або безпосередньо від пацієнтів.

Після реформи 2017 р. головним інститутом, що виконує роль страховика за базовим рівнем допомоги, стала НСЗУ [21]. Вона була створена як центральний орган виконавчої влади зі спеціальним статусом, підпорядкований

Кабінету Міністрів через МОЗ. НСЗУ адмініструє програму медичних гарантій: щороку укладаються договори з тисячами медичних закладів (первинна допомога, спеціалізована амбулаторна, стаціонарна допомога, екстрена медицина тощо) і здійснюються виплати за проліковані випадки або за капітаційним нормативом (для сімейних лікарів). Бюджет НСЗУ формується з коштів Державного бюджету України (загальний фонд), а отже населення отримує послуги безоплатно у межах визначеного пакету.

По суті, НСЗУ – це аналог національного страхового фонду, але з тією різницею, що вона наповнюється не окремим страховим збором, а загальними податками. Позитивним інституційним зрушенням стало централізоване та прозоре розподілення коштів: фінансові потоки в системі охорони здоров'я були консолідовані й спрямовані відповідно до обсягу наданих послуг, що підвищує ефективність та справедливість. Зокрема, під час війни централізований механізм через НСЗУ дозволив оперативно перенаправляти ресурси до регіонів, постраждалих від бойових дій, підтримуючи там доступність основних медичних послуг.

Окрім державних інституцій, важливу роль у розвитку медичного страхування відіграють страхові компанії та їх об'єднання. В Україні діє кілька десятків страхових компаній, що мають ліцензії на добровільне медичне страхування. Найбільшими гравцями цього ринку традиційно є страховики, пов'язані з банківськими групами чи промисловими холдингами, а також спеціалізовані асистанські компанії. Існує також Ліга страхових організацій України (ЛСОУ) та інші профільні асоціації, які впливають на формування політики у сфері страхування, подають пропозиції щодо законодавства, ведуть статистику ринку [16]. Інституційним викликом залишається налагодження партнерства між державою та приватними страховиками.

На сьогодні державна і приватна системи працюють паралельно: НСЗУ покриває базові послуги для всіх, а приватні страховики надають додаткові поліси, переважно для працюючого населення у великих містах. Відсутність обов'язкової страхової системи означає, що приватне добровільне страхування

охоплює лише тих, хто може дозволити собі поліс чи отримує його від роботодавця. За оцінками, ДМС покриває всього близько 5-7% працюючих громадян і лише 2-3% усього населення. Решта покладаються або на державні гарантії, або на власні кошти.

Важливо також зазначити існування інших інститутів, дотичних до страхової медицини: професійні фонди соціального страхування (Фонд соціального страхування України до його реорганізації у 2023 р., злитий з Фондом страхування від безробіття) здійснював страхування від нещасних випадків та професійних захворювань, частково фінансував реабілітацію та лікарняні листи; об'єднання пацієнтів та профспілки – висловлюють суспільний запит на впровадження страхової системи, відстежують якість надання послуг; міжнародні організації (ВООЗ, Світовий банк, USAID тощо) – які надають експертну і фінансову підтримку реформі охорони здоров'я, зокрема й у питанні розробки моделі медичного страхування [33].

Інституційний дизайн майбутньої страхової системи наразі дискусійний: можливі варіанти створення єдиного Національного фонду медичного страхування (на базі чи на зразок НСЗУ), або ж залучення до обов'язкового страхування приватних страхових компаній з жорстким державним регулюванням і перестрахованням. У будь-якому разі держава (через МОЗ, НСЗУ та інші органи) залишатиметься головним гарантом і регулятором системи, визначаючи «правила гри» та контролюючи цільове використання коштів.

Для розуміння розвитку медичного страхування в Україні слід окреслити нинішню структуру фінансування охорони здоров'я, яка поєднує бюджетне фінансування гарантованого пакету послуг і сегмент добровільного медичного страхування (ДМС). Державна програма медичних гарантій (ПМГ), запроваджена з 2018 р. і повністю розгорнута з 2020 р., фактично виконує роль загальнообов'язкового медичного покриття, але без прямої участі громадян у вигляді страхових внесків – її фінансування здійснюється з податкових надходжень. ПМГ визначає перелік видів медичної допомоги та ліків, які

гарантовано надаються пацієнтам безоплатно (сімейна медицина, екстрена допомога, пологи, первинна і частково спеціалізована допомога, реімбурсація ліків за програмою «Доступні ліки» тощо) [19]. На 2025 рік фінансування системи охорони здоров'я з бюджету було збільшено: загальний обсяг видатків на медицину передбачено у розмірі понад 217 млрд грн, з них 175,5 млрд грн направляється на Програму медичних гарантій (що на 16,8 млрд більше, ніж попереднього року) [4]. Це свідчить про пріоритетність підтримки базового рівня допомоги навіть в умовах воєнного часу.

Однак, попри зростання бюджетного фінансування, його все ще недостатньо для повного задоволення потреб: фактичні видатки на охорону здоров'я складають близько 6% ВВП, що нижче середнього рівня у ЄС (9-10% ВВП). Отже, держава прагне збільшувати інвестиції в медицину, але бюджетні можливості обмежені, особливо на тлі війни і необхідності фінансувати оборону.

На цьому тлі добровільне медичне страхування виступає як додатковий компонент фінансування охорони здоров'я. ДМС в Україні – це переважно корпоративне страхування працівників (оплачується роботодавцем) або індивідуальні поліси, які громадяни купують самостійно. Поліс ДМС зазвичай покриває витрати на амбулаторно-поліклінічну допомогу (консультації лікарів-спеціалістів, діагностику), стаціонарне лікування у приватних чи державних клініках на вибір, певний набір ліків, послуги стоматолога, швидку допомогу тощо – залежно від умов договору.

Сегмент ДМС хоча і розвивається, але поки що охоплює невелику частку населення і формує відносно невеликий обсяг коштів у масштабах системи. За даними Національного банку (регулятора страхового ринку), обсяг страхових премій з добровільного медичного страхування у 2022 році становив близько 4,8 млрд грн, що лише на 22,5% менше, ніж у доковідному 2021 році. Попри воєнні потрясіння, ринок ДМС проявив певну стійкість: в 2022 р. значна частина юридичних осіб, які було призупинили страхові договори на початку

війни, поновили їх дію – до 90% компаній відновили медичне страхування співробітників [31].

У першому кварталі 2023 р. середня сума страхової виплати на одного застрахованого зросла на ~15% порівняно з 2021 р., що відображає і подорожчання медпослуг, і активніше використання полісів. Експерти страхового ринку відзначають, що під час війни роботодавці ще більше зацікавлені утримати персонал соціальним пакетом, тому попит на ДМС залишився високим.

Деякі страхові компанії навіть зафіксували значне зростання премій: наприклад, СК «Євроінс Україна» повідомила про зростання премій по ДМС на 69% у першому півріччі 2023 р. порівняно з тим же періодом 2022 р. Отже, можна говорити про поступове відновлення і зростання ринку добровільного медстрахування в 2023 році після спаду на початку війни [31].

Водночас абсолютні масштаби ДМС залишаються невеликими. Для порівняння, витрати населення з власної кишені на охорону здоров'я сягають десятків мільярдів гривень щороку (значно перевищуючи обсяг ринку ДМС), тобто більшість людей при потребі змушені платити напряму за ліки, обстеження чи лікування. Добровільні поліси частково компенсують ці витрати лише для обмеженої категорії громадян. Крім того, ДМС наразі не покриває такі важливі сегменти як дорого-вартісне лікування важких захворювань або тривала реабілітація – цим займається держава через окремі програми або благодійні фонди.

Таким чином, нинішня модель фінансування охорони здоров'я в Україні є перехідною: базові гарантії забезпечуються державою (податкова модель, близька до британської чи скандинавської системи), а все, що понад гарантії, – або за рахунок приватних страхових полісів, або прямих оплат. У перспективі розглядається інтеграція цих двох компонентів шляхом запровадження обов'язкового страхування, що дозволило б перерозподілити фінансове навантаження та зменшити частку приватних платежів громадян.

1.3. Державні гарантії та добровільне страхування як предмет наукових досліджень

Медичне страхування в сучасній науковій традиції розглядають не лише як фінансовий інструмент покриття витрат на лікування, а як складний соціально-економічний і публічно-правовий феномен, що поєднує питання доступу до медичної допомоги, перерозподілу ризиків, солідарності, бюджетної стійкості, соціального захисту, прав пацієнтів і регуляторної політики держави.

Для України це поле досліджень має додаткову специфіку: тривала дискусія про загальнообов'язкову модель у поєднанні з історично високою часткою прямих платежів домогосподарств; структурні зміни фінансування після медичної реформи; нерівність доступу між регіонами; шоки, спричинені повномасштабною війною (зростання потреб у реабілітації, протезуванні, лікуванні травм, ПТСР, хронічних станів; руйнування інфраструктури; міграція населення; падіння доходів і підвищення ризику «катастрофічних витрат» на здоров'я).

Саме тому наукові публікації українських авторів охоплюють водночас медико-організаційну логіку (які послуги й у якому обсязі мають бути гарантовані), фінансово-економічну логіку (хто платить, як формуються фонди, як купуються послуги), соціально-демографічну логіку (як страхування впливає на тривалість життя, захворюваність, бідність і демографічну безпеку), правову логіку (які права й обов'язки сторін, які гарантії й стандарти, як уникати дискримінації та «виключень»), а також управлінську логіку (які інститути потрібні для нагляду, закупівель, ризик-менеджменту та підзвітності).

Українська наукова література найчастіше стартує з базової дефініції та соціальної ролі медичного страхування. Показовий приклад – роботи з економіки та страхування, що формують «понятійний каркас» дискусії. І. Д. Самошкіна у статті про становлення й розвиток медичного страхування формулює визначення через ризик витрат і прямо прив'язує його до соціального захисту: «Медичне страхування – вид страхування від ризику витрат,

пов'язаних з отриманням страхувальником медичної допомоги... у більшості країн воно є формою соціального захисту» [36].

Такий підхід важливий тим, що він одночасно «економізує» предмет (страхування як управління ризиком витрат) і «соціалізує» його (страхування як інструмент солідарної підтримки), а відтак природно підводить до головної для України дилеми: що має фінансуватися з бюджету, що – через страхові внески/премії, а що – лишатися добровільним «сервісним» рівнем.

У суміжному полі (фінанси, страхування, економіка охорони здоров'я) українські автори системно аналізують добровільне медичне страхування (ДМС) як корпоративний соціальний пакет, як «додаткове джерело» ресурсів системи, а також як маркер нерівності доступу (бо ДМС концентрується у формальному секторі та великих роботодавців). У таких роботах часто повторюється теза, що ДМС у нинішньому вигляді не здатне замінити державні гарантії, але може зменшувати фінансове навантаження на домогосподарства у певних сегментах послуг (діагностика, амбулаторні пакети, планові втручання у приватному секторі), а також підвищувати керованість витрат завдяки контролю призначень і маршрутизації пацієнтів.

Окремий пласт українських досліджень формують автори, які розглядають медичне страхування передусім як елемент системи соціального забезпечення та як об'єкт нормативного оформлення. У статті А. Шандар та В. Кирилюка предмет прямо вводиться у соціально-державницьку рамку: «Медичне страхування, без сумніву, є важливим видом соціального страхування», а в науковій літературі його водночас трактують «і як вид та форму особового страхування... і як одну із форм соціального захисту населення у сфері охорони здоров'я» [43].

Важливо, що ці автори підкреслюють і регуляторну «дірку», яку неодноразово фіксують правознавці та дослідники соціальної політики: «у чинних нормативно-правових актах України поняття медичного страхування практично відсутнє». Ця коротка констатація є методологічно навантаженою: коли поняття не визначене або визначене фрагментарно, дискусія про модель

(загальнообов'язкова/добровільна/змішана), перелік гарантій, єдність правил для всіх і межі співоплати неминуче «розповзається» між секторами законодавства (страхове, бюджетне, медичне, соціальне, податкове), а управлінські рішення стають більш вразливими до ситуативності.

Саме тому юридичні публікації останніх років часто зосереджуються на потребі узгодження категорій («страховий випадок», «страховий платіж/внесок», «програма медичних гарантій», «пакет послуг», «співоплата», «винятки»), на балансі прав пацієнта й можливостей системи та на питаннях захисту вразливих груп (малозабезпечені, літні люди, ВПО, багатодітні родини, люди з інвалідністю). У цьому ж руслі з'являються порівняльні правові й інституційні роботи, які, спираючись на європейський досвід, намагаються показати, як поєднати універсальність базового покриття з реалістичними джерелами фінансування, не провокуючи сегментації за доходом і здоров'ям.

Емпіричні аргументи в українських публікаціях, як правило, обертаються навколо структури фінансування медицини та масштабу прямих платежів населення. Для дискурсу про страхування це критично, бо висока частка «out-of-pocket» означає: (1) страхова функція системи слабка — хвороба легше штовхає домогосподарство у бідність; (2) доступ до послуг стає нерівним; (3) виникає постійний політичний тиск або на розширення бюджетних гарантій, або на запуск/посилення страхових механізмів [29].

Огляд реформ фінансування охорони здоров'я в Україні вказує на цю проблему через вимір частки прямих платежів: у публікації VoxUkraine зафіксовано, що у 2021 році «46,3%» загальних витрат на охорону здоров'я становили прямі витрати домогосподарств. Такий рівень — важливий «емпіричний маркер» для наукової дискусії: без суттєвого зниження частки прямих платежів будь-яка модель медичного страхування (чи то через внески, чи через податки із страхоподібною логікою пулінгу коштів) навряд чи буде сприйматися як успішна з точки зору соціальної справедливості [34].

Паралельно українські аналітичні центри й академічні інститути у своїх звітах про стан системи охорони здоров'я акцентують, що саме механізми

об'єднання коштів (пулінг), визначення гарантованого пакета і стратегічні закупівлі послуг є ключем до підвищення фінансового захисту населення; у цьому сенсі український дискурс збігається з «класичною» рамкою ВООЗ щодо функцій фінансування системи охорони здоров'я (збір доходів, об'єднання коштів, закупівлі, визначення прав на пакет) [33].

У міждисциплінарній оптиці важливо, що українські дослідники дедалі частіше пов'язують медичне страхування з демографічною й соціальною безпекою. У демографічній площині предмет страхування «зчіплюється» з такими змінними, як очікувана тривалість життя, смертність від неінфекційних хвороб, доступність ранньої діагностики, поведінкові ризики, а також міграційні потоки й старіння населення. У соціальній площині – з бідністю, нерівністю, статусом зайнятості та здатністю сім'ї «поглинати» шоки витрат на лікування.

Саме тому в українських публікаціях поруч із економістами й страховиками з'являються демографи, фахівці з соціальної політики та правознавці, які трактують страхування як інструмент запобігання «зубожінню через хворобу», а не лише як фінансовий продукт. В умовах війни цей аргумент підсилюється: зростає ймовірність довгих курсів лікування та реабілітації, а також потреба у психічному здоров'ї, що у традиційних моделях часто має найменш стійке фінансування.

На цьому тлі показовим є те, як українські автори описують інституційні та правові бар'єри. Окрім вже згаданої проблеми відсутності чіткого нормативного визначення, у публікаціях регулярно згадуються: фрагментація правил оплати та пакетів; неоднакова спроможність закладів у регіонах; недовіра до страхових інститутів; слабка фінансова грамотність; ризики «подвійної оплати» (коли людина формально має гарантії, але фактично доплачує); невизначеність меж платних/безоплатних послуг; складність забезпечення справедливості внесків для самозайнятих і неформально зайнятих; потреба у прозорих правилах договорів та врегулювання спорів.

У згаданій статті А. Шандар і В. Кирилюка окремо наголошено на необхідності вдосконалення нормативної бази та на низькій поінформованості населення як факторі, що стримує розвиток медичного страхування. Такі висновки в українській літературі часто переходять у практичні рекомендації: кодифікувати поняття й мінімальні стандарти; відокремити базовий гарантований пакет від сервісних рівнів; чітко врегулювати співоплату з «захисними стелями» для бідних і хронічно хворих; запроваджувати ризик-орієнтований нагляд за страховиками; посилювати роль цифрових даних (eHealth) у контролі якості та витрат.

Європейський науковий дискурс, на який спираються українські автори, дає Україні одразу кілька «опорних» концепцій. По-перше, це принцип солідарності й самоврядування як історична основа соціального медичного страхування. У відомій статті Р. Busse (разом із колегами) німецьку модель описано через сталість базових принципів: «The German statutory health insurance system was built on the defining principles of solidarity and self-governance», а еволюція системи пов'язується з розширенням охоплення і пакета послуг до рівня універсального покриття [44]. Для України це важливо як аргумент, що «страхова модель» не зводиться до техніки платежів, а є довготривалим суспільним контрактом, який тримається на довірі, правилах та інститутах участі.

По-друге, це проблема конкуренції та справедливості в умовах ринкових елементів. Дослідження W. van de Ven щодо регульованих конкурентних страхових ринків пояснює роль вирівнювання ризиків як механізму перерозподілу: «risk-adjusted equalization payments... can be considered as... subsidies from low-risk enrollees to high-risk enrollees» [44]. Для України це методологічна підказка: якщо в майбутньому з'являтиметься множинність страховиків/пакетів, без системи ризик-еквалізації ринок стимулюватиме відбір здоровіших клієнтів і відштовхуватиме людей з високими потребами, що суперечить самій соціальній меті медичного страхування.

По-третє, це «функціональний» підхід ВООЗ до фінансування охорони здоров'я як до набору функцій, а не як до назви моделі. J. Kutzin ще на початку 2000-х підкреслив типову проблему для країн із трансформаційними системами: «Health financing policies are marked by confusion between policy tools and policy objectives», а нормативна мета має полягати в посиленні «страхової функції» системи – доступу до потрібної допомоги без фінансового зубожіння [15].

У практичніших методичних матеріалах цей же автор дає визначення закупівель як ключового елемента, через який страхування «працює» на людей: «Purchasing refers to the transfer of pooled funds to providers on behalf of a population» [41]. Для українських досліджень це означає: дискусія «страхування чи бюджет» є вторинною щодо питань, чи є об'єднані кошти, чи визначено пакет, чи є стратегічні закупівлі, чи знижуються прямі витрати населення, чи працюють механізми якості.

По-четверте, європейська наука системно вивчає добровільне/приватне медичне страхування як доповнення або як потенційне джерело нерівності. У виданні Європейської обсерваторії ВООЗ про приватне страхування прямо сформульовано дослідницькі питання, які сьогодні актуальні і для України: «Can private health insurance fill gaps in publicly financed coverage? Does it enhance access... or improve efficiency...?» [42]. Ці питання є фактично «матрицею» для українських публікацій про ДМС: чи покриває воно «прогалини», чи підміняє державу, чи створює двошвидкісну медицину, чи реально зменшує катастрофічні витрати, чи лише перерозподіляє комфорт для середнього класу.

Отже, якщо узагальнити українські публікації (медицина/громадське здоров'я; економіка та страхування; демографія та соціальна політика; право та публічне управління), можна сказати, що медичне страхування в Україні стало самостійним предметом науки з кількох причин. По-перше, через структурну невідповідність між суспільним очікуванням доступної допомоги та реальним рівнем приватних витрат населення (що емпірично проявляється у високій частці прямих платежів). По-друге, через пошук стійкої моделі фінансування,

здатної переживати кризи (економічні, пандемічні, воєнні) без втрати базових гарантій. По-третє, через необхідність юридичного «зшивання» понять і правил, що й досі описується як проблема фрагментарності та слабкої визначеності базових категорій. По-четверте, через демографічний і соціальний виклик старіння, хронічних хвороб та нерівності, де страхування розглядають як інструмент фінансового захисту сімей і збереження людського потенціалу.

Медичне страхування в наукових дослідженнях України поступово змістилося від «дискусії про модель» до аналізу того, як забезпечити страхову функцію системи охорони здоров'я – тобто доступ до потрібної допомоги без фінансового зубожіння, що особливо важливо за умов високої частки прямих платежів населення. Найбільш продуктивними виявляються міждисциплінарні підходи, які одночасно враховують економіку ризику витрат і соціальну місію страхування (як підкреслюється у визначеннях українських авторів), його роль у системі соціального забезпечення та потребу в чіткішому нормативному оформленні базових понять.

Європейська наука дає для українського дискурсу кілька «перевіраних опор»: солідарність і самоврядування як довготривалі принципи соціального страхування; ризик-еквалізація як запобіжник проти виключення людей із високими потребами; функціональний підхід до фінансування, де вирішальними є пулінг коштів і стратегічні закупівлі на користь населення; критичний аналіз приватного страхування як потенційного «заповнювача прогалін», але й джерела нерівності.

Таким чином, для України ключовий науковий і практичний висновок полягає в тому, що майбутні рішення щодо медичного страхування мають оцінюватися не за назвою моделі, а за вимірюваними наслідками: зниженням частки прямих витрат домогосподарств, розширенням фактичного доступу, справедливістю щодо вразливих груп, прозорістю правил і стійкістю фінансування в умовах війни та відновлення.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

2.1. Реформи фінансування охорони здоров'я та зародження страхової моделі

Період з 2015 по 2020 роки став переломним для української системи охорони здоров'я і заклав основу майбутньої страхової моделі. В цей час розпочалася масштабна медична реформа, метою якої було відмовитися від застарілої моделі фінансування «ліжко-місце» та перейти до принципів універсального охоплення населення медпослугами. У 2016 р. команда МОЗ на чолі з в.о. міністра д-ром Уляною Супрун оприлюднила концепцію реформи, де вперше чітко прозвучала теза: «гроші мають ходити за пацієнтом», а медицина фінансуватися не шляхом утримання інфраструктури, а шляхом оплати конкретних послуг, наданих конкретному пацієнту. Тоді ж заговорили про перехід на страхову модель фінансування. Заступник міністра Павло Ковтонюк у 2016 р. зазначав, що Україна планує перехід на страхову медицину протягом трьох років [9].

Ці заяви відбилися у підготовці законопроєкту №6327, що згодом став Законом про державні фінансові гарантії (ухвалений у жовтні 2017 р.). Хоча цей закон і не створив класичного страхового фонду, він впровадив низку інструментів, властивих страховій системі: чіткий гарантований пакет послуг, єдиного платника (НСЗУ), контрактування послуг, стандарти лікування тощо [8]. Тобто держава стала виступати в ролі страхувальника, який закуповує послуги для застрахованого населення (а застрахованими де-факто оголошено всіх громадян і платників податків України).

Кроком на шляху до страхової моделі стала кампанія з вибору сімейного лікаря у 2018 р., коли кожен громадянин отримав право підписати декларацію з лікарем первинної ланки за власним вибором. Це створило базу реєстру

пацієнтів, аналогічну реєстру застрахованих осіб. Сімейні лікарі почали отримувати капітаційні виплати від НСЗУ за кожного пацієнта в декларації – по суті, цей механізм нагадує оплату страховим компаніям за кожного застрахованого (premium per person), тільки що ролі страховика і провайдера були об'єднані в державі та лікарі первинки відповідно.

Далі, у 2019-2020 рр. відбулася друга хвиля реформи – впровадження програми медгарантій на інших рівнях (спеціалізована амбулаторна і стаціонарна допомога). Кожна лікарня почала отримувати фінансування за договором з НСЗУ, а обсяг оплати залежав від кількості та типу наданих послуг (введено діагностично споріднені групи, глобальні бюджети тощо). Цей перехід від субвенції на утримання лікарень до договорів на надання послуг можна трактувати як запровадження системи «національного медичного страхування» з боку держави.

Водночас у ці ж роки паралельно обговорювалася необхідність класичного страхування із залученням роботодавців та працівників. Наприклад, у 2018 р. у ЗМІ з'являлися прогнози, що обов'язкове медичне страхування українців може бути введено з 2019 чи 2020 року, проте цього не сталося. Політичний цикл виборів 2019 р. дещо загальмував ці плани. Новий парламент і уряд у 2019-2020 рр. заявили про підтримку страхової медицини: голова парламентського комітету з питань здоров'я нації Михайло Радущкий восени 2019 р. підготував концепцію поетапного запровадження обов'язкового страхування, а в лютому 2020 р. публічно повідомив, що страхова медицина може запрацювати з 2023 року.

Передбачалося, що спочатку потрібно вивести зарплати з тіні (щоб було з чого сплачувати внески) та обрати оптимальну модель, сумісну з наявною системою гарантій. Напрацьована модель полягала у тому, що державні фінансові гарантії не скасовуються (залишаються як універсальне покриття мінімуму послуг), а страхування покриває те, що не увійшло до гарантованого пакету. Таким чином, Україні пропонувалося модель додаткового, чи комплементарного, страхування: базові послуги оплачуються державою для

всіх, а все понад стандарт – за рахунок страхових полісів. На той момент це виглядало раціонально: держава забезпечує універсальний мінімум (universal coverage), а приватне страхування підвищує доступ до розширених послуг і зменшує тягар для бюджету.

Було визначено й умови успіху: детінізація економіки (офіційні зарплати для нарахування внесків), підготовка законодавства та інфраструктури, визначення переліку послуг для покриття страховкою.

Низка нормативних змін відбулася – наприклад, у 2021 р. Верховна Рада ухвалила нову редакцію Закону «Про страхування», гармонізовану з європейським правом, що розширила можливості страхового ринку та нагляд (цей закон позитивно оцінювався як крок до євроінтеграції у сфері страхування). Однак реалізації самої страхової моделі завадила низка обставин: по-перше, пандемія COVID-19 у 2020-2021 рр., яка переорієнтувала увагу системи на інші нагальні потреби та вимагала екстреного фінансування з бюджету; по-друге, політична турбулентність (зміни трьох міністрів охорони здоров'я за 2019-2021 роки); і, зрештою, підготовку до запуску страхової медицини фактично перервала повномасштабна війна, що почалася у 2022 р. [21]

Таким чином, період 2015-2020 був радше підготовчим: здійснено важливі структурні реформи (НСЗУ, нові механізми оплати), створено передумови для страхування, але відтерміновано впровадження обов'язкових внесків.

2.2. Добровільне медичне страхування: тенденції, проблеми, довіра населення

Добровільне медичне страхування (ДМС) як сегмент страхової системи в Україні має свою динаміку розвитку протягом останнього десятиліття. Станом на середину 2010-х років частка ДМС у загальному обсязі страхового ринку була незначною – основними видами особистого страхування залишалися

страхування життя та автострахування (ОСЦПВ, КАСКО). Медичне страхування потерпало від низької платоспроможності населення та певної недовіри: за соціопитуваннями тих років, рівень довіри громадян до страхових компаній був невисоким, багато хто сумнівався, що страховик чесно виплатить відшкодування при хворобі [22]. Проте поступово ринок зростав, особливо за рахунок корпоративного сектору. Багато великих компаній, банки, ІТ-фірми почали включати ДМС для співробітників як стандарт соціального пакету. Це підвищувало конкуренцію на ринку праці, і HR-статистика свідчила, що наявність медичного страхування стає важливим фактором при виборі роботи. Таким чином, бізнес виступив локомотивом розвитку ДМС.

У 2019-2021 рр. спостерігалось пожвавлення ринку ДМС. За даними ЛСОУ, обсяг страхових премій з медичного страхування стабільно зростав на 15-20% щорічно в докризовий період. 2020 р. (незважаючи на COVID-19) не приніс падіння: хоча був економічний спад, медстрахування залишалося затребуваним через пандемію. Навпаки, деякі страховики відзначали, що клієнти почали більше цікавитися покриттям лікування COVID, тестуванням, телемедициною – і компанії адаптували програми.

У 2021 р. ринок ДМС досяг історичного максимуму: страхові виплати населенню за медичними полісами склали близько 2,4 млрд грн, а рівень виплат (відношення виплат до премій) був близько 48-50%, що свідчить про збалансованість цього виду страхування[22]. В середньому, половина сплачених громадянами страхових внесків поверталася їм у вигляді оплачених лікувань, решта складала витрати страховика та його прибуток.

Проблеми та стримуючі фактори розвитку ДМС включали:

- 1) низьку обізнаність та страхову культуру населення – багато українців просто не розглядали купівлю поліса, доки він не був наданий роботодавцем;
- 2) недостатню кількість якісних послуг у державних лікарнях за страховкою – часто навіть з полісом люди йшли до приватних клінік, з якими страховики мають договори;

3) обмежений перелік захворювань, що покриваються – стандартні поліси не охоплюють хронічні важкі хвороби, онкологію, дороговартісні операції (або вимагають суттєвого дофінансування);

4) фінансові ризики самих страхових компаній – медичне страхування є збитковим, якщо немає достатньо клієнтів, тому дрібні страховики у цей сегмент майже не входили;

5) війна 2022 р., яка спричинила відтік населення за кордон та падіння економічної активності, що одразу відбилося на страхуванні.

Згідно з оцінками Нацбанку, у 2022 р. обсяг ринку ДМС скоротився приблизно на чверть порівняно з попереднім роком. Пік падіння припав на II квартал 2022, коли багато підприємств припинили роботу [34]. Однак уже наприкінці 2022 р. почалось відновлення: більшість корпоративних клієнтів повернулися до страхових програм, розуміючи важливість підтримки здоров'я працівників під час війни. Страховики адаптували продукти – з'явилися пропозиції короткострокових полісів для переселенців, програми психологічної підтримки (через різке зростання запиту на психотерапію у воєнний час), полісів з покриттям телемедицини тощо.

Соціологічні дослідження свідчать про доволі високий запит на впровадження страхової медицини на національному рівні. Окрім згаданого опитування 2021 р. (75% за страхову медицину), інші опитування також підтверджували, що більшість українців підтримують ідею обов'язкового медичного страхування, особливо якщо частину внеску платитиме роботодавець.

Наприклад, за даними КМІС та фонду «Демократичні ініціативи» (опитування 2020 р.), близько 60% респондентів вважали, що впровадження страхової медицини покращить якість охорони здоров'я, хоча водночас люди боялися збільшення власних витрат [39]. Довіра до держави як гаранта теж зросла після успіхів первинної ланки реформи – сімейних лікарів, з якими уклали декларації понад 30 млн українців. З'явилося розуміння, що модель, де «кошти ходять за пацієнтом», справедливіша. Втім, недоліки залишаються: за

даними соціологів, лише 10% українців відчули покращення якості держмедицини після реформ, тоді як третина не відчула змін [39]. Це означає, що для більшості населення проблеми фінансової доступності та якості послуг ще актуальні, і страхування розглядається ними як один із шляхів розв'язання цих проблем.

Отже, добровільне медичне страхування в Україні у 2015-2021 рр. поступово розвивалося, демонструючи зростання попиту, а після шоку 2022 р. – ознаки відновлення у 2023 р. Проте низьке охоплення населення ДМС означає, що суттєвого впливу на систему охорони здоров'я він поки не чинить – це радше нішевий механізм для забезпечених верств та корпоративного сектору. Вирішення проблем доступності меддопомоги для всіх громадян потребує переходу від суто добровільної моделі до обов'язкової, солідарної системи медичного страхування за участі держави, роботодавців і громадян.

Впровадження загальнообов'язкового медичного страхування – це не лише фінансово-економічне питання, а й соціальне, що вимагає врахування громадської думки, готовності суспільства до нововведень, ступеня довіри до інституцій. За останні роки в Україні було проведено кілька опитувань громадян щодо їхнього бачення медичної реформи і, зокрема, страхової медицини. Ці дослідження свідчать про істотну підтримку ідеї медстрахування, але також вказують на певні страхи і очікування людей, які мають бути враховані владою.

Як уже зазначалося, опитування Групи «Рейтинг» у травні 2021 р. показало, що 75% українців підтримують запровадження страхової медицини. Примітно, що серед них 51% «повністю підтримують» і 24% «скоріше підтримують», тоді як проти висловилися лише 17% (10% категорично проти і 7% скоріше проти) [39]. Така явна більшість на користь страхової моделі свідчить про нагромаджений суспільний запит: люди розчаровані станом «безплатної» медицини, де фактично доводиться платити самим, і сподіваються, що страхування приведе до більш прозорої та якісної системи.

Водночас важливо врахувати, що підтримуючи «страхову медицину», громадяни можуть по-різному розуміти, як вона працюватиме і хто платитиме внески. Популярна думка – що основний тягар має взяти на себе держава чи роботодавці, адже платоспроможність більшості населення низька.

Соціологічні дані вказують на побоювання населення щодо власних витрат. Так, у 2018 р. фонд «Пацієнти України» проводив опитування і з'ясував, що понад 90% людей підтримують ідею, щоб держава закуповувала медпослуги через страхові механізми, але тільки 18% були готові особисто платити регулярні внески до страхового фонду (інших влаштує, якщо за них платитиме хтось інший: держава, роботодавець і т.д.) [35]. Це свідчить про низьку культуру страхування: громадяни звикли, що медицина декларується безкоштовною, і важко сприймають обов'язок платити за поліс, хоча і визнають, що фактично і так платять, але неофіційно.

Отже, комунікація та підготовка суспільства є критичними: владі слід детально роз'яснювати, скільки і за що платитимуть громадяни, які гарантії вони отримають, щоб не було відчуття «ще одного податку без віддачі».

Варто зазначити також, що навіть без формального ЗОМС значна частина українців уже зіткнулася з поняттям страхування через досвід лікування за кордоном як біженці у 2022–2023 рр. Близько 5 млн українців виїхали до країн ЄС і отримали там тимчасовий захист, що включав доступ до медичних послуг. В тих країнах (Польща, Німеччина, Чехія тощо) система побудована на обов'язковому страхуванні, і українці як біженці або отримували страховий поліс від держави приймаючої країни, або користувалися медичною субсидією.

Цей досвід багато кому показав переваги працюючої страхової системи – коли є сімейний лікар, зрозумілий маршрут до спеціаліста, ліки частково чи повністю відшкодовуються фондом здоров'я. Після повернення на батьківщину такі громадяни ймовірно будуть більш вимогливо ставитися до впровадження подібної системи в Україні.

Серед соціальних аспектів страхової медицини – питання справедливості і солідарності. В ідеалі страхова система повинна працювати за принципом

солідарності: здорові оплачують лікування хворих, багаті – бідним, молоді – літнім (як це реалізовано, наприклад, у Німеччині). Українське суспільство переважно підтримує такий солідарний підхід, адже історично звикле до соціалістичної моделі. Але є ризик, що при неправильному впровадженні страхування можуть постати конфлікти: скажімо, працюючі громадяни скептично ставитимуться, якщо їм доведеться платити внески, а незайняті отримуватимуть ті самі послуги «за чужий рахунок».

Тому в законодавстві про ЗОМС треба передбачити чіткий механізм участі держави у сплаті внесків за соціально вразливі категорії (пенсіонерів, безробітних, дітей тощо), щоби зберегти принцип універсальності покриття. На сьогодні ці категорії і так фінансуються з бюджету через програму гарантій, тож по суті нічого не зміниться – просто фінансові потоки можуть бути перенаправлені через страховий фонд.

Інший соціальний аспект – якість та доступність послуг. Досвід країн з обов'язковим страхуванням показує, що сам факт наявності страховки не гарантує автоматично високої якості – потрібні ще ефективні механізми контролю, конкуренція постачальників послуг, розвиток інфраструктури. Українці очікують, що при страховій моделі ситуація з сервісом у лікарнях покращиться, зникнуть побори і черги.

Це можливо лише за умови комплексних змін: модернізації лікарень, підготовки більшої кількості медперсоналу, цифровізації процесів, впровадження протоколів лікування. Страхування саме по собі – це механізм фінансування, який має бути вбудований у ширший контекст реформи. Тому громадяни мають розуміти, що позитивні ефекти проявляться не миттєво, а поступово.

Отже, суспільна підтримка ідеї медичного страхування в Україні є досить високою, що створює сприятливий ґрунт для реалізації відповідних реформ. Влада, у свою чергу, повинна провести широку роз'яснювальну роботу, залучити населення до обговорення моделі (що частково вже робиться – проєкт Стратегії розвитку охорони здоров'я до 2030 р. виставлявся на громадське

обговорення). Врахування соціологічних даних і зворотнього зв'язку допоможе побудувати страхову систему, яка буде і ефективною, і справедливою, зберігаючи суспільну довіру.

2.3 Перспективи впровадження корпоративних моделей медичного страхування

Добровільне медичне страхування (ДМС) в українських умовах дедалі частіше виступає не «додатковою опцією» для окремих працівників, а елементом корпоративної соціальної політики бізнесу, який фактично компенсує низку вразливостей системи охорони здоров'я та соціального захисту (обмеженість бюджетних ресурсів, нерівний доступ до якісної медицини між регіонами, високі прямі витрати домогосподарств на лікування, зростання потреб у реабілітації й психологічній допомозі через війну).

У цьому контексті «медичне соціальне страхування» доцільно розуміти як добровільні страхові та квазістрахові корпоративні програми, що фінансуються роботодавцем (повністю або частково), охоплюють працівника, а в розширених моделях — членів сім'ї, ветеранів/мобілізованих, інколи — працівників підрядників або окремі групи в громадах. Для бізнесу ДМС стає інструментом утримання персоналу, зниження втрат робочого часу, підвищення продуктивності та репутаційної стійкості, а для працівника — механізмом зменшення фінансових ризиків та більш швидкого доступу до діагностики й лікування.

Емпірична картина страхового ринку підтверджує «соціальну» вагу ДМС: за підсумками 2024 року в сегменті non-life медичне страхування сформувало близько 24% усіх страхових виплат (4,7 млрд грн із 19 млрд грн виплат ризикового страхування), що робить його однією з найбільш «платоспроможних» ліній із точки зору реального захисту клієнтів. За 9 місяців 2025 року профіль ринку зберігся: медичне страхування забезпечило близько

16,5% страхових надходжень у non-life, а у виплатах «медична» складова знову становила близько чверті портфеля.

Паралельно Національний банк у своїх оглядах фіксує зростання премій у «health insurance» серед персональних продуктів (зокрема, у I кварталі 2025 року – приріст премій за медстрахуванням у non-life на тлі загального пожвавлення ринку). Це означає, що корпоративні програми ДМС (як наймасовіший канал збуту в Україні) фактично є одним із «якорів» страхового сектору та водночас – одним із небагатьох ринкових механізмів системного фінансування здоров'я працюючого населення поза бюджетом.

Як саме бізнес «робить» проекти ДМС соціальними? По-перше, бізнес виступає інвестором у людський капітал: оплачує страхові премії, формує пул застрахованих (чим більший пул – тим краща керованість ризиками і переговорна позиція з страховиком/мережею клінік), закладає медичні програми в HR-стратегію та бюджети.

По-друге, роботодавець стає архітектором продукту: визначає набір покриттів (амбулаторія, стаціонар, невідкладна допомога, медикаменти, діагностика), ліміти, франшизи, співоплати, рівень клінік та маршрутизацію (консьєрж-сервіс, телемедицина, корпоративний лікар, партнерські лабораторії тощо).

По-третє, бізнес є організатором доступу: у війні критично важливо не тільки «мати поліс», а й отримувати допомогу швидко – тому роботодавці домовляються про сервісні моделі, гарячі лінії, цифрові кабінети, відшкодування медикаментів і логістику до медзакладів у безпечних регіонах.

По-четверте, сучасні програми ДМС дедалі частіше доповнюються превентивними компонентами (чекапи, вакцинація, скринінги, корпоративні «дні здоров'я»), що переводить ДМС із суто компенсаційного механізму в інструмент управління здоров'ям персоналу.

Серед актуальних корпоративних кейсів, які реалізуються приватним бізнесом можна назвати такі. Загальноукраїнська мережа - NOVA (Нова пошта) як приклад масштабування ДМС через великі договори зі страховиком. У

практиці великих роботодавців ключовим є не стільки факт «наявності ДМС», скільки сталість і масштаб контрактів, які забезпечують довгострокову дію програм.

У річному звіті страховика UNIQA прямо зафіксовано попереднє схвалення укладення значних правочинів зі страхування з ТОВ «НОВА ПОШТА» у період 26.04.2024–26.04.2025, із дуже високою граничною вартістю договорів (як індикатором масштабу співпраці). Для соціальної функції ДМС тут важливі три речі: а) охоплення великого пулу працівників по всій країні; б) можливість стандартизувати пакет медичних послуг для різних регіонів; в) здатність забезпечувати безперервність покриття навіть за релокацій/змін місця проживання працівників [14].

Донецький/Дніпропетровський промисловий контур – ДТЕК: базове ДМС для всіх + спеціальна програма для ветеранів «Ветеран+». У 2024 році ДТЕК Енерго запустив окрему програму добровільного медичного страхування для ветеранів, які повертаються на підприємства: до стандартних опцій (невідкладна, стаціонарна та амбулаторна допомога, медикаменти й діагностика) додано збільшену річну страхову суму, покриття лікування хронічних захворювань, травм (у т.ч. отриманих під час служби) та розширені можливості психологічної допомоги [26]. Це показовий приклад того, як бізнес «соціалізує» ДМС: програма враховує нові масові ризики війни (реабілітація, ментальне здоров'я, довготривалі стани), знімає частину фінансового навантаження з родин ветеранів і підвищує шанс успішного повернення до праці - тобто працює як елемент корпоративної реінтеграційної політики, а не лише як «страховка від застуди».

Дніпропетровська область (м. Дніпро) – ІНТЕРПАЙП НТЗ: інституціалізоване ДМС як довгострокова соціальна гарантія на промисловому підприємстві. На сайті підприємства зафіксовано, що з 2014 року діє програма добровільного медичного страхування працівників; при цьому зазначено, що «зараз працівників страхує компанія “Княжа”», а метою програми визначено підвищення соціальної захищеності в умовах зростання вартості медичної

допомоги та медикаментів [19]. Цінність цього кейсу – у стабільності та в прямому визнанні економічної логіки ДМС: страхування стає механізмом «вирівнювання» доступу до лікування для працівників із різними доходами, що особливо важливо в індустріальних регіонах із підвищеними професійними ризиками.

Запорізька область – Метінвест: соціальний пакет із пріоритетом ДМС для працівників і членів родин. У звіті Групи за 2023 рік описано дію індивідуального соціального пакета «Мій вибір», де серед найпопулярніших послуг названо медичне страхування співробітників і членів їхніх родин; наприкінці року програмою скористалися близько 29 000 працівників на 113 підприємствах, зокрема згадується ремонтний завод у Запоріжжі [22]. Соціальний ефект тут подвійний: розширення покриття на сім'ї (зменшення ризику «катастрофічних витрат» домогосподарств) і мережевість програми на великій кількості підприємств, що робить ДМС елементом системної підтримки персоналу в умовах воєнної економіки.

Вінницька область – МХП: перехід від «страхування як компенсації» до комплексної системи «МХП-Здоров'я» (страхування + профілактика). На офіційному ресурсі програми МХП-Здоров'я вона подається як внесок у благополуччя команди з акцентом на профілактику, здоровий спосіб життя та зміну ставлення до здоров'я (тобто як ширша модель, ніж «оплата рахунків після хвороби») [17]. У публічних матеріалах про діяльність хабів МХП зазначається, що програма передбачає корпоративну медичну підтримку, добровільне страхування та можливість проходити профілактичні обстеження. Для державної політики це важливий сигнал: бізнес інвестує не тільки у лікування, а й у раннє виявлення захворювань – саме цей компонент є найбільш «соціально окупним» (менше важких випадків, менше втрат працездатності, менше витрат у майбутньому).

Полтавська область – Астарта: ДМС як стандартний елемент соціального пакета та конкурентності роботодавця в регіоні. На сторінці вакансій компанії прямо зазначено опцію «медичне страхування або абонемент в тренажерний

зал» серед умов працевлаштування, включно з позиціями в Полтавській області [11]. Соціальна роль такого формату – в нормалізації ДМС у «звичайному» регіональному ринку праці: коли медичне страхування стає не винятком для топменеджменту, а типовою складовою пропозиції роботодавця, зростає загальне охоплення працюючого населення добровільними медичними програмами.

Львівська область / ІТ-сектор як мультиплікатор практики – SoftServe та Сіклум (приклад збереження бенефітів із медстрахуванням). У публічному обговоренні практик на ринку праці ІТ зафіксовано, що SoftServe декларує сталість бенефітів для різних моделей співпраці, а Сіклум говорить про рівний доступ до корпоративних і соціальних програм, серед яких прямо згадується медичне страхування [23]. У соціальному вимірі цей кейс важливий тим, що поширює ДМС на мобільні форми зайнятості та стимулює конкуренцію роботодавців за якість медичного пакета, а отже – підтягує ринок сервісу (швидкість запису, телемедицина, цифрові кабінети, покриття ментального здоров'я тощо).

Перевагу отримують програми, які поєднують три рівні: 1) страхове покриття базових витрат (амбулаторія/стаціонар/невідкладна допомога/медикаменти/діагностика), 2) сервіс маршрутизації (консьєрж, гаряча лінія, організація лікування), 3) профілактику і ментальне здоров'я (чекапи, скринінги, психологічна підтримка), а також спеціальні протоколи для ветеранів і працівників із бойовим досвідом (реабілітація, робота з хронічними станами). Саме такі елементи видно в кейсах ДТЕК (розширення на травми/психологічну допомогу) та МХП (страхування + профілактика). Паралельно ринок демонструє, що ДМС – один із найбільших сегментів у non-life за надходженнями та виплатами, тобто бізнесові програми формують істотну частину «реального» страхового захисту країни. Разом із тим, є системні обмеження, які знижують соціальну ефективність ДМС: нерівномірність доступу до якісних клінік у малих громадах, ризик «звуження» покриття через подорожчання медпослуг, обмеженість програм для працівників

з нестандартною зайнятістю в компаніях, складність адміністрування сімейних пакетів, а також фрагментарність взаємодії роботодавця зі страховиком щодо профілактики (часто чекапи існують як «опція», але не як система управління ризиками). Це підводить до висновку, що найперспективнішим напрямом є поєднання корпоративних програм із ширшими партнерствами в громадах (мережі сімейних лікарів, лабораторії, реабілітаційні сервіси), де бізнес може виступати співфінансистом інфраструктури доступу, а не лише покупцем страхового полісу. Таким чином, в Україні добровільне медичне страхування де-факто стало одним із ключових інструментів корпоративної соціальної політики бізнесу: воно зменшує фінансові ризики домогосподарств і забезпечує швидший доступ до лікування для працюючого населення, а в розширених моделях – і для сімей працівників та ветеранів. Соціальна «вага» ДМС підтверджується структурою виплат на ринку non-life: медичне страхування стабільно формує близько чверті страхових виплат. Найбільш дієві бізнес-проекти ДМС зараз — це програми, які виходять за межі компенсації витрат і включають сервіс організації лікування, профілактику та ментальне здоров'я, а також спеціалізовані пакети під ризики війни (реабілітація, травми, хронічні стани, психологічна підтримка). Показовими є кейси ДТЕК «Ветеран+» та комплексна модель МХП-Здоров'я.

Практика різних областей демонструє масштабованість ДМС у дуже різних секторах економіки: логістика та національні мережі (приклад довгострокових великих договорів страхування), промисловість (сталі програми ДМС як соціальна гарантія), великі виробничі групи (охоплення десятків тисяч працівників і сімей), агробізнес (ДМС як стандартний елемент соціального пакета в регіонах), ІТ-ринок (конкуренція за бенефіти й поширення практик медстрахування). Основний виклик наступного етапу – зробити корпоративні програми менш «точковими» і більш інклюзивними: через сімейні пакети, ветеранські модулі, регіональні партнерства з провайдерами, а також через зростання профілактичної складової (чекапи/скринінги) як найбільш соціально ефективною інвестиції.

РОЗДІЛ 3

ВИКЛИКИ ВОЄННОГО ЧАСУ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

3.1. Вплив повномасштабної війни на систему медичного страхування

Повномасштабна військова агресія Росії, що розпочалася в лютому 2022 р., стала найбільшим випробуванням для системи охорони здоров'я України за всю новітню історію. Війна істотно вплинула як на загальне функціонування медичної сфери, так і на фінансові механізми, в тому числі страхування. Найбільш прямим наслідком стали величезні фізичні руйнування медичної інфраструктури: за даними МОЗ, станом на початок 2023 р. було пошкоджено понад 1200 закладів охорони здоров'я, з них 173 повністю знищено.

Світовий банк та ВООЗ оцінили сумарні збитки медичної галузі у разючі 26 млрд доларів. Це означає не лише втрату майна, а й зниження доступності медпослуг: люди на окупованих або прифронтових територіях втратили доступ до лікарень, в інших регіонах зросло навантаження на збережені заклади через приплив переміщених осіб. Відповідно, можливості як державної системи, так і приватних страховиків забезпечити належне обслуговування значно ускладнилися.

Другий удар війни – людський фактор. Тисячі медичних працівників були змушені евакуюватися за кордон або в безпечніші області. За рік від початку вторгнення кількість лікарів та медсестер в Україні скоротилася на 14%. Особливо відчутний брак кадрів у прифронтових регіонах і селах. Менше медиків – менше можливостей надавати послуги, більші черги і навантаження на тих, хто залишився. Для страхової системи це означає підвищення ризиків: навіть якщо у людини є поліс ДМС, йому може банально не бути де отримати послугу в зоні бойових дій або поблизу.

Приватні клініки в таких регіонах закрилися чи переїхали, державні працюють у воєнному режимі. Страхові компанії зіткнулися з проблемою виконання договорів: багато контрактів ДМС припинялися або заморожувалися, бо клієнти-фірми фізично розпалися чи релокувалися.

Третій аспект – фінансовий і економічний вплив. Війна спричинила різке падіння ВВП України (на ~30% у 2022 р.), зменшення доходів населення і компаній, бюджетна криза. Уряд був змушений переважну частину податкових надходжень перенаправити на оборону та безпеку – у 2023 р. понад 50% бюджету йде на військові потреби. Фінансування соціальної сфери, в т.ч. медицини, дедалі більше залежить від зовнішньої допомоги – грантів, кредитів міжнародних партнерів.

За таких умов говорити про внутрішні ресурси на масштабні нововведення важко. Зокрема, якщо раніше планувалося акумулювати кошти на медицину через страхові внески працюючих, то у 2022-2023 рр. це стало майже неможливим – багато людей втратили роботу, економіка скоротилася, збір внесків був би мізерним. Навпаки, перевагою виявилася вже запроваджена модель бюджетного фінансування: навіть при падінні економіки базове покриття послуг збереглося, бо держава фінансувала НСЗУ за рахунок міжнародної підтримки і друку грошей.

Як відзначає спільний звіт ВООЗ та Світового банку, перехід України на модель фінансування з загальних доходів (а не страхових внесків) став критично важливим для стійкості системи під час війни. Це дозволило зберегти універсальне охоплення і доступ до послуг, попри шоки на ринку праці та масові переміщення людей.

Втім, війна проявила і слабкі місця, пов'язані з відсутністю розвинутого страхового сегменту. По-перше, за умов браку бюджетних коштів медицина хронічно недофінансована – ресурсу державного бюджету не вистачає на все, і якщо раніше планувалося залучити додаткові гроші через страхування, то тепер ця опція фактично відкладається. Як наслідок, у 2022–2023 рр. уряд вимушений був скорочувати програму медичних гарантій або відкладати розширення її

обсягів. Наприклад, тарифи на багато послуг не встигали за інфляцією, що означає, що лікарні отримували менше реальних коштів і могли гірше забезпечувати пацієнтів.

У 2022 р. Програма медгарантій була профінансована лише на 88% від запланованого, хоча в 2023 р. ситуація дещо вирівнялась – на 95% від потреби. Накопичене недофінансування за три роки склало близько 65 млрд грн. Отже, пошук додаткових джерел фінансування лишається актуальним, і повернення до ідеї медстрахування було лише питанням часу.

По-друге, війна виявила специфічні виклики для страхової галузі. Страхові компанії зіткнулися з необхідністю винятків воєнних ризиків: типові договори страхування (не тільки медичного, а й майнового) містять застереження, що шкода від військових дій не підлягає відшкодуванню. Це стандартна міжнародна практика, адже покрити ризики війни комерційним страховим компаніям не під силу.

В українських реаліях це означало: якщо застрахована особа отримала травму чи поранення внаслідок бойових дій (наприклад, потрапила під обстріл), то її поліс ДМС, швидше за все, не покриє витрати на лікування – такі витрати бере на себе держава або благодійні організації.

Тож фактично у найтяжчих випадках (поранення, реабілітація ветеранів) приватне страхування виявилось непридатним інструментом, і основний тягар ліг на бюджет, волонтерів та міжнародну допомогу. Цей фактор підкреслив необхідність державного підходу до страхування особливих категорій. До речі, у 2023 р. уряд запровадив державне страхування для медичних працівників на випадок поранень чи загибелі під час виконання обов'язків у зоні бойових дій – тобто фактично визнав, що такі екстрені ризики має покривати держава (з фонду соцстраху або резервного фонду).

По-третє, війна змінила потреби населення в медичних послугах. Різко зросла кількість пацієнтів з травмами, інвалідністю, психологічними розладами (ПТСР). Відповідно, акценти системи змістилися на хірургію, протезування, психіатрію, реабілітацію. Програма медгарантій була доповнена новими

пакетами реабілітаційних послуг, лікування постраждалих тощо. Приватні страховики, які традиційно фокусувалися на поліклінічному обслуговуванні та стандартних захворюваннях, зіткнулися з викликом: чи включати у покриття дорогі операції і реабілітацію поранених? Більшість полісів цього не покривали, тому для учасників бойових дій та постраждалих держава передбачила окремі програми (за бюджетні кошти та кошти донорів).

Після війни ця проблема постане ще гостріше: треба буде відновлювати здоров'я тисяч ветеранів, і без спеціального страхування або фонду це складно уявити. Досвід інших країн (Ізраїль, США) показує, що програми медичного страхування ветеранів війни зазвичай фінансуються окремо державою. Україна, ймовірно, піде тим самим шляхом, створивши державні фонди підтримки ветеранів. Це частково поза рамками загального медстрахування, але впливає на загальний дизайн системи.

Отже, вплив війни на медичне страхування двоїстий. З одного боку, війна загальмувала плани впровадження нової страхової системи через економічні і фінансові труднощі, руйнації і переміщення населення. З іншого боку, війна загострила потребу у додаткових джерелах фінансування охорони здоров'я та гнучких механізмах, які могли б підстрахувати державу. Як зазначено в аналітичних документах МОЗ, в умовах, коли більшість податків йде на оборону, а система охорони здоров'я недоотримує фінансування, актуальним є підвищення ролі додаткового медичного страхування як джерела фінансування.

У серпні 2023 р. Міністр охорони здоров'я Віктор Ляшко підписав наказ про створення Робочої групи та дорожньої карти з впровадження медичного страхування в Україні. В цьому документі прямо вказано причину: негативні економічні наслідки агресії призвели до дефіциту коштів на медицину, тому треба залучати додаткові джерела – страховку.

Таким чином, війна, парадоксально, стала поштовхом до практичних кроків у напрямку страхової моделі, хоча й у дещо іншому форматі, ніж планувалося раніше.

3.2. Міжнародний досвід та європейський контекст реформ

Прагнучи реформувати систему медичного страхування, Україна спирається не лише на власний досвід, а й враховує практики провідних країн світу, особливо європейських. Євроінтеграційний курс України після набуття статусу кандидата в члени ЄС (2022 р.) також диктує необхідність приведення соціальної політики, включно з охороною здоров'я, у відповідність до європейських стандартів. Хоча в Євросоюзі немає уніфікованої моделі медицини (кожна країна має свою систему), усім їм притаманне прагнення до універсального охоплення населення медичними послугами, високий рівень соціального захисту та законодавче закріплення обов'язкових фінансових механізмів – або через податки, або через страхування, або через їх комбінацію. Розглянемо коротко досвід деяких європейських країн, який є найбільш релевантним для України: Велика Британія, Франція, Німеччина.

Модель Великої Британії (Бевериджівська модель) – це класичний приклад системи, побудованої на принципах загального державного медичного страхування, фінансованого з загальних податків. Британська Національна служба здоров'я (NHS), створена ще в 1948 р., забезпечує всім громадянам і резидентам країни безкоштовний доступ до переважної більшості медичних послуг. NHS – по суті, єдиний державний страховик та постачальник послуг: левова частка лікарень і клінік належать державі, лікарі є або державними службовцями, або контракторами з NHS. Фінансування NHS здійснюється за рахунок загальнонаціонального оподаткування, а витрати на охорону здоров'я у Британії сягають ~10% ВВП.

Центральний уряд через Міністерство охорони здоров'я та соціального забезпечення визначає бюджет та пріоритети системи. Характерною рисою британської моделі є централізоване управління і універсальне покриття. Усі мешканці мають свого терапевта (GP) за місцем проживання, який є первинною ланкою і «вхідними воротами» до системи. Спеціалізована допомога надається за направленнями, а екстрена – без обмежень. Пацієнти не сплачують за прийом

лікаря чи стаціонар, але є невелика співплата за деякі рецептурні ліки, стоматологію, оптику (для вразливих груп і це безкоштовно).

Британський досвід показує, що податкова модель може успішно забезпечувати і рівний доступ, і контроль витрат. Проте є й виклики: фінансування NHS часто є предметом політичних дебатів, виникають черги на планові операції, обмежені вибір лікаря або лікарні. Для України британська модель цікава тим, що наша програма медгарантій багато в чому є аналогом NHS на базовому рівні. Як рекомендують експерти, можна перейняти ідеї універсального покриття та централізованого контролю якості – держава має гарантувати мінімальний пакет для всіх, навіть якщо доведеться підвищити податки або залучити кошти донорів. Також британський приклад з безкоштовними психологічними консультаціями у межах NHS актуальний для України: у воєнний та післявоєнний час попит на психічну допомогу зростає, тож доцільно забезпечити безоплатний доступ населення до базових послуг психологів та психотерапевтів (як мінімум, скринінг, первинні консультації).

Модель Франції – це гібридна система соціального медичного страхування, котра часто називається однією з найкращих у світі. У Франції діє обов'язкове загальнодержавне медичне страхування (la assurance maladie), що покриває усе населення, і паралельно існує розвинений сектор приватного добровільного страхування (mutuelle), який покриває додаткові витрати. Французька система будувалася на засадах соціального страхування Бісмарківського типу, але з сильною роллю держави і значним дофінансуванням з бюджету.

Фінансово вона базується на страхових внесках із зарплат: з кожного працівника автоматично вираховується певний процент у фонд медстрахування, аналогічно платить роботодавець. Також самозайняті особи і навіть студенти, пенсіонери – всі роблять внесок або за них платить держава. Франція витрачає більш ніж 10% ВВП на медицину, що дозволяє мати високий рівень оснащення і персоналу. Страхівка у Франції є обов'язковою і охоплює фактично всіх постійних жителів, включаючи іноземців-резидентів (після 3

місяців проживання вони можуть увійти в систему). Основний страховик – Національний фонд медичного страхування та регіональні каси, але управління йде через єдині правила.

Французька особливість – співоплата пацієнта: держава (страховка) покриває більшу частину вартості лікування (зазвичай 70-80%), а решту пацієнт доплачує сам або через свою додаткову приватну страховку. Деякі категорії (хронічні хворі, вагітні, малозабезпечені) звільнені від співоплати і отримують 100% покриття. У результаті більшість громадян Франції мають ще й приватну «мутюель», що компенсує ті 20-30% витрат, які не покрила державна страховка[64]. Така двошарова система показала високу ефективність: Франція має одні з найкращих медичних показників у Європі, громадяни задоволені рівнем послуг.

Для України французький досвід цікавий тим, що він демонструє можливість балансу між публічним і приватним фінансуванням: обов'язкова страховка забезпечує основу, а добровільна – доповнює її[64]. Уже зараз український уряд схиляється до моделі, де додаткове страхування покриватиме те, що не потягне бюджет. Французький підхід до співоплат теж може бути корисним: визначити, яку частину вартості бере на себе система, а яку – людина або її додаткова страховка. Це запобігає надмірному споживанню послуг і тримає фінанси збалансованими. Також приклад Франції нагадує про важливість високих видатків на охорону здоров'я – 10% ВВП і більше. Україна після війни, прагнучи європейських стандартів, повинна буде поступово збільшувати інвестиції в здоров'я громадян, інакше ні страхова, ні будь-яка інша модель не спрацює ефективно.

Модель Німеччини – класичне соціальне страхування Бісмарка. Німеччина має довгу історію обов'язкового медичного страхування з часів Отто фон Бісмарка (кінець XIX ст.). Нині система працює так: кожен, хто проживає та працює в Німеччині, зобов'язаний мати медичну страховку. Переважна більшість (близько 90%) застраховані в публічних (державних) лікарняних касах, решта (високозаробітчі, ~10%) – можуть вибрати приватну страховку.

Існує поріг доходу (*Versicherungspflichtgrenze*), понад який допускається приватне страхування, але навіть ті, хто в приватному, мають дотримуватися певних мінімальних покриттів.

Фінансування здійснюється через регулярні страхові премії, що діляться між працівником і роботодавцем приблизно порівну. Сумарний внесок складає близько 14-15% від зарплати (у різні роки), але встановлено максимум – із дуже високого доходу більше певної суми не рахують. Важливий принцип – солідарність і рівність у отриманні послуг: незалежно від того, скільки хтось заробляє і вносить, всі застраховані мають однаковий пакет медичних послуг. Багаті субсидують бідних, здорові – хворих, молоді – старих. Медична допомога в Німеччині надається переважно приватними практиками і клініками, але вони отримують оплату з страхових фондів згідно з тарифами, узгодженими на рівні держави. Система вирізняється високою якістю, хоча теж не позбавлена проблем (напр. зростання витрат на старіюче населення).

Для України німецький досвід є цікавим як орієнтир для побудови обов'язкового страхування. Зокрема, корисними є такі елементи: обов'язковість участі всіх працюючих; солідарний розподіл внеску між роботодавцем і працівником; наявність максимального обмеження на розмір внеску (щоб надвисокі доходи не платили надмірно багато, є "стеля" внеску); та гарантована рівність у покритті послуг незалежно від доходу.

Німецька система підтверджує, що обов'язкове страхування дієво функціонує в економіці, де велика частка населення зайнята офіційно. Виклик для України – вивести з тіні зарплати, адже як зазначав М. Радучький, без цього запуск страхової медицини неможливий. Досвід Німеччини також підкреслює роль цифрових технологій і самоврядування у страховій системі: зараз Німеччина активно впроваджує електронні рецепти, цифрові карти пацієнта, що підвищує ефективність. Україна теж рухається у цьому напрямі – система eHealth, електронні медкарти та рецепти запрацювали, і у перспективі це повинно лягти в основу страхової моделі, роблячи її прозорою і контрольованою.

Загалом, міжнародний досвід підказує, що немає єдиного «ідеального» підходу – є різні моделі, кожна зі своїми плюсами і мінусами. Для України, враховуючи її реалії, експерти пропонують гібридну стратегію: поєднати плюси обов'язкового страхування (солідарність, стійка фінбаза) з плюсами централізованої системи (універсальність покриття, контроль витрат).

Як зазначають дослідники, оптимальним шляхом може бути запровадження обов'язкових страхових внесків із зарплат (на рівні до ~7%) з одночасним збереженням бюджетного фінансування. Це створить стійку фінансову основу, зменшить залежність від державного бюджету і донорів. Одночасно потрібно визначити чіткий перелік послуг, що покриває страхування, і які додатково покриваються добровільними полісами.

Міжнародний досвід також наголошує на важливості цифровізації та прозорості – електронні реєстри, е-контрактування, моніторинг використання коштів. Наприклад, Естонія та Польща впровадили сучасні електронні системи для страхових фондів, що мінімізує шахрайство і підвищує зручність для пацієнтів. Україна вже має певний фундамент (eHealth), але слід його вдосконалювати і інтегрувати з майбутньою страховою системою.

Найбільш практичний урок ЄС полягає в тому, що соціально вразливі групи або (1) включаються в обов'язкове (публічне) медичне страхування, а внески за них платить держава, або (2) отримують державно профінансоване комплементарне страхування, яке «закриває» співоплати й доплати.

Чехія: держава сплачує внески за вразливі категорії в системі публічного медичного страхування. У чеській моделі держава покриває внески за економічно неактивних/вразливих осіб – дітей, студентів, безробітних, пенсіонерів та інші категорії. Це прямо зазначається в оглядах системи та довідкових матеріалах: уряд сплачує внески за дітей, безробітних і пенсіонерів. Суть успіху: людина з уразливої групи не «купує поліс», а просто має гарантований статус і доступ у спільній системі, що мінімізує стигматизацію та забезпечує портативність покриття.

Німеччина: збереження страхового покриття під час безробіття та сімейне співстрахування. Практика німецького статутного страхування демонструє відразу два важливі механізми. По-перше, якщо людина отримує Bürgergeld (базову допомогу), внески за неї сплачує Jobcenter – це знімає ризик втрати покриття під час безробіття. По-друге, у статутному страхуванні передбачене безкоштовне співстрахування для непрацюючих членів сім'ї (подружжя/партнера, дітей) за певних умов - «free of charge» включення членів сім'ї. Для України це особливо релевантно саме для багатодітних родин: логіка «сімейного покриття» суттєво знижує адміністративні витрати й прибирає проблему множинних премій на кожну дитину.

Франція: комплементарне страхування для малозабезпечених із 100% покриттям у кошику послуг. У Франції універсальне медичне покриття підсилюється механізмом для найбільш вразливих: державне комплементарне страхування (Complémentaire santé solidaire, C2S) забезпечує 100% покриття витрат у межах визначеного кошика для людей із доходами істотно нижче порогу бідності. На рівні системи це означає: «база» гарантує доступ усім, а C2S прибирає співоплати та робить доступ реально безбар'єрним.

Для України цей підхід може бути адаптований як «додаткове покриття» до Програми медичних гарантій для конкретно визначених соціально незахищених (включно з ВПО і багатодітними), щоб прибрати платежі там, де вони зараз «виштовхують» людину з лікування.

Окремо показово, що у Франції комплементарне страхування є практично масовим явищем (з різними механізмами доступу): за оцінками профільної статистики, ним охоплено близько 96% населення (у широкому сенсі — через приватні схеми та солідарні механізми). Це підтверджує: у сучасних системах охорони здоров'я «другий шар» покриття часто є не розкішшю, а елементом реальної фінансової доступності.

Європейський контекст для України – це ще й вимоги та рекомендації партнерів. В ході місії ВООЗ/Світового банку в 2023 р. було відзначено, що продовження реформ фінансування охорони здоров'я є критичним як для

стійкості системи під час війни, так і для підготовки до вступу в ЄС. ЄС не диктує конкретну модель (серед країн-членів є і податкові моделі – Британія була, Іспанія, скандинавські; і страхові – Німеччина, Франція, Польща), але вимагає забезпечити принципи універсальності, фінансового захисту громадян від катастрофічних видатків, високу якість послуг. У цьому сенсі, впровадження в Україні дієвого медичного страхування відповідає і євроінтеграційним прагненням.

3.3. Стратегія післявоєнного розвитку та реформ: шлях до страхової медицини

Плануючи розвиток системи медичного страхування у післявоєнній Україні, уряд та експертна спільнота виходять з необхідності поєднати досвід, набуті уроки війни та кращі міжнародні практики. Наразі окреслено основні напрямки та кроки, що мають лягти в основу стратегії впровадження страхової медицини. У лютому 2023 р. Колегія МОЗ підтримала Стратегію розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року, яка передбачає як продовження розпочатих реформ, так і нові заходи з урахуванням викликів війни. Серед стратегічних цілей згадано «забезпечення всебічного доступу населення до якісних медичних послуг та інструментів реалізації права на здоров'я», «посилення спроможності інститутів національної системи охорони здоров'я» тощо.

Хоча прямо про страхову модель у загальній стратегії не йдеться, але очевидно, що інструменти реалізації права на здоров'я включають і фінансові механізми. Важливо, що навіть війна не змінила двох ключових пріоритетів медполітики: продовження розпочатої реформи (тобто розширення програми гарантій, зміцнення НСЗУ) та виконання євроінтеграційних вимог. Це підтверджує, що Україна рухатиметься у напрямку, узгодженому з європейськими стандартами – а отже, впровадження страхової моделі є лише питанням часу.

Згадана раніше дорожня карта МОЗ (серпень 2023) щодо впровадження медстрахування конкретизує перші кроки, які плануються навіть до завершення війни. В ній зроблено акцент на розвитку саме додаткового, добровільного медичного страхування як джерела фінансування сфери охорони здоров'я, що дозволить зняти навантаження з бюджету.

Зокрема, документ перелічує переваги, які дасть розвиток медичного страхування:

- розширення доступу громадян до послуг, не охоплених програмою гарантій (швидший доступ до вузьких спеціалістів, покриття дорогих ліків і методів лікування, отримання додаткових сервісів);
- зниження навантаження на держбюджет, оскільки частину послуг оплачуватимуть страховики;
- забезпечення ширшого вибору для пацієнтів (можливість обирати постачальника, страхову програму);
- залучення приватного капіталу для модернізації медичної інфраструктури;
- зменшення черг, оскільки застраховані особи отримуватимуть допомогу оперативніше.

Ці тези фактично формують обґрунтування політики: суспільству пояснюють, що страховка – це не про скасування безоплатної медицини, а про доступ до кращого і додаткового сервісу. При цьому підкреслено, що плановане страхування не буде обов'язковим для всіх одразу – мова про додаткове страхування, тож «приємні бонуси від нього отримають лише застраховані». Це може означати, що на першому етапі влада введе страхові програми для певних категорій (наприклад, працевлаштованих громадян через роботодавців) або добровільну участь, не змінюючи Конституцію щодо безоплатності базової допомоги. Тим, хто не матиме полісу, продовжать надавати допомогу за державними гарантіями, але без переваг – скажімо, доведеться чекати в черзі, поки застраховані проходять поза чергою. Такий диференційований підхід

може спонукати більше людей страхуватися, не вступаючи в пряме протиріччя з нинішніми законами.

Водночас, вже визначено важливі кроки для підготовки до запровадження страхування. За матеріалами МОЗ, це:

1) чітко окреслити перелік медичних послуг, які не покриваються програмою медгарантій, і, відповідно, можуть надаватися за кошти страхових полісів або за приватні кошти. Йдеться про формування межі між «гарантованим пакетом» і «додатковими послугами». Це має прибрати невизначеність: громадянин має знати, що, наприклад, планове стоматологічне лікування чи естетичні операції – не в пакеті, отже або плати сам, або купи поліс, який це покриє.

2) розвиток фармацевтичного страхування – тобто страхових програм, які відшкодовують витрати на ліки. Ліки – велика частина витрат сімей (особливо на амбулаторному етапі лікування), і сьогодні програма «Доступні ліки» покриває лише певний перелік препаратів. Страхування могло б закрити цю прогалину, захищаючи пацієнтів від великих витрат, особливо на дороговартісні чи довготривалі терапії поза державними програмами.

3) спрощення регулювання для запуску медстрахування – наприклад, полегшення ліцензійних умов для страхових компаній, податкові стимули для роботодавців, які купують поліс працівникам, спрощення приєднання до програми страхування через «Дію» тощо.

4) підвищення поінформованості населення про переваги страхування. Останній пункт надзвичайно важливий: люди мають розуміти, за що вони платять, яку вигоду отримують, щоб довіра росла і ціна полісів знижувалася за рахунок масовості.

Отже, короткострокова стратегія – це створити умови для добровільного страхування тут і зараз (навіть у війну), щоб згодом, у більш стабільний період, перейти до поетапного запровадження обов'язкового елемента.

Багато експертів прогнозують, що після перемоги та відновлення економіки Україна повернеться до питання загальнообов'язкового страхування.

Це могло б виглядати як закон, що запроваджує сплату страхових внесків, починаючи, скажімо, з 2025 чи 2026 року, з поступовим нарощенням до необхідного рівня. Можливо, на початку це буде невеликий відсоток від зарплати (2-3%), що збільшуватиметься до 5-7% за кілька років. Держава при цьому повинна взяти на себе платежі за пенсіонерів, дітей, безробітних – як у більшості моделей.

Також потрібно буде визначити, хто адмініструватиме нові внески: створення окремого фонду чи надання цих функцій НСЗУ. Більш імовірно, що НСЗУ стане національним страховиком, але можливо і залучення приватних компаній у ролі суб-підрядників або для додаткових програм.

Складовою післявоєнної стратегії є і відбудова медичної інфраструктури. Без сучасних лікарень і техніки, без достатньої кількості медиків страховий механізм не покаже результату. Тому план відновлення України (презентований у Лугано 2022) передбачає значні інвестиції у відбудову закладів охорони здоров'я та їх оснащення. Частково це фінансуватиметься коштом репарацій чи допомоги, але і приватний капітал (наприклад, через механізми державно-приватного партнерства, концесії) має долучитися.

Страхові компанії можуть стати каталізаторами розвитку приватної медицини: якщо населення матиме більше страхових полісів, зросте попит на приватні клініки, лабораторії, реабілітаційні центри, що спонукатиме інвесторів відкривати такі заклади. Таким чином, страхова модель тягне за собою позитивні структурні зміни – розвиток конкуренції і ринку послуг. Влада усвідомлює цей ефект, тому й наголошує на ролі медстрахування у модернізації інфраструктури.

Підсумовуючи, можна виділити кілька ключових рекомендацій та стратегічних кроків на найближчу перспективу. Необхідно розробити та ухвалити закон про медичне страхування (спочатку рамковий, щоб визначити загальні принципи, модель фонду тощо), внести зміни до Бюджетного кодексу щодо цільового фінансування медицини, можливо – уточнити норму

Конституції або прийняти офіційне тлумачення, що обов'язкові внески не суперечать безоплатності базових послуг.

Потрібно запустити пілотні проекти страхування в окремих регіонах чи секторах (наприклад, страхування для працівників критичної інфраструктури, або для студентів, або для ветеранів), щоб відпрацювати механізми. Поступово розширювати охоплення на інші групи. Треба забезпечити, щоб у процесі реформування ніхто з громадян не втратив доступ до базової допомоги. Держпрограма гарантій має діяти паралельно, поки страхова система не запрацює на повну, і навіть потім залишитися як страховка останньої інстанції для бідних.

Варто поєднати внески працюючих, відрахування роботодавців, бюджетні субсидії та кошти донорів у єдиному фонді охорони здоров'я. Така диверсифікація, за прикладом Франції чи Німеччини, зробить систему стійкішою. Також необхідно запровадити електронний реєстр застрахованих осіб, електронні страхові поліс (можливо, інтеграція з додатком «Дія»), електронний лікарняний вже працює – це добре. Розширити систему eHealth, щоб страховики мали доступ (з дотриманням приватності) до даних для оплати послуг.

Критично важливо створити ефективні механізми аудиту страхових виплат, запобігати завищенню рахунків. У світі страхова медицина завжди ризикує зловживаннями (накрутка послуг, непотрібні процедури для збільшення платежів). Треба впровадити протоколи лікування та контроль за їх дотриманням, як частину угод між страховиком і медзакладами.

Необхідно піклуватися про навчання кадрів та інституційну спроможність: підготувати фахівців з страхового менеджменту в медицині, навчити лікарів основам роботи зі страховими компаніями (наприклад, ведення медичної документації, потрібної для страхових випадків). Посилити роль актуаріїв, андеррайтерів у страхових компаніях.

Всі ці кроки повинні привести до мети: побудови до кінця десятиліття повноцінної, сучасної системи медичного страхування в Україні, яка

поєднуватиме кращі риси європейських моделей і враховуватиме національні особливості. Як підсумовують експерти, для України найдоцільнішим бачиться гібридний підхід, що комбінує обов'язкове страхування з жорстким контролем витрат і розумним використанням технологій. Це дасть змогу вирішити проблеми фінансової нерівності, нестабільності воєнного часу та забезпечити стає фінансування медицини. У підсумку, міцна система медичного страхування стане одним з наріжних каменів повоєнного відновлення та європейської інтеграції України.

Питання медичного страхування для соціально незахищених груп в Україні напряду пов'язане з тим, що домогосподарства й надалі несуть надвисоке фінансове навантаження при лікуванні та купівлі ліків. У Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року зафіксовано, що витрати пацієнтів «з власної кишені» на послуги, лікарські засоби та медичні вироби становлять майже 48% поточних витрат на охорону здоров'я.

Це означає, що навіть за наявності Програми медичних гарантій і контрактування через НСЗУ значна частина реальних потреб домогосподарств закривається не через колективні механізми солідарного фінансування, а через індивідуальні платежі. На практиці для вразливих категорій це перетворюється на «відкладене лікування» (звернення вже на пізніх стадіях), неповні курси терапії, відмову від реабілітації, паліативної допомоги, зубопротезування, слухопротезування, регулярного лабораторного контролю, а також на ризик катастрофічних медичних витрат: навіть до повномасштабної війни фіксувалися домогосподарства, що спрямовували на здоров'я 10% і більше загальних витрат, а частина – 25% і більше [37].

Додатковим ускладненням є бюджетні та управлінські обмеження воєнного періоду. За оцінками ВООЗ/Світового банку, реальні консолідовані державні видатки на охорону здоров'я знизилися на 12% між 2021 і 2022 роками, а у 2023 році, попри відновлення ВВП, реальні витрати на охорону здоров'я продовжили знижуватися.

Водночас у проєкті держбюджету на 2025 рік загальні видатки на сферу охорони здоров'я визначалися на рівні 210,7 млрд грн, із яких понад 175 млрд грн – на Програму медичних гарантій [22]. Але навіть зростання номінальних показників не знімає ключового виклику: для соціально незахищених верств критичними залишаються платежі за «поза-пакетні» послуги, супутні витрати (дорога, проживання біля лікарні, витратні матеріали, догляд), а також ліки, що не покриваються або покриваються частково.

У цьому контексті медичне страхування (або страхово-подібні механізми солідарного покриття) має розглядатися як інструмент зменшення фінансових бар'єрів, а не як формальне «введення внесків» чи комерційний продукт. Українська демографічна структура багатодітності має значну концентрацію у сім'ях із трьома дітьми. За урядовим звітом (станом на 2024 рік) кількість сімей із трьома дітьми становить 242 883, із чотирма - 49 634, із п'ятьма - 18 216, із шістьма - 8 000 [36]. Для цих домогосподарств ризики «медичного зубожіння» виникають не лише через гострі випадки, а й через накопичувані витрати: вакцинація та профілактика (коли є дефіцит доступу), стоматологія, ортодонція, офтальмологія, часті ГРВІ, потреба у планових обстеженнях і аналізах для дітей шкільного віку, реабілітаційні послуги після травм, а також психологічна підтримка.

У багатодітних сім'ях поширений ефект «розпорошення бюджету»: навіть невеликий співплатіж, помножений на кількість дітей, перетворюється на системний бар'єр. Тому для них критично важливими є моделі, де страхове покриття включає чітко визначені «дорогі для сім'ї» напрямки: амбулаторні ліки, діагностику, стоматологію базового рівня, реабілітацію та невідкладні стани, а також сервіс навігації (щоб зменшити неформальні витрати часу й грошей).

Масштаб ВПО є одним із ключових факторів соціальної політики. Міністерство соціальної політики повідомляло, що станом на кінець 2024 року в Україні було близько 4,6 млн зареєстрованих ВПО [22]. У 2025 році медіа також наводили показник 4,6 млн як актуальний порядок величини. Для ВПО

специфічними є: розрив безперервності лікування (втрата медичної документації, зміна лікаря), недоступність вузьких спеціалістів у місці тимчасового проживання, більша частка хронічних станів, психотравма, підвищені витрати на ліки через втрату доходів і житла. У страхових моделях саме для ВПО вирішальними є «портативність» покриття (дія по всій території України), цифрова ідентифікація та швидке підключення до послуг без бюрократії, а також механізми пріоритизації (наприклад, для осіб із хронічними захворюваннями, дітей, вагітних, людей з інвалідністю).

Україна належить до країн із високою часткою старших вікових груп. За даними Світового банку, частка населення віком 65+ оцінюється близько 16,7% у 2024 році. Для літніх людей найбільш «витратогенними» є амбулаторні ліки при хронічних хворобах (серцево-судинні, діабет, ХОЗЛ), регулярні аналізи й контрольні обстеження, медичні вироби (глюкометри/смужки, тонометри, витратні матеріали), стаціонарні епізоди, догляд, реабілітація, паліативна допомога. Критичний нюанс: у літніх людей ризик медичних витрат майже завжди поєднується з ризиком бідності або «крихкого доходу». За оцінками Світового банку, озвученими Reuters, рівень бідності в Україні під час війни зріс приблизно до 29% населення, а соціальні виплати й пенсії стали одним із головних амортизаторів [3]. Це створює пряму логіку для страхових моделей із бюджетним субсидуванням премій/внесків саме для пенсіонерів і малозабезпечених.

Серед ключових проблем впровадження медичного страхування для соціально незахищених можна назвати такі.

Першою проблемою є концептуальна плутанина між: а) Програмою медичних гарантій (податково-бюджетна модель оплати послуг за тарифом), б) обов'язковим соціальним медичним страхуванням (внескова солідарна модель), в) добровільним медичним страхуванням (комерційні продукти) та г) «додатковим/комплементарним» страхуванням (топ-ап для співоплат і сервісів).

Українська система вже має базовий законодавчий каркас державних гарантій: Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» визначає, що держава гарантує оплату медичних послуг і лікарських засобів за програмою медичних гарантій. Отже, впровадження страхування для вразливих груп має бути не «заміною» державних гарантій, а надбудовою, яка знімає фінансові розриви та підвищує доступність.

Друга проблема – фіскальна стійкість і пріоритезація. Війна звужує бюджетний коридор, а потреби зростають. При цьому навіть дуже добре спроектована страхова програма для соціально незахищених буде неефективною, якщо вона не має гарантованого багаторічного фінансування, прозорого планування та актуарної логіки (оцінки ризиків і вартості покриття). У протилежному випадку виникне «урізання пакетів», затримки оплат, скорочення мережі надавачів і, як наслідок, повернення пацієнта до платежів із власної кишені – тобто до тієї проблеми, яку програма мала б вирішити.

Третя проблема – таргетування та верифікація права. Для багатодітних родин, ВПО і літніх людей держава вже має окремі реєстри/статуси, але страхова програма вимагатиме чітких правил: кого включаємо автоматично, чи є майновий ценз, як враховувати тимчасову втрату доходу, чи включати працездатних членів домогосподарства, як уникнути стимулу до «паперової вразливості». Для ВПО, зокрема, потрібна портативність і регулярна актуалізація статусу (щоб не виникало перерв покриття). Для літніх людей – простота доступу без цифрової дискримінації (опція офлайн).

Четверта проблема – ризик сегментації та «страхування бідності». Якщо страхування для соціально незахищених буде створене як окремий «бідний пакет» із мінімальним набором послуг та слабкою мережею, воно формально покриє групи, але фактично зацементує нерівність. Ефективні моделі в ЄС демонструють протилежну логіку: соціально вразливі не отримують «гіршу медицину», а отримують такий самий доступ, але з нульовими/зниженими співплатами та з компенсаційними механізмами.

П'ята проблема – управлінська спроможність і контроль неформальних платежів. За високого рівня витрат «з кишені» навіть найкраща страхова програма може «протікати» через неформальні платежі та надлишкові призначення. Тому страхування для вразливих груп повинно поєднувати фінансування з інструментами управління якістю: маршрутизацією пацієнта, eHealth-даними, клінічними протоколами, аудитом призначень, контролем закупівель і прозорими правилами співоплат.

Шоста проблема – комунікація і довіра. Для багатодітних і ВПО характерна підвищена чутливість до бюрократії та “прихованих умов”. Якщо програма працюватиме складно (черги, довідки, неоднозначні виключення), вона не стане масовою. Для літніх людей важливо, щоб «право на покриття» було зрозумілим і відчутним: наприклад, гарантовані амбулаторні ліки/аналізи в чітко визначених межах, доступ до реабілітації, покриття медвиробів, транспортні ваучери для віддалених громад тощо.

Для України у воєнний та ранній повоєнний період найбільш життєздатними є гібридні рішення, які підсилюють Програму медичних гарантій і водночас фокусуються на вразливих групах. Враховуючи законодавчу базу державних гарантій і високі витрати «з кишені», доцільно розглядати три взаємодоповнювальні треки.

Перший, “Комплементарне соціальне медичне страхування” як додаткове покриття співоплат і ліків для визначених груп. Суть: держава (або спільно держава + громади + донори) оплачує «премію»/вартість пакета для багатодітних сімей, ВПО та літніх малозабезпечених, а пакет покриває те, що найчастіше ламає доступ: амбулаторні ліки (в т.ч. ширше за наявні програми відшкодування), діагностику, частину стоматології базового рівня, реабілітацію після гострих станів, медичні вироби, паліативні компоненти й догляд (або принаймні консультаційно-координаційні послуги). Модель повинна бути єдиною по країні, із можливістю розширень на рівні громад. Для ВПО ключовою вимогою є загальнонаціональна мережа та цифрова ідентифікація;

для літніх - офлайн-доступ через ЦНАП/соцзахист; для багатодітних - сімейне покриття.

Другий, Державне “пакування ризиків” через НСЗУ + цільове субсидування уразливих (страховий ефект без формального полісу). Суть: розширення/переналаштування наявних пакетів Програми медичних гарантій і гарантоване нульове співфінансування для уразливих груп на частині послуг. Це найбільш адміністративно простий шлях, бо він не створює паралельної страхової інфраструктури, але потребує чітких правил і фінансування. Він логічно вписується в державну модель гарантій і дає «страховий ефект» — солідарне покриття ризиків - без ринку полісів. Важливо, щоби такий підхід супроводжувався контролем якості та антикорупційними запобіжниками.

Третій, партнерські програми громад із страховиками (муніципальне страхування) для точкового закриття потреб. Суть: громади, які мають ресурс (або донорську підтримку), закупають страхові продукти для конкретних категорій: наприклад, багатодітні ВПО-родини; самотні літні; родини з дітьми з хронічними хворобами. Це можуть бути договори групового страхування з чіткими КРІ: час доступу, перелік послуг, маршрут пацієнта, «гаряча лінія», контроль відмов, прозорість тарифів. Плюс – швидкість і гнучкість; мінус – ризик «поштового індексу» (нерівність між громадами), тому цей трек має доповнювати, а не замінити національну модель.

У всіх трьох треках критично важливо не повторити помилку «страхування як папірця». Програма має бути заточена під вимірювані результати: зменшення частки витрат домогосподарств «з кишени» (в ідеалі – поступове зниження з нинішніх майже 48% поточних витрат), скорочення частки домогосподарств із катастрофічними витратами, зростання регулярності лікування хронічних хвороб у літніх, скорочення відкладених звернень у ВПО та дітей із багатодітних сімей [41].

Впровадження медичного страхування (або страхово-еквівалентних механізмів солідарного покриття) для соціально незахищених верств в Україні є не стільки ідеологічним вибором, скільки практичною відповіддю на

надвисокі витрати домогосподарств «з власної кишені», які, за державними стратегічними документами, становлять майже половину поточних витрат на охорону здоров'я.

У воєнний період наявні обмеження державних фінансів і зниження реальних видатків на охорону здоров'я підсилюють потребу в таргетованих програмах захисту найбільш уразливих. Найвищий соціальний ефект очікувано дасть фокус на трьох групах: багатодітних родинах (сотні тисяч сімей, із концентрацією у категорії «трое дітей»), родинах ВПО (порядку 4,6 млн зареєстрованих осіб), та особах похилого віку на тлі значної частки населення 65+ (близько 16,7% за даними Світового банку) [13]. Успішні європейські приклади підтверджують: найкраще працюють моделі, де держава або сплачує внески за вразливих у публічній системі (як у Чехії), або фінансує комплементарне покриття, яке прибирає співоплати для бідних (як у Франції), а також забезпечує неперервність покриття під час безробіття й сімейне співстрахування (як у Німеччині).

Отже, для України найбільш реалістичною є поетапна модель «надбудови» до Програми медичних гарантій: комплементарне соціальне покриття для вразливих груп (із портативністю для ВПО та сімейним підходом для багатодітних), паралельно з розширенням гарантованих пакетів і нульовими співоплатами для визначених категорій, а також із можливістю муніципальних програм там, де громади мають ресурс. Успіх визначатиметься не назвою інструменту, а здатністю реально зменшити фінансові бар'єри, скоротити відкладене лікування та зробити доступ до медицини однаково дієвим для тих, хто має найменші шанси «доплатити» самостійно.

ВИСНОВКИ

Розвиток медичного страхування населення в Україні знаходиться на вирішальному етапі. Проведений аналіз показав, що попри тривалі дискусії і численні спроби, станом на 2025 рік в Україні ще не впроваджено загальнообов'язкове медичне страхування. Водночас здійснені реформи (особливо з 2017 р.) суттєво наблизили фінансування охорони здоров'я до страхової моделі: створено національного платника (НСЗУ), визначено гарантований пакет послуг, запроваджено договори з провайдерами та електронний облік.

Система добровільного медичного страхування хоч і залишається відносно малою, проте демонструє поступове зростання і витривалість навіть перед обличчям війни (премії ДМС у 2023 р. майже відновилися до довоєнного рівня). Суспільство здебільшого підтримує ідею страхової медицини, очікуючи від неї підвищення якості та доступності послуг. Повномасштабна війна створила нові виклики – руйнування інфраструктури, дефіцит кадрів, бюджетні обмеження – але також стала імпульсом для пошуку стійких рішень фінансування, одним з яких є залучення страхових механізмів.

Міжнародний досвід (Великої Британії, Франції, Німеччини та ін.) свідчить, що оптимальною є така система, де держава гарантує базове покриття, а страхові фонди (державні чи під наглядом держави) забезпечують солідарний розподіл коштів, доповнений приватним страхуванням для додаткових послуг. Україна, враховуючи цей досвід та власні реалії, може реалізувати комбіновану модель, що збереже універсальний доступ і водночас мобілізує додаткові ресурси через страхові внески.

Законодавче поле потребує комплексного оновлення: необхідно прийняти закон про обов'язкове медичне страхування, який визначить модель фінансування (ймовірно, із створенням єдиного національного страхового фонду або використанням НСЗУ), джерела надходжень (внески працівників, роботодавців, бюджету), а також гарантії для незахищених груп. Попередні

законопроекти (2016, 2020 рр.) не були реалізовані через політичні та економічні перепони, але їх напрацювання можуть лягти в основу нової ініціативи.

Інституційно в Україні вже є ключові елементи для страхової системи – НСЗУ як платник, цифрова система eHealth, певний досвід роботи з договорами. Це хороший старт, який дозволяє швидше інтегрувати страхові механізми. Страхові компанії готові до співпраці, що підтверджується хоча б тим, що 90% корпоративних клієнтів відновили медстрахування у 2023 р. після паузи 2022 р.

Війна негативно вплинула на фінансову спроможність системи охорони здоров'я, але підтвердила правильність принципу універсального покриття за рахунок бюджету. Разом з тим, для відновлення і розвитку медицини критично потрібно залучати додаткові кошти – страхування є важливим шляхом для цього. Военні ризики мають покриватися державою, тому у страховій моделі слід передбачити, що держава страхує військових, ветеранів та пов'язані категорії окремо.

Міжнародні партнери підтримують продовження реформи фінансування і готові надавати експертизу та, можливо, фінансові стимули (наприклад, гранти на створення страхового фонду чи перехідний період). Вступ до ЄС у майбутньому буде значно легшим, якщо Україна покаже ефективну систему охорони здоров'я, що забезпечує принципи рівності та фінансового захисту громадян.

Потрібно розробити й ухвалити Дорожню карту впровадження загальнообов'язкового медичного страхування з конкретними етапами і термінами (наприклад: 2024 р. – підготовка законопроекту і моделі; 2025 р. – пілотний запуск у окремих регіонах або для окремих категорій; 2026 р. – старт сплати внесків всіма працюючими; до 2030 р. – вихід на запланований рівень покриття і фінансування). Забезпечити політичну підтримку цієї дорожньої карти на найвищому рівні (РНБО, Кабмін).

Необхідно гарантувати фінансову основу системи: внести зміни до законодавства про оплату праці і податкового кодексу для введення страхового

внеску. Рекомендується встановити страхові внески на рівні до 5-7% від фонду оплати праці, розподіливши їх між роботодавцем і працівником (наприклад, 3% + 3%). Передбачити, що за пенсіонерів, безробітних та дітей внески сплачує держава (із загальних податків або трансфером до фонду медстраху).

Варто зберегти державну програму медичних гарантій як основу системи, поступово інтегрувавши її фінансування зі страховим фондом. Не слід різко відмовлятися від бюджетного фінансування: оптимально, щоб бюджет покривав базові послуги, а страхові внески – розширений пакет. Таким чином, у кожного громадянина буде мінімальна захищеність плюс можливість отримати більше за рахунок страхування.

Потрібно чітко визначити пакет послуг для страхового покриття і співвідношення з бюджетним пакетом. Провести експертну роботу з аудиту: які послуги можна вивести зі 100% бюджетного фінансування і перевести на страхову основу без шкоди для доступності. Наприклад, дороговартісна планова хірургія, стоматологія (окрім ургентної), деякі види реабілітації можуть бути включені у страховий пакет, тоді як екстрена допомога, первинна ланка, паліатив повинні й надалі гарантовано фінансуватися державою. Результати такої диференціації закріпити нормативно.

Актуальним завданням є створення національного фонду медичного страхування (як окремої юридичної особи) або трансформація НСЗУ, розширивши її функції. Забезпечити прозорість управління фондом: сформувати наглядову раду з представників держави, роботодавців, застрахованих осіб, експертів. Запровадити регулярний незалежний аудит фонду та публічну звітність.

Запустити інформаційну кампанію для населення і роботодавців. Доступно пояснити, як працюватиме страхування, які вигоди воно дасть, розвінчати міфи (наприклад, що «доведеться платити двічі» чи що «пенсіонерів кинуть напризволяще»). Залучити медіа, сімейних лікарів, місцеві громади до просвіти громадян. Окремо працювати з бізнесом – можливо, через торгово-промислові палати, асоціації роботодавців – мотивувати їх впроваджувати

ДМС ще до обов'язкових вимог (адже здоров'я працівників – це продуктивність та лояльність).

Потрібно створити стимули для добровільного медстрахування на перехідний період. Наприклад, податкові пільги: дозволити фізичним особам віднімати вартість полісу ДМС із оподаткованого доходу; або надавати податковий кредит підприємствам, що оплачують ДМС працівникам. Такі заходи на 2-3 роки збільшать проникнення страхування і підготують ґрунт для обов'язкової моделі.

Реалізація цих рекомендацій дозволить поступово вибудувати в Україні ефективну модель медичного страхування, яка забезпечить стале фінансування галузі, зменшить катастрофічні витрати домогосподарств на лікування та підвищить якість і доступність медичної допомоги. У довгостроковій перспективі це сприятиме не лише зміцненню здоров'я нації, але й соціально-економічному розвитку країни та її успішній інтеграції в європейську спільноту.

Таким чином, розвиток медичного страхування населення в Україні є складним багатограним процесом, що вимагає продуманих реформаторських кроків. Проте наявні передумови – політична воля, підтримка суспільства, допомога міжнародних партнерів – дають підстави з оптимізмом дивитися на перспективи впровадження страхової медицини в Україні у найближчі роки. Це стане логічним продовженням медичної реформи і важливою інвестицією в людський капітал країни на шляху до відновлення і процвітання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бабенко М.М. Розвиток публічного управління системою охорони здоров'я та фармації в Україні. *Фармацевтичний журнал*. 2022. Т.77. №4. С.3-11.
2. Бабенко М., Немченко А., Назаркіна В. Косяченко К. Сучасні моделі публічного управління в системі охорони здоров'я та фармації. *Соціальна фармація в охороні здоров'я*. 2023. Т.9. №2. С.19-25.
3. Баранник Л. Б., Качула С. В. Обов'язкове медичне страхування як елемент системи соціальної безпеки населення. *Економічний вісник університету*. 2023. Вип. 56. С. 155-162.
4. Белова О.О. Медичне страхування та проблеми його розвитку в Україні. *Молодий вчений*. 2023. №12. С.157-161.
5. Білик О.І., Качмарчик С.А. Переваги та недоліки введення обов'язкової форми медичного страхування в Україні. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка»*. 2013. № 767. С. 270-276.
6. Білоцький, В. Теорії та механізми медичного страхування: світовий досвід та реалізація в Україні. *Економіка та суспільство*. 2025. №73.
7. Василевська Н. С. Медичне страхування під час воєнного стану в Україні: практичний нарис. *Правова держава*. 2023. № 50. С. 120-127.
8. Вороніна О.О. Наукові підходи до визначення сутності медичного страхування. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В.О. Сухомлинського*. 2015. № 8. С.733-737.
9. Данильченко Л.І. Дослідження особливостей та перспективи становлення страхової медицини в Україні в сучасних умовах. *ScienceRise. Medical science*. 2017. №3. С.9-15.
10. Добродзій, О. Функціонування лікарняних кас як передумова формування добровільного медичного страхування в Україні. *Сталий розвиток економіки*. 2025. № 4. С. 543-549.

11. Жаліло Л., Мартинюк О., Надута Г. Консолідація суспільних заходів зі збереження та покращення здоров'я українського народу. *Державне будівництво*: електронне наукове фахове видання. 2008. № 1. URL.: <http://www.nbuuv.ua>

12. Загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні: сучасний стан та стратегія розвитку: монографія / С.М. Прилипко, О.М. Ярошенко, Т.А. Занфірова, Я.А. Аркатов. Харків :Право, 2017. 208 с.

13. Іжевський П., Крушинська А. Добровільне медичне страхування як інструмент соціальної стабільності в умовах війни. *Сталий розвиток економіки*. №3. С. 440-447.

14. Ільчук В., Гарбуз Т. Формування та розвиток медичного страхування в Україні та світі. *Проблеми і перспективи економіки та управління*. 2018. №1. С. 112-118.

15. Климук Н. Я. Особливості медичного страхування в Україні у сучасних умовах. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я*. 2021. № 1. С. 55-60.

16. Коновалова Л.В., Довжук В.В. Впровадження медичного страхування в практичну діяльність з наданням якісних медичних послуг в Україні. *Медицина та фармація: освітні дискурси*. 2025. №2. С. 18-22.

17. Крижевський А. В. Організаційно-правовий механізм впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні. *Юридичний бюлетень*. 2020. Вип. 17. С. 18-25.

18. Крилов Д. В. Медичне страхування в Україні: сучасний стан та основні проблеми. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: економіка та управління*. 2023. №10.

19. Криничко Л. Р., Крикун О. Д., Малігон Ю. М. Зарубіжний досвід державного регулювання ринку приватних медичних закладів. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 24. С. 159-164.

20. Кришталь Г., Скиба Г., Кривоберець М. Цифрові технології як фактор підвищення фінансової доступності медичного страхування в Україні. *Сталий розвиток економіки*. 2025. №5. С. 159-163.

21. Крушинська А., Гриценко Д. Зарубіжний досвід систем медичного страхування. *Молодий вчений*. 2025. №3. С. 168-174.

22. Логінова А.С. Сучасний стан страхування медичних витрат в Україні. *Електронний журнал «Економіка та суспільство»*. 2023. № 53. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/2707/2621>

23. Медико-соціальні засади публічного врядування у сфері охорони здоров'я : монографія / за заг. ред. М.М. Білинської, Н.О. Басюк, О.Д. Фірсової. Київ : НАДУ, 2018. 416 с.

24. Міністерство охорони здоров'я України. Офіційний веб-сайт. URL : <http://moz.gov.ua>

25. Миколенко О. І., Лазарева М. І. Загальнообов'язкове соціальне медичне страхування як об'єкт адміністративно-правового і цивільно-правового регулювання (порівняльний аналіз). *Юридичний науковий електронний журнал*. 2023. № 2. С. 672-674.

26. Михайловська Н. С. Діяльність сімейного лікаря в умовах страхової медицини : навч.-метод. посіб. до практик. занять та самостійної роботи студентів VI курсу з дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина». Запоріжжя : ЗДМУ, 2017. – 109 с.

27. Михайловська Н. С. Організаційні основи загальної практики-сімейної медицини : навч. посіб. до практик. занять та самостійної роботи студентів VI курсу з дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина». Запоріжжя : ЗДМУ, 2014. 227 с.

28. Михайлюк М., Роман Т., Танчак Я. Сучасний стан добровільного медичного страхування в Україні. *Галицький економічний вісник*. 2021. №3. С. 79-88.

29. Новосад Я. С. Сутність, принципи та правові основи медичного страхування в Україні. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Економічні науки»*. 2014. Вип.7. Ч.5. С. 60-63.

30. Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування: Закон України від 14.01.1998 № 16/98-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/16/98-вр>

31. Пазєєва Г. М. Сучасний стан розвитку медичного страхування в Україні та його місце в системі соціального захисту. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2021. Вип. 4. С. 36-46.

32. Попович Д. В. Функціонування системи медичного страхування: зарубіжний досвід та можливості його використання в Україні. *Молодий вчений*. 2022. №10. С. 64-70.

33. Романченко М.І. Тенденції та перспективи розвитку добровільного страхування медичних витрат в Україні. *Електронний журнал «Ефективна економіка»*. 2014. № 5. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=3050>

34. Святошнюк А. П. Щодо особливостей визначення «медичне страхування» та «страхова медицина» в правовому полі. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Право»*. 2023. Вип. 79. Ч. 1. С. 232-236.

35. Сердюк М. Ю. Особливості державного регулювання системи медичного страхування в Україні. *Публічне адміністрування: теорія та практика*. 2017. № 1. С. 1-9.

36. Смірнова В. Л. Аналіз моделей медичного страхування. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. №3. С.103-105.

37. Сова О. Ю. Сучасний стан та перспективи розвитку медичного страхування в Україні. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2018. Вип. 4. С. 80-82.

38. Сокирко О. С., Кобзар І. А., Ханалієва І. С. Розвиток медичного страхування: зарубіжний досвід та можливості його використання в Україні. *Економіка і суспільство*. 2018. Вип. 19. С. 1139-1145.

39. Соловей С. Систематизація проблем запровадження медичного страхування в Україні. *Публічне управління: концепції, парадигма, розвиток, удосконалення*. 2023. Вип. 6. С. 151-160.

40. Станіславська С. С. Публічне управління у сфері охорони здоров'я як структурно-функціональний засіб підвищення якості життя громадян. *Державне будівництво*. 2024. № 2. С. 605-619.

41. Тарічева М., Михайлюк М. Медичне страхування: перспективи та можливості для України. *Агросвіт*. 2024. №10. С.116-121.

42. Тимчак М. В., Мінкович В. Т. Європейський досвід страхування життя та можливість його імплементації в Україні. *Науковий вісник Ужгородського Університету. Серія Економіка*. 2021. Вип. 1. С.134-140.

43. Третяк Д. Д. Сутність та соціально-економічне значення медичного страхування. *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. № 12. С. 43-47.

44. Федорович І. М. Медичне страхування: досвід зарубіжних країн та можливості для України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. № 6. С. 72-76.

45. Busse R., Blümel M. Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition *The Lancet*. 2017. Vol. 390, Issue 10097. P. 882-897.